

ÍNDICE DE APENDICES:

APENDICE I - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Guião das entrevistas aos três grupos de participantes

APENDICE II - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Pedido de autorização à instituição para realizar a pesquisa.

Pedido de consentimento informado aos participantes para realizar e gravar a entrevista.

APENDICE III - MATERIAL RESULTANTE DAS ENTREVISTAS

Transcrição das Entrevistas

Organização das categorias e unidades de registo

APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.

PARTE 1- PLANEAMENTO DAS ENTREVISTAS AOS 3 GRUPOS DE PARTICIPANTES

PARTE 2 - GUIÃO DA ENTREVISTA AOS ESTUDANTES

Quadros com planeamento das entrevistas aos 3 grupos de participantes

QUADRO 1- Plano da entrevista aos estudantes

Tema	Objetivos	Questões:
Apresentação	<p>Legitimar a entrevista com o estudante</p> <p>Motivar o entrevistado</p>	<p>1. Apresentação da entrevistadora;</p> <p>2. Informar o entrevistado sobre: o tema e objetivos do estudo;</p> <p>3. Solicitar colaboração da pessoa, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho;</p> <p>4. Assegurar a confidencialidade e o anonimato;</p> <p>5. Pedir autorização para a entrevista e sua gravação.</p>
Caracterização Sociocultural	<p>Obter elementos que permitam a caracterização sociocultural dos participantes</p>	<p>A) Caracterização: Sexo, Data nascimento? Nacionalidade? Estado civil? Curso e semestre que frequenta?</p> <p>B) Experiência vivida com o fenómeno da morte</p> <p>Experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte e do morrer</p> <p>Tem experiência nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?</p>

Representação do fenómeno da morte	Caracterizar: o que pensa e sente sobre o fenómeno da morte.	<p>- Que representação tem do fenómeno da morte?</p> <p>- Que sentimentos o tema da morte lhe provoca?</p>
Preparação académica para lidar com o fim de vida	Identificar os fatores que contribuíram para aprender a cuidar em fim de vida.	<p>-- Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?</p> <p>- Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?</p>
Experiência clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida	Caracterizar o processo de ensino aprendizagem no cuidar em fim de vida, nos ensinamentos clínicos.	<p>Nos ensinamentos clínicos como foi a sua experiência de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?</p> <p>Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?</p>
Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida	Identificar os aspetos formativos relevantes para aprender a cuidar em fim de vida	<p>Considera que plano de estudos do seu curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas no fim de vida?</p> <p>Em que etapa (as) do plano de estudos do curso, devem ser desenvolvidas as temáticas do cuidar em fim de vida?</p> <p>Que subsídios o curso de enfermagem lhe deu para o capacitar no cuidar em fim de vida?</p> <p>O que tem a sugerir para melhorar a aprendizagem nesta área do cuidar?</p>
Agradecimentos	Agradecer a atenção e disponibilidade	<p>Agradecimento pela informação, tempo disponibilizado e atenção</p> <p>Pedir se pode apropriar-se da entrevista</p> <p>Verificar se pretende validar a entrevista depois de transcrita.</p>

QUADRO 2 - Plano da entrevista aos docentes

Tema	Objetivos	Questões:
Apresentação	<p>Legitimar a entrevista</p> <p>Motivar o entrevistado</p>	<p>1. Apresentação da entrevistadora;</p> <p>2. Informar o entrevistado sobre: o tema e objetivos do estudo;</p> <p>3. Solicitar colaboração da pessoa, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho;</p> <p>4. Assegurar a confidencialidade e o anonimato;</p> <p>5. Pedir autorização para a entrevista e sua gravação</p>
Caracterização Sociocultural	<p>Obter elementos que permitam a caracterização sociocultural e profissional dos participantes</p>	<p>A) - Caracterização do entrevistado:</p> <p>a.1) <u>Caracterização sociocultural</u></p> <p>Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações académicas e profissionais? Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?</p> <p>a.2) <u>Caracterização profissional</u></p> <p>Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?</p> <p>Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?</p> <p>B) Experiencia no cuidar em fim de vida</p> <p>Tem, ou teve, experiência profissional, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?</p>
Representação do fenómeno de morrer	<p>Caracterizar: o que pensa e sente sobre o fenómeno de morrer</p>	<p>- Que representação tem do fenómeno da morte?</p> <p>- Que sentimentos o processo da morte lhe provoca?</p>

Preparação para lidar com a morte.	Identificar os fatores que contribuíram para aprender a cuidar em fim de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Como percebe a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida? - No desempenho profissional como foi a experiência de cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias? - Que fatores contribuíram para o capacitar para cuidar em fim de vida?
Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida	Caracterizar a experiência no processo de ensino aprendizagem do cuidar em fim de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Como aborda a morte nas UC em que leciona? (inclui as UC teóricas ou os ensinamentos clínicos)? - Que estratégias de ensino aprendizagem considera adequadas, para abordar este tema?
Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida	Identificar os aspetos formativos relevantes para aprender a cuidar em fim de vida	<ul style="list-style-type: none"> _ O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida? _ Que competências (micro competências) considera fundamentais para aprender a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida? _ Em que etapa (as) do plano de estudos do CLE, devem ser desenvolvidas as temáticas da finitude?
Agradecimentos	Agradecer a atenção e disponibilidade dispensada	<p>Agradecimento pela informação, tempo disponibilizado e atenção</p> <p>Pedir se pode apropriar-se da entrevista</p> <p>Pedir se quer validar a entrevista depois de transcrita</p>

QUADRO 3 - Plano da entrevista aos enfermeiros tutores

Tema	Objetivos	Questões:
Apresentação	<p>Legitimar a entrevista</p> <p>Motivar o entrevistado</p>	<p>1. Apresentação da entrevistadora;</p> <p>2. Informar o entrevistado sobre: o tema e objetivos do estudo;</p> <p>3. Solicitar colaboração da pessoa, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho;</p> <p>4. Assegurar a confidencialidade e o anonimato;</p> <p>5. Pedir autorização para a entrevista e sua gravação</p>
Caracterização sociocultural	<p>Obter elementos que permitam a caracterização sociocultural e profissional dos participantes</p>	<p>A) - Caracterização da participante:</p> <p>a.1) Caracterização sociocultural</p> <p>_ Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações profissionais?</p> <p>_ Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?</p> <p>a.2) Caracterização profissional</p> <p>- Tempo no exercício em enfermagem?</p> <p>- Tempo como tutor de ensinios clínicos?</p> <p>- Instituição onde exerce a profissão, e serviço?</p> <p>B) Experiência vivida com o fenómeno da morte</p> <p>Tem experiência profissional anterior, ou atual, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?</p>
Representação do fenómeno de morrer	<p>Caracterizar: o que pensa e sente sobre o fenómeno da morte.</p>	<p>- Que representação tem do fenómeno da morte?</p> <p>- Que sentimentos o processo da morte lhe</p>

		provoca?
Preparação para lidar com a morte.	Identificar os fatores que contribuíram para aprender a cuidar em fim de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Como percebe a sua preparação acadêmica para cuidar de utentes em fim de vida? - No desempenho profissional como foi a experiência de cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias? - Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?
Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida	Caracterizar o processo de ensino aprendizagem no cuidar em fim de vida, nos ensinamentos clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Como vivencia os processos de morte e de morrer na sua prática clínica? -Na supervisão clínica, como ajuda os estudantes a aprender a cuidar em fim de vida? -Que aspetos ligados ao processo de finitude os estudantes preferem (ou costumam) abordar?
Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida	Identificar os aspetos formativos relevantes para aprender a cuidar em fim de vida	<ul style="list-style-type: none"> _ Que aspetos considera importantes que os estudantes desenvolvam em ensino clínico para os capacitarem a cuidar de utentes e famílias em fim de vida? _O plano de estudos do CLE, dos estudantes que supervisiona da ESEL são facilitadores da aquisição de competências pelos estudantes, para cuidar de pessoas no fim de vida?
Terminar a entrevista Agradecimentos	Agradecer a atenção e disponibilidade	<p>Agradecimento pela informação, tempo disponibilizado e atenção,</p> <p>Pedir se pode apropriar-se da entrevista,</p> <p>Pedir se quer validar a entrevista depois de transcrita.</p>

GUIÃO DAS ENTREVISTAS AOS 3 GRUPOS

1) ENTREVISTAS AOS ESTUDANTES

Código da entrevista ao Estudante (E nº)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante

Sexo, Data nascimento? Estado civil? Nacionalidade? Estado civil? Curso e semestre que frequenta?

Estabelecimento de ensino onde frequenta o curso de enfermagem?

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte e do morrer

Tem experiência nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima

- Que representação tem do fenómeno da morte?

- Que sentimentos o processo de morrer lhe provoca?

D) Preparação académica para lidar com a morte.

- Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

- Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

E) Experiência clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos como foi a sua experiência de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Considera que plano de estudos do seu curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas no fim de vida?

Em que etapa (as) do plano de estudos do curso, devem ser desenvolvidas as temáticas do cuidar em fim de vida?

Que subsídios o curso de enfermagem lhe deu para o capacitar no cuidar em fim de vida?

O que sugere para melhorar a aprendizagem nesta área do cuidar?

Agradecimento final e pedido para utilizar o material recolhido e validar a transcrição

2). ENTREVISTAS AOS DOCENTES (Código D nº)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

B) Caracterização da participante:

a1) Caracterização sociocultural

_ Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações profissionais?.

_ Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

a2) Caracterização profissional

_ Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

_ Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

B)Experiencia no cuidar em fim de vida

Tem, ou teve, experiência profissional, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima:

- Que representação tem do fenómeno da morte?

- Que sentimentos o processo de morrer lhe provoca?

D) Preparação para lidar com a morte.

- Como perceciona a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

- No desempenho profissional como foi a experiencia de cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

- Que fatores contribuíram para o capacitar para cuidar em fim de vida?

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida

- Como aborda a morte nas UC em que leciona? (*incluí as UC teóricas ou os ensinoss clínicos*)?

- Que estratégias de ensino aprendizagem considera adequadas, para abordar este tema?

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

_O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida?

- _ Que competências (*micro competências*) considera fundamentais para aprender a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?
- _ Em que etapa (as) do plano de estudos do CLE, devem ser desenvolvidas as temáticas da finitude?

Fecho da entrevista e agradecimento final.

Pedido para utilizar os conteúdos recolhidos.

Verificar se pretende validar a entrevista após a transcrição.

3). ENTREVISTAS AOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS - TUTORES (Código T n°)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural

_ Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações profissionais?

_ Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

a.2) Caracterização profissional

- Tempo no exercício em enfermagem?

- Tempo como tutor de ensinios clínicos?

- Instituição onde exerce a profissão, e serviço?

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Tem experiência profissional anterior, ou atual, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima:

- Que representação tem do fenómeno da morte?

- Que Sentimentos que o processo da morrer lhe provoca?

D) Preparação para lidar com a morte.

Como percebe a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

- No desempenho profissional teve dificuldade em cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

- Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida

_ Como vivencia os processos de morte e de morrer na sua prática clínica?

_ Na supervisão clínica, como ajuda os estudantes a aprender a cuidar em fim de vida?

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

_ Que aspetos considera importantes que os estudantes desenvolvam em ensino clínico para os capacitar a cuidar utentes e famílias em fim de vida?

_O plano de estudos do CLE, dos estudantes que supervisa da ESEL são facilitadores da aquisição de competências pelos estudantes, para cuidar de pessoas no fim de vida?

Agradecimento final e pedido para utilizar os conteúdos recolhido
Verificar se pretende validar a entrevista após a transcrição

APENDICE II - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Pedido de autorização ao Conselho Técnico Científico da ESEL para entrevistar alguns docentes e tutores e estudantes do 4º ano do CLE que se disponibilizarem, de forma voluntária, a participar nesta pesquisa

Ficha de Consentimento informado do participante

RE: Pedido de autorização para entrevistar docentes e discentes

De: MARIA MANUELA GERALDES GANDARA JANEIRO SALVADO

Enviado: terça-feira, 22 de Março de 2011 12:31

Para: MARIA DE FÁTIMA MOREIRA RODRIGUES

Assunto: RE: Pedido de autorização para entrevistar docentes e discentes

Cara colega

Como sabe, a decisão de os participantes aceitarem sê-lo, só a eles cabe. Neste sentido, desde que acautele o direito ao consentimento informado, livre e esclarecido, poderá proceder às entrevistas.

Seria prudente obter o consentimento por escrito mas com certeza que já providenciou esta questão.

Desejo-lhe muito sucesso.

Um abraço

Manuela Gândara

Professor Coordenador

Presidente do Conselho Técnico-Científico

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

De: MARIA DE FÁTIMA MOREIRA RODRIGUES

Enviado: segunda-feira, 21 de Março de 2011 20:38

Para: CTC Secretariado

Cc: MARIA MANUELA GERALDES GANDARA JANEIRO SALVADO

Assunto: Pedido de autorização para entrevistar docentes e discentes

**Ex. ma Senhora Presidente do Conselho Técnico Científico
da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

Sou professora do Departamento de Enfermagem Comunitária e encontro-me na fase de recolha de informação para poder fundamentar a tese de doutoramento na área científica de «Formação de adultos» subordinada ao tema “Aprender a cuidar em fim de vida”.

Venho solicitar autorização ao Conselho Técnico Científico para entrevistar alguns docentes da ESEL e estudantes do 4º ano do CLE que se disponibilizarem, de forma voluntária, a participar nesta pesquisa.

Este estudo pretende caracterizar o modo como docentes e discentes perspectivam o processo de ensino aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias a viverem processos de fim de vida.

Junto anexo o plano esquemático das entrevistas semi-estruturadas.

Muito grata pela atenção que possa dispensar ao pedido.

ESEL, 21 de Março de 2011

A Professora

Maria de Fátima Moreira Rodrigues

Email (mrodrigues@esel.pt)

**Estudo sobre a formação dos estudantes
para aprender a cuidar de pessoas e famílias
a viver processos de fim de vida**

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado, depois de esclarecido(a) concordo em participar no estudo que me foi proposto, disponibilizando-me para a entrevista, que é gravada em áudio.

A entrevista é realizada por uma docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (devidamente identificada).

Data ____/____/____

Entrevistado _____

Docente entrevistadora:

Universidade de Lisboa
Instituto de Educação



APENDICE III - MATERIAL RESULTANTE
DAS ENTREVISTAS

3.2 - ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTO DAS
ENTREVISTAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO SOBRE:

“APRENDER A LIDAR COM O FIM DE VIDA
NO DESEMPENHO DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM”

MARIA DE FÁTIMA MOREIRA RODRIGUES

Doutoramento em Educação
Área de Especialidade Formação de Adultos

2014

INDICE DO APENDICE III:

	Página
Organização das UR das entrevistas aos estudantes	2
Organização das UR das entrevistas aos docentes de enfermagem	79
Organização das UR das entrevistas aos tutores dos estudantes em ensino clínico	154

**ORGANIZAÇÃO DAS UR DAS
ENTREVISTAS AOS ESTUDANTES**

Quadro 1 - Grelha de Análise das Entrevistas dos Estudantes

Área temática	Categoria	Subcategoria	UR	%*
1) Experiência de contacto com o morrer	1 a) Na vida sócio familiar	Não teve experiências na vida sócio familiar	7	35
		Teve contacto com a morte antes do curso no ambiente sócio familiar	11	55
	1 b) No curso de enfermagem	Não teve experiência durante o CLE	6	30
		Teve experiência no ensino clínico do CLE	17	70
2) Tipo de experiência com a morte	2 a) Encarada de forma natural		10	40
	2 b) Encarada com dificuldades		12	50
3) Representação da morte	3 a) Fenómeno mediado por aspetos sociais e culturais	Influência da religião	2	10
		Múltiplas influências	7	30
		Tabu social	4	15
	3 b) Fenómeno inevitável e términos de um percurso		7	35
	3 c) Fenómeno de passagem para outra dimensão	Acesso a outra dimensão	4	10
		Dúvidas existenciais	3	15
	3 d) Fenómeno traumático		5	25
4) Sentimentos / emoções associados à morte	4 a) Impotência e revolta		5	25
	4 b) Tristeza e saudade		11	50
	4 c) Medo de morrer só		2	10
	4 e) Medo e ansiedade		2	10
5) Preparação para lidar com a morte	5 a) Obtida na família e no social		5	15
	5 b) Obtida na formação enquanto estudante		5	15
6) Dificuldades sentidas pelo estudante no percurso da aprendizagem	6 a) Estabelecer a relação com os utentes		6	25
	6 b) Cuidar do corpo		9	30
	6 c) Cuidar no contexto	Internamento	1	5
		Doméstico	4	10
6 d) Deficit de formação nesta área		7	30	

	6 e) Gerir as emoções		15	30
	6 f) Cuidar da família		10	30
	6 g) Assistir á morte de pessoas jovens		11	35
7) A formação sobre o cuidar em fim de vida	7 a) Ensino teórico	Contributo gerais do Curso	20	55
		Contributo de UC específicas do curso	8	30
		Contributo das UC de opção no curso	5	15
		Contributos dos referenciais teóricos		
		Contributos da Enfermagem transcultural	5	20
	7 b) Ensino clínico	Cuidados de saúde primários	3	15
		Cuidados hospitalares	9	10
	7 d) Metodologias	Reflexão sobre a prática	32	85
		Discussão e partilha de estudo de caso	20	65
		Projeto de estágio	6	15
Jornal /diário de aprendizagem		64	85	
8) O ensino tutorial	8 a) Papel dos Orientadores	Expetativas dos estudantes sobre os orientadores	9	30
		Valorizar as experiencias vividas pelos estudantes	3	10
		Promover oportunidades de aprendizagem	3	5
		Estabelecer uma relação de proximidade	7	25
		Ser modelo de boas práticas	4	15
		Partilhar saberes e experiencias	6	20
		Ter formação pedagógica para ensinar	3	5
9) Competências adquiridas pelo estudante para cuidar em fim de vida	9 a) Competências no domínio dos saberes teóricos	Adquirir mais formação na área do fim de vida	10	25
		Saber identificar necessidades formativas	5	15
	9 b) Competências no domínio da reflexão sobre a prática		4	20
	9 c) Competências no domínio dos saberes práticos	Cuidar para o bem-estar	8	15
		Cuidar para o alívio dos sintomas	5	25

	9 d) Competências no domínio dos saberes relacionais	Saber estar consigo	6	30
		Saber estar com o outro	15	55
		Saber comunicar	7	35
	9 e) Competências no domínio da ética		7	25
	9 f) Competências no domínio da gestão das emoções		11	30
	9 g) Saber trabalhar em equipa		5	20
	9 i) Integrar diferentes domínios de competências		6	25
	9 j) Dificuldades em adquirir competências		16	40
10) Aprender a cuidar da família	10 a) A família como contexto		15	30
	10 b) A família como cliente		5	20
	10 c) Dificuldade em desenvolver competências para cuidar da família		32	
11) Críticas ao processo de aprendizagem	11 a) Ensino teórico	Contributos das UC do ensino teórico	8	30
		As UC Opção deviam fazer parte da estrutura fixa do currículo	9	10
		Necessidade de uma UC que prepare para o cuidar em fim de vida	7	25
		Deficit na preparação para o cuidar em fim de vida	17	50
		Deficit na preparação para cuidar da família	7	25
	11 b) Ensino teórico prático	Deficit de acompanhamento e supervisão no ensino TP	3	10
		Deficit de treino simulado	12	30
		Deficit de aprendizagem no cuidar o corpo morto	3	10
	11 c) Ensino clínico	Características dos ensinos clínicos	9	30
		Deficits de preparação para os ensinos clínicos	6	25
	11 d) Aprender a gerir emoções		21	50
	11e) Sugestões	Melhorar a relação pedagógica	9	30

	pedagógicas para melhorar a aprendizagem dos estudantes	Aumentar a proximidade do docente no EC	7	35
	11 e) Sugestões de metodologias para abordar o tema		7	20

Nota: a % foi calculada não em função do número de UR para a subcategoria, mas sobre o número de participantes que se referiu ao assunto. Sendo calculado nos profissionais com base no denominador 20 para os estudantes e de 12 para os profissionais. Uma categoria pode, pode ter o mesmo número de UR, mas podem ter sido referidas por participantes diversos ou por só um participante.

ANÁLISE DAS UC DAS ENTREVISTAS DOS ESTUDANTES

Quadro 2 – Caracterização dos estudantes

Parte I – Relativa à caracterização do estudante			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
1) Experiência de contacto com o morrer	1 a) Na vida sócio familiar	Não teve experiências na vida sócio familiar	<p><i>Até à entrada do curso não tive oportunidade de lidar com situações de morte. E2.1</i></p> <p><i>Não tive experiência anterior ao curso de cuidar, nunca tinha tido qualquer contacto de cuidar pessoas em fim de vida nem com a morte. E5.1.</i></p> <p><i>Não tive experiência do morrer na família. E11.1.</i></p> <p><i>Não tive contacto com a morte antes de vir para o curso. E16.1.</i></p> <p><i>Em contexto familiar, sim, mas nada que fosse marcante. E17.1.</i></p> <p><i>(...) nunca tive essa experiência de assistir ao processo de morrer, antes de ir para o curso. E18.1.</i></p> <p><i>Não posso dizer que tive experiência de contactar ou conviver com o processo de morrer antes de ir para o curso. E20.1</i></p>
		Teve contacto com a morte antes do curso na vida sócio familiar	<p><i>Já tive experiência na morte de familiares, por exemplo, uma tia que morava connosco e morreu, lembro-me dela, tinha eu 16/17 anos, assisti à morte de mais pessoas da localidade. E1.1.</i></p> <p><i>Contactei com a morte já antes de vir para o curso, não prestei cuidados nem ajudei mas só vivenciei e observei de perto as pessoas que cuidaram. E3.1.</i></p> <p><i>Tive experiência com a morte dos meus avós maternos, (...) Mas eu não quis ir ao funeral, nem ao velório. E4.1.</i></p> <p><i>Antes de entrar no curso faleceu a minha avó. Foi a pessoa mais próxima de mim que faleceu. A minha avó vivia em nossa casa e a minha mãe era a cuidadora dela e fui eu que ajudei a fazer os cuidados ao corpo depois de morto. E6.1.</i></p> <p><i>Tive experiência com a morte de familiares e amigos, antes de entrar no curso, mas não</i></p>

		<p><i>prestei cuidados. E8.1.</i></p> <p><i>Na família não cuidei, mas vi os meus familiares a cuidarem do familiar que estava em fim de vida. E9.1</i></p> <p><i>Sim tive contacto antes do curso, mas não prestei cuidados. E10.1.</i></p> <p><i>a morte sempre esteve assim muito presente na minha família. E12.1.</i></p> <p><i>a nível familiar tive a morte de alguns tios e avós mas lá está, são experiências que não foram marcantes para mim, porque não eram pessoas que me eram próximas. E14.1.</i></p> <p><i>Antes de vir para o curso, por volta dos 13 anos, tive experiência de uma avó que faleceu e, agora recentemente, da outra avó. E15.2.</i></p> <p><i>Morreram algumas pessoas de família ou amigos da minha família, mas foi uma coisa sentida de forma um pouquinho afastada, sem me causar grande impacto ou desconforto. E19.1.</i></p>
1 b) No curso de enfermagem	Não teve experiência durante o CLE	<p><i>Não tive grande experiência, (...) não tenho passado por sítios onde possa lidar assim com a morte, E1.2.</i></p> <p><i>Durante o curso e os ensinamentos clínicos nunca estive em nenhum contexto nem em contacto com doentes terminais ou em fim de vida. E11.2.</i></p> <p><i>Estagiei em serviços nesse sentido, muito softs. Em relação à minha experiência pessoal, o contacto próximo com alguém que soubesse já previamente que ia morrer, ou com algum antecedente que pudesse levar a isso, também não. E11.3.</i></p> <p><i>Desde que vim para curso em todos os ensinamentos clínicos não houve nenhuma experiência com a morte. E15.1.</i></p> <p><i>Em contexto de estágio, nunca estive numa situação em que vi alguma pessoa morrer, não prestei cuidados mesmo, no fim de vida. E17.2.</i></p> <p><i>Nos ensinamentos clínicos também não cuidei de ninguém que estivesse para morrer. E18.2.</i></p>
	Teve experiência no ensino clínico do CLE	<p><i>Foi mais no 2º ano, (...) para mim marcou-me, porque foi o primeiro, era uma Sr.ª que realmente estava mal, era um pós AVC hemorrágico. E2.2.</i></p> <p><i>No curso no 1º ano fui para um lar e aí havia</i></p>

		<p><i>peças em fim de vida, mas nessa altura eu não tinha ainda noção e as coisas passavam-me ao lado, não estava sensível. E3.2.</i></p> <p><i>Foi só agora no 4º ano que contactei mesmo com o fenómeno e cuidei de peças em fim de vida, E3.3.</i></p> <p><i>Aqui no curso o contacto com a morte e o fim de vida foi só neste estágio do 8º semestre no projecto, E4.2.</i></p> <p><i>No 2º ano, nos cuidados paliativos. E5.5.</i></p> <p><i>Noutro estágio do 2º ano, faleceu outro doente, mas estava com um enfermeiro do serviço que estava a fazer um curso em Cuidados Paliativos e aí foi ele que fez os cuidados ao corpo e eu só presenciei, mas ele explicou-me o porquê de tudo. E6.3.</i></p> <p><i>No 4º ano neste estágio no IPO já tive mais contacto com o fim de vida e sobretudo com a angústia da família, com o sofrimento e com a morte. E6.4.</i></p> <p><i>A minha primeira experiência foi no estágio do 1º ano. Logo no 1º ano, eu quase sempre tive peças em fim de vida em quase todos os estágios, mas nunca cheguei a contactar bem com a morte. E7.1</i></p> <p><i>a experiência mais marcante foi este mês no 4º ano, nos cuidados continuados, E7.3.</i></p> <p><i>Nos estágios tive contacto no 2º ano e agora neste estágio [de opção] que estou a realizar na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos. E9.2.</i></p> <p><i>A minha primeira experiência foi no ensino clínico do adulto idoso no 2º ano, foi o 2º estágio hospitalar. E10.2.</i></p> <p><i>O primeiro contacto com a morte foi no curso. E13.1</i></p> <p><i>(...) no 2º ano, quando estive na medicina, sim. Faleceu-me um doente, ao qual estava responsável. E13.2.</i></p> <p><i>o contacto com a morte foi em ensino clínico, no 2º, 3º e 4º ano. E14.2.</i></p> <p><i>A primeira experiência foi no estágio, no primeiro estágio. E16.2.</i></p> <p><i>No 4º ano na saúde comunitária fui algumas vezes com a equipa dos cuidados continuados visitar e apoiar aquelas famílias. E foi uma experiência que marcou, mas propriamente</i></p>
--	--	--

			<p><i>assistir á morte de um doente, não tenho essa experiencia. E19.2.</i></p> <p><i>Tive algum contacto com a morte durante o CLE. O primeiro foi no 2º ano, com uma senhora ainda jovem, mas que tinha uma doença incurável e ia morrer dentro de pouco tempo. E20.2.</i></p>
--	--	--	--

Quadro 3 - Experiência do estudante

Caracterização da experiência do estudante			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
2) Tipo de experiência com a morte	2 a) Encarada de forma natural		<p><i>Penso que as coisas acabam ali. Como eu não acredito na vida para além da morte, acho que este tempo de vida é o que nos é dado para fazermos o melhor possível. E5.7.</i></p> <p><i>Talvez pela equipa em que fiquei inserido e do modo como se falava na equipa no Hospital Garcia de Horta passei a sentir que aquela situação “O morrer” fazia parte de um processo natural em que cada um nasce, vive e também o processo termina e se morre. E5.22.</i></p> <p><i>A morte é um processo natural que tem um fim quando se chega ao final da recta, senti aquela morte como o dever cumprido. E6.2.</i></p> <p><i>No 1º ano eu sabia que a senhora provavelmente iria morrer, mas acabou por não ser tão traumático. E7.2.</i></p> <p><i>Encaro a morte como processo natural, embora com sofrimento das pessoas mais chegadas. E de aceitação nas pessoas que estou a ver o estado de evolução negativa e de degradação. E8.5.</i></p> <p><i>Se a pessoa está em sofrimento encaro a morte com mais naturalidade do que uma morte inesperada. E8.7.</i></p> <p><i>Vejo a morte como algo natural. E9.5.</i></p> <p><i>Habitualmente penso na morte como um processo natural, E10.5.</i></p> <p><i>Faz parte da vida, é um processo natural. Mas é complicado lidar com a situação, com a perda. E17.6.</i></p> <p><i>Eu tinha a perspetiva da pessoa em fim de vida no hospital, ou num lar de idosos, para mim a</i></p>

		<p><i>morte era institucionalizada. Não tinha esta visão da morte em casa e aquilo chocou-me de certo modo, ver ali um casal de idosos, sozinhos, quase desamparados, sem apoio de outros familiares, numa fase tão difícil da vida. E19.3.</i></p>
2 b) Encarada com dificuldades		<p><i>Não me causou tanto o impacto, nem o arrepio da morte, neste estágio do 2º ano, como me causou o desconforto de lidar com a morte no 1º ano. E5.6.</i></p> <p><i>Aconteceu durante a noite e quando cheguei e vi a cama vazia vieram-me alguns pensamentos e sentimentos. Tudo foi um choque para mim. E10.3.</i></p> <p><i>O que me chocou foi saber que foi durante a noite e que estaria sozinho quando morreu, ele que esteve tão apelativo para mim nos turnos anteriores, para não o deixar sozinho. O que me custou mais foi saber que morreu sozinho. E10.4.</i></p> <p><i>Vem-me assim uma carga muito negativa sobre a morte, sempre associado muito a algo...que acabou...que só fica a recordação. E11.4</i></p> <p><i>Foi complicado, principalmente quando as pessoas estão conscientes e expressam o sofrimento e, muitas delas, dizem que querem morrer, que estão a sofrer e não vale a pena viver. E estão a desistir da vida. Ver aquele sofrimento, todo. Custa lidar com o sofrimento das pessoas. E17.3.</i></p> <p><i>Há coisas que não imaginamos quando entramos para o Curso e no hospital também não temos a verdadeira noção da realidade onde as pessoas vivem e morrem, E19.4.</i></p> <p><i>Eu já achei que morte era uma coisa terrível, o pior que podia acontecer às pessoas, o fim de tudo. Sei lá ... nem encontrava sentido para a morte. E20.3.</i></p> <p><i>Foi incomodativa aquela morte, porque já tínhamos uma relação com a senhora e quando já temos uma relação é pior. E16.24.</i></p> <p><i>Falar da morte é sempre triste. Há uma ausência, alguém que se vai embora. Uma separação. E18.3.</i></p> <p><i>há colegas meus que dizem que a questão da morte não interfere, é como cuidar de outra situação, mas eu acho que isso é uma fuga, desvalorizamos as coisas porque não</i></p>

			<p><i>conseguimos assumir o quanto aquilo mexe com os nossos medos. E18.34.</i></p> <p><i>(...) não sei se é pela morte, mas sempre há um envolvimento grande, são experiências muito marcantes para os alunos. E9.3.</i></p> <p><i>Foi muito difícil, essa experiência com a morte, foi um bocadinho perder o norte. Modificou-me muito. E5.3.</i></p>
--	--	--	---

Quadro 4 – Processo de morrer na representação dos estudantes

Representação dos estudantes sobre o processo de morrer			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
3) Representação da morte	3 a) Fenómeno mediado por aspetos sociais e culturais	Influência da cultura	<p>Mexeu um pouco comigo, mas também vem aquele pensamento de que a pessoa já estava a sofrer tanto, se calhar partir foi o melhor para ela. E 13.68.</p> <p><i>Na nossa cultura, é muito triste, e acho que o ritual que a nossa cultura tem do funeral, do velório, ainda põe a morte mais triste, ainda a veste com uma roupa mais negra, mais deprimente., E15.5.</i></p> <p><i>Veste o preto por causa do social, porque por ela não faz também muito sentido, mas o social ainda tem uma conotação muito grande. E15.7.</i></p> <p><i>Não encaro como uma coisa alegre, mas também não é um «bicho de sete cabeças». Acho que a forma como vemos a morte é uma questão cultural (...), E9.4.</i></p> <p><i>A morte tem muitos aspectos. Se para uns aceitam para outros podem negar, rejeitar, ser um sofrimento, um motivo de revolta. E20.7.</i></p> <p><i>A forma como cada estudante encara estas situações também tem muito a ver com as experiências que tiveram como pessoas. E14.16.</i></p> <p><i>(...) Não há só um tipo de morte. Quando falamos em morte projetamos a morte de uma pessoa idosa, que morre tranquila por idade avançada. Mas há outros tipos de morte: as rápidas por acidentes que envolvem mais os jovens e adultos, ou as violentas e essas não são só dos filmes. As mortes dos jovens na guerra e as mortes por desespero e suicídio. As mortes por fuga ao real, por overdose. Bem</i></p>

			<i>quando temos á nossa frente uma morte a nossa representação varia consoante o tipo de morte em questão. E19.8.</i>
		Influencia dos média	<i>A ideia que eu tenho da morte é muito dos filmes. Não tenho nada construído na base do real, do vivido. É só uma cultura de cinema. E18.4.</i>
		Influência da religião	<i>Talvez pelas minhas crenças religiosas, que também me dão um certo apoio, acredito que talvez a pessoa fosse para um lugar melhor. E13.32,</i> <i>A mim não me faz confusão nenhuma lidar com pessoas que têm crenças sobre a morte e respeito isso, e acho que só lhes faz bem terem alguma crença e pensarem que há algo, para além da morte, também para se protegerem, para saberem lidar com aquele fenómeno. E14.10.</i>
	3 c) Morte como fim de percurso de vida e fenómeno inevitável		<i>Tinha uma ideia diferente; pensava na morte como um fenómeno negativo e não a via como parte integrante da vida da pessoa. Sendo negativo, mas não é um processo dramático, mas faz parte do percurso, é algo natural. Agora acho que faz parte da vida mesmo sendo negativo não é tão dramático, mas natural que faz parte do processo. E3.4.</i> <i>É uma coisa que aprendi a lidar melhor durante o curso, porque nós estamos mais informados. E uma morte, quando é derivada a alguma doença ou a algum acontecimento, nós como temos os conhecimentos, sabemos que não ia haver outro fim. E7.7.</i> <i>(...) se for a falar com outros amigos meus da minha idade, e se calhar até já um pouco mais velhos, (...) não sabem lidar tão bem com a morte, como nós que só estamos a tirar o curso de enfermagem. E13.69.</i> <i>Começo a encará-la com mais naturalidade. O facto de estar neste curso, de falar destas questões, acabou por me ajudar a aceitar, mas ainda com receio. E12.2.</i> <i>(...) a morte representa o fim, mesmo que seja uma passagem, é o final de alguma coisa, do momento. E13.4.</i> <i>É triste mesmo para quem cá fica, embora seja um processo natural, nascer, viver e morrer. E16.3.</i> <i>Depois de contactar com algumas situações eu acho que até faz sentido tudo tem um fim. Se</i>

			<p><i>as pessoas já cumpriram a sua missão e o viver lhe causa sofrimento, então a morte faz sentido. E20.4.</i></p> <p><i>É diferente cuidar de um idoso de cuidar de uma criança, que está para morrer. Porque é assim, nós já estamos à espera, e somos educados assim. Esperamos que as pessoas nascem, crescem, reproduzem-se e morrem. É uma lei biológica, natural. E14.7.</i></p>
	3 b) Fenómeno metafísico	Acesso a outra dimensão	<p><i>Acredito que depois da morte a pessoa continue, mas noutra dimensão não física e talvez muito melhor. E13.10.</i></p> <p><i>(...) Por mais que eu acredite que as pessoas vão para um sítio melhor, é sempre alguém que parte, alguém que deixa de estar presente, que deixa saudades. E13.3</i></p> <p><i>Acredito que esta vida é passageira, falemos assim, acredito que quando as pessoas morrem, poderão ir sempre para um lugar melhor, e que isso dá tranquilidade, pelo menos para mim. E13.6</i></p> <p><i>Eu acho que se nós acreditarmos que há mais alguma coisa, para além da morte, talvez seja mais fácil, se pensarmos que não se acaba ali, com a morte. E17.18</i></p>
		Dúvidas existenciais	<p><i>Não tenho crença religiosa. Essas coisas de haver vida para além da morte, eu não sei. Não é uma coisa que me influencie. Claro que se a pessoa que eu estiver a cuidar tiver essa crença, eu só tenho de respeitar e de promover essa especificidade. E7.9.</i></p> <p><i>Depois estas questões do que há para além da vida. Encontrar um significado para a morte também ajuda. Não faz sentido a vida acabar assim sem um significado. É preciso encontrar um sentido para algumas experiencias humanas que nos chocam, o sofrimento, a abandono, as perdas os lutos o desaparecimento da pessoa. E20.17.</i></p> <p><i>Acredito que esta vida pode não ser a única. Mas credito que nós devemos aproveitá-la o melhor possível e, por isso, é tão importante cuidarmos o melhor possível, com tudo o que nós podemos no sentido de dar uma maior qualidade de vida àquela pessoa, naquele momento. E13.9</i></p> <p><i>Uma insegurança. Será que vai ficar bem depois de morrer, sem dor sem sofrer, vai para</i></p>

			<i>um local tranquilo? Isto me levanta outras questões E19.10</i>
	3 d) Fenómeno traumático / abjeto		<i>A morte para mim está associada ao perder, à degradação das capacidades intelectual, à degradação mental mais que a física. E10.7.</i> <i>Se puder escolher onde trabalhar, não cuida de um moribundo. E12.3.</i> <i>É uma perda que temos de saber lidar e talvez dar alguns subsídios à família para saber lidar com ela, E13.5</i> <i>O morrer não é assim tão simples, nem para quem cuida nem para quem parte. Há muita coisa envolvida a vários níveis. A nível emocional. Há muita coisa para resolver. E19.5.</i> <i>Ainda lido mal com isso. Para mim a morte é sempre uma rutura. E20.5.</i>
	Morte como tabu social		<i>Por não ter tido tanto contacto com a morte, ainda é uma coisa que afasto muito, não sei, não reflito muito sobre isso. E2.3.</i> <i>Nesta fase é uma postura um bocadinho de defesa, é não querer tanto pensar nisso, de afastar a ideia, E2.4.</i> <i>Penso que a morte é algo que, pelo menos na nossa sociedade, na nossa cultura não é muito abordado, continua a ser tabu. E11.12.</i> <i>Porque a morte é uma coisa ... Toda a gente tem medo da morte. É mesmo! toda a gente sente medo. E14.3.</i>

Quadro 5- Emoções ligadas ao processo de morrer

Aspetos emocionais ligados à morte			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
4) Sentimentos /emoções associados à morte	4 a) Impotência e revolta		<i>Naquele serviço a morte é muito próxima. Eu sinto-me impotente. E4.3.</i> <i>o que sentimos é uma impotência misturada com fracasso misturada com incapacidade de melhorar o estado de saúde daquela pessoa. E14.13.</i> <i>Por não se conseguir fazer mais, surgem sentimentos de impotência, há aquela necessidade de se poder fazer mais. E1.4.</i> <i>Surge-me a ideia de separação, não poder fazer</i>

		<p><i>nada, impotência, uma frustração. E18.5</i></p> <p><i>Sentimentos de revolta. E5.8.</i></p>
4 b) Tristeza e saudade		<p><i>A morte provoca-me alguma tristeza. E4.7.</i></p> <p><i>É uma coisa triste, perde-se aquele ser, perde-se alguma coisa, têm-se sentimentos de tristeza, frustração, saudade. E1.3.</i></p> <p><i>(...) perante a morte, vejo como algo triste e evito. E2.5.</i></p> <p><i>A morte traz-me tristeza e angustia pelo sofrimento daquela pessoa. E8.6.</i></p> <p><i>A morte traz-me sentimentos de tristeza, mas sem culpabilidade, porque culpa em nunca senti. E9.6.</i></p> <p><i>Naquele caso fiquei triste e também tive sentimentos de revolta por o doente ter morrido só. E10.6.</i></p> <p><i>Vejo sempre a morte como um acto triste. E15.6.</i></p> <p><i>É triste, para mim tem um espectro negativo. E16.4.</i></p> <p><i>Envolve muita tristeza, muita angústia para a família, lidar com muitas perdas. E19.6.</i></p> <p><i>Associo sempre a tristeza, despedida, nunca mais voltar a ter a companhia daquela pessoa. E19.9.</i></p> <p><i>Algo triste, envolve separação, saudade da pessoa, que parte. E6.7.</i></p> <p><i>Associo morte a perda e saudade. E13.6.</i></p>
4 c) Medo de morrer só		<p><i>Tenho medo de vir a morrer só. Acho isso degradante. E19.7.</i></p> <p><i>Eu tenho um bocado de medo da morte. Medo de morrer sozinha. Incomoda-me a ideia de morrer sozinha, porque atualmente morre-se muito sozinha. E4.6.</i></p>
4 e) Medo e ansiedade		<p><i>Via como um processo natural, mas era algo de que tinha muito medo, tinha muito medo que acontecesse a qualquer pessoa de quem eu gostava. E7.8.</i></p> <p><i>É uma ansiedade muito grande, perante a morte. E14.6.</i></p>

Quadro 6 - Formação do estudante

Parte II- Preparação do estudante			
Área temática	Categoria	Sub categoria	U. Registo
5) Preparação para lidar com a morte	5 a) Obtida na família e no social		<p><i>Eu acho que toda a minha formação ajudou-me muito a lidar com a morte. E13.7.</i></p> <p><i>(...) Sou obrigada a ter tanto uma visão da vida como da morte, que não é só o ler livros, mas foi também a forma como eu fui educada, e eu própria já estou num processo de ajudar a educar os outros. E13.8.</i></p> <p><i>Para cuidar de pessoas em fim de vida eu creio que a minha família também contribuiu para isso. A minha formação o que me ensinaram desde criança a ajudar as pessoas, o preocupar-me com os outros, a estar atento às necessidades dos outros. E19.15.</i></p> <p><i>A minha formação moral e religiosa que eu já trazia para o curso, ficou mais sustentada com as aulas de ética. E19.21.</i></p> <p><i>Não posso dizer que foi uma religião em especial, que me orientou, mas as religiões procuram dar uma explicação para estas questões ontológicas, o que ajuda bastante. E20.18.</i></p>
	5 b) Obtida na formação enquanto estudante		<p><i>(...) o lidar com esse sofrimento também fez com que tivesse, possivelmente, outra visão sobre as coisas, e fez-me crescer a nível de lidar com a morte. E13.11</i></p> <p><i>Na enfermagem falamos muito na enfermagem cultural. É importante perceber o sentido que as pessoas de cada cultura ou religião dão à vida e à morte. Para dialogar com eles temos que nos sintonizar nos pressupostos de cada um. E20.19.</i></p> <p><i>Foi um assunto falado nas aulas ao longo do curso. E18.6.</i></p> <p><i>No 1º e 2º ano sei que abordamos alguns aspetos teóricos, inclusivamente os professores dão textos de apoio para nós lermos. E18.7.</i></p> <p><i>Julgo que cuidar de uma pessoa que está para morrer não é muito diferente nos procedimentos técnicos de cuidar de outras pessoas também debilitadas, ou dependentes. E18.8</i></p>

Quadro 7- Dificuldades no processo de aprendizagem

Parte II- Dificuldades do estudante			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
6) Dificuldades sentidas pelo estudante no percurso da aprendizagem	6 a) Relacionar-se e comunicar com os utentes		<p><i>A senhora, tinha plena consciência do que estava a acontecer, de que estava a morrer. Isso foi a parte mais difícil para mim penso que é a comunicação. O que é que vamos dizer? Não podemos dizer que vai correr tudo bem, porque não vai. E7.4.</i></p> <p><i>É tão fácil administrar medicação ou posicionar uma pessoa em fim de vida, como outra pessoa qualquer. O que é mais difícil é falar com essa pessoa. O que é que eu vou-lhe dizer? E7.6.</i></p> <p><i>E muitas vezes o que dificulta quando as pessoas estão em final de vida é que elas não conseguem comunicar connosco. É uma comunicação muito mais difícil. E13.16.</i></p> <p><i>A pessoa está num momento de tensão pela morte do familiar, que desabafa com o enfermeiro. Mas a minha questão sempre foi: Agora o que é que eu digo? Digo alguma coisa? Ou estou calada? Ou só oiço? E14.26.</i></p> <p><i>Depois no estágio temos uma atitude de reserva, de não nos expormos, que é se eu não sei muito bem o quer dizer o melhor é estar calado. E18.20.</i></p> <p><i>O falar com as pessoas o não saber o que se pode ou deve dizer, como é que o doente ou a família estão a aceitar, ou não, aquela situação. Fica por vezes uma situação muito constrangedora por não sabermos como agir, o que falar. E20.20.</i></p> <p><i>São sobretudo necessárias as competências relacionais. Nós escondemo-nos muito atrás da técnica e numa pessoa em fim de vida não necessita de grandes técnicas e nós não sabemos por vezes o que fazer para dar resposta aqueles sintomas, para aliviar. E4.31.</i></p> <p><i>Eu acho que podemos sair competentes para cuidar no sentido técnico, se é que isso existe, mas acho que em termos de comunicação, como disse anteriormente, acho que temos todos alguma dificuldade. E7.23.</i></p>
	6 b) Cuidar do corpo		<p><i>Prefiro não lidar mesmo com essa sensação do corpo morto. E11.5.</i></p> <p><i>Penso que não é trabalhado como é que nós mesmos, estudantes de enfermagem e futuros profissionais, lidamos com a morte, com o corpo</i></p>

		<p><i>morto, E11.6.</i></p> <p><i>O mais difícil é sentir que estou a cuidar do corpo, não há feedback, temos uma pessoa inconsciente, embora eu vá falando e explicando sempre, eu pelo menos faço sempre questão de falar, mesmo sem resposta. E6.26.</i></p> <p><i>O corpo a degradar-se e nós não poderemos fazer nada. O mais difícil é essa sensação de impotência. E14.12.</i></p> <p><i>Acho que é das coisas que, até agora, me custa mais lidar é com o corpo em si, e não até com a transição do perder a pessoa, daquele elemento, isso eu consigo perceber e consigo aceitar que há um término, mas o lidar com o corpo, realmente faz-me confusão. E15.3.</i></p> <p><i>Só me é difícil cuidar do corpo morto. Não, nesse sentido do corpo a degradar-se não me faz diferença nenhuma, é mesmo só mesmo após a morte, o tocar no corpo morto é muito difícil. E15.4.</i></p> <p><i>O tocar num corpo sem vida, não sei qual a sensação, mas tenho alguma apreensão, não sei como me iria sentir. E18.12</i></p> <p><i>Custa ver que a pessoa tem um corpo doente que lhe causa desconforto ou mal-estar. E18.13.</i></p> <p><i>O estar perante um corpo sem vida, que não responde, não sente é uma coisa que eu tenho algum receio de experimentar. Aquela sensação de que ainda agora aqui estava uma pessoa e agora já não está, é um corpo inerte e temos que nos livrar dele é algo que ainda tenho que trabalhar estas questões. E20.23.</i></p>
6 c) Cuidar no contexto	Hospitalar	<p><i>O hospital é uma coisa gigantesca e nós vamos para lá estagiar e nem percebemos como é que aquela coisa toda se articula. E20.30.</i></p>
	Doméstico	<p><i>Na comunidade, tive situações um pouco complicadas, e o que me fazia mais impressão era o estado que a família deixava a pessoa viver, a falta de condições do ambiente e não tanto a degradação do corpo dela. E13.18.</i></p> <p><i>Custou-me mais o estado da casa, como a senhora vivia, do que propriamente cuidar daquela pessoa, incluindo a ferida que tinha um cheiro muito desagradável já. E13.19,</i></p> <p><i>No fundo o que me incomodou mais foi o contexto, como vive aquela família, do que a degradação do corpo da senhora. E13.21.</i></p> <p><i>A enfermeira explicou-me que por vezes aquele</i></p>

			<p><i>mal-estar da família e o stress em que estão envolvidos causa alguma perturbação e não conseguem gerir tanta coisa em pouco tempo. E o enfermeiro está ali sozinho em casa de uma família a ter que lidar com todos aqueles aspetos emocionais da família, como a dor, a revolta e não é fácil. E20.26.</i></p>
6 d) Deficit de formação na área	Dificuldade em mobilizar o conhecimento para lidar com a situação em ensino clínico		<p><i>A partir do momento que em estágio nos exigem a articulação de conhecimentos que nós ficamos a olhar, porque não sabemos o suficiente. E6.55.</i></p> <p><i>Eu não me sentia bem, sentia muitas lacunas no que se refere ao sistema nervoso central e periférico e tive que aprofundar para conhecer e entender melhor as situações e não é fácil, porque tudo é um mundo. E6.41.</i></p> <p><i>Preciso de mais acompanhamento no estágio para ajudar a mobilizar os conhecimentos, ou melhor, pôr em prática os conhecimentos que foram dados, porque a dificuldade é mobiliza-los. E8.10.</i></p> <p><i>Às vezes as dificuldades são em estágios tão curtos não é possível mobilizar, nem articular a teoria. E9.20.</i></p> <p><i>(...) só para aquela situação há tantos modelos que o aluno às vezes chega ao ponto de pensar: ok escolho este ou aquele e fico ali um bocadinho perdida. E11.24.</i></p> <p><i>ao longo do curso sempre aqui e ali se vão dando aportes para lidar com o fim de vida. Pode não ser assim uma coisa específica muito direcionada, mas o difícil é ser capaz de mobilizar os diferentes conteúdos para nossa prática.... E19.11.</i></p>
6 e) Gerir as emoções e sentimentos			<p><i>Para mim há coisas que são difíceis. Como o encontrar o significado para a morte, para o sofrimento, para o perder de tudo o que a pessoa é e deixa de ser. Não somos levados a refletir muito sobre isto. Se nós encontrarmos sentido nestes aspetos construímos a nossa própria interpretação sobre os fenómenos e os processos que acompanham a morte e ficamos também mais tranquilos. E20.55.</i></p> <p><i>Não consigo é ter um afastamento do doente e da família e não consigo lidar com as minhas emoções e com as emoções dos outros. O distanciamento que é suposto haver às vezes não consigo. E8.4.</i></p> <p><i>É difícil lidar com o sofrimento e com os sentimentos todos, com a impotência de não conseguir dar outro rumo. E8.8.</i></p> <p><i>É difícil este cuidar para a morte. Não é tanto o lidar com o corpo que tem de ser cuidado, é mais a</i></p>

		<p><i> pessoa em si, que está ali realmente que me preocupa, olhar para mim, e se calhar quer alguma esperança, que eu não lhe posso dar. E12.5.</i></p> <p><i> Foi no estágio do 2º ano, que cuidei de uma pessoa, que estava para morrer, mas foi difícil lidar com as minhas emoções. E8.2.</i></p> <p><i> É sempre difícil, porque nós como ser humano, queremos é sobreviver, e quando nós estamos perante uma situação em que temos é que “deixar morrer”, é complicado, mexe sempre connosco. E13.31.</i></p> <p><i> Nós ficamos sempre com aquela sensação, se eu sou estudante, daqui a poucos meses vou ser enfermeira, e se eu ainda não consigo perceber estas mensagens do doente, de mal-estar e conseguir fazer alguma coisa por isso, ficamos a sentir um bocadinho, aquela frustração de não conseguir fazer nada. E14.15.</i></p> <p><i> Se calhar muitos de nós passaram a experiência, mas lá está, preferiram fingir que aquilo não aconteceu e não pensam sobre a morte, e não refletem naquilo que aconteceu, e não tiram as conclusões e não aprendem. E14.23.</i></p> <p><i> se a pessoa passou realmente pela situação de lidar com a morte, se pensou sobre ela, e se tirou as conclusões e aprendeu, então se calhar essa pessoa vai ter facilidade em falar sobre aquele assunto. Agora, se o acontecimento foi tão perturbador que a pessoa até pode ter pensado nele, mas preferiu arrumá-lo numa gaveta, então acho que vai ter muito mais dificuldade em falar sobre esse assunto. E14.24.</i></p> <p><i> Claro que é necessário cuidar para a morte e claro que nós nos sentimos melhor se pudermos cuidar para a vida, E14.14.</i></p> <p><i> O que me falta é a experiência de me confrontar com a situação. E18.9. Não sei como vou reagir. Que sentimentos, ou emoções vão surgir. Como me controlo. E isso também o Curso não prepara. E18.10.</i></p> <p><i> O que me incomoda será mais a sensação de impotência, de não poder fazer mais por aquela pessoa. E18.11.</i></p> <p><i> Claro que tenho dificuldades, embora nunca tenha cuidado de ninguém que esteja mesmo em agonia, e não sei como me iria sentir em estar ali a acompanhar a pessoa para a partida. E20.21.</i></p> <p><i> Não me sinto capaz de enfrentar estas situações em</i></p>
--	--	---

		<p><i>que eu teria que gerir muita coisa: os meus sentimentos; os do doente em fim de vida, que às vezes nem percebemos como é que ele se situa a viver o percurso da sua doença, que lhe causa, dor, perdas, o torna impotente e ainda ajudar a família a gerir os conflitos e a desorganização que a perda do familiar lhe provoca. São três aspetos que se ligam em que o enfermeiro está sozinho neste processo. E20.27.</i></p> <p><i>Uma coisa é a teoria outra é na pratica. Nós estudamos as fases do processo de morrer da Kubler Ross. Sabemos que as pessoas passam por aquelas etapas todas, pela rejeição, pela revolta, até chegarem à aceitação, mas não sabemos muito bem como é que se manifestam esses sentimentos. E20.24.</i></p> <p><i>A revolta dos doentes pode surgir de muitas formas, mais objetiva, ou mais dissimulada. Por vezes esses sentimentos podem ser expressos para os enfermeiros e nós sabemos que isso não é agradável. E20.25.</i></p>
	6 f) Cuidar da família	<p><i>Também é difícil a relação com a família. Às vezes a família nem compreende o estágio em que o doente está e cria falsas expectativas, não tem a noção que o fim se aproxima e repete a mesma pergunta várias vezes. E6.28.</i></p> <p><i>Tive dificuldade quando estão os familiares, principalmente com o sofrimento da família. Quando as pessoas estão conscientes e sabem que vão morrer é muito difícil fazer o acompanhamento. E8.3.</i></p> <p><i>Bem tive dificuldades, particularmente com as famílias. E8.13.</i></p> <p><i>Foi difícil cuidar das pessoas que estavam a morrer e das suas famílias. Por vezes não sabemos o que dizer. E10.12.</i></p> <p><i>No curso dão-nos os contributos necessários para lidar com a morte. Mas para lidar com a família é mais complexo, as famílias estão mais apelativas, mais sensíveis, aí o diálogo é mais complicado saber o que posso e não posso fazer, o que devo e não devo dizer. E8.14.</i></p> <p><i>No estágio de comunitária também fiz cuidados continuados e até tive vários casos de fim de vida e o que me custou mais não foi tanto a pessoa em si, mas acompanhar a família. E13.15.</i></p> <p><i>A família quase trata aquele corpo moribundo como lixo. Foi um bocado a sensação que eu tive dessa experiência, neste caso particular. E isso</i></p>

		<p><i>custou-me muito. E13.20.</i></p> <p><i>Noto que é mais difícil lidar com a família, porque são pessoas que sabem muito também, principalmente quando são mães. E13.24.</i></p> <p><i>O cuidar do corpo não me custa. Custa mesmo é ver o sofrimento da pessoa ou da família. E17.4.</i></p> <p><i>Nas aulas falamos na comunicação das más notícias. Do ir preparando a família para a situação. Mas não sei como me sentiria por exemplo com uma família a quem morre um filho na Pediatria. E18.14.</i></p>
	<p>6 g) Assistir à morte de pessoas jovens</p>	<p><i>A morte do meu amigo abanou muito as minhas estruturas, sinto que também me podia ter acontecido a mim. Pensei muito o que os outros pensariam e sentiriam se em vez dele fosse eu a morrer. O que sentiriam os meus pais e amigos se fosse eu que estivesse ali morto. E5.4.</i></p> <p><i>Quando é uma pessoa mais velha, nós conseguimos aceitar melhor esse facto. Agora quando é uma pessoa mais nova, nós pensamos assim: isto não é normal, isto não é suposto acontecer. E14.8.</i></p> <p><i>O fenómeno da morte não me é indiferente, claro que causa sempre tensão e, por exemplo, eu quando estava na pediatria, eu somatizei um bocado naquele estágio, porque para mim foi difícil, eu nunca lidei muito com crianças. E14.4.</i></p> <p><i>Se for a morte de um jovem por acidente. Sai de casa para ir ter com os amigos e já não volta. Isso é dramático, nem dá para imaginar e nós sabemos que muitos jovens morrem de acidente. E20.6.</i></p> <p><i>Há diferentes modos de viver e também de morrer. Daí que não é tudo igual, se aceito a morte de um idoso, num jovem é diferente. E20.8</i></p> <p><i>O que me faz mais confusão é se for a morte em criança, a morte em criança ... também porque já tenho um filho. E1.5.</i></p> <p><i>Senti muita mágoa, e não compreendia porque teve que morrer aos 17 anos um amigo, não havia justificação, nem lógica. E5.2.</i></p> <p><i>É um pouco não é justo uma pessoa tão nova, e também o pensar que é alguém que viveu tão pouco tempo como eu, e eu sinto que vivi pouco, portanto, uma pessoa que está a viver os seus últimos dias, assim tão jovem, custa-me acreditar. E13.66.</i></p> <p><i>Estava habituada a perceber a morte nos mais velhos, e, de repente, vejo-me numa situação em que tenho de presenciar a morte de crianças que, praticamente muitas delas, tinham acabado de</i></p>

	<p><i>nascer. E outras muito mais novas que eu. E14.5.</i></p> <p><i>Quando nós nos identificamos com a pessoa de quem cuidamos ficamos muito vulneráveis. Se isto está a acontecer a este jovem também podia acontecer a mim, afinal não é uma coisa que acontece só aos velhos ... E14.9.</i></p> <p><i>A morte de uma criança é muito difícil de aceitar. E18.15.</i></p>
--	--

Quadro 8 – Formação do estudante

Relativa à formação do estudante			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
7) Fatores que contribuíram para ser capaz de cuidar fim vida	7 a) Ensino teórico ao longo do CLE	Os conteúdos gerais do curso	<p><i>No 1º ano estas questões da morte surgem sempre, ou nas aulas teóricas, ou no estágio, ou num diário de aprendizagem um aluno fez uma reflexão sobre o morrer e partilhou connosco. No início queremos saber tudo, entender estas temáticas. E6.8.</i></p> <p><i>No 2º ano nas aulas de saúde do adulto esta temática é abordada. Mas essencialmente no idoso, nas aulas sobre o envelhecimento, não só saudável, mas patológico. Falamos da morte como a fase final da vida e os conteúdos teóricos necessários foram fornecidos e são suficientes. E6.9.</i></p> <p><i>a avaliação da dor, toda essa componente, pelo menos, considero que foi muito bem trabalhada a nível do 1º ano. E11.22.</i></p> <p><i>Em relação a este 4º ano, senti que a componente da família foi muito bem trabalhada, a nível da unidade curricular de enfermagem, da saúde comunitária e da família. E11.23.</i></p> <p><i>Foi nos dado um texto para refletir em cuidados intensivos, em que falava qual é que era o papel dos enfermeiros nos cuidados intensivos, na situação de cuidar do próprio cadáver, E12.4</i></p> <p><i>o suporte para consultarmos foi nos dado. Eu estou agora a rever essa bibliografia que me deram. A temática dos cuidados paliativos do ponto de vista teórico foi muito abordada. E6.10.</i></p> <p><i>No 2º ano falou-se da morte na saúde do idoso, falamos de vários suportes teóricos, como a Phanafe, que nos deram muitas bases teóricas, desde a comunicação e da relação de ajuda e recorro muitas vezes às orientações da Phanafe. E12.6.</i></p> <p><i>A formação escolar contribuiu sem dúvida. Deu-me certos conhecimentos para lidarmos com as coisas</i></p>

			<p><i>de uma forma não leiga, no entanto, penso que a formação na escola não é suficiente. E13.12.</i></p> <p><i>As aulas de comunicação ajudam a cuidar das pessoas. O saber estar naquela situação, o que devo dizer, ou não dizer. E18.17.</i></p> <p><i>A questão do respeito pela dignidade da pessoa. Tudo isso encaixa na minha formação moral, no que eu penso e no modo como me posiciono face às coisas, às questões existenciais. E19.20.</i></p> <p><i>Há muitas coisas que os professores falam, mas que para nós ainda não tem muito significado, ainda não vivemos aquela experiência, então fica assim tudo no ar. E20.57.</i></p> <p><i>Os professores falam da experiências deles, eles todos já foram enfermeiros da prática e isso é muito bom, trazem também a experiência deles junto com os saber teórico, mas nós às vezes até pensamos, mas isto não é possível acontecer. E20.58.</i></p> <p><i>em termos de preparação para alertar para a diferença cultural, o que é que isso implica nos cuidados, (...) eu acho que nesse especto, até é bastante falado no curso. E11.13.</i></p> <p><i>em relação à enfermagem transcultural, eu acho que foi falada durante o curso e acho que é algo para que nós tentamos sempre estar despertos nos estágios. Se tivermos uma pessoa de uma cultura diferente, como é que vamos intervir com ela?! E7.14.</i></p> <p><i>Durante o curso, fui tendo alguns subsídios para compreender de forma diferente as culturas, e aí chegar a perceber-me de que forma é que essas culturas se relacionam com a morte e com o nascimento, e com o luto. E13.55.</i></p> <p><i>é muito importante a introdução da enfermagem transcultural no cuidar, muito importante neste final de vida. E15.33.</i></p> <p><i>Nas questões de final de vida e de morte é muito importante conhecer a influencia da cultura na enfermagem, perceber as diferenças que existem, se formos tratar todos da mesma forma está mal. E15.34.</i></p>
		<p>Contributo de UC específicas do curso</p>	<p><u>Relação de ajuda</u></p> <p><i>A Unidade Curricular do 3º ano “Relação de ajuda” para mim, ajuda nos a estabelecer uma relação, claro que não é específica para o fim de vida, nem para a família, mas é para todas as situações. E3.31.</i></p> <p><i>A UC do 3º ano a relação de ajuda acaba por dar uma ajuda porque tem que se estabelecer uma</i></p>

		<p><i>relação terapêutica, ou não, com o utente e com a família, mas continua a não ser uma disciplina específica para estas situações, não é direcionada. E4.13.</i></p> <p><i>A cadeira de relação de ajuda foi muito importante e eu acho que deveria ser logo no início, a partir do 1º ano. Porque é logo no início que nós começamos a estabelecer a relação, e mesmo antes do estágio. E12.19.</i></p> <p><i>O que mais me ajudou foram as aulas de comunicação, ou melhor a UC de relação de ajuda. E outras leituras que eu fiz. Li a bibliografia recomendada, E20.15</i></p> <p><i>As aulas da UC de relação de ajuda eu acho que são muito importantes. Trabalham muito a comunicação e isso é necessário ter desenvolvido essas competências para estágio. E20.9.</i></p> <p><u>UC de ASE</u></p> <p><i>Estas aulas de ASE ajudam-nos porque sendo discutida uma situação recriada, ajuda-nos a esquematizar o nosso pensamento. E a nossa intervenção junto daquela pessoa e daquela família e fazer um juízo clínico, E4.27.</i></p> <p><i>É das cadeiras mais úteis que eu tive. [Refere-se à Análises de situação das práticas clínicas] E7.27.</i></p> <p><i>As ASE em cada ano são diferentes, já tive algumas que de facto aprendíamos muito naquela partilha e discussão de situações da prática. Outras vezes não resulta tão bem com grupos muito grandes, E19.34</i></p> <p><u>UC de ética</u></p> <p><i>As aulas de ética, eu adorei, achei que eram muito importantes para a profissão. O questionar. Os nossos valores e os valores da profissão, E19.19.</i></p>
--	--	--

		<p>Contributo das UC de opção no curso</p>	<p><i>Teoricamente o tema da morte e do morrer, foi muito pouco abordada, posto quase de parte. Só é mais abordado nos ensinamentos clínicos porque as situações acontecem. Só quando fiz a opção “Quando o fim de vida se aproxima”, é que falamos deste processo. E3.5.</i></p> <p><i>as temáticas aqui abordadas [na opção “Quando o fim de vida se aproxima”] deveriam fazer parte dos conteúdos do curso. Se não tivesse feito esta opção ficava com uma lacuna na preparação académica que o curso me dava. E3.6.</i></p> <p><i>No 2º ano e é o momento exato para fazer esta opção e abordar a morte, [refere-se à Quando o fim de vida se aproxima]. E3.7.</i></p> <p><i>Fiz esta opção quando o fim da vida se aproxima, no fim do 2º ano, mas podia ter sido no princípio, acho que traz muitos contributos para os estágios e se pudesse escolher, faria no final do 1º ano. E9.7.</i></p> <p><i>Foi a unidade curricular de relação de ajuda no 3º ano, e a opção pelo modelo rogeriano na relação de ajuda, mas que é uma UC de Opção, E10.10.</i></p>
		<p>Os referenciais teóricos</p>	<p><u>Deficit na aplicação dos modelos teóricos de enfermagem</u></p> <p><i>Os modelos teóricos não têm interferência. Na prática clínica não são facilitadores nem têm interferência nenhuma, nem são mobilizados. E8.19.</i></p> <p><i>Acho que é uma coisa mais de escola, porque nós quando estamos em ensino clínico, muitos dos enfermeiros nem sequer ouviram falar do modelo teórico que nós dizemos ou queremos utilizar, e não utilizam na prática, por isso, acho que é mais teórico mesmo. E17.16.</i></p> <p><i>Já agora acrescento que os modelos das teóricas de enfermagem não estão a ser transmitidos da melhor forma; não pode ser só teoria, mas temos que saber aplicar na prática os modelos. E10.30.</i></p> <p><i>Foram importantes as aulas teóricas, em que nos era dada a perspetiva dos diferentes autores e a bibliografia para nos consultar-mos se quiséssemos aprofundar o tema. E18.16.</i></p> <p><u>Importância dos modelos na prática de enfermagem</u></p> <p><i>Os modelos teóricos da enfermagem de família ajudam, porque, principalmente neste 4º ano, temos mostrado muito que não é só a pessoa o objeto de cuidado, toda a família acaba por ser objeto. E1.12.</i></p> <p><i>Os modelos ajudam a abordar de forma mais abrangente a família, não só pensar naquela pessoa</i></p>

		<p><i>que está em fim de vida, mas sim todo o cuidador, os que estão próximos, todos os membros. E1.13.</i></p> <p><i>Os modelos teóricos ajudam a estruturar a nossa linha de pensamento, relativamente à avaliação, à análise e aos cuidados que fazemos de determinada família e de determinada pessoa. Ajudam muito, porque é tanta coisa que se não tivéssemos uma referencia perdia-se muita informação. E4.35.</i></p> <p><i>Os modelos são importantes para nós, não apenas na teoria mas para depois chegar ao ensino clínico e aplicar, e aprender a orientar os cuidados. E7.33.</i></p> <p><i>Que os modelos estejam sempre ao lado da nossa prática, sempre. São instrumentos facilitadores do processo. Se tivermos um quadro teórico que nos ajude, temos o caminho mais facilitado. E12.17.</i></p> <p><i>Eu acho que o modelo sistémico ajuda-nos sempre a ver a pessoa mais no sentido alargado, ajuda-nos a ver a pessoa mais no seu todo. E12.18.</i></p> <p><i>Eu acho que a importância das teóricas é realmente ajudarem-nos, enquanto estudantes, a organizar o pensamento e a pensar sobre os conceitos da enfermagem, e sobre aquilo que é importante na disciplina da enfermagem. E14.49.</i></p> <p><i>Se eu tenho uma ideia e quero justificar essa ideia e quero justificar que isso é importante para a enfermagem, então eu tenho de ir buscar as teóricas. É só mais nesse sentido que eu as utilizo neste momento. Não é com o objetivo de agora vou ver o que é que é a enfermagem e vou-me basear nesta teórica, e então vou seguir aquilo que esta teórica diz. E14.51.</i></p> <p><u>Modelo de Virgínia Henderson</u></p> <p><i>Sim a Virginia Henderson no 1º ano é simples, é fácil de usar, baseamo-nos na teoria das necessidades, para iniciar está bem. E9.21.</i></p> <p><i>Não podemos ter uma prática científica sem os modelos. No 1º ano acho bem o modelo de V. Henderson centrado na teoria das necessidades, é ótimo e muito fácil. Depois no 3º ano esta abordagem da Neuman ajuda a alargar a perspetiva do cuidar. E19.41.</i></p> <p><i>(...) no 1º ano é o modelo das necessidades humanas fundamentais, da Virgínia Henderson, eu acho que faz sentido para começo, porque é um modelo muito esclarecedor, muito fácil de compreender. A partir do 2º ano, penso que se deveria inserir a Neuman. É um modelo mais abrangente, sistémico, mas logo podia ser trabalha desde o 2º ano, no 3º ano penso que já é um bocadinho tardio fazer esta abordagem</i></p>
--	--	---

		<p><i>sistémica. E7.31.</i></p> <p><u>Modelo de Betty Neuman</u></p> <p><i>A nível dos modelos conceptuais são facilitadores, eu defendo o modelo da Betty Neuman que embora no início pareça complexo, mas depois de se perceber é uma mais-valia, contempla tudo e se os estágios forem maiores ajuda a entender situações com mais complexidade. E9.19.</i></p> <p><i>Os modelos teóricos ajudam muito na prática, e quanto a mim estão bem distribuídos. O modelo de Henderson no início do curso é mais simples está centrado nas necessidades que são mais fáceis de avaliar no utente O modelo teórico da Betty Neuman que faz uma abordagem sistémica mais complexa ajuda e quanto a mim está bem ser introduzido no 3º ano, porque só nessa altura é nos somos capaz de o compreender. E3.32.</i></p> <p><i>Sim a metodologia do processo de enfermagem ajuda a orientar a prática. Também os modelos teóricos. Todas as teóricas de enfermagem dão contributos, por exemplo a Betty Neuman, ajuda muito pois recorre à teoria dos sistemas e facilita uma visão sistémica dos fenómenos de enfermagem nas 5 variáveis. E10.28.</i></p> <p><u>Modelo de M. Lehninger</u></p> <p><i>A Lehninger ajuda na componente cultural, porque a enfermagem multicultural é muito importante, pelo menos em fases da vida tão significativas como o nascimento e a morte. A componente sócio cultural é muito importante nos cuidados de enfermagem, seja abordada pela Lehninger, seja pela dimensão sociocultural da Neuman. E10.29.</i></p> <p><i>Não utilizo propriamente a teórica X ou Y ou Z para prestar cuidados. Por exemplo, Lehninger fala da importância da cultura na prestação dos cuidados. Eu já pensava sobre isto antes de conhecer a teoria da Lehninger. E14.50.</i></p> <p><u>Modelo de J Watson</u></p> <p><i>Quando eu comecei a ler e a estudar as teóricas de enfermagem aquilo começou a fazer-me sentido e a perceber que estava no curso certo. Por exemplo a ler a Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson fez-me muito sentido. Sinto que é aquilo que eu quero fazer na minha vida. E19.16.</i></p> <p><u>Modelo de Calgary de abordagem familiar</u></p> <p><i>O modelo de Calgary é muito facilitador para abordagem à família, e penso que o de Neuman é um modelo que nos permite pensar em coisas que no</i></p>
--	--	---

		<p><i>modelo centrado no cliente nos passavam um bocadinho ao lado. (...) Acho que é um modelo que ajuda muito o enfermeiro a estabelecer a parceria com o cliente. E7.32.</i></p> <p><i>(...) Gosto muito do modelo de Calgary, acho que é muito aplicável, muito prático, muito fácil de utilizar mesmo sem estar numa abordagem sistémica da família. Esteja ela a viver que processo for, E15.27. no 4º ano esta abordagem da família tendo em conta a estrutura o desenvolvimento e o funcionamento baseado no modelo de Calgary é muito prático. Penso que nos ensinios clínicos o tempo é pouco para treinar estes modelos. E19.42.</i></p>
7 b) Ensino clínico	Em CSP	<p><i>Nos cuidados de saúde primários, sem dúvida que as experiencias foram muito enriquecedoras, E13.42</i></p> <p><i>A enfermagem comunitária trouxe outra visão dos cuidados. O cuidar fora de uma enfermaria, num ambiente desprotegido e com outros recursos, ou menos recursos, é uma outra forma de estar a cuidar, que me faz pensar. Ver este cuidar em fim de vida humanizado, mais próximo das pessoas, das realidades. E19.28.</i></p> <p><i>Temos que passar por situações que nós não estamos à espera nem preparados, são essas que nos fazem aprender e refletir e crescer e ver outra realidade, como a que eu vi em casa das pessoas. E20.14.</i></p>
	Cuidado específico (paliativo)	<p><i>A minha motivação para escolher fazer o estágio final e a monografia na área dos cuidados paliativos foi o facto de nunca ter vivenciado nenhum ensino clínico que me desse a oportunidade de cuidar destes doentes. Sendo a morte inevitável, eu sinto que precisava de criar mecanismos para depois enfrentar estes processos de ajudar os outros a morrer, quer na vida pessoal, quer na profissional. E4.8,</i></p> <p><i>Eu nos ensinios clínicos que tive durante o curso nunca tinha vivido estas situações de prestar cuidados a pessoas em fim de vida. Por isso escolhi no estágio de opção ir para um serviço de cuidados paliativos. E4.14.</i></p>
7 c) Metodologias usadas no processo de ensino aprendizagem	Projeto de estagio	<p><i>A metodologia do projeto de formação pode e é interessante, mas muitas vezes cai no vazio (...) Fazemos no início, quando é discutido é com muita ligeireza. Devia ser mais vezes avaliado isto é ter uma avaliação parcelar, para ver como estava a decorrer o percurso. Ao fim da primeira ou segunda semana deve haver uma reunião para apresentar e discutir com o orientador e professor. A meio é fulcral apresentar, discutir e reavaliar, ou acrescentar algo. E3.22.</i></p>

		<p><i>O projeto de aprendizagem deve ser apresentado depois de algum tempo de permanência num serviço, só depois de um período de integração. Mas os tempos de estágio são muito curtos. Eu tenho que perceber primeiro como é que aquele serviço se articula com os outros. E6.42.</i></p> <p><i>É preciso ter um tempo de permanência nos locais para entendermos as dinâmicas e depois fazermos um projeto que seja viável desenvolver naquele local e naquele estágio. Há algumas dificuldades, os estágios são muito curtos. É preferível ter menos estágios, mas com mais tempo. E6.43</i></p> <p><i>Agora ao entregar este projeto no 8º semestre à professora e ter o feedback dela a dizer que os projetos estão muito gerais, tanto davam para este serviço como para outro e não refletem as especificidades deste serviço é que eu percebo o que me faltava nos outros que fiz. Porque eu fazia sempre assim e nunca fui alertada para a necessidade de o projeto ser bem específico, ajustado àquele contexto e às possibilidades de aprendizagem que eu vou ter. E6.44.</i></p> <p><i>A metodologia do projeto é ótima depois de nós conhecermos o serviço, e percebermos o que naquele contexto queremos ou podemos desenvolver. E20.45.</i></p> <p><i>O projeto se for bem apoiado pelos orientadores é uma metodologia que comigo resultou bem. Mas no decurso do estágio teve que ser ajustado. Percebi que havia outras possibilidades e foi aceite esse ajustamento. E20.46.</i></p>
	<p>Discussão e partilha do estudo de casos</p>	<p><u>Manter a privacidade ou anonimato do estudante</u></p> <p><i>a partilha com os colegas acho que depende do estudante, pode ser benéfico, mas depende das situações e da confiança com o grupo. Penso que deve ser sempre perguntado antes ao estudante se quer ou não partilhar a experiência com o grupo. E10.15.</i></p> <p><i>Partilhar experiência em grupo, sim acho bem; mas os sentimentos de cada aluno isso não. Isso é uma esfera do privado. E16.14.</i></p> <p><i>Não sei até que ponto é que a reflexão não deveria ser anónima. Eu penso que temáticas destas, que são tão pouco trabalhadas e tão pouco faladas, penso que era interessante partilhar com o grupo. E11.14.</i></p> <p><i>A partilha dos jornais de aprendizagem, mas de forma anónima, e serem discutidos num grupo com o docente orientador, que oriente um grupo de estudantes e poderia ser feita a leitura desses jornais de aprendizagem, de forma anónima e,</i></p>

			<p>posteriormente, discutidos. E11.15.</p> <p><i>Não costumo partilhar quando vou a essas reuniões de análise das praticas, porque é uma coisa pessoal. Mas gosto de ouvir as experiências dos outros, se achar que também tenho algum contributo, também digo, mas raramente tenho à-vontade para dizer alguma coisa, até porque às vezes, são grupos enormes que nós nem conhecemos bem., E17.13.</i></p> <p><i>Aprendemos também com as experiencias dos colegas, mas é assim numa balança eu me sinto mal, porque eu sempre aprendi com o que os colegas apresentam e eu nunca levei nenhum caso para a discussão. E19.32.</i></p> <p><i>Mas, a questão às vezes é partilhar os nossos sentimentos, o que nós sentimos e como estamos naquela situação. É uma coisa muito íntima e às vezes custa a partilhar em grupo, com quem eu não conheço. E19.33.</i></p> <p><i>Primeiro individual e depois então se houver acordo e se eu me sentir à vontade de partilhar com outras pessoas, então poderá ser. Mas só mediante acordo entre nós e o professor, porque são coisas que são vividas por nós. São sentimentos e emoções e isso é privado. E12.12,</i></p> <p><i>A partilha depende do tema, da atuação. Em grupo depende, pois é assim às vezes não se colocam as coisas que têm a ver com os se.E3.20.</i></p> <p><u>Reuniões de partilha como estratégia útil</u></p> <p><i>É benéfica a partilha em grupo, se a pessoa se sente à vontade para partilhar e nós entre o grupo falamos muito das nossas experiencias do ensino clínico. A partilha acaba por ser muito positiva. Há sempre alguns colegas que tinham outras opiniões «olha eu se calhar teria feito assim, ou de outra forma». Ou dizem numa situação dessas também senti o mesmo que tu. E4.25.</i></p> <p><i>Isto da partilha ajuda-nos porque vemos que não somos os únicos naquela situação e vemos como é que os outros colegas podiam agir naquela situação e acabamos por receber mais recursos para agir noutras situações semelhantes. (...) Estas reuniões de discussão da prática clínica ajudam a refletir e a crescer. E4.26.</i></p> <p><i>A expressão se sentimentos e vivencias dos outros ajuda muito, há coisas que nós sentimos mas não falamos com ninguém, mas se alguém disser ou partilhar aí fica mais fácil, eu perceber que também estou a sentir aquilo, ou vivi desta forma, E5.15.</i></p> <p><i>Na última reunião de estágio que tivemos, um colega</i></p>
--	--	--	---

		<p><i>tinha feito um diário de aprendizagem sobre uma experiência que teve numa situação de morrer, partilhou connosco e depois todos falamos do que sentíamos. Foi muito enriquecedor, E6.15.</i></p> <p><i>As reuniões de partilha de experiência com orientadores de estágio também são uma ajuda. E9.9.</i></p> <p><i>A partilha com o orientador, depende das situações e da relação que se estabelece, mas com o professora partilha das experiências deve ser sempre feita. E é muito útil o feedback presencial com o nosso docente orientador, em reunião ou em entrevista. E10.14.</i></p> <p><i>Já passei pelas duas experiências e ambas têm vantagens e desvantagens. Se a discussão for individual não me sinto tão inibida em partilhar com tantas outras pessoas, mas depois em grupo também consigo aprender com os colegas. E12.11.</i></p> <p><i>No 2º ano resultaram bem também reuniões em grupo, no final dos turnos, reuníamos com o professor. E13.33.</i></p> <p><i>No meu 2º ano eram os professores que ainda estavam no contexto do estágio, (...) Isso ajudou porque estávamos todos, discutíamos a situação e, às vezes, antes de acontecer a um, o outro já estava um pouco mais preparado porque já tinha acontecido ao outro colega. E13.34.</i></p> <p><i>A discussão de experiências entre pares, se calhar aí seria uma mais-valia. Esta discussão orientada pelo professor. (...) Acho que devia ser um elo de ligação entre os estudantes. E15.18.</i></p> <p><i>Se calhar estudantes que sejam mais contidos, mais reservados e que tenham mais dificuldade em expor os seus sentimentos, se calhar sentirão menos à vontade, (...) quanto a mim, não sentiria nenhuma dificuldade se o professor sugerir, quer falar com o colega ou em grupo, eu por mim, até acho que seria uma ótima estratégia, a discussão e a partilha em grupo. E15.19.</i></p>
		<p><u>Avaliação da reflexão</u></p> <p><i>Nas reuniões dos ensinamentos clínicos deveríamos estar mais à vontade, para expressar os sentimentos e o que sentimos face a alguns aspetos do cuidar, ou não sentimos, dizemos ou não dizemos, mas sem o espectro da avaliação. E3.17.</i></p> <p><i>Estas reflexões não devem entrar como componente avaliativa, porque é muito subjetivo. E depois é</i></p>

		<p><i>assim, se o estudante sabe que está a ser avaliado ... então, a pressão é tão grande que acaba, se calhar, por não dizer o que tem a dizer, ou acaba por dizer o que os outros querem ouvir e sai um trabalho viciado. E7.20.</i></p> <p><i>A avaliação depende, se eu estiver a fazer uma reflexão sobre uma coisa que eu senti e que eu vivi mas que não condiciona os cuidados que eu estou a prestar à pessoa, por exemplo, assisti a uma situação de morte de uma pessoa e isso mexeu comigo, provocou-me em mim estes sentimentos X e Y, eventualmente deveria ter feito isto e aquilo, mas não o fiz na altura. Então, eu acho que isso não deve ser motivo de avaliação. E14.43.</i></p> <p><i>É uma experiência que o estudante está a refletir, mas que é dele, é da formação dele enquanto pessoa. Acho que não deve ser avaliado. Agora se for uma situação em que o estudante cometeu um erro qualquer, ou sei lá... uma situação que tem a ver com a sua prática clínica específica ou alguma coisa que aconteceu durante o ensino clínico, então aí acho que as pessoas se devem sentar e conversar sobre o assunto. E14.44.</i></p> <p><i>A nível até das nossas reflexões escritas, penso que isso se verifica. (...) se descrever exatamente o que senti, se chorei, se fui-me embora, se abandonei, se houve alguma atitude de evitamento. Será que isso não me poderá prejudicar, na avaliação?! E15.13</i></p> <p><i>(...) a capacidade de reflexão tem de ser avaliada e é por aqui, [diário de aprendizagem], portanto, tem que entrar como uma componente do processo avaliativo. E2.24.</i></p> <p><i>As reflexões feitas pelos estudantes devem entrar na componente avaliativa como um item. É importante o estudante desenvolver essa competência de saber refletir sobre a prática, por isso deve fazer parte da avaliação da evolução do aluno. E10.19.</i></p> <p><u>Fundamentação teórica da reflexão</u></p> <p><i>(...) as reflexões sobre a prática devem ser elaboradas em casa, no final do dia. Devem ter alguma fundamentação, mas o estudante ser livre de a incorporar ou não, se eu acho que tenho alguma lacuna e a fundamentação teórica ajuda, tudo bem. A fundamentação deve estar de acordo com as necessidades que o aluno sentir. Mas depois deve ser discutida face a face com o professor. E3.19.</i></p> <p><i>As reflexões devem ser fundamentadas, porque supostamente nós estamos a refletir sobre uma</i></p>
--	--	---

		<p><i>situação que, de alguma forma, mexeu conosco, que se nos fez pensar sobre ela, então temos de ir pesquisar a algum lado o que é que deveríamos fazer. E14.41.</i></p> <p><i>Às vezes podemos refletir sobre algo que não tenho muita justificção teórica, e pode ser complicado. Mas acho que, se houver e fizer sentido, acho que deve ter essa fundamentação teórica, até porque nos ajuda a nós. Agora, também há reflexões cujo suporte teórico não é possível. E14.42.</i></p> <p><u>Reflexão estruturada pelo ciclo de GIBS</u></p> <p><i>O ciclo de GIBS ajuda e estruturar o pensamento e também ajuda a quem o vai ler a perceber o que quisemos dizer com aquilo, acaba por ter uma sequência lógica, E4.21.</i></p> <p><i>No Estágio foi a metodologia de reflexão utilizando o ciclo de GIBS. Já tenho alguma prática de utilização deste modelo e acho que ajuda muito. E10.13.</i></p> <p><i>Desde que tive conhecimento do ciclo de GIBS, sempre utilizei porque acho que é algo que ajuda. Nem que seja só iniciarmos o texto, organizarmos o nosso pensamento, que é falar disto, disto e daquilo, mesmo que depois não siga bem aquela ordem, mas ajuda a orientar. É norteador da prática reflexiva. E13.38.</i></p> <p><i>O jornal de aprendizagem e a reflexão com o ciclo de GIBS é útil, é bom. Sem ter de ser aquele critério, seguir aqueles passos todos, mas com aquela orientação acho que nos ajuda a refletir. E15.15.</i></p> <p><i>Eu tenho-me baseado sempre no jornal de aprendizagem para refletir essas situações mais difíceis, e respeito aquela indicação baseada do ciclo de GIBS que nos foi dada. E ajuda-me bastante e faz sentido aquele encadeamento de fases. E depois tentar colmatar aquilo que me falta com bases fundamentadas em teorias que já foram ensinadas. E12.7.</i></p> <p><i>O diário de aprendizagem é muito bom para nós refletirmos sobre uma situação do estágio. O utilizar aquele esquema do ciclo de GIBS é muito orientador. Dá muito trabalho, vamos para casa e não desligamos do estágio. E20.32.</i></p> <p><u>Utilidade da prática reflexiva</u></p> <p><i>Prefiro refletir, no momento, do que pôr no papel.</i></p>
--	--	--

		<p><i>Pôr no papel sinto alguma dificuldade porque no momento consigo dizer, mesmo, tenho mais espontaneidade e desejo que alguém esteja pronto para ouvir. E1.9.</i></p> <p><i>É bom escrever, sobre as situações, depois parar e refletir logo a seguir... "relato a quente" escrevo o que estou a pensar. E5.12.</i></p> <p><i>Nem sempre na prática instrumental, do saber fazer, é possível de ver, ou de saber o que vai na cabeça do estudante do ponto de vista psico emocional e psico social, componentes do processo reflexivo. Aquilo que nós falamos muito na reflexão na prática e sobre a prática, e etc, tudo isso só é visível nesses instrumentos pedagógicos. E6.31.</i></p> <p><i>Aprender a refletir sobre a prática e a mobilizar os conhecimentos teóricos. E8.11.</i></p> <p><i>(...) o facto de as reflexões nos obrigar a escrever, a dizer por palavras aquilo que sentimos, aquilo que pensamos, também ajudou a ultrapassar e a apercebermo-nos das situações. E13.35.</i></p> <p><i>Há certas situações em que temos necessidade de falar logo com o orientador ou com os meus colegas, resolver a quente e de expressão verbal. Mas depois o que faz realmente as coisas fazerem sentido e sedimentarem-se é uma reflexão posterior. E13.36.</i></p> <p><i>(...) muitas vezes, nós falamos sem pensarmos muito bem, sobre o acontecimento. Saem as emoções que estão ao rubro. Mas o que faz com que a experiência ganhe mais sentido é, sem dúvida, a reflexão escrita e pensada, e levarmos o nosso tempo a pensarmos no assunto. E13.37.</i></p> <p><i>No 2º ano se eu for ver uma reflexão minha, meto as mãos à cabeça e penso...como é que eu fiz isto? Isto está horrível. E agora, se calhar no 4º ano, já consigo fazer uma reflexão estruturada em que eu realmente percebo porque é que estou a fazer aquilo, consigo transmitir aquilo que estou a escrever, aquilo que sinto para o papel. E14.39</i></p> <p><i>Eu acho que a reflexão não deve ser feita no local do ensino clínico, mas sim em casa. Até porque nós em ensino clínico, supostamente estamos no meio de prestação de cuidados e não temos propriamente disponibilidade de escrever a situação e de pensar sobre ela, com a cabeça realmente focada naquilo que estamos a fazer. E14.40.</i></p> <p><i>Neste cuidar em fim de vida, acho que faz mais</i></p>
--	--	---

			<p><i>sentido o diálogo, (...) nem que seja só para confortar naquele momento, proporcionar um alívio e depois, posteriormente, quando a pessoa faz aquele distanciamento, no outro dia, aí se calhar o suporte escrito é bom. Porque também nos permite pensar sobre a situação e como nós estivemos presentes. E15.20.</i></p> <p><i>Nós só conseguimos transformar uma vivencia numa experiencia, e extrair dali alguns contributos, quando realmente, fazemos um certo trabalho sobre aquilo, como diz a Josseau. E não há nada melhor do que passar esse trabalho para o papel. E6.33.</i></p> <p><i>Há outros instrumentos de avaliação do trabalho de estágio como o processo de enfermagem de um doente, o histórico de enfermagem que elaboramos, com todas as necessidades afetadas, um plano de cuidados que se fez, mas não transmite o que o estudante tem de si. E6.34.</i></p>
	<p>Jornal /diário de aprendizagem em</p>		<p><u>Falta de feedback do professor relativa aos trabalhos solicitados</u></p> <p><i>acho que se calhar ao comunicar por email, há uma coisa que poderia ser melhorada nos diários, era, enviarmos à professora, Ok nós sentarmo-nos com os diários e a discussão com o professor ser feita frente a frente a discutir o diário. E2.18.</i></p> <p><i>A resposta deve ser numa entrevista presencial muitas vezes, pelo menos da minha experiência, nós enviamos o diário, o professor escreve uma opinião por email e fica por aí. Já não há mais orientação, até fazem questões no nosso diário, mas depois não querem muito a resposta, fica-se por ali, nunca tive muito espaço, para discutir o diário. E2.21</i></p> <p><i>Acho que a discussão do diário deveria ser momentos em separado. O aluno com o enf orientador e o aluno com o professor. E2.22.</i></p> <p><i>Espero que o professor me dê uma resposta sobre a minha reflexão e sugira outros instrumentos que me ajudem num futuro a ficar mais capacitada e vivenciar melhor essa situação. E8.17.</i></p> <p><i>havia orientadores a quem enviava as reflexões, mas que não havia uma avaliação, nem nas reuniões um comentário. Parece que nós tínhamos feito aquele trabalho, foi importante para nós, mas não passava daquilo. E13.39.</i></p> <p><i>eu acho que os orientadores deviam pegar mais nas reflexões e discuti-las connosco, saber o que é que nós achámos? Porque às vezes até uma reflexão feita num momento e pensada dias depois, pode já ter</i></p>

		<p><i>outro significado e ser aprendizagem quer pelas experiências que nós temos, quer pela reflexão que fazemos delas. E13.40.</i></p> <p><i>os professores normalmente dão algum feedback, por email dão a resposta. Se há algo mais específico falam com o estudante é claro, mas se é tudo situações de aprendizagem dentro do normal, não discutem o que nós escrevemos. E20.37.</i></p> <p><i>A realidade é nós enviarmos por e-mail o diário e muitas vezes recebemos por e-mail, ou nem recebemos. Mas eu acho que, se estamos a fazer uma coisa em que estamos a explorar o nosso sentimento e é algo marcante para nós, acho que devemos ter algum feedback. Faz sentido. Para mim faz todo o sentido se não acabamos por escrever uma coisa, tudo bem que nos ajuda, mas também gostamos que nos ajudem a nós. E7.17.</i></p> <p><i>eu acho que não há mal em que o professor dê o feedback por e-mail, visto que é a realidade, o tempo é muito curto, às vezes mesmo no tempo de estágio é muito curto. Mas se calhar o ideal era ser feita uma reunião individual com o estudante. E7.18.</i></p> <p><i>O professor deve dar-nos um feedback do jornal de aprendizagem. A forma como nos dá a informação se é presencial, ou por escrito, ou online, isso não é importante. O que é importante é ter a opinião do docente ou do orientador, na maior parte dos diários de aprendizagem eu não recebi o feedback do que escrevi e não sei se fiz o que devia ter feito, ou se refleti como devia. E4.23</i></p> <p><u>Orientação do jornal /diário de aprendizagem</u></p> <p><u>Frequência e quantidade de instrumentos</u></p> <p><i>O jornal de aprendizagem é um instrumento muito bom, mas por vezes é utilizado de forma excessiva e aí acaba por perder o sentido. E4.18</i></p> <p><i>O jornal de aprendizagem deve ser feito quando nós sentimos necessidade e temos uma situação para nós refletirmos sobre ela. O que se passa é que na 1ª semana temos que entregar um, na 2ª semana temos que entregar outro. Fazemos um jornal de aprendizagem, porque temos obrigatoriamente que o fazer. E4.19.</i></p> <p><i>não acho bem que tenhamos que ser sobrecarregados de tal modo que num estágio de 5 semanas em que todas as semanas temos que fazer: um diário de aprendizagem, um histórico e um processo de enfermagem. O aluno anda exausto. Já me aconteceu a mim andar tão preocupada com os</i></p>
--	--	---

		<p><i>trabalhos que nem tenho disponibilidade no serviço para as coisas que acontecem. E6.36</i></p> <p><i>Acho que isso é algo que nos faz muita confusão, termos de fazer 4 jornais obrigatoriamente, ou 1 por semana, parece que nós estamos a pensar...mas que situação, eu não tive nenhuma situação que, pronto que nos marcasse. E7.22.</i></p> <p><i>Reflexão sobre a prática nos diários deve ser feita, mas sem limites impostos, pois às vezes condiciona tantos trabalhos em estágio. E10.16.</i></p> <p><i>Os diários de aprendizagem no 3º e 4º ano devem já ser feitos com algum distanciamento e as situações muito bem escolhidas, não interessa a quantidade, mas a qualidade e ao que nós damos importância, o que é significativo para nós. E10.17</i></p> <p><i>O diário de aprendizagem é facilitador na medida ajuda-nos a refletir. Mas alguns professores pedem-nos, sei lá, semanalmente e alguns mesmo diariamente, e nós nem sempre temos coisas para refletir. E17.9</i></p> <p><i>(...) nós quase temos de estar sempre a pensar no que é que poderei refletir desta vez, que nem tudo mexe connosco, nem tudo é situação para refletir, para fazer um diário de aprendizagem. E17.10.</i></p> <p><i>Pecam por serem pedidos em excesso. Às vezes é mesmo uma preocupação nossa. Ainda não fiz o diário desta semana, mas o que é que eu vou fazer, o que vou analisar, etc. Isto é muito stressante, mas depois nem sempre temos o feedback do professor. E20.33.</i></p> <p><i>Há um pedido em exagero. [de diários]. Às vezes a gente sufoca com tanto trabalho em estágio e não dá. Em estágios pequenos pedem o mesmo que em estágios grandes, não pode. E19.31.</i></p> <p><i>Refletimos só por que é obrigatório e nem sempre porque haja uma situação com interesse. (...) Este carácter de obrigatório e frequente acaba por nos ocupar em coisas que não queríamos, ou não tem interesse para nós. Temos que falar sobre aquilo, e não deve ser assim. Devia ser o aluno a escolher. E4.20.</i></p> <p><u>O diário deve ser fundamentado teoricamente</u></p> <p><i>Relativamente à fundamentação do diário, faz sentido ir procurar o que outras pessoas já produziram e analisaram. E ajuda-nos a perceber se agimos bem ou mal. Em situação agimos como nos parece melhor, mas depois quando consultada a bibliografia verificamos que procedemos de acordo</i></p>
--	--	--

		<p><i>com o que deve ser feito. E4.22.</i></p> <p><i>O diário deve ser escrito em casa, depois de refletir, depois de ler algumas coisas sobre aquele assunto, (...) Devem ser fundamentados, acho que sim. É importante saber o que a evidência científica diz sobre aquele assunto. E2.19.</i></p> <p><i>os diários faço sempre com uma componente que é só minha que é o que acho, que senti e pode estar certo ou errado, mas que ao procurar fundamentação, faz-me sentido, ou não, consigo justificar ou por outro lado consigo encontrar algo que realmente me justifique que aquilo não está tão bem. E2.20.</i></p> <p><i>Os diários de aprendizagens fazem-nos ir procurar sustentação para verificar se a nossa atuação, a nossa opinião, o nosso modo de pensar está de acordo com a literatura ou não. E6.32</i></p> <p><i>Faz muito sentido o jornal ser acompanhado de uma fundamentação, de pesquisa, porque consigo depois ver outras perspetivas, para tentar compreender também a minha parte. E12.8.</i></p> <p><i>As reflexões do estudante devem conter fundamentação teórica, para nos dar suporte dos autores sobre aquela situação. E10.18</i></p> <p><i>Para mim como funciona melhor o diário é chegando a casa, passando a situação, refletindo, passo ao papel, fundamentando a minha vivencia, dá-me aportes teóricos que nos permitem refletir sobre a situação. E8.16.</i></p> <p><i>O diário deve ser feito em casa, no local de estágio acho que não, acho que em casa com tempo, e ser fundamentado na literatura. E17.11.</i></p> <p><i>Eu utilizei o diário de aprendizagem com instrumento para a prática refletida. Foi um instrumento que me ajudou bastante. Eu tinha uma situação que eu não sabia se estava a fazer a coisa do melhor jeito. Ia para casa rever, pensar, ler fundamentar a minha ação. Isto é muito bom para a nossa aprendizagem e amadurecimento. E19.29.</i></p> <p><u><i>As reflexões não devem ser fundamentadas</i></u></p> <p><i>As reflexões são importantes, os diários de aprendizagem, faço-os quando chego a casa, mas quanto à fundamentação teórica nos diários, não me faz sentido utilizar uma teórica, neste caso. E16.11.</i></p> <p><i>o jornal de aprendizagem não deve ser feito no estágio, deve ser feito quando chegamos a casa, talvez nesse mesmo dia (...) o facto de ser</i></p>
--	--	---

		<p><i>fundamentado é algo que atrapalha. Porque depois nós estamos mais preocupados em pensar nos artigos que temos de pesquisar para o fundamentar, e acaba por se perder um bocado a nossa própria reflexão. E7.16.</i></p> <p><u>O Diário de Aprendizagem deve ser avaliado</u></p> <p><i>Os diários de aprendizagem foram muito importantes e devem ser um elemento de avaliação, mas inclui ser também de orientação, E6.30</i></p> <p><i>o enfermeiro tem de ter competências humanas e relacionais e isso tem de ser maturado, desenvolvido e avaliado de alguma forma, de alguma maneira e esta [diário de aprendizagem] foi a forma que arranjam de objetivar e eu acho bem. E6.35.</i></p> <p><i>nunca tive os jornais de aprendizagem avaliados. Eu acho que deve ser um instrumento norteador, não deve ser avaliado e não deve ser ... por exemplo, tem de fazer 4 jornais de aprendizagem, num estágio tão curto! E7.21.</i></p> <p><i>(...) a parte da capacidade de refletir é importante, ser avaliada, mas acho que às vezes utiliza-se o diário de uma maneira incorreta, que é, se o professor não concorda com a perspetiva do aluno e então muitas vezes a nota é prejudicada. A avaliação é influenciada muito por aquele diário e acho que isso não faz sentido, porque em última análise é a nossa opinião e eu já vi isso acontecer. E2.23.</i></p> <p><i>Como é um instrumento de avaliação [o diário] devia ser discutido. Há coisas que escrevemos, mas que merecem ser analisadas em conjunto pelo professor com o aluno. Até porque a linguagem escrita é uma e numa conversa o assunto fica mais enriquecido. E20.34.</i></p> <p><i>Se os diários de aprendizagem procuram demonstrar o que o aluno aprendeu naquela experiência, o que refletiu, o que fundamentou, então devem fazer parte da avaliação, e isso está certo, o que me parece é que devem ser pedidos de acordo com o tipo de estágio. Estágios tão curtos não deviam ter tantos diários de aprendizagem. E20.35.</i></p> <p><i>O diário deve servir para avaliação, deve ter algum peso, porque é um instrumento que permite ver a evolução do aluno. Se uma das competências do enfermeiro é saber refletir sobre a prática, este instrumento permite avaliar essa componente da reflexão. E16.13.</i></p> <p><u>Não deve ser avaliado</u></p> <p><i>que o jornal de aprendizagem serve para nós</i></p>
--	--	--

		<p><i>mostrarmos ao professor aquilo que nós sentimos, e que não seja mais um documento para entrar no nosso processo de avaliação. Seja um documento de ajuda. E15.16.</i></p> <p><i>o diário de aprendizagem é uma coisa muito pessoal, não é para estar a ser corrigido, se está bem ou se está mal, acho que cada um tem de refletir de acordo com o que sente. E acho que é uma coisa tão pessoal que não pode chegar alguém e dizer se está correto ou se não está correto. E17.12.</i></p> <p><i>Em termos de metodologia, acho que os diários de aprendizagem ajudam-nos sempre. No início, eu sou sincera, era daquelas pessoas que acham que os diários de aprendizagem (eh) que não faziam sentido, que nós arranjávamos situações que eram assim meio ... artificiais, que ficava bonito. E2.16</i></p> <p><i>Nesta situação de cuidar na morte, ou quando erramos, ou fazemos alguma coisa mal, ajuda-nos a exprimir as coisas, é mais fácil escrever, eu acho, do que estar a dizer em frente a um professor que custou muito ter que cuidar deste utente, ou isso. Portanto em termos de metodologia, acho que os diários ajudam muito. E2.17.</i></p> <p><i>Eu do ponto de vista do facilitismo, até posso dizer, aquilo dá trabalho, mas é aquela sensação de terminado um diário de aprendizagem, isto espelha o que eu pensei, ou que continuo a pensar, eu revejo-me nisto. E6.34.</i></p> <p><i>Neste estágio do 4º ano tivemos a possibilidade de fazer no mínimo 3 diários. Como é um estágio grande dá possibilidade de fazer 3 ou mais. Dá-nos abertura para escolher as situações. E6.37.</i></p> <p><i>Tive agora uma situação que me dá vontade de refletir sobre ela e de a passar para o papel, despertou-me muito sentimentos, não por ter sido uma coisa boa, porque a análise é sobre o que foi de bom e o que foi de mau, mas esta situação tocou-me, já li a bibliografia para me sustentar, e tenho muito interesse em fazer o diário sobre esta situação, E6.38.</i></p> <p><i>Neste ensino clínico do 4º ano temos a possibilidade de gerir o nosso ensino clínico da melhor forma. Há trabalhos que têm tempos marcados, são pedidos pela docente e vêm no guia, e dão nos espaço de liberdade para nos gerirmos. E6.39.</i></p> <p><i>(...) nestas situações resultam bem o jornal de aprendizagem. É algo em que nós podemos refletir sobre um acontecimento, descrever, analisar, pensar no que é que poderíamos ter feito. E7.15.</i></p> <p><i>Eu acho que o diário deve ser enviado aos dois, porque o professor está distante, está de fora, não conhece a pessoa e o orientador está connosco</i></p>
--	--	--

		<p><i>diariamente, e por isso, eu acho que a opinião dos dois é importante. E7.19.</i></p> <p><i>O diário de aprendizagem é uma boa forma em algumas situações, sem ser taxativo, com a obrigação de ter que fazer uns tantos. Apesar da reflexão ter de ser feita continuamente. E8.15.</i></p> <p><i>O Jornal de aprendizagem nos estágios também ajuda a refletir sobre o que fazemos. E9.10.</i></p> <p><i>Nos estágios o maior contributo foi o lidar com os sentimentos, refletir sobre eles nos diários de aprendizagem. E10.11.</i></p> <p><i>Envio o diário de aprendizagem ao orientador por email e depois temos uma discussão onde ele também me ajuda a identificar coisas que, se calhar, não achei tão importantes, mas que fazia todo o sentido e me ajuda a pensar nelas e a fazer as relações com coisas que eu lá coloquei. E12.9.</i></p> <p><i>a discussão do diário deve ser em presença mesmo do aluno porque consegue-se estabelecer uma relação entre o orientador e o aluno muito mais próxima e mais facilitadora da aprendizagem. E12.10.</i></p> <p><i>Sendo um jornal de aprendizagem ou uma reflexão, acho que deve discutir mas de forma individual primeiro, e depois se eu não me importo que seja discutida em grupo e partilhar. E13.41</i></p> <p><i>Todos os instrumentos podem ser bons ou menos bons. É assim, quando nos pedem diários de aprendizagem ao início, nós ficamos sempre muito chateados, porque temos de estar a fazer um diário de aprendizagem. E lá está, só ao fim de fazermos uns quantos é que percebemos que realmente tem utilidade. E14.37.</i></p> <p><i>O exercício mental da pessoa perceber que um diário de aprendizagem serve para eu refletir sobre aquilo que eu pensei, então primeiro eu tenho de descrever aquilo que eu vivi. A seguir vou descrever aquilo que eu senti e a seguir vou descrever o que é que eu poderia ter feito melhor. E14.38.</i></p>
--	--	---

Quadro 9 – Formação em ensino clínico

Formação do estudante em ensino clínico sob tutoria			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
8) Fatores que	8 d) Abordagem	Expetativas dos	<i>Espero que os orientadores me ajudem a lidar com a situação, estarem disponíveis para ouvir-me. Estar</i>

<p>contribuía para ser capaz de cuidar fim de vida</p> <p>(continuação)</p>	<p>da morte pelos orientadores dos estudantes</p>	<p>estudantes sobre os orientadores</p>	<p><i>presente, acompanhar-me e sentir, o meu estado de espírito, ou as minhas preocupações E1.7</i></p> <p><i>Os orientadores devem ter boa componente relacional, exigentes no que esperam de nós, organizados no processo, que não se afastem dos objetivos do documento orientador de cada estágio, que explicitem bem as regras, facilitadores da expressão dos sentimentos, disponível para as nossas dificuldades e orientem nos percursos. E3.23.</i></p> <p><i>Se nós tivermos um orientador de estágio que nos apoie e puxe por nós tudo bem, se não o que acontece é que como não sabemos lidar com a situação tendemos a evitar, preferimos estar com outro doente. Procuramos que não nos calhe aquele, etc. E20.13.</i></p> <p><i>Na prática dos estágios é que a coisa é diferente, depende das situações da prática e do apoio que temos do professor e do orientador. Eu já vivi várias situações nos ensinamentos clínicos, umas apoiadas, outras não, é claro que quando estamos apoiados e temos suporte desenvolvemo-nos muito mais. E6.11.</i></p> <p><i>Gosto de supervisão e que no final me digam os passos que deveria ter feito para correr melhor. Acho que todos nós alunos precisamos de feedback seja ele positivo ou negativo. E6.18.</i></p> <p><i>Foi muito importante o papel do orientador, a mensagem que ele nos transmite de como ser pessoa, ser humano. O orientador deve ajudar a ver os aspetos técnicos, do fazer, mas valorizar mais a competência relacional. E16.16.</i></p> <p><i>Eu acho que é importante que o orientador me veja de uma forma “holística”, isso quer dizer que tem de me ver como aluna e como pessoa. (...), mas antes de mais sou uma pessoa e se calhar não consigo lidar com determinadas coisas e, se calhar, ele tem que me conhecer para me ajudar a ultrapassar as dificuldades que eu vou tendo ao longo do estágio. E12.13</i></p> <p><i>E do orientador espero uma atitude de apoio, de ajuda, de compreensão, de disponibilidade. E15.14.</i></p> <p><i>Espero que o orientador tenha tempo para o ajudar no percurso. Que peça trabalhos compatíveis com a duração do tempo de estágio. Que dê feedback dos trabalhos e que os discuta com o aluno. Se o aluno anda perdido que o ajude a situar-se, ou a seleccionar o que é importante ele focar-se naquele estágio, o que é prioritário. E20.42</i></p>
		<p>Modelo de boas</p>	<p><i>Eu termino este curso com pessoas que foram referências. Foram basilares para a minha</i></p>

		práticas	<p><i>formação. Nunca me vou esquecer disso e já dei esse feedback a essas pessoas. Já lhe disse quando eu for enfermeira a sério vai olhar para mim e vai ver o reflexo de si, em mim. E6.20.</i></p> <p><i>Foi muito facilitador o papel dos orientadores e dos enfermeiros que nos seguem no estágio. Eu tive diferentes tutores e o papel do tutor é muito importante para a nossa aprendizagem naquele momento e naquele contexto, é ele que nos guia E20.28.</i></p> <p><i>Pelo orientador que tive, naquele contexto, que era uma pessoa excepcional, acho que era um bom profissional. E, quando nós temos bons exemplos a nossa aprendizagem é sempre facilitada. E13.43.</i></p> <p><i>Sem bons modelos de práticas fica mais difícil aprender. Nós nos ensinamos clínicos não aprendemos só com o que fazemos, mas também com o que vemos fazer. Eu preciso dessas referências, de pessoas que me sirvam de modelos. E19.18.</i></p> <p><i>Com os professores orientadores e com os tutores. Eram pessoas excepcionais eu aprendi muito com eles, com o exemplo deles, com a forma como se comportavam. E19.17.</i></p>
		Valorizar as experiências vividas pelos estudantes	<p><i>Eu acho que os orientadores da prática, como convivem com a morte diariamente não estão sensíveis para esta necessidade de apoiar o estudante. Os professores estão mais despertos para esses pormenores. E6.17.</i></p> <p><i>Para alguns enfermeiros, aquilo é tão banal que alguns não ligam muito, pois é o que acontece sempre no dia-a-dia e não reparam que para nós são experiências um bocadinho diferentes, nunca tínhamos passado por isto. E6.12.</i></p> <p><i>Outros tutores acham que as coisas que acontecem naquele serviço são banais e o habitual que nem dão conta que nós vemos as coisas pela primeira vez e aquelas «banalidades» para nós são especiais. E20.39.</i></p>
		Promover oportunidades de aprendizagem em	<p><i>O meu ensino clínico do 2º ano não foi fácil, se eu não tivesse levado «uma chapadinha pedagógica», se não tivesse sido estimulada, agora ainda teria muitas dificuldades, como estão a ter os meus colegas que não tiveram esta «chapadinha» e quanto mais tarde pior. Agora no 4º ano há a expectativa dos serviços de que já devemos ter certas competências adquiridas. E6.21.</i></p> <p><i>Nos doentes em fim de vida, por exemplo, tem especificidades da terapêutica que nós podemos não estar despertos para estas particularidades dos</i></p>

		<p><i>cuidados paliativos, é preciso ser o orientador a chamar a atenção. Olha vê lá isto aqui, administra-se por esta via e não por outra. E20.43.</i></p> <p><i>Um orientador também nos pode ajudar a selecionar o que é importante para nós estarmos mais atentos, seleciona as oportunidades de aprender mais nesta situações ou mais naquelas. E20.44.</i></p>
	Estabelecer uma relação de proximidade	<p><i>(...) para nós é mais fácil estabelecer uma relação como nosso tutor que está mais próximo, do que com o docente, porque ainda há aquela ideia, nem sei se imaginada ou real, mas que o professor que é aquele que vai ao estágio para nos avaliar. E6.19.</i></p> <p><i>Sentimos mais à vontade para falar com ele [tutor] do que, se calhar, com um professor que esteja na escola, que não está lá, não está a ver o que é que se passa, não estive com aquela pessoa, no momento também. E11.16</i></p> <p><i>Eu prefiro partilhar com orientador do Ensino Clínico as minhas dificuldades, porque me sinto mais à vontade, mais apoiada, em vez de partilhar em grupo, porque não me sinto à vontade. E8.12.</i></p> <p><i>A partir do momento em que nós já estamos mais ou menos integrados, o tutor já nos dar alguma autonomia. No entanto, estar sempre próximo de nós para que, quando nós tenhamos dúvidas, estar disponível para as tirar, ou para nós as podermos colocar. E13.45.</i></p> <p><i>É importante que o tutor seja alguém que esteja próximo, nos dê autonomia, e que esteja disponível para tudo o que for preciso. E13.46.</i></p> <p><i>os orientadores tem que ser alguém que nos oriente, que nos comece a falar da integração no serviço, que talvez nos primeiros tempos esteja mais connosco, também para nós não fazermos nada de errado. E13.44.</i></p> <p><i>os enfermeiros e os professores quando têm algum aluno a cuidar de pessoas neste contexto de fim de vida, estão mais despertados para trabalhar com ele, estão mais próximos do aluno, dão-lhe mais suporte a todos os níveis. E15.28.</i></p> <p><i>Com o professor é diferente, tem reuniões connosco, vai lá ao estágio, têm acesso às nossas reflexões e aos diários de aprendizagem, falamos muito e trabalhamos sobre os aspetos que vivenciamos. Os professores têm mais essa preocupação, que os enfermeiros da prática. E6.13.</i></p> <p><i>Os colegas que não tiveram essa experiência [de lidar com a morte] nos estágios, se calhar a primeira vez vai ser como profissionais, como enfermeiros, o</i></p>

			<i>que é complicado. Porque eu tinha a enfermeira comigo, tinha um apoio, um suporte, não estava sozinha, ela ajudou-me muito. E17.14.</i>
		Partilhar saberes e práticas	<p><i>São os tutores da prática que ajudam muito, ali foi toda a equipa que conversava e discutia as situações e explicam as estratégias que eles foram encontrando para lidar com estas situações. E5.11.</i></p> <p><i>O que me ajudou muito foram os relatos de casos reais que a equipa partilhou comigo, perceber como é que eles perspetivaram as situações reais, como refletiram e agiram naquela situação, senão fica tudo muito só na teoria. E5.14.</i></p> <p><i>A nível do luto e da vivência da morte, ajudou-me mais o acompanhamento dos enfermeiros do local do contexto, do que a formação que nós tínhamos na escola, E13.14.</i></p> <p><i>Aprendi mais a lidar com a morte e a ser capaz de refletir, falando com os enfermeiros orientadores, ali face aquela situação. E13.13.</i></p> <p><i>Aprendi muito com alguns orientadores de estágio. O modo como eles lidam com estas situações, o saber estar com a família. O saber controlar alguns sentimentos negativos da família e dos doentes que estão revoltados e descarregam para cima da equipa. E20.16.</i></p>
		Ter formação pedagógica	<p><i>Há uns [tutores] que se vê que gostam mesmo de ensinar o que sabem o que aprenderam. (...) Mas há outros orientadores que estão lá, estão disponíveis para nós, mas não têm aquele gosto por ensinar, nem têm formação em pedagogia, E20.31</i></p> <p><i>Os enfermeiros têm um saber prático, sabem muito da sua experiência do dia-a-dia naquele serviço. Conhecem bem as situações, mas alguns não tem conhecimentos de pedagogia, o que não quer dizer que não ensinem bem, mas também lhe falta, por vezes, experiência como orientadores de estágio. E20.40.</i></p> <p><i>Outros já tem muita experiência em orientar os estudantes, mas nem sempre estão ajustados aos objetivos do nosso estágio e não podem exigir, nem esperar o mesmo de um aluno do 2º ano, de um do 4º ano, que também está naquele serviço. As capacidades são diferentes e às vezes comparam-nos. E20.41.</i></p> <p><i>Os professores de enfermagem estão mais direcionados para o ensino, tem formação em pedagogia para o ensino de enfermagem, coisa que nem todos os tutores têm. Mas depende muito das características dos professores da postura,</i></p>

			<i>disposição e disponibilidade. E6.14.</i>
--	--	--	---

Quadro 10 - Críticas e sugestões dos estudantes ao processo de ensino aprendizagem

Parte 4 - Críticas e sugestões dos estudantes ao processo de ensino aprendizagem			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
11) Críticas / sugestões dos estudantes ao processo de ensino aprendizagem	11 a) Ensino teórico	Apreciação da estrutura curricular fixa	<p><i>Na psicologia e na sociologia que nós damos fica ali aquela matéria arrumada. É difícil de transpô-la para a prática. Porque a nível da enfermagem, do ensino da enfermagem não há um acompanhamento dessa transposição. E13.59.</i></p> <p><i>(...) em psicologia 2 tivemos alguns subsídios sobre as nossas crenças mas, de qualquer forma, eu acho que falta algo, tanto para nós cuidar da pessoa, como cuidar de nós mesmos perante aquela situação, eu acho que não há nada, ainda não estamos no patamar ideal. E7.13.</i></p> <p><i>Precisamos de tempo para integrar alguns saberes como os da anatomia, fisiologia e da patologia que por vezes é deficitária. E vê-se nas pautas das notas. Tudo o que é da área do biomédico é mais deficitário. E6.53.</i></p> <p><i>Deviam ser mais normativos em alguns conhecimentos que são base e de referência, como alguns procedimentos técnicos. Também os conhecimentos de patologia e farmacologia deviam estar mais abordados e cimentados. E3.26.</i></p> <p><i>Demos os pressupostos dos cuidados paliativos, mas depois aquilo é tanta teoria e transpor aquilo para a prática é muito complicado. Eu acho que devia haver uma aula mais interativa, talvez. E7.11.</i></p> <p><u>UC de relação de ajuda</u></p> <p><i>A UC de relação de ajuda para mim foi muito teórica e não teve depois a componente teórico-prática para nós aplicarmos. Seria bom recriar um conjunto de situações de diversos contextos e se fizer roleplay dessas situações conseguíamos, com certeza treinar, nem que seja numa situação forçada, mas conseguíamos desenvolver algumas competências para depois aplicarmos na prática. E4.34.</i></p> <p><i>A relação de ajuda devia ser talvez no 1º ano para ser capaz de lidar melhor com os sentimentos. E16.21.</i></p> <p><i>a relação de ajuda no 3º ano é muito apropriada para estas situações de fim de vida, como é que eu me relaciono. Só não sei porque só está no 3º ano.</i></p>

			<p>E19.12.</p> <p><i>A UC relação de ajuda é dada no 3º ano, devia ser mais cedo, faz falta no 2º ano em vez de ser no 3º ano. E16.9.</i></p>
		<p>Algumas UC de Opção deviam fazer parte da estrutura fixa do CLE</p>	<p><i>O plano de estudos não nos prepara para o fim de vida nem para lidar com a morte. Eu, felizmente consegui fazer uma opção “Quando o final de vida se aproxima” que me ajudou muito. Foi uma opção muito importante para mim, trouxe-me muitos contributos para lidar com a morte. E4.9.</i></p> <p><i>Seria importante que o plano de estudos contemplasse mais os contributos teóricos com UC não de opção mas obrigatórias. E4.36.</i></p> <p><i>Não sei lidar, não sei o que devo dizer, o que devo fazer, há em mim uma atitude de fuga. Foi por isso que no 3º ano escolhi a opção “Quando o final de vida se aproxima”. Acho que devia ser uma disciplina/área do curso e não uma opção. E16.7.</i></p> <p><i>Algumas disciplinas sobre o cuidar em fim de vida que são opção, poderem tornar-se obrigatórias seria um grande contributo, para nos ajudar a crescer um pouco neste sentido. E4.29.</i></p> <p><i>Acho que esta opção [Quando o final de vida se aproxima] devia fazer parte da estrutura fixa do curso esta opção. E4.12.</i></p> <p><i>Vamos ser enfermeiros e as pessoas lá fora esperam que a gente tenha esses conhecimentos. Não só como simples opções, mas que saibamos mesmo estar aptos a intervir nessa área [do fim de vida]. E12.21.</i></p> <p><i>Os cuidados paliativos e os cuidados em fim de vida são conteúdos muito importantes que deviam ser disciplinas do currículo e não só opções para quem as escolhe. E16.22.</i></p> <p><i>É muito importante os cuidados em fim de vida, porque encontramos doentes a morrer em todos os serviços. Adorei esta opção, [Quando o final de vida se aproxima] é mesmo muito importante na nossa formação. Sugeriria que a esta disciplina de opção fizesse parte do curso, como UC obrigatória. E16.8.</i></p>
		<p>Necessidade e de uma UC que prepare para o cuidar em fim de vida</p>	<p><i>(...) faz mais sentido uma unidade curricular que nos prepare para a morte do que até outras cadeiras que possamos ter no programa, mas isso também não me cabe a mim estar a dizer. Mas eu considero muito essa necessidade. E15.31.</i></p> <p><i>Acho que devíamos ter um módulo antes de ir para estágio, sobre fim de vida, pode acontecer ter que lidar com a morte em qualquer ensino clínico. E9.22.</i></p>

		<p><i>Eu consideraria muito útil uma unidade curricular, uma disciplina em que fosse trabalhado o fim de vida, mesmo o cuidado ao corpo. E15.32,</i></p> <p><i>Ter pelo menos uma aula que nos prepare melhor, porque os alunos que lidam mal com a morte, ou que tenham tido uma má experiência, chegar ao estágio e ter de lidar pela primeira vez é muito marcante, para nós. E7.12.</i></p> <p><i>Considero uma situação difícil interagir com as pessoas a morrer. Acho que todo o nosso curso tem as vertentes todas, mas, creio que uma unidade curricular, nem que fosse de um mês, dois meses, só relacionada com o final de vida, eu consideraria útil. E15.30.</i></p> <p><i>Julgo que devem começar logo no início do curso a preparar-nos. É assim nós podemos ter uma pessoa a morrer em qualquer estágio e em qualquer situação. E18.29.</i></p> <p><i>Seria bom antes de iniciar o estágio termos esta abordagem inicial sobre estas questões do morrer, para não irmos para o estágio tão crus, ou até para a vida profissional, como no meu caso. E18.32.</i></p>
	<p>Deficit na preparação teórica para o cuidar em fim de vida</p>	<p><i>Houve na teoria alguns subsídios, mas não sei se serão suficientes porque não foi muito aprofundado mas também, se calhar há outras prioridades. E1.10.</i></p> <p><i>(...) Não houve um espaço, [no 1º ano] não sei, uma aula prática, no fundo, para partilharmos o que nós acabamos por falar aqui, o que é que pensam sobre a morte, ter essa perspetiva e no 2º ano, voltamos a ter, no idoso, no adulto também, mas principalmente no idoso, que falámos do luto e da morte. Ajudou-me em alguns aspetos mas sinceramente, acho que é pouco. E2.7.</i></p> <p><i>Penso que a morte está muito esquecida na teoria. Os conteúdos teóricos são muito insuficientes. Falamos no curso sobre a morte, em fundamentos de enfermagem. E5.9.</i></p> <p><i>Falámos sobre a morte, sobre o luto em 3 ou 4 aulas, e pelo que me recordo, acho que foi assim o pouco que nós demos. Depois falámos sobre a morte em pediatria, portanto na criança, mas foi assim algo muito ligeiro. E13.47.</i></p> <p><i>A única disciplina em que eu me lembro de falarmos assertivamente sobre a morte, foi na disciplina do idoso no 2º ano, em que socialmente abordámos o tema da morte, quais eram as fases da morte, deram-nos muitos textos para ler sobre a morte, mas isso não é suficiente. E14.17.</i></p>

		<p><i>No 1º ano falam vagamente nestas questões da morte antes de nós irmos para estágio. Sei que é uma abordagem teórica muito breve, mas dá para ficarmos sensíveis. É que no 1º ano também é tanta coisa que não dá para aprender tudo. E19.13.</i></p> <p><i>Eu acho que nós não estamos preparados. Não estamos! A única altura em que nós tivemos contacto com cuidar da pessoa em fim de vida foi no 2º ano, em enfermagem ao idoso. E7.10.</i></p> <p><i>Neste momento, penso que com as bases que há no plano de estudos, definitivamente não temos preparação suficiente. E11.18.</i></p> <p><i>Nós estamos aqui a ser preparados para ser profissionais, que trabalham tanto na saúde como na doença, e não nos devemos esquecer que também há morte. É nesse sentido que eu acho que há ali uma lacuna no curso. E11.20.</i></p> <p><i>Todas as outras unidades curriculares do CLE não nos preparam para enfrentar a morte. Tudo o que falamos sobre a morte e falamos em diversas situações fala-se da morte como fenómeno fisiológico e não como fenómeno total. E4.10.</i></p> <p><i>O que eu sinto, é que é assim, ao longo do curso fomos dados pequenas abordagens, muito breves, algumas que foram mais extensas do que outras, mas o intuito deste plano de estudos é ajudar a compreender o que é importante. E12.22.</i></p> <p><i>Eu considero que não estou capacitada. De uma forma geral não somos preparados para a situação de morte, ou de fim de vida. (...) Mas a nível do curso base, do CLE, penso que até uma área que normalmente é desprotegida e deixada um bocadinho de lado. E15.8.</i></p> <p><i>Nós colocamos essa questão [ter uma UC sobre a morte] quando abordámos a questão da morte, e o que nos foi dito é que também não nos podiam ajudar muito, porque é o que se vive. Só a viver é que sabíamos, é que iríamos aprender a lidar. E depois disseram que é uma questão de hábito. E isso não consegui perceber muito bem, porque acho que uma pessoa nunca se habitua a lidar com uma situação de morte, mas não sei ... E15.9.</i></p> <p><i>Embora o processo de Bolonha preconize menos teoria e o aluno procurar o seu caminho, mas, na enfermagem há coisas que devem ser normativas e o aluno deve atingir. Devia ser obrigatório saber antes de ir para o estágio. Depois chegamos aos locais de estágio e é nos exigido saber isso e temos que ir procurar sozinhos adquirir esses conhecimentos o</i></p>
--	--	--

		<p><i>que nos complica o nosso desenvolvimento como alunos. E3.25.</i></p> <p><i>Há aspetos do morrer que deveríamos conhecer melhor, como se processa o momento da morte, mais a nível da sintomatologia, compreender os sinais e sintomas, como lidar, o que observar e fazer. Não estamos preparados para lidar com o corpo a perder a vida e ficamos sem saber o que fazer. Falarem-nos sobre estas alterações ajuda-nos a ficar mais preparados e a compreender o que se passa. E3.8.</i></p> <p><i>Com esta alteração dos planos de estudos das 4 escolas, descurou-se um pouco a parte técnica científica. Ao nível dos procedimentos técnicos deveriam insistir mais nessa parte, nas aulas TP. E3.24.</i></p> <p><i>No Plano de Estudos tem que aparecer mais aspetos relacionados com a morte, mas não só com a morte nos aspetos fisiológicos, mas relacionada com tudo aquilo que a morte implica, quer para quem vai morrer, quer para os familiares e amigos que vão ficar, quer para com os profissionais que cuidam destas situações e acompanham a pessoa e a família durante o processo de fim de vida. E4.28.</i></p> <p><i>Tendo em conta o plano de estudos do meu curso, considero que o aprender a cuidar em fim de vida devia ser mais precoce, talvez no 2º Ano. E16.20.</i></p> <p><i>Até no 1º ano nos pode acontecer. Por isso o curso deve ajudar a preparar para este impacto com o doente em fim de vida logo no início. E18.30.</i></p> <p><i>Como o curso está organizado por etapas do ciclo de vida, eu acho que se deve preparar o aluno para assistir na morte naquele grupo etário. A morte da criança e jovem é sempre mais difícil que no idoso. E20.54</i></p> <p><i>não se pode falar dum tema tão complexo e abrangente só numa etapa da formação, vai se falando, até porque a morte da criança envolve outras coisas que não as do idoso. O plano de estudos vai fazendo essa abordagem pelo ciclo de vida, então em cada etapa se deve falar de como é cuidar na morte naquele momento da vida das pessoas. E19.38.</i></p>
	<p>Deficit na preparação para cuidar da família</p>	<p><i>No 3 e 4ºano fala-se da família mas nos primeiros anos não. Não estamos despertos para a importância da família desde o início. E9.23.</i></p> <p><i>No 2º ano, preparar para cuidar da pessoa e da sua família para começarmos a saber lidar com a situação quando fossemos para os estágios. E13.52.</i></p> <p><i>No curso devíamos sair com um pouco mais de</i></p>

		<p><i>formação para tal, porque se nós formos ser enfermeiros, mesmo generalistas, vamos lidar com a família. E13.61</i></p> <p><i>com certeza deve haver imensos vídeos na Internet a falar sobre isso, sobre a experiência de morte de um familiar, de uma pessoa que faleceu. E colocar então essa situação perante os estudantes e dizer...então meus amigos o que é que vocês acham disto? Como interagem com o familiar? E14.28.</i></p> <p><i>Uma coisa que eu achava que fazia falta é mesmo saber, (...) Por exemplo, o que os familiares sentem? O que os doentes costumam dizer, no final de vida? Sabemos que as pessoas ficam mais sensíveis. E2.14.</i></p> <p><i>Para além do doente pode estar presente a família. O curso também nos devia dar um aporte de algumas estratégias para estar e lidar com a família, estratégias para transmitir uma certa segurança, ser capaz de transmitir a informação, saber dar más notícias, saber dar apoio. E3.9.</i></p> <p><i>(...) senti dificuldade em prestar cuidados à família, no sentido de apoio emocional, sinto que nós também não estamos muito preparados pela escola pela nossa formação, em realmente prestar estes cuidados à família. E13.25.</i></p>
	11 b) Ensino prático	<p>Deficit de acompanhamento e supervisão no ensino pratico e laboratorial</p> <p><i>Na componente prática, darem-nos mais tempo de laboratório. Mas não é simplesmente termos os laboratórios abertos para podermos ir treinar, é termos os laboratórios abertos com algum professor a ajudar-nos, a orientar-nos. E13.56.</i></p> <p><i>Dão-nos os conteúdos de forma teórica e depois vamos treinar para o laboratório de forma autónoma. (...) nós podemos até estar a fazer algo, a pensar estamos a fazer bem, mas se calhar há um pormenor que falha, portanto, se tivermos lá alguém a ajudar-nos, nós podemos emendar esse pormenor, e não vamos para os locais de estágio com esse erro. E13.57.</i></p> <p><i>As aulas teórico práticas devem ser com professor presente; há muitas coisas que praticamos, mas não temos o feedback do professor. O que acontece normalmente nos procedimentos é que o professor ensina muito bem o procedimento, mas quando eu vou treinar não tenho o professor para me dizer se estou a fazer bem ou não, ou onde posso melhorar. E3.27.</i></p>
		<p>Deficit de treino simulado</p> <p><i>Acho que as aulas com Role-playing para treinar as técnicas de comunicação, se for em grupos pequenos (5 a 6 alunos) resulta bem e ajuda muito. E9.8.</i></p> <p><i>Nas aulas teórico práticas devíamos trabalhar os</i></p>

			<p><i>cuidados de enfermagem de acordo com os modelos que nos ensinam na teoria, para nos ajudar a interioriza-los. Só nos estágios é que se pode mobilizar estes conhecimentos da parte teórica. Mas em estágios tão curtos e interrompidos como no 3º ano não dá. E10.31.</i></p> <p><i>Na enfermagem a comunicação de um modo geral é sempre importante. Faz-nos falta mais treino em aulas TP sobre a comunicação com estes doentes, ou familiares. E18.19</i></p> <p><i>Há questões que habitualmente as pessoas e as famílias colocam aos enfermeiros e nós não temos treino simulado para ir para estágio mais maduros, mais despertos. E20.11.</i></p> <p><i>Às vezes chegamos ao estágio e é tudo no momento, não houve aquele treino, ainda que simulado das situações mais frequentes. E isso podia ajudar a irmos mais sensibilizados e mais confiantes. E20.12.</i></p> <p><i>Acho que as aulas mais teórico práticas ajudariam imenso, numa primeira fase. Talvez por simulação. E2.12.</i></p> <p><i>No primeiro ano fazia-me sentido ter tido essa preparação mais teórico prática. E2.15.</i></p> <p><i>Há outras disciplinas que acabámos por treinar em simulação, sobre outros temas. Mas por ex. ali seria importante nós termos essa experiencia simulada. E2.13.</i></p> <p><i>(...) da mesma forma que nós temos disciplinas que nos dão uma situação de um caso e nós temos que o resolver, porque não fazer uma aula em que trazem uma situação de morte e em que os alunos falam abertamente sobre aquele assunto, expõem que experiências é que já tiveram, o que é que sentiram ou acham que vão sentir, e daí tentar trabalhar este aspeto com os alunos, de uma forma mais aberta. E14.18.</i></p> <p><i>há outras formas que seriam úteis, por exemplo uma simulação numa TP, como é que eu me comportava naquela situação. Como é que eu me comporto face à ansiedade da família. E18.35.</i></p> <p><i>Faz-nos falta um certo treino em aulas TP de comunicação para determinadas situações específicas. Seria bom para nós. E20.10.</i></p> <p><i>Como componente prática, a relação de ajuda pode ser treinada em aulas em role-playing. Porque a relação de ajuda é muito importante para o cuidar nos doentes que vão morrer. E10.21.</i></p> <p><i>O tema da morte devia ter um espaço mais prático,</i></p>
--	--	--	---

			<p>por ser um tema tão complexo. E2.8.</p> <p><i>Eu acho que o role-playing pode ser proveitoso, agora também tem de se ter em atenção os estudantes em que a morte realmente os afecta de uma forma mais «emotiva». Porque a experiência de morte que elas tiveram foi péssima. Têm algum problema em lidar com esse assunto. E14.19.</i></p>
		Deficit de aprendizagem em no cuidar o corpo morto	<p><i>Em termos de preparação da múmia, eu pessoalmente comecei o curso num pólo da ESEL e até hoje ninguém me disse qual é que era o procedimento de fazer uma múmia e nunca fiz, nem sei fazer. E11.7.</i></p> <p><i>o lidar com o corpo no pós morte, nós não falamos nisso durante o curso, não sabemos os cuidados que é necessário. Não nos ensinam a fazer a múmia, e devíamos saber. E13.53.</i></p> <p><i>Eu gostava de ter essa experiência para saber fazer, [a múmia] porque é uma daquelas situações em que mesmo que nós vamos ver em livros ou na Internet, ou onde for, nunca é a mesma coisa do que na prática. E13.54.</i></p> <p><i>um aluno chegar ao 4º ano e não ter experiência de coisas técnicas, mesmo simples, o melhor é admitir a falha. Há muitos procedimentos mesmo simples que eu não sei. Por exemplo na escola fala-se da morte, mas depois não sei fazer cuidados ao corpo. Cheguei a estágio sem saber fazer uma múmia. E3.30.</i></p>
	11 c) Ensino clínico	Aspetos deficitários dos ensinamentos clínicos	<p><i>Deveria haver mais ensino clínico médico e cirúrgico. Nos planos de estudos dos cursos anteriores os estudantes tinham experiência em cirurgias e em medicina, agora é ou medicina, ou cirurgia, era importante ter as duas coisas. E3.29.</i></p> <p><i>o estágio de urgência e estágio de cuidados intensivos só quem tem é quem faz a monografia nessa área. É uma opção, mas faz falta na nossa formação. E12.20.</i></p> <p><i>Prefiro estágios mais longos e menos estágios e nem preciso de estar a pensar no que disse, porque já refleti sobre esse assunto. E6.45.</i></p> <p><i>Não deve ter um carácter obrigatório de que todas as semanas temos que ter um jornal de aprendizagem, mas que o estudante escolha o momento e a situação mais adequada para o fazer. E4.39.</i></p> <p><i>(...) do ponto de vista da aprendizagem é mais proveitoso uma maior permanência nos serviços. Nós acabamos um estágio de 5 semanas com muitas interrupções pelo meio, porque depois há seminários na Escola, fazemos 4 turnos por semana e chegamos</i></p>

		<p><i>ao fim das 5 semanas e sentimos que agora eu estava disposto a começar, eu já sei onde estão as coisas. Sei onde está a medicação, os instrumentos, já não me sinto perdida. E6.46.</i></p> <p><i>Aqueles estágios saltitantes dão nos o conhecimento de várias instituições e de diferentes métodos de trabalho eventualmente, mas não nos permitem ter uma aprendizagem muito proveitosa. Mas também é importante o aluno conhecer diversos contextos para o aluno perceber para onde pode direccionar o gosto especial por determinada área. E6.47.</i></p> <p><i>Estágios mais longos permitem desenvolver mais competências em vez de serem tão proliferados e tão curtos em cada local. E9.25.</i></p> <p><i>Nos ensinamentos clínicos a teoria no meio do estágio não é facilitador, dispersa muito a nossa atenção. Os estágios deviam ser maiores, e não tão pequenos, como se verifica. E16.23.</i></p> <p><i>O termos unidades curriculares teóricas a decorrer junto com os estágios é terrível, rouba-nos tempo. E isso não tem a ver com a nossa organização em termos de trabalho autónomo do estudante. Há muita coisa que nos revolta e se andamos em stress não vamos ter a disponibilidade necessária para o cuidar. E6.50.</i></p>
--	--	--

		<p>Deficits de preparação dos estudantes para os ensinos clínicos</p>	<p><i>Estamos no 4º ano, mas se não passarmos por estas situações de fim de vida e treinarmos o lidar com elas é como se estivéssemos no 1º ano, não houve progresso e neste processo seria benéfico o acompanhamento mais próximo do docente. E4.38.</i></p> <p><i>Há enfermeiros que orientam alunos e que já comentam que nós temos um conhecimento deficitário. E eu própria tenho vergonha de não saber. Embora isso também seja um motor de desenvolvimento, mas eu acho que a minha formação devia ser de mais um ano. Acho que precisava de mais qualquer coisa. E6.54.</i></p> <p><i>Em qualquer sítio, vamos trabalhar com pessoas a morrer, temos de lidar com a morte, independentemente da nossa especialidade ou não, e acho que é isso que falha um bocadinho, porque eu acho que tudo o que eu aprendi com a morte, com o lidar com a morte, foi muito, à partida, experiência na prática. E13.61.</i></p> <p><i>Há uma pergunta que as pessoas fazem sempre, que é o porquê? Porque ele? Porque é que não me levaram a mim e levaram-no a ele. O que é que a gente responde aqui, (...) é uma pergunta que todas as pessoas fazem e daí eu dizer que a escola não nos prepara a nível, de que forma é que nós lidamos com as coisas. E a escola não aborda isso conosco. E14.27.</i></p> <p><i>Conteúdos que devem ser mais explorados no estágio deve ser a Relação de Ajuda, baseada no modelo Rogereano, também ajuda muito o entender o significado do não-verbal. E10.20.</i></p>
--	--	---	---

		Deficits de orientação tutorial	<p><i>Aos tutores depende, nós também enviamos o trabalho para eles, mas uns falam connosco sobre o assunto, outros dizem que isso são assuntos para discutir com o professor. Mas os que falam connosco sobre aquela situação, a forma como foi vivida ajudam muito. E20.38.</i></p> <p><i>Enviava os diários ao tutor e ao professor. Eram pessoas diferentes e cada uma me dava o seu aporte e isso também é muito bom. O professor dava de um jeito mais fundamentado, citava os autores, dizia que bibliografia que eu podia consultar, mais num especto conceptual. O tutor ensinava de um jeito mais prático, como ele fez, como resultou na prática dele, muito da experiencia, do fenómeno vivido, E19.30.</i></p> <p><i>O ter o feedback do professor nos trabalhos escritos que vai fazendo é importante. Muitas vezes escrevemos o nosso diário, o professor recebe e guarda na pasta. E4.40.</i></p> <p><i>Eu entrego o diário ao professor e acho que a seguir deve haver um diálogo, com orientação individual, E15.17.</i></p> <p><i>Considero que o jornal de aprendizagem deve ser entregue ao professor, que deve dar feedback que é essencial e pode ser em entrevista presencial com diálogo, mas como não estão sempre em estágio e com o numero de alunos que têm é difícil, mas o feedback tem que ser sempre, porque é essencial seja por email ou presencial. E9.11.</i></p> <p><i>O diário deve-se entregar aos professores, que leem e depois devem dar o feedback ao estudante. E16.12.</i></p>
	11 d) Sugestões para melhorar a aprendizagem em dos estudantes	Melhorar a relação pedagógica	<p><u>Aspectos a melhorar na orientação do EC</u></p> <p><i>Quanto ao orientador da prática este diz-nos eu não quero saber disso a discussão do diário é contigo e com o professor. Mas se o orientador se mostra disponível então entrego ao enfermeiro. Considero que também é importante receber o feedback do orientador porque na realidade foi junto dele que aconteceu aquela situação. E4.24.</i></p> <p><i>Há sempre esse receio da avaliação, e penso que depende muito também da relação que é criada com o orientador, com o professor que esteja connosco. Se, desde o início nós tivermos logo uma relação de compromisso de sentirmos que estamos a ser apoiados e ajudados, acho que não se verifica, esse medo. E15.12.</i></p> <p><i>Um bom suporte é um diálogo com o nosso orientador, mas sem aquela conotação de avaliação. Porque são situações de aprendizagem para ser ajudada e não avaliada. E15.11.</i></p>

		<p><i>O estudante só exprime de si, só fala do que sente se houver com o professor ou tutor se houver uma relação de partilha e de confiança e há uma autora a King que fala nisto da interação. Quando nós vemos no nosso tutor ou professor, mais que um avaliador, mas uma pessoa que é parceiro, consegue-se estabelecer uma relação. E6.17.</i></p> <p><i>Para além dos instrumentos de aprendizagem, acima de tudo o mais importante para mim, é a interação do professor com o aluno, o modo como ele compreende as nossas dificuldades e nos dá abertura para nos expormos. E14.34.</i></p> <p><i>Há muitos docentes que não têm esta abertura com os alunos e que, partem logo para uma atitude pouco positiva. (...) os alunos sentem-se retraídos e sentem dificuldade em falar daquilo que sentem quando estão em ensino clínico e perante estas situações específicas. E14.35.</i></p> <p><i>Realmente se o docente mostrar uma abertura para com o aluno, é muito mais facilitador para o aluno. E14.36.</i></p> <p><i>Os professores acham sempre que nós já devíamos saber isto ou aquilo. A componente avaliação está sempre associada ao papel do professor no estágio. E20.29.</i></p> <p><i>As reflexões e discussões sobre a prática também são proveitosas embora às vezes se caia um bocadinho no vazio porque não há feedback. E são uma forma de aprendizagem para todos, tanto para nós, como para o orientador e para o professor. E3.18.</i></p>
	<p>Melhorar a proximidade e do docente no EC</p>	<p><i>O acompanhamento dos ensinamentos clínicos deveria ser mais próximo do professor. E4.37</i></p> <p><i>Gostava que o orientador de estágio estivesse presente. Fosse um estágio presencial, mas se marcamos antes, ele está disponível e comparece. E8.21</i></p> <p><i>Ter um orientador mais tempo e ter um acompanhamento no estágio mais contínuo facilitaria a integração e orientação do aluno. E9.24.</i></p> <p><i>Tive uma boa experiência no estágio presencial do 1º ano em que tínhamos uma professora orientadora de estágio que estava muito atenta a estas situações da morte, orientava-nos muito, estava muito próxima que se passava com os alunos, e isso foi muito bem para nós. E5.10</i></p> <p><i>Talvez fosse melhor um acompanhamento do professor/orientador mais frequentemente, porque</i></p>

		<p><i>em muitos locais eles só vão lá para fazer a avaliação, e nós depois também não estamos à vontade para falar de tudo. E17.8.</i></p> <p><i>Uma boa ajuda era os professores estarem presentes connosco. Estarem connosco, mesmo, fosse em que situação fosse, estarem presentes, não nos deixarem sozinhos com a pessoa, nem no pós morte. Não termos situações de abandono. E15.10.</i></p> <p><i>Os estágios do 2º ano para mim foram muito estruturantes. Ajudaram-me imenso. Era um ensino presencial, em que a professora estava lá connosco. Via as nossas dificuldades. Uma vez numa situação de um colega assistir ao fim de vida a professora foi reunir-se com ele sozinho numa sala para o apoiar, para o escutar, para perceber como é que o estudante estava a digerir todo aquele processo. E6.16.</i></p>
	<p>Uso de metodologias interativas</p>	<p><i>Uma forma de nós também aprendermos e que é praticada noutras universidades e noutros cursos é por exemplo os fóruns de discussão online em que o grupo de estudantes que se juntam para debater, ou analisar as experiências daquele estágio e nós vamos colocando online os dados que achamos pertinentes, o professor terá que liderar corrigir. E20.36.</i></p> <p><i>No curso fazem mesas redondas sobre várias coisas, porque não uma mesa redonda com peritos para nos ajudar a perceber as diferentes perspetivas sobre estes temas tão complexos de entender. Como cada cultura ou religião vê estas questões da morte, do sofrimento, da degradação do corpo físico, da deterioração de todos os sentidos, das perdas. E20.56.</i></p> <p><i>O utilizar metodologias mais ativas como Role-playing seria adequado para nos preparar para as situações reais. Também o deixar bibliografia disponível sobre este tema na intranet seria adequado, nem sempre lemos tudo, mas depois quando precisamos já temos ali a orientação bibliográfica para nos ajudar a refletir nos ensinamentos clínicos. E3.13.</i></p> <p><i>Eu tenho aprendido muito em coisas que vi em filmes, há filmes muito didáticos. Mas nunca vi trazer um filme para a aula e comentar. Poderia ser uma forma de aprender... Trabalhar as questões do fim de vida a partir de filmes. E18.36.</i></p> <p><i>Os profissionais que trabalhassem bastante nessa área, poderiam partilhar com os estudantes como é que foi o início do trabalho com essa vertente, o que é que os levou a trabalhar, por exemplo, numa</i></p>

			<p><i>unidade de cuidados em fim de vida, como é que eles gerem as próprias emoções naquele tipo de prestação de cuidados, não só ao doente já morto, mas também naqueles serviços em fim de vida, como acompanham as famílias. E11.10.</i></p> <p><i>(...) Penso que é muito interessante saber a opinião e qual é a perspetiva entre os mesmos pares ... como é que isso foi. O que é os fez refletir mais? O que é que os incomodou? O que aprenderam? Como resultou para eles? O que foi fácil? E11.11.</i></p> <p><i>Uma coisa que seria útil era uma abordagem em si mais dinâmica no sentido de partilha de experiências, por exemplo, entre profissionais e estudantes. E11.9</i></p> <p><i>Deve-se apostar mais na preparação para a morte, nem que a temática fosse inserida, por exemplo, na unidade curricular, talvez a nível do 2º ano. Mas acho que deveria ser mais investida em termos de preparação e daí depois também é que surgem oportunidade de adquirir essas mesmas competências. E11.17.</i></p>
		<p>Aprender a gerir as emoções com estratégias de coping adequadas</p>	<p><i>Deveria ser mesmo abordado em aulas práticas. Em 1º lugar, por ex. perguntarem-nos como é que nos posicionamos em relação à morte; depois podemos mesmo dizer que medos é que temos. E2.9.</i></p> <p><i>Antes de ir para estágio podemos trabalhar primeiro a morte em termos das nossas emoções. E2.10.</i></p> <p><i>As primeiras coisas a aprender seria ajudar-nos a perceber o fenómeno do morrer para cada um de nós, cada um tem experiencias diferentes e perspetivas diferentes, até porque temos estudantes de diferentes culturas e de várias idades e experiencias. E18.31.</i></p> <p><i>Pode-se ir por esse lado de trabalhar um bocado os sentimentos, o impacto que a morte tem na vivência pessoal do aluno. E2.11.</i></p> <p><i>O curso devia ajudar os estudantes a lidar com os nossos sentimentos, para depois prender a cuidar pessoas de pessoas em fim de vida, e por fim aprender a cuidar da família que acompanha o processo e vive o luto. E4.30.</i></p> <p><i>Como é que nós fazemos a nossa gestão de sentimentos, se associamos experiências que já tenhamos tido na nossa vida pessoal, como é que aquilo se cruza? Penso que é uma componente que não é trabalhada no curso. E11.8.</i></p> <p><i>Como é que nós nos ajudamos a nós próprios, a lidar com aquela situação mórbida? Não sabemos, na minha opinião há aqui uma falha qualquer.</i></p>

		<p>E11.19.</p> <p><i>Durante o curso, realmente explicam-nos, falaram da morte, quais são as etapas da morte, o que é que os familiares podem eventualmente sentir, o que é que a pessoa pode eventualmente sentir. Mas ninguém faz uma abordagem o que é que o estudante pode sentir e quais são as estratégias que o estudante pode utilizar para aprender a lidar com a morte. E14.20.</i></p> <p><i>No 1º ano devem-nos ensinar a lidar com os nossos sentimentos, não só na pessoa em fim de vida, como em tudo. Isto de viver num hospital, viver com aquelas pessoas é complexo. E7.25.</i></p> <p><i>Eu acho que no 1º ano era importante preparar-nos a nós para a morte. E13.51.</i></p> <p><i>Aprender a lidar com os sentimentos devia ser abordado cedo, talvez no 1º ano. E16.10.</i></p> <p><i>(...) Para quem de um modo geral não tem experiência chega ao curso e deparar-se assim com pessoas que não estão saudáveis é algo que também mexe connosco e acho que, sem dúvida, nos devem ensinar a lidar com isso no 1º ano. E7.26.</i></p> <p><i>Se passarmos, nem que fosse uma semana por um serviço onde houvesse essas situações para podermos lidar um pouco e aprender algumas estratégias que pudéssemos desenvolver para (...) ajudar a lidar com os nossos sentimentos. E1.16.</i></p> <p><i>Talvez fosse mais importante saber lidar connosco. Sobre o luto e a forma de nos prepararmos para a morte. E13.49.</i></p> <p><i>Seria bom ajudarem-nos a ver a morte em si e preparar-nos para a enfrentar. E13.50.</i></p> <p><i>Levar-nos a refletir o significado da morte para cada um de nós. De que é que eu tenho medo. Como é que eu posso lidar com as minhas angústias, ou inseguranças. E18.33.</i></p> <p><i>No 1º ano ir despertando o aluno na UC de fundamentos, talvez no 2º semestre, seria mais acertado. Como é que nós estudantes vivemos o processo de morrer, como nos posicionamos em termos gerais, que experiências tivemos. E19.39.</i></p> <p><i>Abordar de que maneira esse acontecimento de vida [a morte] nos causou impacto nas diferentes variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e no nosso desenvolvimento. Discutir e até partilhar em pequenos grupos. Estas dinâmicas pedagógicas não resultam bem em grandes grupos e somos turmas muito grandes. E19.40.</i></p>
--	--	--

		<p><i>A partir do momento em que nós temos uma aula em que estamos a expor aquilo que, para nós, é a morte, aquilo que poderíamos eventualmente ou sentimos já numa experiência de morte, então aí darem-nos estratégias. O que é que podemos fazer para lidar com isso? Por exemplo na disciplina de psicologia podíamos trabalhar isto. E14.21.</i></p> <p><i>Por exemplo na disciplina de Psicologia abordarem estratégias para o estudante ou o enfermeiro lidar com o significado da morte para ele. Porque rentabilizava-se, é uma disciplina que em vez de estarmos a dar outra vez a mesma coisa, porque não meter para lá outros conteúdos que podem ser úteis em várias áreas. E14.22.</i></p>
--	--	--

Quadro 11 - Críticas e sugestões dos estudantes ao processo de ensino aprendizagem

Parte 4 - Críticas e sugestões dos estudantes ao processo de ensino aprendizagem			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
11) Críticas / sugestões dos estudantes ao processo de ensino aprendizagem	11 a) Ensino teórico	Apreciação da estrutura curricular fixa	<p><i>Na psicologia e na sociologia que nós damos fica ali aquela matéria arrumada. É difícil de transpô-la para a prática. Porque a nível da enfermagem, do ensino da enfermagem não há um acompanhamento dessa transposição. E13.59.</i></p> <p><i>(...) em psicologia 2 tivemos alguns subsídios sobre as nossas crenças mas, de qualquer forma, eu acho que falta algo, tanto para nós cuidar da pessoa, como cuidar de nós mesmos perante aquela situação, eu acho que não há nada, ainda não estamos no patamar ideal. E7.13.</i></p> <p><i>Precisamos de tempo para integrar alguns saberes como os da anatomia, fisiologia e da patologia que por vezes é deficitária. E vê-se nas pautas das notas. Tudo o que é da área do biomédico é mais deficitário. E6.53.</i></p> <p><i>Deviam ser mais normativos em alguns conhecimentos que são base e de referência, como alguns procedimentos técnicos. Também os conhecimentos de patologia e farmacologia deviam estar mais abordados e cimentados. E3.26.</i></p> <p><i>Demos os pressupostos dos cuidados paliativos, mas depois aquilo é tanta teoria e transpor aquilo para a prática é muito complicado. Eu acho que devia haver uma aula mais interativa, talvez. E7.11.</i></p> <p><u>UC de relação de ajuda</u></p> <p><i>A UC de relação de ajuda para mim foi muito teórica e não teve depois a componente teórico-prática para nós aplicarmos. Seria bom recriar um</i></p>

		<p><i>conjunto de situações de diversos contextos e se fizer roleplay dessas situações conseguíamos, com certeza treinar, nem que seja numa situação forçada, mas conseguíamos desenvolver algumas competências para depois aplicarmos na prática. E4.34.</i></p> <p><i>A relação de ajuda devia ser talvez no 1º ano para ser capaz de lidar melhor com os sentimentos. E16.21.</i></p> <p><i>a relação de ajuda no 3º ano é muito apropriada para estas situações de fim de vida, como é que eu me relaciono. Só não sei porque só está no 3º ano. E19.12.</i></p> <p><i>A UC relação de ajuda é dada no 3º ano, devia ser mais cedo, faz falta no 2ºano em vez de ser no 3ºano. E16.9.</i></p>
	<p>Algumas UC de Opção deviam fazer parte da estrutura fixa do CLE</p>	<p><i>O plano de estudos não nos prepara para o fim de vida nem para lidar com a morte. Eu, felizmente consegui fazer uma opção “Quando o final de vida se aproxima” que me ajudou muito. Foi uma opção muito importante para mim, trouxe-me muitos contributos para lidar com a morte. E4.9.</i></p> <p><i>Seria importante que o plano de estudos contemplasse mais os contributos teóricos com UC não de opção mas obrigatórias. E4.36.</i></p> <p><i>Não sei lidar, não sei o que devo dizer, o que devo fazer, há em mim uma atitude de fuga. Foi por isso que no 3º ano escolhi a opção “Quando o final de vida se aproxima”. Acho que devia ser uma disciplina/área do curso e não uma opção. E16.7.</i></p> <p><i>Algumas disciplinas sobre o cuidar em fim de vida que são opção, poderem tornar-se obrigatórias seria um grande contributo, para nos ajudar a crescer um pouco neste sentido. E4.29.</i></p> <p><i>Acho que esta opção [Quando o final de vida se aproxima] devia fazer parte da estrutura fixa do curso esta opção. E4.12.</i></p> <p><i>Vamos ser enfermeiros e as pessoas lá fora esperam que a gente tenha esses conhecimentos. Não só como simples opções, mas que saibamos mesmo estar aptos a intervir nessa área [do fim de vida]. E12.21.</i></p> <p><i>Os cuidados paliativos e os cuidados em fim de vida são conteúdos muito importantes que deviam ser disciplinas do currículo e não só opções para quem as escolhe. E16.22.</i></p> <p><i>É muito importante os cuidados em fim de vida, porque encontramos doentes a morrer em todos os serviços. Adorei esta opção, [Quando o final de vida se aproxima] é mesmo muito importante na nossa</i></p>

			<i>formação. Sugeriria que a esta disciplina de opção fizesse parte do curso, como UC obrigatória. E16.8.</i>
		Necessidade e de uma UC que prepare para o cuidar em fim de vida	<p><i>(...) faz mais sentido uma unidade curricular que nos prepare para a morte do que até outras cadeiras que possamos ter no programa, mas isso também não me cabe a mim estar a dizer. Mas eu considero muito essa necessidade. E15.31.</i></p> <p><i>Acho que devíamos ter um módulo antes de ir para estágio, sobre fim de vida, pode acontecer ter que lidar com a morte em qualquer ensino clínico. E9.22.</i></p> <p><i>Eu consideraria muito útil uma unidade curricular, uma disciplina em que fosse trabalhado o fim de vida, mesmo o cuidado ao corpo. E15.32,</i></p> <p><i>Ter pelo menos uma aula que nos prepare melhor, porque os alunos que lidam mal com a morte, ou que tenham tido uma má experiência, chegar ao estágio e ter de lidar pela primeira vez é muito marcante, para nós. E7.12.</i></p> <p><i>Considero uma situação difícil interagir com as pessoas a morrer. Acho que todo o nosso curso tem as vertentes todas, mas, creio que uma unidade curricular, nem que fosse de um mês, dois meses, só relacionada com o final de vida, eu consideraria útil. E15.30.</i></p> <p><i>Julgo que devem começar logo no início do curso a preparar-nos. É assim nós podemos ter uma pessoa a morrer em qualquer estágio e em qualquer situação. E18.29.</i></p> <p><i>Seria bom antes de iniciar o estágio termos esta abordagem inicial sobre estas questões do morrer, para não irmos para o estágio tão crus, ou até para a vida profissional, como no meu caso. E18.32.</i></p>
		Deficit na preparação teórica para o cuidar em fim de vida	<p><i>Houve na teoria alguns subsídios, mas não sei se serão suficientes porque não foi muito aprofundado mas também, se calhar há outras prioridades. E1.10.</i></p> <p><i>(...) Não houve um espaço, [no 1º ano] não sei, uma aula prática, no fundo, para partilharmos o que nós acabamos por falar aqui, o que é que pensam sobre a morte, ter essa perspetiva e no 2º ano, voltamos a ter, no idoso, no adulto também, mas principalmente no idoso, que falámos do luto e da morte. Ajudou-me em alguns aspetos mas sinceramente, acho que é pouco. E2.7.</i></p> <p><i>Penso que a morte está muito esquecida na teoria. Os conteúdos teóricos são muito insuficientes. Falamos no curso sobre a morte, em fundamentos de enfermagem. E5.9.</i></p>

		<p><i>Falámos sobre a morte, sobre o luto em 3 ou 4 aulas, e pelo que me recordo, acho que foi assim o pouco que nós demos. Depois falámos sobre a morte em pediatria, portanto na criança, mas foi assim algo muito ligeiro. E13.47.</i></p> <p><i>A única disciplina em que eu me lembro de falarmos assertivamente sobre a morte, foi na disciplina do idoso no 2º ano, em que socialmente abordámos o tema da morte, quais eram as fases da morte, deram-nos muitos textos para ler sobre a morte, mas isso não é suficiente. E14.17.</i></p> <p><i>No 1º ano falam vagamente nestas questões da morte antes de nós irmos para estágio. Sei que é uma abordagem teórica muito breve, mas dá para ficarmos sensíveis. É que no 1º ano também é tanta coisa que não dá para aprender tudo. E19.13.</i></p> <p><i>Eu acho que nós não estamos preparados. Não estamos! A única altura em que nós tivemos contacto com cuidar da pessoa em fim de vida foi no 2º ano, em enfermagem ao idoso. E7.10.</i></p> <p><i>Neste momento, penso que com as bases que há no plano de estudos, definitivamente não temos preparação suficiente. E11.18.</i></p> <p><i>Nós estamos aqui a ser preparados para ser profissionais, que trabalham tanto na saúde como na doença, e não nos devemos esquecer que também há morte. É nesse sentido que eu acho que há ali uma lacuna no curso. E11.20.</i></p> <p><i>Todas as outras unidades curriculares do CLE não nos preparam para enfrentar a morte. Tudo o que falamos sobre a morte e falamos em diversas situações fala-se da morte como fenómeno fisiológico e não como fenómeno total. E4.10.</i></p> <p><i>O que eu sinto, é que é assim, ao longo do curso fomos dados pequenas abordagens, muito breves, algumas que foram mais extensas do que outras, mas o intuito deste plano de estudos é ajudar a compreender o que é importante. E12.22.</i></p> <p><i>Eu considero que não estou capacitada. De uma forma geral não somos preparados para a situação de morte, ou de fim de vida. (...) Mas a nível do curso base, do CLE, penso que até uma área que normalmente é desprotegida e deixada um bocadinho de lado. E15.8.</i></p> <p><i>Nós colocamos essa questão [ter uma UC sobre a morte] quando abordámos a questão da morte, e o que nos foi dito é que também não nos podiam ajudar muito, porque é o que se vive. Só a viver é que sabíamos, é que iríamos aprender a lidar. E</i></p>
--	--	--

			<p><i>depois disseram que é uma questão de hábito. E isso não consegui perceber muito bem, porque acho que uma pessoa nunca se habitua a lidar com uma situação de morte, mas não sei ... E15.9.</i></p> <p><i>Embora o processo de Bolonha preconize menos teoria e o aluno procurar o seu caminho, mas, na enfermagem há coisas que devem ser normativas e o aluno deve atingir. Devia ser obrigatório saber antes de ir para o estágio. Depois chegamos aos locais de estágio e é nos exigido saber isso e temos que ir procurar sozinhos adquirir esses conhecimentos o que nos complica o nosso desenvolvimento como alunos. E3.25.</i></p> <p><i>Há aspetos do morrer que deveríamos conhecer melhor, como se processa o momento da morte, mais a nível da sintomatologia, compreender os sinais e sintomas, como lidar, o que observar e fazer. Não estamos preparados para lidar com o corpo a perder a vida e ficamos sem saber o que fazer. Falarem-nos sobre estas alterações ajuda-nos a ficar mais preparados e a compreender o que se passa. E3.8.</i></p> <p><i>Com esta alteração dos planos de estudos das 4 escolas, descurou-se um pouco a parte técnica científica. Ao nível dos procedimentos técnicos deveriam insistir mais nessa parte, nas aulas TP. E3.24.</i></p> <p><i>No Plano de Estudos tem que aparecer mais aspetos relacionados com a morte, mas não só com a morte nos aspetos fisiológicos, mas relacionada com tudo aquilo que a morte implica, quer para quem vai morrer, quer para os familiares e amigos que vão ficar, quer para com os profissionais que cuidam destas situações e acompanham a pessoa e a família durante o processo de fim de vida. E4.28.</i></p> <p><i>Tendo em conta o plano de estudos do meu curso, considero que o aprender a cuidar em fim de vida devia ser mais precoce, talvez no 2º Ano. E16.20.</i></p> <p><i>Até no 1º ano nos pode acontecer. Por isso o curso deve ajudar a preparar para este impacto com o doente em fim de vida logo no início. E18.30.</i></p> <p><i>Como o curso está organizado por etapas do ciclo de vida, eu acho que se deve preparar o aluno para assistir na morte naquele grupo etário. A morte da criança e jovem é sempre mais difícil que no idoso. E20.54</i></p> <p><i>não se pode falar dum tema tão complexo e abrangente só numa etapa da formação, vai se falando, até porque a morte da criança envolve outras coisas que não as do idoso. O plano de estudos vai fazendo essa abordagem pelo ciclo de</i></p>
--	--	--	--

			<i>vida, então em cada etapa se deve falar de como é cuidar na morte naquele momento da vida das pessoas. E19.38.</i>
		Deficit na preparação para cuidar da família	<p><i>No 3 e 4º ano fala-se da família mas nos primeiros anos não. Não estamos despertos para a importância da família desde o início. E9.23.</i></p> <p><i>No 2º ano, preparar para cuidar da pessoa e da sua família para começarmos a saber lidar com a situação quando formos para os estágios. E13.52.</i></p> <p><i>No curso devíamos sair com um pouco mais de formação para tal, porque se nós formos ser enfermeiros, mesmo generalistas, vamos lidar com a família. E13.61</i></p> <p><i>com certeza deve haver imensos vídeos na Internet a falar sobre isso, sobre a experiência de morte de um familiar, de uma pessoa que faleceu. E colocar então essa situação perante os estudantes e dizer...então meus amigos o que é que vocês acham disto? Como interagem com o familiar? E14.28.</i></p> <p><i>Uma coisa que eu achava que fazia falta é mesmo saber, (...) Por exemplo, o que os familiares sentem? O que os doentes costumam dizer, no final de vida? Sabemos que as pessoas ficam mais sensíveis. E2.14.</i></p> <p><i>Para além do doente pode estar presente a família. O curso também nos devia dar um aporte de algumas estratégias para estar e lidar com a família, estratégias para transmitir uma certa segurança, ser capaz de transmitir a informação, saber dar más notícias, saber dar apoio. E3.9.</i></p> <p><i>(...) senti dificuldade em prestar cuidados à família, no sentido de apoio emocional, sinto que nós também não estamos muito preparados pela escola pela nossa formação, em realmente prestar estes cuidados à família. E13.25.</i></p>
	11 b) Ensino prático	Deficit de acompanhamento e supervisão no ensino prático e laboratorial	<p><i>Na componente prática, darem-nos mais tempo de laboratório. Mas não é simplesmente termos os laboratórios abertos para podermos ir treinar, é termos os laboratórios abertos com algum professor a ajudar-nos, a orientar-nos. E13.56.</i></p> <p><i>Dão-nos os conteúdos de forma teórica e depois vamos treinar para o laboratório de forma autónoma. (...) nós podemos até estar a fazer algo, a pensar estamos a fazer bem, mas se calhar há um pormenor que falha, portanto, se tivermos lá alguém a ajudar-nos, nós podemos emendar esse pormenor, e não vamos para os locais de estágio com esse erro. E13.57.</i></p>

			<p><i>As aulas teórico práticas devem ser com professor presente; há muitas coisas que praticamos, mas não temos o feedback do professor. O que acontece normalmente nos procedimentos é que o professor ensina muito bem o procedimento, mas quando eu vou treinar não tenho o professor para me dizer se estou a fazer bem ou não, ou onde posso melhorar. E3.27.</i></p>
		<p>Deficit de treino simulado</p>	<p><i>Acho que as aulas com Role-playing para treinar as técnicas de comunicação, se for em grupos pequenos (5 a 6 alunos) resulta bem e ajuda muito. E9.8.</i></p> <p><i>Nas aulas teórico práticas devíamos trabalhar os cuidados de enfermagem de acordo com os modelos que nos ensinam na teoria, para nos ajudar a interioriza-los. Só nos estágios é que se pode mobilizar estes conhecimentos da parte teórica. Mas em estágios tão curtos e interrompidos como no 3º ano não dá. E10.31.</i></p> <p><i>Na enfermagem a comunicação de um modo geral é sempre importante. Faz-nos falta mais treino em aulas TP sobre a comunicação com estes doentes, ou familiares. E18.19</i></p> <p><i>Há questões que habitualmente as pessoas e as famílias colocam aos enfermeiros e nós não temos treino simulado para ir para estágio mais maduros, mais despertos. E20.11.</i></p> <p><i>Às vezes chegamos ao estágio e é tudo no momento, não houve aquele treino, ainda que simulado das situações mais frequentes. E isso podia ajudar a irmos mais sensibilizados e mais confiantes. E20.12.</i></p> <p><i>Acho que as aulas mais teórico práticas ajudariam imenso, numa primeira fase. Talvez por simulação. E2.12.</i></p> <p><i>No primeiro ano fazia-me sentido ter tido essa preparação mais teórico prática. E2.15.</i></p> <p><i>Há outras disciplinas que acabámos por treinar em simulação, sobre outros temas. Mas por ex. ali seria importante nós termos essa experiencia simulada. E2.13.</i></p> <p><i>(...) da mesma forma que nós temos disciplinas que nos dão uma situação de um caso e nós temos que o resolver, porque não fazer uma aula em que trazem uma situação de morte e em que os alunos falam abertamente sobre aquele assunto, expõem que experiências é que já tiveram, o que é que sentiram ou acham que vão sentir, e daí tentar trabalhar este aspecto com os alunos, de uma forma mais aberta. E14.18.</i></p>

		<p><i>há outras formas que seriam úteis, por exemplo uma simulação numa TP, como é que eu me comportava naquela situação. Como é que eu me comporto face à ansiedade da família. E18.35.</i></p> <p><i>Faz-nos falta um certo treino em aulas TP de comunicação para determinadas situações específicas. Seria bom para nós. E20.10.</i></p> <p><i>Como componente prática, a relação de ajuda pode ser treinada em aulas em role-playing. Porque a relação de ajuda é muito importante para o cuidar nos doentes que vão morrer. E10.21.</i></p> <p><i>O tema da morte devia ter um espaço mais prático, por ser um tema tão complexo. E2.8.</i></p> <p><i>Eu acho que o role-playing pode ser proveitoso, agora também tem de se ter em atenção os estudantes em que a morte realmente os afeta de uma forma mais «emotiva». Porque a experiência de morte que elas tiveram foi péssima. Têm algum problema em lidar com esse assunto. E14.19.</i></p>
	Deficit de aprendizagem em no cuidar o corpo morto	<p><i>Em termos de preparação da múmia, eu pessoalmente comecei o curso num pólo da ESEL e até hoje ninguém me disse qual é que era o procedimento de fazer uma múmia e nunca fiz, nem sei fazer. E11.7.</i></p> <p><i>o lidar com o corpo no pós morte, nós não falamos nisso durante o curso, não sabemos os cuidados que é necessário. Não nos ensinam a fazer a múmia, e devíamos saber. E13.53.</i></p> <p><i>Eu gostava de ter essa experiência para saber fazer, [a múmia] porque é uma daquelas situações em que mesmo que nós vamos ver em livros ou na Internet, ou onde for, nunca é a mesma coisa do que na prática. E13.54.</i></p> <p><i>um aluno chegar ao 4º ano e não ter experiência de coisas técnicas, mesmo simples, o melhor é admitir a falha. Há muitos procedimentos mesmo simples que eu não sei. Por exemplo na escola fala-se da morte, mas depois não sei fazer cuidados ao corpo. Cheguei a estágio sem saber fazer uma múmia. E3.30.</i></p>
11 c)	Ensino clínico	<p><i>Aspetos deficitários dos ensinamentos clínicos</i></p> <p><i>Deveria haver mais ensino clínico médico e cirúrgico. Nos planos de estudos dos cursos anteriores os estudantes tinham experiência em cirurgias e em medicina, agora é ou medicina, ou cirurgia, era importante ter as duas coisas. E3.29.</i></p> <p><i>o estágio de urgência e estágio de cuidados intensivos só quem tem é quem faz a monografia nessa área. É uma opção, mas faz falta na nossa formação. E12.20.</i></p>

		<p><i>Prefiro estágios mais longos e menos estágios e nem preciso de estar a pensar no que disse, porque já refleti sobre esse assunto. E6.45.</i></p> <p><i>Não deve ter um carácter obrigatório de que todas as semanas temos que ter um jornal de aprendizagem, mas que o estudante escolha o momento e a situação mais adequada para o fazer. E4.39.</i></p> <p><i>(...) do ponto de vista da aprendizagem é mais proveitoso uma maior permanência nos serviços. Nós acabamos um estágio de 5 semanas com muitas interrupções pelo meio, porque depois há seminários na Escola, fazemos 4 turnos por semana e chegamos ao fim das 5 semanas e sentimos que agora eu estava disposto a começar, eu já sei onde estão as coisas. Sei onde está a medicação, os instrumentos, já não me sinto perdida. E6.46.</i></p> <p><i>Aqueles estágios saltitantes dão nos o conhecimento de várias instituições e de diferentes métodos de trabalho eventualmente, mas não nos permitem ter uma aprendizagem muito proveitosa. Mas também é importante o aluno conhecer diversos contextos para o aluno perceber para onde pode direccionar o gosto especial por determinada área. E6.47.</i></p> <p><i>Estágios mais longos permitem desenvolver mais competências em vez de serem tão proliferados e tão curtos em cada local. E9.25.</i></p> <p><i>Nos ensinos clínicos a teoria no meio do estágio não é facilitador, dispersa muito a nossa atenção. Os estágios deviam ser maiores, e não tão pequenos, como se verifica. E16.23.</i></p> <p><i>O termos unidades curriculares teóricas a decorrer junto com os estágios é terrível, rouba-nos tempo. E isso não tem a ver com a nossa organização em termos de trabalho autónomo do estudante. Há muita coisa que nos revolta e se andamos em stress não vamos ter a disponibilidade necessária para o cuidar. E6.50.</i></p>
--	--	--

		<p>Deficits de preparação dos estudantes para os ensinos clínicos</p>	<p><i>Estamos no 4º ano, mas se não passarmos por estas situações de fim de vida e treinarmos o lidar com elas é como se estivéssemos no 1º ano, não houve progresso e neste processo seria benéfico o acompanhamento mais próximo do docente. E4.38.</i></p> <p><i>Há enfermeiros que orientam alunos e que já comentam que nós temos um conhecimento deficitário. E eu própria tenho vergonha de não saber. Embora isso também seja um motor de desenvolvimento, mas eu acho que a minha formação devia ser de mais um ano. Acho que precisava de mais qualquer coisa. E6.54.</i></p> <p><i>Em qualquer sítio, vamos trabalhar com pessoas a morrer, temos de lidar com a morte, independentemente da nossa especialidade ou não, e acho que é isso que falha um bocadinho, porque eu acho que tudo o que eu aprendi com a morte, com o lidar com a morte, foi muito, à partida, experiência na prática. E13.61.</i></p> <p><i>Há uma pergunta que as pessoas fazem sempre, que é o porquê? Porque ele? Porque é que não me levaram a mim e levaram-no a ele. O que é que a gente responde aqui, (...) é uma pergunta que todas as pessoas fazem e daí eu dizer que a escola não nos prepara a nível, de que forma é que nós lidamos com as coisas. E a escola não aborda isso conosco. E14.27.</i></p> <p><i>Conteúdos que devem ser mais explorados no estágio deve ser a Relação de Ajuda, baseada no modelo Rogereano, também ajuda muito o entender o significado do não-verbal. E10.20.</i></p>
--	--	---	---

		Deficits de orientação tutorial	<p><i>Aos tutores depende, nós também enviamos o trabalho para eles, mas uns falam connosco sobre o assunto, outros dizem que isso são assuntos para discutir com o professor. Mas os que falam connosco sobre aquela situação, a forma como foi vivida ajudam muito. E20.38.</i></p> <p><i>Enviava os diários ao tutor e ao professor. Eram pessoas diferentes e cada uma me dava o seu aporte e isso também é muito bom. O professor dava de um jeito mais fundamentado, citava os autores, dizia que bibliografia que eu podia consultar, mais num especto conceptual. O tutor ensinava de um jeito mais prático, como ele fez, como resultou na prática dele, muito da experiencia, do fenómeno vivido, E19.30.</i></p> <p><i>O ter o feedback do professor nos trabalhos escritos que vai fazendo é importante. Muitas vezes escrevemos o nosso diário, o professor recebe e guarda na pasta. E4.40.</i></p> <p><i>Eu entrego o diário ao professor e acho que a seguir deve haver um diálogo, com orientação individual, E15.17.</i></p> <p><i>Considero que o jornal de aprendizagem deve ser entregue ao professor, que deve dar feedback que é essencial e pode ser em entrevista presencial com diálogo, mas como não estão sempre em estágio e com o numero de alunos que têm é difícil, mas o feedback tem que ser sempre, porque é essencial seja por email ou presencial. E9.11.</i></p> <p><i>O diário deve-se entregar aos professores, que leem e depois devem dar o feedback ao estudante. E16.12.</i></p>
11 d) Sugestões para melhorar a aprendizagem em dos estudantes	Melhorar a relação pedagógica		<p><u>Aspetos a melhorar na orientação do EC</u></p> <p><i>Quanto ao orientador da prática este diz-nos eu não quero saber disso a discussão do diário é contigo e com o professor. Mas se o orientador se mostra disponível então entrego ao enfermeiro. Considero que também é importante receber o feedback do orientador porque na realidade foi junto dele que aconteceu aquela situação. E4.24.</i></p> <p><i>Há sempre esse receio da avaliação, e penso que depende muito também da relação que é criada com o orientador, com o professor que esteja connosco. Se, desde o início nós tivermos logo uma relação de compromisso de sentirmos que estamos a ser apoiados e ajudados, acho que não se verifica, esse medo. E15.12.</i></p> <p><i>Um bom suporte é um diálogo com o nosso orientador, mas sem aquela conotação de avaliação. Porque são situações de aprendizagem para ser</i></p>

			<p><i>ajudada e não avaliada. E15.11.</i></p> <p><i>O estudante só exprime de si, só fala do que sente se houver com o professor ou tutor se houver uma relação de partilha e de confiança e há uma autora a King que fala nisto da interação. Quando nós vemos no nosso tutor ou professor, mais que um avaliador, mas uma pessoa que é parceiro, consegue-se estabelecer uma relação. E6.17.</i></p> <p><i>Para além dos instrumentos de aprendizagem, acima de tudo o mais importante para mim, é a interação do professor com o aluno, o modo como ele compreende as nossas dificuldades e nos dá abertura para nos expormos. E14.34.</i></p> <p><i>Há muitos docentes que não têm esta abertura com os alunos e que, partem logo para uma atitude pouco positiva. (...) os alunos sentem-se retraídos e sentem dificuldade em falar daquilo que sentem quando estão em ensino clínico e perante estas situações específicas. E14.35.</i></p> <p><i>Realmente se o docente mostrar uma abertura para com o aluno, é muito mais facilitador para o aluno. E14.36.</i></p> <p><i>Os professores acham sempre que nós já devíamos saber isto ou aquilo. A componente avaliação está sempre associada ao papel do professor no estágio. E20.29.</i></p> <p><i>As reflexões e discussões sobre a prática também são proveitosas embora às vezes se caia um bocadinho no vazio porque não há feedback. E são uma forma de aprendizagem para todos, tanto para nós, como para o orientador e para o professor. E3.18.</i></p>
		<p>Melhorar a proximidad e do docente no EC</p>	<p><i>O acompanhamento dos ensinios clínicos deveria ser mais próximo do professor. E4.37</i></p> <p><i>Gostava que o orientador de estágio estivesse presente. Fosse um estágio presencial, mas se marcamos antes, ele está disponível e comparece. E8.21</i></p> <p><i>Ter um orientador mais tempo e ter um acompanhamento no estágio mais contínuo facilitaria a integração e orientação do aluno. E9.24.</i></p> <p><i>Tive uma boa experiencia no estágio presencial do 1º ano em que tínhamos uma professora orientadora de estágio que estava muito atenta a estas situações da morte, orientava-nos muito, estava muito próxima que se passava com os alunos, e isso foi muito bem para nós. E5.10</i></p> <p><i> Talvez fosse melhor um acompanhamento do</i></p>

		<p><i>professor/orientador mais frequentemente, porque em muitos locais eles só vão lá para fazer a avaliação, e nós depois também não estamos à vontade para falar de tudo. E17.8.</i></p> <p><i>Uma boa ajuda era os professores estarem presentes connosco. Estarem connosco, mesmo, fosse em que situação fosse, estarem presentes, não nos deixarem sozinhos com a pessoa, nem no pós morte. Não termos situações de abandono. E15.10.</i></p> <p><i>Os estágios do 2º ano para mim foram muito estruturantes. Ajudaram-me imenso. Era um ensino presencial, em que a professora estava lá connosco. Via as nossas dificuldades. Uma vez numa situação de um colega assistir ao fim de vida a professora foi reunir-se com ele sozinho numa sala para o apoiar, para o escutar, para perceber como é que o estudante estava a digerir todo aquele processo. E6.16.</i></p>
	<p>Uso de metodologias interativas</p>	<p><i>Uma forma de nós também aprendermos e que é praticada noutras universidades e noutros cursos é por exemplo os fóruns de discussão online em que o grupo de estudantes que se juntam para debater, ou analisar as experiências daquele estágio e nós vamos colocando online os dados que achamos pertinentes, o professor terá que liderar corrigir. E20.36.</i></p> <p><i>No curso fazem mesas redondas sobre várias coisas, porque não uma mesa redonda com peritos para nos ajudar a perceber as diferentes perspetivas sobre estes temas tão complexos de entender. Como cada cultura ou religião vê estas questões da morte, do sofrimento, da degradação do corpo físico, da deterioração de todos os sentidos, das perdas. E20.56.</i></p> <p><i>O utilizar metodologias mais ativas como Role-playing seria adequado para nos preparar para as situações reais. Também o deixar bibliografia disponível sobre este tema na intranet seria adequado, nem sempre lemos tudo, mas depois quando precisamos já temos ali a orientação bibliográfica para nos ajudar a refletir nos ensinamentos clínicos. E3.13.</i></p> <p><i>Eu tenho aprendido muito em coisas que vi em filmes, há filmes muito didáticos. Mas nunca vi trazer um filme para a aula e comentar. Poderia ser uma forma de aprender... Trabalhar as questões do fim de vida a partir de filmes. E18.36.</i></p> <p><i>Os profissionais que trabalhassem bastante nessa área, poderiam partilhar com os estudantes como é que foi o início do trabalho com essa vertente, o que</i></p>

			<p><i>é que os levou a trabalhar, por exemplo, numa unidade de cuidados em fim de vida, como é que eles gerem as próprias emoções naquele tipo de prestação de cuidados, não só ao doente já morto, mas também naqueles serviços em fim de vida, como acompanham as famílias. E11.10.</i></p> <p><i>(...) Penso que é muito interessante saber a opinião e qual é a perspetiva entre os mesmos pares ... como é que isso foi. O que é os fez refletir mais? O que é que os incomodou? O que aprenderam? Como resultou para eles? O que foi fácil? E11.11.</i></p> <p><i>Uma coisa que seria útil era uma abordagem em si mais dinâmica no sentido de partilha de experiências, por exemplo, entre profissionais e estudantes. E11.9</i></p> <p><i>Deve-se apostar mais na preparação para a morte, nem que a temática fosse inserida, por exemplo, na unidade curricular, talvez a nível do 2º ano. Mas acho que deveria ser mais investida em termos de preparação e daí depois também é que surgem oportunidade de adquirir essas mesmas competências. E11.17.</i></p>
		<p>Aprender a gerir as emoções com estratégias de coping adequadas</p>	<p><i>Deveria ser mesmo abordado em aulas práticas. Em 1º lugar, por ex. perguntarem-nos como é que nos posicionamos em relação à morte; depois podemos mesmo dizer que medos é que temos. E2.9.</i></p> <p><i>Antes de ir para estágio podemos trabalhar primeiro a morte em termos das nossas emoções. E2.10.</i></p> <p><i>As primeiras coisas a aprender seria ajudar-nos a perceber o fenómeno do morrer para cada um de nós, cada um tem experiências diferentes e perspetivas diferentes, até porque temos estudantes de diferentes culturas e de várias idades e experiências. E18.31.</i></p> <p><i>Pode-se ir por esse lado de trabalhar um bocado os sentimentos, o impacto que a morte tem na vivência pessoal do aluno. E2.11.</i></p> <p><i>O curso devia ajudar os estudantes a lidar com os nossos sentimentos, para depois prender a cuidar pessoas de pessoas em fim de vida, e por fim aprender a cuidar da família que acompanha o processo e vive o luto. E4.30.</i></p> <p><i>Como é que nós fazemos a nossa gestão de sentimentos, se associamos experiências que já tenhamos tido na nossa vida pessoal, como é que aquilo se cruza? Penso que é uma componente que não é trabalhada no curso. E11.8.</i></p> <p><i>Como é que nós nos ajudamos a nós próprios, a</i></p>

		<p><i>lidar com aquela situação mórbida? Não sabemos, na minha opinião há aqui uma falha qualquer. E11.19.</i></p> <p><i>Durante o curso, realmente explicam-nos, falaram da morte, quais são as etapas da morte, o que é que os familiares podem eventualmente sentir, o que é que a pessoa pode eventualmente sentir. Mas ninguém faz uma abordagem o que é que o estudante pode sentir e quais são as estratégias que o estudante pode utilizar para aprender a lidar com a morte. E14.20.</i></p> <p><i>No 1º ano devem-nos ensinar a lidar com os nossos sentimentos, não só na pessoa em fim de vida, como em tudo. Isto de viver num hospital, viver com aquelas pessoas é complexo. E7.25.</i></p> <p><i>Eu acho que no 1º ano era importante preparar-nos a nós para a morte. E13.51.</i></p> <p><i>Aprender a lidar com os sentimentos devia ser abordado cedo, talvez no 1º ano. E16.10.</i></p> <p><i>(...) Para quem de um modo geral não tem experiência chega ao curso e deparar-se assim com pessoas que não estão saudáveis é algo que também mexe connosco e acho que, sem dúvida, nos devem ensinar a lidar com isso no 1º ano. E7.26.</i></p> <p><i>Se passarmos, nem que fosse uma semana por um serviço onde houvesse essas situações para podermos lidar um pouco e aprender algumas estratégias que pudéssemos desenvolver para (...) ajudar a lidar com os nossos sentimentos. E1.16.</i></p> <p><i>Talvez fosse mais importante saber lidar connosco. Sobre o luto e a forma de nos prepararmos para a morte. E13.49.</i></p> <p><i>Seria bom ajudarem-nos a ver a morte em si e preparar-nos para a enfrentar. E13.50.</i></p> <p><i>Levar-nos a refletir o significado da morte para cada um de nós. De que é que eu tenho medo. Como é que eu posso lidar com as minhas angústias, ou inseguranças. E18.33.</i></p> <p><i>No 1º ano ir despertando o aluno na UC de fundamentos, talvez no 2º semestre, seria mais acertado. Como é que nós estudantes vivemos o processo de morrer, como nos posicionamos em termos gerais, que experiências tivemos. E19.39.</i></p> <p><i>Abordar de que maneira esse acontecimento de vida [a morte] nos causou impacto nas diferentes variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e no nosso desenvolvimento. Discutir e até partilhar em pequenos grupos. Estas dinâmicas</i></p>
--	--	---

		<p><i>pedagógicas não resultam bem em grandes grupos e somos turmas muito grandes. E19.40.</i></p> <p><i>A partir do momento em que nós temos uma aula em que estamos a expor aquilo que, para nós, é a morte, aquilo que poderíamos eventualmente ou sentimos já numa experiência de morte, então aí darem-nos estratégias. O que é que podemos fazer para lidar com isso? Por exemplo na disciplina de psicologia podíamos trabalhar isto. E14.21.</i></p> <p><i>Por exemplo na disciplina de Psicologia abordarem estratégias para o estudante ou o enfermeiro lidar com o significado da morte para ele. Porque rentabilizava-se, é uma disciplina que em vez de estarmos a dar outra vez a mesma coisa, porque não meter para lá outros conteúdos que podem ser úteis em várias áreas. E14.22.</i></p>
--	--	---

**ORGANIZAÇÃO DAS UR DAS
ENTREVISTAS AOS DOCENTES**

Quadro 12 - Grelha de Análise das Entrevistas dos docentes

Parte I – Área temática				
Caracterização da perceção da morte pelos docentes				
Área temática	Categoria	Subcategoria	UR	%
1) Ambiente onde ocorreu a 1ª experiência de contacto com o morrer	1a) Na vida sócio familiar	Contacto com a morte inserida na família	8	50%
		Contacto com a morte inserida nos rituais e costumes sociais	5	34%
	1b) No curso de enfermagem	Não teve experiência de cuidar em fim de vida	2	17
		Teve experiência nos ensinamentos clínicos do curso	8	50
	1c) Na prática profissional	O primeiro contacto com o cuidar em fim de vida foi como profissional	4	25
		Cuidar em fim de vida passou a fazer parte da profissão	3	25
2) Tipo de experiência com o morrer	2 a) Encarada de forma natural		6	50
	2 b) Encarada com dificuldades		9	50
3) Representação da morte	3 a) Fenómeno mediado por aspetos sociais e culturais	Influência da religião	2	17
		Influências de correntes de pensamento	7	42
	3 b) Fenómeno inevitável e términos de um percurso		8	58
		3 c) Fenómeno de passagem para outra dimensão	Acesso a outra dimensão	4
		A vida para além da morte	12	50
		Mediado pela fé e pela crença	4	33
4 Sentimentos /emoções associados à morte	4 a) Sentimentos de perda		4	25
	4 b) Sentimentos de tristeza		2	17
	4 c) Sentimentos de saudade		3	25
	4 d) Sentimento de medo de sofrer		3	25
	4 e) Sentimentos		3	17

	ambivalentes			
	4 f) Outros sentimentos		7	50
Parte II – Relativa à formação do docente				
Área temática	Categoria	Subcategoria	UR	%
5) Preparação para lidar com a morte	5 a) Obtida na família e no social		6	33
	5 b) Obtida como estudante do Curso de Enfermagem	O curso foi determinante na formação	6	50
		Aprendizagem nos ensinos clínicos	10	25
		Os cuidados em fim de vida não eram uma prioridade na formação	5	33
	5 c) Obtida na formação pós graduada	Nos cursos de pós graduação em enfermagem	4	17
		Outros cursos pós graduados	4	25
6) Dificuldades sentidas pelo docente no percurso da sua aprendizagem	6 a) Estabelecer a relação com o cliente		4	17
	6 b) Lidar com o corpo		2	17
	6 c) Falta de apoio da equipa		3	8
	6 d) Deficit de formação		4	25
	6 e) Gerir emoções		7	33
	6 f) Lidar com a morte em jovens		7	25
7) Fatores que contribuíram para ser capaz de cuidar fim vida	7 a) A filosofia de vida		8	42
	7 b) A formação	Aprendizagem em contexto formal	10	50
		Autoformação	16	75
	7c) Reflexão sobre a prática		6	42
	7d) A experiência profissional		6	33
	7e) Aprendizagem com a equipa	Apropriação dos saberes e da experiência dos pares	6	33
		A partilha dificuldades com a equipa e com os pares	7	42
Parte III – Relativa ao processo de ensino aprendizagem dos estudantes				

Área temática	Categoria	Subcategoria	UR	%	
8) Abordagem da morte como docente	8 a) No ensino teórico	Abordar a relação com o outro	5	17	
		Abordar os valores da profissão	6	33	
		Desmistificar o fenómeno da morte	3	17	
		Explicitar a filosofia dos cuidados à pessoa em fim de vida	5	17	
		Fornecer suporte bibliográfico	3	8	
		Explicitar os diferentes processos de morrer	5	25	
		Abordar as dimensões culturais e espirituais da morte	6	33	
			Lecionar uma UC de Opção onde aborda o tema	7	25
			Colabora na ASE	5	17
	8 b) No ensino clínico		Ajudar a gerir as emoções	6	33
			Acompanhar o estudante nas dificuldades da prática	12	58
			Ajudar a refletir sobre os conceitos e as práticas	12	42
			Orientar para a aquisição de competências	8	42
Orientação tutorial personalizada			13	42	
9) Perspetiva sobre a formação dos estudantes	9 a) Na componente teórica	Nº de horas insuficientes para lecionar os temas relacionadas com a morte	3	25	
		Falta de uma UC específica que aborde a morte	8	58	
	9 b) Na componente clínica		Deficit de experiencias em ensino clínico	3	25
			Deficit de apoio dos docentes	6	33
	9 c) Preparação para cuidar em fim de vida		Insipiência na preparação do estudante para o cuidar em fim de vida	12	42
			Formação orientada para o cuidar em fim de vida	3	17
10) Perceção das dificuldades dos estudantes no percurso formativo	10 a) Deficit de aprendizagem social sobre o morrer	O primeiro contacto com o morrer é no curso	7	50	
		A ideia da morte estruturada pela comunicação social	4	17	
	10 b) Deficits de capacidade relacional			6	42
	10 c) Dificuldade em dar resposta aos			4	8

	utentes			
	10 d) Dificuldade em prestar cuidados		9	42
	10 e) Identificação com o moribundo		2	17
	10 f) Dificuldade em pedir ajuda para lidar com o processo de morrer		D=7	50%
11) Estratégias para melhorar o processo de ensino aprendizagem	11 a) Ao longo do CLE	No 1º ano	12	58
		No 2º ano	7	33
		No 3º ano	4	17
		No final do CLE	6	33
		Integrar os contributos das diferentes disciplinas	7	33
		Compreender as diferentes perspetivas da morte	7	17
		Aprender a cuidar da família	8	33
	11 b) Metodologias na componente teórica prática	Técnica de simulação em aulas TP		
	11 c) Metodologias na componente ensino clínico	Reflexões sobre a prática	12	
		Projeto de ensino clínico	6	
		O diário de aprendizagem / jornal de aprendizagem	11	
		Sugestões metodológicas	11	
12) Papel dos formadores	12a) Enfermeiro tutor	Importância do tutor na formação do estudante	7	
		Requisitos para ser tutor	6	
		Manter a continuidade dos tutores	3	
	12b) Docente da escola	Articulação dos docentes com os locais da prática	6	
		Limitações do docente no ensino clínico	6	
Parte IV – Relativa à aprendizagem do estudante				
Área temática	Categoria	Subcategoria	UR	%
13) Competências a adquirir pelo estudante para cuidar em fim de vida	13 a) Domínio dos saberes teóricos		6	
	13 b) Domínio dos saberes práticos	Promover o bem-estar	3	

		Controlo sintomático	3	
	13 c) Domínio dos saberes relacionais	Capacidade de se relacionar com o outro(Saber estar)	9	
		Comunicação analógica	7	
		Comunicação digital	8	
	13 d) Domínio dos valores da profissão	Valores de cidadania -antes do curso	9	
		Respeito	6	
		Autonomia	2	
	13 e) Domínio da gestão das emoções	Auto conhecimento	6	
		Estar centrado no outro	5	
	13 f) Interligar diferentes domínios de competências como generalista		6	
14) Competências para cuidar das famílias	14 a) A família como contexto dos cuidados		11	
	14 b) A família como cliente		8	
	14 c) Cuidar da família competências de enf generalista e especialista		7	
	14 d) Dificuldades no desenvolver competências para cuidar da família	Deficit no cuidar da família	5	
		Foco dos cuidados no doente e não na família	4	
		Dificuldade em estabelecer a relação com a família	3	

ANALISE DOS CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS DOS DOCENTES

Quadro 13 - Caracterização do docente

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
1.) Experiência de contacto com o morrer	1a) Na vida sócio familiar	Contacto com a morte inserido na família	<p><i>Tive a morte de um primo e da minha avó por acidente, teria eu 10 anos, foi o meu primeiro impacto. Foram perdas muito significativas. D1.1</i></p> <p><i>Tive duas situações, uma aos oito anos com a minha avó materna e depois com a segunda mulher do meu avô. D2.1</i></p> <p><i>Eu tive muitos familiares que morreram ainda eu era criança. Tive um irmão que morreu e primos que também faleceram, para além das minhas avós e trisavós, assisti aos velórios. Fiz essa aprendizagem no ambiente familiar, eu não cuidei deles, mas assisti ao fim de vida. D4.1</i></p> <p><i>Previamente ao curso a experiência pessoal que tive de contacto com a morte foi com as avós lá da aldeia. E a ideia que tenho era um pouco nublada, porque ainda era criança. D11.1.</i></p> <p><i>Eu tive o meu primeiro contacto com o fim de vida ainda muito jovem, porque quando ia passar férias com a minha avó, ia para a aldeia e aí o ritual de acompanhar os moribundos era vulgar e facilmente aceite e inserido na comunidade. D9.1</i></p> <p><i>Antes de ir para o Curso de Enfermagem, tive familiares meus doentes e foi um dos motivos que influenciou, ou ajudou a minha decisão de escolher a enfermagem foi ter na família pessoas gravemente doentes. D12.1</i></p> <p><i>Nasci e vivi no campo tinha contacto com a morte dos meus animais de estimação, que eu tratava quase como se fossem pessoas e grandes amigos e os primeiros contactos com a morte até foram com os animais de estimação. D12.2</i></p> <p><i>Por eu viver no campo via que tudo se transformava, via as flores que morriam e no ano seguinte apareciam outras, se calhar eu associava também a um processo transformativo a morte e o desaparecimento dos animais. O que eu via na natureza e constatava influenciava mais o meu pensamento que aquilo que me diziam. D12.3.</i></p>

	<p>Contacto com a morte inserida nos rituais e costumes da família</p>	<p><i>Eu nasci numa aldeia onde as crianças faziam parte, desde sempre, de todo o processo, de todos os acontecimentos de vida e, portanto, lembro-me perfeitamente de ir aos velórios e funerais quando era criança. D5.1.</i></p> <p><i>Tive muito contacto com a morte em criança, antes do curso, porque fui criada com uma senhora, na aldeia (...), que ia muito a funerais e eu ia com ela. Portanto a morte sempre foi algo que estive perto de mim. Havia a prática de beijar o morto e isso era perfeitamente normal para mim. D6.1.</i></p> <p><i>a ideia de que as pessoas morrem e são finitas fui adquirindo por um ritual familiar de acompanhar a minha avó aos sábados ao mercado e comprávamos flores para ir ao cemitério pô-las nas campas das minhas bisavós. D7.1.</i></p> <p><i>Assistíamos de forma natural ao processo de agonia, ao funeral, ao enterro e ao luto das famílias. Tudo de uma forma muito natural. D9.2.</i></p> <p><i>Na minha família o culto aos mortos nunca foi uma coisa escondida. Fazia parte da cultura familiar este ritual de culto aos familiares mortos. D7.2.</i></p>
1b) No curso de enfermagem	<p>Não teve experiência de cuidar em fim de vida</p>	<p><i>No Curso de enfermagem nunca cuidei de ninguém que tivesse morrido ou estivesse num processo de fim de vida. D7.3.</i></p> <p><i>Durante o curso não tive nenhuma experiência em cuidar em fim de vida. D8.1.</i></p>
	<p>Teve experiência nos ensinamentos clínicos do curso</p>	<p><i>No curso foi a minha primeira experiência em lidar com a morte. Inclusivamente foi logo no 1º ano e ao longo do curso fui tendo estas situações. D3.1.</i></p> <p><i>Os meus primeiros contactos com a morte foram enquanto estudante, em oncologia. D3.2.</i></p> <p><i>Nos estágios tive contacto com o fim de vida, no estágio do 2º ano, tinha um doente que tinha uma situação complexa, com imenso aparato, (...) No estágio de gestão no 3º ano assisti a uma morte com um doente jovem de 27 anos, recém-casado e com muitas complicações. D4.2.</i></p> <p><i>Tive essa experiência de cuidar em fim de vida no curso, inclusivamente até me lembro de fazer a múmia. D6.7.</i></p> <p><i>Senti que tive mais facilidade que as minhas colegas, também estudantes, por ter já uma experiência com a morte, muitas nem conseguiam tocar no corpo do morto. D6.9.</i></p> <p><i>No meu estágio preliminar, logo no início do curso, quando estava a prestar cuidados de higiene conforto a um doente ele deu o último suspiro</i></p>

			<p><i>comigo, como aluna marcou-me logo na minha primeira experiencia de formação profissional. D10.11.</i></p> <p><i>No curso lembro-me de ter doentes a viverem a fase terminal. Não me lembro de eles terem morrido comigo, mas ficou-me a imagem do sofrimento ligado à morte. D11.2.</i></p> <p><i>Quando vim para o curso tive contacto com a morte nos estágios. D12.4.</i></p>
	1c) Na prática profissional	<p>O primeiro contacto com o cuidar em fim de vida foi como profissional</p> <p>Cuidar em fim de vida passou a fazer parte da profissão</p>	<p><i>Só depois de ser enfermeira é cuidei de pessoas em fim de vida. D1.2.</i></p> <p><i>O primeiro contacto de cuidar pessoas em fim de vida já foi como profissional, quando enfermeira dos CSP, no Centro de Saúde. D7.4</i></p> <p><i>Eu cuidei pessoas em fim de vida pela primeira vez, já como profissional, foi uma experiência diferente dos outros cuidados, prestados a outras pessoas. O meu contacto foi em CSP em contexto de visita domiciliar, portanto em casa das pessoas. D7.18.</i></p> <p><i>Cuidar em fim de vida foi só como enfermeira já na vida profissional. D8.2.</i></p> <p><i>A enfermeira chefe como eu era a mais recente admitida no serviço, e como terapia de choque, atribui-me logo essa doente em fim de vida, para ver qual era a minha reação numa situação dessas. D9.3.</i></p> <p><i>Quando profissional tive muitas situações de morte, era um serviço de medicina. Havia turnos onde morriam 2 doentes. D11.3</i></p> <p><i>Quando professora também orientei estágios de estudantes que tinham crianças a falecer. Pelo menos no IPO, aconteceu várias vezes. D12.5.</i></p>

Quadro 14 - Tipo de experiencia com a morte

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
2) Tipo de experiencia com a morte	2a) Encarada de forma natural		<p><i>Como trabalhava num serviço de medicina que às vezes morriam 3 e 4 pessoas por dia, penso que em algumas situações era um alívio para aquelas pessoas. O sofrimento delas era muito grande. D2.14.</i></p> <p><i>O que me marcou foi a possibilidade de me permitirem acompanhar alguém que estivesse a morrer e a quem eu pudesse prestar todos os cuidados. D3.3.</i></p> <p><i>Eu achava que só se morria quando se era muito</i></p>

		<p><i>velhote, porque na minha terra morria-se só quando se era muito velho. Lembro-me que assisti à morte e ao funeral do meu bisavô. Era criança, devia ter 6 anos, e foi uma experiência não muito traumatizante. D5.2.</i></p> <p><i>Não foi uma experiência nova nem que me tivesse chocado muito, no meu primeiro contacto com a morte, como profissional, cuidei de uma senhora que estava só, não tinha família e eu cuidei-a sem grande sofrimento. D9.4.</i></p> <p><i>A morte existe para mim neste momento. Basta pensar nas minhas células que estão a morrer. Como diziam as teóricas de enfermagem: Ropper, Anderson. A morte é um estado transitório do ser que alterna entre a morte e a vida. D10.4.</i></p> <p><i>Quando é uma situação esperada e dita normal a pessoa acaba por aceitar e começa até a ver algumas vantagens na morte, como o pôr fim ao sofrimento, que não valia estar a prolongar. Começamos a pensar que custou a partida, mas se calhar foi melhor assim terminar e não prolongar aquele sofrimento. D12.13.</i></p>
	<p>2b) Encarada com dificuldades</p>	<p><i>Para mim a morte sempre foi sempre uma coisa complicada. Porque é que não podemos viver cá todos? Esta ideia de finitude foi difícil de construir. D1.7.</i></p> <p><i>Eu vejo a morte dependendo das situações. Pode-me causar um grande mal-estar se eu percebo que o processo foi mal conduzido. O doente não está bem medicado, nem foi preparado nem ele nem a família. Isso deixa-me completamente angustiada e até irritada. D3.7.</i></p> <p><i>Não era a morte que me fazia impressão era o sofrimento. Eu não queria ir trabalhar para o IPO e hoje só me vejo a trabalhar com doentes oncológicos. D4.4.</i></p> <p><i>Não sou a favor da eutanásia, o valor que a vida tem é relativo e há algum sofrimento que é quase insuportável e aí eu considero que devemos aliviar o sofrimento, mas não me faz sentido prolongar a vida à custa do sofrimento. D4.5.</i></p> <p><i>Tive uma experiência profissional em que fiquei traumatizada (...) Eu fiquei muito incomodada com aquela experiência durante muito tempo. Lidei muito mal com aquilo. E não tive apoio da equipa, (...). D8.11.</i></p> <p><i>Aprendi a encarar, a lidar, a conviver com a situação dos doentes que vivem outra morte. A morte de mim ou de parte de mim. A morte do ser</i></p>

		<p><i>capaz de ..., a morte do ter sentido de autonomia e de ter independência. D10.12.</i></p> <p><i>Estive muitos anos em pediatria, sofri muito com isso, embora não diretamente, mas observei e acabei por sofrer com a situação de alguns pais e mães, D12.14.</i></p> <p><i>Não me centrei no doente, acho que me identifiquei demasiado. Era como se eu estivesse para morrer. Aquela situação incomodou-me imenso. Eu até pedi ajuda, mas as pessoas que estavam próximas de mim também não foram capazes de me ajudar. Eu naquela altura estava num sufoco, até porque foi o meu primeiro contacto profissional com a morte. D12.20.</i></p>
	2b) Encarada com mec coping	<p><i>Na preparação para lidar com a morte, lembro-me que no início não tinha respeito para com o corpo. A pessoa morria. Havia o ritual de fazer a múmia e eu estava na brincadeira. D2.10.</i></p>

Quadro 15 – representação da morte nos docentes

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
3) Representação da morte	3a) Fenómeno mediado por aspetos sociais e culturais	Influência da cultura	<p><i>Temos aqui outra questão muito emergente, é a tirania do pensamento positivo, O exigirmos ao outro que tenha sempre forças e um alento que lhe dê a coragem para enfrentar as dificuldades, os tratamentos. D4.10.</i></p> <p><i>Quando eu digo ao doente, tem que ter força, tem que ter coragem, tem que conseguir superar, se o doente não tem êxito, se o tratamento corre mal, se há intercorrências, o doente questiona-se: - Então eu não tive fé, não tive coragem, se calhar não tive o suficiente e por isso isto correu mal. D4.12.</i></p> <p><i>As pessoas não querem falar nisso [na morte]. Querem falar de festas, parece que a vida é sempre em festa, é música, animação. D5.45.</i></p> <p><u>Múltiplas influencias</u></p> <p><i>Não existem modelos estanques, a Kubler Ross quando descreveu o modelo dela ajuda-nos a perceber e a sistematizar, mas na verdade nada é estanque, um dia o doente parece que está a aceitar, daí a pouco nega e depois negocia e aceita umas coisas, mas outras não. D4.11.</i></p> <p><i>Penso na morte e sou obrigado a pensar se estou a analisar o fenómeno do ponto de vista fisiológico, simbólico, social, espiritual, esta é</i></p>

			<p><i>uma primeira questão. D11.6.</i></p> <p><i>A minha conceção de morte depende do sentido que eu dou à vida. Nós valemos, ou somos pela vida que temos. D10.5</i></p>
		Influencia dos média	<p><i>A educação sobre a morte não é feita pela família em contextos reais, mas é adquiridas no cinema e na TV e fica mensagem que passa nos filmes de animação nos bonecos, morre, mas volta, desaparece, mas volta....isto tem que ser trabalhado. Não se estrutura a ideia de finitude de forma correta. D8.40.</i></p> <p><i>Hoje na sociedade e na comunicação social estamos constantemente confrontados com a morte, mas é uma morte indireta, uma morte que nós não vemos, uma morte que nós não vivemos. Do ponto de vista da morte vivida são registos completamente distintos. D11.57.</i></p>
		Influência da religião	<p><i>Sobre o apoio religioso que a pessoa pode dispor, deve-se informar que existe aquele apoio, não é quando a pessoa está morrer que se lhe diz vou chamar o padre para dar a santa unção. D4.6.</i></p> <p><i>Na minha opinião nós vemos a morte muito como uma questão cultural e muito numa visão judaico cristão. D7.13.</i></p> <p><i>Esta dimensão espiritual está muito exacerbada, nos doentes oncológicos. Nunca tive um doente oncológico que fosse ateu. Acreditam sempre numa componente divina, mística, têm uma crença, uma fé, acreditam em algo. D4.9.</i></p> <p><i>Fui influenciada pelas práticas ligadas ao ioga, ao esoterismo, o transculturismo o estudo dos rituais que me levou a pensar e que me fez criar esta conceção de morte que é minha, uma conceção à luz da antropologia um pouco híbrida. D8.5.</i></p>

	<p>3b) Fenómeno inevitável e términos de um percurso</p>	<p><i>Vejo a morte como uma passagem de um percurso de vida em que nós a dado momento percebemos que não temos intenções de curar, mas conseguimos intervir e dar qualidade de vida. Conseguimos preparar a pessoa e a família também para um processo de luto, por isso encaro com calma. D3.9.</i></p> <p><i>Aceito a morte, especialmente porque fui habituada desde criança a lidar com a situação de forma simples e natural. D5.4.</i></p> <p><i>Para mim a morte é uma coisa perfeitamente normal e existe. Penso nela todos os dias. D6.66.</i></p> <p><i>Mesmo quando sabemos que todos os dias a pessoa morre um bocadinho e que o desfecho próximo é a morte e dizemos que estamos preparados, mas no fundo nunca estamos preparados para aquele momento, podia ser sempre mais um dia, ser no dia seguinte. D7.6.</i></p> <p><i>Tinha dificuldade em aceitar como é que a vida tem um término. Tenho feito um grande investimento pessoal de forma a compreender o modo como o fenómeno ocorre e aceita-lo como uma etapa normal neste percurso de vida. D9.5.</i></p> <p><i>Há uns anos eu tinha um pavor enorme da morte e agora acho que é um processo normal. D12.11.</i></p> <p><i>Eu privilegio uma abordagem fisiológica, não professo nenhuma religião e para mim a morte é o fim de um processo biológico. É óbvio que não podemos descurar as dimensões simbólicas, afetivas, não vejo a morte como um momento de transição como algumas religiões. D11.7.</i></p> <p><i>Nos à medida que vamos envelhecendo a ideia da morte torna-se mais natural e se calhar sem querer essa visão mais próxima também nos ajuda a superar a falta dos que já partiram e traz-nos sentimentos de aceitação. D12.10.</i></p>
--	--	--

	3c) Fenómeno metafísico	Acesso a outra dimensão	<p>[a morte] <i>uma passagem onde vou encontrar quem eu perdi aqui. D2.21.</i></p> <p><i>Transição [após a morte] para um lugar tranquilo. D2.20.</i></p> <p><i>O que deixa de existir é o contacto físico com quem morre, mas continuam a estar cá. D1.4.</i></p> <p><i>Muitas vezes eu ia a conduzir sozinha e vinha-me o cheiro da minha mãe. Um cheiro a água de rosas. D1.6.</i></p> <p><i>Eu acho que as pessoas de uma forma ou de outra também estão cá connosco. Não estão fisicamente, mas estão de outra maneira. Se calhar isto é uma defesa minha, face a um acontecimento que custa muito. D7.9.</i></p> <p><i>Eu sei que aquele corpo físico acaba ali. Mas a essência daquele ser pode existir noutro lado e existe certamente. Embora saiba que isto não é comprovado cientificamente, mas há certamente alguma dimensão em que aquela pessoa continua a existir. D4.8.</i></p> <p><i>Para mim, a vida é algo que vivemos cá, e a morte é uma passagem para outra etapa de vida, é uma continuidade, é passar para outro estádio, para outra dimensão, para outra etapa do processo evolutivo. D8.3.</i></p> <p><i>O meu pai, que parecia estar a melhorar, esperou por mim. Entrou em paragem cardio respiratória, mas estava calmo, olhei e vi que tinha um sorriso nos lábios. Ele olhou muito para cima e assim ficou na busca de outra dimensão. D1.5.</i></p> <p><i>Face às situações de sofrimento temos que arranjar explicações de outra dimensão porque não aceitamos a nossa finitude, mas não privilegio na minha abordagem pessoal da morte, essa lógica. D11.8.</i></p> <p><i>Vejo a morte num processo de continuidade e evolução. No meio de tudo isto, muito amor, amor para comigo, para com os outros, a maior compaixão e esperança. D10.6.</i></p>
		Vida para além da morte	<p><i>Sei que todos temos um caminho, um percurso de vida que termina, mas acredito na reencarnação, e na vida após a morte e isso conforta-me. D1.8.</i></p> <p><i>Para mim a morte é o final de um percurso que é a vida, que está determinado para toda a gente, numa altura que ninguém prevê, mas que há uma continuidade dessa vida. D1.3.</i></p> <p><i>Pode ter a ver com uma questão religiosa, mas independentemente da religião, a mim</i></p>

		<p><i> pessoalmente ajuda-me a encarar essa situação. Acaba o corpo, mas há algo que continua. Não sei se é a alma, se o que é, mas eu quero acreditar nisto. D2.6.</i></p> <p><i> Vejo a morte como uma passagem, não vejo a morte como um abismo, como um fim. Porém tenho alguma ambivalência no meu conceito. D4.7.</i></p> <p><i> Vejo a morte como o fim de um ciclo e a entrada numa outra dimensão. Para mim a morte não é um acabar definitivo, não é o terminar. Agora fala-se muito na vida para a além da morte. D12.6.</i></p> <p><i> Para mim a morte é o final de um percurso que é a vida, que está determinado para toda a gente, numa altura que ninguém prevê, mas que há uma continuidade dessa vida. D1.3.</i></p> <p><i> Vejo a morte como um fim desta vida. Porque eu acredito na vida pós morte, tem a ver com as minhas convicções. Acho que é o fim deste percurso e só faz sentido pensar na vida porque existe a morte, se não, não fazia sentido nenhum. D6.2.</i></p> <p><i> Vejo a morte como um processo de transição perfeitamente normal. Não como um fim da minha pessoa, mas como um fim da minha pessoa nesta vida, nesta vivência. D6.5.</i></p> <p><i> A representação da morte é a pessoa nasce, vive e morre como todos os seres vivos na terra, só que no ser humano, não é o fim. A vida é uma passagem, de preparação para outra etapa. Outra que começa, da qual nós sabemos pouco, mas acreditamos. É uma questão de fé. D12.7.</i></p>
	Dúvidas existenciais	<i> Pensar nalguma coisa mística, era uma pessoa, deixou de existir, foi para onde? D2.17.</i>

Quadro 16– Sentimentos e emoções associados à morte

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
4) Sentimentos associados à morte	Sentimentos de perda		<p><i> Emociono-me muito pela perda de pessoas significativas. D2.7.</i></p> <p><i> Chorei, nunca mais o ia ver, a sensação de perda e sentir-me culpada, fiquei em falta para com ele. D2.8.</i></p> <p><i> Tenho muito medo de perder os que amo. Não é o medo da morte é o medo da perda e da saudade que vou sentir. D6.65.</i></p>

			<i>É mais o sentir a privação física. O não os poder ver, palpar, beijar, abraçar. D12.9.</i>
	Sentimentos de tristeza		<i>A morte traz-me sentimentos de tristeza. Quando vemos pessoas que ainda podiam viver muito mais tempo dá-me muita tristeza. D7.7.</i> <i>Como sentimento traz-me tristeza, não poder ver a pessoa, não poder estar com ela dá-me tristeza. D12.8.</i>
	Sentimentos de saudade		<i>Há alguma saudade porque muitas vezes são doentes que têm muito tempo de ligação connosco. D3.10.</i> <i>Quando penso na morte dos outros, dos que me são próximo. Ai é muito doloroso. Pela saudade, pela perda. Independentemente de qualquer coisa, mesmo acreditando noutra vida após a morte, como eu acredito, eu nunca mais vou voltar a ver aquela pessoa, como ela é agora. Isso causa-me saudade. D6.6.</i> <i>Não tenho uma representação social da morte como uma coisa muito negativa, isso não tenho. É um facto que me causa tristeza, fico com saudade da pessoa que parte. D7.8.</i>
	Sentimento de medo de sofrer		<i>Medo de morrer eu não tenho propriamente. Tenho medo é de sofrer! Pelo sofrimento que tenho assistido de outros. D6.3.</i> <i>Custa-me pensar na morte porque eu associo a morte ao sofrimento, quer da pessoa que está em fase terminal, quer de quem o está a assistir e a cuidar. D7.10.</i> <i>Profissionalmente sei que nós nascemos, vivemos, crescemos e morremos, mas o que eu perspetivo é uma morte como algo que não é bom. Que traz sofrimento. D2.2.</i>
	Sentimentos ambivalentes		<i>Acho que a morte não traz sentimentos positivos. Gera alguns sentimentos ambivalentes. Nos sabemos que as pessoas nascem, vivem e morrem, têm princípio, meio e fim. Mas queremos sempre prolongar o fim. D7.5.</i> <i>Em relação à experiência que eu tenho de pessoas próximas que morreram, nós sentimos um bocado mal, quando estamos muito próximos de alguém e muito querido e que está em fase terminal, no momento da morte nós temos um sentimento de tranquilidade e de paz e às vezes culpabilizamo-nos de o ter. D7.11.</i> <i>Há uma ambivalência porque nós pensamos, eu</i>

			<i>não me posso sentir assim, ou não é socialmente correto, eu sentir esta paz, esta tranquilidade, mas ao mesmo tempo é um momento de um certo alívio e de uma paz que é estranha. D7.12.</i>
	Outros sentimentos		<p><i>Posso-me emocionar, mas eu nunca tive problema de me emocionar junto do doente ou da família. Encarei sempre isso não como uma fragilidade, mas como uma característica humana. D3.11.</i></p> <p><i>A morte na época em que eu tive os primeiros contactos com o fenómeno, não tinha assim uma grande carga negativa, ainda hoje para mim não tem assim uma grande carga negativa, não envolve uma grande angústia. D5.3.</i></p> <p><i>Aprendi o sentido da perseverança e da esperança. D10.13.</i></p> <p><i>Do ponto de vista pessoal tive algumas situações que me impressionaram mais e em que ficava mais implicado emocionalmente era a situação de idosos, cujas esposas idosas também presenciavam a morte. D11.4.</i></p> <p><i>Se calhar inconscientemente a pessoa cria sentimentos de aceitação. D12.12.</i></p> <p><i>Se tudo está bem organizado [o processo de fim de vida] eu sinto alívio, paz, tranquilidade, porque isso espelha-se no rosto do doente, no rosto da família e espelha-se no meu rosto. D3.8.</i></p> <p><i>(...) Enquanto pessoa as vivências da morte são diferentes consoante são pessoas nossas clientes ou são pessoas nossos familiares. D7.19.</i></p>

Quadro 17 - Formação do docente para cuidar em fim de vida

Parte II – Relativa à formação do docente			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
5) Onde obteve a preparação para lidar com a morte	5 a) Obtida na família e na sociedade		<p><i>Considero que é muito importante também, desde sempre a família partilhar as alegrias e as tristezas e as dificuldades, económicas e todas as áreas, de vida em comum. D5.44.</i></p> <p><i>O que eu acho que me influencia é a forma como a morte foi e é vivida no seio da minha família. Tem a ver com as atitudes, com as tradições e com os meus valores que herdei da minha família. Para mim a morte é mais uma construção social e familiar do que religiosa. D7.14.</i></p> <p><i>Muito nova faleceu-me um irmão de acidente. Não tive a preparação para a morte dele, mas fui eu que tive</i></p>

		<p><i>que dar a má notícia à família. Hoje percebo que isso me marcou. (...), mas ajudou-me à percepção do que é estar aqui agora, mas já não estar momentos mais tarde. A imanência das coisas, o fluir da vida. D10.1.</i></p> <p><i>Quem me ajudou a perceber muito a morte assim foi o meu irmão mais velho que eu cuidei até ao fim. D10.7.</i></p> <p><i>Um dos fatores que tive peso foi a minha aprendizagem familiar. Cuidaram de mim. D10.9.</i></p> <p><i>Eu sou o que sou, não só pela família que tive, mas também pelos professores que tive e que souberam cuidaram de mim. D1.45.</i></p>
5b) Obtida como estudante do Curso de Enfermagem	O curso foi determinante e na formação	<p><i>A escola ajudou-me muito a perceber as questões da vida e da morte. Não só no curso inicial, como mais tarde na especialidade. D1.9.</i></p> <p><i>Com certeza que o curso de enfermagem me preparou de alguma forma, tive que cuidar de doentes que morreram. D2.9.</i></p> <p><i>Não se falava na época (há 20 anos) em cuidados paliativos, como se fala agora, não era falado desta forma, mas este cuidar em fim de vida era partilhado e muito trabalhado. D3.12.</i></p> <p><i>A minha curiosidade para lidar com as situações de morte foi desenvolvida no curso de base. (...) Não se falava em cuidados paliativos e o curso de enfermagem sensibilizou-me muito para as necessidades destes utentes. Embora haja uma grande diferença entre o que se aprende e o que se vê na prática. D4.13.</i></p> <p><i>Na escola, na altura em que eu fiz o curso, era dado um destaque à morte que eu penso que foi para mim muito importante. D5.5.</i></p> <p><i>A minha escola ajudou-me muito a construir aquilo que sou hoje. D10.10.</i></p>
	Aprendizagem em nos ensinamentos clínicos	<p><i>o que mais me marcou enquanto aluna, foi o sentir-me perfeitamente apoiada. Foram respeitados os meus tempos. Se não consegui estar em determinado momento saí, sem qualquer problema. Isso para mim foi muito importante, mais importante do que a experiência de contactar com a morte em si. D3.6.</i></p> <p><i>Tive uma coisa muito boa, que foi durante o estágio, especialmente os estágios mais difíceis, em que faleciam mais doentes, tínhamos aulas com um Sociólogo e um Psicólogo que iam ao campo de estágio, e nós falávamos das situações mais complicadas, as que nos causavam mais angústia. Nós tínhamos muito apoio, e também apoio da equipa de Saúde Mental. D5.7.</i></p> <p><i>(...) falávamos sobre o doente, apresentávamos a</i></p>

		<p><i>situação, os colegas passavam também a conhecer, se necessário chorávamos, fazíamos também a catarse. Víamos o que é que tínhamos feito bem, o que é que não tínhamos feito bem. D5.25.</i></p> <p><i>Era um ensino muito centrado nas nossas práticas (...) Ajudava-nos a passar de uma atitude de fuga ou evitamento para uma atitude de abertura e de disponibilidade. Ajudava-nos a dar o enfoque à comunicação. (...) Ficamos em contacto com as nossas emoções e poderemos chorar e ter alguém que nos apoiava no local. Eu acho que isso é muito importante. D5.26.</i></p> <p><i>Éramos um grupo de 8 alunos, que vivenciaram e partilharam os mesmos contextos, os mesmo estágios. Os estágios eram maiores também, mas todos conhecíamos o doente, todos conhecíamos a família do doente, todos sabíamos aquela situação problemática e como é que aquilo se tinha desenvolvido. E eu acho que isso criou laços também entre os alunos. De solidariedade e de partilha entre estudantes. D5.27.</i></p> <p><i>Estávamos todos tão ávidos de ajuda, que todo o apoio que vinha dos técnicos nós metabolizávamos aquilo tudo e era muito importante para nós. Esta partilha em pequenos grupos era muito boa. D5.28.</i></p> <p><i>Eu tive uma experiência muito boa, no centro de saúde onde eu fiz o estágio de saúde pública, em 1973, tínhamos uma reunião semanal com um psiquiatra, essa reunião era muito direcionada para ajudar os profissionais. D12.26.</i></p> <p><i>a reunião no estágio acabava por ser em função das nossas necessidades. Utilizávamos diferentes técnicas como a dramatização o role-play. Gerava-se uma corrente no sentido de entender o outro e a própria pessoa em causa vestia outro papel e percebia os sentimentos que estavam em causa. D12.27.</i></p> <p><i>Havia situações que eram muito trabalhadas com os professores e desmistificadas, ou não, ali no momento em estágio. Havia um acompanhamento muito próximo. D7.16.</i></p> <p><i>Eu tinha receio de não conseguir, mas a minha professora disse-me: Vai conseguir e se tiver dificuldades eu vou estar aqui por perto. A professora esteve sempre próxima a dar-me apoio na situação daquela criança. D12.19.</i></p>
	Os cuidados em fim de vida não eram uma	<p><i>No curso falaram da temática da morte nas Necessidades Humanas Básicas, quando estudamos a teoria de Virginia Henderson, mas não me lembro muito desta temática ser relevante no curso. Eu terminei em 1988 e não havia cuidados paliativos,</i></p>

	prioridade na formação	<p><i>nem se falava nisso, não havia preocupação de cuidar para a morte, mas sim o cuidar para a vida. D8.7.</i></p> <p><i>(...) não tenho qualquer lembrança da morte ser trabalhada nas aulas. Nada me marcou. O que me lembro era das aulas em laboratório e da preparação da múmia. D9.6.</i></p> <p><i>Eu não tive aulas sobre isso, só tive aulas teórico-práticas para fazer a múmia, mais nada. Eram só cuidados direcionados ao corpo. D6.14.</i></p> <p><i>Em sala de aula, nas U.C. teóricas, falar sobre a morte, o que é a morte eu tenho ideia que não foi muito abordada. Foi nos falado não na morte, mas numa técnica que se usava para o corpo morto. O fazer a múmia. D7.17.</i></p> <p><i>Eu não posso dizer que fosse uma área deficitária na formação, mas era uma área do cuidar que não se falava muito tendo em conta o peso que tem. D7.15.</i></p> <p><i>Como profissionais para lidar com a morte não somos preparados, nem treinados para lidar com estes sentimentos tão diversos. Não fazem parte da nossa preparação. D7.41.</i></p>
5b) Obtida na formação pós graduada	Nos cursos de pós graduação em enfermagem	<p><i>O que me ajudou a encarar a morte foi o curso da especialidade. D2.3.</i></p> <p><i>Ajudou-me o facto de a professora [na especialidade] falar numa perspectiva de que quando nós estamos para morrer vem alguém muito querido para nos buscar. D2.5.</i></p> <p><i>O facto de fazer a especialidade e nós termos a oportunidade de estar uma manhã a trabalhar a nossa própria morte e o corpo que é vida agora e daqui a pouco já não é. D2.16.</i></p> <p><i>Contribuiu muito e eu também quando fiz a especialidade tinha uma maturidade bem diferente que quando fiz o curso inicial. Logo entendia as coisas de outra forma. D9.10.</i></p>
	Outros cursos pós graduados	<p><i>E o curso de pós graduação que fiz de terapia cognitiva e comportamental. D2.4.</i></p> <p><i>Soube que tinha aberto um curso sobre cuidados paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e felizmente entrei no 2º curso. D6.17.</i></p> <p><i>Achei que devia fazer mais formação nessa área, ser perita e fui fazer o Mestrado em cuidados paliativos. D6.19.</i></p> <p><i>Fiz uma pós graduação em cuidados paliativos aqui na Escola, que foi de facto importante. D11.13.</i></p>

Quadro 18 – dificuldades no processo de aprendizagem dos docentes

Parte II – Relativa à formação do docente			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
6) Dificuldades no percurso de aprendizagem do docente	6 b) Estabelecer a relação com o cliente		<p><i>A primeira vez que prestei cuidados pós morte, fez-me muita impressão. (...) Mas o que custa não é o morrer e o pós morte, o que custa é o antes, a fase de preparação. D4.24.</i></p> <p><i>Eu não tinha dificuldade em cuidar do corpo, não tinha dificuldade em lidar com a morte em si, mas tinha dificuldade na relação. Tinha a noção que chegava junto das pessoas com uma intenção eminentemente técnica. D6.10.</i></p> <p><i>(...) não ia ao pé da pessoa para a escutar ou ouvir e estar com ela. Eu fugia disso e tinha a noção que fugia disso, e quando estava a família pior ainda. Quando chegava a família, eu tinha dificuldade em suportar aquela angústia, aquela tristeza. D6.11.</i></p> <p><i>(...) Comecei a perceber que não era normal eu fugir destes doentes em fim de vida e das famílias, eu comecei a perceber que alguma coisa estava errado enquanto profissional, uma boa profissional não é uma enfermeira que foge destas situações em que eu tenho que saber cuidar destas pessoas e destas famílias. D6.15.</i></p>
	6 a) Dificuldade em lidar com o corpo		<p><i>Tive dificuldades em tocar num corpo que está morto e que tinha que se despir e ficava nu, aparentemente fragilizado, ali ao pé de mim, de alguém que tinha estado a mexer e deixou de mexer. A sensação era de tocar, mas verificar se ele já não mexe mesmo? Não responde mesmo? E com a sensação de que queria que ele continuasse a responder. D6.8.</i></p>
	6c) Falta de apoio da equipa		<p><i>Mas é muito difícil estar nestas situações, porque nós também não temos os apoios que devíamos ter. Eu passava um semestre em estágios de pediatria no IPO, em serviços em que se morre muito, era muito esgotante. Eram casos em que eu já conhecia as crianças e os pais, que já tinham relação de confiança em mim. (...) Acho que devíamos ter apoio que nos ajudasse a recompor. Era importante. D12.24.</i></p> <p><i>Nós profissionais, médicos e enfermeiros, não temos suporte nenhum. Eu quando estava a prestar cuidados nesses serviços sentia-me muitas vezes esgotada. Eu necessitava de um apoio, porque aquelas situações eram um peso demasiado constrangedor. Sentia-me esmagada e pensava, como é que eu vou poder ajudar se eu estou esgotada. D12.25.</i></p>

		<p><i>A equipa dava-me muito apoio, mas nós precisávamos de um apoio mais técnico, mais especializado, para ajudar a evoluir, a gerir as emoções para poder ajudar o outro e a cuidar melhor. D12.29.</i></p>
6d) Deficit de formação nesta área		<p><i>Tive muita dificuldade, em cuidar destes doentes, assumo que foi difícil, não tinha formação suficiente. D4.14.</i></p> <p><i>Para quem é muito jovem e está a iniciar um percurso, esta questão fez-me sentir um bocado «atirada aos bichos». Porque de facto o curso de base não proporcionou experiencias suficientes, tive poucas oportunidades. D6.12.</i></p> <p><i>Além de não ter tido essa experiencia, nem de refletir sobre essas experiencias enquanto era estudante, nem a capacidade de discernir de quem é que eu estava a cuidar, também de facto não tive na teoria, nem tive na prática esses aportes. Falava-se pouco. D6.13.</i></p> <p><i>No início da profissão tive dificuldades, tanto mais que eu não tive experiencia de cuidar em fim de vida como estudante. D8.10.</i></p>
6 e) Gerir as emoções / sentimentos		<p><i>Um dos aspetos mais difíceis de eu gerir nos doentes em cuidados paliativos foi gerir a esperança. D3.17.</i></p> <p><i>Uma das dificuldades que eu tenho é dosear, gerir a esperança sem “cortar” a esperança. Isto é um processo que é complexo. D3.18.</i></p> <p><i>É outra filosofia, do cuidar para a morte e não do curar. E não é fácil quando trabalhamos em determinados serviços com imensas barreiras, e quando as pessoas não percebem a intencionalidade das intervenções paliativas, ou quando a própria equipa não percebia determinadas coisas. D3.22.</i></p> <p><i>É preciso compreender a intencionalidade das coisas. É um cuidar para o bem-estar. Mas equipas muito jovens têm dificuldade em perceber isto. Vamos lá pensar porque isto é feito. D3.23.</i></p> <p><i>Intuitivamente fui aprendendo a dar a notícia da morte. Falo isso nas minhas aulas o telefone era um exercício interessante de gerir estes processos em que temos que comunicar uma noticia deste natureza a outra pessoa que está do outro lado do telefone e que nem sequer estava muito desperto para a situação. É uma aprendizagem interessante do ponto de vista da aprendizagem pessoal, da comunicação. D11.5.</i></p> <p><i>A primeira coisa que fiz para ultrapassar as dificuldades em lidar com o fim de vida, foi confrontar-me com as situações de morte. (...) decidi</i></p>

		<p><i>ir para o IPO e sabia que ia cuidar de pessoas a morrer. Foi um desafio, o querer-me confrontar com os meus medos. D4.15.</i></p> <p><i>Foi difícil, passei por várias experiências, fui aprendendo a gerir as minhas emoções. D12.15.</i></p>
6f) Lidar com a morte em jovens		<p><i>Com algumas situações tive dificuldade, porque me identificava com as pessoas mais jovens. D2.13.</i></p> <p><i>(...) há vinte e muitos anos em 1986, não havia cuidados paliativos, nem controlo sintomático, isto traumatizou-me muito, assistir à morte de um jovem. D4.3.</i></p> <p><i>Tive dificuldades em lidar com a morte, desde os estágios de enfermagem como aluna, especialmente com crianças e jovens de 20 anos que era a idade que eu tinha nessa altura. D12.16.</i></p> <p><i>Com os jovens próximos da minha idade eu lembro-me que fazia um grande esforço. Tinha muita dificuldade em comunicar, com os jovens. Eu fazia tudo para fugir. Aquilo era extremamente doloroso. D12.17.</i></p> <p><i>Com o jovem da minha idade, ele não morreu comigo. Mas eu sempre que podia arranjava forma de sair de junto dele. O olhar dele para mim falava muito. Eu acho que me enchia de lágrimas se eu falasse. Eu evitava mesmo a comunicação. Ia falando com as colegas mais para me controlar. Foi o que me custou mais. Eu até me sentia culpada, porque não fui capaz, não tive a serenidade para estar ali disponível, para escutar. D12.20.</i></p> <p><i>Com crianças mais pequenas que estavam para morrer foi relativamente mais fácil, eu de certo modo consegui lidar, digamos que “aguentei-me”, mas depois quando saí do hospital eu chorava que nem uma perdida, mas na altura eu conseguia estar com elas. D12.18.</i></p> <p><i>Foi difícil, passei por várias experiências, fui aprendendo a gerir. D12.15.</i></p> <p><i>Com pessoas idosas a morrer também tive contacto, mesmo como aluna, foi uma experiencia diferente. Consegui ter mais serenidade do que com as pessoas da minha idade. D12.21.</i></p>

Quadro 19 – Contributos para a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
7) Fatores que contribuíram para capacitar o docente para o cuidar fim vida	7a) a filosofia de vida	Valoriza a dimensão espiritual	<p><i>Conheço a essência das várias religiões e culturas que interpretam o fenómeno da morte e do pós morte, (...) isso fez-me ver a morte de uma forma pluri cultural e ajudar a pessoas e as famílias a prepararem-se para a morte consoante as dimensões espirituais que valorizam. D8.6.</i></p> <p><i>Eu acho que a dimensão espiritual tem muita influência no modo como nós aceitamos a morte, e essa tem sido uma dimensão determinante. D9.12.</i></p> <p><i>Procurei outras formas de conhecimento e de compreender o fenómeno da morte, mas eu acho que é determinante a dimensão espiritual para lidar com este fenómeno. D9.13.</i></p> <p><i>A dimensão espiritual ajuda-me a perceber que a vida é um momento de aprendizagem e a aceitar a morte como um momento em que vamos entrar noutra processo de aprendizagem e de evolução, isso ajuda-me a aceitar muito mais o processo de vida e de morte. D9.14.</i></p> <p><i>A dimensão espiritual ajudou-me muito. D10.15.</i></p> <p><i>Tenho a convicção desde criança que existe Deus e que as pessoas que são boas têm um lugar no céu. Isto não é muito racional. Mas dá jeito pensar assim. D2. 18.</i></p> <p><i>Eu como enfermeira sei qual a vertente, qual a filosofia de vida dos utentes que estou a cuidar. Sabia as suas crenças, a sua religião e sua fé e mobilizava isso para as ajudar a passar por este momento. D12.32.</i></p>
	7b) A formação	Aprendizagem em contexto formal	<p><i>Foram as formações que eu fui tendo. D2.15.</i></p> <p><i>Fiz vários estágios profissionais em cuidados paliativos, (...) Estive em várias Unidades de Cuidados paliativos. Fiz estágios de propósito para aprender a trabalhar in loco as aprendizagens que nós temos sob o ponto de vista teórico. D3.16.</i></p> <p><i>Eu precisei de ir fazer um estágio na área dos paliativos para adquirir competências. Eu já tinha conhecimentos, faltava-me a parte prática. Então pedi um estágio no C.S. de Odivelas na equipa de continuados e de cuidados paliativos. D6.20.</i></p> <p><i>No meu percurso profissional fiz muita formação em serviço. Embora não tenha feito nenhum curso em cuidados paliativos, mas no serviço onde trabalhei na UTM fiz muita formação internamente nas</i></p>

		<p><i>questões éticas e nas questões de fim de vida. D4.18.</i></p> <p><i>Soube da Fundação da Marie De Hennezel em Portugal e frequentei uma formação com ela, sobre a morte. Depois conheci o Dr. Heineken, que vinha também fazer formação e que tinha trabalhado com a Marie De Hennezel. E fiz também formação com ele, relacionada com a morte. D5.9.</i></p> <p><i>(...) Fizemos, nesse curso, exercícios práticos, em que ele nos questionava. Imagine que hoje é um dia particular e recebeu o diagnóstico fatal, tem 1 mês de vida. O que é que fazia? Como é que organizava a sua vida? Como é que se sentia? O que é que queria que ficasse escrito em cima da sua campa? Como é que queria preparar a sua família? D5.17.</i></p> <p><i>Eu com a Marie De Hennezel aprendi, por exemplo, desde como é que se dá a mão a um doente, o que é que se diz. No fundo exercícios práticos que nos ajudaram a pôr e a confrontar e a saber-nos exprimir. A saber estar, a saber apoiar, a saber o que dizer. D5.46.</i></p> <p><i>Quando trabalhava no hospital Pulido Valente fui fazer um curso de formação profissional contínua, que durava alguns dias, sobre as questões da morte, D6.18.</i></p> <p><i>(...) foi a minha formação específica sobre a morte e em cuidados paliativos. D9.8.</i></p> <p><i>Sou voluntária da AMARA e, por vezes, fazemos debates e com alguma frequência encontramos sobre estes temas. D5.13.</i></p>
	Auto formação	<p><i>Eu tive que ir pesquisar à base. O que é esta filosofia dos cuidados paliativos. A Cicely Saunders e outros autores, fui por aí, para conseguir perceber como posso transferir esse conhecimento para a prática. D3.15.</i></p> <p><i>Comecei a ler muito, sobre o Método de Simonton e os livros de Marie De Hennezel. D5.8.</i></p> <p><i>Comecei a ler muitos autores que escreviam sobre o tema. Li muito Kubler-Ross Marie Hennezel e outras, lia coisas muito interessantes. Eu já me interessava pelas questões da morte, era algo que me fascinava, e a questão da vida pós morte, eu já lia algumas coisas sobre isso e depois comecei-me a interessar por questões mais científicas. D6.16.</i></p> <p><i>A minha visão da morte foi influenciada pela experiência de vida, o gostar de ler e de pesquisar este fenómeno e outros. D8.4.</i></p> <p><i>Li muitos livros sobre a morte. Sobre as questões</i></p>

		<p><i>científicas, sobre a finitude e as questões pós morte. D6.4.</i></p> <p><i>(...) as leituras que fiz, consultei as referencias bibliográficas que me foram aconselhadas por colegas mais experientes. D8.13.</i></p> <p><i>(...) fiz outras leituras para aprofundar essa área. Foram muito importantes estas 2 vertentes da aprendizagem formal e da auto aprendizagem. D9.9.</i></p> <p><i>Para além da pesquisa que fiz, das leituras, da troca de informação da partilha com as colegas, tudo isto me ajudou. D12.28.</i></p> <p><i>Tendo ido trabalhar para a área da oncologia, mesmo estando num serviço de cirurgia, fui confrontada com esta realidade. Tive que me munir de instrumentos através de formações que fiz, através de leituras e pesquisas que realizei. D3.13.</i></p> <p><i>Tentei sempre investigar e perceber o porquê das coisas. D1.12.</i></p> <p><i>Tive uma antiga professora que me ajudou neste aspeto de me questionar e dava-me reforços positivos, o que me incentivava muito à procura, a investigar. D1.14</i></p> <p><i>Fui muito auto didata. Era importante para mim entender os comportamentos humanos. D1.13.</i></p> <p><i>Como é que eu lido com a conspiração do silêncio, como é que eu lido com os estilos de aviso, como é que eu faço a técnica dos dedos cruzados. D3.20.</i></p> <p><i>(...)quer por auto-formação, quer por formações assim que fui frequentando, fui tentando fazer o meu percurso. Sempre fui curiosa. A minha procura de informação e de experiencias sempre me levou a uma busca. D10.16.</i></p> <p><i>Sempre fui muito curiosa, sempre gostei de saber os porquês das coisas. D1.10.</i></p> <p><i>Vejo também a autoformação na lógica do formador, que logicamente tenho de me ir re-formando e auto formando nesta área, e isso é um momento importante nesta área. D11.14.</i></p>
	7c) Reflexão sobre a prática	<p><i>Foi muito uma aprendizagem no depois refletir sobre a ação. Eu acho que é assim que se desenvolvem as competências. Para mim foi super importante refletir. Eu lembro-me de casos concretos. D3.16.</i></p> <p><i>As questões que eu me colocava e que me ajudavam a refletir: O que é que posso fazer para que a pessoa esteja nesta fase o melhor possível? O que é que nós valorizamos? Afinal o que vale a pena fazer? O que é importante para aquela pessoa? D4.16.</i></p>

		<p><i>O tempo, a maturidade que se vai adquirindo e a reflexão que se vai fazendo, também ajudam a compreender melhor a morte. D8.14.</i></p> <p><i>ao longo deste tempo refletido sobre a morte, ou confrontado sobre a questão da morte do ponto de vista do outro, do meu ponto de vista. O que a morte significa para as pessoas. Tenho tentado perceber das situações por onde tenho passado como é que as pessoas vivem esse processo. D11.11.</i></p> <p><i>Fazia-me refletir muito sobre a prática. Perceber aqui já estou a conseguir, mas noutra domínio ainda não consigo. Antes de estar na pediatria, eu passei pela saúde mental e psiquiatria e tinha esta prática de introspeção, para perceber o que as pessoas estavam a sentir. D12.23.</i></p> <p><i>Contribuíram vários fatores: a partilha, a auto formação; formação ao longo da vida e a experiência de vida, a reflexão. D8.14.</i></p>
7 d) A experiência Profissional	Experiência do cuidar em fim de vida	<p><i>Eu tenho que adaptar e ir percebendo como é que eu tenho que fazer. Daí o grande desafio dos cuidados paliativos, como outra área qualquer, mas esta com uma particularidade de não termos uma intenção curativa. D3.21.</i></p> <p><i>O que me influenciou para além da minha pesquisa, foi também a minha experiência, o que eu via, o que eu fazia, o que podia fazer, onde podia investir mais, com uma situação resultava bem um procedimento, com outra situação teria que ser de outro modo. D12.30.</i></p> <p><i>No momento a seguir à passagem de turno, no momento do café, em que algumas destas questões eram colocadas. E eu fazia o propósito de as levantar. Também tinha essa abordagem intencional. Não só para que as pessoas não entrassem num desgaste, para que pudessem expressar-se, mas também para eu refletir alto e explicar o porque das decisões. D3.24.</i></p> <p><i>Acho que foi a experiência de vida o dia-a-dia. É uma questão de bom senso. D7.20.</i></p> <p><i>Quando a morte ocorre de forma natural e previsível é muito o lidar com a situação de acordo com a nossa experiência e com o contexto. D7.22.</i></p> <p><i>Para mim é fundamental a experiência, a equipa, o contexto. D11.10.</i></p>
7e) Aprendizagem em com a	Apropriação do do saber e experiência	<p><i>Houve uma colega que me disse: _ Tens que ter respeito pelo corpo! (...) mas o que é facto é que perante o que ela me disse eu nunca mais voltei a ter esse comportamento de brincadeira perante o corpo.</i></p>

	<p>equipa</p>	<p>dos pares</p>	<p>D2.11.</p> <p><i>a minha postura de brincar com o corpo morto, isso acabou, talvez pelas situações que os enfermeiros mais velhos me foram alertando de que não era a postura correta. D2.12.</i></p> <p><i>Tenho a memória de que os enfermeiros que foram meus modelos tinham uma boa componente humana, apesar de não terem a formação que têm hoje. D9.7.</i></p> <p><i>Em síntese, contribuíram experiência, trabalho em equipa, reflexão conjunta e reflexão individual e autoformação. D11.12.</i></p> <p><i>(...) os colegas com quem nós falamos dos nossos problemas e das nossas experiências. Isto é verdadeiramente formativo embora não seja valorizado. Em síntese parece-me que os contextos, as equipas e as lógicas de abordar os processos de final de vida, foram fundamentais. D11.9.</i></p> <p><i>Como professora eu fui orientar alunos num estágio e a enfermeira chefe ajudou-me muito, nem sei se ela se apercebeu, mas ela deu-me de muita atenção, e isso foi muito importante, quando eu não conseguia, ela avançava. D12.22.</i></p>
	<p>Partilha de dificuldades com a equipa e com os pares</p>		<p><i>Através da partilha com outras pessoas com mais experiência, para poder adquirir suporte para cuidar nestas situações. D3.14.</i></p> <p><i>Depois foi a partilha, foi a experiência, tudo contribuiu para eu aprender, mas foi com os doentes que eu aprendi a encarar a morte porque eu acho que eles se conseguem transcender. D4.17.</i></p> <p><i>Sempre discutimos as situações dos utentes no serviço. Estávamos organizados de modo a termos reuniões semanais em que participava toda a equipa multidisciplinar e alargada. As questões de fim de vida sempre me fizeram muito sentido. D4.19.</i></p> <p><i>Fazemos parte de um grupo que nos reunimos aqui às quintas-feiras para apoiar os doentes que estão com cancro, doentes que têm situações muito graves de saúde. E este grupo é composto por psicólogos, por enfermeiros e por médicos. D5.10.</i></p> <p><i>é um grupo de voluntários que se unem e que abordamos muito essa temática da morte. Depois, por estar também integrada num grupo ligado à igreja, em que fazemos muitas formações nessa área, temos um padre que é o nosso orientador espiritual e reunimos uma vez por mês com ele, e ele fala sobre estes aspetos, ele é professor de Ética e de Deontologia. D5.11.</i></p> <p><i>Depois há a partilha de informação e a ajuda de</i></p>

			<p><i>colegas. (...) Nesta troca de informação e nestas conversas informais vamos aprendendo a melhor forma de lidar com a situação e depois ajustamos ao que nos faz mais sentido. D7.21.</i></p> <p><i>No início da minha vida profissional o que mais me ajudou foi a partilha das vivências que fui tendo com outros com os colegas. D8.12.</i></p>
--	--	--	---

Quadro 20 - Processo de ensino aprendizagem na perspetiva dos docentes

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
8) Abordagem da morte como docente	8 a) No ensino teórico	Abordar a relação com o outro	<p><i>É sobretudo nas aulas de comunicação. Abordo o silêncio. A importância do silêncio. Cuidei de algumas pessoas em fim de vida e aquele silêncio é assustador, e demora uma eternidade. D2.26.</i></p> <p><i>Trabalho muito esta interação com o outro, a aproximação do outro. Como é que se respeita, como é que se toca. D2. 51.</i></p> <p><i>Pelo nosso olhar a pessoa percebe que nós estamos a compreender o seu sofrimento. D2.24.</i></p> <p><i>Portanto a parte relacional tem que ser muito bem trabalhada com o estudante seja em contexto de conhecimento teórico, seja em contexto prático. D6.36.</i></p> <p><i>Pela minha experiência o doente morre muito mais calmo, e sereno, se tiver a presença de alguém, a escuta de alguém. Saber que não está só. O morrer em solidão que é um dos maiores medos das pessoas em fim de vida. (...) Passo esta mensagem aos estudantes. D6.5.</i></p>
		Abordar os valores da profissão	<p><i>Em relação aos estudantes eu tento inculcar-lhe a ideia de respeitar o outro. D2.22.</i></p> <p><i>Com a minha experiência tento transmitir-lhes que há certos comportamentos respeito pela pessoa em fim de vida e com a família que também está em sofrimento. E muitas vezes basta estarmos presentes. D2.23.</i></p> <p><i>A importância de ensinar aos jovens a ter sentido da perseverança e da esperança. O sentido da vida e do que andamos cá a fazer. A questão fundamental é: Eu estou a cuidar para quê? Qual o sentido de tudo isto? D10.14.</i></p>

		<p><i>Independentemente dos modelos usados eu acho que este respeito pela espiritualidade de cada utente é fundamental. Há que ajudar os estudantes a entender esta necessidade de espiritualidade como há necessidade de entender as necessidades de comer e beber que normalmente estão alteradas nesta fase da vida. D9.25.</i></p> <p><i>Existem vários perfis de estudantes, há aqueles que não têm valores muito desenvolvidos, por algum motivo ou contexto, mas nós ajudamos e desenvolvem-se e há aqueles que não têm, nem são capaz de os desenvolver, e são esses que eu tenho receio em termos de futuros profissionais. D8.36.</i></p> <p><i>A nível de atitudes os estudantes fazem coisas que para nós, nunca nos passariam pela cabeça. Nós temos que ter algum rigor e passar alguns valores. D10.26.</i></p>
	Desmistificar o fenómeno da morte	<p><i>Acho que devíamos desmistificar as questões que envolvem a morte, ainda em contexto de aula, isto é teoricamente, antes de ir para estágio. Desmistificar o percurso da vida que tem um começo e tem um fim. D1.18.</i></p> <p><i>Temos que falar e discutir estes assuntos, porque isso ajuda muito. Esta desmistificação da morte é o primeiro arranque. D1.19.</i></p> <p><i>Que o professor o ajude a aceitar a morte de forma natural, como aceitam a etapa do nascimento e compreendam que nós profissionais de saúde não somos donos da vida. D9.17.</i></p>
	Explicitar a filosofia dos cuidados à pessoa em fim de vida	<p><i>Tem que se ir á raiz das coisas e ter a noção de qual é a filosofia daquele tipo de cuidados. O que rege isto? O que está subjacente? Quais os valores? O da vida ou do bem-estar? É fundamental definir isto. D3.48.</i></p> <p><i>Falar dos cuidados paliativos e do que são os cuidados paliativos na nossa sociedade, que são poucas unidades. E o que são? São cuidados prestados à pessoa em fim de vida e família. Ter em conta que é um trabalho em equipa, que é destinado ao conforto e qualidade de vida, D6.64</i></p> <p><i>No 1º ano eu falo da pessoa em fim de vida que é aquela que tem uma perspetiva de vida curta. Há autores que falam em 6 meses. (...) e são pessoas que têm falência orgânica. E depois o que é o fim de vida?</i></p>

		<p><i>É diferente do que é a pessoa em fim de vida? D6.58.</i></p> <p><i>Não abordo propriamente a morte, mas todos os estádios e a evolução da doença, onde os cuidados paliativos e o doente em fim de vida também emergem. Assim como emerge os sobreviventes. D3.25.</i></p> <p><i>Abordar o que é isto da morte e o que é isto do morrer. São coisas diferentes. A morte é um evento é um momento, o morrer é um processo e precisam de distinguir bem isto. D6.60.</i></p> <p><i>Fazemos a aula teórica prática da múmia e aí falamos das questões do cuidar de um corpo sem vida. Abordar as questões culturais e religiosas do culto ao corpo do morto também é importante. No 1º ano não podemos entrar em coisas muito específicas. D6.63.</i></p> <p><i>Quando nós tínhamos a UC de desenvolvimento pessoal e profissional, no outro curso, trabalhávamos um bocadinho a morte. Acompanhávamos os alunos em vários anos. D2.33.</i></p> <p><i>Acredito que nós ensinamos muito mais aquilo que somos do que aquilo que julgamos saber. Acabamos por ensinar e transmitir isso, essa capacidade de cuidar. Se os nossos estudantes não tiverem alguma abertura e desenvolvimento algumas coisas passam-lhe ao lado. Nós aprendemos todos uns com os outros. A nossa essência é aprender. D10.2.</i></p> <p><i>se eu não tiver vivido aquilo, se eu não for aquilo. Soa a falso. E não se consegue ensinar isso, não passa a mensagem, por mais que se queira. D10.8.</i></p> <p><i>(...) se não gostarem do que fazem, não sentirem o que estão a fazer, o sentido das coisas. Não tem o mesmo efeito, porque o conhecimento técnico e científico, sem alma, não tem grande valia. Não vos marca, é desprovido de sentido. É desprovido de alma e vocês têm que construir isso dentro de vós. D10.18.</i></p>
	<p>Fornecer suporte bibliográfico</p>	<p><i>Nas leituras que tenho feito em torno do tema, dou aos estudantes alguns textos de apoio para lerem e fazemos alguma discussão em torno do tema com os estudantes. D11.15.</i></p> <p><i>Outro instrumento é o fornecimento de leituras, uma vez que a vivência da morte do outro é potencialmente geradora de impacto. É um momento de aprendizagem a morte do outro. D11.37.</i></p>

		<p><i>Num trabalho de orientação do estudante há a reflexão a leitura e a sua discussão. Enquanto docentes podemos sugerir leituras muito direcionadas. Não coisas vagas sobre ..., mas para orientações muito concretas sobre a morte, D11.38.</i></p>
	<p>Explicitar os diferentes processos de morrer</p>	<p><i>Depois explicar que há muitas formas de partir. A questão da morte é muito mística, nós não sabemos explicar porque uns morrem mais cedo, ainda em crianças e outros muito tarde. D1.20.</i></p> <p><i>Os estudantes têm que ser ajudados a perceber que os percursos das pessoas são diferentes, cada pessoa tem tempos diferentes de vida; uns vivem muito e outros partem mais cedo. D1.21.</i></p> <p><i>no caso das mortes prolongadas, diferentemente dos acidentes que são imediatos, temos que proporcionar a melhor qualidade de vida possível, eles sentirem-se apoiadas, amadas e confortáveis possíveis de modo a prepararem-se para partir. É nesta perspetiva que nós temos que preparar os alunos. Isto nas aulas teóricas. D1.22.</i></p> <p><i>Também falei aos estudantes que para algumas pessoas a morte é uma bênção. É um desejo de acabar. Por isso há suicídios. D2.25</i></p> <p><i>Também é importante perceber como é que a sociedade se posiciona frente à morte. É a questão do negar a morte. Ou então dos adolescentes que a desafiam. (...). Há várias formas da sociedade se posicionar face à morte, mas a major é a da negação. D6.61.</i></p>
	<p>Colaborar na ASE</p>	<p><i>A filosofia da disciplina [ASE] é muito boa. Da avaliação feita verificou-se que as aulas foram muito espaçadas e a turma era muito grande, com 48 alunos. D4.31.</i></p> <p><i>Na ASE os estudantes tiveram dificuldades, mas eu como docente também tive e para o próximo ano farei de outro modo. Há uma filosofia de ensino aprendizagem com que nós também estamos a aprender a lidar, não são só os estudantes que estão a aprender. D4.34.</i></p> <p><i>As situações que analisamos [na ASE] sendo fictícias, são construídas a partir do real, são situações que podiam ter encontrado em ensino clínico e que podem servir de guião orientador para a prática e pode ser</i></p>

		<p><i>agregadora de várias disciplinas e acima de tudo agregadora da pessoa cliente. D4.32.</i></p> <p><i>Normalmente as situações que os estudantes trazem para a ASE, ou foram ou situações onde eles tiveram dificuldade em entender, ou em cuidar, ou situações mal geridas pelo serviço, onde as práticas clínicas podem não ter sido as melhores, podem ser em termos técnicos ou relacionais. D4.33.</i></p> <p><i>UC [ASE] é muito flexível e pode-se ir por aí, pode-se gerir no início de cada ano curricular, sendo ótimos momentos par a partilha. (...) Em síntese na UC de ASE parecem-me ser momentos muito bons, mas isso implica trabalho de equipa. D11.56.</i></p>
	<p>Lecionar uma UC de Opção onde aborda o tema</p>	<p><i>Colaboro na Opção de Enfermagem Oncológica, não no sentido de ensinar a cuidar do fim de vida, mas do cuidar a pessoa enquanto ela está viva. É diferente. Falamos da morte como um percurso de vida. D4.22.</i></p> <p><i>Analisando a parte teórica temos aqui duas vertentes: As UC que são obrigatórias e as de opção que só alguns alunos fazem. E uma coisa é o que nós lecionamos e trabalhamos em sala de aula e outra coisa é o que eles apreendem. D4.26.</i></p> <p><i>Nas UC de opção os estudantes consideram sempre que aquilo que foi ensinado era útil e foi necessário. É bom. É sinal que temos as opções direcionadas para o que eles precisam. D4.27.</i></p> <p><i>Nesta área e na minha opção, não faz muito sentido o método expositivo, quase toda a gente, ou ouviu falar, ou já teve experiências neste assunto, que podem partilhar e a partir da experiência podem chegar à conceptualização. Muitas vezes estas questões são muito abordadas em aulas de discussão, em aulas participativas e interativas com o estudante. Também faço role-play com eles relativamente a estas questões. Em que um faz de doente e o outro faz de enfermeiro. D6.22.</i></p> <p><i>Outra coisa que eu faço, nesta opção, é colocar questões que podiam ter sido os utentes a colocar essa questão e agora vamos discuti-la. Nesta situação não há receitas, mas linhas orientadoras. D6.22.</i></p> <p><i>Criamos esta UC de opção “Cuidar em final de vida: respostas de enfermagem”, para alunos do 2º e 3º ano, partimos da preocupação de que este tema não</i></p>

		<p><i>tem a representatividade curricular que merecesse ter para todos os estudantes, daí ser uma UC de opção. D11.16.</i></p> <p><i>A UC [Cuidar em final de vida: respostas de enfermagem] tem pelo menos duas dimensões: Uma dimensão mais central, que é de facto o aprender a gerir processos de final de vida com os outros (...)</i></p> <p><i>Questões mais amplas, diria do ponto de vista da comunicação verbal e não verbal, do ponto de vista do desenvolvimento pessoal. D11.17</i></p>
8b) No ensino clínico	Ajudar a gerir as emoções do estudante	<p><i>(...) há o cuidar pedagógico. O cuidar pedagógico é o saber ajudar o futuro profissional no sentido de ele saber gerir as emoções, sem se tornar frio, mas afetivo. D1.28.</i></p> <p><i>Temos que ajudar os alunos a encontrar estratégias de coping para lidar com estas situações de perda de autonomia física, funcional e mental dos clientes. D1.33.</i></p> <p><i>Não posso levantar questões, em que o aluno começa a verbalizar sentimentos e emoções, sem ter espaço e disponibilidade para depois trabalha-las. D3.41.</i></p> <p><i>No fundo os alunos precisam de desenvolver atitudes adequadas como a tranquilidade. Eu acho que estes jovens são muito agitados, muito irrequietos, muito nervosos e vivem muito o aqui e agora. D5.30.</i></p> <p><i>Devemos preparar o estudante par agir e entender o morrer de uma forma tranquila, sem grandes ansiedades, mas que sejamos capazes de dar o maior conforto possível, diminuindo a dor e o sofrimento e deixar que as pessoas fiquem de forma tranquila. D9.18.</i></p>
	Acompanhar o estudante nas dificuldades	<p><i>Tranquilizar os estudantes. Se eles não fizeram isto ou aquilo que podia ser feito é porque não têm a experiencia nem o discernimento necessário para atuar de determinado modo. D1.27.</i></p> <p><i>Nós docentes nem sempre cuidamos bem dos alunos e quem não é cuidado, não aprende a cuidar e isso verifica-se a todos os níveis. D1.34.</i></p> <p><i>Pode até ter que se encaminhar o estudante para outro profissional, com mais competência para o ajudar, mas nunca o desamparar. D1.24.</i></p> <p><i>O cuidar pedagógico, ou noutros cuidares, é assim:</i></p>

		<p><i>quem não é cuidado, não aprende a cuidar, não tem representações. Não aprende o cuidar sentido, nem é autêntico na prestação de cuidados. D1. 35.</i></p> <p><i>Nas práticas clínicas é perceber o que está a «mexer» com eles, ajuda-los a expor as dificuldades, o que está a ser difícil, o que está a ser feito, ou deveria ser feito naquela situação daquele doente. D1.23.</i></p> <p><i>Efetivamente é muito importante os estudantes terem alguém com quem conversar sobre isto, quer com os pares, os colegas quer com os próprios docentes e os tutores do estágio. Para poderem e deverem escrever sobre situações que para eles tenham sido significativas e reflectirem sobre elas por escrito. D6.25.</i></p> <p><i>Em relação aos cuidados em fim de vida nós temos que dar muito acompanhamento ao estudante para resolver a situação de estudantes que não consegue estar junto de pessoas que morrem. D4.49.</i></p> <p><i>Mesmo que o estudante não tenha que cuidar daquele doente, eu oriento para pelo menos observe o doente, pode até estar presente na enfermaria. D2.29.</i></p> <p><i>Quando morre alguém, a primeira vez ficam à porta do quarto, à segunda vez já dão um passo e à terceira vez já estão a tocar no corpo. Há uma proximidade crescente. D6.32.</i></p> <p><i>Nós como docentes da escola e orientadores da prática clínica temos que estar disponíveis para o estudante nos procurar. Às vezes até fora do contexto da prática clínica, porque o estudante tem necessidade de refletir e de questionar determinadas coisas que se passam nos estágios. Como o que viu fazer, ou o que se fez e até se inibe de falar à frente do tutor ou dos colegas. D7.26.</i></p> <p><i>Recorro à minha experiência pessoal em que tinha doentes em final de vida e essa aprendizagem para ser potenciada tem de ser feita ao vivo. Como é que é? Este doente piorou hoje. Quer continuar a cuida-lo? Quer? Não quer? Quais são os cenários possíveis neste percurso. Porque o doente está mal, está a piorar, mas às vezes a morte não passa pela cabeça do estudante. Estamos no paradigma da técnica e da cura. D11.28.</i></p>
	Ajudar a	<i>Eles [estudantes] falarem do que estavam a</i>

		<p>refletir sobre os conceitos e as práticas</p>	<p><i>experienciar, a sentir relativamente à morte e perguntar se estava a ser difícil. D2.28.</i></p> <p><i>Sim, expressar o que sentem, sobretudo nas reuniões de reflexão. D2.30.</i></p> <p><i>Estou a lembrar-me de uma aluna que fez a múmia e depois trabalhamos isso na passagem do turno. D2.31.</i></p> <p><i>Se houve algo que aconteceu na prática clínica pergunto se querem falar sobre isso e vou gerir a situação, depois encaminho um pouco para situações que eles já tenham experienciado. D2.32.</i></p> <p><i>O professor que está responsável por aquele ensino clínico deve trabalhar aquela situação com o grupo de estudantes. As oportunidades e experiências que surgem sempre têm que ser trabalhadas e não podem ser descuradas. D12.49.</i></p> <p><i>A minha ideia é que dependendo da maturidade do estudante, há situações mais ou menos complexas, (...) que os alunos deveriam ter a experiência de os cuidar porque estavam acompanhados pelo docente e pelo enfermeiro tutor do exercício que é perito e que os podia ajudar a trabalhar a situação e dar o apoio necessário. D3.5.</i></p> <p><i>O aluno tem que aprender, mas se tem o pensamento bem estruturado, mais facilmente ele entende o que se está a passar, e consegue-se direccionar e ter objetividade no cuidar. D3.49.</i></p> <p><i>há vários conceitos deturpados, a escuta ativa, se eles ouvissem só o que lhe dizem seria bom. Outro é a relação de ajuda, se conseguissem ter uma relação que ajude o utente já é muito bom. Nós enchemo-los de conceitos que depois não são seguidos de práticas que demonstrem o que efetivamente aquilo é, ou não é. D4.41.</i></p> <p><i>Terem a noção de quando referem “o doente terminal” está mal. O doente não é terminal. A situação que ele está a viver é que é terminal. O doente é uma pessoa que está a viver uma situação de fim de vida. É importante clarificar para eles terem a noção de como os conceitos são diferentes. Para perceberem que a vivência do outro é que é importante. D6.59.</i></p> <p><i>Em estágio é bom que eles tenham a noção que falar</i></p>
--	--	--	--

		<p><i>na morte, para a maior parte das pessoas é complicado, os doentes muitas vezes não falam nisso e podem estar em fase de negação e de revolta. São discutidos esses assuntos com os estudantes. O que lhes tenha causado impacto ao estudante, quer pela positiva, quer pela negativa. D6.24.</i></p> <p><i>Quando eu tenho um estudante em estágio que está a cuidar de alguém que está a morrer. Primeiro eu tenho que saber se o estudante quer ficar a cuidar daquela pessoa. Eu penso que o estudante não é obrigado logo da primeira vez a cuidar daquele alguém que está a morrer. Estamos a falar de estudantes do 1º e 2º ano, do 4º ano já é um bocadinho diferente. D6.30.</i></p> <p><i>Se o estudante não quiser cuidar dessa pessoa, por questões várias, o que eu lhe peço é que pelo menos vá diante dessa pessoa de vez em quando. Para gradualmente se ir adaptando. Se há alguém que morreu e o estudante esteve a cuidar dessa pessoa, normalmente pergunto-lhe se quer cuidar do corpo. Normalmente quando é a primeira vez não querem. D6.31</i></p>
	<p>Orientar para a aquisição de competências</p>	<p><i>É importante o estudante trabalhar principalmente as questões relacionais com o doente e com a família do utente. As habilidades instrumentais adquirem-se com a prática. D6.35</i></p> <p><i>Os estudantes que eu oriento ficam sempre muito despertos para a dimensão sócio cultural nos fenómenos de saúde. Quando estão a fazer o processo de enfermagem, oriento sempre para que o estudante tenha em atenção a origem, a cultura, da pessoa. D8.16.</i></p> <p><i>Não sei se os estudantes estão sensíveis aos aspetos da espiritualidade e se esta necessidade foi ou não aprofundada, mas é um aspeto que deve ser trabalhado ao longo do curso, e também nos ensinamentos clínicos. D9.26.</i></p> <p><i>Se eu não vivenciar esse sentido do cuidar, não consigo passar, transmitir isso, em toda a sua abrangência, ensinar aquilo que eu não consigo praticar, a essência do cuidar que transparece nas mais pequenas coisas, nos pormenores da nossa interação, do nosso modo de estar com os outros e até o modo como nos relacionamos connosco mesmos.</i></p>

		<p><i>D10.3.</i></p> <p><i>Os estudantes precisam de muito acompanhamento para serem capazes de cuidar não só nos aspectos instrumentais da profissão, como nos aspectos mais materiais e visíveis, mas também nos aspectos relacionais e para desenvolver essas competências precisam de ser muito acompanhados. D12.44.</i></p> <p><i>Eu orientava os estudantes para terem uma postura de autenticidade. Se não sabem o que lhes vão perguntar, nem como vão responder, ficam nervosos e desconcentram-se das necessidades do doente, ficam sem saber o que ele está a precisar. Estão mais centrados neles do que nos utentes. D12.38.</i></p> <p><i>Se eu protejo muito um estudante do 4º ano e não exijo na base do perfil de iniciado eu não estou a ajudar o estudante a desenvolver competências que vai precisar daí a pouco quando iniciar a profissão. D9.35.</i></p>
	Orientação tutorial personalizada	<p><i>Nesta formação dos estudantes não chega só a experiência, só o ler e documentar-se com a bibliografia. O estudante precisa de alguém que lhe dê apoio, para analisar, o ajudar a refletir e perceber o que se está a passar e a evoluir, não só na gestão dos sentimentos, mas a estruturar o pensamento sobre a própria morte. Isto tudo tem muito a ver com o aprender a lidar com a morte, as perdas, a fazer os lutos das situações. D12.41.</i></p> <p><i>Como é que eu trabalho com os alunos em estágio? Vamos analisar cada situação em concreto. D3.30</i></p> <p><i>Tal como nós enfermeiros temos que estar atentos à singularidade do utente para o cuidar, também o docente tem que estar atento à singularidade do estudante e às suas necessidades para encaminhar e orientar o processo de aprendizagem. D8.32.</i></p> <p><i>Temos também que ter em conta a origem e a formação do estudante. Nós temos estudantes provenientes de diferentes espectros culturais e religiosos. Depois cabe ao professor ajudar a desenvolver competências nos diferentes níveis aquele estudante que já tem um percurso de vida. D8.34.</i></p> <p><i>O nosso trabalho com o aluno tem de ser feito no momento. Como é que acha que a pessoa está? Quais os cenários possíveis? O que acha que pode acontecer? Até o próprio trabalho de fazer com que o</i></p>

		<p><i>estudante diga, nomeie, verbalize. Isto é diga a palavra «o doente pode morrer». Verbalizar que o doente pode morrer implica um grau de consciencialização mais elevado do que não ser capaz de o nomear. Isto é um trabalho que só se faz ao vivo e não se faz com intervenções pontuais (...) D11.29.</i></p> <p><i>Tive estudantes que queriam ficar com aquele doente que estava a morrer. E tive que desmontar tudo e este desmontar implica perceber quais são as razões subjacentes à sua vontade de acompanhar a pessoa. Porquê? Estão se a confrontar consigo próprios, estão confrontar-se com os outros. D11.30.</i></p> <p><i>(...) perceber se os estudantes estão centrados neles e não na pessoa que está a morrer. Temos que contar com tudo isto. Muitas vezes há lógicas que não são alcançáveis do ponto de vista do docente e que não são desmontáveis com entrevistas. D11.32.</i></p> <p><i>No ensino dos alunos, há uma parte teórica que é igual para todos, mas no estágio eu conhecia os alunos, que não têm todos a mesma maturidade, são diferentes. D12.33.</i></p> <p><i>Em relação aos estudantes eu não sou adepta de uma maternage excessiva. D3.4</i></p> <p><i>Uma coisa é a teoria, outra coisa são as situações é o conhecimento que o professor tem daqueles alunos e que o docente ou o enfermeiro tutor pode ter daquelas crianças e famílias. Na distribuição das crianças da enfermaria pelos estudantes eu tinha a preocupação de verificar se a situação era adequada ou não para o estágio daquele estudante. D12.34.</i></p> <p><i>Eu como professora conhecia bem os estudantes e percebia as situações. Havia utentes que eu retirava ao estudante, porque percebia que ele não era capaz, falava com o estudante e explicava-lhe a situação. Temos que nos centrar no outro e perceber o que ele está a precisar e dar-lhe a resposta às suas necessidade. D12.31.</i></p> <p><i>Nós [docentes] temos que ter um acompanhamento de perto para perceber a inquietude do aluno. O mau estar que o aluno às vezes tem. E perceber as dificuldades que o aluno está a ter mesmo sem ele as verbalizar, para o poder ajudar in loco. D3.39.</i></p> <p><i>Eu que tive a experiencia de ter 30 alunos e agora</i></p>
--	--	--

			<i>tenho 300, não posso conhecer os estudantes do mesmo modo, às vezes até lhes confundo os nomes. D1.39.</i>
--	--	--	---

Quadro 21 – Formação dos estudantes na perspetiva dos docentes

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
11) Perspetiva sobre a formação dos estudantes	11 a) Na component e teórica	Nº de horas insuficientes para lecionar os temas relacionada s com a morte	<p><i>Os estudantes têm que ter dificuldade em cuidar em fim de vida, com o atual plano de estudos do CLE é insuficiente o número de horas para bordar o processo de doença crónica com esta dimensão e nomeadamente a doença oncológica que é uma que tem uma grande emergência. D3.26.</i></p> <p><i>Ao longo dos anos, acho que temos dado pouca atenção a este aspeto. Cada vez mais, há menos horas para dar atenção a esta área do cuidar para o fim de vida. D5.6.</i></p> <p><i>Esta temática [da morte] é extremamente importante, mas durante o curso há poucos momentos em que se aborda estas questões do fim de vida. Eu estou na equipa de fundamentos e no 1º ano do Curso e temos 2 horas para falar das questões da morte e do fim de vida, na parte teórica. D6.21.</i></p>
		Falta de uma UC específica que aborde a morte	<p><i>Não percebo como é que o plano de estudos não é sustentado também por áreas de incidência, ou seja, se eu tenho o plano oncológico nacional que me diz que a formação na área de oncologia é fundamental, não só ao nível da especialidade, mas também ao nível da licenciatura, como é que isso não é expresso depois nas aprendizagens dos estudantes. D3.54.</i></p> <p><i>Penso que deveria haver uma oferta tipo créditos, ou opções para trabalhar estas áreas específicas e não há. Ao longo do curso eles vão escolhendo opções. D6.51.</i></p> <p><i>Eu acho que numa parte teórica devia haver um módulo que se debruçasse sobre a preparação do estudante a ajudar pessoas em fim de vida e para a morte, e não há. O que faz muita falta, porque depois quando se chega ao hospital também não há ninguém que cuide de quem cuida, os enfermeiros não têm psicólogos para os apoiar, não têm ninguém. D5.18.</i></p> <p><i>O papel dos cuidados paliativos poderia ser objeto de uma unidade curricular, ou pelo menos de um bloco</i></p>

		<p><i>bastante bem diferenciado e comum a todos os estudantes. D11.53.</i></p> <p><i>O nosso plano de estudos falha na dimensão fisio pato anatomo e farmacológica. Saímos de uma lógica supostamente biomédica para uma lógica diametralmente oposta. O plano de estudos vigente do CLE não privilegia competências do domínio da fisiologia, do ponto de vista da farmacologia e isto são questões importantes no final de vida. D11.50.</i></p> <p><i>Eu penso que nós abordamos pouco o fim de vida no curso, os alunos não tem grande preparação para estes cuidados. D4.25.</i></p> <p><i>Considero que devia haver num módulo com as horas que fossem necessárias para trabalhar esse aspeto para que os estudantes não fiquem um bocadinho abandonados e entregues às suas emoções e angústias. D5.20.</i></p> <p><i>Pouco se ensina acerca do morrer e como a própria morte entristece as pessoas. Tem havido um descuido, mas acho que devemos agarrar esse descuido, dar-lhe ênfase e integra-lo no ensino e na experiencia e no percurso de vida das pessoas e não fazer da morte um «bicho papão». D8.38.</i></p>
9 b) Na component e clínica	Deficit de experiencia s em ensino clínico	<p><i>Preocupo-me com a formação. Há estudantes em fim de curso que nunca estiveram num serviço de medicina. Faz falta na formação passar por serviços com aquela dinâmica, acho isto muito redutor, porque os serviços de medicina, na minha ótica são uma grande escola. D10.23.</i></p> <p><i>(...) o curso de enfermagem também não lhes dá muitas experiencia, não os alerta para determinadas coisas, não trabalha com eles alguns sentimentos que eram necessários. A questão da morte bem como de outras situações do cuidar em enfermagem nós só temos a percepção delas quando as vivemos. D7.38.</i></p> <p><i>Na prática eu acho que neste momento [o ensino clínico] não está a capacitar para isso (...).Vai depender muito dos locais de estágio onde eu tenho os alunos. D3.28.</i></p>
	Defict de apoio dos docentes	<p><i>Com hora e meia por semana por estudante em cada estágio não consigo trabalhar estas questões de cuidados paliativos, de fim de vida, de morte, de luto, isto exige muita disponibilidade do docente. D3.40.</i></p>

		<p><i>Há alunos que chegam ao 4º ano e não tiveram contacto com estas situações. Outros tiveram contacto, mas a situação não foi bem orientada, ou percebida, pelos responsáveis do estágio. D3.57.</i></p> <p><i>Muitos estudantes criam aquelas lógicas de ultrapassar, quero ultrapassar a morte do meu pai, do meu avô e eu não consegui e isto é uma forma de resolver. A morte do outro nalguns casos funciona mais por catarse da sua própria experiência e nós [docentes] temos que estar atentos para perceber qual é o significado que eles estudantes atribuem ao seu envolvimento na morte do doente. D11.31.</i></p> <p><i>Selecionamos o modelo de Virgínia Henderson na teoria das necessidades humanas, os NIC e o NOC, a taxonomia NANDA e alguns que já viram aplicar na prática a CIP, mistura-se isto tudo e ainda mais alguns conceitos com uma linguagem muito própria e que os estudantes confundem, nem sempre temos tempo para trabalhar todos estes aspetos. D4.35.</i></p> <p><i>De acordo com o atual plano de estudos é difícil nós conhecermos os alunos, estarmos próximos deles para podermos fazer este trabalho de acompanhamento com o estudante. Como docente tenho dúvidas em relação ao nosso apoio pedagógico. Em relação ao grande número de estudantes que nós temos, não nos permite ter este acompanhamento tão próximo. Há processos de aprendizagem que não estão a ser conseguidos da melhor forma. D12.45.</i></p>
9 c) Preparação para cuidar em fim de vida	Insipiência na preparação do estudante para o cuidar em fim de vida	<p><i>O CLE não lhes dá formação nem os prepara para cuidar de pessoas em fim de vida. D1.15.</i></p> <p><i>Da minha perceção os estudantes não saem capazes de cuidar em fim de vida. D1.31.</i></p> <p><i>Para ser capaz de lidar com a morte e o fim de vida tenho algumas preocupações com o este plano de estudos atual e com as novas diretrizes da formação no ensino superior. Eu acho que a formação em enfermagem tem de ser no mínimo individualizada. D12.43.</i></p> <p><i>No estudo que eu fiz para o meu concurso para professora coordenadora conclui que os estudantes não se sentem preparados para cuidar pessoas em fim de vida. D1.16.</i></p> <p><i>A sensação que eu tenho é que os alunos não têm</i></p>

		<p><i>qualquer preparo nem do essencial. O que é isto das representações da doença crónica, o impacto na vida de uma pessoa, os diferentes estádios, quanto mais capacidade para cuidarem de alguém. D3.27</i></p> <p><i>Esta dimensão de avaliar e controlar a dor é bastante básica e falha. D11.54.</i></p> <p><i>Os enfermeiros da prática consideram que os estudantes cada vez vão para estágio menos preparados. Mesmo os conhecimentos teóricos são de uma superficialidade.... D10.25.</i></p> <p><i>Os próprios estudantes do 4º ano me dizem, os colegas tutores e os enfermeiros dos serviços que tem um discurso uniforme, em que neste domínio não há competências. Do ponto de vista fisiopatológico, claramente não tem competências para perceber a coisa mais básica como ponto de partida. Este doente está em fase final de vida ou não. D11.52.</i></p> <p><i>Os quatro pilares dos cuidados paliativos andam em torno da comunicação, apoio à família, do trabalho em equipa e um deles é o controlo de sintomas. Ora o controlo de sintomas implica do ponto de vista das competências, competências importantes da anatomia, da fisiologia, da fisiologia, da farmacologia, que são competências importantíssimas que os estudantes estão a ser negligenciados. D11.51.</i></p> <p><i>Tenho a sensação que muitos alunos não têm a mínima ideia do que vão fazer no ensino clínico. Lerem o guião de estágio ou não lerem é a mesma coisa. D3.64.</i></p> <p><i>Vamos ter estes doentes em todos os tipos de hospitais, na comunidade, em todos os locais. Isto tem a ver com as incidências das doenças e com a realidade do país. Se as aprendizagens para o cuidar deve ter em conta a realidade, como é que o plano de estudos não traduz esta realidade? E não dá resposta a esta necessidade da sociedade. D3.56.</i></p> <p><i>Será melhor os estudantes fazerem primeiro a teoria toda e depois ir para os ensinamentos clínicos? ou fazer assim em harmónio, ou em alternância? Eu acho que a aprendizagem continua e que os estágios devem acontecer desde o 1º ano do curso. Andamos a repetir um modelo antigo. A nossa experiência de aprendizagem foi assim e faz sentido para nós.</i></p>
--	--	---

			<p>D10.24.</p> <p><i>É difícil fazer estágios em serviços de pessoas doentes sem se confrontarem com o fim de vida. O melhor é preparar os alunos previamente para estas situações que fazem parte do quotidiano dos serviços, D12.46.</i></p>
		Formação orientada para o cuidar em fim de vida	<p><i>Em relação à questão de cuidar pessoas em fim de vida acredito que os estudantes saiam com algumas competências para cuidar em fim de vida. D9.27.</i></p> <p><i>Hoje acho que se prepara já melhor os alunos para as questões ligadas ao processo de morrer está integrado nas diferentes unidades curriculares. Existem pessoas muito preparadas nessa área, com mestrados e doutoramentos, a lecionar e a sensibilizar os estudantes para estes temas, para além de haver as opções nessa área específica do cuidar, para os estudantes que querem aprofundar o tema. D8.8.</i></p> <p><i>A formação atual tem a ver com as políticas de saúde e com os indicadores de saúde do país. Agora a tônica é os cuidados continuados e os cuidados paliativos, no tempo em que eu fiz o curso não era esse o enfoque, nem se falava tanto nestes aspetos. D8.9.</i></p>

Quadro 22 – Perceção das dificuldades dos estudantes pelos docentes

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
12) Perceção das dificuldades dos estudantes no percurso de aprendizagem	12 a) Deficit de aprendizagem social sobre o morrer	O primeiro contacto com o morrer é no curso	<p><i>Muitos alunos nunca viram pessoas internadas num hospital e nunca tiveram próximas de pessoas doentes. Há inúmeras coisas em que tudo é novidade para eles e centram-se francamente no doente e em conhecimentos muito deficitários. D3.59.</i></p> <p><i>Eu acho que é uma área muito difícil porque esta geração foi muito protegida de acontecimentos negativos. E na minha opinião, já vem de casa, já vem de trás o facto de se tentar proteger para não os traumatizar. D5.14.</i></p> <p><i>As próprias famílias não querem, sofrer esses momentos dolorosos no fim de vida e a pessoa acaba por morrer sozinha. Pelo que os alunos não vêm preparados para lidar com a morte. D5.15.</i></p> <p><i>Eu posso arriscar que mais de 90% dos estudantes a primeira vez que têm contacto com a morte é no curso de enfermagem. Neste momento há uma</i></p>

		<p><i>institucionalização da morte. D6.33.</i></p> <p><i>Para alguns estudantes era a primeira vez que contactavam com a morte e isso não é fácil. Um jovem sem experiência de vida lidar pela primeira vez com a morte é complexo. É uma situação para a qual não se está minimamente preparado. D9.20.</i></p> <p><i>Muitas das dificuldades de ensinar os jovens tem a ver com a forma como nós estamos organizados socialmente. (...) os jovens não são confrontados com corpos doentes e com o sentido da finitude. D10.17.</i></p> <p><i>(...) as crianças desenvolviam competências sobre a interpretação e o cuidar na morte que eram facilitadoras para a sua vida. Hoje os estudantes de enfermagem não trazem essa vivência de lidar com os processos de morte. D7.37.</i></p>
	A ideia da morte estruturada pela comunicação social	<p><i>Os estudantes chegam-nos sem nunca terem tido contacto com a morte a nível familiar ou social, apenas no cinema e na TV, (...) As famílias escondem a morte para proteger as crianças e os jovens, mas no curso eles têm que enfrentar a realidade, de forma controlada e com apoio, mas tem que enfrentar a situação. D8.39.</i></p> <p><i>O fenómeno da morte veiculado pelos média não ajuda na construção do conceito da morte, ou passam a imagem de que a morte não termina com a vida da pessoa, ou uma visão romântica e escondida da morte, ou a imagem do super herói ou a idolatria das estrelas e das princesas que morrem, mas tudo diferente do comum dos mortais. E do que de facto é real. Temos que trabalhar a partir destes pré conceitos. D8.41.</i></p> <p><i>Na comunicação social, confrontamo-nos com a morte, estamos cheios de informação sobre a morte em diversas situações, mas diferentes do habitual, faz parte dos acontecimentos do espetáculo noticioso. D12.47.</i></p>
	10 b) Deficits de capacidade relacional	<p><i>Os estudantes do CLE não estão preparados para se relacionar com o outro. D1.40.</i></p> <p><i>Com este modo de comunicar pelas novas tecnologias, pela internet, vamos ter um problema em breve na formação dos estudantes, que é eles não saberem olhar para as pessoas. (...) A pessoa não</i></p>

		<p><i>está lá. Nós professores vamos ter estudantes que não têm competências para falar conosco sequer, porque não sabem. Estão habituados à escrita e ao ecrã. D2.52.</i></p> <p><i>Uma aluna do 4º ano não saber por onde começar do ponto de vista relacional é relevante. Não é que a aluna não tivesse os conhecimentos, o problema era por em prática os conhecimentos que adquiriu. D6.37.</i></p> <p><i>Eu acho que em todos os domínios os alunos têm dificuldades, mas noto muito no domínio relacional, e em conseguirem também gerir as próprias emoções e sentimentos. E enquanto se está centrado no próprio não se consegue estar disponível para ajudar o outro. Noto que estes jovens têm muita dificuldade em gerir a esfera emocional. D5.22.</i></p> <p><i>O que eu sei é que os estudantes têm cada vez mais medo de estar junto de pessoas que vão morrer. É a minha perceção e é isso que eles escrevem que tinham medo de se aproximar. D4.40.</i></p>
	<p>10 c) Dificuldade em dar resposta aos utentes</p>	<p><i>As atitudes dos estudantes são muitas vezes de fuga, porque não sabem o que podem dizer a seguir. Mas às vezes não temos que dizer nada, as pessoas não nos estão a inquirir, porque eles já sabem muita coisa, eles só querem alguém a quem falar, que os possa escutar. Mas isso para os alunos é difícil de aceitar, porque pensam que tem que dar sempre respostas. D12.36.</i></p> <p><i>Os estudantes ficam muito preocupados com o que é que eu vou dizer. Às vezes não têm que fazer nada, é estar ali fazer uma festinha, ter um gesto de carícia. Ler algo que nos peçam, escutar, estar presente. Se precisar de alguma coisa eu estou aqui ao pé de ti. Não tenhas medo, que eu estou contigo. D12.39.</i></p> <p><i>O estudante não tem que ter medo por não saber responder (...) o que eu não posso é dar respostas falsas, incorretas ou mentirosas, se eu não sei tenho que ir procurar. D12.37.</i></p> <p><i>Era explicado ao estudante que não ia ser penalizado se não quisesse ou não conseguisse estar naquela situação. Às vezes é difícil, retirar o estudante, porque as crianças apegam-se muito aos alunos. Os estudantes tem medo do que a criança quer saber, que tipo de resposta vão dar, se a podem</i></p>

			<i>chocar. Precisam de ter o professor ou o tutor por perto para os ajudar. D12.35.</i>
	10 d) Dificuldade em prestar cuidados		<p><i>Colaboro no ensino e orientação de estudantes há 20 anos e ainda não conheci nenhum estudante que não tivesse dificuldade em se confrontar com a pessoa em fim de vida e tenho me confrontado com aspetos do cuidar que eu considerava o menos difícil, como por exemplo, o olhar, o chegar próximo do doente. Se a proximidade física não é conseguida, como podem fazer uma aprendizagem em contexto clínico? D4.28.</i></p> <p><i>Os estudantes vêm com muitos medos por ex o cuidar um corpo morto, sem vida. D4.23.</i></p> <p><i>Para todos os estudantes a morte é uma coisa assustadora, e depois é o não ser capaz de intervir para melhorar para curar. D4.45.</i></p> <p><i>Os estudantes perante uma situação de fim de vida descrevem nos seus diários de aprendizagem que: Têm medo, a vontade é de fugir e ir embora, às vezes vão, mas depois voltam. D4.46.</i></p> <p><i>Começa porque eles têm dificuldade em ver a pessoa na sua globalidade e incluir neste cuidar a família. D1.31.</i></p> <p><i>os estudantes não têm capacidade para olhar para além do doente. Eles olham para a pessoa numa perspetiva muito formatada, (...) quando vão para estágio levam uma bitola para observar a pessoa e só manejam aquela bitola. Não conseguem fazer uma abordagem holística. D4.38.</i></p> <p><i>Pergunto nas aulas se eles querem partilhar alguma coisa da sua experiencia. Muitos deles até querem. Falam dos seus medos. De não saber como atuar quando for para estágio e se deparar com a morte. Nesta partilha percebem que o medo de um é o medo de muitos. Percebem que não estão sós e têm sempre alguém com quem partilhar. D6.62.</i></p> <p><i>os estudantes do CLE têm muito medo. Eles ficam muito receosos e muito ansiosos porque não estão minimamente preparados. D5.21</i></p>

10 e) Identificação com o moribundo		<p><i>Têm muita dificuldade em lidar com o fim de vida particularmente quando identificam as situações da prática clínica com situações vividas por eles ou por amigos ou familiares deles. D1.17</i></p> <p><i>Para os alunos é difícil compreender e aceitar o que não é de acordo com o ciclo de vida, se a morte é em crianças ou jovens revêem-se muito na situação e é um choque. Se aconteceu a Ele também me pode acontecer a mim e especialmente em mortes por acidentes. D8.21.</i></p>
10 f) Dificuldade em pedir ajuda para lidar com o processo de morrer		<p><i>Que os estudantes sejam capazes de pedir ajuda e ter alguém de confiança a quem se possam expressar e até chorar, ou seja o enfermeiro do serviço ou o docente da escola. D9.16.</i></p> <p><i>Têm dificuldade em pedir ajuda e falar sobre os medos, receios e sentimentos com a orientadora. Uma situação que podia ser riquíssima para a aprendizagem não é aproveitada. O estudante tem que ser ajudado a perceber de que tem medo e o que pode fazer para deixar de ter medo. D4.47.</i></p> <p><i>é importante dar-lhes a perspetiva de que se eles não estão bem com eles terem a coragem de perceber que não estão bem e pedirem ajuda, e serem substituídos nessa função que não tem mal nenhum. D2.47.</i></p> <p><i>Parece-me importante haver uma abertura com o estudante para ele expor o que pensa e sente sobre estas questões. Parece-me importante ele saber que tem um suporte, que não está ali sozinho. Isso depende da relação pedagógica que estabelecemos com o estudante. D6.34.</i></p> <p><i>Eu como professora conhecia bem os estudantes e percebia as situações. Havia utentes que eu retirava ao estudante, porque percebia que ele não era capaz, falava com o estudante e explicava-lhe a situação. Temos que nos centrar no outro e perceber o que ele está a precisar e dar-lhe a resposta às suas necessidades. D12.31.</i></p> <p><i>O estudante precisa de ter muita confiança nos seus orientadores, seja o docente ou o enfermeiro tutor, para que ele seja capaz de falar e fazer a catarse do que ele está a sentir. D9.19.</i></p> <p><i>O aluno acaba por negar muitas emoções, porque</i></p>

			<i>tem medo de se expor. D5.19.</i>
--	--	--	-------------------------------------

Quadro 23 – Estratégias de ensino aprendizagem na perspetiva dos docentes

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
13) Estratégias para melhorar o processo de ensino aprendizagem	Ao longo do CLE	No 1º ano	<p><i>No 1º ano eles devem ter uma aproximação. Para eles perceberem que há o início, o desenvolvimento e o fim. D2.34</i></p> <p><i>Ficáramos por aqui no 1º ano. Perceber que há reações perante a morte, o luto no sentido de perdas e não só perda da vida. (...) Ficava por aqui no 1º ano evitava que os alunos se confrontassem com o sofrimento e com a agonia. D2.35.</i></p> <p><i>Os alunos no 1º ano deviam ir para os serviços de medicina tinham mais tempo em ensino clínico e ficavam mais preparados. D2. 38.</i></p> <p><i>Eu acho que algumas coisas podem começar a ser abordadas ao nível do 1º ano, como as questões ligadas ao ciclo de vida, a morte no contexto contemporâneo, uma abordagem mais antropológica, e ficava por aqui. D3.50.</i></p> <p><i>Eu acho que começava logo no 1º ano, com alguns conceitos, algumas abordagens. E depois era ao longo do curso. Penso que ao longo do curso fazia todo o sentido. No 1º ano mais conceitos genéricos. D5.35.</i></p> <p><i>a Sociologia e a Psicologia que é dada no 1º ano, também aborda esse aspeto da família, e que eles vão ficando sensibilizados, mas no 4º ano é que eles vão ter mesmo uma oportunidade de prestar cuidados à família na prática. D5.40.</i></p> <p><i>No 1º ano acho que o Curso podia ficar organizado como está. Penso que 2 horas é pouco para trabalhar estas questões, mas penso que se trabalhasse a questão: Quem é esta pessoa em fim de vida? D6.43.</i></p> <p><i>Se no 1º ano eles estudam a Virgínia Henderson que fala das necessidades humanas fundamentais e diz que o enfermeiro deve cuidar quando não há vontade, conhecimento, saberes ou força e também acompanhar o doente para ter uma morte serena. E o que é isto de morte serena? D6.44.</i></p>

			<p><i>Trabalhar também estas questões da relação, utilizando a metodologia do role-playing. No 1º ano fazer role-playing é muito cedo. D6.47.</i></p> <p><i>No 1º ano do CLE, nos fundamentos podem ir pela teoria das necessidades de Virgínia Henderson, abordar as necessidades espirituais e integrar no ciclo de vida, o que é no final do ciclo o processo de morrer e a morte. D8.19.</i></p> <p><i>o primeiro ano lhes deve dar aportes suficientes do ponto de vista do auto conhecimento, da descentração de si próprios, (...) que eles referem como sendo aulas importantíssimas do ponto de vista de despertar para o outro, do conhecimento do outro e perceber que este exercício do ponto de vista cognitivo deve ser uma operação complexíssima. D11.18.</i></p> <p><i>Considero também que tem que haver algum trabalho ao nível de algumas unidades curriculares de desenvolvimento pessoal e de conhecimento pessoal. D7.29.</i></p> <p><i>Eu penso que tem que haver uma preparação de base logo no 1º ano na unidade curricular de fundamentos de enfermagem, sobre o que é morte. Nos ensinamentos clínicos, face às situações que surgirem deve haver um acompanhamento direcionado e aproveitar essa experiência vivida depois para o grupo. D12.48.</i></p>
		<p>No 2º ano</p>	<p><i>No 2º ano do CLE quando eles entram no cuidar do adulto e do idoso, acho que deveriam abordar no idoso não tanto a morte associada a uma patologia, mas a morte associada ao envelhecimento. Porque a pessoa idosa ao longo do ciclo de vida vamos sentindo a morte de formas diferentes. D6.45.</i></p> <p><i>No 2º ano na parte do adulto trabalhar as questões da morte já do ponto de vista da patologia, do doente que entra em fim de vida porque está associado a uma patologia e o seu estado que se degrada muito e aí devia incidir muito sobre as intervenções autónomas de enfermagem, no controlo sintomático da pessoa que está em fim de vida. D6.46.</i></p> <p><i>A filosofia dos cuidados paliativos foi introduzida no 2º ano e é necessário dar continuidade do que é palear numa criança e o que é isto de paliativos na</i></p>

		<p><i>criança e na família. D6.49.</i></p> <p><i>No 2º ano falaria daqueles autores mesmo, que eu já falei, da Kübbler-Ross e os outros que falam da morte e que trabalharam a morte, porque eles depois vão para o hospital. D5.36.</i></p> <p><i>[no 2º ano] para perceberem o desenlace numa doença oncológica, ou numa pessoa de 90 e tal anos, que já sabe o que a espera que até aceitam a situação D2.36.</i></p> <p><i>[no 2º ano] quando o doente chegasse à fase de decadência, de declínio, tirava-os um bocadinho de cena, a não ser que eles quisessem, ou fosse importante. Quando os doentes entram em agonia e confusão, isso não. (...) Isto só no quarto ano. Segundo ano ainda não, é cedo. D2.37.</i></p> <p><i>Ao longo do curso a morte deve ser integrada nos diferentes contextos das unidades curriculares. Por exemplo no 2º ano a preparação para a morte da pessoa e da família no idoso será diferente da preparação para a morte na criança, naturalmente. D8.20.</i></p>
	No 3º ano e 4 ano	<p><i>No 3º ano naturalmente abordaria, num outro módulo, a morte na criança. D5.37.</i></p> <p><i>No 3º ano estamos a falar da saúde infantil e pediátrica e da saúde mental, aí introduzir as questões do fim de vida também das crianças e jovens, que é uma área que em Portugal não é muito trabalhada. D6.48.</i></p> <p><i>No 4º ano deve-se abrir o leque para eles trabalharem as questões que lhes interessarem. Se eu tenho estudantes que não estão interessados em seguir esta área eu não devo obrigar os estudantes a trabalhar estas áreas. Mas para os estudantes que querem trabalhar estas questões, deve haver uma abertura e terem oportunidade de o fazer. D6.50.</i></p> <p><i>Embora os conhecimentos devam ser também transversais, mas que no 4º ano faz-me todo o sentido que fizéssemos esta abordagem da família. Até porque ele já pode cuidar. E vai ter um estágio muitas vezes em unidades de cuidados na comunidade que é facilitador. D5.39.</i></p>
	No final do	<p><i>E talvez no fim de tudo falávamos de cuidados paliativos. Portanto, eu também via isso de uma</i></p>

		CLE	<p><i>forma gradual. Em termos de os preparar para a saída profissional. D5.38.</i></p> <p><i>Estas temáticas devem ser contextualizadas de acordo com as temáticas e também integradas no contexto do curso ao longo dos 4 anos de forma gradual. D8.18.</i></p> <p><i>Penso que pode haver várias abordagens, penso que a variável espiritual é importante e deve estar presente. A espiritualidade como necessidade básica. D9.23.</i></p> <p><i>Acho que o tema da morte deve ser transversal. Tudo depende do modo como o plano de estudos está organizado e o que se pretende que se adquira no 1º ano, no 2º ano e no final de curso destes estudantes. D9.21.</i></p> <p><i>Temos que começar por conceitos mais simples. O que é isto da doença crónica. O impacto da doença crónica na vida da pessoa e da família, no redefinir os projetos futuros. Para depois chegar à morte. D3.53.</i></p>
			<p><i>A nível do 1º ano é só sensibiliza-los que aquela pessoa não está só, tem uma família à volta. Se o doente sofre a família sofre e isto tem de ser visto em conjunto. Mas não passa de uma sensibilização. No 1º ano não se trabalha a família. D6.52.</i></p> <p><i>No 2º ano acho que já se devia abordar a família, porque eles vão deparar-se com situações em que vão interagir com as famílias. D6.53.</i></p> <p><i>Faz-me sentido ir pela lógica do ciclo de vida e incluir sempre a família naquele processo. A família numa perspetiva de apoio àquela família num processo de morte natural. D7.33.</i></p> <p><i>Os alunos devem ser orientados numa perspetiva sistémica. Isto tem a ver com o modelo teórico que utilizamos a partir do 3º ano o modelo de Betty Neuman, de modo a tentar que eles abordem já família. D8.22.</i></p> <p><i>(...) no 3º ano já fico satisfeita se o aluno for capaz de ver a família como contexto e perceber que para além do indivíduo há outros elementos que são importantes no processo de cuidar. D8.26.</i></p> <p><i>No 4º ano deve-se abordar o que é isto de cuidar de</i></p>

			<p><i>uma família que tem um doente em fim de vida e não do ponto de vista do que é cuidar de um doente que tem uma família. D6.54.</i></p> <p><i>Esta capacidade de estudante passar da família como contexto dos cuidados para a família como cliente a cuidar deve ser agarrado no estágio do 7º semestre da enfermagem comunitária. D8.25.</i></p> <p><i>Cuidar da família a viver estas situações de crise deve ser transversal a várias especialidades, porque nós vamos encontrar famílias a viver estas situações de fim de vida e de perdas e lutos nas mais variadas áreas e especialidades do cuidar, desde a oncologia, na saúde da família em contexto domiciliar, na área do idoso e da geriatria, até na criança. D9.30.</i></p>
		<p>Integrar os contributos das diferentes disciplinas</p>	<p><i>Acho que a morte também deve ser abordada, do ponto de vista fisiológico. É necessário que eles ao longo do curso consigam de facto entender a morte nestas diferentes teias de complexidade das dimensões que elencamos: fisiológica, social, simbólica, espiritual. D11.19.</i></p> <p><i>(...) na UC de sociologia no 1º e 2º ano é importante abordar como é que os indivíduos de diferentes culturas abordam a morte. Os tabus associados à morte. Cada vez mais vamos ter mais utentes provenientes de diferentes culturas a morrerem nos hospitais e em casa. D11.22.</i></p> <p><i>Do ponto de vista da psicologia deve haver contributos na gestão dos momentos de crise, da gestão do sofrimento, da gestão do auto conhecimento da confrontação com a nossa própria finitude. D11.23.</i></p> <p><i>Eu acho que devia haver um acompanhamento no local do estágio, em termos mesmo de psicólogo, de sociólogo, tal como eu tive, e que me ajudou muitíssimo. D5.24.</i></p> <p><i>Do ponto de vista da comunicação o comunicar, o gerir os silêncios. D11.24.</i></p> <p><i>É um tema delicado. Provavelmente pode ser abordado em diferentes disciplinas desde a ética à enfermagem e pode ser abordado consoante a exigência e o perfil de saída que se pretende. D9.22.</i></p>

	Compreender as diferentes perspectivas da morte (a morte de si e depois dos outros)	<p><i>Não podemos pôr os estudantes a debruçar-se, ou falar na morte da criança, ou do adulto, ou do idoso, sem eles primeiro trabalharem o seu conceito de morte. O que significa para eles a morte. Como vêm a morte. As diferentes perspectivas culturais e religiosas da morte. D7.30.</i></p> <p><i>Primeiro trabalhar com o estudante a morte. O que é para ele a morte, a morte familiar. Como encaravam isso, porque a alguns nunca morreu ninguém. D2.42.</i></p> <p><i>Primeiro abordar a morte neles e depois é que ia para o outro e depois para a família do outro. Eu acho que estruturava assim. Primeiro trabalhar eles próprios. D2.43.</i></p> <p><i>Devem ter bem consolidada a sua morte e a morte do outro. Depois é mais fácil fazer o transfere para a família. Eu não acredito que eles cheguem à morte do outro sem trabalhar a morte deles, mais difícil ainda trabalhar a morte da família sem trabalhar a sua morte e a do outro. D2.67.</i></p> <p><i>Se já tiveram perdas como é que foi. Se morreu alguém, o que sentiram. (...) Para depois fazer o transfere o que é que acontece aos outros. Os outros também estão nesta situação. (...) Para quando se confrontarem com a morte do outro haver empatia. D2.44.</i></p> <p><i>Trabalhamos a comunicação com o outro, devemos também trabalhar no desenvolvimento pessoal as questões da morte, do sofrimento, da doença, da incapacidade, o ser idoso, o ser criança. D7.31.</i></p> <p><i>Depois de entenderem o que o outro está a vivenciar, atuar muito na base de dar resposta ao que os outros querem. D2.45.</i></p>
	Estratégias do ensino teórico	<p><i>Eu acho que a abordagem pelo ciclo de vida é uma boa abordagem para o estudante do 1º ciclo de formação em enfermagem. Pode ajudar esta lógica, pode ser orientadora e organizadora. D7.28.</i></p> <p><i>Eu acho que, ou através de filmes, ou através de situações que fossem trazidas para a prática, eles deviam ser confrontados, ainda aqui no curso, com as situações do fim de vida, da morte, do morrer.</i></p>

			<p>D5.32.</p> <p><i>Até acho que o professor podia mesmo, com casos que viveu, situações que experienciou, simular essas situações, conservando o anonimato de todas elas, mas exemplificando as situações. (...) se eu falo de uma situação que eu vivi, de uma história real que eu vivi, uma situação, às vezes, dramática, eles ficam logo todos atentos. D5.33.</i></p> <p><i>Um blog temático que preparasse os alunos para ajudar as pessoas no fim da vida. (...) um blog que fosse teórico, mas com atividades, tipo workshops. D5.16.</i></p> <p><i>(...) porque o que o professor fala e o que o professor diz não é de todo ouvido, não tem eco muitas vezes e não se traduz em aprendizagem por parte do estudante. Enquanto que se o aluno aprender de uma forma mais prática, mais relacional, mais vivida, mais interativa, ele consegue, de longe, integrar melhor e não vai para estágio tão descapacitado. D5.34.</i></p> <p><i>Do ponto de vista do corpo docente deveria haver, em relação a este aspeto, mais partilha. Por exemplo partilha de experiencias, (...) A minha sugestão seria os professores fazerem formação sobre esta área ou criar espaços de partilha destas experiencias. D11.55.</i></p>
	Metodologias na componente teórica e prática	Técnica de simulação em aulas TP	<p><u>Aulas TP com simulação</u></p> <p><i>Agora acho que eles devem ficar mais em laboratório, fazerem muita prática simulada. Muito treino de situações, muito role playing e a pouco e pouco irem para a prática e aperceber-se do que se passa em contexto real. D2.39.</i></p> <p><i>É a simulação de situações muito simples em que eles próprios é que dão os exemplos para fazer a simulação. E depois perguntar à pessoa que esteve na situação o que é que sentiu, com a reação dos colegas? D2. 50.</i></p> <p><i>Normalmente os estudantes consideram isto muito importante, algo que é muito rico para eles. Aplicam na prática e já tive estudantes que dizem eu já tive na prática uma situação igual aquela que fizemos em role-play e eu consegui lembrar que linhas</i></p>

			<i>orientadoras é que devo ter em conta, e apliquei-as e teve efeito sobre a pessoa. D6.23.</i>
	Metodologias na component e ensino clínico	Reflexões sobre a prática	<p><i>Eu acho que as reflexões sobre a prática são importantes. E isso emerge até de forma natural nos jornais de aprendizagem. Mas não podemos pôr os alunos em ensino clínico só a fazer reflexões, porque elas têm que ser trabalhadas e sustentadas com situações reais. D3.38.</i></p> <p><i>Quando eu deteto que há ali uma situação que pode ter repercussões para o estudante eu sento-me com eles e converso. Quando tenha sido uma situação que tem a ver com a aprendizagem e daí não acarreta risco de o afetar psicologicamente, aí eu escrevo alguma nota na reflexão que ele me entrega. D6.27 .</i></p> <p><i>(...) Normalmente escrevo algo a incentivar o estudante a prosseguir na sua aprendizagem, “como reflexão muito bem-feita”. Faço uma apreciação construtiva e entrego-lhe. Mas o que eu acho é que deviam ser todas as reflexões conversadas individualmente com cada estudante. D6.28.</i></p> <p><i>Nas reflexões em grupo, pergunto se alguém quer partilhar. Só quem quer é que expõe uma situação, para pensarmos sobre ela. Eles estão em estágio em grupo, conhecem-se e sabem mais ou menos o que os outros fazem e não têm grande problema em expor. D6.29.</i></p> <p><i>(...) O estudante fala de tal experiencia e que tem que ser sustentada em fundamentação teórica. Mas às vezes isso não é importante, às vezes o importante é ser espontâneo. Numa reflexão espontânea o jovem reflete ali a sua autenticidade. E interessa saber o que é que eu ando à procura enquanto professora. Eu tenho que saber ler isso nas entrelinhas. Alguns são muito pobres. Mesmo até sustentados teoricamente são pobres, são vazios, destituídos de sentido. Não está lá a essência. D10.21.</i></p> <p><i>Todos os instrumentos de aprendizagem e todas as estratégias são boas, eu tenho é que ajudar o estudante a utilizar corretamente aquele instrumento, ver como é que ele aprende melhor, ter a sensibilidade para ver como o estudante se pode ajustar. Mas isto é difícil de conseguir com grupos</i></p>

		<p><i>grandes. D10.22.</i></p> <p><i>Tenho perfeita noção de que por vezes se pedem trabalhos, não vou dizer do ponto de vista quantitativo, mas do ponto de vista qualitativo, sem ser estruturado. Pede-se que façam, mas depois não há a abordagem necessária e os alunos entram nesse registo. D11.39.</i></p> <p><i>Eu acho que vivemos na ditadura da reflexão. A enfermagem enveredou aqui pelo caminho da reflexão. Faz-se uma reflexão para tudo. A reflexão é neste momento um penso que se põe em cima de uma situação qualquer, D11.33.</i></p> <p><i>Sabemos que podemos fazer reflexões sobre as coisas e depois discutir as reflexões e fazer análises superficiais do assunto e para essa reflexão se tornar um instrumento pedagógico poderoso há que criar condições para ter tempo, espaço e também criar uma relação com o estudante. D11.35.</i></p> <p><i>Quando os estudantes estão muito nervosos, num turbilhão de sentimentos, eu digo calma. Vai pegar num papel e vai escrever o que se está a passar consigo, que sentimentos, emoções lhe traz estes momentos escreva à vontade, para nós podermos falar. O escrever ajuda a tomar consciência dos sentimentos. Já por si é uma ajuda a técnica da introspeção. D12.40.</i></p> <p><i>Houve estágios que já tinham um modelo de reflexão sobre a prática, onde descreviam a situação que escolheram ou a mais significativa para eles e depois os sentimentos que viveram. Depois trabalhávamos essas situações com diversas metodologias, podia ir às dramatizações, role-play, etc. D12.40.</i></p> <p><i>Os outros estudantes também aprendem com a análise das situações. Eu sempre fiz isso, utilizei muito as estratégias de partilha em grupo, porque os outros alunos também aprendem com as dificuldades dos pares. D12.50.</i></p>
	Projeto de aprendizagem em no ensino clínico	<p><i>O projeto de estágio faz mais sentido num estágio de opção do 8º semestre, no projeto pessoal em enfermagem clínica, em que o aluno pretende desenvolver competências no cuidar em fim de vida, em que o seu projeto de aprendizagem seja mais</i></p>

		<p><i>direcionado para essa área. D7.23.</i></p> <p><i>Estamos a utilizar muito o projeto e os jornais de aprendizagem que são boas metodologias se bem usadas. Não basta o professor pedir um projeto, porque o que fazem os estudantes? Vão ao banco de dados da associação de estudantes e copiam pelos trabalhos que lá há. D8.27.</i></p> <p><i>Se os professores não estiverem atentos aparecem projetos iguais aos anteriores, descontextualizados, sem dar resposta ao que eles podem, ou querem desenvolver. Os projetos têm que ser discutidos e justificados com o orientador de estágio. D8.28.</i></p> <p><i>(...) estas duas metodologias o projeto e o jornal de aprendizagem são interessantes e devem ser desenvolvidas junto dos estudante, mas depois de uma prática refletida com o professor, onde eles dizem o que pensam e o que pretendem fazer, ou o que sentem. D8.29.</i></p> <p><i>O projeto deve emergir a partir das conclusões e da reflexão que o estudante fez naquele contexto, a partir desta realidade e desta base o que vai fazer, o que pretende desenvolver e como o faz. D8.30.</i></p> <p><i>o docente identifica com o estudante quais as áreas mais deficitárias e que o aluno precisa de desenvolver na sua formação, para desenvolver competências, ou para investir. Se não há este trabalho de preparação antes do docente com o aluno o projeto sai formatado igual a tantos outros. D8.31.</i></p>
	<p>O diário de aprendizagem / jornal de aprendizagem em</p>	<p><i>Da minha experiencia o diário de aprendizagem não tem sido muito eficaz, os alunos repetem os mesmos erros no ultimo que eu corriji nos primeiros, em alguns casos, não são todos, mas chamam me a atenção. D4.30.</i></p> <p><i>O que considero útil no diário de aprendizagem é que o estudante pode escolher sobre a situação que quer analisar, normalmente escolhe aquilo em que teve mais dificuldade. D4.31.</i></p> <p><i>os jornais de aprendizagem que eles passam a fazer e que eles passam a ler, estão também a refletir sobre os aspetos que os autores escrevem. D5.23.</i></p> <p><i>Se for uma experiencia significativa, aí sim, peço para eles escreverem com a metodologia dos diários</i></p>

		<p><i>de aprendizagem. Mas os diários de aprendizagem, para mim, não é uma reflexão diária forçada. É sobre um evento crítico que não é um evento mau, mas que tenha sido significativo para a aprendizagem. D6.26.</i></p> <p><i>Um instrumento que pode ajudar muito o estudante quando se depara com uma situação de fim de vida num estágio qualquer, no seu percurso formativo, acho que pode o incidente crítico, ou o jornal de aprendizagem pode ser um bom instrumento. Acho que pode ser uma boa metodologia para estes casos. D7.24.</i></p> <p><i>Tanto o registo do incidente crítico, como o jornal de aprendizagem, podem ser uma boa metodologia, para o ensino clínico. D7.27.</i></p> <p><i>os jornais de aprendizagem podem ser um instrumento que os ajuda a refletir e a relatar os sentimentos e emoções. São jovens estudantes, tem pouca idade, pouca experiência de vida e tem dificuldade em lidar com as emoções. D9.15.</i></p> <p><i>Os jornais de aprendizagem são um bom instrumento. Mas há jornais que não têm grande substancia. Há todo um trabalho a fazer com eles para que este instrumento que pode ser muito bom o seja de facto, mas tem que haver um trabalho com os estudantes que os pode ajudar a otimizar este instrumento. D10.19.</i></p> <p><i>Muitas vezes pedir de trabalho todo de reflexão é para controlar o estudante. Se formos à essência tem uma função de securização do trabalho docente. O controlo do outro também é importante, mas na essência é mais para eu achar que estou envolvido no processo. Não estou a dizer que toda a gente funciona neste registo. D11.40.</i></p> <p><i>Não temos que usar só uma estratégia, porque todas elas têm as suas potencialidades. A que eu acho que tem grandes potencialidades é o jornal de aprendizagem. D10.20.</i></p> <p><i>O diário de aprendizagem, ou elaborar uma reflexão em torno de uma situação de morte parece-me um instrumento poderosíssimo. No sentido que só se torna poderoso se ele for objeto de discussão com o estudante. Mas uma discussão que vá à substancia do objeto de reflexão. A discussão em torno do que</i></p>
--	--	--

			<i>verdadeiramente está ali escrito. D11.34.</i>
--	--	--	--

Quadro 24 – Articulação dos parceiros no ensino clínico

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
14) Papel dos orientadores no processo ensino aprendizagem	14a) Docente da Escola	Reconhecimento da importância do papel do tutor	<p><i>Neste momento são fundamentais os tutores da prática neste modelo formativo. São determinantes na aprendizagem do aluno. D1.43.</i></p> <p><i>Nós professores damos-lhe a teoria, mas são os enfermeiros da prática que devem e fazem a articulação com o cuidar nos ensinos clínicos. D1.44.</i></p> <p><i>Da representação que eles tem dos enfermeiros orientadores, eles desenvolvem o seu modelo de ser enfermeiro, e isso não se cria com a teoria que os professores lhes ensinam. D1.45.</i></p> <p><i>Os estudantes lembram-se dos exemplos que os professores lhes dão, mas recordam as práticas dos enfermeiros. D1.46.</i></p> <p><i>A figura do tutor é extremamente importante como modelo. Os alunos aprendem com bons modelos e com pessoas que têm boa formação académica, mas também a experiência do dia-a-dia em que cuidam muitos doentes em cuidados paliativos e em fim de vida. Portanto têm um conhecimento que não vem só nos livros. Por isso é que são peritos. D3.29.</i></p> <p><i>Os enfermeiros tutores da prática clínica também podem ser facilitadores desse processo de aprendizagem. A tutoria da prática é uma mais-valia, quando é bem-feita e por um tutor com experiência. D7.25.</i></p> <p><i>Os tutores são muito importantes no processo de aprendizagem do estudante, por exemplo no IPO estão muito habituados a terem estudantes e a cuidar de doentes em fim de vida e transmitem aos alunos segurança, calma, serenidade e ajudam os alunos a partilhar as experiências e as dificuldades, mas nem todos os enfermeiros são assim na tutoria. D4.29.</i></p>
		Limitações do papel do	<i>Cada vez o papel dos tutores é mais importante na medida em que cada vez mais os professores estão</i>

	12 b) Tutores da prática	docente no ensino clínico	<p><i>mais ausentes no ensino clínico. D11.48.</i></p> <p><i>Nós docentes com tantos estudantes nem sempre conseguimos ter tempo e disponibilidade para desmontar a situação problemática e ajudar o estudante. D4.48.</i></p> <p><i>Não me faz sentido ir discutir qualquer coisa com o estudante que está relacionado com um aspeto mais íntimo e interno à pessoa, vindo do nada. (...) Nem eu como aluno me exponho, do ponto de vista como eu vivi a morte, para alguém que eu não conheça. Quando muito faço uma exposição tirada da base de dados, ou de estudantes que criaram nos cursos antes do meu e serve e digo umas coisas superficiais sobre a morte, isso é uma forma de fazer. D11.36.</i></p> <p><i>Acho que nos andamos a iludir com o facto de que somos professores e que vamos aos ensinos clínicos fazer uma tarefa altamente diferenciada. (...) estamos altamente limitados do ponto de vista das possibilidades estratégicas, de termos efetivamente um papel significativo na aprendizagem em contexto de ensino clínico. D11.26.</i></p> <p><i>Andamos a elaborar uns discursos muito complexos, que esteticamente funcionam muito bem, simbolicamente temos tarefas altamente diferenciadas no processo de aprendizagem e de construção da aprendizagem dos estudantes. D11.27.</i></p> <p><i>(...) no ensino clínico estamos limitados, podemos explorar do ponto de vista de alguma reflexão que os estudantes façam e depois no momento apropriado fazer a discussão de uma reflexão. D11.28</i></p>
		Requisitos para ser tutor	<p><i>O tutor tem que ser uma pessoa profissionalmente evoluída, não só de saber fazer, mas do saber pensar e de saber estar, isso é fundamental. E não é um tutor com 3 anos de experiência. D2.68.</i></p> <p><i>Há enfermeiros que não ajudam o estudante. O que acontece é que o aluno rapidamente entra naquele jogo do tutor, de não valorizar e brincar com a situação, que é o caminho mais fácil e exige menos. D2.70.</i></p> <p><i>Quando forem para ensino clínico têm que estar com</i></p>

			<i>peessoas responsáveis. Não é com jovens</i>
			<p><i>(...) enfermeiros, sem maturidade, que lidam com a morte como eu lidei. D2.40.</i></p> <p><i>Os tutores têm que ser pessoas que tenham uma postura perante a morte e perante o sofrimento com responsabilidade. D2.41.</i></p> <p><i>Normalmente os enfermeiros escolhidos para tutores, são os mais qualificados, os que tem atribuído situações mais complexas e ainda têm as funções de gestão do serviço, nos seus turnos. (...) os enfermeiros não conseguem fazer tudo, estão muito sobrecarregados. D4.50.</i></p> <p><i>Dou muita importância à escolha de um tutor, porque há enfermeiros que não têm perfil para serem orientadores, nem modelos de boas práticas. São muito novos, imaturos, inexperientes, não gostam, nem têm jeito para ensinar. D8.37.</i></p>
		Manter a continuidade e dos tutores	<p><i>Para mim os modelos da prática são fundamentais. Por isso os locais de estágio devem ser muito bem escolhidos. Cada vez mais se devem manter as parcerias com os docentes no sentido de haver um trabalho em conjunto. D3.42.</i></p> <p><i>Concordo que um tutor precisa de experiencia e continuidade, mas é mais um cenário em que a heterogeneidade reina e nós temos tutores com múltiplas experiencias, com múltiplas competências. De facto um trabalho a fazer é dar alguma homogeneidade daquilo que é a prática pedagógica das pessoas. D11.49.</i></p> <p><i>Defendo uma grande fidelização dos tutores da prática à escola. Para mim isso é fundamental. D3.44.</i></p> <p><i>As pessoas envolvidas, enfermeiros e professores têm que conhecerem-se. Sei que naquela área ele é perito, mas noutra não é tanto e tenho que ter mais atenção, investir mais nesta ou naquela área. Se andamos sempre a mudar de tutores perde-se muito. D3.43.</i></p>
	12 c) Articulação dos parceiros na	Articulação dos docentes com os locais da	<i>Se conhecermos os alunos podemos orientar os tutores da prática para irem ao encontro do estudante. Mas se não conhecemos os alunos, não sabemos nem conseguimos às vezes falar com os</i>

	<p>formação</p>	<p>prática</p>	<p><i>orientadores para os ajudar.D1.42.</i></p> <p><i>Para mim é o ideal. A pessoa do serviço que é perita, que domina os circuitos de intervenção, está por dentro de tudo, mas acompanha as reuniões na Escola, está a par dos conteúdos lecionados nos curricula da Escola. Faz um trabalho continuado. Não perde a ligação. E está só dedicada aos estudantes com o professor da escola. D3.36.</i></p> <p><i>O tutor não tem as estratégias pedagógicas dos professores, mas têm os saberes da prática que alia a outros saberes e competências. Por outro lado o tutor vai aprendendo algumas estratégias pedagógicas, porque tem o docente como modelo também. Este para mim é o modelo de eleição. D3.37.</i></p> <p><i>Eu conheço a preparação daqueles tutores tão bem, que eu vou pegar outros aspetos que eles ainda não trabalharam, e sei que o orientador vai dar continuidade ao meu trabalho. Para mim isto é fundamental. Mas para se conseguir isto tem que haver tempo e continuidade. D3.45.</i></p> <p><i>O que eu defendo é um modelo (...) que é o docente em presença com um perito do serviço. Acho que isso é o modelo ideal. D3.35.</i></p>
		<p>Dificuldades nas parcerias</p>	<p><i>Em relação aos enfermeiros dos serviços é de facto um trabalho importante, porque por vezes eles têm uma prática dissociada dos objetivos da escola por responsabilidades mútuas dos serviços, mas também da escola. D11.47.</i></p>

Quadro 25 - Aprendizagem do estudante para cuidar em fim de vida

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
13) Competências a adquirir / desenvolver pelo estudante durante o curso	13b) Domínio dos saberes teóricos (Cognitivos)	Construir e mobilizar saberes conceptuais	<p><i>Em termos de competências saber a parte teórica é inevitável. Há bibliografia boa sobre o fim de vida. D2.56.</i></p> <p><i>Quem for para determinados serviços tem que desenvolver competências adicionais, como por exemplo que for para oncologia tem de fazer cursos de formação. D2.56.</i></p> <p><i>Competências do ponto de vista espiritual perceberem que a morte para aquela pessoa pode ser um processo de transição para uma fase mais iluminada da sua existência, ou não. D11.46.</i></p> <p><i>O aluno tem que ter saberes que me permitam avaliar corretamente uma situação. Preciso desenvolver um saber ouvir recheado de sabedoria. Num enfermeiro generalista ele tem de saber identificar se aquela situação é do seu domínio, se ele é capaz de dar resposta, ou se é para outro técnico. D12.55.</i></p> <p><i>Têm que ter a perceção de que aquele cuidar diferenciado não está no seu nível de competências e não cometerem erros e saberem orientar o cliente para um perito, ou pedirem ajuda a um perito para prestar o cuidado necessário e adequado. D1.37.</i></p> <p><i>É importante que os alunos adquiram competências do ponto de vista da fisiopatologia, parece que é cada vez mais crime apelar aos conhecimentos de fisiopatologia, para perceberem se de facto aquela pessoa está na fase final de vida ou se está numa crise transitória. D11.41.</i></p>
	13c) Domínio dos saberes práticos (saber fazer e decidir)	Promover o bem-estar	<p><i>O proporcionar conforto pode ser deixarem a pessoa sossegada e não incomodarem. Deixarem-na virada para consigo própria, para poder ter aqueles momentos de reflexão, ou de raiva,. D2.45.</i></p> <p><i>Também privilegiava o proporcionar bem-estar físico. D2.46.</i></p> <p><i>O cuidar do bem-estar de todos, neste contexto de muitas culturas obriga-nos a desenvolver competências no cuidar transcultural. E neste contexto multicultural vem também o cuidar na morte, que é diferente. D12.66.</i></p>

		Controlo sintomático	<p><i>Penso que estas questões do controlo sintomático têm que ser trabalhadas com os estudantes. As intervenções autónomas de enfermagem para o controlo sintomático da pessoa em fim de vida. D6.39.</i></p> <p><i>Mas há outras questões sobre o doente em fim de vida, que é o controlo sintomático. Muitos estudantes têm dificuldade. Quando falo em controlo sintomático não quero falar só da dor, porque a dor é um sintoma que vem logo à cabeça, é verdade que é um sintoma major e tem que ser controlado, mas há outros sintomas. D6.38.</i></p> <p><i>O saber fazer e atuar de acordo com a situação. Ser capaz de minimizar a dor e o sofrimento, avaliar, o estar atenta às expressões verbais e não verbais do doente, e saber interpreta-las. D12.59.</i></p>
	13d) Domínio dos saberes relacionais	Saber estar com o outro	<p><i>Toda a parte da postura, do ser simpático, do ser empático, do saber ouvir tem que estar desenvolvida. D12.57.</i></p> <p><i>É preciso saber criar disponibilidade, o que não significa ter muito tempo, mas uma atitude de saber estar com o outro. D12.58.</i></p> <p><i>é um instrumento fundamental desenvolver a confiança que o outro tem em nós, para nós proporcionarmos bem-estar à outra pessoa. D2.53.</i></p> <p><i>É importante os estudantes desenvolverem este sentido de autenticidade, não o faz de conta. D1.30.</i></p>
		Comunicar e relacionar-se	<p><i>As competências relacionais são fundamentais. D9.11.</i></p> <p><i>As competências relacionais são importantíssimas, sabemos que há enfermeiros que eles próprios têm medo da morte. D2.69.</i></p> <p><i>As competências relacionais devem ser trabalhadas e desenvolvidas ao longo do curso. D12.54.</i></p> <p><i>Invisto muito, mas muito nas competências relacionais. Muito na capacidade de escuta ativa. Muito na identificação das necessidades concretas das pessoas. D3.46.</i></p> <p><i>Considero as competências comunicacionais, as relacionais, a relação de ajuda com o doente e a família, ou a relação que ajuda. Como é que um estudante pode estar, não estando. A nossa presença, mesmo sem falar. A comunicação não-verbal. Como é que nós podemos estar. Saber</i></p>

			<i>estar disponível para aquela família naquele processo. D7.39.</i>
		Comuni- cação analógica	<p><i>A comunicação não-verbal. No verbal às vezes dizem disparates, que vale mais estar calados. D2. 58.</i></p> <p><i>Agora no não-verbal, o estar ao pé daquela pessoa, o conseguir gerir o silêncio. Ler nos indicadores não-verbais não só da pessoa como da família. Ver o que se está a passar à volta da família. D2.59.</i></p> <p><i>Há estudantes que sabem falar sobre a comunicação muito melhor que eu, mas na prática não são capaz de estar junto a um utente. Sabem descrever tudo o que está nos livros, mas nem são capaz de estar e olhar para a pessoa. D4.42.</i></p> <p><i>Os estudantes não sabem estabelecer o contacto, não sabem quando hão-de chegar e quando ir embora, a nível da comunicação não tem a noção e as regras da comunicação no social, quanto mais no profissional. D4.43.</i></p> <p><i>Os alunos têm muita dificuldade em fazer silêncio, fazer as pausas, em conseguir, de facto, ter disponibilidade para estar com o outro, para estar calmo não dizer nada, por exemplo. D5.43.</i></p> <p><i>Mais há muitas pessoas que não conseguem falar, nem expressar-se numa linguagem verbal, é preciso estar atenta aos sinais da comunicação analógica. D12.61.</i></p> <p><i>Desenvolver as competências digitais e analógicas da comunicação, como o olhar, o toque, etc. Provavelmente é fácil para um estudante tocar numa criança, ou numa grávida, mas não é fácil tocar num idoso, ou num adulto. D7.32.</i></p>
		Comunicaç ão digital	<p><i>Há estudantes que não conseguem falar com os doentes. Eu sei que é difícil comunicar, e para as pessoas mais tímidas, assustadas, num contexto desconhecido que não dominam e com a carga de virem a ser avaliados, ainda pior. D4.44.</i></p> <p><i>Os estudantes cada vez têm mais dificuldade em comunicar com os pares, com os tutores, com os professores, com os utentes e com a família dos utentes então ainda é mais difícil. D4.36.</i></p> <p><i>Eu penso que cada vez mais eles devem desenvolver áreas como a comunicação, como a relação de ajuda, treinar a empatia, treinar a</i></p>

			<p><i>comunicação, treinar a observação, o saber-estar. D5.29.</i></p> <p><i>Os aspetos relacionais ligados à comunicação, o saber ouvir o ter uma atitude de escuta ativa, é uma competência fundamental. Mas não basta só saber ouvir. É preciso um leque de conhecimentos para poder interpretar. D12.56.</i></p> <p><i>Temos que validar a compreensão da nossa mensagem. D1. 32.</i></p> <p><i>O perceber que não têm que necessariamente ter respostas para tudo. Porque não há respostas para tudo. Porque o silencio e o estar é importante. E isso é que é esperado pela família e pelos doentes, e não quem diga uma série de parvoíces, que não adiantam nada. D3.47.</i></p> <p><i>Os estudantes tem que ter outras competências mais trabalhadas para chegar aqui, nomeadamente não só os conhecimentos técnico científicos, mas muito a parte da comunicação e da relação de ajuda, senão estamos a falar chinês e não faz sentido, e os alunos não chegam lá. D3.51.</i></p> <p><i>(...) no consentimento informado salientamos bem qual a taxa de sucesso daquele tratamento. Nada era escondido. Mas uma coisa é o que se diz no papel, o que se explica antes, outra coisa é o que o doente compreende. D4.21.</i></p> <p><i>Com este modo de comunicar pelas novas tecnologias, pela internet, vamos ter um problema na formação dos estudantes, que é eles não saberem olhar para as pessoas. Porque não aprenderam. Comunicam por mensagens. A pessoa não está lá. Vamos ter estudantes que não têm competências para falar connosco sequer, porque não sabem. Estão habituados à escrita e ao ecrã. D2.52.</i></p>
13e) Domínio dos valores da profissão	Valores de cidadania antes do curso		<p><i>Um bom enfermeiro deve ser um bom cidadão, valores de cidadania já deviam vir trabalhados quando chegamos ao curso. Deviam já ter aprendido na família, na escola, no social. D12.63.</i></p> <p><i>São muito importantes os valores que eles aprendem ou desenvolvem no curso. Mas para mim o mais importante são os valores básicos que a família, a escola e a sociedade lhe foram incutindo, porque o professor pode ensinar tudo, mas se eles não tiverem na base da sua formação já alguns valores, a formação será muito enviesada e não percebem quando falamos de</i></p>

			<p><i>questões éticas. D8.33.</i></p> <p><i>Podemos dar imensa formação, imensa literatura, muita ética, opiniões de este autor ou de outro, mas se eles não forem pessoas bem formadas, nada daquilo lhe faz sentido para a sua prática de vida e prática profissional. Podem até ter 20 no exame, mas depois já nem se lembrar do que debitaram para a frequência. D8.35.</i></p> <p><i>Competências do ponto de vista social. Importa perceber a morte enquanto construto social, porque a morte é também uma construção social. D11.44.</i></p>
		O respeito	<p><i>o respeito é um valor universal e os estudantes devem interiorizar formas de respeitar as pessoas. D2.49.</i></p> <p><i>Sem dúvida que vem logo à cabeça o respeito pelo outro, o que tem a ver com as questões relacionais também. D6.40.</i></p> <p><i>Têm alguma dificuldade, mesmo em termos do respeito pelo outro, em termos da capacidade de se colocar no lugar do outro, de sentir compaixão pelo outro. D5.31.</i></p> <p><i>O respeito e a autonomia são os valores major. D6.42.</i></p> <p><i>Para cuidar com base na evidência científica temos os autores, as pesquisas, o que nos dizem os livros, os resultados das investigações, mas temos que conhecer o cliente que está na nossa frente. Os cuidados culturalmente competentes são uma forma de singularizar os cuidados e de respeitar a pessoa. D8.17.</i></p> <p><i>O aluno deve ter já desenvolvido o respeito pelo outro, o pudor, a igualdade de direitos. O valor vida é um valor supremo, independentemente da pessoa ser pobre, rica, negra ou amarela. O respeito e o igual respeito que todos nos merecem independentemente da sua condição. D12.64.</i></p> <p><i>Muitos estudantes aprendem muito nos hospitais públicos onde há uma grande diversidade de culturas que chocam os nossos conceitos e temos que trabalhar esses aspectos, sempre com grande respeito, sem estar a «impingir» os nossos valores ou a nossa moralidade. O não estar a criticar. D12.65.</i></p>

		Autonomia	<p><i>Outra questão importante é a autonomia do outro. Não é a independência do doente. A autonomia passa por outras questões que não é só a parte física, mas o doente ter o poder de decidir. D6.41.</i></p> <p><i>É preciso consciencializa-los de que as ações têm repercussões na vida das pessoas. E a não ação tem igual repercussão. E não podemos “chutar” a nossa responsabilidade. Os enfermeiros têm áreas bem definidas nos cuidados paliativos e nos cuidados em fim de vida. D3.34.</i></p>
13f)	Domínio afetivo	Auto conhecimento	<p><i>É preferível eles reconhecerem eu hoje não estou bem para ajudar aquela pessoa, passa pelo auto conhecimento. D2.48.</i></p> <p><i>é essencialmente o auto conhecimento, saber pedir ajuda, desenvolver estratégias para estar bem, se estiverem bem cuidam melhor, e depois perceber que há sofrimento e como é que se pode ajudar essas pessoas. D2. 57.</i></p> <p><i>Como competências desenvolver o auto conhecimento. Para saberem quais as situações que eles conseguem gerir e as que não conseguem gerir. E saber pedir ajuda. D2.54.</i></p> <p><i>Para quem está do outro lado e somos confrontados com esta realidade, isto mexe com os nossos alicerces. É preciso ter alguma maturidade enquanto pessoa, para conseguir abordar estas questões. D3.52.</i></p> <p><i>Competências do ponto de vista do desenvolvimento pessoal: Como é que eu me posiciono face a esta morte? Faz-me lembrar o meu pai? A minha avó, ou não? Ou é uma pessoa que está aqui a falecer e eu estou centrado em mim? Ou estou centrado no outro? D11.43.</i></p> <p><i>Conhecer-me a mim próprio, porque os processos de final de vida são momentos emocionalmente intensos, simbolicamente fortes, nos quais está em jogo mais que a tal abordagem fisiológica da morte, e é importante que os profissionais e neste caso os estudantes, futuros profissionais, desenvolvam competências de auto conhecimento e de conseguir conhecer a complexidade das diferentes dimensões nesta questão. D11.57.</i></p>
		Estar centrado no outro	<p><i>O estudante deve saber gerir as emoções para ser capaz de ter uma relação simpática, ou empática de ser capaz de confortar o outro, de o conduzir e apoiar ao outro, seja o doente ou a família. D1.29.</i></p> <p><i>O cuidar vai muito para além desta simpatia. É a</i></p>

		<p><i>compreensão que temos do outro, sem nos confundirmos com ele. D1.39.</i></p> <p><i>O que é necessário nestas situações de fim de vida é estar centrado no outro, estar atento e não estarmos preocupados connosco. D12.39.</i></p> <p><i>É preciso estarmos nós, enquanto pessoas e profissionais estar preparados para ajudar o outro a morrer. E nem sempre estamos preparados para isso. Depois há a fuga que é o caminho mais fácil. D2. 27.</i></p>
	Gerir as emoções	<p><i>Saberem que têm que ter estratégias de bem-estar pessoal, (...) saberem que saem do serviço e têm outras atividades que lhes deem prazer e cultivar e desenvolver esses hobbies é fundamental. D2. 55.</i></p>
13 f) Interligar diferentes domínios de competências como generalista	Desenvolver um perfil de generalista	<p><i>As competências estão interligadas, é preciso saber ser, saber estar e saber fazer. O saber cognitivo é muito importante, mas tem de estar agregado às outras dimensões. D12.62.</i></p> <p><i>É importante saber ouvir, saber ver, saber analisar, saber interpretar, saber decidir, saber responder, são essas competências todas interligadas que fazem sentido na prestação de cuidados. D12.60.</i></p> <p><i>Em termos de perícia tem que haver diferenciação entre um enfermeiro e um especialista, mas os licenciados tem que estar preparados para prestar cuidados gerais. D1. 36.</i></p> <p><i>Ninguém passa por um desenvolvimento de competências a este nível sem ter que ver modelos, sem ter que ler várias coisas e sobretudo ter que desenvolver na ação e ter noção e consciência de aspetos que foram menos bem e refletir para posteriormente mudar. D3.19.</i></p> <p><i>Os alunos têm que ser licenciados com competências para irem trabalhar em qualquer local, porque em qualquer sítio eles vão cuidar de doentes crónicos. Vão ter doentes em cuidados paliativos independentemente de serem oncológicos ou não. D3.55.</i></p> <p><i>Um estudante do 4º ano deve ser-lhe pedido que ele desenvolva o seu trabalho num perfil de saída de iniciado em enfermagem, porque é isso que ele vai ser daí a poucos meses. D9.34.</i></p> <p><i>É importante saber distinguir, saber se a pessoa está a morrer, ou não está a morrer, e perceberem do ponto de vista fisiológico em que fase está? (...) É necessário do ponto de vista</i></p>

			<i>clínico perceber em se a pessoa está na fase terminal ou não. D11.42.</i>
--	--	--	--

Quadro 26 – Aprender a cuidar da família a viver processos de perdas e lutos

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidades de Registo
14) Compe- tências para cuidar da família	12a) Família como contexto dos cuidados		<p><i>De acordo com o código deontológico não é o enfermeiro que comunica o diagnóstico, nem o prognóstico médico à família, mas o enfermeiro deve informar e preparar esta família. D3.31.</i></p> <p><i>Ver como a família reage, ver quem é o suporte familiar, começar a articular, fazer conferências familiares. D3.32.</i></p> <p><i>Se a família não estiver informada, como se pode despedir do ente querido? Como prepara o luto? E isto é responsabilidade dos enfermeiros. D3.33.</i></p> <p><i>Estarem atentos e identificarem as necessidades da família. Estarem atentos às reações da família. Incluírem a família nos cuidados. Estarem presentes quando a família visita o doente e não passarem por perto para a família não lhes perguntar nada. D3.61.</i></p> <p><i>os alunos só abordam a família quando precisam de elementos para o histórico de enfermagem. Por isso eu digo sempre a intenção de abordar a família não é colher dados para o histórico. A intenção é de cuidar das pessoas e das famílias. D3.63.</i></p> <p><i>A família é que vai dar continuidade aos cuidados, a família é que vai estar sempre presente. Cada vez mais, com as altas precoces, as famílias têm de ser implicadas logo desde o primeiro momento. D5.41.</i></p> <p><i>Há mais abertura para que os familiares estejam presentes, logo há uma necessidade formativa dos profissionais em aprenderem a lidar e a cuidar das famílias e as incluírem no processo de cuidar. D9.32.</i></p> <p><i>Perceber que a família é uma construção social, e construção histórica do ponto de vista da história pessoal daquela pessoa que está a morrer, que tem determinada família e rede de relações em torno dela, essa relação é fruto de um relacionamento de 40 ou 50 anos. D11.58.</i></p> <p><i>O primeiro exercício é de facto perceber como é que aquela família funciona em termos de conteúdos. Temos claramente aqui uma noção em torno da organização e da dinâmica familiar. D11.21.</i></p>

		<p><i>Aprender a cuidar da pessoa integrada numa família com os problemas decorrentes daquela etapa do ciclo de vida. D12.51.</i></p> <p><i>A família se estiver bem apoiada, também vai proporcionar melhor cuidados e mais bem-estar ao que vai partir. Devemos cuidar o doente integrado na família, o adulto integrado na família, o idoso integrado na família. Porque é a unidade, é a célula do tecido social. D12.53.</i></p>
14b) Cuida da família como cliente		<p><i>Relativamente aos estudantes talvez prepara-los mais para cuidar da pessoa que sofre e depois da família. D2. 63.</i></p> <p><i>Perceber que esta família, vai perder o doente e vai ter necessidades agora e depois, porque ele [o doente] acaba. D2. 64.</i></p> <p><i>A nossa filosofia de cuidar vai no sentido de promover o bem-estar do doente e da família, e temos casos familiares muito complexos, como uma mãe com 3 filhos pequenos em que o do meio tem leucemia. E este núcleo familiar vem para Lisboa e desenraizado das suas origens na província. D4.20.</i></p> <p><i>Para cuidar da família em particular acho que é muito importante, mais que a habitual colheita de dados. (...) eles perceberem o que a família é enquanto sistema, tem a ver com os conceitos de sistema dinâmico, complexo de relações que evoluem ao longo do tempo. D11.20.</i></p> <p><i>Competências do ponto de vista do relacionamento interpessoal, quer com a pessoa que morre, quer com a sua família. Como é que a família se estrutura a si própria e como está estruturada em torno daquele familiar doente? D11.45.</i></p> <p><i>No caso da morte da criança, o aluno tem que cuidar também da família, porque não é só a questão da morte com aquele que parte, mas tudo o que se está a passar com aquela família. D12.52.</i></p> <p><i>Não é que eles sejam capazes de fazer enfermagem familiar, que eles não têm competência para isso, mas na abordagem sistémica incluir a família e de ter em atenção alguns aspetos característicos de determinadas variáveis. D8.2.</i></p>
14c) Família contexto ou cliente. Competências de enfermeira generalista		<p><i>Tenho duvidas se ele como futuro enfermeiro de cuidados gerais se terá que ter essa competência de cuidar de famílias. Porque se cuidar de uma pessoa só já é difícil, cuidar de vários elementos de uma família que estão a viver um processo tão complexo torna-se mais difícil ainda. D9.28.</i></p> <p><i>A família vista como contexto e como recurso seria abordada no CLE, a família vista como sistema e</i></p>

	e especialista	<p><i>como cliente seria para um 2º ciclo de formação. D7.35.</i></p> <p><i>Eu incluía o processo de cuidar a família na área de especialidade de enfermagem de família. Inclui várias componentes. Porque quando nós pensamos na família como cliente temos a família saudável e a família com alterações nas dinâmicas familiares, e aí talvez tivesse a intervenção e o apoio da saúde mental e da terapia familiar a esse nível. D7.36.</i></p> <p><i>Quando são processos mais complicados vividos pelas famílias deve ser uma área de especialidade. Não quero dizer que o enfermeiro generalista não esteja, mas que precisa de um apoio de alguém mais especializado, com outras técnicas e outros saberes, que permita um apoio diferenciado. D7.40.</i></p> <p><i>Nos estágios vão treinando a família como contexto e não uma enfermagem centrada na família, isso é uma área da especialidade, se não, não faria sentido haver uma especialidade de enfermagem de família. D8.24.</i></p> <p><i>Cuidar família a viver estas situações de crise deve ser transversal a várias especialidades, porque nós vamos encontrar famílias a viver estas situações de fim de vida e de perdas e lutos nas mais variadas áreas e especialidades do cuidar, desde a oncologia, na saúde da família em contexto domiciliar, na área do idoso e da geriatria, até na criança. D9.30.</i></p> <p><i>Parece-me quando cuidar a família num luto, num processo mais complicado, menos natural, pode já não ser para um estudante do CLE. Já implica outras técnicas, outros saberes. No luto, pode ser já outros níveis de intervenção da família como cliente, que aborde as transições da família, que aborde as tarefas os papéis as estratégias de coping face à crise. Acho que isto seria para um ensino pós graduado. D7.34.</i></p> <p><i>O desenvolvimento desta competência de cuidar das famílias não me choca que esteja presente e seja abordado em diferentes especialidades. Eu acho que uma família que tem uma criança a viver um processo de fim de vida, as suas reações, emoções, a sua revolta é diferente de uma família que tem um idoso a morrer de senilidade e em idade muito avançada. D9.31.</i></p> <p><i>Numa especialidade talvez vão trabalhar como é que a família reage à morte do seu ente querido e as necessidades que esta família tem perante o outro que está a morrer. D2.66.</i></p>
--	-------------------	--

	<p>14d) Dificuldade em desenvolver competências para cuidar da família</p>	<p>Deficit no cuidar das famílias</p>	<p><i>Quanto ao ter competências para cuidar das famílias nos processos de viver o fim de vida e o luto, o estudante não sai preparado. D9.27.</i></p> <p><i>Eu tento sempre puxar para o lado da família e há alguns alunos que conseguem fazer bons trabalhos. Tenho a noção que chego ao fim de ensino clínico e nem todos os alunos conseguiram trabalhar os aspetos relacionados com a família. D3.60.</i></p> <p><i>Eu acho que para adquirirem competências para cuidar da família depende dos contextos onde desenvolvem os ensinamentos clínicos, porque os modelos deles não são os professores, são os enfermeiros da prática. D4.37.</i></p> <p><i>no 4º ano, não está preparado para cuidar da família, mesmo sendo esta como contexto dos cuidados, muito menos cuidar da família como cliente ou como sistema. Neste processo de morrer que envolve o doente e a família há muitas coisas que estão envolvidas e emaranhadas e o estudante não é capaz de dar resposta. Por insuficiência de saberes e de práticas. D9.33.</i></p> <p><i>Os antigos planos de estudos do curso de bacharelato, tinham lacunas neste cuidar das famílias. A prova é quando nós tínhamos os enfermeiros a fazer o curso de complemento de formação, grande parte deles trabalhava era a morte da pessoa. D2. 65.</i></p>
		<p>Foco no doente e não na família</p>	<p><i>o estudante está muito vocacionado para o doente e não para a família. Talvez só no 4º ano, quando vai para a comunidade, é que percebe que há famílias e que têm que ser cuidadas também. D2.60.</i></p> <p><i>Os estudantes não têm capacidade de discernimento para observar o doente e as suas alterações ou especificidades próprias da idade ou da patologia, como podem estar atentos às necessidades da família? D4.39.</i></p> <p><i>No 2º ano, quando vão para os estágios de cirurgia ou medicina, os alunos não se conseguem descentralizar do doente para se focar na família. D3.58.</i></p> <p><i>Na pediatria (...) Começam a perceber que há outro círculo à volta, mas no adulto eu acho que eles ignoram um bocadinho a família. Vem-na como elemento para colher dados e não a família como alguém que precisa de cuidados. D2.62.</i></p>

		<p>Dificuldade em estabelecer a relação com a família</p>	<p><i>O cuidar da família ainda é uma área muito deficiente na enfermagem e que normalmente os enfermeiros evitam, e os alunos não têm bons exemplos. D5.42.</i></p> <p><i>É necessário os alunos irem ao encontro da família. Escudam-se em atitudes de evitamento e de fuga. Porque o familiar longe do doente pergunta coisas que o aluno receia que lhe sejam perguntadas. E tem essa reação de fuga. D3.62.</i></p> <p><i>Com a família estamos a trabalhar com diferentes pessoas e com diversas emoções em simultâneo e isso penso que exige outra preparação e outra maturidade que o estudante do CLE, normalmente não tem, até porque é muito jovem, e evita envolver-se em coisas que não domina. D9.29.</i></p>
--	--	---	---

**ORGANIZAÇÃO DAS UR DAS
ENTREVISTAS AOS TUTORES**

Quadro 27 - Grelha de Análise das Entrevistas dos Tutores

Área temática	Categoria	Subcategoria	UR	%
1) Experiencia de contacto com o morrer	1 a) Na vida sócio familiar	Não teve experiencia	3	25
		Teve experiencia	5	42
	1 b) No curso de enfermagem	Não teve experiencia no curso	1	8
		Teve experiencia no curso	7	58
	1 c) Na prática profissional		5	25
2) Tipo de experiencia com a morte	2 a) Encarada de forma natural		7	50
	2 b) Encarada com dificuldades		21	75
	2 c) Encarada com mecanismos de coping	Não ajustados	5	25
		Ajustados	2	17
3) Representação da morte	3 a) Fenómeno mediado por aspetos sociais e culturais	Influência da religião	2	17
		Influencias de correntes de pensamento	3	25
		Morte como tabu	2	17
	3 b) Fenómeno inevitável e términos de um percurso		10	58
	3c) Fenómeno de passagem para outra dimensão	Acesso a outra dimensão	7	34
		Dúvidas existenciais	3	17
3 d) Fenómeno traumático		5	42	
4 Sentimentos /emoções associados à morte	4 a) Depende da relação com o cliente		3	17
	4 b) Sentimentos de perda tristeza		5	42
	4 c) Sentimentos de impotência		2	17
	4 d) Sentimento de dor		3	25
	4 e) Sentimento de cumprir com o dever		2	17
5) Preparação para lidar com a morte	5 a) Obtida como estudante do Curso de Enfermagem	Experiencia de aprendizagem adequada	2	17
		Experiencia de aprendizagem incipiente	11	67
		Deficit nas aprendizagens por falta de maturidade	3	17
	5 b) Obtida na formação pós graduada	Nos cursos de pós graduação em enfermagem	4	25
		Outros cursos pós graduados	3	25

6) Dificuldades sentidas pelo Enfermeiro no percurso da aprendizagem	6 a) Estabelecer a relação com o cliente		6	34
	6 b) Lidar com o corpo		4	17
	6 c) Falta de apoio da equipa		2	8
	6 d) Falta de formação nesta área do cuidar		4	17
	6 e) Gerir as emoções que a morte lhe provoca		12	50
	6 f) Cuidar das famílias		5	34
7) Fatores que contribuíram para o PE ser capaz de cuidar no fim vida	7 a) A filosofia de vida	Ter suporte espiritual	4	25
		Aceitar-se como é	6	17
	7 b) Formação	Aprendizagem em contexto formal	10	50
		Auto-formação	16	67
	7 c) Reflexão sobre a prática		7	42
	7 d) A experiência profissional	Desenvolver a comunicação	3	25
		Desenvolver atitudes adequadas	5	55
		A experiência no cuidar no cuidar em fim de vida	13	83
	7 e) Aprendizagem com a equipa	Apropriação dos saberes e da experiência dos pares	10	58
		A partilha dificuldades com a equipa e com os pares	8	42
8) Abordagem da morte como tutor e orientador dos estudantes no ensino clínico	8 a) Ajudar a gerir as emoções		4	34
	8 b) Ensinar a cuidar		5	25
	8 c) Orientar a formação		5	42
	8 d) Assumir o papel de modelo		3	25
9) Perspetiva sobre a formação dos estudantes no CLE	9 a) A formação para responder às emergências sociais		6	42
	9 b) A formação deve desmistificar o tabu sobre o morrer		3	25
	9 c) Abordagem da morte ao longo do ciclo vital		6	25
	9 d) Preparação gradual para cuidar em fim de vida		3	25
	9 e) Preparação teórica prévia para cuidar em ensino clínico		7	25

	9 f) Mobilizar os conhecimentos para as práticas		4	25	
10) Perceção das Dificuldades dos estudantes no percurso formativo	10 a) Deficits de aprendizagem social do morrer		6	34	
	10 b) Compreender a filosofia dos cuidados em fim de vida		12	42	
	10 c) Dificuldade em cuidar do doente		21	75	
	10 d) Dificuldade em cuidar da família		3	25	
	10 e) Dificuldades pela etapa de desenvolvimento do estudante		9	42	
11) Estratégias para melhorar o processo ensino aprendizagem	11 a) Ensino teórico		5	25	
	11 b) Ensino Teórico prático		9	34	
	11 c) Ensino clínico		4	25	
	11 d) Metodologias de ensino clinico	Refletir sobre a prática		6	34
		Partilha de experiencia entre pares		10	42
		Projeto de ensino clínico		2	17
		Diário de aprendizagem		11	67
12) Papel dos formadores no processo ensino aprendizagem	12 a) Papel dos tutores da prática	Orientação centrada no estudante	7	34	
		Orientação centrada no conhecimento	5	34	
		Orientação centrada na prática	5	34	
	12 b) Articulação dos tutores com a escola		13	50	
13) Influência do contexto onde decorre o ensino clínico	13 a) Contextos de práticas deficitárias	Deficit no trabalho em equipa	5	17	
		Contextos desajustados às necessidades dos clientes	4	25	
		Contextos que não valorizam o papel da família	10	50	
	13 b) Contextos de boas práticas	Contextos facilitadores da aprendizagem	7	34	
		Contextos onde valorizam o papel da família	9	34	
14) Competências a adquirir pelo estudante para cuidar em fim	14 a) Domínio dos saberes teóricos	Ter em conta a dimensão cultural do cuidar	6	34	
		Mobiliza conhecimentos	6	42	
	14 b) Domínio da reflexão sobre a prática		3	17	

de vida	14 c) Domínio dos saberes práticos	Mobilizar instrumentos básicos de enfermagem	5	25
		Proporcionar bem-estar	2	8
		Avaliar e controlar os sintomas	13	67
	14 d) Domínio dos saberes relacionais	Capacidade de se relacionar com o outro (Saber estar)	16	50
		Comunicação analógica	13	75
		Comunicação digital	6	17
	14 e) Domínio dos valores da profissão	Sinceridade	2	17
		Respeito	8	34
		Outros	4	17
	14 f) Domínio da gestão das emoções		4	17
14 g) Conhecimento de si próprio		6	34	
15) Competências para cuidar das famílias	15 a) A família como contexto dos cuidados		8	34
	15 b) A família como cliente		9	58
	15 c) Cuidar da família competências do generalista ou do especialista		6	25
	15 d) Dificuldades no desenvolver competências para cuidar da família	Deficit no cuidar da família	5	42
		Foco do cuidar na doente e não na família	10	58
		Dificuldade em estabelecer a relação com a família	6	25

Quadro 28 – Caracterização dos tutores

Parte I – Relativa à caracterização dos tutores			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
1) Onde ocorreu a experiência significativa de contacto com a morte	1a) Na vida familiar e social	Não teve experiência de contactar com o fenómeno da morte	<p><i>Não tive experiências com o morrer antes de ir para o curso. PE1.1.</i></p> <p><i>Antes de ir para o curso eu não tive qualquer contacto com a morte. Sabia que as pessoas morriam, porque desapareciam. Mas nunca assisti a cerimónias fúnebres, velório, funerais, etc. T11.1.</i></p> <p><i>Apesar de eu ser da província não tive contacto com a morte antes do curso. T12.2.</i></p>
		Teve experiência na vida familiar ou social	<p><i>A minha primeira experiência com a morte foi familiar, foi doloroso, com a morte dos meus avós, era adolescente. T3.1.</i></p> <p><i>Tive experiências de contactar com a morte de familiares antes de ir fazer o curso de enfermagem. T4.1.</i></p> <p><i>O meu primeiro contacto com a morte foi com a morte do meu avô, (...) mas a minha mãe resguardou-me da situação. T6.1.</i></p> <p><i>O primeiro contacto com a morte foi com familiares, mas não lhe prestei cuidados. T10.1</i></p> <p><i>A primeira vez que contactei com a morte foi na vida social, mas um contacto muito breve. T9.1.</i></p>
	1b) No curso de enfermagem	Não teve experiência no curso	<i>(...) nem no curso tive contacto com a morte. T8.1.</i>
		Teve experiência de contacto com o morrer no ensino clínico	<p><i>No curso estagiei em cuidados intensivos e tive experiência de lidar com a morte, mas essa experiência não foi muito marcante. T1.2.</i></p> <p><i>Cuidar de pessoas em fim de vida foi só no estágio do Curso, e aí tive uma experiência que me marcou, de me morrer uma pessoa que eu estava a cuidar. T4.2.</i></p> <p><i>A primeira experiência foi no Curso de enfermagem no estágio de pediatria no hospital da Estefânia que me foi atribuída uma criança em fase terminal. T5.1.</i></p> <p><i>O meu primeiro contacto profissional com a morte foi no meu 1º estágio no 1º ano. T6.2.</i></p> <p><i>A primeira vez que contactei com a morte foi durante o curso num estágio de medicina no antigo hospital de Arroios. T7.1.</i></p>

			<p><i>Durante a formação de base tive oportunidade de, primeiro indiretamente, contactar com o fenómeno da morte e depois de forma mais concreta. T9.2.</i></p> <p><i>A minha primeira experiencia com o morrer foi no curso de enfermagem. T11.2.</i></p> <p><i>Foi no curso de enfermagem no 2º ano. T12.1.</i></p>
	1c) na prática profissional		<p><i>Sou enfermeira no IPO onde morrem, sempre muitos utentes. T1.3.</i></p> <p><i>Antes de trabalhar no IPO não tinha tido contacto com a morte. T1.22.</i></p> <p><i>O meu primeiro contacto com a morte foi como profissional no serviço de urgência, onde trabalhei nos primeiros 5 anos. T2.1.</i></p> <p><i>Só tive contacto com a morte quando comecei a trabalhar, no primeiro ano de profissional em 1977. T8.2.</i></p> <p><i>Prestar cuidados foi só como profissional nos cuidados continuados. T10.2.</i></p>
2) Tipo de experiencia com a morte	2a) Encarada de forma natural		<p><i>Gosto de lidar com a morte e com estes utentes. São momentos em que me sinto mais próxima dos utentes e da família. Cria-se ali uma relação de ajuda e de apoio. T1.10.</i></p> <p><i>Tenho uma ideia de tristeza, mas ao mesmo tempo de alívio, tendo em conta que os doentes que eu cuido que estão numa fase de doença muito avançada e que a qualidade de vida é mínima. T1.4.</i></p> <p><i>É uma coisa que tem de ser, faz parte do ciclo de vida, só que... eu acho que não há nada a fazer, tem de se aceitar, é aquilo e tem que se estar o melhor possível quando ela acontece. T8.3.</i></p> <p><i>Não achei difícil encarar a morte no estágio. (...) Víamos a degradação da pessoa e acabamos por encarar a sua morte de forma natural. T3.2.</i></p> <p><i>Com os idosos era uma morte esperada, ou anunciada, a família sabia e ia se despedindo. Inclusivamente as pessoas tinham muito apoio espiritual, o que dava assim uma ideia de antecâmara do céu, ou do purgatório. T11.3.</i></p> <p><i>A ideia que temos da morte vai se transformando na medida que nós vamos crescendo. T12.7</i></p> <p><i>Não vejo nada da morte com religião, nem com romantismo, nem com compaixão, mas com respeito T2.23.</i></p>
	2b) Encarada com		<p><i>Foi muito difícil, por duas vertentes: por cuidar de uma pessoa em fase terminal, até porque a criança morreu comigo e por ser uma criança. É uma</i></p>

<p>dificuldades</p>		<p><i>situação contra natura, não é natural. É suposto os mais velhos morreram primeiro T5.2.</i></p> <p><i>Aquilo foi algo que mexeu muito comigo. Foi a primeira vez, eu era aluna. Chorei imenso. T6.3.</i></p> <p><i>Foi difícil naquela época viver aquela situação. T4.58.</i></p> <p><i>Liguei aos meus pais, a dizer que a minha primeira doente tinha morrido. Na altura culpabilizei-me muito porque por ela ter morrido sozinha, porque a senhora não tinha família. Custou-me bastante ultrapassar isso. T6.4.</i></p> <p><i>Esta primeira experiência de contacto com a morte causou-me muita emoção. T6.5.</i></p> <p><i>Eu não estava preparada para aquela morte. Fui para um estágio de medicina, sem que nos tivessem abordado a morte. T6.6.</i></p> <p><i>Foi difícil naquela época viver aquela situação. T4.58.</i></p> <p><i>Foi a primeira morte que vivenciei, o que foi muito doloroso para mim. T7.2.</i></p> <p><i>Agora já lido com a morte de uma forma mais natural, mas os primeiros utentes que morreram comigo foi muito difícil. (...) Criou-me muita ansiedade. T1.9.</i></p> <p><i>o doente faleceu eu fiquei em estado de choque e vim a chorar para o corredor desalmadamente como se fosse o fim do mundo. T7.7.</i></p> <p><i>A morte, neste momento, é algo que ainda me continua a assustar, sempre. T9.3.</i></p> <p><i>Não é um fenómeno com o qual lido com tranquilidade. T9.4.</i></p> <p><i>O meu primeiro choque foi quando estava a fazer um estágio na urgência dum Hospital de Lisboa e chega um jovem acidentado que não sobreviveu. T11.5.</i></p> <p><i>O dar a notícia [da morte] foi muito doloroso e traumatizante. O ser confrontada com a morte repentina foi um choque para mim. Percebi pela primeira vez que a morte não é a etapa que sucede à velhice. Pode ocorrer em qualquer momento e isso desconcertou-me. T11.6.</i></p> <p><i>Em relação à morte custa-me muito com os utentes, mas custa-me mais com a família. (...) Eles morreram, mas agora estão em paz, já não estão a sofrer enquanto a família está a sofrer. T1.12.</i></p> <p><i>É essa mudança de perspetiva da morte que incomoda. Se até ali eu via a morte como o fim de</i></p>
---------------------	--	---

			<p><i>uma longa vida passei a vê-la como uma possibilidade de acontecer a qualquer um e em qualquer idade, isso mexeu muito comigo. T11.7.</i></p> <p><i>Pensar que aquele Ele morto podia ser Eu. Este espelhamento é muito doloroso. T11.8.</i></p> <p><i>Foi marcante, eu nem me quero lembrar. Quando me atribuíram aquela doente eu percebi logo que a coisa ia correr mal. E correu mesmo muito mal. T12.3.</i></p> <p><i>fui a correr entubar e aspirar, mas não deu, a senhora ficou cianosada e apagou-se. Ora isto acontecer a uma aluna foi um drama para mim.T12.4.</i></p> <p><i>Andei muito tempo desanimada, já nem sabia se queria continuar no curso, ou se não queria. Nesta altura precisamos de apoio, mas nem sabemos com quem falar. Os estágios eram acompanhados pelas professoras eu só tinha medo de reprovar e eu até era boa aluna, masdeixar morrer assim uma doente sufocada num estágio era mau.T12.5.</i></p> <p><i>Eu sentia-me culpada daquilo acontecer. Depois lá falei com uma tia minha que era freira e tinha sido enfermeira e ela é que me tranquilizou, porque eu estava a viver mal com aquela culpa. T12.6.</i></p>
	2 c) Encarada com mecanismos adaptativos	Não adequados	<p><i>Na urgência é o contacto diário com a morte da pessoa que a gente não conhece. (...) Os cuidados ao morto eram tidos num ambiente de brincadeira, éramos jovens nem ligávamos muito à situação, não nos tocava. T2.2.</i></p> <p><i>Quando trabalhava na urgência, não tinha mortes significativas, nem era uma boa, nem má a experiencia, passava-me ao lado. T2.3.</i></p> <p><i>Lembro-me de fazermos a múmia, e estarmos em equipa, e termos brincadeiras e contarmos anedotas. Havia um distanciamento grande. Eram as nossas estratégias de coping. T5.4.</i></p> <p><i>A forma de eu me resguardar era fugir um pouco e não me envolver tanto nas situações. T6.9.</i></p> <p><i>a maioria dos alunos não tem maturidade para estar, para cuidar e para acompanhar estas situações. Mas nós quando éramos novas também não tínhamos posturas adequadas, mesmo como profissionais, no início também nos era difícil cuidar destes doentes. T8.19.</i></p>
		adequados	<p><i>É necessário que o processo de morte me continue a inquietar, para que eu consiga ser humano naquilo que faço. Se isto é válido agora, também era válido quando comecei. T9.7.</i></p> <p><i>Para mim é securizante saber que posso partir a</i></p>

			<i>qualquer momento, mas que fui importante, fui útil para os outros, creio que é essa a minha missão. Então esforço-me por a cumprir o melhor que posso. T11.14.</i>
3) Representação da morte dos Enfermeiros	3a) Fenómeno mediado por aspetos sociais e culturais	Influência da cultura	<i>A morte é vista como um insucesso é a parte má da medicina. T2.45.</i> <i>Porque nós somos formados para dar vida, para tratar e para melhorar a vida. E com a morte, nós não conseguimos fazer nada. T8.5.</i> <i>A tecnologia está em constante progresso, ou pelo menos quer-nos fazer parecer que sim, e quase nos cria a noção de que vamos ser imortais, ou então que a morte vai ser sempre protelada para mais longe. Independentemente de nós sabermos que o ciclo de vida tem limite e é finito. T9.21.</i>
		Influência da religião	<i>A morte, é-nos transmitida, ou é-nos contextualizada através da lente judaico-cristã. T9.5.</i> <i>Esta minha preocupação com a morte é uma visão muito judaico cristã. T11.64.</i>
	3b) Fenómeno inevitável e términos de um percurso		<i>A representação de um fenómeno não muito traumático, nem algo dramático. T2.4.</i> <i>Tenho uma visão muito leve, como outra etapa da vida, que tenta ser a menos penosa possível, para quem morre e para a família. T2.5.</i> <i>Se for uma morte digna, com qualidade até ao fim é um sucesso para todos os intervenientes. T2.6.</i> <i>Vejo como algo normal e corrente. Faz parte do ciclo de vida. T3.3.</i> <i>Faz parte do ciclo de vida, mas nós não estamos habituados a encarar a morte como parte do ciclo de vida. T9.16.</i> <i>Eu enquadro a morte como fazendo parte do ciclo de vida é a ultima etapa do ciclo e faz parte da natureza humana morrer. Considero a morte como um processo normal associado à vida. T4.3.</i> <i>A morte para mim é o fim. As pessoas que acreditam que há algo para além da morte, para elas, isso é tranquilizador, mas para mim não. A morte é o fim e isso acho que também não me ajuda. T5.12.</i> <i>Sempre encarei a morte como fazendo parte do ciclo de vida. Temos um início e temos um fim, como se fosse um processo. T10.3.</i> <i>Sempre a encarei a morte de uma forma natural. T10.5.</i> <i>Tenho 2 perspetivas face à morte: Uma é das pessoas que já tiveram a oportunidade de desenvolver o seu</i>

		<p><i>percurso de vida e já tiveram as suas experiências. (...) Nestes caso nós podemos dizer que a morte faz parte do processo, é algo natural. Depois vem a outra vertente, onde estão os doentes jovens, as crianças. Pessoas que perspetivaram coisas, objetivos que nunca vão ser cumpridos. Nestes casos custa-me muito. T6.8.</i></p>
3c) Fenómeno metafísico	Acesso a outra dimensão	<p><i>Acredito que haja vida após a morte, acredito que há maior descanso e fico mais tranquila. T1.8.</i></p> <p><i>Para mim o meu suporte espiritual de certa forma é uma maneira de me aliviar o sofrimento que a perda pode trazer. É securizante pensar que pode haver outra forma de vida depois da morte. É uma perspetiva que pode ajudar. T4.19.</i></p> <p><i>Eu credito que existe mais qualquer coisa para além da morte, mas não identifico que a parte espiritual seja um contributo para o cuidar em fim de vida. T6.22.</i></p> <p><i>Como acredito na vida após a morte, tento transmitir isso às famílias, acho que é uma maneira de conseguir lidar com a morte. T1.5.</i></p> <p><i>Temos um princípio, meio e um fim e volta outra vez. Eu, acredito que hei-de cá voltar outra vez. T8.7.</i></p> <p><i>Esse sentimento de esperança que nós não somos finitos, mas infinitos. Eu tenho essa perceção. T10.7.</i></p> <p><i>Vejo a questão do início e do fim com a morte, mais como um ciclo. A morte mas novamente para a vida. T10.4.</i></p>
	Dúvidas existenciais	<p><i>o que me assustou mais foi pensar na minha morte E o que me vai acontecer depois de eu morrer? Acabo aqui? T11.64.</i></p> <p><i>Antes não estava tão sensibilizado para a dimensão espiritual, mas agora estou. (...) Acho que realmente nós não acabamos, somos contínuos. T10.6.</i></p> <p><i>O que me acontecia depois da morte? Acaba aqui tudo, ou não? Haverá algo para além da morte do corpo físico? Começaram a emergir a partir de então todas as questões metafísicas que antes estavam fora do meu questionamento ou reflexão. T11.9.</i></p>
3d) Fenómeno traumático abjeto		<p><i>Depende da envolvimento do contexto. Ou seja se a situação comporta sofrimento, para mim tenho mais dificuldade em aceitar o sofrimento da pessoa do que a sua morte. T4.4.</i></p> <p><i>Nesta aridez do sofrimento há-de haver alguns pontos que contrariam aquela vivência, ou que são pontos de diferenciação. T9.39.</i></p> <p><i>Não me custa saber que vou morrer, o que me custa é</i></p>

		<p><i>o sofrimento, a desfiguração, as perdas, o perder as forças, a perda da capacidade de pensar e de me relacionar. As perdas que este processo de agonia traz é que assusta a gente. T11.17.</i></p> <p><i>Passou a ser uma coisa terrível, a levantar-me muitas dúvidas, muitas questões a sentir muita ansiedade, quando no início fui trabalhar para o hospital eu não queria que nenhum doente morresse no meu turno, andava sempre a tentar que ele passasse para o turno seguinte. T12.8.</i></p> <p><i>(...)também nos serviços há enfermeiros com 30 anos ou mais de carreira que ainda lidam mal com a morte. Os doentes morrem sempre no turno seguinte. Não conseguem digerir o fato do doente lhes morrer. Mas o doente não nos morre. O doente morre “ponto final”. T3.36.</i></p> <p><i>Há como que uma identificação com o doente, quando ele tem uma idade muito próxima da nossa. Eu identifico-me muito com as mães jovens porque penso logo que não vou criar o meu filho que ele vai ficar sem mãe muito cedo. T6.10.</i></p>
	3d) Fenómeno tabu	<p><i>Esta fase de doença avançada é de grande sofrimento para todos, até porque a maioria das vezes os familiares não querem falar sobre a morte, com o doente, é tabu e tentam evitar o confronto de falarem sobre o assunto. T1.6.</i></p> <p><i>Na nossa vida pessoal, ninguém nos ensina a lidar com a morte, a morte é quase um assunto tabu. T9.14.</i></p>
4 Sentimentos /emoções associados à morte	4 a) Sentimentos dependentes da relação com o utente	<p><i>Todo o sentir tem a ver com a relação que nós temos com a pessoa que faleceu e com a família. T2.7.</i></p> <p><i>Já tive doentes que faleceram onde eu prestava cuidados há 5 ou 6 anos, é uma relação diferente, há situações que doem mais umas que outras. T2.8.</i></p> <p><i>A morte está sempre ligada ao sofrimento, mas já tive algumas situações em que não foi assim, foram situações com calma, tranquilidade e isso faz toda a diferença. Aquela pessoa viveu o fim da sua vida de forma tranquila e eu também contribuí para essa tranquilidade. T5.11.</i></p>
	4b) Sentimentos de impotência	<p><i>Também há aquele sentimento de impotência perante a morte. T1.11.</i></p> <p><i>A nível profissional sinto-me impotente. É aquela situação que está definida e que nós não podemos fazer nada. É uma sensação muito má. T8.4.</i></p>

4c) Tristeza e saudade		<p><i>Quando penso em morte penso como um fenómeno triste. T1.7.</i></p> <p><i>É normal associar algum tipo de saudade, de tristeza. T3.4.</i></p> <p><i>É de sofrimento, despedida, não ver mais, saudades, uma viagem que não tem volta. T7.3.</i></p> <p><i>O primeiro sentimento a lidar é a saudade, quer quando penso na minha morte, quer na dos outros. T11.10.</i></p> <p><i>A morte já me fez sentir de tudo um pouco, foi-se modificando. Já senti medo, raiva, desolação, tristeza, sei lá que mais ... mas agora estou a procurar ter aceitação. T12.10.</i></p>
4d) Sentimento de dor		<p><i>Sentimento de dor, angustia, de não ter feito se calhar o melhor por essa pessoa, não ter estado mais tempo com essa pessoa, não ter dito que gostava dela. T7.4.</i></p> <p><i>Esta vida de relação que é interrompida, deixa mágoa, deixa a sensação de perda. a separação dos vínculos afetivos é dolorosa. T11.12.</i></p> <p><i>Há situações de morte que doem e quando dói, dói e acabou. T2.9.</i></p>
4 e) Sentimento de cumprir com o dever		<p><i>Fica um sentimento de revolta, dentro de nós, enquanto estavam vivos não conseguimos dar carinho, amor, estar com eles, dar-lhes mais tempo. T7.5.</i></p> <p><i>Penso na minha morte e preocupo-me se fiz tudo o que devia, se cumpri a minha missão nesta vida, se dei algo a este mundo, se desempenhei bem os meus papéis... T11.13.</i></p>

Quadro 29 - Formação dos tutores

Parte II – Relativa à formação do Profissional de Enfermagem			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
5) Preparação para lidar com a morte	5a) Obtida como estudante do Curso de Enfermagem	Experiencia de aprendizagem em adequada	<p><i>Nós falamos no curso, sobre o processo da morte, sobre as várias etapas, sobre o papel do enfermeiro perante a morte, é importante as técnicas comunicacionais de que nos falamos. T1.14.</i></p> <p><i>Não havia cuidados paliativos na época em que eu fiz o curso, mas era um cuidar humanizado e respeitava-se o tempo e a vontade da pessoa, havia isolamento e privacidade, para se poder morrer com alguma tranquilidade. T11.4.</i></p>
		Experiencia de	<i>No meu curso não havia a preocupação em nos preparar. Não havia a abordagem em fim de vida.</i>

		<p>aprendizagem em incipiente</p>	<p><i>Falava-se na morte, mas não havia esta preocupação do cuidar em fim de vida, nem dos cuidados paliativos. T2.10.</i></p> <p><i>Em termos de formação de base, acho que no curso não tive muitos conteúdos que me dessem suporte. Até porque naquela época era muito o desenrascar, o improvisar, o ter que enfrentar as situações. T4.12.</i></p> <p><i>A filosofia dos cursos de enfermagem, no meu tempo de aluna era de cuidar para a vida. A vida como valor supremo. O importante era a cura. T11.35.</i></p> <p><i>A nível do curso de licenciatura não tive a preparação necessária para lidar com a morte, de assistir à morte, de cuidar em fim de vida, não fui preparada. Há 11 anos não fui. PE6.16.</i></p> <p><i>Há 11 anos não havia os cuidados paliativos, eu não fui desperta para isso. T6.7.</i></p> <p><i>A nível da parte emocional e como é que devíamos gerir os sentimentos, não me lembro de falar isso na escola. T6.17.</i></p> <p><i>O curso de formação inicial em enfermagem deu-nos apenas bases para nós desenvolvermos quando nos tornássemos profissionais, portanto aí foi insuficiente. T7.6.</i></p> <p><i>Quando nos deparamos com a prática a nossa formação não foi muito para a morte, eu depois é que fui evoluindo e, logicamente, entendo que faz parte do ciclo da vida, T8.6,</i></p> <p><i>Quando eu fiz o meu curso base, se bem me recordo, aquilo que se falava sobre a morte era meia dúzia de horas, sobre a área de oncologia e associado a isso, cuidados paliativos e pouco mais. T9.40.</i></p> <p><i>Terminei o curso há uns 20 anos, isto nos anos 80 não se tinha a perspectiva que se tem hoje. Não se falava em cuidados paliativos, não se falava em cuidar para a morte. Falávamos em cuidar para a vida, para restabelecer a pessoa, para a cura, para voltar ao seu potencial máximo. T12.13.</i></p> <p><i>Os cursos de enfermagem estavam estruturados de acordo com a filosofia dos cuidados naquela época. Eu não estou a dizer que a minha Escola tinha uma filosofia centrada no modelo biomédico, mas era assim de certo modo que nós pensávamos. O hospital um local de cura, não para morrer. T12.14.</i></p>
		<p>Deficit nas aprendizagens por falta de maturidade</p>	<p><i>Relativamente à idade, com que iniciei o Curso de enfermagem, à fase de maturidade, em que estava as coisas não tinham o valor que têm hoje. Em termos de formação básica, eu não tenho grandes referências. T4.13.</i></p>

		<p><i>Não sei se pela minha falta de maturidade eu dei pouca importância à formação que me deram no meu curso. Mas do que me lembro, nós estudantes há uns anos éramos colocados em estágio sem muito suporte e aprendíamos muito no estágio. Éramos confrontados com as situações sem preparação prévia. T4.37.</i></p> <p><i>Era muito jovem e creio que não tinha maturidade para estas questões da morte e do morrer. Creio que a escola, à moda da época, transmitiu-nos os melhores ensinamentos, mas a nossa imaturidade não dá para abarcar tudo o que nos querem ensinar. T11.15.</i></p>
5b) Obtida na formação pós graduada	Nos cursos de pós graduação em enfermagem	<p><i>As referências em que eu me consigo situar são mais em termos da formação pós básica, da especialidade em saúde mental e depois o mestrado e também a minha experiência como docente numa escola para arranjar suporte para documentar as minhas aulas fez-me desenvolver essa área da pesquisa. T4.14.</i></p> <p><i>Nesta formação pós básica a especialidade de saúde mental ajudou-me muito a entender as coisas. T11.23.</i></p> <p><i>o voltar à Escola, mais tarde, o aprender a refletir sobre as minhas práticas. O desenvolver uma aprendizagem centrada nas minhas necessidades formativas, foi muito construtivo. T11.24.</i></p> <p><i>Fazer a especialidade em enfermagem de reabilitação foi muito bom para mim. O juntar o saber prático com o saber teórico, mais estruturado é muito enriquecedor. É engraçado que dou conta que face aos mesmos acontecimentos posiciono-me de forma diferente, que há uns anos. É porque algo em mim se modificou. T12.21.</i></p>
	Outros cursos de pós graduação	<p><i>o próprio mestrado, em que fiz a tese na área dos cuidadores, a especialidade que mais uma vez desenvolvi na área do doente em fim de vida, tudo isto tem sido contribuições. T7.11.</i></p> <p><i>No Mestrado é que tivemos umas aulas em relação de ajuda, em que se falou muito dessa parte do cuidar. T8.11.</i></p> <p><i>Na minha formação na pós-graduação em ética trabalhei mais o fim de vida. T3.8.</i></p>

Quadro 30 – Dificuldades dos tutores no seu processo de aprendizagem

Parte II – Relativa à formação dos tutores			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
6) Dificuldades sentidas pelo Enfermeiro no percurso da aprendizagem	6 a) Estabelecer a relação com o cliente		<p><i>Resumindo as minhas dificuldades a nível relacional foram porque não tinha experiência do passado, nem estava aberta a outras dimensões do cuidar que não as fisiológicas. T10.13.</i></p> <p><i>A maior dificuldade é a parte relacional, e a comunicação, enquanto a pessoa comunica verbalmente ou não. T6.12.</i></p> <p><i>Tive dificuldades principalmente relacionais. Como falar do assunto? A que é que eu tinha que estar atento? Não só ao utente, mas também à família. Era todo o contexto. T10.10.</i></p> <p><i>Aquilo em que eu tenho mais dificuldade é na transmissão de más notícias. Não tive essa formação no curso e é uma coisa que vamos fazendo por tentativa e erro, não me parece que seja o mais adequado. T3.5.</i></p> <p><i>Outra dificuldade era na frequência das visitas domiciliárias e a disponibilidade que nós deveríamos mostrar aos utentes sempre que tivessem dúvidas e precisassem dos nossos cuidados. Era uma coisa que me passava ao lado, estava muito focado só na visita e esquecia o resto. T10.12.</i></p> <p><i>Houve situações que tive dificuldade. Em doentes que conheço o prognóstico mau que têm, que vão acabar por morrer e a dificuldade é ajudar o próprio doente em aceitar a morte. T7.8.</i></p>
	6 b) Lidar com o corpo		<p><i>o cuidar do corpo sem vida foi difícil e depois todos aqueles trâmites que nós tínhamos aprendido, desde como colocamos as mãos, como colocamos as ligaduras, tudo. T6.13.</i></p> <p><i>Depois ao longo do tempo e com a experiência, nós vamos criando algumas defesas, não é! Mas cuidar do corpo físico, inerte e sem resposta é muito complicado. T6.14.</i></p> <p><i>Coisas simples, como o passar da cama para maca, é terrível. A maca é dura de aço e aquele baque do corpo morto a cair sobre a maca causa-nos muito desconforto, ainda me continua a causar. T6.15.</i></p> <p><i>Eu também senti dificuldade na avaliação da dor. E nós enfermeiros quando instituímos a dor como o quinto sinal vital, temos que valorizar ter dado tanta importância a esse sinal vital. T10.46.</i></p>

	6c) falta de apoio da equipa	<p><i>Essa parte da ajuda, do apoio, do experimentar, do partilhar com outros técnicos que falha a 100%. Fala-se muito em trabalho em equipa, mas aqui não há. Era importante o apoio ao profissional, porque teve aquela situação que mexeu com ele, que não consegue ultrapassar, que não consegue lidar. T5.15.</i></p> <p><i>Se o apoio ao doente e à família é importante, ao profissional também. Se o profissional não está bem, dificilmente consegue prestar bons cuidados ao doente e cuidados de qualidade àquela família. T5.16.</i></p>
	6d) Falta de formação nesta área do cuidar	<p><i>Daí os cuidados em fim de vida serem uma área de enfermagem que não é uma área fácil, requer muita atenção, muita formação, maturidade e tem que ser apreendida com as particularidades que lhe são inerentes. T4.7.</i></p> <p><i>Nós não estamos preparados para lidar com a morte na nossa vida pessoal e, mesmo perante o curso, aquilo que nos é falado, é precisamente isso, é falado. E isto [a morte] é uma experiência que é preciso experimentar, T9.15.</i></p> <p><i>A morte é falada durante o curso, mas se nas experiências do ensino clínico não for vivenciada, chega-se ao fim dos 4 anos com a mesma formação para a não morte, que tínhamos antes. T9.17.</i></p> <p><i>Valorizo muito o que eu passei enquanto estudante e já lá vão 3 anos, e agora como eu vejo as coisas. Isso tem sido muito construtivo. Nunca me esqueço que fui aluno e as dificuldades que tive. T10.38.</i></p> <p><i>Primeiro tinha uma abordagem muito tecnicista pelo facto de não ter tido oportunidades no curso e nos ensinamentos clínicos de contactar com estas situações. Falamos muito a nível curricular, mas a aplicação foi muito pouca. T10.11.</i></p>
	6 e) Gerir as emoções que a morte lhe provoca	<p><i>Mas é uma carga emocional que eu levo muitas vezes para casa. Ao fim de um dia de trabalho levo muita coisa para casa. Toda a gente lá em casa nota que naquele dia há algo que mexeu comigo. T5.9.</i></p> <p><i>nós temos que arranjar estratégias, muitas vezes são de distanciamento. Saber que deveria agir ou fazer ou dizer desta forma, mas não vou dizer, porque não me quero envolver. Cai-se muito na frieza e no distanciamento o que é péssimo. T5.17.</i></p> <p><i>Passou a ser uma coisa terrível, a levantar-me muitas dúvidas, muitas questões a sentir muita ansiedade, quando fui trabalhar para o hospital eu não queria que nenhum doente morresse no meu turno, andava sempre a tentar que ele passasse para o turno seguinte. T12.8.</i></p>

		<p><i>Agora penso que já fiz as pazes com a angústia da morte. Nós podemos cuidar de muitos doentes, mas o que nos toca mais é quando vivemos o lado de cá da morte. Quando é um familiar nosso e vivemos a situação como familiares e não como profissionais. T12.9.</i></p> <p><i>(...) aquilo que me ensinaram ou que eu induzi, ou deduzi através daquilo que me ia sendo transmitido ao longo dos ensinamentos clínicos, na escola enquanto fiz a minha formação de base, que é essa questão de deixar as emoções à porta. Eu nunca consegui. T9.32.</i></p> <p><i>uma atitude que me foi referenciada como adequada e era uma coisa que me angustiava muito no início, porque eu tentava realmente deixar as emoções à porta e, agora vou fazer o turno da manhã, tarde ou noite, e as minhas emoções? Eu a partir daqui sou um cubo de gelo? T9.33.</i></p> <p><i>Pouco tempo depois do meu pai falecer tive um doente que morreu e ainda estava numa fase de luto foi difícil ajudar, comecei a chorar e não sei se estava a ajudar, mas de certa maneira acho que até consegui prestar algum apoio aos familiares. T1.23.</i></p> <p><i>Cuidar da pessoa e da família num processo de fim de vida é uma situação muito particular quer a nível pessoal, quer a nível do cuidar. Porque lidamos com uma carga emocional demasiada elevada por parte dos outros, para o qual nós temos que estar preparados. T4.5.</i></p> <p><i>Face a algumas situações o primeiro impulso é de fugir, de abandonar. Pode não apetecer vivenciar outra vez isto, posso não querer passar outra vez por isto, ter os mesmos sentimentos, ter que me identificar com isto. T6.47.</i></p> <p><i>Confrontamo-nos com os sentimentos dos outros, com as suas representações, e não só com a situação em si em termos médicos. Temos sempre o confronto com a vivência da outra pessoa, com o modo como ela está a dar sentido ao sofrimento. Como ela entende a morte. Como ela está, ou vai desencadear o processo de luto. T4.6.</i></p> <p><i>Não é fácil lidar com estas situações de morrer. É preciso dar muito de nós. Ter disponibilidade interna para acolher o outro que ... Está mais adiantado que nós no seu processo de vida. Sim porque todos vamos morrer. T11.16.</i></p> <p><i>(...) Aquilo que eu aprendi a minha vida toda, que é, uma pessoa morre, temos duas possibilidades, ou choramos “baba e ranho” porque nos juntamos à dor e ao sofrimento daquela pessoa; ou então seguimos</i></p>
--	--	---

			<i>aquela linha que já teremos ouvido falar em algum lado, em que nós somos profissionais e as nossas emoções ficam à porta. T9.30.</i>
	6 f) Cuidar as famílias		<p><i>Muitos doentes, entram em coma, e não têm a percepção da morte (...) mas custa-me muito com a família e nós não nos apercebemos e não sabemos como ajudar. T1.13.</i></p> <p><i>Quando cheguei aos CSP e fui para os cuidados continuados, deparei-me com uma dificuldade logo. Como comunicar com estas famílias. O que dizer? Quando as pessoas nos tentam abordar, com perguntas do tipo: _ Acha que demora muito tempo? Acha que vai falecer? T2.12.</i></p> <p><i>Nos CSP a situação é completamente diferente. Para mim é muito difícil, porque eu coloco-me muito do outro lado. Do lado do utente se ele está lúcido e isso ainda me faz mais impressão, revejo-me muito se me coloco do lado da família. Vejo as coisas como se fosse um familiar meu e isso traz-me alguns problemas. Lido mal com a situação. T5.6.</i></p> <p><i>É uma área que apesar das minhas dificuldades que eu tenho noção, mas que me atrai imenso, quero ajudar aquelas famílias a lidar com aquele sofrimento, quero cuidar das pessoas em fim de vida. T5.7.</i></p> <p><i>Explicar ao doente ou à família, que às vezes ainda vem cheia de esperança na vida, que vai precisar de transformar essa esperança na vida por uma esperança numa morte digna e confortável, é um grande desafio. T11.18.</i></p> <p><i>Para mim é difícil comunicar com todos os membros da família do doente, porque são todas pessoas diferentes, em etapas do ciclo de vida diferentes, podem ter visões diferentes sobre a morte, expressam e sentem emoções diferentes. T11.19.</i></p>
7) Fatores que contribuíram para ser capaz de cuidar no fim vida	7a) A filosofia de vida	Valoriza a dimensão espiritual	<p><i>O suporte espiritual é importante, mas a ausência de suporte espiritual também pode ser importante. Depende da forma como cada um lida com a situação. A ausência de suporte espiritual e encarar a morte como um terminar absoluto também pode ser gratificante para as pessoas. T4.18.</i></p> <p><i>Eu acho que a morte é o fim e quando chegamos ao fim, temos que acreditar em algo que nos ajude a ultrapassar. Já acreditamos em tantas coisas. Acho que ter um suporte religioso por trás ajuda. T7.14.</i></p> <p><i>A minha dimensão espiritual influencia-me com certeza, assim como me influenciam outras coisas que eu nem dou conta, mas que de algum modo me ajudam a ser quem sou. A ver no prisma em que me situo, ou a defender determinados valores ou princípios. Ou a ter</i></p>

		<p><i>determinado discurso, naquele momento e com aquela pessoa. T11.30.</i></p> <p><i>Creio que a dimensão religiosa me ajuda a enfrentar a minha morte e a do outro. T11.31.</i></p> <p><i>Na procura da compreensão da vida e das questões existenciais, fui procurar em várias religiões o sentido da vida e da morte e do pós morte (...) Ora eu tenho que me apaziguar a mim e aos meus utentes, senão como é que podemos ter uma morte serena? T11.32.</i></p>
	Aceitar-se como é	<p><i>Para eu conseguir prestar cuidados, ou estar junto das pessoas que estão a morrer, ou das famílias é necessário que eu aceite, que eu perceba e que eu integre que essas pessoas veem a morte com esse sentido espiritual, porque até agora nunca encontrei ninguém que passasse por este processo de morte, seja um processo mais lento ou um processo mais inesperado, ou mais célere, de forma em que essa dimensão não estivesse presente T9.6.</i></p> <p><i>Aceitei-me como pessoa enquanto enfermeiro, enquanto pessoa porque na prática, não consigo ser um enfermeiro dentro do hospital e o João fora do hospital. T9.34.</i></p> <p><i>Sou o João enfermeiro dentro do hospital e fora do hospital. Com todas as suas emoções, com todas as suas vivências, com toda a sua filosofia de vida, e sem ter medo de me perturbar a mim mesmo ou aos outros com a expressão das minhas próprias emoções, seja em que contexto for. T9.35.</i></p> <p><i>Aprendi a lidar comigo e sinto-me muito mais apto não só no contexto profissional mas também no contexto pessoal. T9.36.</i></p> <p><i>Tornei-me uma pessoa muito mais tranquila, aceitando-me como pessoa, e não há problema nenhum agora, se eu tiver que expressar determinada emoção perante determinada situação, perante determinada pessoa que está em sofrimento, pelo seu processo de morte, pela sua angústia, por a doença estar em progressão, ou por a situação se estar a degradar. Não sinto constrangimento em expressar as minhas emoções. T9.37.</i></p> <p><i>Mas se eu conseguir transmitir ao doente que nesta fase de transição, não está só, que vai ser amparado, ajudado, que vai ser acolhido noutra dimensão. Nos doentes que ainda estão conscientes e que falam no arrependimento, no perdão, se voltasse atrás não faria o que fez, é preciso ajudar a aliviar esses sentimentos de culpa de raiva, ou de dor e a aceitar-se. T11.33.</i></p>
7b) Formação	Aprendizagem em	<p><u>Formação em contexto da prática</u></p> <p><i>Sem dúvida é importante a formação em serviço.</i></p>

		<p>contexto formal</p>	<p>T5.18.</p> <p><i>Na formação profissional fui a algumas pequenas formações. T6.20.</i></p> <p><i>Os role-playing que houve no IPO para treinar os profissionais. PE1.27.</i></p> <p><i>Há os role-playing feito no IPO, com a comunicação das más notícias ajuda-nos a treinar e a estar mais despertos para quando temos essas situações. T1.16.</i></p> <p><i>Numa das formações que nós tivemos aqui no IPO sobre a comunicação de más notícias foi em roll-play e resultou muito bem. T6.32.</i></p> <p><i>Fiz uma formação para a morte, para acompanhar, para cuidar. E essa formação marcou-me muito. Fiz essa formação no Hospital de Beja na ARS de Beja, na altura. E, era uma formação que nos fazia refletir e pensar sobre a morte. T8.9.</i></p> <p><i>A formação em serviço, aqueles cursos que nós vamos fazendo, mesmo curtos, ajudam muito, se vamos a este ou aquele tema é por que nos interessa. T12.19.</i></p> <p><i>Para nós que já somos profissionais é importante que as coisas nos façam sentido e sejam úteis para nossa prática. Que tragam mais-valia. A formação em saúde mental ajuda-nos muito a entender o outro. A estar atenta a sinais não-verbais. A comunicar melhor. T11.25.</i></p> <p><i>Temos um plano de formação elaborado, onde se abordam as questões que consideramos mais importantes: O apoio no luto, a dor, o controlo de sintomas, o sofrimento, o que são cuidados paliativos, o que são conferências familiares, a comunicação com o doente, com a família, a conspiração do silêncio. T5.19.</i></p> <p><i>A formação é fundamental, mas para pôr em prática, se não esquecemos. Como fazer uma conferência familiar, o apoio no luto. Se tivermos a teoria e não formos ajudados a coloca-la na prática não teve interesse. T5.14.</i></p>
--	--	------------------------	---

		<p>Auto- formação</p>	<p><u>Pesquisa bibliográfica</u></p> <p><i>Quando as pessoas estão na fase de negação. Tive necessidade de pegar nos livros e estudar, para entender melhor este fenômeno. T2.13.</i></p> <p><i>(...) gosto muito de ler sobre isso [morrer]. Vou-me formando em função das minhas necessidades. T6.21.</i></p> <p><i>As coisas que li foi um pouco porque era uma área que eu gostava, mas não tive essa formação na Escola. T2.11.</i></p> <p><i>(...) a auto-formação, o ler muito. T7.10.</i></p> <p><i>Fui lendo e fui lidando com a morte o melhor possível. T8.8.</i></p> <p><i>A formação, os livros que estudei, enfim tanta coisa. T12.20.</i></p> <p><i>a leitura orientada também ajudou. T10.17.</i></p> <p><i>É importante os conhecimentos e canalizar toda a nossa intervenção para a dignidade, mas principalmente para a área da comunicação, o que dizer, como dizer, como conduzir a entrevista, tive que ir procurar nos livros onde se aprende. T2.15.</i></p> <p><i>É importante conhecer a representação da morte ao longo do ciclo vital. Quer para os que morrem, quer para os enlutados. T4.16.</i></p> <p><u>Frequentar eventos científicos</u></p> <p><i>Foi estudar e ir a congressos de cuidados paliativos, estava-se a começar a falar muito nesta área da comunicação. T2.14.</i></p> <p><i>a auto formação é muito importante, seja ela de trabalho autónomo, ou seja orientada em cursos em que nos inscrevemos com professores que nos ajudam e facilitam o nosso percurso. T11.22.</i></p> <p><i>Foi a autoformação, foi o estudar, foram os cursos, e foi a experiência profissional. Foram todas estas variáveis que influenciaram a minha aprendizagem no cuidar em fim de vida. T8.10.</i></p> <p><u>Motivação para aprender</u></p> <p><i>O principal fator é a motivação. Até que eu não estive motivada não aprendi. O saber já lá estava disponível, mas eu não acedia à informação, nem o integrava. Depois quando estamos despertos para um assunto queremos saber mais, aprofundar, procurar, pesquisar, captamos bem a informação. T11.21.</i></p> <p><i>A inquietação é o ponto de partida, a inquietação e a curiosidade. Há qualquer coisa que me incomoda e das duas, uma, ou fazemos alguma coisa para conviver</i></p>
--	--	---------------------------	--

		<p><i>com essa inquietação, ou então fechamos os olhos a essa inquietação. Aquilo que me pareceu mais certo, para mim, foi dar resposta a essa inquietação, e através da auto-formação, da hetero-formação, da experiência. T9.8.</i></p> <p><i>Estava muito atento aos programas de televisão. Abordavam vários temas e alguns sobre o cuidar na morte e referiam alguns livros e relatavam experiências dos profissionais e das pessoas que cuidavam. T10.15.</i></p> <p><i>Os filmes também me influenciaram muito, não para o cuidar, mas para a perspetiva da morte. T10.16.</i></p>
7c) Reflexão sobre a prática		<p><i>a reflexão interior sobre o que eu fiz e o que poderia ter feito e ter arriscado. T1.28.</i></p> <p><i>no meu serviço fazemos muito pouco reflexão, fazemos mais com 2 ou 3 pessoas porque não está instituído aquelas reuniões com a equipa. T1.29.</i></p> <p><i>Nós refletimos mais em termos clínicos, bem este doente morreu, se calhar deviam ter feito isto, ter feito aquilo e não falamos tanto a parte da vivencia. Como é que vivenciamos com aquele utente e com aquela família, isso fazemos pouco. T1.30.</i></p> <p><i>As pessoas que, dentro do sofrimento, conseguem perceber que há alguma coisa, para além disso, são pessoas que conseguem encontrar outro sentido, são pessoas com outra substância, pessoas com um nível de reflexão e de pensamento sobre a questão do sofrimento e da morte, que vai um pouco mais além do corriqueiro. T9.38</i></p> <p><i>Aprende-se na prática e com a prática e com a reflexão e fundamentação dessa prática. T11.27.</i></p> <p><i>Também conta muito a maturidade a todos os níveis, a vida ensina-nos muita coisa, se nós estivermos despertos para aprender. T12.16</i></p> <p><i>Também aprendemos com os nossos erros, quando damos conta, isso é mais um trabalho interno nosso, mais solitário. T12.18.</i></p>

7d) Experiencia profissional	Desenvolve r a comunicação	<p><i>Há aspetos chaves que fazem parte da nossa aprendizagem. Que é importante nós determos. Como a comunicação que se utiliza com as pessoas. As palavras-chave que se devem, ou não devem utilizar. Algumas frases chocam o utente, como por ex: “Isso passa”; “isso não é nada”; e “deixe lá “daqui a algum tempo vai arranjar outro marido”. T4.9.</i></p> <p><i>Há frases que são demasiado fáceis de ser ditas, são habituais na boca dos profissionais e são chocantes para as pessoas a quem as dirigimos. T4.10.</i></p> <p><i>Às vezes é só ouvir é só escutar, mas as pessoas ficam tão agradecidas por estarmos ali. Aquilo que nós recebemos daqueles utentes é tanto que compensa. T5.8.</i></p> <p><i>Quanto mais comunicamos, apesar das características e da personalidade de cada um, há padrões que são específicos. Vamos começando a trabalhar a desenvolver competências e a arranjar estratégias de comunicação. T3.6.</i></p> <p><i>Relativamente à nossa postura profissional, o que temos que dizer, ou não dizer, desenvolvi mais nos últimos anos e depois de fazer a especialidade. A partir dessa formação pós básica comecei a olhar as coisas de outra forma. T4.15.</i></p>
	Desenvolve r atitudes adequadas	<p><i>Quando nós nos identificamos muito com a pessoa moribunda, é muito constrangedor para nós, mas também facilita a relação. O outro percebe que nós o entendemos. T6.11.</i></p> <p><i>Cada família tem as suas histórias, os seus segredos, a sua forma de se exprimir. Mas tenho aprendido a respeitar e a ajudar a respeitar os sentimentos de cada um. T11.20.</i></p> <p><i>Tive que fazer o meu percurso de aprendizagem profissional. Passar de atitudes de fuga para a aceitação, para o enfrentar, para ser capaz de estar, de assistir e isto não me foi nada fácil. T11.29.</i></p> <p><i>Eu preciso de ter uma certa calma, desenvolver a tranquilidade para ajudar o Outro também a aceitar aquele processo, e assim vou aprendendo a acompanhar a pessoa até ao final da vida. T12.11.</i></p> <p><i>Se eu me posiciono perante a morte com sentimentos de raiva, de rejeição, de negação, eu sem querer vou transmitir isso ao doente e até à família, ora bolas, sentimentos negativos de todo o tipo já eles têm, não precisam dos nossos. T12.12.</i></p>
	A experiencia ajuda a	<p><i>Acho que é importante a teoria, mas é no dia-a-dia que se vai aprendendo. T1.17.</i></p> <p><i>A formação é muito importante, mas a experiencia</i></p>

		melhorar o cuidar	<p><i>também o é. T11.26.</i></p> <p><i>A parte teórica e a parte prática, tudo isto em conjunto e em simultâneo tem-me dado subsídios e suporte para prestar os melhores cuidados aos doentes em fim de vida. T7.12.</i></p> <p><i>A experiência é muito importante. T9.9.</i></p> <p><i>Eu acho que a relação que se vai estabelecer, com este tipo de doentes, tem de se ter já alguma vivência, tem de se ter experiência de vida e experiência profissional para se conseguir cuidar do outro que está a morrer. T8.18.</i></p> <p><i>Os fatores que nos ajudam a arranjar estratégias para cuidar em fim de vida, primeiro tem a ver com a experiência. Com as nossas vivências. Com a perspectiva que nós temos da morte. T4.8.</i></p> <p><i>Resumindo para além das experiências que se tenha em termos de vida, das representações que temos da morte, da forma como a aceitamos, a aprendizagem do cuidar é extremamente importante. Todas estas vertentes são importantes. T4.11.</i></p> <p><i>Aprendi pela experiência de ter diversas oportunidades de cuidar em fim de vida e também da partilha de experiência em equipa. T6.18.</i></p> <p><i>O que tem vindo contribuir ao longo destes anos são a experiência, a parte prática do dia-a-dia nestas situações de fim de vida, o falar com o doente, com a família, com todo o meio envolvente. T7.9.</i></p> <p><i>A minha opinião mudou completamente, quando nós conseguimos identificar fatores que para o utente ou para a família podem ser facilitadores da sua passagem. T10.8</i></p> <p><i>Foi a minha experiência que me fez repensar muito no tipo de cuidados que eu prestava no início e que agora faço de forma diferente, porque estou mais sensível a todos estes aspetos. T10.9.</i></p> <p><i>Outro aspeto que também me deu confiança foi o facto de trabalharmos por áreas geográficas pois ao termos famílias que iam sendo as mesmas ao longo do tempo acabávamos por criar laços e dar um tipo de resposta mais completa e personalizada. T10.20.</i></p> <p><i>só com a experiência é que nós vamos aprendendo a lidar com a morte e conseguir ajudar. Porque lidar com a morte nós podemos lidar bem, mas não conseguir ter o papel que é pedido ao enfermeiro que é acompanhar os doentes e a família, isso só se consegue com a prática. T1.15.</i></p>
--	--	-------------------	---

	7e) Aprendizagem em com a equipa	Pela apropriação dos saberes e experiência dos outros colegas	<p><i>Foi a experiência e o apoio de colegas mais velhos. T1.26</i></p> <p><i>Há pessoas que têm aquele dom e que realmente conseguem ajudar muito as famílias e no serviço há sempre algumas pessoas de referência que lidam com a morte com maior facilidade, com quem nós aprendemos. T1.18.</i></p> <p><i>A equipa que tem formação e é uma equipa que consegue gerir bem as situações (...) falar abertamente acerca desta situação e conseguimos com as aprendizagens dos outros melhorar também as nossas. T7.13.</i></p> <p><i>Os colegas sempre me acompanharam e sempre me ajudaram nessa fase inicial, em que estava a tentar encontrar o meu espaço, sempre me acompanharam e sempre me deram todo o apoio. T9.10.</i></p> <p><i>Foi também através do apoio da equipa e através do exemplo, que também me ajudaram a manter-me inquieto, e a manter-me atento e a resolver a minha inquietação T9.11.</i></p> <p><i>As visitas domiciliares não eram visitas isoladas, mas em conjunto com colegas. Foi a observação de colegas que já tinham experiência e sabiam lidar com este tipo de situação. T10.14.</i></p> <p><i>Também aprendemos com os pares. Antes de eu cá chegar já cá estavam outros que já tinham um percurso profissional feito, ora se eu puder aprender com quem sabe mais que eu tanto melhor. T11.28.</i></p> <p><i>Vamos tendo a experiência e o apoio dos colegas mais velhos, enfim vamo-nos aculturando na profissão e as coisas modificam-se. T12.15.</i></p> <p><i>A influência das chefes e dos colegas é importante. Aprendemos muito com os colegas, com a equipa alargada. T12.17.</i></p> <p><i>Para mim o que mais contribuiu foram as aprendizagens com os pares e a formação em cursos de pós-graduação. T3.9.</i></p>
--	-------------------------------------	---	---

		<p>Partilha de dificuldades com os pares</p>	<p><i>Os momentos de partilha com os colegas ajudam muito. T1.25.</i></p> <p><i>é mesmo assim, no serviço morrem uns atrás dos outros e os momentos de partilha fazem falta e também é importante para nos tornarmos sensíveis e também para continuarmos a dar o apoio à família no que ela precisa. T1.31.</i></p> <p><i>Estas experiências com o morrer têm que ser digeridas em equipa, também faço isso com os meus colegas. Ajudamo-nos na partilha dos casos. T2.32.</i></p>
			<p><i>Em equipa partilhamos sempre estes sentimentos, fazemos a catarse destas emoções todas, e depois vai para casa o que tiver que ir. (...) vão alguns sentimentos, mas já vão digeridos, amadurecidos, já vai a parte boa, que nos gera crescimento, isto é uma área em que a gente cresce muito, a nível pessoal a nível profissional, ficamos um bocadinho diferentes, e isso é bom. T2.33.</i></p> <p><i>Colmatei as minhas dificuldades com os pares, tive uma chefe que era especialista em saúde mental e sempre trabalhou muito com a equipa a comunicação e os processos de fim de vida. T3.7.</i></p> <p><i>Nós próprios vamo-nos identificando com os colegas, com quem conseguimos falar sobre isso. Os colegas também nos vão já conhecendo e quando não falamos, o colega procura-nos e fala connosco. T6.19.</i></p> <p><i>Um aspeto muito positivo daquela equipa era a abertura que tinham para as nossas dúvidas e para as nossas dificuldades e incertezas que pudessem advir destas situações. T10.18.</i></p> <p><i>Essa partilha de experiência na equipa deu-me muita confiança para poder fazer visitas já sozinho. T10.19</i></p>

Quadro 31 – Orientação dos tutores em ensino clínico

Parte III – Relativa ao processo de ensino aprendizagem			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
8) Abordagem da morte como orientador dos estudantes no ensino clínico	8 a) Ajudar a gerir emoções		<p><i>Tenho essa experiência de ensinar sobre a morte. Começo por perspetivar onde é que eles gostariam de morrer. De alguma forma até do os inquietar e a partir daí falar da morte como uma etapa da vida. T2.24.</i></p> <p><i>Se envolve muito o aluno como pessoa, os seus sentimentos, a abordagem deve ser individual, mas a perspetiva do grupo e dos colegas pode ajudar bastante. O trabalhar ou discutir estas questões em grupo também desenvolve outras competências. T4.36.</i></p> <p><i>A primeira coisa é perceber o modo como cada aluno encara o processo de morrer. Que sentimentos têm? Que experiências que já tive? Depois de acordo com o perfil do aluno, a sua experiência, ou não, tentar desmistificar de acordo com aquela sensação. T6.36.</i></p> <p><i>é preciso consciencializa-los que eles também vão morrer, como qualquer um de nós. Só que nós não pensamos sobre isso, e então se nós pensarmos... Todos temos que passar por isso. T9.45.</i></p>
	8b) Ensinar a cuidar		<p><i>É muito bonito falar do nascimento, mas também é bonito falar da morte. É isto que tento explicar aos estudantes. A morte é um processo em que é preciso os enfermeiros ajudarem a morrer com qualidade o doente e dar apoio à família e transmitir-lhe que esta postura, em termos profissionais, também pode ser um sucesso. T2.25.</i></p> <p><i>Incutir nos alunos o facto de, por mais ou menos tempo que aquela pessoa fique connosco, aquela pessoa até morrer é uma pessoa que está viva, e por ser uma pessoa viva tem as suas necessidades, quer mais expressas ou menos expressas, tem a sua família mais presente ou menos presente, que temos que cuidar também. T9.19.</i></p> <p><i>é preciso acompanhar e dar-lhes a perceber aquilo que aquelas famílias estarão dispostas, ou estarão capazes, ou capacitadas para perceber, sem com isso perturbar o processo de aprendizagem do estudante. T9.20.</i></p> <p><i>na integração procuro sempre preparar os estudantes para este cuidar em contexto domiciliar.</i></p>

		<p><i>Penso que não é fácil para o estudante ver-se assim a entrar em casa das pessoas. Para mim também não foi quando vim trabalhar para os CSP. T12.27.</i></p> <p><i>A minha estratégia, tática como tutor passa um bocadinho por deixá-los ir, (...) dando-lhes consciência de desconstruir um bocadinho aquilo que está a acontecer, porque a pessoa pode estar a morrer, e os alunos nem sequer terem a noção disso. T9.12.</i></p>
8c) Orientar a formação		<p><i>Como podemos passar a informação aos estudantes sobre os processos de luto? Temos que nos sustentar em referenciais teóricos que nos ajudem a perceber como as pessoas fazem os processos de luto. T4.22.</i></p> <p><i>Há que ajudar o estudante que está no ensino superior a fazer o seu auto diagnóstico e a dirigir a sua aprendizagem para o que precisa de desenvolver. Ter hábitos de estudo e de trabalho. T11.59.</i></p> <p><i>Os estudantes preferem abordar o conforto ao doente e o apoio à família, abordamos pouco a morte com a pessoa que está a morrer. T1.36.</i></p> <p><i>Eu quando era aluno achava esses instrumentos pedagógicos uma “seca”. Agora que estou noutra perspetiva, e acho que é muito importante. Porque reflectir sobre o que nós praticamos e vivemos, é uma aprendizagem. T10.30.</i></p> <p><i>Quando eu era aluno não conseguia ver esta perspetiva da reflexão sobre a prática, mas agora que estou neste papel de cuidador e de orientador de estágio, consigo ver muito melhor. Agora tenho a noção do tipo de interpretação e de ajuda que eu posso dar a um aluno que me apresenta esses diários de aprendizagem. T10.32.</i></p>
8 d) Assumir o papel de modelo		<p><i>A forma como nos comportamos e como cuidamos, o orientador serve sempre de modelo. Seja para o mal ou para o bem, mas é sempre avaliado como um bom ou um mau tutor. T6.37.</i></p> <p><i>Eles ficam a cuidar de uma ou duas famílias. Mas depois têm a orientação do enfermeiro que tem uma série de famílias. E, portanto, aí corta logo um bocado, porque o enfermeiro anda a correr de família para família e não dá atenção à família, dá atenção ao doente. E como modelo de aprendizagem fica um pouco limitado. T8.30.</i></p> <p><i>Outra estratégia que eu acho que é fundamental é, para além de dar o exemplo, tendo em conta aquilo por que eu passei, é começar a contrariar um bocadinho a nossa formatação sobre a morte (...) nós não estamos formatados para lidar com a morte.</i></p>

		T9.13.
--	--	--------

Quadro 32 – Perspetiva dos tutores sobre a aprendizagem dos estudantes

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
9) Perspetiva sobre a formação dos estudantes no CLE	9 a) Formação para responder às emergências sociais		<p><i>A estrutura teórica que a escola agora dá é bem diferente da que eu tive há 30 anos. Não sei é se os estudantes têm capacidade para assimilar tanta informação? Parece-me que passamos do 8 para 80. T4.38.</i></p> <p><i>A filosofia dos CLE alteraram-se como toda a da sociedade se alterou. Mais tarde ou mais cedo temos que dar respostas às necessidades sociais emergentes. O curso de enfermagem vai se estruturando em função das tendências da sociedade. T11.36.</i></p> <p><i>Naturalmente que as respostas de enfermagem têm que acompanhar a onda da sociedade e o planeamento estratégico dos cursos tem de acompanhar a evolução do padrão demográfico. T11.37.</i></p> <p><i>Fala-se muito mais dos cuidados em geriatria, em fim de vida. Do cuidar para o envelhecer saudável. Já toda agente percebeu que temos a população envelhecida. Eu noto que há mais empenho das escolas em falar sobre o envelhecimento do que antigamente. T2.53.</i></p> <p><i>As Escolas estão se a organizar em função das necessidades da sociedade e dos enfermeiros. Se estão a virar-se para esta área de estudo, [fim de vida] tem cabimento e tem interesse por parte dos profissionais. É uma área onde os enfermeiros podem ter autonomia. T2.56.</i></p> <p><i>A morte acaba por vir sempre um bocadinho atrelada à doença oncológica, apesar de não ser exclusiva destes doentes obviamente. Mas penso que é um passo positivo no sentido de dotar os estudantes de melhores competências nesta área do cuidar, em que cada vez há mais morbilidade. T9.41.</i></p>
	9 b) Formação para desmistificar o tabu sobre o morrer		<p><i>Acho que nos conteúdos teóricos da Escola se deve desmistificar esta perspetiva. O aluno aprender que cuidar para a morte também é um sucesso se a morte têm uma boa resolução. Porque o insucesso é a pessoa morrer com sofrimento. T4.31.</i></p> <p><i>Na formação mudar de paradigma, porque a morte faz parte do processo de vida das pessoas.</i></p>

		<p><i>Desmistificar o percurso de vida. Muitos estudantes não têm experiência de contacto com a morte. T6.56.</i></p> <p><i>Como orientador tento transmitir aos alunos, sempre que somos confrontados com este assunto, é contrariar essa visão da morte e tentar começar a desmistificar e integrar a morte como parte do ciclo de vida, com a naturalidade que está subjacente à morte, porque é uma coisa natural. T9.18.</i></p>
9c) Abordar a morte ao longo do ciclo vital		<p><i>Ter a perspetiva de como lidar com a criança em fim de vida, como lidar com o adulto em fim de vida, como lidar com o idoso em fim de vida. São diferentes etapas com objetivos diferentes. Um adulto tem objetivos de vida que não tem um idoso. Devemos ajudar a reestruturar objetivos de vida em cada fase. Por isso eu acho que o tema deve ter uma abordagem transversal. T2.40.</i></p> <p><i>Desenvolver a morte ao longo do ciclo vital. Os processos de luto. A partir do referencial de Virgínia Henderson caracterizar as necessidades que ficam alteradas, como a de conforto, a de comer e beber e as questões da espiritualidade. T4.51.</i></p> <p><i>Em termos de ciclo vital a morte é encarada de formas diferentes. Quer para quem morre quer para quem passa pelo processo de morrer e de luto (...) Os conteúdos têm que passar obrigatoriamente por esta abordagem. A morte de uma criança é diferente da de um idoso, e os estudantes devem ter a noção de como este processo é vivido ao longo do ciclo vital. T4.21.</i></p> <p><i>A abordagem pode ser pelo ciclo de vida. Eles no 2º ano têm a geriatria e na geriatria já abordam a morte, como uma etapa normal do ciclo de vida. T2.38.</i></p> <p><i>Eu colocava o tema da morte ao longo do ciclo de vida. Nós temos a morte na criança, temos a morte no adulto, no idoso, por isso no 1º ano uma perspetiva da morte, as teorias sobre a morte. As etapas do processo de morrer. T2.39.</i></p> <p><i>Os deficits de aprendizagem, quanto a mim, não podem ser apontados aos planos de estudos, cada escola pode ter o seu, com algumas diferenças, mas todos nós aprendemos a cuidar ao longo do ciclo de vida. Todos nós usamos os mesmos referenciais teóricos. T11.58.</i></p>
9 d) Preparação gradual para cuidar em fim de vida		<p><i>A construção da morte não deve ser só no 4º ano, deve vir desde o primeiro ano. Começar por trabalhar o tema em fundamentos. T3.27.</i></p> <p><i>Este ensino deve ser gradual ao longo do curso. E preparar que, nós na verdade não somos formados</i></p>

		<p><i>só para a vida, e também há um aspeto importante que é a morte. E, portanto, ir desenvolvendo este aspeto ao longo dos quatro anos. T8.27.</i></p> <p><i>A abordagem da morte deve ser transversal, feita separadamente por anos: 1º; 2º; 3º, não me faz sentido, porque para mim é algo com que o estudante se depara em qualquer estágio, seja ele hospitalar ou na comunidade, porque as pessoas tanto podem estar a morrer no hospital como em casa ou em instituições. T4.45.</i></p>
<p>9 e) Preparação teórica prévia para cuidar em ensino clínico</p>		<p><i>Se os estudantes num estágio qualquer são confrontados com situações de fim de vida, para eles como jovens é mais fácil, terem um mínimo de conhecimentos teóricos, que os ajude a entender a situação. T4.46.</i></p> <p><i>Deve-se abordar a morte logo desde o início do curso, porque no primeiro estágio podem deparar-se com pessoas a morrer, e geralmente no primeiro estágio estas situações provocam grande labilidade emocional. T2.36.</i></p> <p><i>Se deparam com a morte sem lhe ser feita uma preparação teórica, se calhar vai ser muito mais penoso para eles. É sempre melhor começar a falar cedo na morte, antes do contacto com a prática. T2.37.</i></p> <p><i>Ao preparar os estudantes para estágio, para mim, é obrigatório prepara-los para saber estar nestas situações, independentemente do ano de formação em que for o estágio. Há conteúdos que eles já devem saber, como a abordagem da morte ao longo do ciclo vital, quer na perspetiva do indivíduo quer da família. T4.48.</i></p> <p><i>Não vejo que os estudantes tenham que ser protegidos não lhes abordando estes temas da morte, será mais difícil contactarem no estágio sem perceber a situação. T4.49.</i></p> <p><i>O já ter ouvido falar sobre o morrer na teoria, ajuda o estudante a mobilizar algum conhecimento, quando necessário. É lhe mais fácil estar na situação da prática e se necessário percebe que não sabe e fica calado. O que também é uma competência importante a ser ensinada e adquirida, em vez de dizer disparates. T4.47.</i></p> <p><i>Nunca se sabe quando é que num determinado contexto de estágio, quando é que contactam, ou não com a morte, mas devem ter preparação e suporte para entender a situação PE9.48.</i></p>

	<p>9 f) Mobilizar os conhecimentos para as práticas</p>	<p><i>O tipo de ensino que os estudantes têm é muito teórico, o que é importante, mas em termos práticos de aplicação prática é muito reduzida. T10.21.</i></p> <p><i>Os estudantes chegam muito «crus» em termos de tudo, de competências técnicas, mas isso nós percebemos que vão desenvolvendo progressivamente. T3.31.</i></p> <p><i>Os alunos têm alguns fundamentos teóricos, têm! Eles não vêm completamente “verdes”, agora a aplicabilidade é que muito variada, mas eles precisam de passar pelas situações. T10.25.</i></p> <p><i>Eu acho que ao longo do curso eles vão adquirindo várias competências e quando chegam ao 4º ano de uma maneira geral as competências já estão um pouco consolidadas e o que lhes falta mesmo é treino. T7.21.</i></p>
--	---	---

Quadro 33 – Perceção dos tutores sobre as dificuldades dos estudantes

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
<p>12) Perceção das dificuldades dos estudantes no percurso formativo</p>	<p>12 a) Deficits de aprendizagem em social do morrer</p>		<p><i>Temos os estudantes de 20 e poucos anos como reflexo de tudo o que a sociedade lhe está a incutir, neste momento em relação à morte. Não se fala, esconde-se, não vão a funerais. Coitadinhos entram no curso de enfermagem e toma lá a morte. Eles nunca viram, nunca presenciaram, isto é muito doloroso. T2.44.</i></p> <p><i>A experiência da morte é muito incómoda para os estudantes. Muitas vezes o primeiro contacto com a morte nestes estudantes é quando vêm para o curso e nos ensinamentos clínicos e não sabem o que hão-de fazer. T3.10.</i></p> <p><i>Há estudantes que a 1ª vez que entram num hospital é quando vêm fazer um estágio, isso é verdade. E a 1ª vez que contactam com alguém doente também é no estágio. Isto é curioso. T3.30.</i></p> <p><i>(...) devia ser uma aprendizagem progressiva, desde o início. Desde a família. Eu acho que as famílias não deviam esconder a morte das crianças. Esta questão da morte devia começar a ser trabalhada no seio familiar. T3.29.</i></p> <p><i>o que eles têm mais dificuldade é em comunicar. O que vão dizer? Que postura é que vão tomar? Isto é muito cultural, porque afastamos os jovens da morte e defendemos as crianças da morte. e não falamos da morte e não deixamos que eles chorem porque morreu alguém significativo. T2.43.</i></p>

		<p><i>Os alunos de enfermagem muitas vezes não tiveram experiências com o morrer e só contactam com estes doentes no estágio do 4º ano de saúde comunitária. T10.26.</i></p>
12 b) Compreender a conceção dos cuidados		<p><i>A dificuldade maior dos estudantes é intervir num cuidado paliativo. Aí é que lhes custa. Vão formatados para o cuidar curativo e não para o cuidar paliativo. T3.11.</i></p> <p><i>Os estudantes compreendem conceptualmente a filosofia dos cuidados paliativos, depois lidar na prática é que lhes custa um pouco mais. Vão muito pelo modelo biomédico, ver que a nossa intervenção teve eficácia curativa. Nos cuidados paliativos a eficácia existe, mas não é visível, nem é direcionada para o curar. T3.12.</i></p> <p><i>Consideram a morte um insucesso, até em termos do que eles estão a fazer e do seu investimento no doente, é essa perspetiva que eles relatam nas reflexões, é o que ressalta como sentimento. E algo que lhes custou a vivenciar enquanto alunos. Provavelmente pelo insucesso do seu cuidar. T4.26.</i></p> <p><i>A maior dificuldade para eles [estudantes] é lidar com o insucesso. Nós profissionais estamos muito vocacionados em cuidar para o sucesso, para a cura, para a melhoria do estado de saúde. T4.29.</i></p> <p><i>Porque cuidar e proporcionar uma morte boa serena, também pode ser um sucesso. Mas os estudantes não estão nessa perspetiva. Para eles a morte é insucesso, é fracasso e isso não é fazer um bom estágio. E isto é o modelo biomédico que está entranhado. T4.30.</i></p> <p><i>Na enfermagem não é fácil para o estudante organizar, selecionar e mobilizar tanta informação. Se nós pegarmos nos modelos de enfermagem atrapalhados, porque cada referencial teórico aborda o utente de modo diferente, uns pelas teorias das necessidades humanas, outros pela teoria do auto cuidado, outro pela teoria dos stressores. Não é fácil para o estudante que nem iniciado é. T4.42.</i></p> <p><i>A escola ensina vários modelos e o estudante utiliza o modelo em uso naquele serviço. Isto é num estágio mobiliza um, noutra concebe e planeia os cuidados por outro modelo. T4.43.</i></p> <p><i>Os diagnósticos de enfermagem, uns serviços constroem na nomenclatura CIPE, outros no de NANDA. E cada referencial elabora juízos de forma diferente. A construção difere, a forma de interpretar o fenómeno difere e o modo de organizar o pensamento é outro. O estudante perde-se ou baralha-se. Eu como tutora do ensino clínico estou muito atenta a esta</i></p>

		<p>dificuldade. T4.44.</p> <p><i>(...) eu digo-lhes: não podemos registar só aquilo que fazemos, isso às vezes é o menos importante, o mais importante foi o que não viram nem ouviram. Porque é preciso estar atento aos sintomas e à reação do doente e registar, passar aos colegas ou discutir com os profissionais, ou com a equipa, mas essa é uma grande dificuldade, dos alunos. T5.29.</i></p> <p><i>Os estudantes vêm com a ideia de que os doentes são operados e vão melhorar e vamos fazer uma reabilitação completa e, não é assim. Há um constrangimento da parte do aluno. T6.28.</i></p> <p><i>às vezes há esta ideia errada, nos estudantes, que ter atenção à cultura da pessoa não é necessário, se ele português. Mas nós portugueses temos que ser todos iguais? Pensar e sentir todos da mesma forma, ter todos as mesma crenças, os mesmos gostos? T11.43.</i></p> <p><i>Os estudantes às vezes também não têm bem esta noção de quando é da esfera de um generalista, ou de um especialista e qual a especialidade. T11.56.</i></p>
	<p>12 c) Dificuldade em cuidar do doente</p>	<p><i>É um tema que incomoda os estudantes, e incomoda porque eles não se sentem muito preparados, vários no seu projeto de estágio abordam depois a questão da morte, e como abordar a morte e de como lidar com a morte. T2.28.</i></p> <p><i>Eles [os estudantes] sentem necessidade ou de aprofundar o tema, se calhar porque já encaram bem, ou por dificuldade que eles tem com o contacto com o fim de vida. T2.30.</i></p> <p><i>Para os estudantes encarar a morte é difícil e principalmente se é de alguém de quem eles estão a cuidar. T4.23.</i></p> <p><i>E os estudantes tem mais dificuldades relacionais, alguns também em termos técnicos, mas isso com o treino adquire-se, mas os serviços não estão preparados para a formação. T5.20.</i></p> <p><i>Os alunos têm dificuldade em estabelecer um diálogo. As pessoas em casa dirigem-se muito ao enfermeiro e ignoram quase o aluno, tirando algumas exceções, o que os coloca numa posição bastante desagradável e difícil. T5.25.</i></p> <p><i>Lidam mal com o sofrimento. Os alunos não vêm preparados para lidar com o sofrimento da pessoa, seja físico ou emocional. T6.26.</i></p> <p><i>Outra dificuldade dos alunos é o estar presente. Estar quando não se espera que haja melhoria. T6.27.</i></p> <p><i>Eles têm que desenvolver muito a competência</i></p>

		<p><i>relacional e isso é mais difícil que o saber fazer. E o saber nós lemos, o problema é colocar em prática. T6.29.</i></p> <p><i>a falta de ler e de se fundamentar sobre o cuidar e depois aplicar na prática, são as maiores dificuldades dos alunos. T6.30.</i></p> <p><i>há situações em que os próprios estudantes também não conseguem enfrentar muito bem porque não estão à espera. T7.14.</i></p> <p><i>A maior dificuldade do estudante é o que fazer e dizer naquele momento. T7.25.</i></p> <p><i>A nível intelectual eu acho que os estudantes não estão minimamente preparados. Vem preparados para executar tarefas e técnicas e concentram-se muito naquilo. E às vezes concentram-se de tal maneira que descaram o que se passa à volta deles. Não vêm, não ouvem, não observam. T5.28.</i></p> <p><i>Os estudantes ainda estão muito virados para a parte tecnológica. Para as UCI para as urgências. (...) temos pouco tempo desta abordagem sobre o cuidar paliativo para vermos resultados. Também tem a ver com a forma como se transmite isto pelos professores, pela forma como as coisas são apresentadas para os cativar. T2.54.</i></p> <p><i>Em termos técnicos eu acho que neste momento os estudantes têm mais dificuldades do que tinham há uns anos atrás. T5.24.</i></p> <p><i>Há alunos que distanciam-se completamente do fenómeno e continuam com a porta fechada, continuam a não conseguir vivenciar esse fenómeno. Acabam por criar uma impermeabilização e uma carapaça sem necessariamente vivenciar aquilo contra o qual se vão proteger. Eles estão a pôr uma barreira protetora. T9.31.</i></p> <p><i>A perceção que eu tenho é que as dificuldades que os estudantes sentiram eram idênticas às minhas. As dificuldades em comunicar. T10.22.</i></p> <p><i>Uma das dificuldades dos estudantes é de mobilizar o que sabem, ou o que leram, para a prática. T11.60.</i></p> <p><i>Se um doente por vezes é agressivo, ou até mal-educado, os estudantes ficam muito incomodados, não entendem porque o doente reagiu assim. Acham que a pessoa está contra eles. Pedem para trocar de doente. Então é preciso clarificar-mos isto. Perguntar ao aluno, conhece os estádios de evolução do doente face á doença? T11.61.</i></p> <p><i>Como é que se pode manifestar essa revolta do doente? Não será expressa na relação com as pessoas</i></p>
--	--	--

		<p><i>mais próximas? Quem são? A família, os enfermeiros, os cuidadores. O doente não pode expressar a revolta para quem está ausente. Aí o estudante fica mais tranquilo. Entende aquele estado do doente que pode ser transitório, ou não, de outra forma. T11.62.</i></p> <p><i>Passam pelo estágio estudantes fracos, que tem muitas dificuldades a vários níveis: nos procedimentos, na compreensão dos fenómenos, na comunicação, na interpretação de sinais e sintomas que temos que saber valorizar e relacionar e pedir intervenção médica para corrigir parâmetros bioquímicos. T12.29.</i></p> <p><i>Vêm com a ideia de que não conseguem estabelecer uma relação terapêutica, como eles dizem na avaliação, mas nem sempre temos que estabelecer uma relação que seja terapêutica, pode ser uma relação de cooperação. T12.35.</i></p>
10 c) Dificuldade em cuidar da família		<p><i>Os estudantes têm dificuldade em falar sobre a morte com a família. T1.37.</i></p> <p><i>A família anda colada ao doente. Para mim é doente / família, o que não é fácil esta abordagem para o estudante no início. T2.41.</i></p> <p><i>Nas reflexões não referem os cuidados pós morte, nunca selecionam uma situação de dar apoio à família. Também porque ninguém vai solicitar a um aluno que seja ele a falar com a família, mas ele podia estar ali presente, para se confrontar com a intervenção no luto. T4.27.</i></p>
12 d) Dificuldades pela etapa de desenvolvimento do estudante		<p><i>Eu noto muita diferença dos estudantes do Curso antigo para o de agora. Talvez porque a Escola tem muitos alunos, e eles são cada vez mais imaturos. T3.34.</i></p> <p><i>É complexo abordar a morte, tendo em conta que os estudantes estão numa fase de desenvolvimento, no final da adolescência e que têm uma forma típica de encarar a morte. T4.20.</i></p> <p><i>Os estudantes estão numa idade que não sei se conseguem ter maturidade para captar tantos conhecimentos. Ouviram falar, mas não sei se são capazes de mobilizar. De saber a importância desse conhecimento e sobretudo complicam muito as coisas, que por vezes até são mais simples. T4.39.</i></p> <p><i>Nesta fase de aprendizagem ainda não chegaram à fase de poder simplificar. Têm dificuldade em reter o essencial. Agora estamos na era da informação que pode atrapalhar se não a sabem selecionar e simplificar. E perdem-se um bocado. T4.40.</i></p> <p><i>A maioria dos alunos não tem maturidade para estar e para cuidar e para acompanhar. T8.18.</i></p>

			<p><i>Nem sempre é fácil o estudante refletir. Muitas vezes, falta um pouco de maturidade para conseguir refletir. T9.27.</i></p> <p><i>Nas competências relacionais, eles são um bocadinho imaturos, pelo que devem começar logo no 1º ano a treinar e ir trabalhando nas diferentes UC de enfermagem. T3.33.</i></p> <p><i>A reflexão tem muito a ver com estes dois fatores, com o gosto de escrever e com a capacidade para se expressar pela escrita e também por uma questão de maturidade. T9.29.</i></p> <p><i>Isto para os estudantes tão jovens e imaturos não é fácil. Por isso eu compreendo os estudantes, coitados! Nunca foram postos nesta situação, se calhar tal como eu, quando era estudante estava pouco interessada na morte. T11.34.</i></p>
--	--	--	---

Quadro 34 – Estratégias para melhorar o ensino clínico

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
13) Estratégias para melhorar o processo	13 a) Ensino teórico		<p><i>Deveriam ter mais suporte teórico de conhecimentos sobre o doente em fim de vida, fazer trabalhos de pesquisa que os ajudem e não é só chegar ao estágio e ter alguns conceitos vagos. T7.17.</i></p> <p><i>A estratégia do choque de início para chamar a atenção. E uma das coisas que eu utilizei foram dados epidemiológicos que nos apresentam, T9.43.</i></p> <p><i>Basicamente é mostrar algo que os chame a atenção dos alunos sobre o morrer. T10.28.</i></p> <p><i>Os alunos, nesta fase, se calhar vir a estas aulas não é importante. Mas penso que se forem chocados, se forem impressionados, é um primeiro passo para chamar a atenção para os despertar T9.44.</i></p> <p><i>A aula expositiva é importante, mas já estamos noutra fase. O tipo de enfermeiro hoje é diferente do que nós tínhamos há uns anos atrás e nós temos que acompanhar a evolução e criar outras estratégias inovadoras no ensino. T10.51</i></p> <p><i>Se eu fosse aluno gostava que me dessem testemunhos dos profissionais de saúde e do cuidador. O dar exemplos reais. Isto podia ser presencial, ou através de um vídeo ou de uma entrevista gravada. T10.27.</i></p>
	13 b) Ensino Teórico prático		<p><i>Uma metodologia que funcionou muito bem comigo foi o roll play. Em que um professor se coloca no papel de um familiar, porque o professor tem mais capacidade de dar a volta. Deve ser uma pessoa mais</i></p>

		<p><i>experiente a assumir o papel de um familiar. T3.22.</i></p> <p><i>Resultou bem porque é importante sentir na pele, e nas aulas, as dificuldades que vai ter. Para mim a metodologia do rool play é a que me faz mais sentido. E na formação em serviço estamos a utilizar muito este método. T3.23.</i></p> <p><i>Seria bom eles terem metodologias de simulação da prática que são muito importantes T6.31.</i></p> <p><i>Para os estudantes também poderia ser uma forma de os ajudar fazendo um treino destes, com pequenos teatros, simulações é muito proveitoso. T6.34.</i></p> <p><i>Se nós fazemos aulas TP para procedimentos técnicos e de treino de mão, porque não treinamos também as técnicas de comunicação antes de vir para o estágio. T6.35.</i></p> <p><i>A parte teórico prática num determinado contexto com situações destas vai ajudar o estudante quando for para um contacto clínico, vai ser mais fácil para ele, ajuda a ter uma atitude mais assertiva. Muitas vezes têm dificuldades, mas se já teve um contacto seja teórico prático vai ajudar. T7.18.</i></p> <p><i>Aulas teórico práticas com estudos de casos, com role players, simulações, torna-se mais fácil e assim não esqueciam. T7.19.</i></p> <p><i>Para além do conhecimento científico lecionado, o complementar com aulas teórico práticas, que ajudaria a aplicação do saber. T6.57.</i></p> <p><i>Todas as técnicas pedagógicas em que haja interatividade devem ser estimuladas: O rollplay, o metaplano. Não me lembro de utilizar estas técnicas na escola, só agora nas formações que tenho tido. Mas são métodos tão antigos, simples e que parecem parolos, mas que resultam, têm sido esquecidos e não deviam ser esquecidos. T10.50.</i></p>
13c) Ensino clínico	Ter experiências significativas	<p><i>Tenta-se que os estudantes tenham alguma experiência com os familiares e também com o utente que está numa fase terminal. Agora não sei exatamente se isso é suficiente para o estudante. T1.34.</i></p> <p><i>É também importante ver as 2 perspetivas do cuidar em fim de vida, nos cuidados hospitalares e nos CSP. Essa diferença, ou essa articulação é muito importante, e iria ser muito mais rico. Por fim, pôr os alunos a discutir todas essas situações. T10.29.</i></p> <p><i>Alguns estudantes estão atentos à situação do doente. Estão atentos às queixas. Querem proporcionar o maior conforto. Procuram falar com o doente. Validar a opinião dele sobre os cuidados. T1.38.</i></p>

			<p><i>Se um estudante está motivado, quer aprender, está atento às situações, vai aprender sempre e aquela experiência valeu-lhe, ajudou-o a ser enfermeiro. Outro que está ausente, não se interessa, não capta a experiência como algo positivo. Tem medo até de se aproximar. Ambos podem ter as mesmas condições, mas cada um capta e apreende as coisas de forma diferente. T11.64.</i></p>
13 d) Metodologias da componente e ensino clínico	Refletir sobre a prática	<p><i>Gosto muito do registo dos incidentes críticos. Ajuda-me a mim e ao estudante a perceber o que aconteceu. Quando escrevemos lembramos de coisas que antes não tínhamos refletido, e depois todo aquele processo de análise que ele permite ajuda, pelo menos, a pensar, por isso acho que é um bom instrumento. T3.13.</i></p> <p><i>Quando a morte acontece, emerge sempre numa reflexão, porque é um investimento que eles estão a fazer enquanto prestadores de cuidados, e não estão à espera que a pessoa venha a morrer. T4.25.</i></p> <p><i>Nas reflexões sobre a prática, a última experiência que tive das reflexões, eu acho que eles fazem igual para todos os casos. T8.21.</i></p> <p><i>O papel é branco, leva o preto que a gente lhe puser lá em cima...e eles fazem aquilo porque têm que entregar, e porque têm que ser avaliados. A reflexão é mais como uma obrigação que o estudante tem e não uma vontade de refletir ou de repensar as suas práticas. T8.22.</i></p> <p><i>É por este caminho reflexivo que nós aprendemos a prestar bons cuidados. A reflexão sobre a nossa experiência ajuda-nos a melhorar o cuidar do outro. T4.33.</i></p> <p><i>Uma das coisas que costuma resultar bem é as reuniões com o docente, ou com o orientador, com o profissional no contexto. T9.22.</i></p>	

		<p>Partilha de experiência entre pares</p>	<p><i>No final do estágio fazem reuniões de análise das práticas, mas é muito expositivo, não é tanto uma partilha de experiências. T5.38.</i></p> <p><i>Uma coisa que nós fazíamos muito pouco e que, eu acho que ajuda. É a partilha entre eles, em grupo, partilhar entre vários estudantes, aquela experiência. T8.20.</i></p> <p><i>Se nós estivermos numa partilha de grupo, são casos específicos em que eles não têm a resposta feita, nem têm tempo para a resposta formatada. Não está nada elaborado. E aí nós apercebemo-nos mais das necessidades que eles têm. T8.23.</i></p> <p><i>Eu acho que essas reuniões de pares são muito produtivas. Porquê? Porque há estudantes que partilham experiências diferentes, uns vêm de um contexto em que o objetivo o curativo, predominantemente a reabilitação e a cura. Enquanto outros estão nos serviços de oncologia, que poderá ter várias facetas, e onde o fenómeno morte poderá ocorrer com mais recorrência. T9.23.</i></p> <p><i>Um estudante que tenha vivenciado o fenómeno da morte transmitir a sua experiência para outro estudante que continue sem fazer a mínima ideia, ou que o conceito de morte é apenas uma coisa falada nas aulas, ou que tenham vivido isso de forma pessoal, é muito diferente do que ter, mais uma vez, alguém, um enfermeiro ou um docente a falar sobre isto. T9.24.</i></p> <p><i>Acho que as reuniões de pares são sempre benéficas. T9.25.</i></p> <p><i>Numa reunião entre pares, a própria curiosidade dos outros acaba por estimular a pessoa, o estudante a refletir naquele momento e a perceber que vivenciou, realmente, alguma coisa diferente e que, sobre a qual, importa pensar um pouco mais. T9.28.</i></p> <p><i>Ao escrever conseguimos identificar quais são as nossas dificuldades, o que eu fiz, o que eu devia fazer, e orientar a nossa prática numa nova situação. E isso é muito importante. T10.31.</i></p> <p><i>Tenho a sensação que há uma partilha de material entre estudantes. O mesmo trabalho é para vários estudantes, que estão afastados nos ensinos clínicos, ou são de professores diferentes e estão em ensinos diferentes. T8.26.</i></p> <p><i>As reuniões de partilha de experiências devem ser em qualquer momento. T2.34.</i></p>
		<p>Projeto de estágio</p>	<p><i>Eu gosto muito da metodologia do projeto. Mas depende também daquilo que cada escola preconiza.</i></p>

		<p><i>Serve para ir ao encontro das dificuldades que os alunos têm, principalmente alunos do 4º ano, T2.35.</i></p> <p><i>A metodologia de projeto em si é boa. Mas, às vezes, há muitos projetos não são bem desenvolvidos. É o que dá jeito! Ou o que fica bem na hora! E, às vezes, não é muito eficaz para o que se pretende. T8.24.</i></p>
	<p>Diário de aprendizagem / Jornal de aprendizagem</p>	<p><i>O diário de aprendizagem, (...) acho que é mais descritivo e menos reflexivo que a metodologia que utilizava o ciclo de GIBS. T3.14.</i></p> <p><i>Quando se pedem documentos, relatórios, diários de aprendizagem em que se pede ao aluno que reflita sobre a sua experiência, geralmente as experiências selecionadas são as que abordam a morte. T4.24.</i></p> <p><i>Os diários de aprendizagem ajudam muito a refletir, mas não significa que tenham que ser feitos todos os dias, mas sim de acordo com ocorrências significativas para o estudante, que o levem à análise quer na perspectiva dele como cuidador, quer na perspectiva do cliente cuidado. Isto promove a autoanálise e o autodesenvolvimento. T4.32.</i></p> <p><i>Os diários de aprendizagem ajudam o estudante a construir essas competências e a ver as duas perspectivas, na de cuidador e na de ser cuidado, num determinado contexto e face a uma situação ou acontecimento. Isto promove o autodesenvolvimento. T4.35.</i></p> <p><i>o diário de aprendizagem, ou o registo de incidentes críticos são importantíssimos. Quando o aluno é levado a escrever o que observou, o que ouviu, o que sentiu, acho que o ajuda muito. T5.36.</i></p> <p><i>Quase todos os estudantes que fazem os diários de aprendizagem, cerca de 90%, são quase sempre relatos de situações emocionais. (...) como se sentiu, como reagiu, sentiu que não esteve apto a cuidar naquele momento. Ou reagiu de forma que não esperava reagir. T6.39.</i></p> <p><i>O que lhes é pedido é que façam um diário de aprendizagem, uma reflexão, por escrito para no dia-a-dia irmos falando das suas angústias, os seus medos, as suas dificuldades de modo a podermos ultrapassar qualquer situação que lhes seja mais intimista para eles não ficarem em stress nestas situações de aprendizagem. T7.15.</i></p> <p><i>Os diários de aprendizagem, as reflexões sobre a prática são boas metodologias para ajudar os estudantes, pelo menos nas experiências que eu tenho estas metodologias tem valorizado muito o trabalho deles, como os tem ajudado a ultrapassar as dificuldades que eles verbalizam, oralmente ou por</i></p>

			<p>escrito. T7.16.</p> <p><i>Eu acho que há muita coisa escrita que passa de uns alunos para os outros, o professor pensa que aquele documento é de novo...E aquilo já rodou, já vem de trás, já foi passando de uns alunos para outros. T8.25,</i></p> <p><i>A frequência com que o diário de aprendizagem deve ser feito eu não sei qual a melhor. Acho que devem ser os estudantes a selecionar os casos e por exemplo dois diários por mês de experiências significativas. T10.33.</i></p> <p><i>Os jornais de aprendizagem, ou as reflexões mexe um pouco mais com a capacidade individual do estudante conseguir, de facto, refletir. T9.26.</i></p>
--	--	--	--

Quadro 35 – Análise da estrutura da formação pelos tutores

Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
14) Apreciação da estrutura formativa	14a) Papel dos tutores da prática clínica	Orientação centrada no estudante	<p><i>A orientação do estudante é muito em par com o tutor e não tanto um trabalho de equipa. T1.35.</i></p> <p><i>Com o estudante que me está distribuído eu trabalho sempre individualmente. Reunimos os dois, eu e ele e falamos sobre o que sentiu, ou não sentiu, tipo de dificuldades. É uma situação que para ele não é normal, como foi? O que lhe pareceu? o que achou? T3.15.</i></p> <p><i>As reuniões dos tutores com o aluno devem ser individuais para trabalhar as dificuldades daquele aluno, porque cada um tem as suas dificuldades. T3.18.</i></p> <p><i>se o estudante precisa no momento de ser ajudado há um momento in loco para ajudar o estudante a refletir sobre a sua prática, se não, pode ser criado um momento no final do turno, quando se fica mais disponível. T6.40.</i></p> <p><i>Com os tutores eles estão mais à vontade, são 8 horas de trabalho lado a lado. T6.42.</i></p> <p><i>Nos ensinamentos clínicos é necessário que os orientadores estejam muito próximos destes estudantes, numa relação de proximidade, porque o estudante está para aprender e o enfermeiro orientador também está para aprender e é necessário que ele conheça o estudante. T7.30.</i></p> <p><i>Quando eu tirei o curso os professores eram vistos como alguém que nos dificultava a vida. Mas agora eles percebem que nós estamos cá para os ajudar na</i></p>

		<i>formação e a superar as dificuldades. T6.41.</i>
	Orientação centrada no conhecimento	<p><i>Eu acho que eles estão numa fase de formação, portanto, tento ir sempre pela parte de pesquisa bibliográfica, de informação sobre como se deve atuar, como se deve comunicar, o respeito que se tem de ter por aquela pessoa, por aquela família naquele momento especial, o não se envolver muito. T8.12.</i></p> <p><i>O papel do orientador da prática também é o de ajudar o estudante a selecionar o que é importante e a simplificar. Eles nesta fase precisam de ser orientados para não se perderem com tanta informação. T4.41.</i></p> <p><i>eu falo do assunto [morte] de uma forma tranquila, e posso-os ajudar em termos de recursos bibliográficos, mas o que é certo é que vários estudantes no seu percurso formativo quiseram desenvolver estratégias para lidar com a morte, não só aqui no CS em cuidados continuados, mas noutros locais. T2.29.</i></p> <p><i>O orientador ajuda-o a ver que conhecimentos é que ele tem. O que precisa de procurar, para conhecer e para se autoconhecer a ele próprio. T7.31.</i></p> <p><i>O orientador tem que estar desperto e não pensar que o estudante sabe tudo, como por vezes pensam. T7.32.</i></p>
	Orientação centrada na prática do cuidar	<p><i>Ajudo os estudantes a comunicar com o doente e com família neste processo de fim de vida. T2.26.</i></p> <p><i>Transmito aos estudantes o que é morrer com dignidade? Envolve toda esta questão do controlo dos sintomas, da escolha do local, se a pessoa quer morrer em casa ou no hospital. O suporte a dar ao doente e família caso venha a falecer em casa. Clarificar em que podemos ajudar. T2.27.</i></p> <p><i>Faço a integração e depois discuto com eles o que eles querem aprender, ou treinar, ou adquirir mais competências. Tendo em conta os objetivos de estágio a etapa de formação do estudante (geralmente 3º ou 4º ano), vou os ajudando a construir o projeto deles. T11.38.</i></p> <p><i>Discutir com o estudante o que ele escreveu. Porque se ele acha que estamos a banalizar o instrumento, então acabamos mesmo por banalizar. Se o aluno não tem o feedback do que ele escreveu/vivenciou passamos uma imagem muito negativa como orientadores. T10.34.</i></p>
Complementaridade dos dois parceiros envolvidos na	Articulação dos tutores com a escola	<p><i>Quando o estudante escreve e analisamos um documento escrito é mais fácil, porque ele já trabalhou sobre o assunto. Mas eu acho que isto tem de ser trabalhado com o professor da escola também. T3.16.</i></p> <p><i>Acho que este processo de análise dos diários deve ser feito em dois momentos, ou pelo menos faseado.</i></p>

	<p>formação</p>	<p><i>Primeiro o estudante e o tutor, numa relação de parceiro, depois acho que o professor tem de participar. Ele tem um aporte de conhecimentos que é diferente do meu. Pode ter uma visão diferente das coisas e é um elemento externo, com outro olhar e uma perspetiva de observador. T3.17.</i></p> <p><i>É preciso estreitar a relação da escola com os campos de estágio, com um contacto mais próximo entre as pessoas que vão orientar os estudantes, os docentes daquele grupo e os enfermeiros da prática. T5.32.</i></p> <p><i>O escrever é um momento de reflexão e eu aproveito muito esses momentos para dialogar com o aluno, acho que são fundamentais esses momentos próprios de orientação entre o aluno e o professor e o tutor, onde haja uma reflexão conjunta são momentos em que se aprende e cresce muito. T5.37.</i></p> <p><i>(...) devemos partilhar o processo, nesta triangulação, com o aluno e o docente para encontrar o método mais adequado, ou identificar onde o aluno tem mais dificuldades. Porque nós orientadores também temos as nossas limitações e o saber que podemos contar com o apoio do professor, nos aspetos pedagógicos é bom. T6.58.</i></p> <p><i>Poderia ter algum impacto, seria trazer pessoas de fora, se calhar mesmo enfermeiros do IPO, por exemplo, para em pequenos grupos fazer uma espécie de seminário, uma espécie de conferência, uma partilha com os estudantes. T9.42.</i></p> <p><i>A discussão do trabalho de reflexão sobre a prática deve envolver o estudante, o professor e o enfermeiro orientador. T10.35.</i></p> <p><i>Numa avaliação intermédia a possibilidade de haver ali um documento escrito pelo aluno até ajuda a detetar dificuldade e encontrar estratégias para as superar e devemos aproveitar esse momento para ver se estas são ou não superadas no final do estágio. No final caberá aos dois [docente e tutor] fazer essa avaliação e discutir o trabalho do aluno. T10.36.</i></p> <p><i>O estudante refere situações da prática que terá que ser vista com o orientador de estágio e o aluno, o tutor está ali como intermediário, deve dar a sua opinião e tem a sua experiência pessoal e profissional e pode dar contributos. T10.37.</i></p> <p><i>O aluno aprende a dar o significado às coisas. Por isso é que precisamos de um tutor na nossa formação. Alguém mais experiente que vai à frente, já fez aquele percurso e nos ajuda a perceber as coisas, que podem ter outro significado. T11.63.</i></p>
--	-----------------	--

		Dificuldades emergentes	<p><i>Seria bom um contacto com os alunos prévio, antes do estágio e isso já foi feito. Agora os alunos caem um pouco aqui de paraquedas, o que é mau para os enfermeiros tutores e péssimo para os estudantes. Era importante este conhecimento prévio sobre o que nós fazemos, o que os alunos vão encontrar. T5.33.</i></p> <p><i>Durante o estágio o apoio que é dado é muito limitado e muito pouco. O professor vem no primeiro dia, depois vem fazer uma avaliação intermédia e por fim uma avaliação final. E o estágio tem muitas lacunas. O professor vem ao estágio fora dos momentos avaliativos, se há alguma ocorrência negativa que justifica a sua vinda. T5.34.</i></p> <p><i>O enfermeiro orientador está muito sozinho com o aluno, durante muito tempo. Era fundamental haver uma proximidade maior entre a escola e os tutores do aluno. T5.35.</i></p>
--	--	-------------------------	--

Quadro 36 – Análise dos contextos da prática clínica

Parte III – Relativa ao processo de ensino aprendizagem			
Área temática	Categoria	Sub categoria	Unidade de Registo
13) Influência do contexto onde decorre o ensino clínico na aprendizagem	Contextos de práticas deficitárias	Deficit no trabalho em equipa	<p><i>O enfermeiro trabalha muito sozinho. Não há um verdadeiro trabalho em equipa. O apoio psicológico é inexistente. É uma grande lacuna das instituições e o enfermeiro não pode ter a pretensão de fazer tudo. T5.10.</i></p> <p><i>Vejo só os enfermeiros preocupados com esta área, dos cuidados paliativos, mas sem o envolvimento de outros técnicos, nomeadamente psicólogos e médicos. T5.22.</i></p> <p><i>É difícil eu não transmitir ao estudante que não se trabalha em equipa. Eles até vêm com a noção do trabalho em equipa. Na escola falam sobre isso, e explicam o que é o correcto. T5.26.</i></p> <p><i>Na prática a articulação e o contacto com os outros técnicos é muito difícil, ou até inexistente, como nós temos dificuldade em chegar aos outros técnicos, é impossível tornar isso fácil aos alunos. T5.27</i></p> <p><i>O que nos falta é ter uma verdadeira equipa de cuidados paliativos. É ter um médico que mesmo não sendo o médico do hospital, mas que fosse um contacto ou uma referência. T7.36.</i></p>

		<p>Contextos desajustados às necessidades dos clientes</p>	<p><i>Os doentes estão calados e se calhar até querem falar e deveríamos ser nós a criar esse espaço para falar sobre a morte e o que fizemos ajuda. T1.24.</i></p> <p><i>Estamos despertos para o modelo holístico, mas depois na resposta fica muito aquém do que é necessário, e não somos um bom exemplo. T1.33.</i></p> <p><i>Nós neste serviço fazemos algumas ações paliativas, mas de forma nenhuma prestamos cuidados paliativos. T5.21.</i></p> <p><i>A estes doentes não podemos oferecer mais nada que o conforto. T6.24.</i></p>
		<p>Contextos que não valorizam a família</p>	<p><i>Nós fazemos uma intervenção de prestar cuidados emocional, falamos um pouco com a família, mas se calhar no turno seguinte não se faz nada. Não há um envolvimento real e contínuo da família para podermos ajudar, há uma resposta muito fragmentada. T1.32.</i></p> <p><i>O contacto com a família no hospital era inexistente. Quem dava a notícia da morte era o médico e havia um grande distanciamento de toda a situação de proximidade da morte. T5.5.</i></p> <p><i>Não devia acabar ali o nosso papel, com a morte do doente, mas muitas vezes acaba. O doente morre, comunicamos à família. Se a família está lá presente, damos algum apoio, mas depois acaba a relação aí. T1.19.</i></p> <p><i>Há aqueles familiares que nós vemos que necessitam mesmo de apoio, mas nem sempre é feito o encaminhamento, talvez fosse mais fácil ser feito por nós enfermeiros, mas tem de passar pela parte médica. T1.21.</i></p> <p><i>Com a morte do doente acaba todo o apoio à família. (...) Dizer, se precisar de alguma coisa, diga. É insuficiente o que fazemos. T5.43.</i></p> <p><i>No que se refere ao cuidar da família, nós enfermeiros também temos algumas lacunas. Tem sido um assunto muito falado e inclusivamente na formação profissional feita na instituição. T6.53.</i></p> <p><i>Nós percebemos e identificamos que o cuidado há família fica um pouco aquém do desejável. T6.54.</i></p> <p><i>Não têm bons referenciais da prática. Se se conseguisse mudar a prática e, por isso é que eu disse, diminuir o número de famílias por enfermeiro, aumentar o número dos elementos da equipa de enfermagem para...mas ao mesmo tempo é difícil. T8.31.</i></p> <p><i>Estamos a cuidar em casa do utente e os ambientes relacionais podem não ser os melhores e nós temos que estar atentos. Pode acontecer serem familiares a cuidar de utentes com que nunca tiveram uma relação familiar boa, ou estável. E isso é muito difícil para todas as partes: que é o utente, o familiar e o profissional de saúde que é o mediador da</i></p>

		<p>situação. T10.40.</p> <p><i>Quando vamos a casa das pessoas é que nos apercebemos bem dos dramas de muitas famílias que precisam de apoio e que o enfermeiro se centre nelas como clientes, numa visão mais global. O que devo dizer que não se faz. Vai se a casa das pessoas a correr fazer cuidados curativos, ou avaliar o desempenho dos familiares nas funções que nós lhe delegamos, ver se fazem as coisas que o doente precisa e não dá para fazer mais em tão pouco tempo. T11.50</i></p>
Contextos de boas práticas	Contextos facilitadores da aprendizagem em	<p><i>Temos que contar que todas as semanas morrem pessoas nos cuidados continuados e é sempre uma dificuldade para os alunos. Eu tento sempre mostrar esta perspetiva de que a morte é um sucesso. (...) é um sucesso ter morrido em casa como queria, morreu sem dor como queria, morreu com a família como queria, é um sucesso. T2.31.</i></p> <p><i>É natural que o estudante ainda queira ir para aquele lado onde se revê mais competências. Mas isto vai ter um ponto de viragem. Já não há aquela crença que os enfermeiros das tecnologias é que são os «topo de gama». Já se começa a perceber que podemos ser bons em áreas diferentes. T2.55.</i></p> <p><i>Para eles foi fundamental este ensino clínico em cuidados continuados na comunidade. T7.33.</i></p> <p><i>Eu não estava habituada a este cuidar para o fim de vida assim em contexto comunitário. Vinha do hospital, de outro ambiente e estava um pouco desfasada desta forma de prestar cuidados. O estar ali em casa das pessoas, a proporcionar o melhor ambiente para eles, é muito enriquecedor. T12.22.</i></p> <p><i>é diferente o contacto com a morte no hospital. Porque o hospital é o nosso espaço. O indivíduo morre, faz-se a múmia e despacha-se. T7.34.</i></p> <p><i>Há neste serviço um grande investimento, no conforto, no bem-estar, que tanto pode ser físico como mental, ou espiritual. Aqui a dimensão espiritual também é muito considerada. Quando falo na enfermagem multicultural temos também em conta a cultura, as crenças e a religião de cada pessoa. T11.40.</i></p> <p><i>Este contexto de cuidados deve ser significativo para eles. Normalmente quando selecionam situações da prática para reflexão, ou para a partilha de casos, vão buscar muito os casos que vivenciam nos cuidados em casa. É porque é importante para a sua aprendizagem. T12.28.</i></p>
	Contextos onde valorizam o papel da família	<p><i>Há essa preocupação em orientar a família e há algumas famílias que continuam, em tratamento após o familiar falecer e se calhar durante seis meses, senão mais, com orientação da saúde mental. T1.20.</i></p> <p><i>Em contexto domiciliar é completamente diferente do cuidar no hospital, nos estamos em casa da família, junto do passado, há as fotografias as memórias de tudo, estamos</i></p>

		<p><i>com a família, com os vizinhos com os amigos, com as pessoas significativas. Nos no hospital temos um doente na cama e uma família mais ou menos ansiosa, ou não. T2.19.</i></p> <p><i>Nos CSP às vezes é mais necessário cuidar da família que do doente, muitas vezes o doente já esta numa situação semi comatosa de caquexia, aqui é mais o cuidar da família do que propriamente do doente. T2.20.</i></p> <p><i>A família é muito importante, é ela que cuida, nós vamos lá, várias vezes por semana, mas fechamos a porta e vimos embora a família é que tem ter capacidades e habilidades para cuidar e precisa de ser cuidada. T2.21.</i></p> <p><i>A família faz um esforço enorme, para ter estes doentes. São pessoas muito vitoriosas, tem que se reconhecer muito este trabalho. Eles são mesmo uns super heróis, numa área que desconhecem, cuidar destes doentes, com tudo o que acontece e com pouco suporte. T2.22.</i></p> <p><i>Cuidar no hospital é difícil, mas é mais fácil do que aqui nos Cuidados de Saúde Primários. Para além de que nos cuidados continuados estarmos mais próximos da família é um acompanhamento contínuo, muito prolongada no tempo. T5.3.</i></p> <p><i>No hospital nós enfermeiros estamos mais protegidos. Nós em casa dos utentes estamos completamente expostos. Temos que trabalhar mais com o doente, mais com a família, eles têm sempre a última palavra a dizer. Esta proximidade e a relação que se cria entre utentes e enfermeiros em contexto domiciliar é fundamental. T5.40.</i></p> <p><i>Quando há uma situação de morte eminente é abordada este assunto contextualizada toda a situação, quer do doente quer da família, como estão a vivenciar, se a família está preparada, se já foi feita alguma formação. T7.14.</i></p> <p><i>Nos cuidados continuados o enfermeiro não se pode dissociar de todo o processo de morrer. O doente de facto morreu, em casa, mas temos a família para cuidar. Temos um processo de luto para ajudar a elaborar, e isso requer alguma continuidade. Nós não estamos só para cuidar dos utentes, mas para cuidar da família e de todos os intervenientes. T7.35.</i></p>
--	--	--

Quadro 37 – Análise das competências a desenvolver pelos estudantes

Parte IV – Relativa à aprendizagem do estudante			
Área temática	Categoria	Sub categoria	U. Registo
13) Competências a adquirir	13a) Domínio dos saberes	Desenvolver e	<i>Mas também estão muito «crus» em termos de orientação, da colheita de dados para o histórico de enfermagem. Mesmo nos saberes do domínio cognitivo, parece que não sabem organizar o</i>

pelo estudante para cuidar em fim de vida	teóricos	Mobilizar conhecimentos teóricos e conceituais	<p><i>pensamento. T3.32.</i></p> <p><i>Não coloco de lado a necessidade de conhecimentos técnico científico. T6.44.</i></p> <p><i>o processo de luto para os estudantes terem uma noção das etapas e os aspetos relacionais em termos de comunicação. Isto para terem algum suporte que só depois será desenvolvido, mas já sabem um pouco. T1.50.</i></p> <p><i>Em termos éticos o estudante precisa de ter presentes e mobilizar alguns conteúdos. T4.52.</i></p> <p><i>Pode haver fases do processo em que a pessoa está e perceber que ao longo do dia pode passar por diferentes fases, a pessoa no mesmo dia pode ter fases de aceitação nuns aspetos, rejeição doutros, negociação doutros. As coisas não são tão lineares como nós julgamos. T9.57.</i></p>
	13b) Domínio da reflexão sobre a prática		<p><i>O principal no cuidar não é a sofisticação, claro. Requer, acima de tudo, reflexão. T9.46.</i></p> <p><i>Mas a componente reflexiva é fundamental, é o pilar do desenvolvimento do tal perfil de competências para prestar cuidados nesta área. T9.4.</i></p> <p><i>As competências ligadas à reflexão são importantes nesta profissão. T12.34.</i></p>
	13c) Domínio dos saberes práticos	Aprender a cuidar da pessoa nas várias dimensões	<p><i>A vivencia da morte em termos culturais é importante, T1.49.</i></p> <p><i>È necessário os enfermeiros terem algumas noções e abordarem a transculturalidade, nos cursos. T1.52.</i></p> <p><i>Também algumas religiões têm rituais de fim de vida que lhes são próprios e nós não conhecemos, ou não valorizamos. T1.53.</i></p> <p><i>O estudante deve ser capaz de mobilizar os conhecimentos éticos e os valores que o norteiam. O desenvolvimento da sua espiritualidade, porque isto é uma construção global da pessoa que é o estudante. T4.54.</i></p> <p><i>De início podem esquecer, mas se nós chamamos a atenção para a necessidade de prestar cuidados culturalmente adequados, os estudantes passam a valorizar. T11.41.</i></p> <p><i>Posso não saber todos os rituais de uma cultura ou de uma religião, mas devo estar atenta a essa dimensão do cuidar. Em que medida o sistema de crenças e valores do doente influencia a forma como ele, ou a família dele quer que ele seja cuidado. T11.42.</i></p> <p><i>é muito importante o cuidar espiritual, mas isso é muito difícil. T5.13.</i></p>

		<p>Mobilizar instrumentos básicos de enfermagem</p>	<p><i>Há coisas que são básicas, o treino de saber observar. O enfermeiro tem que ter esta competência, ou capacidade de ser um bom observador, ter olho clínico, há pormenores que não nos podem escapar. T12.30.</i></p> <p><i>Quando vem para este estágio no 4º ano já deviam saber utilizar os instrumentos básicos de enfermagem: o observar, o saber comunicar e reformular a comunicação. O saber distinguir o importante do acessório e isso deve ser espelhado nos registos de enfermagem que se fazem. T12.37.</i></p> <p><i>O identificar a situação e saber para quem a devem encaminhar. Isto creio que faz parte das funções de um generalista? Não se pede ao licenciado que faça tudo, mas que saiba diagnosticar e encaminhar de forma correta? T12.38.</i></p> <p><i>As técnicas até são uma coisa que eles gostam. Estamos a falar na via de administração oral, subcutânea, as técnicas pouco invasivas. É sempre uma área que os desperta pelo facto de ser diferente. (...) Tudo é muito avaliado em termos de benefício para o doente. T2.42.</i></p>
		<p>Proporcionar bem estar</p>	<p><i>Todos estes pormenores do cuidar são difíceis de interiorizar apenas com um conhecimento teórico, a passagem por estas experiências são mais uma vez fundamentais para uma correta mobilização dos conhecimentos. Pela minha experiência na orientação de alunos considero que eles não estão muito atentos aos pormenores que contribuem para o bem-estar do doente. T10.42.</i></p> <p><i>O ambiente físico era um aspeto em que eu estava muito desatento e que também faz muito sentido. Nós temos que valorizar onde é que o utente se sente mais à vontade, onde está melhor. T10.41.</i></p> <p><i>Saberem distinguir as coisas clinicamente e aliviar os sintomas de desconforto. E não estou a falar em dar só o analgésico e já está a missão cumprida. Não há outras técnicas não farmacológicas que promovem conforto e bem-estar e os estudantes têm que aprender a valorizar esses aspetos. T11.45.</i></p>
		<p>Avaliar e controlar os sintomas</p>	<p><i>Nos aspetos de conforto físico, controle da dor não há grande problema, geralmente os alunos estão despertos. T1.41.</i></p> <p><i>o valorizar muito o controlo de sintomas, valorizar muito a dor do doente. É uma parte muito importante que ainda não se chegou ao nível que se pretende. Pensei que nesta fase os alunos já valorizassem mais a dor. T2.47.</i></p> <p><i>Isto preocupa-me porque nunca mobilizam estratégias</i></p>

		<p><i>não farmacológicas para alívio ou controlo da dor. Como única estratégia é o doente tem que estar medicado e ponto final. T2.48.</i></p> <p><i>(...) a dor continua a ser sub valorizada pelos nossos alunos. T2.49.</i></p> <p><i>Os alunos do 4º ano ainda não sabem avaliar, nem controlar os sintomas do doente. T2.50.</i></p> <p><i>O estarem atentos a determinados sinais de dor, de sofrimento, para aliviar a dor, ou o mal-estar. T8.17.</i></p> <p><i>O que me apercebo é que na escola e nos hospitais damos muita importância à abordagem farmacológica para controlo da dor. Esquecíamos muitas vezes de passar pelos diferentes degraus referidos pela escada da dor da OMS. T10.49.</i></p> <p><i>saber fazer a abordagem da avaliação dos aspetos físicos, essa parte é importantíssima. É uma das dificuldades que eles têm. Essa competência tem que estar integrada, pode não ser nos 100%, mas pelo menos estar sensível, se assim for já estamos no caminho certo. T10.43.</i></p> <p><i>Os estudantes não têm ainda muito essa sensibilidade para a avaliação da dor. Sabem que existe dor, sabem que existem escalas para avaliar a dor e sabem que existem diversas técnicas para aliviar a dor, mas no entanto, em contexto prático parece que esquecem tudo isso. T10.47.</i></p> <p><i>Avaliamos a dor, o doente apresenta um valor elevado na escala, vamos aumentar a dose de analgésico. Também é importante saber que há técnicas não farmacológicas de alívio da dor, mas esquecemos muito das técnicas não farmacológicas. T10.48.</i></p> <p><i>Saber ter estas medidas preventivas é importante na qualidade dos cuidados. Saber distinguir os sinais e sintomas da doença de outros que podem ser complicações, intercorências, ou dados novos que precisam de ser corrigidos. T12.31.</i></p> <p><i>Eu acho que os alunos não estão sensíveis para avaliar sintomas do doente. No caso da dor eles sabem avaliar, sabem que há escalas, mas centram-se no alívio farmacológico e isso passa pelo controlo de outro profissional, (...) No alívio não farmacológico nunca tive nenhum aluno que estivesse sensível, T5.30.</i></p>
13d) Domínio dos saberes relacionais	Saber estar com o outro	<p><i>Se formos sinceros vemos o reverso da medalha, conseguimos de facto ajudar a outra pessoa porque ela também sentiu que estávamos a ser coerentes. T1.48.</i></p> <p><i>Não vale a pena estar com uma linguagem verbal quando o nosso comportamento “diz” exatamente o</i></p>

		<p><i>contrário. Não vale a pena estarmos a “ser falsos”. Porque isso também se sente. T10.23.</i></p> <p><i>É muito importante sermos autênticos na relação com o cliente. T10.24</i></p> <p><i>O estudante perceber que tem aqui uma família e um doente em fim de vida e que necessitam de ajuda, se calhar não sei como ajudar, mas estar disponível e estar ali para ouvir a outra pessoa. T1.45.</i></p>
	Comuni- car	<p><i>Comunicação é a principal competência. T1.39.</i></p> <p><i>Tentar estratégias para comunicar em fim de vida e não é fácil. (...) Os estudantes e os enfermeiros também têm muita dificuldade, mas há que começar por aí. T1.40.</i></p> <p><i>Depende das situações, às vezes é necessário chamar os utentes à razão, porque há expectativas muito grandes ou exageradas, outras vezes é o contrário, há que ajustar em função do doente. T1.47.</i></p> <p><i>As competências relacionais, sim são muito importantes. T2.16.</i></p> <p><i>Para mim as competências relacionais são o mais importante, porque nestes casos a tecnologia é fácil. T2.46.</i></p> <p><i>Mais que os instrumentos técnicos, a parte relacional é a mais importante. São as competências adquiridas e o bom uso delas que determinam a qualidade do cuidado daquela pessoa. Podemos saber um conjunto de técnicas de comunicação, mas se não as sabemos mobilizar corretamente, não dá. T4.34</i></p> <p><i>Neste estágio os estudantes são mais do 4º ano e as dificuldades dos estudantes são mais na área comunicacional e relacional. A competência relacional e a comunicação são fundamentais, depois o resto vem por acréscimo. T5.39.</i></p> <p><i>Acima de tudo os alunos têm dificuldades a nível relacional. T6.23.</i></p> <p><i>Na comunicação em enfermagem, temos o saber científico, mas cada um o aplica ao seu jeito. Passamos da ciência à arte. T6.33.</i></p> <p><i>As principais são as competências da comunicação e relacionais. T6.43.</i></p> <p><i>É importante saber comunicar, ter alguns conhecimentos em termos da comunicação. T4.17.</i></p> <p><i>As chaves do cuidar em fim de vida são a comunicação, a relação e o envolvimento. T6.48.</i></p> <p><i>E a comunicação, por vezes, é posta um bocadinho de lado porque há muito interesse e muita curiosidade em</i></p>

		<p><i>experimentar as técnicas em puncionar, em algaliar, em entubar, em fazer aquelas técnicas todas sofisticadas. T9.49.</i></p> <p><i>Quase todos sentem necessidade de melhorar as competências comunicacionais. Até porque nestes doentes não há grandes tecnologias como eles têm nos cuidados intensivos. A terapia é preferencialmente não invasiva. T11.39.</i></p> <p><i>Dar orientação técnica aos estudantes para os aspetos mais práticos da comunicação com o doente, para não lhes sair o trivial, ou seja, aquilo que é habitual e não faz sentido, como “vai melhorar”, “isso passa”, etc. T1.51.</i></p> <p><i>O estudante deve também desenvolver competências relacionais. Na comunicação o ser capaz de se confrontar e poder confrontar o outro com a morte. Ser capaz de dar as más notícias, e como se podem dar e tudo isso são técnicas que o estudante vai desenvolvendo para poder cuidar com qualidade. T4.56.</i></p> <p><i>As dificuldades dos alunos é como responder quando são abordados. T6.25.</i></p> <p><i>Quando a pessoa estende a ponte, não dizer, Oh não diga isso, não faça isso, não pense nisso, vai melhorar. T9.55.</i></p>
	Comunicação analógica	<p><i>Necessitam muito de desenvolver a parte da comunicação. Eles têm que estar à vontade para poder comunicar com o outro. Mas o estar à vontade implica ter conhecimentos. Comunicação e conhecimento estão muito ligados. T7.22.</i></p> <p><i>A comunicação tem que ser direta e muito profissional, apesar de eles terem um orientador têm que mostrar que apesar de serem estudantes é como se fossem um profissional e tem que ter habilidades nesse domínio. T7.23.</i></p> <p><i>A nível da comunicação devem respeitar os silêncios, o saber ouvir, o ouvir que é diferente do escutar. T8.15.</i></p> <p><i>O cuidar em si que, ao fim e ao cabo, é acompanhar e estar com o outro de uma forma empática. T8.16.</i></p> <p><i>(...) o saber-estar, o saber respeitar o silêncio da pessoa quando ela quer, mas quando a pessoa estende a ponte, aproveitar. E respeitar o timing da pessoa. T9.56.</i></p> <p><i>Nas competências relacionais os alunos sabem, mas têm algumas dificuldades. Especialmente na questão dos silêncios. T10.44.</i></p> <p><i>Em termos de escuta ativa, às vezes estamos a ouvir e não estamos a escutar. Ou somos seletivos no que</i></p>

		<p><i>queremos ouvir. É uma construção que temos que fazer. Mas os estudantes ficam sensíveis para estes aspetos, mas claro depende muito de cada um como é óbvio. T10.45.</i></p> <p><i>Para cuidar de utentes em processo de morrer, eu acho que devem desenvolver competências no domínio relacional, muito centrados na escuta, na autenticidade, no respeito, na validação, na confirmação. T11.44.</i></p> <p><i>na comunicação, de facto alguns estudantes conseguem estabelecer uma relação profissional com as pessoas, e até podemos confiar neles, sabemos que são responsáveis, mas outros não. Alguns ficam ali na postura da escuta passiva. T12.32.</i></p> <p><i>Claro que nós temos que saber ouvir, muito bem! Mas a pessoa fala connosco e expressa uma preocupação, uma dificuldade temos que pegar nisso. Há que validar, clarificar, ou desmistificar falsas crenças. T12.33.</i></p>
	Comunicação digital	<p><i>Temos mais dificuldades é na área relacional, não é no fazer ou aplicar um procedimento, ou uma técnica. Mas o difícil é saber estar, muitas vezes sem nada para fazer ou para dizer. É sempre uma dificuldade que nós temos como pessoas, o saber lidar com a situação. T4.57.</i></p> <p><i>Agora, as pessoas mais jovens não estão tão habituadas...aliás há outras formas de comunicação para além do cara-a-cara, há as redes sociais, há o messenger, há os telemóveis. Mas a emoção, ninguém vê a emoção da pessoa. É interessante analisar essa perspectiva da comunicação. T9.50.</i></p> <p><i>a comunicação virtual não proporciona este bom desempenho. Chegam ao hospital e nem sabem olhar na cara da pessoa. Para eles a comunicação é um fenómeno muito mais abstrato do que era para nós. T9.51.</i></p> <p><i>Têm muita dificuldade também na gestão dos silêncios, o facto de estarem simplesmente ali, a parte do saber-estar, a parte do estar ali e de constituir, só com esse facto, um elemento securizante, é uma coisa que também têm dificuldade em perceber. T9.52.</i></p> <p><i>Para o estudante não basta estar ali a ouvir aquela pessoa é preciso resolver-lhe o sofrimento fazendo qualquer coisa, que eles não sabem muito bem o que é, mas que pode ser simplesmente estar ali. E ouvir. T9.53.</i></p> <p><i>Leva-nos para a tal simplificação dos cuidados, a anti-sofisticação que existe e que é necessário para cuidar de pessoas nesta fase, ou perto da morte ou enfim no</i></p>

			<i>processo. Por vezes, basta estar ali, e saber estar e saber quando a pessoa não quer dizer nada, dar-lhe espaço para não dizer nada, T9.54.</i>
13e) Domínio dos valores da profissão	Sinceridade		<p><i>A sinceridade que às vezes é muito difícil. Dizemos exatamente o contrário do que sentimos e não acreditamos nada no que dizemos. É preciso dar confiança, transmitir essa confiança e estar presente. T1.46.</i></p> <p><i>Têm que ser autênticos. Mostrarem confiança neles próprios, autonomia, responsabilidade, terem a parte ética bem desenvolvida, estes valores perante o outro que está a sofrer, ou perante a família, são valores muito importantes. T7.24.</i></p>
	Respeito		<p><i>O principal valor a desenvolver é o respeito. Respeitar-mos o sentimento do outro. Não fazer-mos juízo de valor. Se a pessoa sente aquilo, é porque o passado origina aquele sentir. T2.51.</i></p> <p><i>Se eu me estou a construir e a desenvolver competências para cuidar dos outros, este processo tem que ser interno também. Tudo isto leva o estudante a confrontar-se com os seus próprios valores. Como o da dignidade humana, o do respeito por si e pelo outro, o estar atento às necessidades do outro. T4.55.</i></p> <p><i>Alguns valores já deviam ter sido adquiridos na família, na escolaridade obrigatória e não ser nada de novo. Mas temos que demonstrar sempre um valor que é imprescindível _ o respeito. T11.46.</i></p> <p><i>Respeito é um valor complexo. Eu respeito o outro na sua condição de inadaptado, de débil de caquético, de pessoa que se apaga dia a dia. Ou eu uso o meu poder para instrumentalizar o outro? T11.47.</i></p> <p><i>Sim o respeito envolve tantos aspetos e eu tenho que ser capaz de nas múltiplas facetas do meu cuidar demonstrar respeito pela dignidade do outro. E saber também transmitir o significado desse conceito que está presente nas minhas decisões. T11.48.</i></p> <p><i>O respeito é outro valor que é importante, mas que respeito podem tem os jovens que na turma são confrontador com os colegas a agredir o professor? Se isto é forma de estar então chegamos a cada de um doente e também agredimos ou somos agredidas, não pode ser. A agressividade mora onde não há respeito. T12.41.</i></p> <p><i>O respeito pelas crenças do outro, pela vontade do outro, há coisas que se fazem pensando que é o melhor, mas eu pergunto e qual é a opinião do doente. Ele já sabe, explicaram-lhe, ele está em condições de decidir. T12.42.</i></p>

		Cidadania	<i>Não se vem para um curso de enfermagem aos 20 anos para aprender os valores. Eu vejo pela educação que dou aos meus filhos. T12.39.</i>
		Outras valores	<p><i>É importante desenvolver a confiança e a disponibilidade nos estudantes, PE1.44.</i></p> <p><i>A responsabilidade para mim é fundamental, se eu não assumo a responsabilidade do que fiz seja bem seja mal, como é? Temos visto que quando há complicações andam todos a atirar a responsabilidade para outros. T12.40.</i></p> <p><i>Os estudantes devem ser capaz interiorizar os valores, os conhecimentos da ética e questionar a forma como são aplicados na prática. Os enfermeiros independentemente da filosofia do curso da formação que tenham ou venham a adquirir, sempre e em todo o mundo devem orientar-se de modo a estar na defesa dos utentes. T12.43.</i></p>
	Saber trabalhar em equipa		<p><i>Têm também de saber trabalhar em equipa porque a equipa também os apoia muito. T8.14.</i></p> <p><i>Tem que ser sempre uma relação baseada na educação e no respeito, quer para com os utentes, quer com os colegas, quer com os outros profissionais. T12.36.</i></p>
	13f) Domínio da gestão das emoções		<p><i>Nós em contexto domiciliar, somos muitas vezes agredidos de alguma forma. (...) Somos os que aparecemos, portanto somos aqueles que levamos com a raiva, com as mágoas, com a angústia. Temos que perceber e saber que aquilo não é contra nós. T2.52.</i></p> <p><i>O estudante deve ser ajudado a permitir envolver-se quando cuida, não um envolvimento patológico. T6.45.</i></p> <p><i>O envolvermos com os utentes é muito facilitador no cuidar em fim de vida. Estar próximo da família. O refúgio é muitas vezes não nos envolvermos, não estarmos presentes. É preciso estarmos o mais à vontade possível. T6.46.</i></p> <p><i>É bom que o estudante esteja com capacidade de exprimir os seus sentimentos, as suas emoções perante a morte. T7.20.</i></p>

	13 g) Conhecimento de si próprio	<p><i>Devem em primeiro lugar ter competências de auto conhecimento. O que é que eu penso sobre a morte e o processo de morrer. Tentar conjugar essa representação com o cuidar. T3.20.</i></p> <p><i>o mais importante é trabalhar-nos a nós, daí a importância do conhecimento intra pessoal. Primeiro a relação comigo e o que é que eu faço nesta situação. Depois quem é o outro que está a morrer e como é que eu me relaciono com ele. T3.24.</i></p> <p><i>Normalmente os estudantes tendem logo a centrar-se na relação com o outro e não param nem que seja para refletir na relação comigo. Como é que eu me sinto e me posiciono. T3.26.</i></p> <p><i>se eu “encarniço terapêuticamente” no final de vida, é porque eu não consigo aceitar a morte, como um processo natural. É a nossa relação com a morte que não está bem. É um problema connosco que se reflete nas atitudes com o doente T3.35.</i></p> <p><i>o estudante deve desenvolver outras capacidades como o auto-conhecimento, a auto análise. O confrontar-se com a sua própria morte. T4.53.</i></p> <p><i>Eles têm de estar muito auto-confiantes. T8.13</i></p>
14) Aprender a cuidar da família	14 a) Utiliza a família como contexto dos cuidados	<p><i>Eu acho que não se pode ver a família como a soma das partes. E nós normalmente dizemos que estamos a cuidar da família e estamos a somar as partes. T8.28.</i></p> <p><i>Não se pode dissociar a família do processo. E não se pode querer que o estudante aprenda de forma compartimentada. Para perceber o processo é necessário que a família esteja presente. A família também faz parte. T9.58.</i></p> <p><i>Isto de cuidar da família, todos dizem que cuidam Mas não é bem assim. Todos fazemos coisas à família, ou dizemos coisas à família, ou baralhamos a família com tanta informação. Mas será que cuidamos verdadeiramente de uma família? T11.51.</i></p> <p><i>Do indivíduo não tenho dúvidas que nós cuidamos, como podemos, mas vamos cuidando, agora da família, não sei.... Há casos e casos. Há muitos casos em que nós nos dirigimos muito mais ao cuidador formal, que nem sempre é da família. T12.23.</i></p> <p><i>Ora cuidar da família nestas situações, não sei. Nós investimos muito nos cuidadores familiares, sejam da família biológica, ou não, para os capacitar a desempenhar determinadas tarefas que eles não estavam habituados e passam a fazer. T12.24.</i></p> <p><i>Os estudantes até tem feito muito bons trabalhos no treinar estes cuidadores para as funções e tarefas que lhe são atribuídas. Investem muito neste aspeto de</i></p>

			<i>capacitar a família, ou alguns membros dela, para serem cuidadores, isso tem-se feito muito. T12.26</i>
14 b) Cuidar da família como cliente	Ajudar a família a viver este processo		<p><i>É necessário saber como ajudar a família a comunicar entre si, vive-se muito os processos de conspiração do silêncio e nós técnicos temos de estar despertos para isso e ajudar a comunicar entre eles e a comunicar com o doente. T2.17</i></p> <p><i>Temos que ser nós enfermeiros a proporcionar esse encontro e entre a família e o doente, de modo a viverem juntos o melhor possível a situação de fim de vida. T1.43.</i></p> <p><i>É necessário dar segurança à família para ela poder verbalizar o que pensa e o que sente. (...) Se a família estiver informada, esclarecida é mais fácil entender e aceitar o processo. T6.55.</i></p> <p><i>nós que somos enfermeiros, somos profissionais e temos que ajudar a família neste processo. Não são as grandes técnicas, não é nada disso, é ajudar, este cuidar em fim de vida é muito relacional. T2.18.</i></p> <p><i>no 3º ano, mas principalmente no 4º ano já o estudante tem outras condições para lidar com o processo de final de vida, para poder ajudar o doente a morrer e ajudar a família também. T7.29.</i></p> <p><i>A família daquela pessoa, se estiver a sofrer e se não for igualmente acompanhada, também essa família não vai conseguir duas coisas: não vai conseguir vivenciar o seu processo de luto antecipado ou o luto na “altura certa” e preparar-se para tal, como também não vai conseguir ajudar a pessoa a morrer a vivenciar o seu processo de maneira mais equilibrada. T9.61.</i></p> <p><i>É necessário que sejam cuidados os dois, família e moribundo, ao mesmo tempo neste processo. T7.28.</i></p> <p><i>a pessoa e família, devem ser vistas em conjunto. O que vai morrer e os familiares que ficam estão a viver em simultâneo aquele processo. A família tem que estar sempre associada. T4.50.</i></p> <p><i>É fundamental para o licenciado ter as noções básicas do que é cuidar a família a viver processos de fim de vida. T5.41.</i></p>
14 c) Cuidar da família competência do generalista e de			<p><i>Um curso de pós licenciatura nessa área do cuidar da família acho que era ótimo. T5.42.</i></p> <p><i>A enfermagem de família é uma área deve ser desenvolvida numa especialidade. T8.30.</i></p> <p><i>Na especialidade as pessoas têm outra maturidade. Por isso faz sentido que a enfermagem de família deve ir</i></p>

	especialista	<p>para uma especialidade, dada a sua complexidade. T8.34.</p> <p><i>As famílias que necessitam de cuidados mais abrangentes, são famílias mais complexas ou a atravessar momentos de crise fortes, por isso é que não estão a ser capazes de lidar com a situação sozinhas, nem têm recursos para o fazer. Aí creio que precisam de uma enfermagem mais especializada, T11.54,</i></p> <p><i>Por isso é que há enfermeiros especialistas em saúde familiar e temos que saber distinguir níveis de intervenção e áreas de especialidade, se não achamos que sabemos todos fazer tudo muito bem e isso não é possível. T11.55.</i></p> <p><i>Os estudantes cuidam das famílias como um foco da sua atenção? Digo que não, e isso será de mais para um CLE. Se eles cuidam do doente e o veem inserido numa família e mobilizam a família para o processo de cuidar, com esforço e com aprendizagem, creio que alguns são capazes de o fazer no final do curso, depois do estágio na enfermagem comunitária e da família. Serão capazes de cuidar a família como contexto, mas dificilmente noutra nível mais abrangente. T11.53.</i></p> <p><i>há vários níveis de cuidar a família, posso estar a cuidar com a família e sou parceiro nos cuidados, estou a capacita-la para ela exercer uma função de cuidador de um membro, é o que fazem muito na saúde infantil. Capacitar os pais para cuidar da criança, mas não estou a cuidar da família, numa perspetiva holística. E isso é que é preciso distinguirmos. T11.52.</i></p>
14 d) Dificuldade em desenvolver competências para cuidar da família	Deficit no cuidar da família	<p><i>Cuidar da família que está stressada, sobrecarregada, não conseguimos, de todo.... T12.25.</i></p> <p><i>O estudante também não sabe como fazer a abordagem à família, mas não relatam essa dificuldade. Não a expressam é porque não a identificam. T4.28.</i></p> <p><i>Ainda estamos um bocadinho primitivos nesta questão do cuidar da família. T5.44.</i></p> <p><i>Mas como é que a família está a viver o processo, ou aquela crise? Normalmente não sabem, nem dão atenção a isso. T6.51.</i></p> <p><i>Acho que o 4º ano, seria o ano em que nós deveríamos investir mais no cuidar da família. T8.32.</i></p>
	Foco do cuidar no doente e não na família	<p><i>Eu acho que os alunos não atendem à família, estão muito fixados naquela situação e no utente. Cada vez mais predomina o paradigma do modelo biomédico e tenho muita pena que assim seja. T5.31.</i></p> <p><i>O estudante está muito centrado em cuidar o doente e</i></p>

		<p><i>a família não é a prioridade. T6.49.</i></p> <p><i>Enquanto há ali um doente em fase terminal, o centro da atenção é o doente e não a família T8.33.</i></p> <p><i>È um processo normal na evolução do estudante de começar no doente e depois pouco a pouco ir chegando a diferentes níveis de conhecimento e intervenção na família. T6.52.</i></p> <p><i>Talvez a atenção à família venha à posterior, mas numa situação do tipo: sabem a reação da pessoa, a doença, são capaz de caracterizar o modo como o doente está a viver o processo, o que verbaliza, como é a relação do doente com a família, ainda conseguem. T6.50.</i></p> <p><i>Normalmente quando temos uma família com um dos elementos doente, a nossa atenção, até porque o tempo é mínimo, a atenção é para o doente. E a família que está a viver um processo de fim de vida também está muito fragilizada. Não têm apoio nenhuns. T8.29.</i></p> <p><i>Logo que possível integrar a família, isto em relação ao estudante, porque fazer perceber ao estudante que a família faz parte do processo e não o agora dedica-se ao utente só, à pessoa que está a morrer e a família ficará para depois. Não! São a mesma coisa, por assim dizer. Cada qual no seu papel. Não se pode dissociar a família, T9.59,</i></p> <p><i>Numa fase inicial creio que pode ser difícil, porque estão tão concentrados na pessoa... e na sua sintomatologia que é fácil deixarem de lado quem não está doente, ou quem está a sofrer de maneira diferente. Isso compete depois a quem está a ajudar o estudante, neste processo, fazê-lo perceber que não pode ver a pessoa num lado e a família no outro. T9.60.</i></p> <p><i>Claro que os estudantes estão muito mais centrados no doente, o que é normal. Muitas vezes os doentes estão aqui para aliviar o stress das famílias. T11.49.</i></p> <p><i>Os estudantes têm já algumas competências, mas a sensação que eu tenho é que eles centram-se muito mais no utente, e muitas vezes a família, ou o cuidador informal e o ambiente é muitas vezes descurado e isso eles precisam de aprender no contexto. T10.39.</i></p>
	<p>Dificuldade de estabelecer a relação com a família</p>	<p><i>a maior dificuldade é mesmo a parte comunicacional e relacional com os familiares e também incutir a comunicação dos familiares com o doente em fim de vida, T1.42.</i></p> <p><i>Em segundo lugar desenvolver competências relacionais com a família, mas eu compreendo que lhes seja difícil. (...) Exige uma grande maturidade conseguir gerir a situação. Capacidade de escuta, de</i></p>

		<p><i>não transferir. Num aluno do 4º ano não sei se ele consegue fazer este processo por falta de maturidade. T3.21.</i></p> <p><i>Para se poder criar uma ligação ou uma relação de confiança com esta família não é fácil, porque a família está a viver um momento de dor e para também ele poder desabafar com o estudante é preciso que a família esteja disponível, e às vezes não está, e o estudante não consegue ajudar aquela família que está muito centrada na pessoa doente. T7.26.</i></p> <p><i>Para que o estudante crie essa relação com a família precisa de muito tempo, são situações muito longas e até nós profissionais que já conhecemos a família ao longo destes tempos também se torna difícil, não no sentido do que fazer, mas difícil no sentido de os ajudar naquele momento a orienta-los, porque eles sentem-se perdidos. T7.27.</i></p> <p><i>no 3º ano, mas principalmente no 4º ano já o estudante tem outras condições para lidar com o processo de final de vida, para poder ajudar o doente a morrer e ajudar a família também. T7.29.</i></p> <p><i>Este que está a morrer tem uma família, não está sozinho, como é que eu me relaciono com esta unidade a família/amigos. Como vamos fazer isto? T3.25.</i></p>
--	--	--

**Universidade de Lisboa
Instituto de Educação**



**APENDICE III -MATERIAL RESULTANTE
DAS ENTREVISTAS**

**3.1 TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS DOS
PARTICIPANTES DA NO ESTUDO SOBRE:**

**“APRENDER A LIDAR COM O FIM DE VIDA
NO DESEMPENHO DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM”**

MARIA DE FÁTIMA MOREIRA RODRIGUES

**Doutoramento em Educação
Área de Especialidade Formação de Adultos**

2014

INDICE DO APENDICE III:

	Página
Transcrição das entrevistas aos estudantes	2
Transcrição das entrevistas aos docentes	198
Transcrição das entrevistas aos tutores dos estudantes em ensino clínico	350

**TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS
A 20 ESTUDANTES DO 4º ANO DO CLE**

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E1)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização do estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo masculino, frequenta o último semestre do CLE].

Tenho a Nacionalidade Portuguesa, tenho 36 anos e sou divorciado.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Teve experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte e do morrer?

Já tive experiência na morte de familiares, por exemplo, uma tia que morava connosco e morreu, lembro-me dela, tinha eu 16/17 anos, assisti à morte de mais pessoas da localidade, E1.1, mas mais próxima foi com a minha tia.

No curso teve experiência de lidar com pessoas em fim de vida, de cuidar de pessoas, ou não?

Não tive grande experiência, (...) a experiência mais próxima foi no 1º ano, na medicina, apesar de na minha prática, no meu cuidar, nunca lidei com a morte, mas onde foi mais próximo, de resto (...) não tenho passado por sítios onde possa lidar assim com a morte. E1.2.

C) Qual é a sua representação da morte? Qual o significado que lhe atribui?

É uma coisa triste, principalmente para as pessoas que gostam daquele ser, para as pessoas que têm alguma ligação.

Que sentimentos lhe ocorrem?

É uma coisa triste, perde-se aquele ser, perde-se alguma coisa, têm-se sentimentos de tristeza, frustração, saudade. E1.3. Algumas vezes por não se conseguir fazer mais, surgem sentimentos de impotência, há aquela necessidade de se poder fazer mais. E1.4.

D) Preparação acadêmica para lidar com a morte.

Como percebe a sua preparação acadêmica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

Em questão de teoria, nós abordámos o conceito da morte. Em questão de prática, como não tive essa experiência, mas acho que conseguiria. *O que me faz mais confusão é se for a morte em criança, a morte em criança ... também porque já tenho um filho, E1.5, se calhar por aí fazia-me mais confusão, sei lá, mexia mais do que um adulto ou idoso, acho que faria menos seria menos penoso.*

Como espera ou deseja ser ajudado nos ensinamentos clínicos a lidar com o processo de morrer?

Se calhar é dar-me espaço para que eu pudesse manifestar os meus sentimentos no momento e ajudasse a desmistificar alguns que possa ter, E1.6. Às vezes podia fazer-se mais isto, mais aquilo, se calhar não podíamos, (...) ajudarem a lidar com a situação, estar disponível para ouvir-me. Estar presente, acompanhar-me e sentir, E1.7. se calhar, o meu estado de espírito.

Quanto a subsídios teóricos, o que considera importante abordar nesta temática?

As técnicas até nem têm muito a ver com a morte, as técnicas têm a ver com todo o processo, em todas as situações, não na morte em específico. Portanto, aí acho que é mesmo só uma questão de relação, de sentimentos e conseguimos ultrapassar isso. Conseguimos fazer esse distanciamento, nem sei até que ponto será possível fazer um distanciamento na hora ... não vivi ainda a situação, não sei se é possível.

Considera importante ser ajudado a lidar com os seus sentimentos?

Sim. O saber estar naqueles momentos, acho que é o principal. E1.8.

E) Experiência clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Dos vários instrumentos que utilizamos em ensino clínico, o que mais contribuiu para a sua aprendizagem?

Para mim, *prefiro refletir, no momento, do que pôr no papel. Pôr no papel sinto alguma dificuldade porque no momento consigo dizer, mesmo, tenho mais espontaneidade e desejo que alguém esteja pronto para ouvir.* E1.9. No papel quando já vamos escrever, já é muito pensado, muito refletido, às vezes, se calhar já não é o real e já não tem o valor que teve no momento.

Reformulando, prefere as orientações informais com uma certa liberdade de expressão ... será isso?

Sim, e não tanto no acto formal de ser algo programado, planeado ... Isso não me ajudaria tanto, se calhar poderia ajudar outras situações que se possa conhecer e na pesquisa e que nos ajudasse. Acho que o momento próximo do acontecimento é o melhor, acho que é naquele momento. Exatamente.

Refere que as reflexões devem ser no momento, após o acontecimento, uma reflexão a quente, será isso?

Mais ou menos isso, porque depois conseguimos afastar-nos um pouco e se calhar é um bocado ... desfasado ..., no momento é mais importante.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida.

O plano de estudos do seu curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas no fim de vida?

Houve na teoria alguns subsídios, mas não sei se serão suficientes porque não foi muito aprofundado mas também, se calhar há outras prioridades. E1.10.

Em que Unidades Curriculares foi mais abordado o tema?

Foi na psiquiatria, no 3º ano, no 1º ano em fundamentos também falámos um pouco da morte, mas se calhar é só para estarmos mais despertos, se calhar podíamos ter mais um pouco, ..., mas lá está, sem termos a prática mesmo, a experiência fica incompleta.

Que competências são necessárias desenvolver para cuidar de pessoas no fim de vida?

Principalmente as relacionais. E1.11.

Já falámos da aprendizagem para cuidar dos doentes, e das famílias? Qual a sua perspetiva?

Os modelos teóricos da enfermagem de família ajudam, porque, principalmente neste 4º ano, temos mostrado muito que não é só a pessoa o objeto de cuidado, toda a família acaba por ser objeto, E1.12, e como nós, como alunos, precisávamos do orientador que estivesse próximo, se conseguimos estar próximo das famílias se calhar também estamos ajudar. Os modelos ajudam a abordar de forma mais abrangente a família, não só pensar naquela pessoa que está em fim de vida, mas sim todo o cuidador, os que estão próximos, todos os membros. E1.13.

O curso deu-lhe subsídios para vos ajudar a cuidar no fim de vida?

O curso deixou-nos muito despertos e mostrou-nos os caminhos e agora nós é que temos, também, que os desenvolver. E1.14. Isso faz parte da ... aprendizagem.

O curso deu-lhe as ferramentas?

Acho que sim, e temos que as treinar.

As ferramentas foram adequadas?

No cuidar da família sim, mas não foram específicas do cuidar em fim de vida, foram em tudo, uma perspetiva do cuidar no geral.

E que competências para cuidar de famílias?

As comunicacionais e relacionais também estão muito inerentes à pessoa, quem não as tem não consegue, E1.15, porque se vai dizer que tem de se criar, não se vai criar, tem de estar um pouco inerente, mas têm dado subsídios.

Quer dizer-me mais alguma coisa, fazer alguma recomendação, ou sugestão?

Se for pensando no fim de vida. Não sei se é muito possível, mas *se passarmos, nem que fosse uma semana por um serviço onde houvesse essas situações para podermos lidar um pouco e aprender algumas estratégias que pudéssemos desenvolver para (...)*

defender, não no sentido de defender, mas (...) *ajudar a lidar com os nossos sentimentos.* E1.16

As experiências de cuidar de pessoas em fim de vida, contribuem para os estudantes aprenderem a gerir os sentimentos e emoções?

Na prática sim, porque o cuidar, em si, acaba ... e nós vamos aprendendo a cuidar em fim de vida ...

São usados recursos tecnológicos menos vanguardistas, é isso?

Exatamente, *se nós conseguimos aliviar a dor, muitas das vezes, é um cuidado e estar próximo, é o cuidado principal que a pessoa necessita.* E1.17.

Muito bem, então posso utilizar a sua entrevista para a minha tese?

Sim pode.

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar comigo neste estudo, e devolverei a entrevista para fazer alguma emenda, ou ajustar algo que disse e que possa não transcrever da melhor forma.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 2)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE].

Tenho a nacionalidade portuguesa, tenho 22 anos e sou solteira.

B) Experiência com o fenómeno da morte

Já contactou o fenómeno da morte antes de vir para o curso, durante o curso, como é que foi o seu contacto com a morte?

É assim, antes de vir para o curso tive pouco contacto, porque apenas tive uma pessoa próxima que morreu.

Mas não teve que prestar cuidados?

Foi uma coisa que aconteceu rapidamente portanto não houve aquele período de adaptação, não houve os cuidados, era uma pessoa jovem, foi uma situação pontual, por isso *até à entrada do curso não tive oportunidade de lidar com situações de morte. E2.1*

E nos estágios, nos EC, teve essa experiência ou não?

Sim, mas não tanto quanto outros colegas meus.

Cada estudante tem a sua experiência.

Sim, *foi mais no 2º ano, (...) porque estive em neurologia, no hospital, e calhou, porque houve um dos doentes que (pausa) é o melhor exemplo que tenho, houve mais, (...) este*

para mim marcou-me, porque foi o primeiro, era uma senhora que realmente estava mal, era um pós AVC hemorrágico, E2.2, bastante extenso e realmente, entrou em fase terminal, estava muito complicado, havia problemas também, outros problemas por detrás, e acabou por entrar em cuidados paliativos, ainda estava no serviço de neurologia mas ia ser transferida só que antes de ser transferida acabou por morrer lá.

Foi esse o seu contacto com o morrer?

Sim, foi mais aí, nesse serviço.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte que representação tem do fenómeno?

Ainda estou numa fase que, por não ter tido tanto contacto com a morte, ainda é uma coisa que afasto muito, não sei, não reflito muito sobre isso, E2.3, porque não tive muito contacto nem muitas situações, acabo por ser um bocadinho como muitas pessoas, não penso nisso, não quero pensar nisso, é um bocadinho .

Como se posiciona face à morte e que sentimentos lhe estão associados?

Se calhar nesta fase é uma postura um bocadinho de defesa, é não querer tanto pensar nisso, de afastar a ideia, E2.4, de qualquer das formas, perante a morte, vejo como algo triste e evito. E2.5.

Na parte dos cuidados, quando nós estivemos lá, deu para ver um lado diferente, não é? Em que nós tentamos prestar aqueles cuidados, de melhorar a qualidade de vida, e ver que naquele momento não vamos curar mas vamos, sim, criar condições para que aqueles momentos sejam de menos sofrimento. E2.6

Por isso aí eu estive no outro lado da morte, não é? Em não é só OK, esta pessoa vai morrer, vai-se embora e não podemos fazer nada. Tive a oportunidade de ver o outro lado do que podia ser feito. Mas se calhar ainda continua a ter uma postura bocadinho de defesa.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

O que contribuiu para a ajudar a prestar cuidados aos doentes em fim de vida?

(ficou perplexa com a questão...., pelo que clarificou-se)

Se calhar é mais fácil separar as questões. Por um lado a formação curricular do

curso e depois vamos aos estágios.

Começando pelas componentes teóricas do curso, o que tem a dizer?

É assim, o conteúdo que tivemos, porque também me ajudou naquela altura, é alguma coisa, acho que sim. Eu tive aulas no 1º ano, era no pólo Francisco Gentil, mas foi um bloco de 2h e não houve, por ex. (...) *não houve um espaço, não sei, uma aula prática, no fundo, para partilharmos o que nós acabamos por falar aqui, o que é que pensam sobre a morte, ter essa perspectiva e no 2º ano, voltamos a ter, no idoso, no adulto também, mas principalmente no idoso, que falámos do luto e da morte. Ajudou-me em alguns aspetos mas sinceramente, acho que é pouco.* E2.7.

O que acha que seria mais importante ter aprendido?

É como lhe digo, *o tema da morte devia ter um espaço mais prático, por ser um tema tão complexo.* E2.8.

Mais prático como?

Não sei bem como, mas algo prático que ajudasse a lidar com os nossos sentimentos.

Com que metodologias?

Acho que *deveria ser mesmo abordado em aulas práticas. Em 1º lugar, por ex. perguntarem-nos como é que nos posicionamos em relação à morte; depois podemos mesmo dizer que medos é que temos.* E2.9. *Antes de ir para estágio podemos trabalhar primeiro a morte em termos das nossas emoções.* E2.10.

E em que etapa do CLE?

Sim (hesitação) 1º, 2º, porque é assim, no meu 1º ano, nós já tínhamos um estágio a sério, um estágio de ir para o hospital. Portanto fazia mais sentido, do que agora. Agora se calhar no 2º ano também já pode ser, era um bocadinho isso, era dar espaço aos alunos para eles próprios pensarem um bocadinho naquilo que mexe com eles, que ...
(pausa)

E o que mexe com eles?

Pode-se ir por esse lado de trabalhar um bocadinho os sentimentos, o impacto que a morte tem na vivência pessoal do aluno. E2.11.

Com aulas mais teórico práticas ... ? Com que metodologia?

Sim, sim. Sinceramente *acho que as aulas mais teórico práticas ajudariam imenso, numa primeira fase. Talvez por simulação.* E2.12.

No ensino clínico, para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida, o que é importante aprender?

Numa primeira parte aquilo que eu disse e numa segunda parte, ter estas situações que ajudam. *Há outras disciplinas que acabámos por treinar em simulação, sobre outros temas. Mas por ex. ali seria importante nós termos essa experiencia simulada.* E2.13.

Sabemos que há várias situações de morte, porque às vezes temos pessoas que tiveram um acidente de carro e que estão na iminência de morrer ou não, há outras pessoas que têm um cancro, em fase terminal e que nós também fazemos cuidados e a pessoa vai morrer e aí, se calhar sabemos que a pessoa vai morrer, mas são situações diferentes. Existem diferentes tipos de situações, que fui apercebendo-me ao longo do curso, no fundo, mas se nos alertarem logo, existe esta situação, existe esta, e podemos fazer o role playing, como a prof^a., disse, não é, para tentar perceber que tipo de resposta deve dar. *Uma coisa que eu achava que fazia falta é mesmo saber, (...) porque isto nunca é objetivo, nem é sempre assim, mas há coisas que costumam acontecer frequentemente. (...) Por exemplo, o que os familiares sentem? O que os doentes costumam dizer, no final de vida? Sabemos que as pessoas ficam mais sensíveis.* E2.14. Por ex: fui aprendendo que se calhar as pessoas desabafam mais, dizem as coisas de que se arrependem de ter feito na vida, ou gostavam de fazer e não fizeram.

Isto é, fazem a revisão de vida.

Exato, estas pequenas coisas, *no primeiro ano fazia-me sentido ter tido essa preparação mais teórico prática.* E2.15.

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida.

Nos ensinamentos clínicos, que metodologias vos ajudam a compreender e a lidar com estas situações?

Em termos de metodologia, acho que os diários de aprendizagem ajudam-nos sempre. No início, eu sou sincera, era daquelas pessoas que acham que os diários de

aprendizagem (eh) que não faziam sentido, que nós arranjávamos situações que eram assim meio ... artificiais, que ficava bonito, E2.16, sinceramente, não encontrava uma razão, um significado para as reflexões nos diários de aprendizagem.

Mas por ex., nesta situação de cuidar na morte, ou quando erramos, ou fazemos alguma coisa mal, ajuda-nos a exprimir as coisas, é mais fácil escrever, eu acho, do que estar a dizer em frente a um professor que custou muito ter que cuidar deste utente, ou isso. Portanto em termos de metodologia, acho que os diários ajudam muito. E2.17.

E como orientar esta aprendizagem com o professor?

Como?

O que é que esperam que o professor faça com a vossa reflexão?

Eu gosto de receber aquele *feed-back*, de perceber se principalmente o que eu sinto, principalmente no início, nos diários é ver todas as perspetivas que existem e um professor, por estar de fora, ou um enfermeiro, porque nós também às vezes enviamos ao enfermeiro orientador.

A quem enviar os diários de aprendizagem?

Enviar os diários de aprendizagem aos dois, sim, porque acho que às vezes já são muito da escola e às vezes o Enfermeiro por estar na prática, esteve lá connosco, acho que faz sentido aos dois.

E também *acho que se calhar ao comunicar por email, há uma coisa que poderia ser melhorada nos diários, era, enviarmos à professora, Ok nós sentarmo-nos com os diários e a discussão, com o professor, ser feita frente a frente a discutir o diário. E2.18.*

Qual a sua opinião sobre quando e como elaborar este diário de aprendizagem?

O diário deve ser escrito em casa, depois de refletir, depois de ler algumas coisas sobre aquele assunto. Devem ser fundamentados, acho que sim. É importante saber o que a evidência científica diz sobre aquele assunto. E2.19.

Que contributos para a vossa aprendizagem dá o suporte bibliográfico?

É assim, para mim *os diários faço sempre com uma componente que é só minha que é o*

que acho, que senti e pode estar certo ou errado, mas que ao procurar fundamentação, faz-me sentido, ou não, consigo justificar ou por outro lado consigo encontrar algo que realmente me justifique que aquilo não está tão bem. E2.20.

Como avaliar essa componente em ensino clínico?

A resposta deve ser numa entrevista presencial muitas vezes, pelo menos da minha experiência, nós enviamos o diário, o professor escreve uma opinião por email e fica por aí. Já não há mais orientação, até fazem questões no nosso diário, mas depois não querem muito a resposta, fica-se por ali, nunca tive muito espaço, para discutir o diário. E2.21. O professor diz Ok ou seja, não compreendi muito bem esta parte, acho que deveria fazer mais isto, mas depois no final não há um retoque daquele diário para aprofundá-lo. Por isso é que eu digo que o diário deve depois de entregue, ser discutido com o professor ou o tutor, ou o que for, seria benéfico.

Como é para si mais adequado essa discussão?

Acho que a discussão do diário deveria ser momentos em separado. O aluno com o enfermeiro orientador e o aluno com o professor. E2.22. Mas eu também nunca experimentei, de certa forma, esta metodologia de orientações separadas com o tutor e com o docente.

O processo de aprendizagem deve ser objeto de avaliação? Ou só instrumentos orientadores e facilitadores do processo?

Esta é por acaso uma dúvida que eu tenho, já pensei muito nisso. De certa forma sim, porque, (...) *a parte da capacidade de refletir é importante, ser avaliada, mas acho que às vezes utiliza-se o diário de uma maneira incorreta, que é, se o professor não concorda com a perspetiva do aluno e então muitas vezes a nota é prejudicada. A avaliação é influenciada muito por aquele diário e acho que isso não faz sentido, porque em última análise é a nossa opinião e eu já vi isso acontecer. E2.23.* A mim, por exemplo, já me aconteceu fazer um diário e como ele não foi exatamente aquilo que a professora queria a minha avaliação mudou muito, em prole disso, e por acaso nessa altura não gostei. Agora, obviamente que acho que (...) *a capacidade de reflexão tem de ser avaliada e é por aqui, portanto, tem que entrar como uma componente do processo avaliativo. E2.24.*

Qual metodologia que melhor resultou para si?

Pois é, isso é um bocadinho subjetivo para mim. Isto dos diários, há pessoas que conseguem exprimir-se melhor por escrito. Eu por acaso, até acho que consigo exprimir-me melhor a falar. Por acaso os diários, para mim eram conversas, por isso é que estou a dar aquela ideia. Eu gostava mais que fosse conversa do que propriamente escrita, para mim. Eu tenho colegas que escrevem lindamente e que são muito valorizadas, por isso.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências como licenciada, deve ter para cuidar de pessoas e de famílias, em fim de vida?

Foi uma coisa que eu pensei na altura, foi mesmo (...) *ter consciência das limitações, ou seja, acho que há situações em que devemos realmente ser capazes de dizer: _ Eu não consigo e pedir ajuda. E2.25.*

Portanto conhecer os nossos limites?

É. Mesmo enquanto enfermeiros há situações mesmo de fim de vida que nos podem tocar mais, situações que são parecidas com coisas que já nos aconteceram e acho que é importante reconhecer isso, porque às vezes não somos capazes, acho que isso é importante quando nós estamos a cuidar de alguém em fim de vida, é a primeira coisa; depois (...) *é a verdadeira empatia que nós falamos, é a capacidade de aproximar da pessoa mas distanciar-se o suficiente para cuidar realmente, parece muito bonito de dizer, mas é muito difícil na prática. E2.26.*

Isso é muito importante?

É mesmo!

Que outras competências, também considera importantes?

As situações podem muito diferentes, podem ser pessoas que não falam, porque já estão em coma, ou que não conseguem falar, e isso também é difícil, mas sim, deve ter também capacidade, junta-se um bocadinho com a empatia, é conseguir falar, (...) *conseguir estar disponível para ouvir coisas que não são fáceis. Porque a pessoa*

quando está a morrer se calhar vai dizer-nos coisas que são pesadas, por isso acho que tem de ter esta capacidade de disponibilidade para ouvir algo que se calhar vai ser difícil para ele dizer e para nós escutarmos. E2.27.

Já falamos de cuidar do doente. E cuidar de famílias a viver processos de fim de vida?

É difícil, é, lá está, quando penso que podem vir a surgir estas situações com familiares, realmente é uma das maiores dificuldades, acho que não estamos preparados para isso. E2.28. Não acho que a nível do curso tínhamos, muita preparação a nível da morte, E2.29. Temos já cuidado de algumas famílias a quem temos que dar apoio, mas (...) em termos de fim de vida, de saber o que dizer à família, acho que falta. Isso é um dos aspetos a nível teórico ou teórico prático, seja o que for, que nos falta. E2.30.

Essa aprendizagem é necessária no CLE?

Penso que seria importante ter um pouco, porque falamos tanto da família, então por exemplo, este ano, com o EC da comunidade e da família, que acho que, é assim, (...) um enfermeiro de cuidados gerais vai lidar com a morte, não é só um especialista, não é? A meu ver, em qualquer situação, onde quer que vamos, acho que devíamos ter mais qualquer coisa para ser capaz de lidar com a família. E2.31.

Muito obrigada pela sua participação, foi muito importante o que disse. Autoriza que eu utilize a sua gravação?

Sim, claro.

Quer que lhe devolva a entrevista para validar o que disse e ver se eu transcrevo de modo correto o seu discurso? Terá que me dar o seu email.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 3)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE].

Tenho a nacionalidade portuguesa, tenho 22 anos e sou solteira. Neste momento estou a estagiar em Oncologia Médica no IPO de Lisboa.

B) Experiência com o fenómeno da morte

Teve experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte

Contactei com a morte já antes de vir para o curso, não prestei cuidados nem ajudei mas só vivenciei e observei de perto as pessoas que cuidaram, E3.1; e eu apenas observei.

Tem, ou teve experiência nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

No curso no 1º ano fui para um lar e aí havia pessoas em fim de vida mas nessa altura eu não tinha ainda noção e as coisas passavam-me ao lado, não estava sensível. E3.2.

Foi só agora no 4º ano que contactei mesmo com o fenómeno e cuidei de pessoas em fim de vida. E3.3.

Na Saúde Comunitária também tive pessoas em cuidados continuados mas não tão consistente como agora, contactava com as famílias, mas não de forma regular, era mais esporadicamente.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Eu acho que tinha uma ideia diferente; pensava na morte como um fenómeno negativo e não a via como parte integrante da vida da pessoa. Sendo negativo, mas não é um processo dramático, mas faz parte do percurso, é algo natural.

Que sentimentos o processo de morrer lhe provoca?

Agora acho que faz parte da vida mesmo sendo negativo não é tão dramático, mas natural que faz parte do processo. E3.4.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Teoricamente o tema da morte e do morrer, foi muito pouco abordada, posto quase de parte. Só é mais abordado nos ensinamentos clínicos porque as situações acontecem.

Só quando fiz a opção com o Prof. Magalhães. “Quando o Fim de Vida se aproxima”, é que falamos deste processo. E3.5.

Considera que essa opção faz falta a quem não teve esta preparação?

Sim as temáticas aqui abordadas deveriam fazer parte dos conteúdos do curso.

Se não tivesse feito esta opção ficava com uma lacuna na preparação académica que o curso me dava. E3.6.

Em que momento do curso a fez?

No 2º ano e é o momento exato para fazer esta opção e abordar a morte. E3.7.

E) Experiência clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Há aspetos do morrer que deveríamos conhecer melhor, como se processa o momento da morte, mais a nível da sintomatologia, compreender os sinais e sintomas, como lidar, o que observar e fazer. Não estamos preparados para lidar com o corpo a perder

a vida e ficamos sem saber o que fazer. Falarem-nos sobre estas alterações ajuda-nos a ficar mais preparados e a compreender o que se passa. E3.8.

Há um aspeto que eu vejo mais agora no 4º ano. É que para além do doente pode estar presente a família. O curso também nos devia dar um aporte de algumas estratégias para estar e lidar com a família, estratégias para transmitir uma certa segurança, ser capaz de transmitir a informação, saber dar más notícias, saber dar apoio. E3.9.

A família está presente e também observa a nossa insegurança e não conseguimos estar disponíveis. As famílias de certa forma confiam em nós e também precisam de apoio, que nós não somos capazes de dar. E3.10.

O apoio à família pode ser não fazer nada de extraordinário, mas o saber estar, o mostrar-se disponível, isso é muito importante e não é fácil esta atitude de disponibilidade. E3.11. A minha experiencia mostra-me que quando estamos inseguros afastamo-nos e refugiamo-nos nas componentes técnicas, corremos as cortinas, não nos envolvemos. Poderia haver mais componentes teóricas para nos ajudar neste acompanhamento ao doente e à família. E3.12.

Que metodologias considera adequadas para ajudar a aprender a cuidar em fim de vida?

O utilizar metodologias mais ativas como Role-playing seria adequado para nos preparar para as situações reais. Também o deixar bibliografia disponível sobre este tema na intranet seria adequado, nem sempre lemos tudo, mas depois quando precisamos já temos ali a orientação bibliográfica para nos ajudar a refletir nos ensinamentos clínicos, E3.13.

Fez esta UC de opção no 2º ano e agora está a fazer este ensino clínico de opção no final do curso em oncologia médica. Como foi a sua aprendizagem de cuidar de pessoas e famílias em fim de vida?

Considero que não estou capacitada, mas pelo menos passei pela experiência e agora posso estar capaz de me desenvolver nesta área do fim de vida. E3.14. Capacitada nunca sei se estarei, mas estou mais preparada que antes.

E quanto ao cuidar das famílias?

Estes conteúdos de ser capaz de cuidar das famílias, talvez devam ser para uma especialidade, no CLE há muitas outras coisas a aprender, mas mesmo assim acho que devíamos estar despiertos para saber integrar a família nos cuidados e não como um recurso ou alguém estranho. E3.15.

Devíamos saber integrar a família porque muitas vezes com medo de nos confrontarmos com os nossos medos e receios afastamo-nos da família. Eu considero que agora estou mais sensibilizada para dar atenção à família. E3.16.

Que aspetos foram relevantes da sua aprendizagem nos ensinamentos clínicos?

Nas reuniões dos ensinamentos clínicos deveríamos estar mais à vontade, para expressar os sentimentos e o que sentimos face a alguns aspetos do cuidar, ou não sentimos, dizemos ou não dizemos, mas sem o espectro da avaliação. E3.17. Eu sei que a avaliação de algum modo está sempre presente, mas sem aquele peso, de sermos julgados pelo que sentimos, ou dizemos.

As reflexões e discussões sobre a prática também são proveitosas embora às vezes se caia um bocadinho no vazio porque não há feedback. E são uma forma de aprendizagem para todos, tanto para nós, como para o orientador e para o professor. E3.18.

Como deve ser feita essa reflexão sobre a prática?

Esta metodologia da reflexão, bem, (...) as reflexões sobre a prática devem ser elaboradas em casa, no final do dia. Devem ter alguma fundamentação, mas o estudante ser livre de a incorporar ou não, se eu acho que tenho alguma lacuna e a fundamentação teórica ajuda, tudo bem. A fundamentação deve estar de acordo com as necessidades que o aluno sentir. Mas depois deve ser discutida face a face com o professor. E3.19.

A reflexão tem vantagem em ser partilhada?

A partilha depende do tema, da atuação. Em grupo depende, pois é assim às vezes não se colocam as coisas que têm a ver com os sentimentos. Deve ser acordado entre professor e aluno se aquela matéria pode ser partilhada. E3.20.

Mas a partilha de experiências e de reflexões sobre a prática é proveitosa ou não?

Sim é proveitosa. *Quando há uma partilha em grupo, ouvimos um leque maior de opiniões, diferentes perspetivas interessantes, mas é consoante, tudo é relativo. Quando as experiências são partilhadas podem trazer benefícios pois surgem mais opiniões, mas também pode depender porque também podem inibir o aluno. E3.21.*

E quanto à metodologia do projeto?

A metodologia do projeto de formação pode e é interessante, mas muitas vezes cai no vazio (...) Às vezes são discutidas identificadas as nossas lacunas e as nossas áreas de interesse e necessidades, mas às vezes cai no vazio.

Porque diz que cai no vazio?

Porque às vezes é um tiro no vazio. Quando é discutido é com muita ligeireza. Devia ser reavaliado, isto é, ter uma avaliação parcelar, para ver como estava a decorrer o percurso e discutir com o orientador e professor se é necessário ajustar, acrescentar algo. E3.22.

E como é que os docentes e os enfermeiros orientadores de estágio vos podem ajudar?

Os orientadores devem ter boa componente relacional, exigentes no que esperam de nós, organizados no processo, que não se afastem dos objetivos do documento orientador de cada estágio, que explicitem bem as regras, facilitadores da expressão dos sentimentos, disponível para as nossas dificuldades e orientem nos percursos. E3.23.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que subsídios o curso de enfermagem lhe deu para o capacitar no cuidar em fim de vida?

Com esta alteração dos planos de estudos das 4 escolas, descuroou-se um pouco a parte técnica científica. Ao nível dos procedimentos técnicos deveriam insistir mais nessa parte, nas aulas TP. E3.24.

Depois ao nível da teoria, embora o processo de Bolonha preconize menos teoria e o aluno procurar o seu caminho, mas, na enfermagem há coisas que devem ser

normativas e o aluno deve atingir. Devia ser obrigatório saber antes de ir para o estágio. Depois chegamos aos locais de estágio e é nos exigido saber isso e temos que ir procurar sozinhos adquirir esses conhecimentos o que nos complica o nosso desenvolvimento como alunos. E3.25.

Deviam ser mais normativos em alguns conhecimentos que são base e de referência; como alguns procedimentos técnicos. Também os conhecimentos de patologia e farmacologia deviam estar mais abordados e cimentados. E3.26.

As aulas teórico práticas devem ser com professor presente; há muitas coisas que praticamos, mas não temos o feedback do professor. O que acontece normalmente nos procedimentos é que o professor ensina muito bem o procedimento, mas quando eu vou treinar não tenho o prof para me dizer se estou a fazer bem ou não, ou onde posso melhorar. E3.27.

Essa falta de treino para adquirir competências técnicas reflete-se na prática?

Nunca tive um orientador que me dissesse isso é um erro grave o que tu fizeste, mas eu sinto-me, enquanto aluna, incompetente porque acho que há procedimentos que eu devia já saber e não sei. E3.28.

Deveria haver mais ensino clínico médico e cirúrgico. Nos planos de estudos dos cursos anteriores os estudantes tinham experiência em cirurgias e em medicina, agora é ou medicina, ou cirurgia, era importante ter as duas coisas, E3.29.

Pelo menos está sensível para identificar e colmatar as suas lacunas formativas?

Sim de facto.

Mas para um aluno chegar ao 4º ano e não ter experiência de coisas técnicas, mesmo simples, o melhor é admitir a falha. Há muitos procedimentos mesmo simples que eu não sei. Por exemplo na escola fala-se da morte, mas depois não sei fazer cuidados ao corpo. Cheguei a estágio sem saber fazer uma múmia. E3.30.

Provavelmente é uma coisa eu vou ter que lidar na prática. Há sempre doentes que morrem.

Para aprender a cuidar em fim de vida, o que a escola poderia fazer para a ajudar a adquirir competências?

O que me custa mais é não compreender o processo, o que está a acontecer. A pessoa em fim de vida às vezes está muito ausente e eu não sei o que se passa com ela.

E outra é a falta de competência para ajudar a família, porque isso também me faz lidar com os meus medos e com a minha insegurança. E3.31

A UC do 3º ano “Relação de ajuda” para mim, ajuda nos a estabelecer uma relação, claro que não é específica para o fim de vida, nem para a família, mas é para todas as situações. E3.31.

Os referenciais teóricos lecionados neste CLE ajudam-vos nortear a prática

Os modelos teóricos ajudam muito na prática, e quanto a mim estão bem distribuídos. O modelo de Henderson no início do curso é mais simples está centrado nas necessidades que são mais fáceis de avaliar no utente O modelo teórico da Betty Neuman que faz uma abordagem sistémica mais complexa ajuda e quanto a mim está bem ser introduzido no 3º ano, porque só nessa altura é nos somos capaz de o compreender. E3.32.

Ambos os modelos me ajudaram a sistematizar e a organizar a minha prática. Os modelos norteiam o nosso processo de pensamento, e na medida que se vai compreendendo vão ajudando a orientar-nos.

Quer salientar mais algum aspeto importante que não disse, ou que eu não ajudei a explicitar?

Não. Creio que não.

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar comigo neste estudo. É muito importante como docente saber a vossa opinião e em que posso ajudar vos neste processo de aprendizagem.

Quer que lhe devolva a entrevista para validar o que disse e rever a transcrição?

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA ESTUDANTE (E 4)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino, frequenta o último semestre do CLE].

Tenho a nacionalidade portuguesa, tenho 21 anos, sou solteira e estudante do 4º ano do CLE no 8º semestre.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte.

Teve experiência anterior ao curso de contacto com o fenómeno da morte

Tive experiência com a morte dos meus avós maternos, (...) quando eu tinha 6 anos, o meu avô morreu em casa e a minha avó morreu quando eu estava a entrar para a faculdade. (...) Mas eu não quis ir ao funeral, nem ao velório. E4.1.

Teve experiência nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Aqui no curso o contacto com a morte e o fim de vida foi só neste estágio do 8º semestre no projeto. E4.2.

E como foi neste estágio?

Foi um bocadinho difícil e momentos muito pesados. Nós sabemos que as pessoas vão morrer, seja de cancro seja de outra coisa. Mas, *naquele serviço a morte é muito próxima. Eu sinto-me impotente. Não me sinto preparada para a pessoa morrer*

comigo, ou junto dela. Eu sei que a pessoa ia morrer e morreu. Mas não sei se lidava bem vê-la morrer à minha frente enquanto eu lhe estava a prestar cuidados. E4.39.

Eu sei que tenho que passar por isso, para depois dar a volta, mas agora ainda é difícil.

Em que sente dificuldades?

Tenho dificuldade em tudo. Se é uma pessoa que eu sempre vi em fase agónica, não me faz tanta confusão, porque sempre a vi assim. Agora uma pessoa que eu conheço autónoma, independente e começa a degradar-se custa-me muito e sinto-me impotente e inútil. E4.4.

Eu sei que não posso travar o processo, mas inconscientemente sinto isso.

Estou a fazer uma monografia sobre a intervenção às famílias. Nós sentimos que algumas famílias têm sido postas um bocado de parte, mas tenho dificuldade em falar com a família, (...). Nós não sabemos o que o médico disse. Às vezes não nos sentimos bem dizer determinadas coisas à família porque não sabemos qual a reação da família. (...) É difícil gerir o apoio que damos à família. E4.5.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na sua morte ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Eu tenho um bocado de medo da morte. Medo de morrer sozinha. Incomoda-me a ideia de morrer sozinha, porque atualmente morre-se muito sozinha. E4.6.

As pessoas vão cada vez mais morrer sozinhas porque estão no hospital, ou estão em casa sozinhas e cada vez se vê mais que a morte é um momento vivido só.

Claro que somos nós que morremos, temos que fazer esse processo, mas é diferente o ter alguém connosco. Até porque a pessoa que nos está a acompanhar pode depois viver melhor com a nossa morte.

A comunicação social tem relatado muitos casos de pessoas que foram encontradas mortas em casa sozinhas e passado tanto tempo, ninguém deu por falta delas. E isso eu acho que é muito triste.

De uma forma geral, considera que os estudantes de enfermagem têm dificuldade em lidar com o fim de vida?

Eu acho que temos todos muita dificuldade em cuidar na morte. Pelo menos as 4 colegas que estão a estagiar comigo, sentimos isso. Outros colegas quando nós dizemos que estamos em cuidados paliativos, eles dizem logo «Eu não queria». É uma área que os incomoda. E4.6. Se não, não diriam isto.

Que sentimentos o processo de morte lhe provoca?

A morte provoca-me alguma tristeza. E4.7, e muitas pessoas fora da enfermagem quando eu disse que ia estagiar para cuidados paliativos disseram-me «mas isso é tão triste». Há pois é! Mas nós morremos todos e faz falta quem queira cuidar destes doentes.

A minha motivação para escolher fazer o estágio final e a monografia na área dos cuidados paliativos foi o facto de nunca ter vivenciado nenhum ensino clínico que me desse a oportunidade de cuidar destes doentes. Sendo a morte inevitável, eu sinto que precisava de criar mecanismos para depois enfrentar estes processos de ajudar os outros a morrer, quer na vida pessoal, quer na profissional. E4.8.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

O plano de estudos não nos prepara para o fim de vida nem para lidar com a morte. Eu felizmente consegui fazer uma opção “Quando o final de vida se aproxima” que me ajudou muito. Foi uma opção muito importante para mim, trouxe-me muitos contributos para lidar com a morte. E4.9. Tudo o que nós aprendemos naquela opção ajuda-nos a cuidar de pessoas em fim de vida. Mas ajuda também a cuidar de pessoas que não estão em fim de vida prestando uma enfermagem de excelência. Todas as outras unidades curriculares do CLE não nos preparam para enfrentar a morte. Tudo o que falamos sobre a morte e falamos em diversas situações fala-se da morte como fenómeno fisiológico e não como fenómeno total. E4.10.

Lidar com a morte e o fim de vida não se aprende só teoricamente, mas precisamos de saber algo que nos ajude a criar os mecanismos de na prática ser capaz de lidar com as situações. O plano de estudos nas UC fixas não nos ensina nem ajuda para lidar com o morrer. E4.11.

Considera que esta UC que é de opção foi muito significativa na sua aprendizagem?

Sim. *Eu acho que esta opção devia fazer parte da estrutura fixa do curso esta opção.*
E4.12.

E que outras UC dão contributos para lidar com a morte?

A UC do 3º ano a relação de ajuda acaba por dar uma ajuda porque tem que se estabelecer uma relação terapêutica, ou não, com o utente e com a família, mas continua a não ser uma disciplina específica para estas situações, não é direcionada.
E4.13.

Que fatores mais contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

A UC de opção que fiz “Quando o final de vida se aproxima”.

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Eu nos ensinamentos clínicos que tive durante o curso nunca tinha vivido estas situações de prestar cuidados a pessoas em fim de vida. Por isso escolhi no estágio de opção ir para um serviço de cuidados paliativos. E4.14.

Como perspetiva o cuidar no serviço de cuidados paliativos?

Acho que nos focamos muito só no doente descurando a família. Uma das dificuldades que eu constatei na minha na monografia foi encontrar bibliografia sobre o cuidar da família. E em muita bibliografia diz precisamente que faltam estudos sobre as intervenções à família. E4.15. Pelo menos no serviço onde eu estou, que não é uma unidade de cuidados paliativos eu sinto que a família é posta um pouco de parte. O período de visita é mais reduzido quando comparado com uma unidade de cuidados paliativos. A própria instituição tem regras diferentes. Eu estou a falar deste hospital particular de Lisboa. Não permite as intervenções que nós estudamos na bibliografia consultada, nomeadamente o incluir a família nos cuidados. As regras e as rotinas do serviço não o permitem. Permitem que a família participe na alimentação, mas se o

doente deixou de comer? Um senhor disse-me se a minha mãe não come o que é que eu venho cá fazer. *As próprias rotinas do serviço acabam por não permitir uma prestação de cuidados adequados à família, o apoio á família não é tão bem conseguido como a prestação de cuidados ao doente. Não se dá apoio à família, a justificação é que não há tempo e se calhar não há mesmo?* E4.16.

A família como alvo dos cuidados não é de todo uma realidade, é muito vista como um recurso, não são avaliadas as corretas necessidades da família, esta avaliação acho que é uma função do enfermeiro generalista, a pessoa sozinha raramente existe, tem sempre uma família seja lá a que for. E4.17. Já vimos que as reações da família vão influenciar também as reações do doente, não só neste contexto e medida mas ao longo da vida a família tem um papel muito importante.

O único serviço por onde eu passei que presta cuidados à família foi a pediatria, mas também porque a família está sempre presente as 24 horas. Não são visitas esporádicas

Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

O jornal de aprendizagem é um instrumento muito bom, mas por vezes é utilizado de forma excessiva e aí acaba por perder o sentido. E4.18

O jornal de aprendizagem deve ser feito quando nós sentimos necessidade e temos uma situação para nós refletirmos sobre ela. O que se passa é que na 1ª semana temos que entregar um, na 2ª semana temos que entregar outro. Fazemos um jornal de aprendizagem, porque temos obrigatoriamente que o fazer. E4.19.

É certo que *refletimos só por que é obrigatório e nem sempre porque haja uma situação com interesse. (...) Claro que ao longo do ensino clínico se nunca tivermos uma situação que nos faz refletir é porque há qualquer coisa que não está bem. (...) Mas este carácter de obrigatório e frequente acaba por nos ocupar em coisas que não queríamos, ou não tem interesse para nós. Temos que falar sobre aquilo, e não deve ser assim. Devia ser o aluno a escolher.* E4.20.

Como deve ser orientado o jornal de aprendizagem, de modo a ser proveitoso para a aprendizagem?

Acho que o ciclo de GIBS ajuda e estruturar o pensamento e também ajuda a quem o vai ler a perceber o que quisemos dizer com aquilo, acaba por ter uma sequência lógica. E4.21.

Relativamente à fundamentação do diário, faz sentido ir procurar o que outras pessoas já produziram e analisaram. E ajuda-nos a perceber se agimos bem ou mal. Em situação agimos como nos parece melhor, mas depois quando consultada a bibliografia verificamos que procedemos de acordo com o que deve ser feito. E4.22.

Neste ensino clínico eu assustei-me com o estado de saúde de uma senhora. Levantei-lhe a cabeceira, dei-lhe a mão e depois fui chamar a enfermeira. Depois li que fiz o que devia ter feito e falei sobre isso com a enfermeira.

Que contributos do jornal de aprendizagem?

O professor deve dar-nos um feedback do jornal de aprendizagem. A forma como nos dá a informação se é presencial, ou por escrito, ou online, isso não é importante. O que é importante é ter a opinião do docente ou do orientador, na maior parte dos diários de aprendizagem eu não recebi o feedback do que escrevi e não sei se fiz o que devia ter feito, ou se refleti como devia, E4.23, de forma adequada sobre aquela situação.

Quanto ao orientador da prática este diz-nos eu não quero saber disso a discussão do diário é contigo e com o professor. Mas se o orientador se mostra disponível então entrego ao enfermeiro. Considero que também é importante receber o feedback do orientador porque na realidade foi junto dele que aconteceu aquela situação. E4.24.

Como vê a partilha das situações relatadas no jornal de aprendizagem?

Eu acho que é benéfica a partilha em grupo, se a pessoa se sente à vontade para partilhar e nós entre o grupo falamos muito das nossas experiências do ensino clínico. A partilha acaba por ser muito positiva. Há sempre alguns colegas que tinham outras opiniões «olha eu se calhar teria feito assim, ou de outra forma». Ou dizem numa situação dessas também senti o mesmo que tu. E4.25. Ou também tive medo disso, ou senti-me ansiosa com isso. Isto da partilha ajuda-nos porque vemos que não somos os únicos naquela situação e vemos como é que os outros colegas podiam agir naquela situação e acabamos por receber mais recursos para agir noutras situações semelhantes. (...). São muito importantes. (...) Estas reuniões de discussão da prática clínica ajudam a reflectir e a crescer. E4.26.

E as aulas da UC de Análise de Situações de Enfermagem (ASE)?

Estas aulas de ASE ajudam-nos porque sendo discutida uma situação recriada, ajudam-nos a esquematizar o nosso pensamento. E a nossa intervenção junto daquela pessoa e daquela família e fazer um juízo clínico. E4.27.

Que subsídios o curso de enfermagem lhe deu para o capacitar no cuidar em fim de vida?

No Plano de Estudos tem que aparecer mais aspetos relacionados com a morte, mas não só com a morte nos aspetos fisiológicos, mas relacionada com tudo aquilo que a morte implica, quer para quem vai morrer, quer para os familiares e amigos que vão ficar, quer para com os profissionais que cuidam destas situações e acompanham a pessoa e a família durante o processo de fim de vida. E4.28.

Algumas disciplinas sobre o cuidar em fim de vida que são opção, poderem tornar-se obrigatórias seria um grande contributo, para nos ajudar a crescer um pouco neste sentido. E4.29.

Quer sintetizar as suas ideias chave sobre este assunto?

O curso devia ajudar os estudantes a lidar com os nossos sentimentos, para depois aprender a cuidar pessoas de pessoas em fim de vida, e por fim aprender a cuidar da família que acompanha o processo e vive o luto. E4.30.

Em síntese, se eu percebi bem seriam 3 componentes: aprender a lidar comigo, com o outro que morre e com a preparação para o luto na família.

Sim, é isso mesmo.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências são necessárias desenvolver para cuidar de pessoas e de famílias a viver os processos de fim de vida?

São sobretudo necessárias as competências relacionais. Nós escondemo-nos muito atrás da técnica e numa pessoa em fim de vida não necessita de grandes técnicas e nós

não sabemos por vezes o que fazer para dar resposta aqueles sintomas, para aliviar. E4.31.

O que eu já senti foi uma grande impotência do tipo «esta pessoa vai morrer e eu não posso fazer nada». Mas estive junto dela e no fundo são estas competências relacionais que nos faltam. E4.32.

Apesar do nosso curso já incidir muito sobre a relação, mas continuamos a precisar de desenvolver estas competências relacionais para lidar adequadamente com o fim de vida e com as famílias. Porque com a família os aspetos técnicos e instrumentais não vão servir de nada. Com a família temos que desenvolver as competências relacionais que eu acho que são essas que nos continuam a faltar. E4.33.

Quer clarificar a sua opinião?

A UC de relação de ajuda para mim foi muito teórica e não teve depois a componente teórico-prática para nós aplicarmos. Seria bom recriar um conjunto de situações de diversos contextos e se fizer role-play dessas situações conseguíamos, com certeza treinar, nem que seja numa situação forçada, mas conseguíamos desenvolver algumas competências para depois aplicarmos na prática. E4.34.

Isto tendo em conta que por vezes os contextos dos ensinamentos clínicos não são melhores para desenvolver estas competências, porque estão muito deficitários. Por exemplo onde eu fiz o estágio de psiquiatria as senhoras não estavam durante o dia, no internamento. O serviço ficava muito vazio, só com meia dúzia de senhoras que eram aquelas que não falavam e estavam sonolentas. Toda a parte da comunicação estava comprometida. Sabemos que nestes doentes psiquiátricos podemos desenvolver a relação no meu caso todo esse treino ficou de parte, porque eu não tinha com quem estabelecer nem uma relação, muito menos uma relação de ajuda. Porque as pessoas nem se predispunham a ser ajudadas, ou a falar.

E os modelos e referenciais teóricos que contributos dão?

Sim. Os modelos teóricos ajudam a estruturar a nossa linha de pensamento, relativamente à avaliação, à análise e aos cuidados que fazemos de determinada família e de determinada pessoa. Ajudam muito, porque é tanta coisa que se não tivéssemos uma referência perdia-se muita informação. E4.35.

Está a acabar o curso, tendo em conta a sua vivência o que quer acrescentar que eu não lhe tenha sugerido?

Seria importante que o plano de estudos contemplasse mais os contributos teóricos com UC não de opção mas obrigatórias. E4.36. O acompanhamento dos ensinios clínicos deveria ser mais próximo do professor. E4.37

Estamos no 4º ano, mas se não passarmos por estas situações de fim de vida e treinarmos o lidar com elas é como se estivéssemos no 1º ano, não houve progresso e neste processo seria benéfico o acompanhamento mais próximo do docente. E4.38.

Não deve ter um carácter obrigatório de que todas as semanas temos que ter um jornal de aprendizagem, mas que o estudante escolha o momento e a situação mais adequada para o fazer. E4.39. O ter o feedback do professor nos trabalhos escritos que vai fazendo é importante. Muitas vezes escrevemos o nosso diário, o professor recebe e guarda na pasta. E4.40.

Posso utilizar a sua entrevista para o meu trabalho?

Sim, claro!

Agradeço muito a sua entrevista e posso reenviar depois de transcrita para ver se está de acordo com o que expressou.

Sim.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 5)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização do participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo masculino no último semestre do CLE].

Tenho nacionalidade portuguesa e tenho 26 anos, sou solteiro e sou militar.

B) Experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte

Tem experiência nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Não tive experiência anterior ao curso de cuidar, nunca tinha tido qualquer contacto de cuidar pessoas em fim de vida nem com a morte. E5.1. Só tive a situação de morte de um amigo.

Teve uma experiência de viver a morte de um colega, antes de ir para o curso?

Sim, eu vivi um episódio de morte súbita de um amigo; estávamos na adolescência

E assistir ao fim Ver as coisas acabarem ali, foi muito injusto.

Senti muita mágoa, e não compreendia porque teve que morrer aos 17 anos um amigo, não havia justificação, nem lógica. E5.2.

Conversei muito com o explicador de matemática, ele era a única pessoa com quem conseguia falar, embora pouco, era como se fosse o psicólogo, não o via como um professor, eu ia lá só para poder falar com ele. Estabelecemos uma relação excelente, porque ele tinha passado por situações idênticas às minhas e compreendia-me. Com os amigos não falava, resguardava-me sempre. Houve uma época que não me relacionava

com muita gente. Os meus pais tiveram muita dificuldade em lidar comigo em casa, eu andava muito abstraído. Andava noutra planeta. Não falava, mas escrevia muito e ainda hoje guardo esses diários sobre o que escrevi nessa altura. O que escrevia era o que não conseguia falar.

Foi difícil fazer esse luto?

Foi muito difícil, essa experiência com a morte, foi um bocadinho perder o norte. Modificou-me muito. E5.3. Ele era o meu amigo das saídas, e das saídas à noite.

A morte do meu amigo abanou muito as minhas estruturas, sinto que também me podia ter acontecido a mim. Pensei muito o que os outros pensariam e sentiriam se em vez dele fosse eu a morrer. O que sentiriam os meus pais e amigos se fosse eu que estivesse ali morto. E5.4

Que experiências de lidar com a morte teve no curso?

No 1º ano tive um doente um senhor que tinha um osteosarcoma com metástases, mas eu nunca me consciencializei que ele ia morrer, foi a minha negação. Disse-me donde era, que podia ir vê-lo à terra dele, mas nunca fui e quando lá passo penso o que teria acontecido, como teria sido, mas não paro.

A melhor experiência foi no 2º ano, nos cuidados paliativos. E5.5. Talvez pela equipa em que fiquei inserido e do modo como se falava na equipa no Hospital Garcia de Horta passei a sentir que aquela situação “O morrer” fazia parte de um processo natural em que cada um nasce, vive e também o processo termina e se morre. E5.22.

Enquanto cá estamos temos que viver, mas todos vamos morrer.

Não me causou tanto o impacto, nem o arrepião da morte, neste estágio do 2º ano, como me causou o desconforto de lidar com a morte no 1º ano. E5.6.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte, seja a sua ou a de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Penso que as coisas acabam ali. Como eu não acredito na vida para além da morte, acho que este tempo de vida é o que nos é dado para fazermos o melhor possível. E5.7.

Então vê a vida como um percurso de aprendizagem?

Exatamente!

Mas isso traz-lhe que tipo de sentimentos?

Sentimentos de revolta. E5.8. Eu sou batizado e católico, mas com a morte eu fiz-me descrente. Porque assisti à morte de um amigo meu que não pode realizar os seus projetos de vida, ter namorada, ter amigos, ter a carta de condução, ter aquilo que tinha direito.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

Penso que a morte está muito esquecida na teoria. Os conteúdos teóricos são muito insuficientes. Falamos no curso sobre a morte, em fundamentos de enfermagem. E5.9.

No estágio presencial do 1º ano tínhamos uma professora orientadora de estágio que estava muito atenta a estas situações, orientava-nos muito. E5.10.

Mas são os tutores da prática que ajudam muito, ali foi toda a equipa que conversava e discutia as situações e explicam as estratégias que eles foram encontrando para lidar com estas situações. E5.11.

Foi toda a equipa que me motivou, não só o meu tutor mas todo a equipa que no segundo ano me ajudaram muito.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

É bom escrever, sobre as situações, depois parar e refletir logo a seguir... "relato a quente" escrevo o que estou a pensar. E5.12. Depois quando estamos a ler mais tarde, os diários de aprendizagem verificamos, olha o que eu estava a pensar.

E) Experiência clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Tive muitas dificuldades, muito particularmente no 1º ano do curso. E5.13.

Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

O que me ajudou muito foram os relatos de casos reais que a equipa partilhou comigo, perceber como é que eles perspetivaram as situações reais, como refletiram e agiram naquela situação, senão fica tudo muito só na teoria. E5.14. Se a aprendizagem for baseada em casos reais, isto é a prática baseada na evidência, fica a aprendizagem mais consolidada.

A expressão se sentimentos e vivências dos outros ajuda muito, há coisas que nós sentimos mas não falamos com ninguém, mas se alguém disser ou partilhar aí fica mais fácil, eu perceber que também estou a sentir aquilo, ou vivi desta forma. E5.15.

Revejo-me nas narrações e na expressão dos sentimentos que os enfermeiros da prática, ali naquela equipa faziam. Assim eu acho que é o real, o que é evidente “a evidência da prática” e não o que é teórico.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Considera que o seu curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas no fim de vida?

Sim o curso deu-me alguns subsídios, mas é uma área que eu gostaria de desenvolver. E5.16. Gostava de trabalhar nessas áreas.

E aprender a cuidar da família a viver processos de fim de vida?

Cuidar da família também é muito importante. Eu vivenciei isto na equipa onde estive inserido. Nesse estágio do 2º ano, nos íamos a casa e preparávamos a família sobre aquilo que ia acontecer sobretudo quando isto é feito em casa. E5.17.

Explicando à família o que está a acontecer, o ser claro, sem barreiras, sem uma secretária pelo meio, com proximidade, a família sente-se apoiada. E5.18, e os familiares quando a senhora morreu, agarraram-se aos enfermeiros a agradecer o que lhe tinham feito. Estar face a face deixa-os muito tranquilos. Só o mostrar disponibilidade e eles saberem que podem dispor, dar o nº do telemóvel. Permitiu-se que houvesse uma morte digna ao doente e à família.

E os enfermeiros têm algum papel no ajudar as famílias a elaborar o processo de luto?

Em relação ao luto dos familiares, os enfermeiros têm de ter disponibilidade para falar com os familiares se estes nos procurarem. E5.19. ... aí sim, devemos ter disponibilidade e saber escutar e dar apoio. Ter uma escuta ativa. Em CSP é muito frequente os familiares irem à nossa procura. E5.20, mas se os familiares não nos procurarem, os enfermeiros não devem ir à procura para falarem do luto, pode melindrar a família.

Em que etapa (as) do plano de estudos do curso, devem ser desenvolvidas as temáticas do cuidar em fim de vida?

Devem ser ao longo do curso.

Que competência a desenvolver nesta área?

As principais competências baseiam-se essencialmente na comunicação e na escuta e estar atento ao outro. E5.21.

Quer salientar mais algum aspeto importante que não disse, ou que eu não ajudei a explicitar?

Não.

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar e se dispor a dar uma entrevista. Quer que lhe devolva a entrevista para validar o que disse e se eu transcrevo de modo fiel ao que quis expressar?

Pode enviar.

TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA DE ESTUDANTE (E 6)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato. Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino, frequenta o último semestre do CLE].

Tenho a nacionalidade portuguesa. Tenho 22 anos, sou solteira, e frequento o último semestre do curso na ESEL.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Teve experiência de cuidar em fim de vida, antes de ir para o Curso?

Antes de entrar no curso faleceu a minha avó. Foi a pessoa mais próxima de mim que faleceu. A minha avó vivia em nossa casa e a minha mãe era a cuidadora dela e fui eu que ajudei a fazer os cuidados ao corpo depois de morto, E6.1, como eu estava em casa. Ajudei os senhores da funerária, inclusivamente fui eu que retirei a algália.

Era um processo longo esperado, tínhamos consciência das dificuldades, a morte da minha avó foi acompanhada de um processo demencial, que eu encarei a morte com naturalidade, ela tinha 82 anos. Ficou-nos a sensação de que tinha a sua missão cumprida. Era esperada a morte; ela já se alheava muito; eu tinha sido a neta querida, mas agora ela já se alheava tanto que mal me conhecia.

Foi ela que ficava comigo para a minha mãe ir trabalhar. *A morte é um processo natural que tem um fim quando se chega ao final da reta, senti aquela morte como o dever cumprido, E6.2, ela já não se interessava pelas coisas, nem pela vida como antes.*

Eu moro numa vila urbana na província, a minha avó nunca foi institucionalizada, a nossa família arranjou recursos para cuidar dela.

Tive também contacto com a morte de jovens da minha idade, mas isso foi diferente. Não era uma situação esperada.

Tem, ou teve, experiência nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

No curso, tive contacto com a morte no estágio do 2º ano uma semana depois de ter iniciado o estágio, o doente faleceu com outra colega. Esse meu doente tinha uma neoplasia e marcou-me porque eu tinha-o punccionado pela 1ª vez.

Depois noutro estágio do 2º ano, faleceu outro doente, mas estava com um enfermeiro do serviço que estava a fazer um curso em Cuidados Paliativos e aí foi ele que fez os cuidados ao corpo e eu só presenciei, mas ele explicou-me o porquê de tudo. E6.3.

No 4º ano neste estágio no IPO já tive mais contacto com o fim de vida e sobretudo com a angústia da família, com o sofrimento e com a morte. E6.4.

Há doentes que nos tocam mais uns que outros, isto é, a minha perspetiva pessoal. Quando nós recebemos um doente prostrado, muitas vezes desorientado, quase já em coma por suspensão de morfina é diferente, porque não chegamos a conhecer bem a pessoa no seu estado normal, não se chega a criar a empatia que se cria com um doente que ainda está consciente.

Depois há os outros doentes que entraram conscientes com quem estabelecemos uma relação, que nos cativaram e que posteriormente ao longo dos internamentos até passamos pelo serviço, ou pela enfermaria onde eles estão para os cumprimentar.

Isso aconteceu-me agora com 2 doentes que entraram por agravamento do estado, mas mantêm as funções cognitivas e até mantêm o sentido do humor e conseguem, com a sua situação, brincar. Há pessoas muito carismáticas e nós não ficamos imunes a isso. E há famílias muito afetuosas. Na passagem de turno a equipa é muito sensível a isso e referem-se às pessoas, como eles sendo uns queridos. E nós verificamos isso mesmo. Outro dia estive ausente do serviço por folgas e quando regresssei, um dos utentes tinha passado para uma sala mais resguardada para ter mais tranquilidade e poder estar com a família. Quando me apercebi da mudança de local, pensei: _ Como é possível!? Fui ao quarto para os cumprimentar, a esposa agarrou-se a mim. Abraçou-me. Daí a pouco veio me chamar. Disse-me o meu marido já não respira. Fui lá observar o doente de facto

tinha ausência de sinais vitais. Fui saber quem era o enfermeiro responsável por aquele doente e fui com ele fazer os cuidados pós morte.

Com outro doente com traqueotomia o estado agravou-se muito. O senhor já nem falava, mas nós lá fomos criando as nossas estratégias de comunicação. Dei com ele com uma camisa do hospital vestida só num braço, porque ele estava cheio de tubos e cateteres. Ele disse-me o outro pijama era melhor. Fui-lhe vestir umas calças do pijama e perguntei-lhe se ele estava confortável? Ele fez-me sinal de que «nem por isso» fui lhe buscar o casaco de pijama e perguntei se o queria vestir. Ele explicou que sim. Com todo o cuidado lá lhe fui vestindo os braços para não estragar as punções venosas.

No final o senhor sentiu que tinha melhor aspeto. Estava mais cuidado. *Passados 3 dias morreu, mas eu senti que lhe tinha proporcionado um momento de bem-estar. È o cuidar nas pequenas coisas de que fala Hesbeen, mas é isso que proporciona conforto e ajuda a aliviar o sofrimento.* E6.5.

Quando há empatia, quando estão conscientes do seu estado e mantêm as características cognitivas e acompanham toda a sua evolução, as suas perdas. *São as pequenas coisas que podemos ainda fazer por eles que proporcionam conforto, que ajudam, a manter a sua dignidade e a ter respeito e a manter a expressão da sua autonomia e da sua vontade.* E6.6. É um dos princípios dos cuidados paliativos.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Vejo sempre como: *Algo triste, envolve separação, saudade da pessoa, que parte.* E6.7.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para a capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

No 1º ano estas questões da morte surgem sempre, ou nas aulas teóricas, ou no estágio, ou num diário de aprendizagem um aluno fez uma reflexão sobre o morrer e partilhou conosco. No início queremos saber tudo, entender estas temáticas. E6.8.

No 2º ano nas aulas de saúde do adulto esta temática é abordada. Mas essencialmente no idoso, nas aulas sobre o envelhecimento, não só saudável, mas patológico. Falamos

da morte como a fase final da vida e os conteúdos teóricos necessários foram fornecidos e são suficientes. E6.9.

E o suporte para consultarmos foi nos dado. Eu estou agora a rever essa bibliografia que me deram. A temática dos cuidados paliativos do ponto de vista teórico foi muito abordada. E6.10.

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

E nos ensinamentos clínicos como é?

Na prática dos estágios é que a coisa é diferente, depende das situações da prática e do apoio que temos do professor e do orientador. Eu já vivi várias situações nos ensinamentos clínicos e umas apoiadas, outras não. E6.11. Por exemplo passei por experiências que a minha orientadora nunca me perguntou: «Olha o que é que isto significou para ti?» Ou «estiveste a falar com o Senhor tal, como te correu». Para alguns enfermeiros aquilo é tão banal que alguns não ligam muito, pois é o que acontece sempre no dia-a-dia e não reparam que para nós são experiências um bocadinho diferentes, nunca tínhamos passado por isto. E6.12.

Com o professor é diferente, tem reuniões connosco, vai lá ao estágio, têm acesso às nossas reflexões e aos diários de aprendizagem, falamos muito e trabalhamos sobre os aspetos que vivenciamos. Os professores têm mais essa preocupação, que os enfermeiros da prática. E6.13.

Os professores de enfermagem estão mais direcionados para o ensino, tem formação em pedagogia para o ensino de enfermagem, coisa que nem todos os tutores têm. Mas depende muito das características dos professores da postura, disposição e disponibilidade. E6.14.

Na última reunião de estágio que tivemos, um colega tinha feito um diário de aprendizagem sobre uma experiência que teve numa situação de morrer, partilhou connosco e depois todos falamos do que sentíamos. Foi muito enriquecedor. E6.15.

Mas depende muito das características dos professores da postura, disposição e disponibilidade.

Os estágios do 2º ano para mim foram muito estruturantes. Ajudaram-me imenso. Era um ensino presencial, em que a professora estava lá connosco. Via as nossas dificuldades. Uma vez numa situação de um colega assistir ao fim de vida a professora

foi reunir-se com ele sozinho numa sala para o apoiar, para o escutar, para perceber como é que o estudante estava a digerir todo aquele processo. E6.16.

Eu acho que os orientadores da prática, como convivem com a morte diariamente não estão sensíveis para esta necessidade de apoiar o estudante. Os professores estão mais despertos para esses pormenores. E6.17.

Há coisas do estágio que eu não partilho com a minha enfermeira orientadora, mas tenho necessidade de partilhar com a minha colega, com a orientadora abordo as questões mais técnicas.

No último diário de aprendizagem refletia sobre as vivências na enfermagem oncológica. Agora estou a fazer outro sobre a importância das pequenas coisas no cuidar.

Para si é importante a relação que estabelece com os seus orientadores?

O estudante só exprime de si, só fala do que sente se houver com o professor ou tutor se houver uma relação de partilha e de confiança e há uma autora a King que fala nisto da interação. Quando nós vemos no nosso tutor ou professor, mais que um avaliador, mas uma pessoa que é parceiro, consegue-se estabelecer uma relação. E6.17.

Por exemplo a minha orientadora diz-me, faz que eu vou ali, faz só para não ficares nervosa. Eu digo-lhe: Não Sr^a Enfermeira eu prefiro que fique, assim dá-me segurança, se correr algo mal, sei que a senhora me ajuda. *Gosto de supervisão e que no final me digam os passos que deveria ter feito para correr melhor. Acho que todos nós alunos precisamos de feedback seja ele positivo ou negativo. E6.18.* Eu acho que isso com alguns orientadores é conseguido. Com os professores também é conseguido até certo ponto, porque (...) *para nós é mais fácil estabelecer uma relação como nosso tutor que está mais próximo, do que com o docente, porque ainda há aquela ideia, nem sei se imaginada ou real, mas que o professor que é aquele que vai ao estágio para nos avaliar. E6.19.*

Para avaliar o professor baseia-se em 2 ou 3 momentos, mais os trabalhos enviados e a sensação que eu tenho é que o professor não me conheceu e há maior distanciamento. Para mim é mais fácil estabelecer uma relação de parceria com o tutor que é quem nos acompanha todos os dias (se ele o permitir), do que com o professor que está mais distante.

Para o professor também é difícil com tantos alunos fazer mais, poder dar mais apoio.

Eu sei que agora com esta filosofia do ensino de massas é assim. Mas eu sei que antes de sermos, enfermeiros, tutores, professores somos pessoas. Muita coisa é resultado das nossas experiências que delinearão alguns traços da nossa personalidade. Porque há professores que mesmo com todos esses constrangimentos conseguem fazer um ensino em parceria. Agora não sei explicar o como e o porquê? Há muitas variáveis envolvidas. Basta a postura e a disposição. *Eu termino este curso com pessoas que foram referências. Foram basilares para a minha formação. Nunca me vou esquecer disso e já dei esse feedback a essas pessoas. Já lhe disse quando eu for enfermeira a sério vai olhar para mim e vai ver o reflexo de si, em mim.* E6.20.

O meu ensino do 2º ano não foi fácil, se eu não tivesse levado «uma chapadinha pedagógica», se não tivesse sido estimulada, agora ainda teria muitas dificuldades, como estão a ter os meus colegas que não tiveram esta «chapadinha» e quanto mais tarde pior. Agora no 4º ano há a expectativa dos serviços de que já devemos ter certas competências adquiridas. E6.21.

Como foi a experiência nos seus ensinamentos clínicos?

O que me custa mais é o interagir com a família. Tenho medo de incomodar de me estar a meter, mas já falei isso com a minha orientadora. Mas posso chegar junto das pessoas e dizer boa tarde. Em que posso ajudar? Precisa de alguma coisa? Só para perceberem que estamos ali para ajudar. E6.22. Achamos que incomodamos aquela ligação da família em que os sentimentos estão ao rubro. Então passamos ao lado e se calhar a família até gostaria que nós os abordássemos.

Qual a sua perspectiva sobre essas atitudes?

Eu já li isso na literatura e está muito bem descrito que *nós enfermeiros refugiamos-nos nos afazeres e temos atitudes de fuga e de evitamento, por vezes. Nós vemos na vulnerabilidade do outro a nossa própria vulnerabilidade e acabamos por ter esses mecanismos de defesa.* E6.23.

Por exemplo *se um doente tem que ficar um pouco na maca no corredor à espera que o outro tenha alta para ocupar a cama, eu faço questão de explicar de cumprimentar de dizer boa tarde. Porque a pessoa está horizontalizada e faz muita diferença ver o*

mundo na posição horizontal. Ver as pessoas todas ali a falar e ninguém lhe falar, eu sei o quanto isso custa. Ver tudo de baixo para cima é uma sensação estranha. Parece que não temos limites do nosso corpo. E6.24.

Tanta gente a passar de um lado para o outro de bata branca, muito movimento, mas alguém dizer bom dia, ou boa tarde é sinal que eu vi a pessoa que estava deitada. O doente sente que é alguém, que repararam nele, que não foi deixado esquecido. *Em oncologia é muito importante o fazer pequenas coisas, mas que são importantes para o doente. É nesse sentido é que eu vou direcionando a minha intervenção. E6.25.*

O problema não é ter esses mecanismos. O problema é não darmos conta disso, se não reconhecermos não corrigimos. Para além do que me disse, teve outras dificuldades no seu percurso?

O mais difícil é sentir que estou a cuidar do corpo, não há feedback, temos uma pessoa inconsciente, embora eu vá falando e explicando sempre, eu pelo menos faço sempre questão de falar, mesmo sem resposta. E6.26. Mas não consigo prestar cuidados sem dizer o que vou fazer, isso é uma intrusão na vida do doente.

Em doentes conscientes que mantêm as características de personalidade, quando compreendem tudo, embora com as suas limitações do estado em que se encontra. *Pode parecer um cliché o que eu vou dizer, mas temos que respeitar as decisões dos doentes. A altura da cabeceira, a roupa que quer vestir, o momento de fazer a higiene oral. Tudo é motivo de negociação. A minha prioridade é manter a autonomia, dentro do possível. E6.27.* O doente está prostrado, já não tem força, nem controlo motor, mas deixar que seja ele a decidir como quer que se façam as coisas.

Também é difícil a relação com a família. Às vezes a família nem compreende o estágio em que o doente está e cria falsas expectativas, não tem a noção que o fim se aproxima e repete a mesma pergunta várias vezes. E6.28. E pergunta sempre «acha que isto vai acontecer com o meu pai, ou com a minha irmã?»

Outro dia só quando a enfermeira disse à família vejam se podem estar mais um bocadinho com o seu pai hoje, porque pode ser o último dia. Só aí é que eles perceberem a começaram a fazer telefonemas para a família alargada e o senhor morreu nessa tarde. Eu sei que é uma realidade difícil de entender. A doente estava para morrer e a família ia embora fazer a vida normal, mas eles não perceberam.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar das famílias em processos de fim de vida?

Nós falamos da família como um todo, mas a família é mais do que a soma dos seus elementos. Há muitas posições, muitas forças e dinâmicas familiares que influenciam a família no seu conjunto. Procuro sempre envolver a família no cuidar e partilhar com eles a informação. E6.29.

Que estratégias de ensino aprendizagem foram adequadas para a sua aprendizagem nos ensinamentos clínicos?

Os diários de aprendizagem foram muito importantes e devem ser um elemento de avaliação, mas inclui ser também de orientação. E6.30. Como eu já referi o docente não está no estágio e tem que nos avaliar. O tutor está mais desperto para aspetos técnicos e não percebe o que vai dentro do estudante.

Se nós no curso de enfermagem aprendemos a cuidar de seres que têm todas aquelas componentes que nós já sabemos, nem sempre na prática instrumental, do saber fazer, é possível de ver, ou de saber o que vai na cabeça do estudante do ponto de vista psico emocional e psicossocial, componentes do processo reflexivo. Aquilo que nós falamos muito na reflexão na prática e sobre a prática, e etc, tudo isso só é visível nesses instrumentos pedagógicos, E6.31. Eu até posso dizer ao professor numa avaliação. Olhe professor, aconteceu-me isto e eu refleti sobre isto. Está bom, mas ter as coisas formalizadas, escritas, os pensamentos organizados é outra coisa.

Os diários de aprendizagens fazem-nos ir procurar sustentação para verificar se a nossa atuação, a nossa opinião, o nosso modo de pensar está de acordo com a literatura ou não. E6.32. Eu acho que é baseado naquelas premissas da aprendizagem pela experiência. Nós só conseguimos transformar uma vivência numa experiência, e extrair dali alguns contributos, quando realmente, fazemos um certo trabalho sobre aquilo, como diz a Josseau. E não há nada melhor do que passar esse trabalho para o papel. E6.33. Eu do ponto de vista do facilitismo, até posso dizer, aquilo dá trabalho, mas é aquela sensação de terminado um diário de aprendizagem, isto espelha o que eu pensei, ou que continuo a pensar, eu revejo-me nisto. E6.34.

Há outros instrumentos de avaliação do trabalho de estágio como o processo de enfermagem de um doente, o histórico de enfermagem que elaboramos, com todas as

necessidades afetadas, um plano de cuidados que se fez, mas não transmite o que o estudante tem de si. E6.34.

Se nós estamos para cuidar de pessoas como o próprio plano de estudos contempla, há competências na área humana, *o enfermeiro tem de ter competências humanas e relacionais e isso tem de ser maturado, desenvolvido e avaliado de alguma forma, de alguma maneira e esta [diário de aprendizagem] foi a forma que arranjaram de objetivar e eu acho bem. E6.35.*

Agora já não acho bem que tenhamos que ser sobrecarregados de tal modo que num estágio de 5 semanas em que todas as semanas temos que fazer: um diário de aprendizagem, um histórico e um processo de enfermagem. O aluno anda exausto. Já me aconteceu a mim andar tão preocupada com os trabalhos que nem tenho disponibilidade no serviço para as coisas que acontecem. E6.36. O ter a mente aberta acaba por se perder, estamos preocupadas com os trabalhos a entregar. Neste estágio do 4º ano tivemos a possibilidade de fazer no mínimo 3 diários. Como é um estágio grande dá possibilidade de fazer 3 ou mais. Dá-nos abertura para escolher as situações. E6.37.

Por exemplo, eu tive agora uma situação que me dá vontade de refletir sobre ela e de a passar para o papel, despertou-me muito sentimentos, não por ter sido uma coisa boa, porque a análise é sobre o que foi de bom e o que foi de mau, mas esta situação tocou-me, já li a bibliografia para me sustentar, e tenho muito interesse em fazer o diário sobre esta situação. E6.38.

Agora quando há uma grande pressão para fazer tanta coisa, quando estamos pressionados fazemos coisas por imposição que não têm nada de nosso. E isso acontece quando nos sentimos na obrigação de fazer tanta coisa. Neste ensino clínico do 4º ano temos a possibilidade de gerir o nosso ensino clínico da melhor forma. Há trabalhos que têm tempos marcados, são pedidos pela docente e vêm no guia, e dão-nos espaço de liberdade para nos gerirmos. E6.39. Este serviço onde eu estou tem 4 especialidades médicas, portanto tem quatro especialidades médicas, pelo que há muita coisa para estudar, há muita coisa para fazer, muito para aprender, porque nós temos que conhecer o doente no seu todo, no biológico, no psicológico, no sociocultural e temos que investir muito. E6.40. Este estágio do 8º semestre, tal como o da saúde comunitária, permite que nós escolhamos as situações em que desejamos investir mais, e dá-nos liberdade e responsabilidade de gerir o nosso tempo à nossa maneira. Eu entrei neste serviço de oncologia e a minha prioridade nestas 4 semanas foi estudar. *Eu não me*

sentia bem, sentia muitas lacunas no que se refere ao sistema nervoso central e periférico e tive que aprofundar para conhecer e entender melhor as situações e não é fácil, porque tudo é um mundo. E6.41. Para perceber tudo aquilo é preciso muito investimento e relacionar toda a fisiopatologia com a farmacologia. Como o nosso estágio de médico-cirúrgica já foi há 2 anos precisamos de refrescar a memória e a possibilidade de fazer o meu projeto de aprendizagem em tempo útil foi muito importante.

E outras metodologias que contribuíram para a sua aprendizagem?

O projeto de aprendizagem deve ser apresentado depois de algum tempo de permanência num serviço, só depois de um período de integração. Mas os tempos de estágio são muito curtos. Eu tenho que perceber primeiro como é que aquele serviço se articula com os outros. E6.42.

Se tenho doentes que vão fazer tratamentos aqui ou acolá, se vão á radioterapia, se é toda feita no IPO, ou alguma é feita noutra local, tenho que perceber o tipo de cuidados a ter e que tipo de experiências vou acompanhar naquele serviço. *É preciso ter um tempo de permanência nos locais para entendermos as dinâmicas e depois fazermos um projeto que seja viável desenvolver naquele local e naquele estágio. Há algumas dificuldades, os estágios são muito curtos. É preferível ter menos estágios, mas com mais tempo. E6.43.* Este estágio de 13 semanas, mas com interrupção para férias, mas isto é que está a ser um estágio proveitoso. No 2º ano eram estágios com alguma duração, agora no 3º ano são estágios muito curtos e não podem ser estágios de 5 semanas com múltiplos trabalhos para fazer.

Agora ao entregar este projeto no 8º semestre à professora e ter o feedback dela a dizer que os projetos estão muito gerais, tanto davam para este serviço como para outro e não refletem as especificidades deste serviço é que eu percebo o que me faltava nos outros que fiz. Porque eu fazia sempre assim e nunca fui alertada para a necessidade de o projeto ser bem específico, ajustado àquele contexto e às possibilidades de aprendizagem que eu vou ter. E6.44.

Tendo em conta o que disse, o que é mais proveitoso para a sua aprendizagem?

Prefiro estágios mais longos e menos estágios e nem preciso de estar a pensar no que disse, porque já refleti sobre esse assunto. E6.45. Claro que nós estudantes quando

entramos para a enfermagem gostamos de conhecer o máximo de contextos possíveis. Eu vim lá da minha terra com a curiosidade de conhecer um S. José, o Sta Maria, o IPO, mas (...) *do ponto de vista da aprendizagem é mais proveitoso uma maior permanência nos serviços. Nós acabamos um estágio de 5 semanas com muitas interrupções pelo meio, porque depois há seminários na Escola, fazemos 4 turnos por semana e chegamos ao fim das 5 semanas e sentimos que agora eu estava disposto a começar, eu já sei onde estão as coisas. Sei onde está a medicação, os instrumentos, já não me sinto perdida.* E6.46. Quando percebemos agora sim, estava pronto para fazer um turno, organizar-me. *Aqueles estágios saltitantes dão nos o conhecimento de várias instituições e de diferentes métodos de trabalho eventualmente, mas não nos permitem ter uma aprendizagem muito proveitosa. Mas também é importante o aluno conhecer diversos contextos para o aluno perceber para onde pode direcionar o gosto especial por determinada área.* E6.47. Por vezes vamos para o curso com a ideia de que vamos cuidar de mãezinhas ou de criancinhas e depois até vamos percebendo que não vamos por aí. É bom conhecer vários contextos de trabalho, vamos delineando o nosso perfil, o que queremos fazer na profissão.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Considera que o curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas no fim de vida?

Cuidar da pessoa em fim de vida e da sua família implica desenvolver competências ligadas à comunicação e à relação terapêutica. E6.48. Teoricamente são doentes que se situam mais nos cuidados paliativos, estão em fase final da doença em situações de maior dependência e mais dolorosas. É trabalhar com as características dos intervenientes, desenvolver a empatia, etc, etc. o respeito mutuo, trabalhar a confiança. *Mas para um aluno dar o melhor de si tem de se sentir sustentado. Os professores não tem que fazer maternage, nem andar com os alunos ao colo, mas para darem a sua essência, o aluno tem que se sentir bem consigo, para poder dar amor e o melhor aos outros.* E6.49. Estes momentos de rebelião e de agitação que nos vivemos aqui entre as equipas, às vezes fazem nos sair um pouco revoltados e não sei até que ponto não nos tira energia para investir na nossa formação. Sabemos que num doente se uma necessidade está afetada repercute-se nas outras e com o estudante é a mesma coisa. Muitas vezes somos obrigados a abdicar da família, da vida pessoal.

O termos unidades curriculares teóricas a decorrer junto com os estágios é terrível, rouba-nos tempo. E isso não tem a ver com a nossa organização em termos de trabalho autónomo do estudante. Há muita coisa que nos revolta e se andamos em stress não vamos ter a disponibilidade necessária para o cuidar. E6.50.

Também é importante ter segurança na ação, é muito importante o saber fazer. O mostrar segurança à família e ao utente, eles estão nos a avaliar, ou a valorizar, E6.51.

Temos que desenvolver todas as componentes da formação, desenvolver múltiplas competências, para que possamos exprimi-las num modo de ser, numa atuação. E6.52.

Nós sentimo-nos estudantes incompletos. Eu sinto que precisava de mais um tempo, porque temos que maturar muitas coisas. Precisamos de tempo para integrar alguns saberes como os da anatomia, fisiologia e da patologia que por vezes é deficitária. E vê-se nas pautas das notas. Tudo o que é da área do biomédico é mais deficitário. E6.53.

Chegamos a estágio e não damos o que os docentes esperam de nós. Há enfermeiros que orientam alunos e que já comentam que nós temos um conhecimento deficitário. E eu própria tenho vergonha de não saber. Embora isso também seja um motor de desenvolvimento, mas eu acho que a minha formação devia ser de mais um ano. Acho que precisava de mais qualquer coisa. E6.54. A partir do momento que em estágio nos exigem a articulação de conhecimentos que nós ficamos a olhar, porque não sabemos o suficiente. E6.55.

Dizem-nos que temos de maturar muito as competências humanas e relacionais, porque o resto vocês adquirem. Mas nós vamos para um mercado de trabalho que está difícil. Vamos sozinhos e não levamos ninguém atrás e Há enfermeiros que orientam alunos e que já comentam que nós temos um conhecimento deficitário. E eu própria tenho vergonha de não saber. Embora isso também seja um motor de desenvolvimento, mas eu acho que a minha formação devia ser de mais um ano. Acho que precisava de mais qualquer coisa. E6.54. A partir do momento que em estágio nos exigem a articulação de conhecimentos que nós ficamos a olhar, porque não sabemos o suficiente. E6.55.

Embora desenvolvendo as competências humanas e relacionais, não nos podemos sentir seres incompletos, não vamos dar o melhor de nós e vamos parecer pessoas frustradas. Eu sei que ao identificar as nossas falhas também funciona como um motor de desenvolvimento e nós investimos.

Como se sente no final do curso?

A minha licenciatura em enfermagem frustrou-me as minhas expectativas. Tendo como comparação os colegas dos anos anteriores. Acho que há uma decalage com os meus colegas do ano anterior.

Conhece a teoria de Patricia Benner, com o título “de iniciado a perito”?

Sim. Tenho lá o livro dessa autora de iniciado a perito.

Então para a tranquilizar vai ler o que essa autora diz sobre o estudante que sai da licenciatura e começa num nível de iniciado e depois vai paulatinamente desenvolvendo competências, até poder vir a ser perito.

Muito obrigada pelos seus importantes contributos. Desejo que tenha os maiores sucessos profissionais.

Eu é que agradeço a professora interessar-se tanto pela nossa aprendizagem e querer saber a nossa opinião.

Para lhe reencaminhar a entrevista transcrita terá que me dar o seu email que não tenho.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA ESTUDANTE (E 7)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato. Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Sou de nacionalidade portuguesa. Solteira. Tenho 21 anos

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

A primeira vez que contactou com o fenómeno da morte foi antes de vir para o curso, durante o curso ou nunca contactou?

Foi antes de vir para o curso, tive a morte de um familiar, mas não contactei diretamente.

Morreu uma pessoa de família, mas não teve a experiência de cuidar, foi isso?

Não, não cuidei.

Cuidar de pessoas em fim de vida, foi só no curso, isto é no ensino clínico?

Sim. Sim. *A minha primeira experiência foi no estágio do 1º ano. Logo no 1º ano, eu quase sempre tive pessoas em fim de vida em quase todos os estágios, mas nunca cheguei a contactar bem com a morte. E7.1*

Quando eu digo contactar a morte não quer dizer que você tenha tido uma pessoa a quem fez a múmia, é no sentido de ter de cuidar de pessoas em que o prognóstico

não era para a cura, mas eram pessoas que em curto espaço de tempo iriam morrer.

Exato!

A sua primeira experiência foi no 1º ano do curso?

Sim.

Como foi essa experiência no 1º ano?

No 1º ano eu sabia que a senhora provavelmente iria morrer, mas acabou por não ser tão traumático, E7.2, porque não foi uma pessoa com que eu contactasse muitas vezes. A não ser nos posicionamentos, e a senhora também não falava, o que era um bocadinho constrangedor para mim, ela não me responder. Mas a experiência mais marcante foi este mês no 4º ano, nos cuidados continuados. E7.3. Eu fui com a minha enfermeira no Centro de Saúde e a senhora estava nos cuidados paliativos de S. José, que fecharam, e a senhora foi para casa. E então o único recurso que a família tinha era uma associação que prestava os cuidados de higiene, porque a senhora tinha um cancro na laringe e na cervical, e estava metastizado. E então a família com certeza não podia mobilizar a senhora, porque a senhora tinha um colar cervical, e então contactaram os cuidados continuados e quando eu fui com a minha enfermeira orientadora não sabíamos o que é que íamos encontrar. E pronto, chegámos, não sabíamos bem se íamos ter uma família presente, que apoiasse, que estivesse organizada, como é que a senhora ia estar, se falava se não falava, portanto, foi um bocadinho ... ía um bocadinho ansiosa para essa visita. E quando chegámos lá, deparámo-nos com uma família muito organizada, muito...queria saber tudo, tinha um horário de escala, os familiares todos dividiam as tarefas para cuidar da pessoa. E isso foi algo que me impressionou. Como é que as pessoas lidam tão bem com aquela situação

Ou estão tão organizados?

Pronto, como é que lidam com a morte deste modo, é como se já tivessem aceite e estivessem a fazer os possíveis para que a mãe tivesse todos os cuidados e todo o conforto. E depois quando a senhora falava, ela falava normalmente sobre o assunto. A senhora, tinha plena consciência do que estava a acontecer, de que estava a morrer. Isso foi a parte mais difícil para mim penso que é a comunicação. O que é que vamos

dizer? Não podemos dizer que vai correr tudo bem, porque não vai. E7.4. Pronto, correr tudo bem, o que é que é correr tudo bem para aquela senhora?

Pelo que refere o que lhe custou mais não foi prestar cuidado no sentido técnico, foi mais o cuidar relacional?

Sim! Foi.

E que aspetos do cuidar relacional é que para si são importantes desenvolver?

Talvez a promoção da esperança, mas no sentido realista. É termos aquela coragem de dizer à pessoa que vai morrer, mas que vamos estar ali, vamos fazer tudo para que ela esteja confortável e que se sinta apoiada até ao fim. E7.5.

Transmitir-lhe uma sensação de segurança, apoio, conforto e não de abandono?

Exato. Eu penso que para nós se calhar (...) *é tão fácil administrar medicação ou posicionar uma pessoa em fim de vida, como outra pessoa qualquer. O que para nós é mais difícil, ou para mim, é falar com essa pessoa. O que é que eu vou-lhe dizer? E7.6.*

E para a família, como é a abordagem?

Sim. Também no mesmo aspeto relacional, é onde tenho mais dificuldades.

E responder às perguntas que eles fazem?

Isso também é complicado, mas aquela família tinha noção que eram cuidados paliativos. E a enfermeira também disse que o trabalho dela ... ela era especializada em cuidados paliativos, havia pessoas diferenciadas nessa área, e a tentar fazer o possível para que a senhora se sentisse confortável. Prestar os melhores cuidados, neste caso era uma úlcera que a senhora tinha desenvolvido. Mas que se quisessem um apoio mais diferenciado tinham mesmo de procurar outra entidade.

C) Que representação tem da morte?

Pessoalmente eu acho que (...) *é uma coisa que aprendi a lidar melhor durante o curso, porque nós estamos mais informados. E uma morte, quando é derivada a alguma doença ou a algum acontecimento, nós como temos os conhecimentos, sabemos que não ia haver outro fim. E7.7.*

Não esperava outro desfecho?

Outro desfecho a não ser a morte, acho que se calhar é mais fácil de aceitar, para nós depois de termos passado por estas experiências no curso.

Que sentimentos estão associados ao processo de morrer?

A morte ... eu via como um processo natural, mas era algo de que tinha muito medo, tinha muito medo que acontecesse a qualquer pessoa de quem eu gostava. E7.8. Se calhar agora também tenho, mas se calhar, o facto de saber o que é que se está a passar com a pessoa fisiologicamente, patologicamente, ajuda-me a compreender melhor a morte. De certo modo.

E a perceber que é um processo...

Sim, um processo natural.

E a vertente espiritual interfere na forma como perspetiva a morte?

Não, não. Não tenho crença religiosa Eu não sei, essas coisas de haver vida para além da morte, eu não sei. Não é uma coisa que me influencie. Claro que se a pessoa que eu estiver a cuidar tiver essa crença, eu só tenho de respeitar e de promover essa especificidade. E7.9.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

Eu sinceramente, eu acho que nós não estamos preparados. Não estamos. A única altura em que nós tivemos contacto com cuidar da pessoa em fim de vida foi no 2º ano, em enfermagem ao idoso. E7.10.

Foi nesta altura que falaram da morte?

Exato, mas até acho que foi uma coisa um bocadinho...como é que eu hei-de explicar? Demos os pressupostos dos cuidados paliativos, mas depois aquilo é tanta teoria e transpor aquilo para a prática é muito complicado. Eu acho que devia haver uma aula

mais interactiva, talvez. E7.11. Há cadeiras de opção em que as pessoas exploram mesmo a parte de como é que lidam com a morte. São aulas até um bocadinho pesadas.

Frequentou nenhum dessas opções?

Não.

Quais são as opções?

Eu sei que é...acho que é o ‘desenvolvimento profissional e pessoal’.

Também há a disciplinas de opção orientadas para os cuidados paliativos e para o cuidar no fim de vida?

Sim, eu sei: ‘Cuidar da pessoa em fim de vida’.

Os conteúdos dessas opções seriam bem-vindos na estrutura curricular do curso, não como opção mas como uma formação comum a todos?

Eu acho que sim. *Ter pelo menos uma aula que nos prepare melhor, porque os alunos que lidam mal com a morte, ou que tenham tido uma má experiência, chegar ao estágio e ter de lidar pela primeira vez é muito marcante, para nós. E7.12.*

Em outras disciplinas obteve subsídios para lidar com os seus sentimentos?

Sim. Eu penso que sim, talvez, (...) *em psicologia 2 tivemos alguns subsídios sobre as nossas crenças mas, de qualquer forma, eu acho que falta algo, tanto para nós cuidar da pessoa, como cuidar de nós mesmos perante aquela situação, eu acho que não há nada, ainda não estamos no patamar ideal. E7.13.*

E para cuidar de pessoas de diferentes culturas?

Eu penso que sim, sim. Mais no 3º ano. Eu penso que *em relação à enfermagem transcultural, eu acho que foi falada durante o curso e acho que é algo para que nós tentamos sempre estar despertos nos estágios. Se tivermos uma pessoa de uma cultura diferente, como é que vamos intervir com ela?! E7.14.*

Respeitando a sua cultura?

Exato. Respeitando.

E) Experiência clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos que metodologias ajudam? O que é que para si resultou bem?

Eu acho que *nestas situações resultam bem o jornal de aprendizagem. É algo em que nós podemos reflectir sobre um acontecimento, descrever, analisar, pensar no que é que poderíamos ter feito.* E7.15.

Utiliza a metodologia do ciclo de GIBBS?

Sim e ajuda bastante.

O escrever sobre um fenómeno ou acontecimento profissional também a ajuda a reflectir?

Sim. Sem dúvida.

Que metodologias são promotoras da aprendizagem em ensino clínico?

O jornal de aprendizagem.

Quer falar sobre o jornal de aprendizagem?

Eu acho que *o jornal de aprendizagem não deve ser feito no estágio, deve ser feito quando chegamos a casa, talvez nesse mesmo dia, (...) se houver possibilidade, de preferência nesse mesmo dia. E eu acho que, às vezes, (...) o facto de ser fundamentado é algo que atrapalha. Porque depois nós estamos mais preocupados em pensar nos artigos que temos de pesquisar para o fundamentar, e acaba por se perder um bocado a nossa própria reflexão.* E7.16.

Então, como elaborar o Jornal?

Eu vou dar um exemplo, no 3º ano no estágio de psiquiatria eu estive na Finlândia e tive um professor a orientar, cá em Portugal, que era o professor João Abreu, e ele pediu-nos jornais de aprendizagem, nós fazíamos a descrição da situação através do ciclo de GIBBS, mas não o fazíamos, eu julgo que não fazíamos a ponte com o referencial teórico. E mandávamos ao professor e depois ele mesmo perguntava e fazia mais questões, que nos fazia procurar. Por exemplo, escrevia o jornal de aprendizagem e dizia para diferenciar sempre que eu achava que tinha estabelecido empatia ou se o que

eu sentia era compaixão. E isso fez-me pensar e fez-me pesquisar e depois pedia que eu me justificasse. Eu acho que isso é que é uma interação com o tutor.

Quer clarificar a sua opinião?

A realidade é nós enviarmos por e-mail o diário e muitas vezes recebemos por e-mail, ou nem recebemos. Mas eu acho que, se estamos a fazer uma coisa em que estamos a explorar o nosso sentimento e é algo marcante para nós, acho que devemos ter algum feedback. Faz sentido. Para mim faz todo o sentido se não acabamos por escrever uma coisa, tudo bem que nos ajuda, mas também gostamos que nos ajudem a nós. E7.17.

É como se o professor tivesse compreendido o que eu estava a sentir, ficou ciente das minhas dificuldades. *E eu acho que não há mal em que o professor dê o feedback por e-mail, visto que é a realidade, o tempo é muito curto, às vezes mesmo no tempo de estágio é muito curto. Mas se calhar o ideal era ser feita uma reunião individual com o estudante. E7.18.*

A quem entregar a reflexão? Ao professor orientador do ensino clínico ou enfermeiro da prática (tutor), ou aos dois?

Eu acho que o diário deve ser enviado aos dois, porque o professor está distante, está de fora, não conhece a pessoa e o orientador está connosco diariamente, e por isso, eu acho que a opinião dos dois é importante. E7.19. ... porque também o orientador pelo facto de estar na prática, às vezes se calhar em teoria acaba por não...se calhar também não saber como é que vai ajudar o estudante. Acho que o professor é ideal neste sentido.

Como perspectiva a orientação em ensino clínico?

Eu acho que faz sentido com os dois em simultâneo, porque o professor não vai estar connosco depois o facto do orientador estar ali e ouvir as nossas dificuldades, se calhar são coisas que às vezes nós não conseguimos dizer: _ olhe tenho dificuldade nisto. Se calhar se ele estiver presente na reunião vai compreender melhor o que é que eu sinto, quais são as dificuldades que eu estou a ter, e vai-me ajudar depois posteriormente.

Como perspectiva as reflexões, como devem um instrumento de aprendizagem ou de avaliação?

Eu acho que estas reflexões não devem entrar como componente avaliativa, porque é muito subjetivo. E depois é assim, se o estudante sabe que está a ser avaliado ... então, a pressão é tão grande que acaba, se calhar, por não dizer o que tem a dizer, ou acaba por dizer o que os outros querem ouvir e sai um trabalho viciado. E7.20.

É isso que sente?

Corre-se o risco de vir a sentir, sim. Eu penso que (...) nunca tive os jornais de aprendizagem avaliados. Eu acho que deve ser um instrumento norteador, não deve ser avaliado e não deve ser ... por exemplo, tem de fazer 4 jornais de aprendizagem, num estágio tão curto! E7.21.

Não deve ser estipulado o número limite?

Exato.

Cada um faz os que considerar suficientes?

Claro, porque às tantas...tanto pode ser como menos como mais, por exemplo, se disserem que tem de haver 1 ou 2, o estudante seleciona. Ou então se tiver mais situações que o tenham marcado acaba por fazer mais, desde que digam que o número não tem de ser aquele número específico. Acho que isso é algo que nos faz muita confusão, termos de fazer 4 jornais obrigatoriamente, ou 1 por semana, parece que nós estamos a pensar...mas que situação, eu não tive nenhuma situação que, pronto que nos marcasse. E7.22.

E fica constrangedor ter que obedecer àquele parâmetro?

Sim, é constrangedor.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Considera que plano de estudos do seu curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas e de famílias a viver os processos de fim de vida?

Eu acho que podemos sair competentes para cuidar no sentido técnico, se é que isso existe, mas acho que em termos de comunicação, como disse anteriormente, acho que temos todos alguma dificuldade. E7.23.

Resumindo. No domínio técnico do saber fazer, considera que estão capacitados, mas a componente comunicacional e relacional precisa de ser treinada?

Sim! *Tanto no sentido de termos competências para falar, como no sentido depois de quando a interação acaba, lidar connosco, com os nossos sentimentos, o que é que estamos a sentir, isso é uma lacuna. E7.24.*

Há aqui 3 focos diferentes. Um deles é o lidar com os vossos sentimentos, que também têm dificuldade em lidar com eles?

Sim, sem dúvida! Então neste caso da pessoa em fim de vida, eu penso que não.

Falta algum treino para lidar com os vossos próprios sentimentos?

Sim, penso que sim.

E para comunicar com o outro?

Exato.

Como é que o processo de aprendizagem devia estar estruturado para melhorar essa componente?

Eu penso que *no 1º ano devem-nos ensinar a lidar com os nossos sentimentos, não só na pessoa em fim de vida, como em tudo. Isto de viver num hospital, viver com aquelas pessoas é complexo. E7.25.*

Cuidar de pessoas é complexo?

Sim. É algo que é um choque para toda a gente, se calhar há pessoas que estão habituadas, se calhar há pessoas que já têm outra formação anterior, mas (...) *para quem de um modo geral não tem experiencia chega ao curso e deparar-se assim com pessoas que não estão saudáveis é algo que também mexe connosco e acho que, sem dúvida, nos devem ensinar a lidar com isso no 1º ano. E7.26.*

E essa aprendizagem não é feita no início do curso?

Eu penso que sim, eu penso que no 1º ano e no 2º houve partilha de experiências depois no estágio, e acho que isso, por mais que nós às vezes pensemos que é uma seca ter de ir à escola, porque depois no estágio eu acho que é muito importante.

As análises de situação das práticas clínicas (ASE), é importante essa disciplina?

É importante, é muito importante. *É das cadeiras mais úteis que eu tive. [Refere-se à Análises de situação das práticas clínicas] E7.27.*

Acha que a ASE ajuda a lidar com os sentimentos do cuidador?

Sim, penso que sim.

A sua aprendizagem preparou-a para cuidar das famílias que estão a viver aqueles processos ou o foco é muito centrado na pessoa doente?

Eu acho que a nossa aprendizagem é muito centrado na pessoa, na família não. De todo! E7.28.

Mas tem noção que a família também está a passar por dificuldades? E que seria da esfera de competências do enfermeiro também cuidar daquela família?

Sim, sem dúvida. *Acho que tem de ser feito todo um caminho para atingir a abordagem à família. E7.29.*

Essa abordagem familiar deve ser feita no CLE?

Não, acho que no CLE por exemplo o 2º ano, acho que é um ano muito centrado na pessoa e depois no 3º ano, na pediatria, é sempre muito centrado na família, depois na psiquiatria volta a ser centrado na pessoa, portanto não há continuidade. A família, por vezes, é um pouco esquecida. E7.30.

Depois, no 4º ano, voltam outra vez a centrar-se na família.

Sim, no 4º ano o 7º semestre é da família.

Os modelos teóricos de abordagem ajudam a estruturar o cuidar e a integrar a família?

Eu penso que a forma como está estruturado ao longo dos anos, que são diferentes modelos, por exemplo (...) no 1º ano é o modelo das necessidades humanas fundamentais, da Virgínia Henderson, eu acho que faz sentido para começo, porque é um modelo muito esclarecedor, muito fácil de compreender. A partir do 2º ano, penso

que se deveria inserir a Neuman. É um modelo mais abrangente, sistémico, mas logo podia ser trabalhado desde o 2º ano, no 3º ano penso que já é um bocadinho tardio fazer esta abordagem sistémica. E7.31.

No seu curso a abordagem sistémica com o referencial de Betty Neuman é no 3º ano?

É! Eu acho que no 2º, devia passar para o 2º ano, porque depois era mais fácil para nós no 3º ano. E depois no 4º ano, como é enfermagem comunitária e da família, acho que já seria mais fácil fazer esse passo para a comunidade e para a família.

Fez-lhe sentido no 4º ano ter uma abordagem sistémica, não só dirigida ao indivíduo, mas dirigida a grupos mais latos, como a família e a comunidade?

Exato!

E os modelos são facilitadores?

São, são facilitadores e ajudam-nos. *O modelo de Calgary é muito facilitador para abordagem à família. E penso que a Neuman, é um modelo que nos permite pensar em coisas que no modelo centrado no cliente nos passavam um bocadinho ao lado. E7.32.* Por exemplo, a perceção da pessoa, fazer aquele questionário à pessoa. Acho que é um modelo muito de parceria.

Por exemplo, quando ela fala nas trocas relacionais do cliente com o inter-sistema acha que ajuda?

Sim, sim, muito. *Os modelos são importantes para nós, não apenas na teoria mas depois chegar ao ensino clínico e aplicar. E7.33.* Por mais difícil que seja, o objetivo se calhar não é fazer um processo de enfermagem, mas dois. Porque o primeiro é mais difícil e depois o segundo já é mais fácil.

Quer salientar algum aspeto importante que não disse?

Não. Penso que não

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar comigo neste estudo.

Quer que lhe devolva a entrevista para validar o que disse?

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA ESTUDANTE (E 8)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Tenho a nacionalidade portuguesa. Sou solteira. Tenho 22 anos

B) Experiência no cuidar em fim de vida

Teve experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte

Tive experiência com a morte de familiares e amigos, antes de entrar no curso, mas não prestei cuidados. E8.1.

E nos ensinamentos clínicos cuidou de pessoas a viver processos de fim de vida?

Foi no estágio do 2º ano, que cuidei de uma pessoa, que estava para morrer, mas foi difícil lidar com as minhas emoções. E8.2.

Tive dificuldade quando estão os familiares, principalmente com o sofrimento da família. Quando as pessoas estão conscientes e sabem que vão morrer é muito difícil fazer o acompanhamento. E8.3.

E em lidar com os aspetos fisiológicos? O cuidar do corpo da pessoa que está para morrer?

Em lidar com o corpo morto isso não tive dificuldade.

Não consigo é ter um afastamento do doente e da família e não consigo lidar com as minhas emoções e com as emoções dos outros. O distanciamento que é suposto haver às vezes não consigo. E8.4.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na sua morte ou na de uma pessoa significativa, que representação tem do fenómeno da morte?

Encaro a morte como processo natural, embora com sofrimento das pessoas mais chegadas. E de aceitação nas pessoas que estou a ver o estado de evolução negativa e de degradação. E8.5.

Para mim a morte não é a melhor solução porque a pessoa acaba ali...mas muitas vezes é positiva. Se não há melhoria para a pessoa, não há bem-estar, é o processo natural. A morte traz-me tristeza e angustia pelo sofrimento daquela pessoa. E8.6.

Se a pessoa está em sofrimento encaro a morte com mais naturalidade do que uma morte inesperada. E8.7.

É difícil lidar com o sofrimento e com os sentimentos todos, com a impotência de não conseguir dar outro rumo. E8.8.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

Recebemos os conteúdos nas disciplinas de Saúde Mental e Psicologia mas depois na prática lidar com as emoções é totalmente diferente e não me sinto ainda preparada. E8.9.

Preciso de mais acompanhamento no estágio para me ajudarem a mobilizar os conhecimentos, ou melhor, pôr em prática os conhecimentos que foram dados, porque a dificuldade é mobiliza-los. E8.10.

Que fatores contribuiram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Aprender a refletir sobre a prática e a mobilizar os conhecimentos teóricos. E8.11.

As minhas dificuldades, eu prefiro partilhar com orientador do local ou de Ensino Clínico. É o que eu prefiro em vez de partilhar em grupo as dificuldades, não me sinto à vontade. E8.12.

E) Experiência clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Bem tive dificuldades, particularmente com as famílias. E8.13.

No curso dão-nos os contributos necessários para lidar com a morte. Mas para lidar com a família é mais complexo, as famílias estão mais apelativas, mais sensíveis, aí o diálogo é mais complicado saber o que posso e não posso fazer, o que devo e não devo dizer. E8.14

Na prática, tenho exemplos que cuidamos também da família, mas às vezes nem sempre assim funciona.

Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

O diário de aprendizagem é uma boa forma em algumas situações, sem ser taxativo, com a obrigação de ter que fazer uns tantos. Apesar da reflexão ter de ser feita continuamente. E8.15.

Para mim como funciona melhor o diário é chegando a casa, passando a situação, refletindo, passo ao papel, fundamentando a minha vivência, dá-me aportes teóricos que nos permitem refletir sobre a situação. E8.16

E quem a ajuda a refletir sobre o que escreveu?

Eu entrego ao professor e ao orientador do local de estágio, a minha reflexão ...bem, depende da relação que se estabelece com eles e da abertura que há para discussão dessas situações.

Espero que o professor me dê uma resposta sobre a minha reflexão e sugira outros instrumentos que me ajudem num futuro a ficar mais capacitada e vivenciar melhor essa situação. E8.17.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências considera importantes adquirir para cuidar em fim de vida

Uma das competências que considero importante é o ser capaz de gerir as emoções pessoais: Não é pelos aportes teóricos, eu preciso mesmo de desenvolver é na área da gestão pessoal de emoções na prática dos cuidados. E8.18

E os modelos teóricos ajudam a estruturar a sua prática?

Os modelos teóricos não têm interferência. Na clínica não são facilitadores nem têm interferência. E8.19.

Na prestação de cuidados o que me faz mais sentido é o modelo da Virgínia Henderson, baseado na teoria das necessidades do doente, mas englobando a família, porque ela é mais centrada no doente.

É preciso ir buscando aos vários teóricos os elementos, os aspetos importantes para estruturar a minha prática.

E o modelo de Neuman ajuda?

Nem por isso.

E na questão cultural na morte é importante? Tanto Neuman na variável sociocultural refere, como Leininger com o cuidar cultural.

É muito importante respeitar as culturas, os rituais, e no curso estes aspetos são muito abordados. E8.20.

Que subsídios o curso de enfermagem lhe deu para o capacitar no cuidar em fim de vida?

Na teoria não, nem tenho nada a sugerir.

E nos ensinamentos clínicos?

Nos estágios depende de como nós estamos, dos orientadores. Há pessoas que nos dão mais abertura para expressarmos o que sentimos, mas isso não depende da escola.

Considera que plano de estudos do seu curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas no fim de vida?

Sim

Que sugestões quer dar? Dizer algo que eu não tenha perguntado?

Gostava que o orientador de estágio estivesse presente. Fosse um estágio presencial, mas se marcamos antes, ele está disponível e comparece. E8.21 Não, não tenho más experiências, não tenho sugestões a dar.

Posso utilizar a sua entrevista para o meu trabalho?

Sim , pode.

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar comigo neste estudo. Quer que lhe devolva a entrevista para validar a minha transcrição?

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA ESTUDANTE (E 9)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Tenho nacionalidade portuguesa, sou solteira. Tenho 22 anos

B) Experiência no cuidar em fim de vida

Teve experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte?

Já tive contactos com pessoas em fim de vida, contacto com familiares e nos estágios.

Na família não cuidei, mas vi os meus familiares a cuidarem do familiar que estava em fim de vida. E9.1. Cuidar não; eu era criança, mas vi a minha mãe e a minha avó a cuidarem da minha bisavó.

Teve experiência nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Nos estágios tive contacto no 2º ano e agora neste estágio que estou a realizar na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos. E9.2. no Hospital privado de Lisboa.

E essas experiências foram significativas?

Sim. Foram marcantes, (...) *não sei se é pela morte, mas sempre há um envolvimento grande, são experiências muito marcantes para os alunos.* E9.3.

C) Representação do fenómeno da morte

Que representação tem do fenómeno da morte?

Não encaro como uma coisa alegre, mas também não é um 'bicho de sete cabeças'. Acho que a forma como vamos a morte é uma questão cultural. E9.4. Mas o curso também me trouxe contributos apesar de não falarem muito, vamos tendo contacto e experiências, mesmo que não diretamente, mas vamos observando.

Vejo a morte como algo natural, E9.5. A morte traz-me sentimentos de tristeza, mas sem culpabilidade, porque culpa em nunca senti. E9.6.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

Bem, eu fiz a opção com o Prof. José Magalhães e Miguel Serra e isso deu-me ferramentas básicas... foi uma mais-valia, e agora fui buscar algumas coisas, como por ex a nível da comunicação.

Fiz esta opção [Quando o fim da vida se aproxima], no fim do 2º ano, mas podia ter sido no princípio, acho que traz muitos contributos para os estágios e se pudesse escolher, faria no final do 1º ano, E9.7, a opção "Quando o fim da vida se aproxima".

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Acho que as aulas com roleplaying para treinar as técnicas de comunicação, se for em grupos pequenos (5 a 6 alunos) resulta bem e ajuda muito. E9.8.

As reuniões de partilha de experiência com orientadores de estágio também são uma ajuda. E9.9.

E outros instrumentos que ajudem?

O Jornal de aprendizagem nos estágios também ajuda a refletir sobre o que fazemos. E9.10.

Nesta situação de estágio o número de páginas depende e a fundamentação teórica para o sustentar, também depende das situações.

Considero que o jornal de aprendizagem deve ser entregue ao professor, que deve dar feedback que é essencial e pode ser em entrevista presencial com diálogo, mas como

não estão sempre em estágio e com o numero de alunos que têm é difícil, mas o feedback tem que ser sempre, porque é essencial seja por email ou presencial. E9.11. É importante para nós alunos termos a resposta do professor.

E) prestar cuidados à família, como é essa aprendizagem?

Incluir a família como cuidadores, isso depende dos serviços, não são todos iguais, por isso as experiencias que temos e as competências que adquirimos variam muito. E9.12.

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida.

Nos ensinios clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

A escola e os serviços geralmente, não preparam para cuidar de pessoas e família. E9.13.

Como estou a fazer este estágio e neste serviço de cuidados paliativos, considero que sim, que aqui aprendi a cuidar em fim de vida. E9.14.

Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

Como estou neste serviço e com muita frequência os vários profissionais falam e discutem a situação e a evolução do doente com a família, isto permitiu ver a importância da família, mas só neste estágio no Serviço Unidade Cuidados Continuados e Paliativos, pude ver isto. E9.15.

Isto tem sido uma mais-valia para a minha formação e para o meu desenvolvimento, bem diferente das experiências anteriores.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências considera importantes adquirir para cuidar em fim de vida

A comunicação é uma competência muito importante para esta área do cuidar. E9.16.

O saber trabalhar em equipa também é uma competência, porque é necessário mobilizar diferentes pessoas e recursos, E9.17, e o saber partilhar as experiencias com quem sabe mais ou viveu outras experiencias. E9.18.

Que subsídios a Escola lhe forneceu para a ajudar a aprender a cuidar nesta área?

A nível dos modelos conceptuais são facilitadores, eu defendo o modelo da Betty Neuman que embora no início pareça complexo, mas depois de se perceber é uma mais-valia, contempla tudo e se os estágios forem maiores ajuda a entender situações com mais complexidade. E9.19. Às vezes as dificuldades são em estágios tão curtos não é possível mobilizar, nem articular a teoria. E9.20.

E o modelo de Virgínia Henderson?

Sim a Virginia Henderson no 1º ano é simples, é fácil de usar, baseamo-nos na teoria das necessidades, para iniciar está bem. E9.21.

Que contributos gostaria de dar para melhorar a aprendizagem dos estudantes, tendo em conta que eu não questionei tudo o que teria interesse.

Acho que devíamos ter um módulo antes de ir para estágio, sobre fim de vida, pode acontecer ter que lidar com a morte em qualquer ensino clínico. E9.22.

No 3 e 4º ano fala-se da família mas nos primeiros anos não. Não estamos despertos para a importância da família desde o início. E9.23.

Ter um orientador mais tempo e ter um acompanhamento no estágio mais contínuo facilitaria a integração e orientação do aluno. E9.24.

Estágios mais longos permitem desenvolver mais competências em vez de serem tão proliferados e tão curtos em cada local. E9.25.

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar comigo neste estudo. Quer que lhe devolva a entrevista para validar o que disse e ver se eu transcrevo o que disse, ou se quer alterar algo.

Eu também agradeço o interesse da professora em querer saber a nossa opinião para a sua tese.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA ESTUDANTE (E 10)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Tenho a nacionalidade portuguesa. Sou solteira. Tenho 22 anos

B) Experiência no cuidar em fim de vida

Experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte?

Sim tive contacto antes do curso, mas não prestei cuidados. E10.1, e depois também no curso.

E nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

A minha primeira experiência foi no ensino clínico do adulto idoso no 2º ano, foi o 2º estágio hospitalar. E10.2.

O confronto com a morte suscitou alguns pensamentos e sentimentos

Aconteceu durante a noite e quando cheguei e vi a cama vazia vieram-me alguns pensamentos e sentimentos. Tudo foi um choque para mim. E10.3.

No turno anterior o senhor tinha-me pedido para não o deixar sozinho.

Estive muito próxima e senti que isso foi compensador para o doente, foi importante.

O que me chocou foi saber que foi durante a noite e que estaria sozinho quando morreu, ele que esteve tão apelativo para mim nos turnos anteriores, para não o deixar sozinho. O que me custou mais foi saber que morreu sozinho. E10.4.

Quando os enfermeiros detetaram ele até já estava frio.

Questionei-me imenso e fez-me muita confusão saber que ele morrer sozinho.

Fez-me muita confusão o morrer só e foi para mim doloroso.

Habitualmente penso na morte como um processo natural. E10.5. Mas naquele caso fiquei triste e também tive sentimentos de revolta por o doente ter morrido só. E10.6.

Considero injusto, o papel do enfermeiro, não ter tempo para acompanhar estes doentes, pois também é preciso estar e acompanhar nestas situações.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte que representação tem do fenómeno?

A morte para mim está associada ao perder, à degradação das capacidades intelectual, à degradação mental mais que a física. A alteração do corpo físico não me fez transtorno. E10.7.

Para mim é importante nesta fase a comunicação, o saber gerir os silêncios acho que isso eu consegui, foi muito bem, estava ali a ter um papel importante, estava a relacionar-me e a cuidar naquele momento, daquela pessoa. E10.8.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para a capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

A minha visão mudou imenso ao longo do curso. (...)

No conjunto, não sei dizer em que momentos, com que conteúdos, mas a minha perceção sobre enfermagem (...) mudou com os conhecimentos que fui adquirindo e os cuidados que presto são mais direccionados para a pessoa, mais holísticos, mais personalizados, mais compreensivos. E10.9.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Foi a unidade curricular de relação de ajuda no 3º ano, e a opção pelo modelo rogeriano na relação de ajuda, mas que é uma UC de Opção. E10.10.

Nos estágios o maior contributo foi o lidar com os sentimentos, refletir sobre eles nos diários de aprendizagem. E10.11.

E) Experiência clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Sim tive essa oportunidade, mas foi difícil cuidar das pessoas que estavam a morrer e das suas famílias. Por vezes não sabemos o que dizer. E10.12.

Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

No Estágio foi a metodologia de reflexão utilizando o ciclo de GIBS. Já tenho alguma prática de utilização deste modelo e acho que ajuda muito. E10.13.

A reflexão baseada no ciclo de GIBS é muito importante e orientadora.

A partilha com o orientador, depende das situações e da relação que se estabelece, mas com o professora partilha das experiências deve ser sempre feita. E é muito útil o feedback presencial com o nosso docente orientador, em reunião ou em entrevista. E10.14.

E a partilha das experiências com os pares?

Também a partilha com os colegas acho que depende do estudante, pode ser benéfico, mas depende das situações e da confiança com o grupo. Penso que deve ser sempre perguntado antes ao estudante se quer ou não partilhar a experiência com o grupo. E10.15.

Se colocar em causa o estudante o professor pode utilizar o conteúdo, mas utilizando outra metodologia em que o estudante não se sinta mal, mas tudo depende da situação, do contexto, do envolvimento do grupo.

E como deve ser orientado a reflexão sobre a prática?

Reflexão sobre a prática nos diários deve ser feita, mas sem limites impostos, pois às vezes condiciona tantos trabalhos em estágio. E10.16.

Deve entregar por ex. 3 reflexões num estágio, mas tem que ser o aluno a escolher, mas só nesta fase do 3º ou do 4º ano. No 1º ano é difícil refletir e talvez haja necessidade de datar e pedir com mais assiduidade os registos aos estudantes.

Os diários de aprendizagem no 3º e 4º ano devem já ser feitos com algum distanciamento e as situações muito bem escolhidas, não interessa a quantidade, mas a qualidade e ao que nós damos importância, o que é significativo para nós. E10.17

E devem ser fundamentadas e avaliadas essas reflexões?

As reflexões do estudante devem conter fundamentação teórica, para nos dar suporte dos autores sobre aquela situação. E10.18.

As reflexões feitas pelos estudantes devem entrar na componente avaliativa como um item. É importante o estudante desenvolver essa competência de saber refletir sobre a prática, por isso deve fazer parte da avaliação da evolução do aluno. E10.19.

E que outros aspetos a ajudam mais no estágio?

Conteúdos que devem ser mais explorados no estágio deve ser a Relação de Ajuda, baseada no modelo Rogereano, também ajuda muito o entender o significado do não-verbal. E10.20.

Como componente prática, a relação de ajuda pode ser treinada em aulas em role-playing. Porque a relação de ajuda é muito importante para o cuidar nos doentes que vão morrer. E10.21.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências considera importantes adquirir para cuidar em fim de vida

Para cuidar em fim de vida as competências que eu considero mais necessárias são:

A assertividade. E10.22.

A consciência de que a morte não é uma derrota, ajudar numa morte serena, ter esta consciência. E10.23.

O saber fazer parcerias e envolver os recursos para ajudar a pessoa e a família. E10.24.

Saber lidar com a presença da família; orientar a família na prestação dos cuidados, eles podem ajudar muito se souberem e forem orientados para cuidar do seu familiar. E10.25.

Considera que adquiriu competências para cuidar da família?

Considero que é difícil ser capaz de cuidar da família. Somos alertados na Escola para a família, mas depois na prática não há tempo; é tudo a correr. E10.26.

Existe um cuidar formatado e não é orientado para aquela pessoa nem para aquela família. Temos que acompanhar o ritmo dos estágios e não se pode ficar o tempo todo que a família necessita. E10.27.

Que subsídios o curso de enfermagem lhe deu para o capacitar no cuidar em fim de vida?

Sim a metodologia do processo de enfermagem ajuda a orientar a prática. Também os modelos teóricos. Todas as teóricas de enfermagem dão contributos, por exemplo a Betty Neuman, ajuda muito pois recorre à teoria dos sistemas e facilita uma visão sistémica dos fenómenos de enfermagem nas 5 variáveis. E10.28.

A Lehniger ajuda na componente cultural, porque a enfermagem multicultural é muito importante, pelo menos em fases da vida tão significativas como o nascimento e a morte. A componente sócio cultural é muito importante nos cuidados de enfermagem, seja abordada pela Lehniger, seja pela dimensão sociocultural da Neuman. E10.29.

Quer salientar mais algum aspeto importante que não disse, ou que eu não ajudei a explicitar?

Sim. Já agora acrescento que os modelos das teóricas de enfermagem não estão a ser transmitidos da melhor forma; não pode ser só teoria, mas temos que saber aplicar na prática os modelos. E10.30.

Aplicar uma teórica na prática é necessário. Eu usei a Lehniger na U C de epistemologia II. Nas aulas teórico práticas devíamos trabalhar os cuidados de enfermagem de acordo com os modelos que nos ensinam na teoria, para nos ajudar a interioriza-los. Só nos estágios é que se pode mobilizar estes conhecimentos da parte teórica. Mas em estágios tão curtos e interrompidos como no 3º ano não dá. E10.31.

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar comigo neste estudo. Quer que lhe devolva a entrevista para validar? Terá que me dar o seu email.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 11)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Tenho nacionalidade portuguesa. Sou solteira. Tenho 23 anos

B) Experiência com o fenómeno da morte

Teve experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte ou nos ensinamentos clínicos? Como foram as suas experiências?

Não tive experiência do morrer na família E11.1, e durante o curso e os ensinamentos clínicos nunca estive em nenhum contexto nem em contacto com doentes terminais ou em fim de vida. E11.2.

Nem pessoas com prognóstico reservado?

Não, também não. Estagiei em serviços nesse sentido, muito softs. Em relação à minha experiência pessoal, o contacto próximo com alguém que soubesse já previamente que ia morrer, ou com algum antecedente que pudesse levar a isso, também não. E11.3. Já tive alguns familiares que morreram mas foi, por exemplo, o meu padrinho morreu eu ainda era pequenina, sinceramente não me lembro. Foi um acidente, ninguém estava à espera, uma situação ali muito complicada, mas não me lembro muito bem, não me recordo mesmo. Acerca de 3 anos o meu avô paterno faleceu, derivado a consequências depois de um enfarte, já foi socorrido bastante tarde, mais do que deveria ter sido. Sei que fui visitá-lo aos cuidados intensivos, ainda estava em observações, ficou lá algumas

48 horas, pelo menos. Foi aquele contacto mais próximo que eu tive com uma situação que era complicada e que estava ali muito próxima. Mas de resto foram só contactos muito softs.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte, seja a sua ou de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Vem-me assim uma carga muito negativa sobre a morte, sempre associado muito a algo...que acabou...que só fica a recordação. E11.4. Por exemplo, no meu caso quando tenho algum familiar que faleça, não sou capaz de ir ver, não consigo. Prefiro recordar-me da última imagem que tive da pessoa, do que olhar o corpo morto. Isso para mim é uma coisa que me faz muita confusão o lidar com o corpo que já não tem vida, está morto. E por isso, prefiro...opto mesmo por não ver. Sou capaz de ir ao funeral, à cerimónia, mas olhar o corpo é algo que não lido bem.

E isso é perturbador?

Sim, porque fico sempre com uma recordação daquela pessoa, e a minha ideia de ficar...a última vez que vi aquela pessoa é o corpo morto...

Não é agradável essa recordação?

Não, e então *prefiro não lidar mesmo com essa sensação do corpo morto. E11.5.*

E o corpo em fim de vida mas que está sujo, vomitado, que está a deteriorar-se, é complicado para si?

Não posso dizer porque não tive em contacto mesmo com essa situação, de cuidar de um corpo a degradar-se. Não tenho termos de comparação também...e sim pensando bem, o corpo mesmo em fim de vida, já com algumas limitações, isso penso que não me faria tanta confusão, nem nada...é mesmo o corpo já sem vida é que é algo para mim difícil.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

Fazendo aqui um retrocesso. Penso que quando falamos mais de morte abordamos um pouco mais pela família, pelos familiares que ficam e como é que é vivenciado o processo de luto. *Penso que não é trabalhado como é que nós mesmos, estudantes de enfermagem e futuros profissionais, lidamos com a morte, com o corpo morto. E11.6.*

Em termos de preparação da múmia, eu pessoalmente comecei o curso num pólo da ESEL e até hoje ninguém me disse qual é que era o procedimento de fazer uma múmia e nunca fiz, nem sei fazer. E11.7. Sei que alguns colegas já fizeram, deram-me umas noções como é que era. Mas não fui preparada para nada disso. Logo, se não temos essa preparação, também não somos preparados para lidar com aquele corpo que já não tem vida, (...) *como é que nós fazemos a nossa gestão de sentimentos, se associamos experiências que já tenhamos tido na nossa vida pessoal, como é que aquilo se cruza? penso que é uma componente que não é trabalhada no curso. E11.8.*

Que estratégias de ensino aprendizagem a podem ajudar a adquirir competências nesta área do cuidar?

Penso que *uma coisa que seria útil era uma abordagem em si mais dinâmica no sentido de partilha de experiências, por exemplo, entre profissionais e estudantes. E11.9.*

Os profissionais que trabalhassem bastante nessa área, poderiam partilhar com os estudantes como é que foi o início do trabalho com essa vertente, o que é que os levou a trabalhar, numa unidade de cuidados em fim de vida, como é que eles gerem as próprias emoções naquele tipo de prestação de cuidados, E11.10, não só ao doente já morto, mas também naqueles serviços em fim de vida, como acompanham as famílias. E11.10. Como é que é aquele contacto, aquela relação como é que é feito aquele cuidar, como é aquela troca.

Também em termos de pares, entre os estudantes, alguns que já tenham tido essas experiências, (...) penso que é muito interessante saber a opinião e qual é a perspectiva entre os mesmos pares...como é que isso foi. O que é os fez refletir mais? O que é que os incomodou? O que aprenderam? Como resultou para eles? O que foi fácil? E11.11.

Ou o que foi difícil?

Exato. Porque eles à partida poderiam ter expectativas diferentes, como é que foi esse confronto. E que esse assunto fosse mais debatido mesmo em termos teóricos. *Penso*

que a morte é algo que, pelo menos na nossa sociedade, na nossa cultura não é muito abordado, continua a ser tabu. E11.12.

Tem toda a razão, esse problema socialmente não é abordado, antes pelo contrário. Dizem vários autores que a morte passou de uma morte domesticada para uma morte selvagem.

Agora por falar nisso, lembrei-me de uma coisa. Aqui há uns anos, já não sei precisar há quanto tempo, lembro-me de ver uma reportagem de uma cultura. Eles estavam, a falar um bocadinho da história e de alguns rituais que eles tinham, incluindo os funerais. Porque naquela cultura, sinceramente já não sei precisar qual, quando alguém morria, ao invés de nós que ficamos de luto e vestimos de preto e pomos toda aquela carga escura, eles vestem-se de branco, cantam, batem palmas. Para mim esta cultura não me chocou pela negativa, mas criou em mim ali uma sensação de surpresa.

E perguntará: - afinal o que é que fará mais sentido?

Exato. Nesse momento eu estava-me a questionar. E eles eram o inverso, quando alguém nascia, aí é que eles choravam. E isso deu-me ali uma curiosidade, fiquei mesmo surpresa...como é que é possível vivermos todos no mesmo mundo, e como é que possível haver ali tantas diferenças, em coisas tão simples, como a vida ou a morte.

Ao nível da enfermagem transcultural, ajuda a perceber que podemos cuidar de pessoas nos processos de transição para a doença e para a morte em diferentes culturas?

É assim, culturas propriamente ditas, não trabalhamos nenhuma especificamente. Mas acho que *em termos de preparação para alertar para a diferença cultural, o que é que isso implica nos cuidados, (...)* o que é que nós próprios, muitas vezes, ao estarmos em contacto com uma cultura que é completamente diferente da nossa, os nossos valores, às vezes, entram ali um bocadinho em confronto com a outra cultura, (...) *eu acho que nesse aspeto, até é bastante falado no curso.* E11.13. Agora penso que também há certas culturas que, se calhar, nem que fosse numa unidade curricular de opção, seria interessante trabalhar. Nem que fosse, por exemplo, as culturas que temos mais presentes no nosso país, acho que era interessante trabalhar mais.

Eu acho que uma vez que são pessoas que estão muito presentes, nós todos os dias estamos em contacto com elas, acho que há ali certos pontos que deveriam ser mais alertados.

Perceciona essa lacuna na vossa formação?

Sim acho, poderia especificar. Acho que poderia ser uma coisa...diversificar mais, aprofundar. Nem que fosse falar tudo mas que fosse ou variada ou então centrar nas que estão mais fortemente aqui presentes na nossa vida social e profissional.

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

Neste domínio e nesta temática, penso que talvez reflexões por escrito, partindo de um momento de contacto.

De uma situação vivida?

Exato, que suscite esse incómodo, ou esse lidar com algo que não é comum, que não se foi tão preparado ou alertado para tal, nesse sentido. Complementado com alguma base de sustentação também.

E depois, como deve ser o processo da prática reflexiva?

Não sei até que ponto é que a reflexão não deveria ser anónima. Eu penso que temáticas destas, que são tão pouco trabalhadas e tão pouco faladas, penso que era interessante partilhar com o grupo. E11.14. A partilha dos jornais de aprendizagem, mas de forma anónima, e serem discutidos num grupo com o docente orientador, que oriente um grupo de estudantes e poderia ser feita a leitura desses jornais de aprendizagem, de forma anónima e, posteriormente, discutidos. E11.15 que fossem partilhados nesse sentido de a pessoa não ter de se identificar.

Para si é importante não se expor o aluno?

Exato, muitas vezes não está à vontade para tal, e é compreensível, penso que seria interessante nesse sentido.

E os estudantes que têm dificuldade em partilhar opiniões, experiências, como podem ser ajudados?

Hummm... Eu penso que a melhor solução para qualquer problema é através da conversa.

Eu tenho colegas meus, que já os conheço bastante bem e que até conhecia antes de entrar para o curso, que...é assim, as pessoas não são todas iguais, há umas diferentes e, por exemplo, conheço pessoas não só do curso e amigos meus, que têm problemas, mas quem não os conhece, acha que estão perfeitamente bem. Eu acho que, muitas vezes, os docentes não têm assim uma relação tão próxima com os alunos que consigam captar essa informação.

Os vossos orientadores de estágio tem um papel importante neste processo?

Eu acho que a interação que se estabelece depende muito do docente, do enfermeiro, também depende muito do aluno. Acho que há ali vários fatores, que podem ser variáveis.

O enfermeiro tutor da prática clínica é o que está mais próximo.

É o orientador que está connosco todos os dias, ali no local onde acontecem as coisas, nesse sentido, penso que sim. É mais com essa pessoa que se estabelece aquela relação em que é mais fácil ele perceber se alguma coisa está bem, se alguma coisa está mal.

Também é mais fácil para vós dirigirem-se a ele em caso de necessidade. É quem está mais acessível?

Sim, isso também porque é uma pessoa que está connosco, observa como é que é a nossa reação, e o facto de estarmos todos os dias com aquela pessoa, aquelas rotinas, também nos deixa muito mais à vontade para falar sobre qualquer coisa. Neste caso, penso que é uma coisa que, ao não ser tão falada a nível da escola, quando chegamos a um local em que, muitas vezes estamos com aquela pessoa todos os dias. *Sentimos mais à vontade para falar com ele [tutor] do que, se calhar, com um professor que esteja na escola, que não está lá, não está a ver o que é que se passa, não esteve com aquela pessoa, no momento também.* E11.16.

Nos ensinamentos clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Nem por isso, definitivamente não. Apanhei ali um período de mudança, de transição. Não concordei com algumas coisas, mas pronto, também não é para aqui, penso que é nesse sentido. *Deve-se apostar mais na preparação para a morte, nem que a temática fosse inserida, por exemplo, na unidade curricular, talvez a nível do 2º ano. Mas acho que deveria ser mais investida em termos de preparação e daí depois também é que surge oportunidade de adquirir essas mesmas competências.* E11.17. Neste momento, penso que com as bases que há no plano de estudos, definitivamente não temos preparação suficiente. E11.18.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Considera que plano de estudos do seu curso responde às necessidades que o estudante tem de aprender a cuidar em fim de vida?

Na minha opinião, não!

Em nenhum dos anos curriculares foi-vos dado contributos para aprender a cuidar deste tipo de clientes?

É aquilo que já tinha referido anteriormente, a nível do 2º ano, o que nós abordamos foi o luto. Como é que é o luto dos familiares, aquele processo, onde é que nós podemos ajudar. Agora, *como é que nós nos ajudamos a nós próprios, a lidar com aquela situação mórbida? Não sabemos, na minha opinião há aqui uma falha qualquer.* E11.19.

É importante terem subsídios para vos ajudar no vosso desenvolvimento pessoal e profissional?

Sim, sem dúvida. Porque *nós estamos aqui a ser preparados para ser profissionais, que trabalham tanto na saúde como na doença, e não nos devemos esquecer que também há morte. É nesse sentido que eu acho que há ali uma lacuna no curso.* E11.20.

Que competências é que deviam treinar, ou desenvolver, para serem capazes de cuidar deste tipo de clientes?

Ermmm ... Como é que deveria ser feita por exemplo a nossa gestão de sentimentos. Como é que se pode desenvolver aquela competência comunicacional com os familiares.

As competências comunicacionais são importantes?

Sim. *É importante estar atenta aos silêncios, a toda aquela componente muitas vezes do não-verbal.* E11.21.

A comunicação não-verbal é importante?

Sim, muitas vezes mais importante do que o que é dito. Penso que muitas vezes os silêncios dizem mais do que as palavras. Isto é uma frase muito comum, mas acho que neste sentido se aplica muito bem. Ermmm... e mais competências ... (fica a pensar)

O controlo da sintomatologia do doente, a dor, o sofrimento, o mau estar acha que também era importante?

Sim, penso que pelo menos a dor, *a avaliação da dor, toda essa componente, pelo menos, considero que foi muito bem trabalhada a nível do 1º ano.* E11.22.

O curso orienta para o cuidar das famílias?

Não tenho muito em conta como é que estava o plano de estudos antigo em relação a esta parte. Só fiz o 1º ano com esse plano de estudos, *mas em relação a este 4º ano, senti que a componente da família foi muito bem trabalhada, a nível da unidade curricular de enfermagem, da saúde comunitária e da família.* E11.23. Penso que foi uma junção muito boa, tanto da comunidade como a família, aquela junção faz todo o sentido, pois a família é um dos grupos que forma a comunidade e que toda a parte de...como é que é feita a avaliação da família, a intervenção, todos os modelos e ferramentas que nos foram transmitidos e dados a conhecer. Se calhar não nos dão tanta prática, “estaleca “ para o trabalho com a família, mas já nos deixam algumas bases, já não somos tão ignorantes no trabalho com a família. Já nos sentimos mais aptos, já sabemos o que é que existe para trabalhar com aquela família. Penso que nesse sentido, em termos teóricos foi muito bem fundamentada. Em termos práticos, mais a nível do ensino clínico, penso que as famílias também...os estudos de caso que desenvolvemos permitiu-nos pôr mais em prática todos aqueles instrumentos e ferramentas. Mas penso

que deveria ser uma coisa mais continuada, um ensino clínico mais prolongado, que permitisse acompanhar as famílias no tempo, porque aquelas 8 semanas ... (expressão de dúvida)

Os modelos de abordagem teórica que mobilizam são facilitadores?

Chega a um certo ponto, que às vezes penso: Já chegava de modelos, aqueles bastavam.

Mas não são norteadores da prática?

Sim, isso sem dúvida, isso nem se coloca em causa. Mas quanto mais anos avançamos, mais modelos conhecíamos, e há modelos para isto, para aquilo, para tudo.

Muitas vezes há ali um certo tema, uma certa área, que (...) *só para aquela situação há tantos modelos que o aluno às vezes chega ao ponto de pensar: ok escolho este ou aquele e fico ali um bocadinho perdida. E11.24.* Há também a questão de ter de os conhecer para ver por onde é que vou optar.

Estes modelos teóricos que abordam a dimensão sociocultural, a espiritual, e não se centram só na dimensão fisiológica, como o modelo biomédico, ajudam a conceptualizar o cuidar?

Sim, claro. O modelo biomédico para mim sinceramente não me faz sentido nenhum, sou completamente contra. Não sou fã, tenho colegas meus que são, eu não sou e não sou apologista, sinceramente. Não recomendo. Não aconselho a ninguém, vivamente, não compre.

Mas em termos de um modelo muito mais abrangente, muito mais multidimensional, mesmo sendo mais ou menos complexo, só o facto de abranger, não só o estado físico, mas também tudo o que há para além do físico, penso que é importante, porque nós não somos só físico, não somos só corpo, não somos só saúde ou doença, nós temos uma família, temos as nossas relações com a nossa família, e a nossa família vice-versa, temos relações com a comunidade ou contexto onde estamos a viver, com a própria sociedade. Todos temos deveres e obrigações e acho que é importante perceber como é que essas interações, como é que isso vai afetar-nos a nós, como é que nós afetamos tudo o resto. E, sem percebermos isso, estamos centrados apenas num ponto que estamos a trabalhar, esporadicamente com aquela pessoa ou com aquela família. E isso não é enfermagem para mim. Isso é um tratar, pode ser tomar um comprimido...então as

melhoras e passe bem. E o comprimido fez efeito? Era adequado para aquela pessoa? Como é que sentiu ao tomar o comprimido? Achava que era preciso? Podia ter sido outra coisa? O que é que a sua família achou? É a tal coisa, faltava sempre...ficava sempre ali a falhar um mundo de situações e de dimensões que acho que devem ser trabalhadas, e cada vez mais.

Quer salientar mais algum aspeto importante que não disse, ou que eu não ajudei a explicitar?

Não

Posso utilizar no meu trabalho o material da sua entrevista?

Sim.

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar comigo neste estudo.

Quer que lhe devolva a entrevista para validar o que disse e ver se a transcrição está de acordo com o que referiu?

Sim

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 12)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Tenho a nacionalidade portuguesa. Sou solteira. Tenho 33 anos.

B) Experiência com o fenómeno da morte

Contactou com a morte antes de vir para o curso, só durante o curso ou nem nunca contactou com a morte?

É assim, eu nunca vi ninguém a morrer. Mas perdi o meu pai quando eu tinha 7 anos e foi uma experiência que me marcou, vê-lo...morto. Pronto, depois também vivia com a minha avó, o meu avô também faleceu, mas foi antes do meu pai. Portanto, *a morte sempre esteve assim muito presente na minha família. E12.1.*

Mas prestou cuidados a algum familiar que estivesse em fim de vida?

Depois à minha avó, sim. Ela esteve 4 anos doente, 2 dos quais sempre limitada ao quarto, 4 meses praticamente sempre na cama e depois acabou por falecer no hospital.

Teve alguma experiência nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Em termos do curso, posso falar de um senhor de 58 anos, quando eu estava no S. Francisco Xavier, que tinha uma oclusão por carcinoma intestinal. Tinha feito uma ileostomia e pronto, via-se que não tinha bom prognóstico.

C) Representação do fenómeno da morte

Neste momento, tendo em conta todas essas experiências que teve, que representação é que tem do fenómeno da morte?

Começo a encará-la com mais naturalidade. O facto de estar neste curso, de falar destas questões, acabou por me ajudar a aceitar, mas ainda com receio. E12.2.

Se puder tratar de ter outro doente e não ter aquele que está para morrer, prefere. É esse o seu caso?

É! Se puder escolher onde trabalhar, não cuido de um moribundo. E12.3.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para a capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

Como assim..? [foi clarificada a questão]

Em termos de aulas, os conteúdos teóricos e TP, prepararam-vos para o percurso da profissão que iriam deparar-se com estes fenómenos do morrer?

Na minha perspetiva, ao longo do curso foram-nos dando sempre indicações bases para nos ajudar a lidar com estas situações. Sobretudo agora, na minha perspetiva, *foi nos dado um texto para refletir em cuidados intensivos, em que falava qual é que era o papel dos enfermeiros nos cuidados intensivos, na situação de cuidar do próprio cadáver. E12.4.* E fez-me também... (pausa para pensar)

Fê-la refletir?

Sim. Mas, contudo foi uma aprendizagem que consegui ter a partir desse trabalho.

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

É difícil este cuidar para a morte. Não é tanto o lidar com o corpo que tem de ser cuidado, é mais a pessoa em si, que está ali realmente que me preocupa, olhar para mim, e se calhar quer alguma esperança, que eu não lhe posso dar. E12.5. A pessoa

pode perguntar: _ Mas será que eu vou continuar a viver? Quanto tempo de vida eu tenho? E eu não consigo lidar com isto ...

São os sentimentos que esta situação envolve que me faz

A sua principal dificuldade é na área comunicacional e nos sentimentos e não tanto nos procedimentos técnicos. É isso?

É isso. E também, claro a família...quando diz a pessoa no seu todo envolve a família também.

Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

No 2º ano falou-se da morte na saúde do idoso, falamos de vários suportes teóricos, como a Phanafe, que nos deram muitas bases teóricas, desde a comunicação e da relação de ajuda e recorro muitas vezes às orientações da Phanafe. E12.6.

O que tem a dizer dos instrumentos pedagógicos que utiliza nos estágios?

O que mais me ajuda é o jornal de aprendizagem. *Eu tenho-me baseado sempre no jornal de aprendizagem para refletir essas situações mais difíceis, e respeito aquela indicação baseada do ciclo de GIBS que nos foi dada. E ajuda-me bastante e faz sentido aquele encadeamento de fases. E depois tentar colmatar aquilo que me falta com bases fundamentadas em teorias que já foram ensinadas. E12.7.*

Como deve ser construído a aprendizagem reflexiva baseada no diário de aprendizagem?

Para mim faz muito sentido o jornal ser acompanhado de uma fundamentação, de pesquisa, porque consigo depois ver outras perspetivas, para tentar compreender também a minha parte. E12.8. Porque é que eu agi assim? Se calhar outras pessoas também agiram assim...e porque é que elas agiram assim? Quais são as estratégias que depois usaram?

E prosseguindo como é esse percurso com o diário de aprendizagem?

Depois envio o diário de aprendizagem ao orientador por email e depois temos uma discussão onde ele também me ajuda a identificar coisas que, se calhar, não achei tão

importantes, mas que fazia todo o sentido e me ajuda a pensar nelas e a fazer as relações com coisas que eu lá coloquei. E12.9. e que se calhar achei que não tive a percepção da importância delas.

E isso ajuda-a a maximizar a sua aprendizagem?

Sim, sim.

Como deve ser feito o feedback face áquilo que apresenta ao professor?

Eu acho que a discussão do diário deve ser em presença mesmo do aluno porque consegue-se estabelecer uma relação entre o orientador e o aluno muito mais próxima e mais facilitadora da aprendizagem. E12.10.

Essa orientação deve ser individual ou em grupo?

Já passei pelas duas experiências e ambas têm vantagens e desvantagens. Se a discussão for individual não me sinto tão inibida em partilhar com tantas outras pessoas, mas depois em grupo também consigo aprender com os colegas. E12.11, coisas que eles aceitaram...e consigo depois também aprender com isso. Portanto, eu vejo vantagens e desvantagens em ambas as formas.

Mas só falou nas vantagens ...e desvantagens?

Lá está, é isso a inibição perante o grupo.

Há outras possibilidades, que primeiro deve ser individual e depois se houver acordo e autorização do aluno é que o professor pode levar aquela partilha ao grupo.

Eu concordo com essa possibilidade, sim. Primeiro individual e depois então se houver acordo e se eu me sentir à vontade de partilhar com outras pessoas, então poderá ser. Mas só mediante acordo entre nós e o professor, porque são coisas que são vividas por nós. São sentimentos e emoções e isso é privado. E12.12.

Como espera ser ajudada em estágio para adquirir competências?

Eu acho que é importante que o orientador me veja de uma forma “holística”, isso quer dizer que tem de me ver como aluna e como pessoa. (...) Eu estou ali para fazer

determinadas coisas, tenho uma função, um papel a desempenhar ali, (...) *mas antes de mais sou uma pessoa e se calhar não consigo lidar com determinadas coisas e, se calhar, ele tem que me conhecer para me ajudar a ultrapassar as dificuldades que eu vou tendo ao longo do estágio.* E12.13. Eu acho que acima de tudo é isso.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências deve desenvolver para cuidar de pessoas e de famílias a viver os processos de fim de vida?

Eu acho que tem vantagens se nos ajudarem a *estabelecer a relação com a pessoa, a ver a pessoa realmente no seu todo, para depois podermos identificar os diagnósticos.* E12.14. A sermos depois nós autónomos. Muitas vezes nós estamos lá, mas também não sabemos muito bem identificar o diagnóstico, e se calhar estarmos juntos do orientador vai-nos ajudar a fazer esse juízo. Depois, também os saberes técnicos, isso temos mesmo que saber e é através de ver como é que o orientador faz, e como é que a equipa faz. *Também ajudar-nos no contexto da autoformação, como é que nós podemos nos formar? Digamos assim: apropriar dos saberes.* E12.15.

Orientar-vos em termos bibliográficos?

Sim, e vemos também *como é que funciona uma equipa de enfermagem, ou uma equipa multidisciplinar. Que recursos é que podem obter para prestar melhores cuidados. No fundo é como podemos melhorar a nossa prática.* E12.16.

Considera que o seu curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas e de famílias a viver os processos de fim de vida?

Eu acho que damos também formação ao nível da família.

Termina o curso desperta para a necessidade de cuidar também na família?

Sim.

Os diferentes modelos teóricos que aprendem ao longo do curso, são facilitadores do processo?

Eu aceito e acho mesmo muito importante que (...) *os modelos estejam sempre ao lado da nossa prática, sempre. São instrumentos facilitadores do processo. Se tivermos um quadro teórico que nos ajude, temos o caminho mais facilitado. E12.17.*

Acha que há um ganho, em termos de aquisições, quando passamos de um modelo teórico centrado nas necessidades para um modelo mais sistêmico?

Eu acho que o modelo sistêmico ajuda-nos sempre a ver a pessoa mais no sentido alargado, ajuda-nos a ver a pessoa mais no seu todo. E12.18. Ajuda-nos a completar a informação que nós queremos. É facilitador.

Que subsídios o curso de enfermagem lhe deu para a capacitar no cuidar em fim de vida?

A cadeira de relação de ajuda foi muito importante e eu acho que deveria ser logo no início, a partir do 1º ano. Porque é logo no início que nós começamos a estabelecer a relação, e mesmo antes do estágio, E12.19, para compreendermos realmente a importância da relação, não é depois de aprendermos todos os outros saberes, que vamos estabelecer uma relação de ajuda com aquela pessoa. O que é que precisamos saber, então depois aí vêm os outros saberes, antes de estarmos em contacto com a pessoa. Realmente eu acho que é fundamental.

Depois, por exemplo: o estágio de cuidados intensivos, muito de nós não tivemos. Devíamos passar todos por uma situação dessas. No 4º ano só temos a disciplina, o estágio não temos, nem o de urgência. Portanto, *o estágio de urgência e estágio de cuidados intensivos só quem tem é quem faz a monografia nessa área. É uma opção, mas faz falta na nossa formação. E12.20.*

Só tem essa experiência quem desenvolve o projeto de ensino clínico nessa área. Mas considera que deveria ser um estágio obrigatório?

Sim, exatamente.

Também há UC de opções, que alguns estudantes consideram que deviam ser conteúdos curriculares obrigatórios e não opcionais.

Exato, por exemplo a emergência de primeiros socorros, o trauma e o suporte básico de vida. Se houvesse um inquérito todos nós queríamos ter tido esses conhecimentos, e são só dadas como opções.

Tivemos agora uma semana, foi aí há 15 dias, que tivemos na Gulbenkian, uma pequena formação, quer de trauma quer de suporte básico de vida.

E essa formação também é importante?

Isso já foi alguma coisa. Mas eu acho que é muito pouco. *Vamos ser enfermeiros e as pessoas lá fora esperam que a gente tenha esses conhecimentos. Não só como simples opções, mas que saibamos mesmo estar aptos a intervir nessa área. E12.21.*

Mais recomendações...ermmm...ermmm...mais recomendações, se calhar esta parte da farmacologia. Se calhar, ficou um pouco muito aquém do desejável. Foi-nos dado pouco tempo, pouca formação nessa área, foi dado pouco e muito a correr.

A farmacologia tem poucos ECTS, só 2 no curso, mas necessitam desses conhecimentos para os cuidados paliativos?

Exato é isso mesmo a farmacologia tem poucas aulas. *O que eu sinto, é que é assim, ao longo do curso foi-nos dado pequenas abordagens, muito breves, algumas que foram mais extensas do que outras, mas o intuito deste plano de estudos é ajudar a compreender o que é importante. E12.22.* Qual é que é o leque de conhecimentos que um enfermeiro precisa de abordar, de ter ao longo da sua carreira. E depois, também (...) *o curso para nos dar uma perspetiva geral, não pode dar tudo, nós temos de estar autónomos, temos de estar alerta sempre para aumentar sempre o nosso conhecimento e saber pesquisar, isso também é uma competência a desenvolver o procurar saber mais. E12.23.*

Como enfermeiros generalistas, é importante sabermos um pouco de tudo?

Bem, ao longo da formação e ao longo da vida vamos adquirindo mais formação, nas áreas que sentimos necessidade. E12.24.

Foram muito orientados para a autoformação ao longo da vida?

Sim e eu acho que isso é muito importante!

Outra coisa é ajudar a pessoa a identificar as necessidades de formação. Foi uma competência que conseguiu treinar?

Sim. Com as competências que nos foram indicadas sempre ao longo do curso, conseguimos ter uma orientação de quais é que são as competências que nós devemos ter, e identificar as nossas necessidades formativas. E12.25.

Quer salientar mais algum aspeto importante que não disse, ou que eu não ajudei a explicitar?

Não.

Agradeço muito a sua colaboração neste estudo. Posso utilizar a informação que me deu para o meu trabalho?

Claro!

Quer que lhe devolva a entrevista para validar o que referiu? Terei que ficar com o seu email.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 13)

(NOTA: Entrevista com hesitações. Nem sempre as respostas estão por ordem do Guião, vai fluindo na medida do discurso)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Tenho a nacionalidade portuguesa e canadiana. Sou solteira. Tenho 22 anos.

B) Experiencia com o fenómeno da morte

Alguma vez contactou com pessoas em situação de fim de vida, e esse contacto foi antes de vir para o curso, foi no curso, como é que foi?

Por acaso, *o primeiro contacto com a morte foi no curso*, E13.1, mas após iniciar o curso, infelizmente tive oportunidade de contactar fora do curso.

Na sua vida familiar e social?

Exato. E aí não tenho uma visão antes do curso, mas já depois de perder família já é uma visão que eu acho que é diferente de qualquer outro familiar meu, portanto, a nível de relação pessoal.

Se eu percebi teve o contacto com a morte na sua vida social, não decorrente do ensino de enfermagem, no entanto já frequentava o curso?

Sim. Foi isso.

E no estágio teve oportunidade de contactar com pessoas em fim de vida?

Já algumas vezes. Até logo no 2º ano. No 1º ano, quando estive no estágio de medicina física e de reabilitação, isso não aconteceu, mas *no 2º ano, quando estive na medicina, sim. Faleceu-me um doente, ao qual estava responsável*, E13.2, apesar de não ter sido no meu turno...

Pois, mas esteve presente no processo de morrer?

Exato, e estive também responsável por doentes que estavam à espera de ir para uma unidade de cuidados paliativos, para virem a ser assistido no processo de morrer.

C) Representação do fenómeno da morte.

Qual é a sua representação do fenómeno da morte? Que sentimentos é que a ideia da morte lhe traz?

A morte...sem dúvida que (...) *por mais que eu acredite que as pessoas vão para um sítio melhor, é sempre alguém que parte, alguém que deixa de estar presente, que deixa saudades*, E13.3, pronto, se não é de nós, profissionais sabemos que vai deixar àquela família, que a família nunca mais a pode ver, e que vai fazer falta, é algo que se perde, na vida da pessoa. E acho que, às vezes, é mais essa distância que custa a lidar, e (...) *a morte representa o fim, mesmo que seja uma passagem, é o final de alguma coisa, do momento*. E13.4. Final de uma etapa e isso deixa sempre marcas nas pessoas. Porque é a tal coisa, às vezes na morte, o mais importante é quem fica e não quem parte. Porque quem parte, depois de partir já não há muito a fazer, mesmo quando a pessoa ... se faz uma homenagem, a pessoa já não está cá para ... mesmo que ela de outro lugar veja, ela já não está cá para agradecer. Portanto, acho que a um nível pós-morte, o que marca mais é mesmo a família. E, sem dúvida, que a morte é uma perda que nós temos, nós pessoalmente, como quando estamos a lidar com a família. *É uma perda que temos de saber lidar e talvez dar alguns subsídios à família para saber lidar com ela*. E13.5. Mas sim, a morte para mim é uma perda.

Associa a morte a que palavras?

Associo morte a perda e saudade. E13.6.

D) Preparação para lidar com a morte.

O que é que a ajudou a fazer essa aprendizagem de lidar com a morte?

Como acredito que esta vida é só passageira, falemos assim, acredito que quando as pessoas morrem, poderão ir sempre para um lugar melhor, e que isso dá tranquilidade, pelo menos para mim, E13.6, dá-me tranquilidade a nível pessoal e com a morte de outros familiares meus.

Também me dá tranquilidade pensar que as pessoas que eu estive a cuidar também poderão ir para um lugar melhor e que esta vida é passageira e que as pessoas sofreram naqueles últimos tempos, mas que agora já não estão a sofrer mais, e isso dá-me conforto independentemente das outras pessoas acreditarem no mesmo que eu, ou não...

Mas não interessa o que os outros acreditam, o que importa é o que você acredita.

Exato, era isso que eu ía dizer. Interessa é que eu, pelo menos, pensando assim consigo até lidar melhor com a situação, penso eu do que se vivesse no desespero de pensar que fosse o final de tudo ali e, principalmente, em certas situações, em que há tanto sofrimento.

Eu acho que toda a minha formação ajudou-me muito a lidar com a morte. E13.7

Que formação a ajudou? Filosófica, religiosa, cultural? Com que bases a construiu?

Não, é minha e pronto, Eu sou católica praticante, inclusive sou catequista e escuteira, portanto, (...) *sou obrigada a ter tanto uma visão da vida como da morte, que não é só o ler livros, mas foi também a forma como eu fui educada, e eu própria já estou num processo de ajudar a educar os outros. E13.8.* Portanto, não é só aquilo que me ofereceram a mim, mas que já sou obrigada a refletir sobre as coisas para poder oferecer aos outros. Então acho que esta perspetiva também ajudou muito na minha formação como pessoa.

Considerando que esta vida é um momento transitório?

Sim. *Acredito que esta vida pode não ser a única. Mas acredito que nós devemos aproveitá-la o melhor possível e, por isso, é tão importante cuidarmos o melhor possível, com tudo o que nós podemos no sentido de dar uma maior qualidade de vida*

àquela pessoa, naquele momento. E13.9 porque é só aquela vida que a pessoa tem. Embora *acredito que depois da morte a pessoa continue, mas noutra dimensão.* E13.10.

Para si o sofrimento tem algum significado especial, ou não?

Há pessoas que ... bem essa questão não é muito clara em mim ..., eu não sei se é algo que nos faz fortalecer, enfim crescermos, ou se é algo porque merecemos. Eu quero acreditar que é para nos fortalecer e para nós crescermos. E que todos nós estamos relacionados uns com os outros, portanto, o meu avô até pode sofrer no final da vida, ele não vai beneficiar com aquele sofrimento, mas eu e a minha família poderemos crescer... vivenciado esse processo, ou seja, ele sofreu por nós. É um pouco assim, mas ainda não... sei bem explicar ...

É um bocadinho também uma imagem bíblica?

Exato. De que Cristo sofreu para salvar a humanidade.

Pronto, agora nem tinha pensado nessa situação, mas fui educada desta forma que já é uma questão inerente em mim, que já não penso sempre em questões religiosas, pronto. Mas sim, que acho que essa situação de que às vezes as coisas menos boas acontecem a certas pessoas, muitas vezes para fortalecer as restantes. Portanto, isso também já estou a tocar um pouco mais numa situação familiar, que não foi um final de vida repentino, eu tinha 10 anos, mas foi uma situação que mexeu muito com toda a minha família.

Esse sofrimento fez-vos crescer a todos?

Sim, e se calhar, *o lidar com esse sofrimento também fez com que tivesse, possivelmente, outra visão sobre as coisas, e fez-me crescer a nível de lidar com a morte,* E13.11, talvez...., com o sofrimento das pessoas. Mas não considerei o processo de final de vida porque foi uma situação muito repentina, e foi mais uma experiência de luto do que propriamente uma experiência de final de vida.

Falou nos fatores que contribuíram para a sua aprendizagem de aprender a lidar com o fenómeno da morte? Resumindo o que disse: uma delas foi a sua componente religiosa, a formação que os pais lhe deram, o que a sua formação religiosa e ética lhe deu. Que outros fatores contribuíram?

A formação escolar contribuiu sem dúvida. Deu-me certos conhecimentos para lidarmos com as coisas de uma forma não leiga, no entanto penso que a formação na escola não é suficiente. E13.12.

Eu acho que aprendi mais a lidar com a morte, com o refletir, ou discutindo com os enfermeiros orientadores, na situação. E13.13. *Depois eu acho que a nível do luto e da vivência da morte, ajudou-me mais o acompanhamento do enfermeiro do local do contexto do que a formação que nós tínhamos na escola.* E13.14.

A nível curricular a escola deu subsídios, que a ajudou para os contextos da prática clínica?

Sim, sim deu.

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida.

Nos ensinamentos clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Sim, tive essa experiência, e também agora quando estive no estágio de comunitária também fiz cuidados continuados e até tive vários casos de fim de vida e o que me custou mais não foi tanto a pessoa em si, mas acompanhar a família. E13.15.

Em que difere para si esta área do cuidar?

É diferente, é mais numa perspetiva de tentar dar o melhor que é possível aquela pessoa, que ela...às vezes certas técnicas que se fosse numa outra pessoa que teria esperança, sim digamos assim, iríamos fazer, apesar de serem um pouco mais invasivas, naquela só mesmo se for necessário. E muitas vezes o que dificulta quando as pessoas estão em final de vida é que elas não conseguem comunicar connosco. É uma comunicação muito mais difícil. E13.16. *Habitualmente, claro, porque já são pessoas que estão prostradas e tudo mais. É essa diferença, que é o respeitar o corpo do outro.*

Que está a degradar-se?

Sim. A pessoa já está numa situação mesmo final, mas que continua a ser uma pessoa e que tem um corpo, mesmo que alterado, mas que deve ser respeitado. E13.17.

Como é cuidar de um corpo que se altera e degrada?

É um pouco mais difícil do que, por exemplo, ter de estar mesmo a fazer a higiene ou mesmo numa pessoa idosa, mas com melhores estado, em melhores condições. Quando é o cuidar das feridas normalmente essas pessoas, são mais tensas, têm uns cheiros muito mais característicos, e parece que ao aproximarmo-nos de uma pessoa sentimos esse cheiro. Mas eu felizmente tenho conseguido, apesar de ter sido um pouco mais difícil, mas consigo lidar bem com essa situação.

Agora na comunidade, tive situações um pouco complicadas, e o que me fazia mais impressão era o estado que a família deixava a pessoa viver, a falta de condições do ambiente e não tanto a degradação do corpo dela. E13.18.

Custava-lhe o meio ambiente ser desadequado?

Exacto. Foi no bairro Padre cruz, uma senhora que tinha já um membro inferior completamente necrosado, que devia ser amputado, só que a família recusava-se. Essas situações assim um bocado complicadas, *custou-me mais o estado da casa, como a senhora vivia, do que propriamente cuidar daquela pessoa, incluindo a ferida que tinha um cheiro muito desagradável* já, E13.19, aquilo já estava mesmo mal, e isso custou-me.

O que mexe consigo é as condições sub-humanas em que as pessoas vivem?

Sim, é mais isso, custa-me mais ... incomoda-me a falta de dignidade daquela pessoa nos últimos momentos da vida.

Eu acho que isso custa-me mais do que propriamente o corpo em si, o estado do corpo. E também falar novamente um pouco da família, às vezes a relação que não existe...ou que...como é que eu hei-de explicar ... *A família quase trata aquele corpo moribundo como lixo. Foi um bocado a sensação que eu tive dessa experiência, neste caso particular. E isso custou-me muito.* E13.20.

Tive a perceção de que a família não respeitava o corpo daquela pessoa.

Não investir naquele corpo?

Não investir nem sequer apreciava os últimos momentos que podia estar com a pessoa. Era assim um pouco complicado. Para mim isso mexeu muito comigo.

A família tinha atitudes de fuga e de evitamento?

Sim, sim. E a senhora tinha o apoio de ajudantes familiares, que iam fazer a higiene e cuidar da alimentação, e se ela por acaso durante a noite, a senhora urinava ou evacuava na fralda, era até ao outro dia de manhã, e se por acaso algum familiar se atrasasse mais, ela ficava suja muito tempo. Pronto, então essas coisas mexeram mais comigo, tendo em conta que também são pessoas que estão a morrer.

No fundo o que me incomodou mais foi o contexto, como vive aquela família, do que a degradação do corpo da senhora. E13.21.

Percebo que o que a chocou mesmo foram as condições do ambiente e a falta de humanidade com que eram tratados pela família?

Sim, é isso tudo. Principalmente na comunidade. Foi o que à partida me chocou.

Os profissionais não deixam as pessoas chegar a esse estado. Apesar de muitas vezes, apercebermo-nos desta relação familiar de qualquer maneira, mas é sempre diferente. A pessoa está mais protegida.

Como é para si o cuidar dirigido à família?

É mais difícil realmente ter o cuidado dirigido à família, por um lado porque nós estamos mais treinados para cuidar do corpo e da pessoa. E13.22. Na escola, sem dúvida que fomos treinados para isso e mesmo durante os estágios, e muitas vezes, nós falamos que damos apoio à família, que falamos com os familiares, mas não é dada tanta importância. É quase algo secundário.

Depois de conseguirmos cuidar bem da pessoa, é que passamos para a família, (...) e muitas vezes, principalmente no 2º ano, (...) como fazemos mais turnos da manhã e habitualmente a família só vem no final do turno, acabamos por, mesmo sem querer, não ter grande envolvimento com a família. E13.23. Mas sempre é importante, custame, neste caso que eu falei, de familiares que não ligam ao familiar que está a morrer, mas particularmente também aquelas famílias que estão muito próximas, e que têm uma grande relação e que às vezes tem dificuldade em aceitar aquele processo. Hoje já no estágio atual, como eu estou no IPO, em oncologia, acontecem algumas situações. Agora também já tive muitas situações nas últimas semanas, e *noto que é mais difícil lidar com a família, porque são pessoas que sabem muito também, principalmente quando são mães.* E13.24.

Mães com muito conhecimento do processo de saúde doença dos seus filhos?

Mesmo que não sejam pessoas diferenciadas sabem já muito da situação do seu filho.

Eu estou a estagiar num serviço que tem virologia e há alguns jovens com 20 anos, portanto da minha idade, que têm tumores já desde a infância, então as mães já sabem muito. E essas situações não são fáceis de gerir, às vezes elas quase sabem tanto como nós e perguntam: _ Hoje como é que ele está? Às vezes nós sabemos que não está tão bem como ontem, mas isso não quer dizer nada, pode melhorar amanhã, mas dizer isto às mães ou a outros familiares também é difícil, e mesmo com familiares de pessoas mais idosas em que os filhos nos perguntam o mesmo, aquela preocupação de saber o estado geral, saber na nossa opinião, como é que o familiar está, se está melhor ou não. Isso também dificulta...é um pouco difícil.

Também senti alguma dificuldade mesmo em prestar cuidados à família, no sentido de apoio emocional, sinto alguma dificuldade e pela minha inexperiência, sinto que nós também não estamos muito preparados pela escola pela nossa formação, em realmente prestar estes cuidados à família. E13.25.

É como já lhe referi, *estamos muito mais preparados para a pessoa doente e não tanto para a família.* E13.26. E sinto alguma dificuldade, muitas vezes mesmo a prestar alguns cuidados com a família ao pé, às vezes fico um bocadinho mais nervosa do que muitas vezes com o orientador junto de mim, porque sinto que estou a ser avaliada, e às vezes não é tanto ver se fazemos bem ou mal, mas a forma como fazemos. E essa avaliação às vezes também pesa.

No seu percurso académico, em que ensino clínico pôde treinar mais as competências de cuidar da família?

Foi sem dúvida na comunidade, no 7º semestre.

É importante ter essa passagem pela comunidade e cuidar da família?

Sim, sim. Acho que sim, porque para além de estarmos mais próximos da família, porque “invadimos” o espaço da pessoa e, por um lado, somos obrigados a lidar com a família. Enquanto no hospital, já não se passa tanto assim. Já a pessoa a pode ir visitar, o familiar pode lá estar presente, mas também se a pessoa não falar connosco, se não se quiser envolver, também nós podemos não a envolver. Agora, na comunidade, não. Portanto, a pessoa é obrigada a envolver-se e nós também, porque há certos cuidados

que no hospital somos nós responsáveis, enquanto no domicílio, há certos cuidados que a família consegue prestar, como a alimentação pela sonda. E, por exemplo, é uma coisa que nós somos obrigados a ensinar à família a fazer, e isso obriga-nos a envolver-nos com ela. E claro que depois criam-se parcerias e, muitas vezes, a própria família pede um pouco mais de nós, mais apoio, mesmo emocional. *No estágio na comunidade houve muitas situações em que a família desabafava com o enfermeiro, no final da visita. E senti que há grande parceria com as famílias da comunidade, entre enfermeiros e cuidador principal muito mais do que no hospital.* E13.26. Isso, sem dúvida.

Verificou que no hospital a família está lá, mas mais como contexto, em que a nossa função é mais informar, dar orientação, enquanto na comunidade a família já está mais envolvida?

Sim. Felizmente, é o que eu sinto que acontece. Mas defendo também *no hospital a família deve ser um parceiro, mas dado o afastamento e o espaço físico, nem sempre isso é possível.* E13.27.

No estágio de cuidados de saúde primários teve a oportunidade de ver a família mais próxima, mais envolvida nos cuidados. Mas a família também precisa de ser cuidada?

Exato. *Sem dúvida que na comunidade a família também é um cliente, porque muitas vezes até a própria restante família também usufrui dos cuidados daquela unidade de saúde,* E13.28, e apesar de todas as políticas ainda não existe em todos os locais um enfermeiro de família, mas quando existir, sem dúvida que, mais do que nunca, os outros elementos da família também serão clientes do enfermeiro, e haverá uma maior interação e talvez até se possa melhorar os cuidados. Porque o cuidador informal deve estar mais bem preparado ... mesmo pela sua própria saúde, se estiver mais saudável, se não estiver tão ansioso, poderá prestar muito melhores cuidados ao outro, ao familiar doente, do que se não for, e existindo se for cliente do mesmo enfermeiro, ou até doutro, mas que haja uma troca de informações, acho que é facilitador, enquanto que, (...) *no hospital, nós até podemos prestar apoio, mas nunca conseguimos ver a família como um cliente, é sempre a família de alguém, não é aquela pessoa.* E13.29.

É a família como contexto.

Exato.

Esta questão da intervenção familiar é um campo que se abre muito para a enfermagem. Considera que o curso orienta para cuidar das famílias?

Sim, acho que sim, acho que é algo muito interessante, e que acho que...e isto já é um pensamento mais longínquo, mas depois de estar bem implementado na comunidade, devia-se começar a apostar mais no internamento, a nível hospitalar. Mas sim, sem dúvida que é uma mais-valia, vemos a família como um todo, do que os indivíduos de forma particular. Eu pessoalmente também já tive...tenho essa experiência, a nível da minha família, sem ser nada de grave, com a médica de família, que...ela por acaso...é uma boa profissional, e ela tem em conta que o meu pai tem hipertensão e colesterol, e tem sempre o cuidado de, comigo, de estar mais em cima dessas situações. Não é uma experiência que tem a ver com a enfermagem, mas tem a ver com a saúde.

Tem a ver com o cuidar?

Com o cuidar, exato. E é um exemplo, acho que se começarmos a ter enfermeiros de família, a seguir uma família, e mesmo que não seja possível porque, muitas vezes, os avós não moram...não são utentes do mesmo centro de saúde dos netos, por exemplo, mas também aí devia haver uma troca de informações. Pronto, que iria melhorar. Já o facto de o núcleo familiar ser seguido pela mesma pessoa ou pela mesma equipa, já é muito bom, porque acho que iria facilitar muito as coisas para as próprias pessoas.

Quando teve essa experiência de cuidar de pessoas e de famílias em fim de vida, como foi?

De certa forma, mexe sempre connosco. Porque *nós pensamos que queremos sempre salvar ou ajudar a salvar uma vida, e ali não, ali o nosso pensamento tem de ser dar o melhor possível, que é para a pessoa ter uma morte mais agradável, mesmo que seja dali a poucas horas, ou até meses.* E13.30. Portanto, mas sabemos que aqueles cuidados são paliativos. *É sempre difícil, porque nós como ser humano, queremos é sobreviver, e quando nós estamos perante uma situação em que temos é que “deixar morrer”, é complicado, mexe sempre connosco.* E13.31. Mas acho que sim, talvez pela experiência que eu já consegui ter ao longo dos 4 anos e talvez também pela minha informação

anterior pessoal, eu consigo lidar bem com isso, apesar de me custar sempre um pouco, nós pensarmos...será que da próxima vez que for ao hospital, fazer turno...ou a próxima vez que for para o serviço a pessoa ainda lá está? Claro que custa, mas...é o meu primeiro mês, mas claro que já aprendi a lidar com esses sentimentos, pronto, já não é uma coisa que me aflige, que me faz ficar ansiosa.

E isso interfere com as suas emoções?

Um bocadinho, principalmente a primeira experiência de lidar com a morte fiquei assim, porque havia uma situação muito particular em que necessitava de fazer aspiração de secreções à doente, e ela sabia que estava a fazer bem, mas a aspiração magoa sempre um pouco e a senhora começava a chorar, pronto, só de ela chorar isso mexia um bocadinho comigo, porque a senhora estava ali a sofrer, só pelo facto da sua situação final e eu estar ali ainda a provocar mais sofrimento, mas sendo no fundo necessário, ou não. Mas foi assim uma situação que mexeu muito. Mas foi a primeira vez que eu lidei com esta situação de fim de vida, mas depois fuitalvez não seja o mais correto a pessoa dizer ah ... fui-me habituando, mas comecei a saber lidar com essas situações.

Houve uma aprendizagem sua para lidar com a situação.

Sim, acho que sim. E pronto, depois a tal senhora que eu cuidei no último dia de vida, digamos assim, também era um processo, claro, que estava a falecer, e também...isso também foi um pouco complicado, no sentido de não saber muito bem o que é que viria daí, mas no outro dia quando foi na visita, a senhora já tinha falecido. *Mexeu um pouco comigo, mas também vem aquele pensamento de que a pessoa já estava a sofrer tanto, se calhar partir foi o melhor para ela, e depois talvez pelas minhas crenças religiosas, que também me dão um certo apoio, acredito que talvez a pessoa fosse para um lugar melhor*, E13.32, ou algo assim do género. E isso talvez também...é a tal experiência anterior que eu falava, da minha formação pessoal que eu acho que isso também ajuda.

Na orientação tutorial, que estratégias é que a ajudaram mais?

Portanto, *no 2º ano resultaram bem também reuniões em grupo, no final dos turnos, reuníamos com o professor*. E13.33.

E com o tutor, enfermeiro?

Não, porque *no meu 2º ano eram os professores que ainda estavam no contexto do estágio, (...) portanto nós não tínhamos como orientador, um tutor enfermeiro. Era mais o professor que estava lá a orientar. Mas era docente não era enfermeiro. (...) Isso ajudou porque estávamos todos, discutíamos a situação e, às vezes, antes de acontecer a um, o outro já estava um pouco mais preparado porque já tinha acontecido ao outro colega.* E13.34.

Essa partilha por pares foi benéfica?

Sim, sim, isso foi muito bom...e também, em certas situações, também (...) *o facto de as reflexões nos obrigar a escrever, a dizer por palavras aquilo que sentimos, aquilo que pensamos, também ajudou a ultrapassar e a apercebermo-nos das situações.* E13.35.
Mais nestas duas situações.

Resumindo o que disse um dos fatores que contribuiu foram as reuniões de grupo e a partilha de experiências entre pares e o orientador e a reflexão sobre a prática?

Sim! Foi isso

Como faz a reflexão sobre a prática na sua aprendizagem?

Por exemplo, *há certas situações em que temos necessidade de falar logo com o orientador ou com os meus colegas, resolver a quente e de expressão verbal. Mas depois o que faz realmente as coisas fazerem sentido e sedimentarem-se é uma reflexão posterior.* E13.36. portanto, depende também do momento e das circunstâncias, mas chegar a casa e escrever, aí é que as coisas começam a fazer realmente sentido. E acho que tanto um processo como outro são importantes. Nas coisas a quente, (...) *muitas vezes, nós falamos sem pensarmos muito bem, sobre o acontecimento. Saem as emoções que estão ao rubro. Mas o que faz com que a experiência ganhe mais sentido é, sem dúvida, a reflexão escrita e pensada, e levarmos o nosso tempo a pensarmos no assunto.* E13.37.

Por exemplo a técnica do ciclo de GIBS ajuda-a ou não?

Ajuda, a orientar. Isso por acaso é uma técnica que, mesmo não seguindo totalmente, só a tentativa de seguirmos o ciclo ajuda-nos a orientar.

Já tive orientadores que dizem...se quiserem utilizem o ciclo de GIBS, se não quiserem não utilizem. Mas, *desde que tive conhecimento do ciclo de GIBS, sempre utilizei porque acho que é algo que ajuda. Nem que seja só iniciarmos o texto, organizarmos o nosso pensamento, que é falar disto, disto e daquilo, mesmo que depois não siga bem aquela ordem, mas ajuda a orientar. É norteador da prática reflexiva.* E13.38.

E depois, como é esse percurso de aprendizagem reflexiva?

Já tive situações assim com orientadores que depois vieram falar comigo, mas sinceramente nunca senti muito feedback das reflexões, também.

Considera que os seus orientadores, ou tutores não lhe darem feedback que esperava da sua reflexão?

Sim, alguns davam, por escrito, até faziam anotações ao lado e depois reenviavam, por e-mail, mas *havia outros orientadores a quem enviava as reflexões, mas que não havia uma avaliação, nem nas reuniões um comentário. Parece que nós tínhamos feito aquele trabalho, foi importante para nós, mas não passava daquilo.* E13.39. Pronto...

Mas *eu acho que os orientadores deviam pegar mais nas reflexões e discuti-las connosco, saber o que é que nós achámos? Porque às vezes até uma reflexão feita num momento e pensada dias depois, pode já ter outro significado e ser aprendizagem quer pelas experiências que nós temos, quer pela reflexão que fazemos delas.* E13.40.

Como espera ser orientada neste percurso?

Sendo um jornal de aprendizagem ou uma reflexão, acho que deve discutir mas de forma individual primeiro, e depois se eu não me importo que seja discutida em grupo e partilhar. E13.41. Mas primeiro, sempre haver uma pequena discussão individual. Acho que sim.

A partilha em grupo só se for pertinente, porque posso ter já uma reflexão que seja muito parecida em conteúdo com um colega meu, já discutida em grupo, não há necessidade de estarmos, penso eu, a discutir novamente, mas acho que, pelo menos a discussão com o orientador seria importante.

No seu processo de aprendizagem os contextos do ensino clínico foram facilitadores deste processo de aprender a lidar em fim de vida?

É assim, *nos cuidados de saúde primários, sem dúvida que as experiências foram muito enriquecedoras.* E13.42. Talvez também *pelo orientador que tive, naquele contexto, que era uma pessoa excepcional, acho que era um bom profissional. E, quando nós temos bons exemplos a nossa aprendizagem é sempre facilitada.* E13.43.

Uma das formas de aprender é com os exemplos dos profissionais mais competentes, ou que são peritos naquela área?

Ou que já têm alguma experiência, e às vezes, mesmo não tendo muita experiência, só o facto de terem em atenção...podem não saber a melhor forma, mas só o esforço para fazer o melhor é importante. A nível do contexto hospitalar, as experiências em si foram importantes, o orientador também ajudou, mas não senti que fosse tão...foi um caso...um pouco...um bocadinho...a aprendizagem um bocadinho mais sozinha, a nível principalmente de lidar com a morte. Apesar das reuniões em grupo, das discussões, talvez por não ser um acompanhamento tão individual, pelo tutor, porque eramos 8, talvez fosse um crescimento um bocadinho mais individual, mas não...não quer dizer que tenha sido totalmente e que não tenha tido o apoio do professor.

Como é que os orientadores de estágio a podem ajudar no seu percurso?

Eu acho que *os orientadores tem que ser alguém que nos oriente, que nos comece a falar da integração no serviço, que talvez nos primeiros tempos esteja mais connosco, também para nós não fazermos nada de errado,* E13.44, no sentido de ... às vezes podemos estar ali a preparar terapêutica ... até sabemos precisamente como se prepara aquela antibiótico, mas como não estamos habituados àquele serviço, ainda não sabemos qual é o local exato e perdemo-nos à procura. E se ele estivesse lá, podíamos perguntar, ele dizia onde estava e a partir daquele momento saberíamos, portanto, é neste caso que eu estou a querer dizer que é necessário proximidade. Mas depois, *a partir do momento em que nós já estamos mais ou menos integrados, o tutor já nos dar alguma autonomia. No entanto, estar sempre próximo de nós para que, quando nós tenhamos dúvidas, estar disponível para as tirar, ou para nós as podermos colocar.* E13.45. Não termos de estar à procura dele ou a esperar que faça outras coisas que poderão até nem estar bem relacionadas com o serviço, porque é uma perda de tempo para nós e, muitas vezes, mesmo como estudantes já sabemos perfeitamente que vamos fazer aquilo, convém sempre ... eu acho que se fosse orientador, gostava que o estudante

que estava a meu cargo, me dissesse ... vou fazer aquilo, assim, assim e assim, antes de o fazer de forma autónoma e sozinha e podendo cometer erros, e o orientador ficar mais confiante, e às vezes, já aconteceu é que deixam-nos assim um bocadinho sozinhos e antes de informar o orientador do que vou fazer ou não, esclarecer as minhas coisas, gosto que eles também estejam minimamente próximo de nós para que possamos estar em contínua comunicação. Porque muitas vezes, às vezes as coisas também se perdem. E eu quero dizer uma coisa ... olhe aconteceu assim...ou às vezes até algum desabafo de alguma situação mais complicada, se ele não está ali próximo de nós, aquele momento perde-se. *É importante que o tutor seja alguém que esteja próximo, nos dê autonomia, e que esteja disponível para tudo o que for preciso.* E13.46.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Tendo em conta a sua experiencia como estudante deste CLE, em que etapa (as) do plano de estudos do curso, devem ser desenvolvidas as temáticas do cuidar em fim de vida?

Penso que foi no 2º ano, nós em enfermagem do adulto, ou do idoso, *falámos sobre a morte, sobre o luto em 3 ou 4 aulas, e pelo que me recordo, acho que foi assim o pouco que nós demos. Depois falámos sobre a morte em pediatria, portanto na criança, mas foi assim algo muito ligeiro,* E13.47, foi só aquelas aulas. *Acho que era importante ir falando sobre a morte aos poucos ao longo do curso, logo desde o 1º ano.* E13.48.

O que deveriam aprender no 1º ano?

Talvez formas como lidar com o luto. Mas calhar até *talvez fosse mais importante saber lidar connosco. Sobre o luto e a forma de nos prepararmos para a morte.* E13.49.

Seria bom ajudarem-nos a ver a morte em si e preparar-nos para a enfrentar. E13.50.

É uma situação que eu sinceramente nunca tinha pensado muito. A necessidade desta preparação senti-a, mas foi algo que nunca refleti muito bem.

Mas, eu acho que no 1º ano era importante preparar-nos a nós para a morte. E13.51.

Depois, talvez no 2º ano, preparar o corpo, a família, começarmos a saber lidar com a situação. E13.52.

Depois, nunca esquecendo essa temática ao nível do curso, porque nós no fundo mesmo (...) *o lidar com o corpo no pós-morte, nós não falamos nisso durante o curso, não*

sabemos os cuidados que é necessário. Não nos ensinam a fazer a múmia, e devíamos saber. E13.53.

Nem nunca aprendeu a fazer a múmia, nem nas aulas de práticas laboratoriais?

Não, e infelizmente, agora neste serviço onde eu estou, já faleceram algumas pessoas, nunca faleceram no meu turno, ou não eram doentes que estava à responsabilidade da minha enfermeira. Portanto, eu ainda não tive oportunidade de o fazer. *Eu gostava de ter essa experiência para saber fazer, [a múmia] porque é uma daquelas situações em que mesmo que nós vamos ver em livros ou na Internet, ou onde for, nunca é a mesma coisa do que na prática.* E13.54.

Já que falou nos cuidados pós-morte, sabe que os rituais fúnebres vividos pelas pessoas de diferentes formas consoante a sua formação religiosa e a vinculação cultural? A enfermagem transcultural deu-lhe alguns subsídios?

Eu por acaso, *durante o curso, talvez pelas opções curriculares que fiz, fui tendo alguns subsídios para compreender de forma diferente as culturas, e aí chegar a perceber-me de que forma é que essas culturas se relacionam com a morte e com o nascimento, e com o luto,* E13.55, e com tudo mais... com os acontecimentos de vida marcantes. Mas a morte nunca foi abordada de uma forma específica. Mas também se fossemos se calhar a dar todas as culturas, principalmente as que existem mais em Portugal, era quase utópico. Mas podia-se às vezes investir um bocadinho mais. E, no entanto, Portugal cada vez tem mais culturas diferentes, por causa dos imigrantes ou mesmo portugueses que têm outras filosofias. Mas acho que a escola foi dando alguns subsídios, mas também foi porque interessei-me no assunto e, por acaso, acho que foi em pediatria é que ainda se falou mais nisso, porque como nós tínhamos casos com crianças de diferentes culturas, nós acabávamos por ouvir os trabalhos uns dos outros e ver as culturas de que cada um estava...fomos obrigados a pesquisar, mas não há assim um momento específico para...mas se calhar é no momento da morte e do nascimento que, às vezes, devia-se falar mais no assunto. Porque aí é que há situações mais particulares e que, às vezes, são coisas comuns a todos nós, mas vistas de formas diferentes dependendo das culturas.

As situações da prática proporcionam estar atentos a essa dimensão do cuidar?

O ano passado em pediatria cada professor ficava responsável por uma turma, a professora Jeremias ficou responsável pela minha turma e, por acaso, o meu grupo ficou com o caso da situação da criança muçulmana. E que foi muito enriquecedor, principalmente tendo a ela ali, porque ela é uma das pessoas que valoriza muito essa componente sociocultural.

Então acho que foi muito enriquecedor e é por isso que eu digo que a pediatria, apesar de não ser algo específico, foi algo que nos ajudou muito, eu pelo menos falo por mim, ajudou muito a compreender as outras culturas, mesmo.

Ajudou a estar sensível a que diferentes culturas tenham olhares diferentes sobre os acontecimentos de vida marcantes. Nomeadamente as fases de transição?

Sim, sim, também. O nascer, a adolescência, o casamento, a morte, o luto são fases de transição. Saúde/doença, portanto acho que isso sim. Mas no curso não há nada de específico. Mas também, a nível curricular há alguns défices de algumas coisas que também são importantes...tudo é tão importante!

Como por exemplo?

Ah, se calhar melhorar *na componente prática, darem-nos mais tempo de laboratório. Mas não é simplesmente termos os laboratórios abertos para podermos ir treinar, é termos os laboratórios abertos com algum professor a ajudar-nos, a orientar-nos.* E13.56.

A prática laboratorial deve ser orientada?

Sim, sim, sim.

Por exemplo, se você identificasse como lacuna na sua formação, como por exemplo o fazer uma múmia, ajudava ir ao laboratório e ter lá um professor que o orientasse para numa prática laboratorial de fazer a múmia.

Exatamente. É isso professora. Porque é assim: *dão-nos os conteúdos de forma teórica e depois vamos treinar para o laboratório de forma autónoma. Nós podemos até estar a fazer algo, a pensar estamos a fazer bem, mas se calhar há um pormenor que falha, portanto, se tivermos lá alguém a ajudar-nos, nós podemos emendar esse pormenor, e não vamos para os locais de estágio com esse erro,* E13.57. Com essa falha.

Falamos do cuidar da pessoa em fim de vida. E o cuidar da família que está a viver os processos de luto, como se sente?

Isso acho que *não estou preparada para cuidar da família, acho que só foi falado um pouquinho, quando falamos no luto, Luto da própria pessoa quando sabe que está a morrer, mas no caso particular da família, não foi algo dado ênfase, E13.58*, pelo menos, eu não senti.

Quando é que abordam o luto, é no 2º ou no 4º ano?

É no 2º ano.

Considera que não tem essa preparação de cuidar de famílias a viver processos de fim de vida?

Acho que não. É algo passageiro, pronto que nós próprios nem às vezes nós...claro que a pessoa tem de estudar. Mas não é algo que nós sabemos que é importante mas que não é valorizado. E podia ser algo complementado entre a psicologia e a enfermagem. Na psicologia, lembro-me de termos dado os processos, as várias fases do luto.

Aquelas etapas?

Sim, sim. Só que é dado na teoria, mas na realidade o que é que aquilo é na prática? Também podíamos dar essa teoria na psicologia e depois a enfermagem. É um exemplo de como às vezes a teoria, principalmente *na psicologia e na sociologia que nós damos fica ali aquela matéria arrumada. É difícil de transpô-la para a prática. Porque a nível da enfermagem, do ensino da enfermagem não há um acompanhamento dessa transposição.* E13.59.

De uma forma geral, os estudantes são capaz de cuidar de famílias a lidar com processos de fim de vida, ou essas competências serão para ser adquiridas já numa pós-graduação, numa especialidade em enfermagem?

Eu acho que, *neste momento, nós não saímos com essas competências, de cuidar das famílias, pelo menos, se nós não tivermos essa experiência na prática.* E13.60. Se assim tivermos, podemos sair com algumas, mas também nós poderemos adquirir de forma

sozinha, se tivermos essas experiências, se tivermos essas oportunidades, pela experiência em si. E esse interesse também.

Mas acho que poderá ser algo que, se nós tivermos interesse, podemos melhorar a nível de uma pós-graduação ou uma especialização. Mas acho que *no curso devíamos sair com um pouco mais de formação para tal, porque se nós formos ser enfermeiros, mesmo generalistas, vamos lidar com a família*. E13.61. E, se nós não formos trabalhar em serviços que não lide...que raramente...no fundo, todos os serviços de saúde têm o seu risco de lidar com a morte. E não...e vamos sempre, *em qualquer sítio, vamos trabalhar com pessoas a morrer, temos de lidar com a morte, independentemente da nossa especialidade ou não, e acho que é isso que falha um bocadinho, porque eu acho que tudo o que eu aprendi com a morte, com o lidar com a morte, foi muito, à partida, experiência na prática*. E13.61.

Alguns enfermeiros dizem que só aprenderam a valorizar certos aspetos do cuidar quando fizeram as especialidades. Você está a acabar a licenciatura, como vê a sua aprendizagem neste domínio?

Se calhar, a questão é que a formação, ao nível desse tema, já foi muito melhorada, já melhorou em relação a anos anteriores. Se calhar o plano de estudos, provavelmente também melhorou, mas talvez ainda pudesse melhorar um pouco mais. E em relação ao que a professora acabou de falar, eu sinto que todos os meus colegas de curso, e eu própria, se for a falar com outros amigos meus da minha idade, e se calhar até já um pouco mais velhos, se calhar já com filhos e tudo o mais, não sabem lidar tão bem com a morte, como nós que só estamos a tirar o curso de enfermagem.

O curso contribuiu de algum modo para vos capacitar e para terem outra visão da vida e da morte mais amadurecida?

Sim! Acho que, sem dúvida, que *nós estudantes de enfermagem somos os jovens mais maduros por esta formação que nós temos. Porque nós somos obrigados, tanto a lidar com a vida, como com a morte, e sentimos uma responsabilidade que outros colegas nossos de outras licenciaturas não têm*. E13.62.

Que competências é que um enfermeiro licenciado deve ter para cuidar de famílias e de pessoas a viver em processo de fim de vida?

Eu acho que *as mais importantes são as relacionais, o saber comunicar com a pessoa, o saber observar*, E13.63, conseguir detetar...pronto, acho que com a família deve ser à base da comunicação e depois, claro, utilizar técnicas a nível da comunicação, particularmente, para nós sabermos lidar com elas. E claro, se nós formos sempre nos atualizando a nível científico, podemos melhorar. Mas *se nós não estivermos dispostos a ter uma relação com a pessoa, é impossível sabermos lidar com uma pessoa em fim de vida e com a família, e por isso também é preciso nós também sabermos lidar connosco próprio*. E13.64. É preciso fazer esse processo ao longo da nossa formação.

Na comunicação, é importante estarmos atentos ao não-verbal, isto é, comunicação não-verbal é uma área muito sensível ou não?

Sim, sim, e até com a própria pessoa em final de vida, *porque muitas vezes estão afásicas, que não conseguem falar e a única forma de comunicar é mesmo, muitas vezes, a expressão do olhar e, então é muito importante estarmos atentos a isso*, E13.65, e claro que também com a família, também é, porque às vezes dizem uma coisa, mas ... Querem dizer outra.

Como é que sente a gestão dos silêncios, ou nunca teve essa experiência de lidar com o silêncio?

Sim, e tenho essa dificuldade, era a tal situação que eu há pouco falava que, às vezes, quando estou a cuidar da pessoa, e a família está lá, é mais difícil a gestão dos silêncios. Porque, se eu estou a cuidar de uma pessoa, mesmo que ela não fale comigo, eu tento falar com ela, e às vezes quando está lá a família, não me sinto tão à vontade para estar a falar com a pessoa.

Para interagir com a pessoa!?

E, se a família não tenta interagir comigo, eu também tenho alguma dificuldade...isto também é um problema individual. *Tenho alguma dificuldade em interagir com a família, portanto, se ela não está disposta a falar, então, fica ali um silêncio, um pouco complicado*, E13.66, porque eu sei que não devo estar em silêncio quando estou a cuidar da pessoa, mas é uma situação um bocadinho desconfortável.

Mas depois vai arranjar a sua zona de conforto, pela experiência vai ver o que para si é mais facilitador, mas a primeira fase é sentir-se incomodada?

Sim, sim. Exato. Como eu tenho uma personalidade, digamos introvertida, quando estou com pessoas que me são estranhas, ou pessoas que não conheço, custa-me mais ainda fazer este processo. É algo que eu tenho de trabalhar.

Se pudesse escolher no futuro o serviço onde trabalhar, como optava?

Escolhia cuidar de pessoas a morrer em idades avançadas, seria mais facilitador. Era mais compreensível. É porque essa pessoa chegou ao final da etapa, é mais fácil que a morte em pediatria.

Se for de uma criança ou de uma pessoa da sua idade? Isso choca-a, mexe consigo?

Até agora talvez a situação que mais me tenha chocado, agora no estágio do IPO, em oncologia, é uma jovem pouco mais velha do que eu, que tem um blastoma na medula com metástases ósseas. Quando me disseram a idade dela e me falaram nas metástases eu fiquei arrepiada, porque a radioterapia até pode funcionar, mas com as metástases ... a gente sabe que uma pessoa com metástases nunca vai longe, nunca tem uma grande esperança de vida e, então, essa situação foi a que mais me arrepiou, e ela só está internada para fazer quimioterapia, porque acho que ela não faz radioterapia, é só mesmo quimioterapia. Está lá uma semana internada porque os ciclos são de alguns dias, e é independente. Só que custa-me tanto aquela situação. É o que me custa mais, sem dúvida.

Quando se depara com situações de mau prognóstico em jovens. O que é que está subjacente naquela sua expressão de “custar”?

É um pouco não é justo uma pessoa tão nova, e também o pensar que é alguém que viveu tão pouco tempo como eu, e eu sinto que vivi pouco, portanto, uma pessoa que está a viver os seus últimos dias assim tão jovem, custa-me acreditar. E13.66. Se a vida pode ser tão longa porque é que aquele espaço de tempo é tão pequeno?! Estas são as duas coisas, que é o a pessoa ser nova e ter vivido pouco e o comparar-me comigo. Se eu tenho aquela idade, e eu que tenho tanto para viver, esta pessoa também merecia viver mais tempo. E, por acaso, felizmente nunca pensei muito que isto pode-me vir a acontecer a mim, mas comparo é no sentido do tempo de vida que o outro não vai ter.

Acha que é injusto?

Exato! Nós só devíamos morrer só mesmo quando fossemos velhinhos.

Quer salientar mais algum aspeto importante que não disse, ou que eu não ajudei a explicitar?

Não

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar comigo neste estudo.

Quer que lhe devolva a entrevista transcrita para ver se está como pretendia transmitir?

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 14)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato. Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Tenho a nacionalidade portuguesa. Sou solteira. Tenho 24 anos

B) Experiência com o fenómeno da morte

Já contactou com o fenómeno da morte?

A primeira experiência de morte com a qual eu lidei, tinha 11 anos, foi quando faleceu o meu avô paterno. Foi a primeira experiência de morte que eu tive, sendo que, na altura, sinceramente eu não me recordo. A minha reação àquela situação (o meu avô já estava mal), portanto, “já era uma situação esperada”, digamos assim. E eu não era muito próxima do meu avô na altura. Os meus avós não viviam perto de nós e eu só via assim uma vez por mês, quando ia com o meu pai e a minha mãe, a casa visitá-los. Portanto, não foi uma experiência, digamos, marcante naquela altura, naquele momento.

Não teve a experiência do cuidar em fim de vida

Fui ao funeral do meu avô, mas não cuidei. Até porque com 11 anos era imatura, era uma miúda. Depois disso, *a nível familiar tive a morte de alguns tios e avós mas lá está, são experiências que não foram marcantes para mim, porque não eram pessoas que me eram próximas.* E14.1. Ia só ao ritual do velório e funeral.

Quando morriam alguns familiares, claro que no momento a pessoa emociona-se e claro que, a menos que fossemos rochas não nos emocionávamos, mas não foi uma experiência que me marcasse, algo que vivenciasse de perto.

Depois, *o contacto com a morte foi em ensino clínico, no 2º, 3º e 4º ano.* E14.2.

O contacto com a morte em ensino clínico, foi diferente das experiências com os familiares?

Exatamente. É assim, eu no 2º ano realmente quando fui estagiar para a medicina no IPO de Lisboa, tive experiências muito próximas com pessoas que apesar de algumas estavam bastante bem, mas que se sabia que o prognóstico não era favorável e que portanto cheguei mesmo a saber que depois disso, houve algumas pessoas a quem eu prestei cuidados que, passados 3 meses faleceram. E estive com pessoas que estavam realmente bastante mal, já não conseguiam sequer comunicar verbalmente, tinham de ser alimentadas por sonda, já não eram independentes, ficavam totalmente dependentes para realizar as suas atividades.

E depois tive também no 3º ano, uma experiência muito interessante, em pediatria, porque eu estive a fazer o estágio de pediatria no programa Vasco da Gama em Coimbra, e estagiei no Hospital Pediátrico de Coimbra, no serviço de Neurocirurgia, que fica dentro do serviço de Ortopedia, que também tem a Oncologia pediátrica lá dentro.

Eu lidava com crianças em situações muito críticas, e depois é assim, na neurocirurgia, a maior parte das crianças internadas tinham tumores cerebrais. E havia lá um miúdo que tinha meses, com um tumor cerebral e ele não ia sobreviver, não ia e não sobreviveu mesmo. Até miúdos, sei lá, com 16 anos, que tinham tumores, que era operados e que depois voltavam a reaparecer e com estas recidivas a esperança de vida diminui. Agora neste último estágio, também já tive contacto com situações complicadas. Até porque estou numa unidade que presta cuidados a pessoas em estado crítico, depois de terem um AVC e é um período em que a pessoa pode sobreviver ou não. E já aconteceu não sobreviver. Para além do cuidar do doente é o contacto também com os familiares, o que também é muito importante.

C) Representação do fenómeno da morte

Como é que vê a morte? O que é que pensa e o que sente?

É uma questão...é assim, eu acho que gera sempre muita tensão, não é?!

Porque a morte é uma coisa... Toda a gente tem medo da morte, é mesmo toda a gente sente medo. E14.3. (riso).

Toda a gente não sei, mas grande parte das pessoas creio que tem medo da morte.

A maior parte das pessoas tem medo da morte e, mesmo as pessoas que não têm medo, de certeza absoluta que não lhes são indiferentes. Manifestam-se é de uma forma diferente.

Como sabe perante a morte há muitas atitudes, como o querer negar, ou distanciar-se ou ter uma atitude de fuga ou de enfrentamento distorcido da realidade, de provocação, de desafio ... etc.

Exatamente. Há pessoas que dizem...ou não falam sobre isso, ou então que dizem: ah não, a mim não me vai acontecer nada, porque também têm medo de falar se calhar sobre isso.

Mas para mim *o fenómeno da morte não me é indiferente, claro que causa sempre tensão e, por exemplo, eu quando estava na pediatria, eu somatizei um bocado naquele estágio, porque para mim foi difícil, eu nunca lidei muito com crianças*, E14.4, (...) porque na minha família sempre fui das pessoas mais novas, e nunca tive a oportunidade de cuidar ou lidar muito com crianças. *Estava habituada a perceber a morte nos mais velhos, e, de repente, vejo-me numa situação em que tenho de presenciar a morte de crianças que, praticamente muitas delas, tinham acabado de nascer. E outras muito mais novas que eu.* E14.5.

E isso mexe consigo?

Então, não mexe professora!

O que sentiu, com essa experiência do ensino clínico, em pediatria.

Na altura, *é uma ansiedade muito grande, perante a morte.* E14.6. E, eu tive uma situação com um miúdo que tinha 11 anos, aquele miúdo era da Ortopedia, estava na enfermaria da Ortopedia. E na Neurocirurgia eram quartos, mas não eram de enfermaria, eram quartos mesmo. E os miúdos da Ortopedia encaravam os quartos da neurocirurgia como se fossem os quartos da morte. Eles tinham essa representação. E

porquê? Porque esse rapaz estava internado na Ortopedia mas ele, entretanto, ficou com uma infecção e teve de ficar isolado num quarto. E foi-lhe explicado porque é que ele ía para outro quarto, etc. etc. mas ele tinha aquela representação. Ele sabia que estava mal e, quer dizer, ele não sabia exatamente o que tinha ... é assim, ele sabia que podia ... sei lá piorar ou ... morrer.... Eu não sei se as crianças com aquela idade têm a noção exata que podem morrer e não sei se na altura não tenho noção se lhe foi explicado o prognóstico da doença dele. Mas ele tinha a percepção que aquele quarto era o quarto da morte. E ele quando foi para lá, a sua situação começou a complicar, ele somatizava, tinha bradipneias e bradicardias e sei lá era um pânico, ele ficava muito agitado.

Apresentava um quadro clínico de uma sintomatologia de stress que não era própria da doença?

Exatamente. Ele claramente piorou naquele quarto, com sintomatologia que não era decorrente da doença em si, alterou-se tanto que os enfermeiros e os médicos diziam que ele estava cada vez pior, estava mesmo muito mal e que podia não resistir. Quero dizer que aquilo tudo para mim foi muito estranho, porque ele só saiu da enfermaria porque estava com uma infecção. Ok, mas daí a de repente fazer todo um quadro que indiciava que não ia acabar bem, aquilo não era normal. E depois ele fechava-se muito, ele não queria falar com ninguém, ele gritava o dia inteiro pela mãe, e a mãe lá ao lado dele. E ele mesmo dizia que não queria estar ali, não gostava de estar ali. E para mim, enquanto estudante de enfermagem, lidar com aquela situação foi horrível. Porque eu realmente também o via a piorar de dia para dia, ele não se queria alimentar, a mãe estava desesperada porque... para além de eles já estarem ali há meses, eles eram dos Açores. Ou seja, a mãe não podia ir a casa, não podia ir e voltar, não havia essa hipótese. A mãe desesperadíssima e ele não falava com ninguém. Ele só falava especificamente com uma enfermeira que, realmente era muito doce, e quem ele fazia bonequinhas de pano e pulseiras e não sei de que material, aquilo era o único escape que aquele miúdo tinha, era fazer as pulseirinhas e as bonequinhas dele. Eu tentava, quando entrava no quarto, falar com ele, tentava puxar a conversa, falar coisas simples, como: Então mas o que é que estás a fazer? Queres ajuda? Posso ver as tuas bonecas. E eu notei que ao fim de 2 semanas ele já começava a falar comigo. E eu percebi que ele realmente tinha essa ideia, que o quarto era o da morte, o quarto significava a morte, para ele. Bem, a professora não tem noção da diferença que foi quando o tiraram de lá.

Quando ele ficou melhor da infecção e o tiraram de lá de repente, eu vejo aquele miúdo que esteve acamado uma data de tempo, saiu da cama e andava pelos corredores do Hospital como se não fosse nada. Foi uma sensação de libertação. E eu fiquei assim estupefacta. Foi a experiência que me tocou mais.

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Quanto teve de cuidar de pessoas que são ou da sua idade, ou mais novas e que têm mau prognóstico, ou que se preveja que estejam a curto prazo do falecimento, como é que se sente?

É diferente cuidar de um idoso de cuidar de uma criança, que está para morrer. Porque é assim, nós já estamos à espera, e somos educados assim. Esperamos que as pessoas nascem, crescem, reproduzem-se e morrem. É uma lei biológica, natural. E14.7.

Quando é uma pessoa mais velha, nós conseguimos aceitar melhor esse facto. Agora quando é uma pessoa mais nova, nós pensamos assim: isto não é normal, isto não é suposto acontecer. E14.8. Quer dizer, porque é que este miúdo vai morrer? Isto é injusto, não é?! Eu acho que, acima de tudo, é um sentimento de injustiça.

Sente que se está-lhe a acontecer a ele pode-me acontecer a mim?

Sim. Claramente.

Quando nós nos identificamos com a pessoa de quem cuidamos ficamos muito vulneráveis. Se isto está a acontecer a este jovem também podia acontecer a mim, afinal não é uma coisa que acontece só aos velhos... E14.9. É um bocado por aí que nós pensamos. Primeiro é aquele choque de perceber como é que a uma pessoa tão nova pode acontecer isto? Morrer assim sem ter vivido!

Depois, começamos a pensar: Mas isto pode-me acontecer a mim. E depois é aquele sentimento: _ Isto não faz sentido nenhum, isto é injusto, porquê, a este miúdo ou a este jovem?! Porquê? Não faz sentido, não é suposto. O que é que aconteceu de errado? O que é que ele fez? Ele não fez nada de mal. É uma criança, é um jovem! Porque é que tem de morrer já?

Isso mexe também com as suas concepções filosóficas, religiosas ou espirituais?

É assim, a nível religioso eu não sou uma pessoa propriamente religiosa. Eu sou uma pessoa um bocado racional demais. Claro que a pessoa espiritualmente e

filosoficamente tem uma postura perante a vida, tem ideias, valores e crenças. Mas, por acaso, não tenho uma crença muito forte que haja uma entidade superior que possa regular estes acontecimentos. Agora, eu pergunto-me é o que é que está por detrás disto? Quer dizer, toda a gente se pergunta, porque é que isto aconteceu a esta pessoa e não aconteceu, por exemplo, a mim. O que é que aconteceu ao corpo daquela pessoa que causou aquilo? Ou o que é que ele fez de mal para aquilo lhe acontecer?

Os pais e familiares dizem muitas vezes, não é justo. Deus não poderia ter feito isto ao meu filho.

Claro, e ainda bem, porque é um motivo...não é?...eu penso assim, acho que as pessoas têm de se agarrar, naquele momento, a algo que justifique o porquê daquilo acontecer.

E eu acho que a essas pessoas ajuda-lhes bastante nesse aspeto, encontrar uma justificação para a morte dos filhos. Foi algo superior que fez com que isto acontecesse.

E também as protege de sentirem que lhes pode acontecer a elas também.

Se recordarmos a história nos séculos anteriores, XIX e XVIII verificamos que a mortalidade infantil era elevada. Era aceite pelas famílias as crianças morrerem em idades muito jovens.

Exatamente. Porque há 200 anos se calhar não se relacionava tanto as causas de morte, também não se procuravam tanto as razões da morte acontecer. As razões a nível fisiológico, os motivos racionais para aquilo acontecer. E as pessoas protegiam-se, de certa forma encontravam os motivos para a morte no sobrenatural. Se calhar era uma estratégia de eles lidarem com aquilo, sem revolta.

A mim não me faz confusão nenhuma lidar com pessoas que têm crenças sobre a morte e respeito isso, e acho que só lhes faz bem terem alguma crença e pensarem que há algo, para além da morte, também para se protegerem, para saberem lidar com aquele fenómeno. E14.10. E acho que isso é importante.

O curso ajudou a ter esta visão de um cuidar cultural?

Sim. O estar atentos aos fenómenos culturais e a respeitar as tradições.

O ano passado fiz um trabalho em que utilizei o modelo de Lehninger. Mas independentemente do modelo, temos que ter já esse respeito pela cultura da pessoa desenvolvido. E14.11. Embora seja um aspeto que desenvolvemos durante o curso.

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Para mim as dificuldades nem foram tanto ao nível da prestação do cuidado em si, por exemplo, não é complicado o estar a dar o banho a essa pessoa ou a alimentá-la.

É mais complicado a noção que nós vamos ver a pessoa a “piorar”, se assistirmos a isso, é aquela sensação de que isto vai mesmo acontecer. O corpo a degradar-se e nós não podemos fazer nada. O mais difícil é essa sensação de impotência. E14.12. É mais a nível da evolução da situação em si e não tanto de me fazer confusão dar banho àquela pessoa, ou tocar num corpo frio. É tudo na globalidade, é a situação em si que, a mim, me “constrange”.

Via mais os cuidados de enfermagem dirigidos para a recuperação e cura e não para a morte?

Exatamente. É mais a sensação de impotência. Porque é mesmo assim, quando as pessoas vêm para este curso de enfermagem, se for realmente o curso que elas queriam, elas vêm com aquela ideia, pelo menos eu vim com a ideia, de que a enfermagem é para cuidar das pessoas. E supostamente, nós estamos à espera de ver a pessoa sair da cama e a sair pelo próprio pé do serviço, e vai ficar bem. E o facto de nós sabermos que estamos a cuidar daquela pessoa, mas para que ela morra de uma forma mais digna, com os melhores cuidados possíveis, e que sabemos que não vamos melhorar o estado de saúde daquela pessoa. Eu acho que isso é constrangedor, é um sentimento de impotência, é um sentimento de fracasso, ou por aí. Não devia usar o fracasso porque penso que me parece que é muito pesado. É uma palavra muito pesada. Mas é por aí, *o que sentimos é uma impotência misturada com fracasso misturada com incapacidade de melhorar o estado de saúde daquela pessoa.* E14.13.

Nós aprendemos muitas teóricas, que nos vão dando suporte, nomeadamente há uma delas que diz que os enfermeiros têm de cuidar para proporcionar uma morte serena. O que lhe parece?

Tudo bem, mas quem é que me diz a mim se aquela pessoa não comunica comigo, quem é que me diz a mim que ela está a ter uma morte serena?

Claro que é necessário cuidar para a morte e claro que nós nos sentimos melhor se pudermos cuidar para a vida. E14.14. Eu sinto-me melhor se eu vir um doente em estado de choque, ou digamos mesmo moribundo porque já está a entrar num processo de falecimento, é claro que nós nos sentimos melhor se virmos que, de alguma forma, conseguimos acalmar aquela pessoa. Ainda há pouco tempo aconteceu estar a prestar cuidados a um senhor, que teve um AVC isquémico, com uma área cerebral afetada muito grande. E nós já estávamos à espera que acontecesse o pior com o senhor, e houve um fim de tarde, um fim do turno da tarde em que o senhor começou a ficar muito agitado, a tremer muito dos membros inferiores, e muito tenso, e agitado mesmo, e tentava-se levantar da cama. E é assim, eu chamei logo a enfermeira que estava comigo e disse-lhe: _ passa-se alguma coisa com este senhor. A enfermeira também ficou admirada. Mas como é que é possível?! O que é que se está a passar com o senhor. Depois contaram-me no turno a seguir, que ele durante a noite convulsivou, ou seja, pelo que o médico explicou, ele teve outro AVC entretanto. Isto tudo para dizer que nós sabíamos que o senhor estava com um prognóstico mau, e quer dizer o facto de vermos aquela pessoa assim e eu não poder fazer nada, primeiro porque também não tenho conhecimentos a esse nível, para poder fazer alguma coisa; mas a própria enfermeira que estava comigo também não conseguiu descobrir o que é que se estava a passar. Perceber o que é que se ia passar com aquele senhor, e provavelmente aquela agitação, depois explicaram-nos, já era manifestação de pioria, de complicação da patologia dele, mas na altura ver aquela pessoa assim agoniada, o senhor muito agitado e não poder fazer nada, foi horrível. É uma sensação horrível de impotência.

Nós ficamos sempre com aquela sensação, se eu sou estudante, daqui a poucos meses vou ser enfermeira, e se eu ainda não consigo perceber estas mensagens do doente, de mal-estar e conseguir fazer alguma coisa por isso, ficamos a sentir um bocadinho, aquela frustração de não conseguir fazer nada. E14.15.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

Eu acho que *a forma como cada estudante encara estas situações também tem muito a ver com as experiências que tiveram como pessoas. E14.16.* E é assim há muitas pessoas nesta faculdade, muitos colegas meus, pessoas que eu conheço, que muitos

entraram para o curso e têm a sensibilidade deles para lidar com estas situações. Cada estudante é diferente porque muitos de nós vieram para o curso já porque tinham encarado situações, muitas vezes de morte na família deles, e que os fez ter a motivação para vir para este curso. E há mesmo imensas pessoas aqui que perderam os pais na infância, ou o avô na infância e que, de certa forma, aquilo marcou-os. Não queria dizer traumatizou-os. Vincou-os, e isso vai influenciar de certeza, tenho a certeza absoluta, se um dia quando chegam ao ensino clínico e se deparam com uma situação de morte. Eu não sei o que é que eles sentiram, mas tenho a certeza absoluta que foi muito mais profundo do que eu, que quando entrei para o curso, a experiência com a morte que tinha tido até então, não foram experiências muito marcantes a nível familiar. E também tem a ver com as experiências que a pessoa já teve. E acho que não há uma preparação que a escola possa fazer igual para toda a gente.

Cada um de vós vem com adquiridos diferentes?

Exatamente, cada um teve experiências diferentes. E sinceramente o que é que a escola pode fazer? É assim, há muito colegas meus que, às vezes conversamos sobre isso, é uma preocupação nossa e que partilhamos com os pares, pelo menos quando estamos em estágio, e alguns que dizem, ah a escola realmente não nos prepara...então o que é que achas que pode fazer?

E muito dizem...AH não sei...não sei o que é que podem fazer, mas alguma coisa. E é assim, eu pensando um pouco sobre isso, eu acho que talvez, por exemplo: (...) *a única disciplina em que eu me lembro de falarmos assertivamente sobre a morte, foi na disciplina do idoso no 2º ano, em que socialmente abordámos o tema da morte, quais eram as fases da morte, deram-nos muitos textos para ler sobre a morte, mas isso não é suficiente.* E14.17. Porque os textos, eu posso chegar a casa, ler os textos mas se calhar os meus colegas vão olhar para eles, e está bem, não leem. Muitos estudantes não leem os documentos de apoio. E isso não é minimamente formativo. Eu acho que seria melhor falar abertamente sobre o assunto nas aulas, não fazer só uma aulazita de 90 minutos em que toma lá uns textos e vai ler para casa.

O curso tem planeado e contemplado a metodologia do trabalho autónomo.

Por exemplo, *da mesma forma que nós temos disciplinas que nos dão uma situação de um caso e nós temos que o resolver, porque não fazer uma aula em que trazem uma*

situação de morte e em que os alunos falam abertamente sobre aquele assunto, expõem que experiências é que já tiveram, o que é que sentiram ou acham que vão sentir, e daí tentar trabalhar este aspeto com os alunos, de uma forma mais aberta. E14.18.

E que metodologias de ensino aprendizagem, ou técnicas seriam facilitadoras?

Por exemplo! *Eu acho que o role-playing pode ser proveitoso, agora também tem de se ter em atenção os estudantes em que a morte realmente os afeta de uma forma mais «emotiva». Não sei se esta será a melhor expressão? Porque a experiência de morte que elas tiveram foi péssima. Têm algum problema em lidar com esse assunto.* E14.19. E essas pessoas, se calhar, estarem em frente dos colegas, estarem numa sala de aula a exporem aquilo que sentiram e aquilo que passaram, se calhar para essas pessoas não vai ser muito proveitoso. Porque passaram uma situação de trauma. Mas para as outras pessoas que conseguirem falar abertamente sobre esse assunto, eu acho que é a melhor opção.

O curso tem várias UC de opções nesta área, fez alguma destas opções?

Nunca fiz nenhuma destas opções.

De certo modo, o curso também está direcionado para vos ajudar nas áreas que consideram que, naquele momento vos faz sentido.

É assim durante o curso, realmente explicam-nos, falaram da morte, quais são as etapas da morte, o que é que os familiares podem eventualmente sentir, o que é que a pessoa pode eventualmente sentir. Mas ninguém faz uma abordagem o que é que o estudante pode sentir e quais são as estratégias que o estudante pode utilizar para aprender a lidar com a morte. E14.20. Não sei se me estou a fazer entender!

Apresentam-vos a morte do outro, mas não são treinados para lidar com o impacto da morte em vós próprios?

Exatamente. Não me consigo exprimir muito bem, mas é isso mesmo professora. Aprendemos a morte no outro, mas falta aprender a lidar com a morte para nós próprios.

Acha que em 1º lugar seriam aulas para vos ajudar a lidar com os sentimentos perante o fim de vida.

O que é que o estudante, ou mesmo o profissional, porque supostamente vamos ser profissionais. Que estratégias é que pode utilizar para lidar com aquilo que sente? Porque lá está, *a partir do momento em que nós temos uma aula em que estamos a expor aquilo que, para nós, é a morte, aquilo que poderíamos eventualmente ou sentimos já numa experiência de morte, então aí darem-nos estratégias. O que é que podemos fazer para lidar com isso? Por exemplo na disciplina de psicologia podíamos trabalhar isto.* E14.21.

Já agora Psicologia I ou II?

É assim eu tive Psicologia no 1º e no 2º ano, exatamente. No 1º ano, ainda foi com o plano de estudos antigo e, portanto, não faz muito sentido estar a falar agora, mas no 2º ano houve muita matéria que foi repetida do 1º ano, e acho que ainda continua a ser. Continua a ser, porque é o que os alunos referem. E, *porque não por exemplo essa disciplina, de Psicologia abordarem estratégias para o estudante ou o enfermeiro lidar com o significado da morte para ele. Porque rentabilizava-se, é uma disciplina que em vez de estarmos a dar outra vez a mesma coisa, porque não meter para lá outros conteúdos que podem ser úteis em várias áreas.* E14.22.

E em que etapa do curso deviam estar esses conteúdos?

É assim eu não me lembro se no 2º ano a Psicologia é no 2º semestre. Mas se fosse, se calhar seria a melhor hipótese. Porque no 1º ano...se o aluno nunca tiver tido uma experiência de morte, acontece, ou que pelo menos não tenha sido muito significativa, se calhar também não vai valorizar tanto aquela aula ou aquela experiência. Nós somos mais sensíveis àquilo que já vivemos. E, acho que então no 2º ano, se a disciplina for no 2º semestre, e acho que aí já teríamos algumas experiências do estágio do 2º ano e do 1º ano.

E estavam mais sensíveis para trabalhar ou compreender estas questões?

Exatamente. Eventualmente já. Não digo que podemos até ir estado num serviço onde as pessoas estão bem, mas há aquele risco que pode ocorrer, porque se a pessoa está internada, tudo pode acontecer.

Que estratégias usar nestas aulas de psicologia para trabalhar a vivência da morte?

Por exemplo. Não digo relato escrito porque se calhar a pessoa pode não querer ... lá está professora, isto tem aqui sempre aquela parte da “ética” da pessoa poder não querer partilhar. Pode não ser bom para ela partilhar. Não sei se escrito, se oral, sinceramente professora a forma não sei. Porque a nível pedagógico também não... sei bem se isso faz sentido, mas para mim, enquanto estudante, acho que seria isso.

E importava-se de partilhar com o grupo uma experiência sua num momento de aprendizagem?

Não. Desde que a pessoa se sinta bem naquele grupo de aulas em que está. Porque se a pessoa também estiver numa turma em que se calhar não se dá com a turma, claro que...a pessoa por mais extrovertida que seja, por mais que fale ou por mais que tenha facilidade em se exprimir, se calhar naquele momento pode-se sentir reprimida.

Às vezes também tem a ver com o respeito que a pessoa sente do outro lado.
Exatamente.

Já tem acontecido em aulas que os colegas estão a exprimir os seus sentimentos e, se sentem que do outro lado não estão a levar aquilo a sério, ou que até pode ser motivo de brincadeira, imediatamente há um fechamento.

Exatamente professora. E a pessoa sente que não estão a respeitar aquilo que eu estou a exprimir...Mas acho que também é preciso a pessoa já ter ultrapassado aquelas experiências, já ter pensado sobre elas, e já ter uma maturidade diferente para falar sobre aquele assunto, professora. Porque não são todas as pessoas que se calhar conseguem partilhar assim as experiências. *Se calhar muitos de nós passaram a experiência, mas lá está, preferiram fingir que aquilo não aconteceu e não pensam sobre a morte, e não refletem naquilo que aconteceu, e não tiram as conclusões e não aprendem.* E14.23.

E às vezes a aprendizagem é dolorosa....

Exatamente. Mas acho que *se a pessoa passou realmente pela situação de lidar com a morte, se pensou sobre ela, e se tirou as conclusões e aprendeu, então se calhar essa*

pessoa vai ter facilidade em falar sobre aquele assunto. Agora, se o acontecimento foi tão perturbador que a pessoa até pode ter pensado nele, mas preferiu arrumá-lo numa gaveta, então acho que vai ter muito mais dificuldade em falar sobre esse assunto. E14.24. E daí eu também dizer à professora...é assim, para mim porque eu não teria se calhar tanta dificuldade, por isso é que estou aqui também a falar com a professora, se calhar não me importaria de falar sobre esse assunto. Mas lá está, também temos depois de ter em conta aquelas pessoas que teriam essa dificuldade. Aliás, só essas pessoas é que se calhar poderão dizer de que forma é que as poderiam ajudar a lidar melhor com a morte.

Relativamente ao cuidar da pessoa em fim de vida nas diferentes etapas do ciclo de vida já falou. E que aprendizagens para cuidar das famílias que também estão a sofrer?

Não professora, desculpe mas a escola não nos prepara...a minha opinião é: *_a escola não nos prepara minimamente para lidar com os familiares, tanto que sinceramente, eu não me vejo...sei lá, daqui a 3 meses, a estar num serviço, e a pegar num telefone e a ligar para as famílias a dizer dirija-se ao Hospital por favor porque houve um agravamento do estado do seu familiar.* E14.25. Eu não me vejo a fazer isso. Não sei se é assim que se faz.

A questão de dar as más notícias. Os próprios enfermeiros da prática com 5 ou 10 anos referem que têm dificuldades, também. Sabemos que não é fácil.

Como estudante como perspetiva a sua preparação para cuidar das famílias?

Muitas vezes essas famílias têm outros problemas. E já aconteceu falecer um senhor, a quem eu prestava cuidados, e por acaso a esposa, como nós sabíamos que ela ia visita-lo mais ou menos por volta daquela hora, esperamos. E a enfermeira não ligou logo para a senhora e disse não, eu sei que a senhora para aí por 10, 15 minutos deve estar aí, porque ela vem sempre a esta hora, se ela não aparecer dentro de 15 minutos, então eu ligo-lhe. E realmente a esposa apareceu e depois contactou que o seu familiar tinha falecido, etc., e quando a senhora já estava um bocadinho mais calma, já conseguimos falar mais com ela, e depois ela começou a falar que tinha um filho que tinha problemas, com 40 ou 50 anos e que não arranjava trabalho, que até tinha um ligeiro atraso mental, e que o pai era o grande apoio do filho, e que o pai é que cuidava do filho...E como é

que nós...o que é que nós dizemos àquela pessoa naquele momento? Porque naquele momento, eu não sei se aquela pessoa me quer ouvir falar e se quer estar a ouvir falar sobre o que é que ela pode ou não fazer em relação a outros problemas que ela tenha. E muitas das vezes aquele familiar que faleceu era o apoio dela, ou até da família toda. Sei lá um chefe de família que trabalhava e ganhava os rendimentos para a família, de repente falece. Como é que aquela família reage? O que é que a gente vai fazer, ou dizer? Naquele momento não me parece a mim que seja o momento mais indicado para falar sobre aquele assunto, é só para quando a pessoa tiver disponibilidade. Às vezes até é uma questão de esperarmos que a própria pessoa vai lá focar aquele assunto. O familiar vai dizer, no meio do seu desespero, em que chora e em que exalta o facto da pessoa que gosta ter morrido, mais cedo ou mais tarde vai falar sobre aquelas outras dificuldades, surge naturalmente. Porque *a pessoa está num momento de tensão pela morte do familiar, que desabafa com o enfermeiro. Mas a minha questão sempre foi: Agora o que é que eu digo? Digo alguma coisa? Ou estou calada? Ou só oiço?* E14.26.

Muitas vezes passa por atitude de disponibilidade, mostrar que estamos disponíveis para a família, perguntar como é que se estão a sentir, em que é que eu vos posso ajudar? Se precisarem eu estou aqui. Não impomos a nossa presença, mostramos disponibilidade. Eles utilizam, ou não.

Mas a minha questão já nem era em relação a mostrar a disponibilidade, porque isso acho que também vem muito da pessoa. Acho que é automático no ser humano. Quer dizer, eu duvido que haja alguém que esteja sei lá no curso de saúde e que não tenha sensibilidade para ver uma pessoa a sofrer e que não demonstre logo disponibilidade naquele momento para qualquer coisa que a pessoa precise. Acho que isso é automático. Ela se necessitar de alguma coisa sabe que pode falar, dizer qualquer coisa. A minha questão relaciona-se mais com o facto quando a pessoa começa então a dizer o que é que precisa, o que é que a atormenta, o que é que nós dizemos aí?! Ou o que é que podemos fazer?

Chegou a acontecer, por exemplo, agora neste último estágio, aconteceu precisamente falecer também uma pessoa, foi lá a esposa e a filha, e a senhora também estava muito abalada e também começou a falar sobre os seus problemas. E entretanto, ao início estava a minha enfermeira orientadora e eu, e depois eu fui com a senhora, a esposa já era mais idosa, e eu fui com ela um bocadinho mais para fora do serviço, porque o

serviço é aberto. Para a senhora se acalmar um bocadinho, porque ela estava muito agitada e já era idosa. E a senhora era muito querida, falou imenso sobre as dificuldades dela e o que é que sentia. E eu lembro-me perfeitamente, a enfermeira chefe passou, viu-me com a senhora idosa, e foi imediatamente ter com a minha enfermeira orientadora, que entretanto estava a falar com a filha da senhora. A enfermeira chefe perguntou o que é que a aluna está ali a fazer sozinha com a senhora. Como se ela tivesse medo que eu não tivesse a capacidade de lidar com aquela situação e fosse dizer alguma coisa disparatada à senhora. Ou algo menos conveniente.

Quer dizer isto em nós também cria uma certa insegurança. Porque nós ficamos a pensar...espera lá, se estão a pensar isto, é porque se calhar há alguma técnica espetacular que eu não domino. Quer dizer, e que para mim aquilo estava a correr...naquele momento não estava a sentir dificuldade em falar com aquela senhora, porque a senhora realmente abriu-se de uma forma espontânea e falou sobre as dificuldades dela, etc.

Muitas vezes a nossa atitude até é só de escuta ativa.

Exatamente professora.

Quando você diz que há uma técnica especial que eu não domino, a técnica especial começa geralmente pela escuta. Poderá ter outras, mas a porta de entrada de uma relação é normalmente a escuta do outro.

Exatamente professora, e naquele momento em que a senhora começou a falar, eu realmente limitei-me a ouvir a senhora. Claro que estava atenta ao que a senhora estava a dizer, para ela perceber que eu estava interessada naquilo que ela estava a dizer. E ouvi a senhora, e essa senhora também tinha alguns problemas com outros familiares, pronto e quer dizer não foi preciso eu dizer muita coisa. Porque a senhora realmente, naquele momento, ela via-se, era notório que ela precisava desabafar, era notório que aquilo lá dentro dela estava a causar-lhe uma tensão que ela estava a precisar falar com alguém. E ela mesmo dizia, e era o meu marido, era quem cuidava de mim, quem me apoiava, e agora estou sozinha.

É o manifestar o seu sentimento de perda.

E acho que não há nenhuma técnica espetacular para estas situações. É ouvir, quer dizer. É assim não me causou muito «formigueiro» o facto de eu saber que a enfermeira chefe foi imediatamente ter com a minha enfermeira para perguntar porque é que eu estava sozinha com a senhora. E a minha enfermeira depois até me disse: _ tu não disseste nada de mal à senhora, pois não?

E eu disse: _ Óh enfermeira, pelo amor de Deus! Acha?

Porque às vezes nós nem falamos, só escutamos...

Exatamente, e quer dizer acho que não tenho assim nenhum comportamento estranho que...mas eu compreendo porque é a responsabilidade deles enquanto profissionais, tanto a enfermeira chefe como a enfermeira têm responsabilidade sobre o aluno e eu compreendo que ficassem preocupados.

Às vezes não é o que é que você podia ter dito ao familiar, mas o estar sozinha numa situação que pode ser melindrosa para si. Será que o aluno não está numa situação que para ele não é fácil? E será que é bom ele estar sozinho? Não haver um certo acompanhamento... Há perguntas que nos deixam um bocadinho atrapalhados, não que sejam difíceis, nós é que não estamos à espera delas, e mais, são perguntas para as quais muitas vezes não há resposta. Por isso a enfermeira chefe estaria preocupada consigo.

Há uma pergunta que as pessoas fazem sempre, que é o porquê? Porque ele? Porque é que não me levaram a mim e levaram-no a ele. O que é que a gente responde aqui, (..) não é verdade? Olhe, vamos responder o quê? Olhe, foi o senhor porque estava doente. Isto é lógico. Quer dizer, isso é uma coisa que...lá está... (...) é uma pergunta que todas as pessoas fazem e daí eu dizer que a escola não nos prepara a nível, de que forma é que nós lidamos com as coisas. Porque há perguntas que surgem sempre, professora, sempre! E a escola não aborda isso connosco. E14.27.

O estar perante a família é uma área que necessita de ser mais trabalhada?

Claro.

Que metodologias sugere para aprender a fazer esta abordagem com a família?

Como também nunca fizeram muito isso connosco, também nunca pensei muito, nunca refleti muito sobre esse assunto.

Mas para mim fazia mais sentido, e aí sim, talvez não afetasse tanto as pessoas que têm mais dificuldade em falar sobre estes assuntos, aí sim então uma aula mais expositiva, em que se expunham casos, ou mesmo um relato de uma pessoa, (...) *com certeza deve haver imensos vídeos na Internet a falar sobre isso, sobre a experiência de morte de um familiar, de uma pessoa que faleceu. E colocar então essa situação perante os estudantes e dizer...então meus amigos o que é que vocês acham disto? Como interagem com o familiar?* E14.28.

Que atitude é que têm, verbal e não-verbal?

Exatamente professora, porque há pessoas que a nível não-verbal...por exemplo, eu já tive colegas meus, em ensino clínico, que a nível não-verbal são muito expressivos. Pronto, facilmente são muito expressivos. E eu tenho colegas meus que inclusive já foram chamados à atenção em ensino clínico, por causa da expressividade deles. Porque às vezes estão perante uma situação, imagine estão cansados, estão cansados porque estiveram a noite toda a estudar ou a fazer um trabalho ou qualquer coisa, estão cansados. E naquele momento não estão disponíveis para aquele assunto, e eles não conseguem não expressar...

Expressam a falta de interesse?

Exatamente professora. E isto é muito importante em enfermagem quando estamos a lidar com as pessoas. Eu estou ali com uma postura...eu posso estar cansadíssima, não dormi quase nada, mas se eu estiver ali com uma postura de ... pois, hummm ... Quer dizer, isto...pelo amor de Deus. Não fica bem e não faz sentido nenhum. Porque, então não está a fazer nada em enfermagem, se calhar devia estar noutra coisa qualquer. *Mas a solução passa por aí, é necessário treinar também as posturas e a expressividade.* E14.29.

Essa parte da expressividade é muito significativa. Como se sente no domínio das expressões?

Não me sinto preparada, mas lá está professora, (...) *eu acho que há muita coisa que tem de vir da pessoa também.* E14.30.

Tem também a ver com um certo investimento da pessoa em determinadas áreas.

Tem de ter sensibilidade para aquele sentimento. Quando houve esta situação agora no estágio, a enfermeira que me está a acompanhar ficou muito sensibilizada, e ela acabou por chorar. E os colegas dela, como é um serviço aberto, toda a gente percebeu e eu também, que a enfermeira chorou.

E toda a gente chegava ao pé dela e aí, tocava-a e perguntava: _ o que é que se passa? E estás bem? E ela virou-se para mim e disse-me: _ ó Raquel, se isto não me tocasse, se eu não fosse sensível a isto, então não podia ser enfermeira. Tinha de trocar de profissão.

Eu até depois fiz uma reflexão sobre isso porque realmente, às vezes dizem-nos assim ... ah, vocês (e isto já aconteceu no curso) (...) *têm de manter uma postura, por exemplo, não podem começar a chorar à frente do familiar e não sei mais o quê. Mas depois, também vemos estas situações na prática que nos dizem que nós também não temos de ter ali uma postura do tipo, eu sou de ferro, você está a sofrer imenso mas eu sou de ferro.* E14.31. Quando se calhar a pessoa nem está.

No seu sentir, se você fosse utente, ou fosse familiar de um doente e estivesse numa profunda angústia e partilhasse a sua angústia com uma enfermeira e, ela tivesse uma expressão triste ou lhe corresse uma lágrima. Considerava que aquela enfermeira era menos competente naquele momento?

Acho que não, e preferia sinceramente, se eu estivesse numa situação assim professora, eu preferia que aquela enfermeira se calhar deixasse cair uma lágrima do que estar ali à minha frente com uma postura do tipo, eu não sinto nada, se precisar de alguma coisa diga, mas eu estou aqui. Isto não é nada. Quer dizer, não é nada porque...

O que é que para si é mais autêntico, o que é que é a autenticidade da relação?

Eu acho que é assim professora, nós quando escolhemos esta profissão, claro que nós temos de lidar com os sentimentos, e temos de aprender a lidar com as situações que vemos no dia-a-dia porque senão nós próprios destruimos um pouco as nossas estratégias e a nossa capacidade de lidarmos com as situações. Agora eu acho que, mais importante que isso, é a pessoa também pôr cá para fora. Porque *se nós retemos as emoções e se nós retemos as tensões, bem, então aí damos cabo da cabeça. E eu*

enquanto familiar, imaginemos, de uma pessoa que faleça, eu preferia ter um enfermeiro que fosse autêntico. E14.32. Eu duvido que alguém consiga ser autêntico e realmente mostrar ao familiar a tal empatia, e mostrar que também sente a “tristeza” de ter falecido uma pessoa, eu duvido que essa pessoa seja realmente autêntica, sem conseguir demonstrar algo. De ser permeável aos sentimentos. Porque estar ali com uma postura do tipo eu sou o melhor enfermeiro do mundo porque não me emociono, quer dizer isto não tem nada de autêntico. Isto é falso.

Até pode ter noutra cultura, na nossa não é muito assim.

Exatamente, é assim, na cultura em que eu vivo, nas minhas perceções daquilo que eu acredito, isso não faz sentido. Temos formas de expressar os sentimentos. Nós latinos somos mais abertos, sei lá. Somos mais comunicativos.

Nos ensinios clínicos como vos podemos ajudar?

Olhe professora, quando eu estive no 2º ano, como estávamos no IPO, na primeira reunião que nós tivemos, o professor perguntou logo: porque é que vocês escolheram vir para aqui? Porque é assim, as pessoas que estavam lá foram pessoas que escolheram ir para lá, porque nós quando escolhemos os estágios, vão primeiro os estatutos – trabalhadores estudantes, mães e membros da associação de estudantes. Então, eu escolhi ir para o IPO. Logicamente tem de me perguntar porque é que eu escolhi ir para o IPO e não escolhi outro Hospital qualquer. Tinha a lista toda à minha disponibilidade.

Tem um estatuto especial?

Tenho, o de Dirigente Associativa. Faço parte da Associação de Estudantes. E então, escolhi o IPO. E o professor perguntou: Mas porque é que vocês escolheram vir para cá?

E eu, na altura eu disse ao professor, porque o professor estava-me sempre a dizer que eu estava sempre muito feliz, e sempre a rir. Porquê? Porque eu estava a fazer uma coisa que eu gostava realmente. Tudo bem, podia parecer “mórbido” porque estava num serviço muito pesado. Como é que eu estava...chegava ao fim do dia e estava contente. Pronto, e o que eu lhe dizia era que...professor eu estou contente porque eu escolhi este estágio por um motivo e esse motivo está-se a cumprir. Então eu não tenho motivo estar triste.

E estava a cumprir os seus objetivos de aprendizagem.

Exatamente. Era por isso que eu estava contente, claro que eu não chego a casa e fico muito contente porque faleceu uma pessoa, porque não fico, não é?! Agora e eu disse ao professor, olhe professor porque é assim, eu escolhi o IPO primeiro porque o nome IPO tem uma carga conotativa muito forte... e eu sempre quis passar por esta experiência de perceber se realmente o nome e a carga emotiva que traz, se correspondem depois àquilo que nós passamos aqui.

Também queria desmistificar aquele pré-conceito.

Exatamente professora, e porque *para mim fazer um estágio que não me transmite sentimentos, que não me transmite emoções, estar num serviço que não me transmita uma sensação de estar a gostar realmente daquilo que estou a fazer, para mim não me faz muito sentido.* E14.33. E sempre gostei imenso de ensinamentos clínicos que me transmitissem aquela emoção de cuidar de alguém que realmente precisa dos meus cuidados, que eu seja útil.

Em termos de estratégias de aprendizagem, há vários instrumentos que podemos utilizar. O que é que tem a dizer sobre os instrumentos pedagógicos?

Acima de tudo professora, acho que nem é tanto as reflexões que os professores pedem aos alunos, que não são os diários de aprendizagem, que não são os estudos de caso, é a abertura que o docente apresenta aos alunos numa situação dessas e, por isso, é que eu busquei esta situação. Porque esse professor/orientador, ele tinha uma postura de realmente...de nos perguntar o que é que vocês sentem, o que é que vocês acham, o que é que se está a passar, vocês estão a gostar, e o que é que têm a transmitir. *Para além dos instrumentos de aprendizagem, acima de tudo o mais importante para mim, é a interação do professor com o aluno.* E14.34.

Essa interação pode ser em grupo ou individual?

Depende da abertura...lá está, depois também tem a ver com o à vontade que a pessoa tem para falar daquilo. Se o aluno realmente se exprimir melhor individualmente, então individual só...mas isso há sempre um momento em que o professor está sozinho com o aluno, não está com os alunos todos, ou então em grupo se realmente o aluno se mostrar

à vontade para tal. Eu estava a dizer isto porque houve uma situação que uma colega partilhou connosco, que havia um doente dela que realmente estava muito bem, pronto. Aparentemente bem...e então o senhor ia ser transferido para uma unidade de Cuidados Continuados. Foi transferido para Alcoitão, se não me engano. Mas era mais com o objetivo de ele não estar naquele ambiente hospitalar pesado, esperar a sua morte, num local mais sereno.

E mais próximo possivelmente da família?

Sim mais próximo da família, porque o senhor era dali daquela zona. E ela partilhou com o professor que no momento em que o senhor saiu do serviço e foi transferido, no momento em que saiu do serviço acompanhado da família, que ela chorou.

E o professor perguntou-lhe: _ Então mas porque é que chorou? Não se sente preparada para lidar com estas situações? O que é que sentiu para ter chorado?

Ela disse: Oh professor porque primeiro porque foi uma pessoa a quem eu prestei cuidados durante quase um mês, e depois porque eu sei que o senhor vai falecer daqui a relativamente pouco tempo. Porque o senhor tinha já um tumor secundário no pulmão, porque o senhor era fumador e tinha também cancro possivelmente no estômago, laringe, pulmão. Mas era um senhor que tinha uma vida, quer dizer, ele era uma pessoa muito especial, era um lutador autêntico. Porque é um senhor que, apesar do estado em que ele estava, e de saber como estava, continuava a viver a vida dele. E ela referiu realmente que é um senhor que a marcou imenso por causa disso, porque ela contactou de perto com o senhor, com a família, dava-se muito bem, comunicava muito bem com eles, e de repente o senhor foi e ela sabe que não o vai voltar a ver. E que não vai poder acompanhar mais o senhor naquela situação. Ele teve alta sim senhora, que é um momento sempre que nós gostamos, quando os doentes têm alta, mas neste caso é uma transferência. É uma alta que ela sabe que ... (pausa para refletir)

Não vai sair do serviço por melhoria do seu estado de saúde.

Exato. Não é para melhoria. Exatamente professora. Pronto e, por acaso, já não me lembro o que é que o professor disse na altura. Mas foi importante essa partilha. Primeiro para ela foi importante porque o professor pôde perceber o que é que ela sente, também, quando está perante estas situações, e depois porque realmente (...) *eu sinto que foi um ensino clínico em que, o facto do docente ter esta abertura connosco, nos*

dava muito mais à vontade para falar fosse do que fosse, daquele ensino clínico.
E14.34.

E isto é muito importante! Porque *há muitos docentes que não têm esta abertura com os alunos e que, partem logo para uma atitude pouco positiva.* (...) Eu acredito que seja para os motivar, para que eles não se sentem à sombra da bananeira, como se costuma dizer, mas que, às vezes, não é muito positiva porque (...) *os alunos sentem-se retraídos e sentem dificuldade em falar daquilo que sentem quando estão em ensino clínico e perante estas situações específicas.* E14.35.

Muitas vezes o aluno tem o preconceito de que o professor tem uma componente avaliativa, que o faz jogar a defesa.

Eu estou a partir do princípio que sim, por isso é que eu também estou a focar estes pontos relativamente aos orientadores. Porque é assim, não é que eu alguma vez tenha tido algum orientador que me pressionasse ao ponto de eu não conseguir falar...

Mas esta questão do orientador conotado como avaliador, pode ser um aspeto inibidor da vossa relação com o professor?

Claramente professora. Claramente! Não só acho, como tenho a certeza. Porque, por exemplo, no 2º ano tive orientadores a nível de docentes que realmente davam uma grande abertura para que nós falássemos e para que nós nos exprimíssemos mas, por exemplo, no 1º ano, a primeira orientadora do 1º estágio que eu tive foi uma professora de saúde comunitária que eu tive, era uma pessoa que só a presença dela no local de ensino clínico, para mim já era uma tensão horrível. A sério professora, porque era uma professora que para “motivar” os alunos, para que eles não se desleixassem com o estudo, ela pressionava os muito.

Foi assim professora, eu no 1º ano, fui para ensino clínico uma semana mais tarde que os meus colegas. Porquê? Porque no pólo onde eu tinha aulas, não íamos para estágio sem ter feito a UC de fundamentos e eu fiquei a fazer a cadeira. Só fui depois porque tive de ir aos exames. E fui eu e mais 5 ou 6 colegas, que fomos mais tarde. Mas foi só uma semana. E eu lembro-me perfeitamente na altura de os professores estarem-nos sempre a dizer...ah vocês vão uma semana mais tarde, não sei se vão conseguir acompanhar os vossos colegas e não sei quê .. .tá tá tá ...sempre nisto, quer dizer. Logo

a causar ali uma tensão do estilo vocês vão chumbar em estágio. Vocês vão, mas vão chumbar.

Ah, vocês eram o grupo dos atrasados!?

A professora está a brincar, mas na altura disseram mesmo isso. Vocês são os atrasadinhos. Vocês são o grupo dos atrasados, disseram mesmo assim...e nós ainda hoje gozamos com isso ... dizemos que somos os atrasados. E nós fomos e eu realmente quando cheguei, na primeira semana o objetivo era fazer um documento que abordasse todos os aspetos da organização do local onde estávamos, tipo quem era o enfermeiro-chefe, como é que era a organização, pronto essas coisas.

A estrutura funcional do serviço para se situarem no contexto dos cuidados?

A estrutura. Exatamente. E os meus colegas que estavam já nesse local, tinham ido antes de mim, já tinham feito. E a professora disse, bem a Ana agora não vai fazer também porque os seus colegas já fizeram, se for preciso fazer alguma alteração quem o faz é a Ana. Pronto, e eu tudo bem. Não tenho problema nenhum. E só houve lá um aspeto ou outro que foi preciso alterar e, realmente eu alterei.

Naquela semana esforcei-me e a primeira coisa que eu fiz foi logo perguntar aos enfermeiros com quem eu estava, como é que era a estrutura e não sei quê...como é que funciona e como é que aquilo estava organizado.

Que era já para tentar não ficar tão para trás em relação aos meus colegas. E acho que tanto eu como qualquer um dos alunos que foram mais atrasados fez isso. E lembro-me que, na altura, foi quando nós começámos a fazer os processos de enfermagem. E nós até tínhamos tido uma aula prática, em que nos explicavam como é que aquilo se fazia. Mas quer dizer, para mim fazer um processo de enfermagem era difícil, era o primeiro processo que eu estava a fazer. Portanto, eu não fazia a mínima ideia como é que eu ia pegar naquilo. É o quê, uma capazinha e depois a seguir meto o nome do cliente e o local onde mora? Está a perceber? Estas especificidades todas. Era o primeiro que eu estava a fazer, quer dizer, eu não sabia, tinha dúvidas, logicamente. E a professora era muito exigente realmente e, ela ao início, nessa primeira semana, quando nós tínhamos reunião entre todos, ela dizia: _ ah, não percebo como é que a Ana foi a tantos exames e não sei quê...a Ana sabe imensa coisa, como é que foi a tantos exames. E eu realmente pensei: olha pronto, aconteceu assim! Às vezes os alunos que vão a exames, não quer

dizer que não saibam, mas às vezes a pessoa está tão tensa no momento que pode escrever uma coisa que não faz sentido. E eu fiquei mais tranquila ... está bem, pronto! A professora reconhece que eu até sei. Mas na semana a seguinte teve uma postura totalmente diferente. Era uma postura do tipo não faz, chumba. Ou não sabe, chumba! E ela entrava no serviço e fazia-me imensas perguntas, de estarmos uma hora dentro da sala, sempre a levar com perguntas...tunga, tunga, tunga. Claro que aquilo tinha uma linha de raciocínio. Mas, quer dizer, ao fim de uma hora uma pessoa está exausta. Bem ao fim de meia hora uma pessoa já está cansada daquele raciocínio todo.

Tínhamos de fazer o tal processo de enfermagem e eu tinha imensas dúvidas e não sabia muito bem como é que havia de fazer aquilo e a professora disse: _ então vá comece-me a dar aquilo que já tem. Quando eu mandei aquilo que já tinha, ela passou-se completamente. Disse: _ Você está atrasadíssima e vai chumbar. E de cada vez que, a partir desse momento, ela ia ao estágio dizia que eu ia chumbar. Cada vez que ia lá dizia: _ A Ana está extremamente atrasada, a Ana vai chumbar. Quer dizer, até que houve um dia que eu desatei a chorar. Pronto, desatei a chorar e ela depois até me disse: _ A Ana um dia fique um dia em casa só a fazer o processo de enfermagem que é para o entregar a tempo e não sei quê. E eu até nem achava que estava assim tão atrasada. Só que a professora também não me dizia assim: _ Olhe Ana o processo faz-se assim, tens de pôr isto, tens de pôr aquilo, tens de fazer assim, ... nanana, nanana. Porque era o primeiro! Nós precisávamos desse apoio inicial. Tudo bem, se calhar se eu fizesse outro a seguir já não necessitava tanto, mas há este apoio inicial que é necessário. E, eu realmente sentia-me muito tensa quando estava na presença daquela docente.

Devido ao aspeto da avaliação?

Exatamente, percebe professora? E daí eu estar a focar esta experiência, (...) porque *realmente se o docente mostrar uma abertura para com o aluno, é muito mais facilitador para o aluno.* E14.36.

Porque é assim, a questão do desleixar ou do não estudar, quer dizer, também vem da postura de cada um. Cada um é que sabe o que é que ... enfim, pode ou não fazer...

Não é?! Quer dizer, se eu estou neste curso é porque eu quero estar. É assim eu sempre quis enfermagem, sei lá, mesmo quando era miúda não dizia que queria ser astronauta ou professora, sempre quis ser enfermeira. E, então se eu não vou estudar aquilo que eu gosto, então vou estudar o quê?! Vou estudar engenharia? Quer dizer, não faz sentido.

Relativamente aos instrumentos pedagógicos ajudaram no seu processo de aprendizagem? Ou não?

Depende da maneira como cada um é utilizado. *Todos os instrumentos podem ser bons ou menos bons. É assim, quando nos pedem diários de aprendizagem ao início, nós ficamos sempre muito chateados, porque temos de estar a fazer um diário de aprendizagem. E lá está, só ao fim de fazermos uns quantos é que percebemos que realmente tem utilidade.* E14.37. Porquê? Porque nós...lá está mais uma vez, quando começamos a fazer a primeira vez não temos muito bem a noção de qual é a utilidade daquilo, e porque é que utilizamos aquilo e o que é que vamos lá escrever. Ficamos sempre a pensar: Então, mas como é que se faz um diário? O que é que eu vou lá escrever?

É fazer esse exercício mental, percebe professora? *O exercício mental da pessoa perceber que um diário de aprendizagem serve para eu refletir sobre aquilo que eu pensei, então primeiro eu tenho de descrever aquilo que eu vivi. A seguir vou descrever aquilo que eu senti e a seguir vou descrever o que é que eu poderia ter feito melhor.* E14.38. Percebe professora?

Utiliza o Ciclo de GIBS nas suas reflexões sobre a prática?

É orientador, mas a questão é: para quem nunca fez uma reflexão, como começar? Dizerem-lhe assim: _ Agora vais fazer uma reflexão utilizando o Ciclo de GIBS!...ermmm,... Mas vou refletir sobre o quê?

Mas foi-lhe dado essa metodologia nas aulas teóricas?

Sim, isso foi. Claramente que foi! Mas o exercício, não sei se me estou a fazer entender? O difícil é a operacionalização da experiência, de colocar a experiência por escrito, porque é assim, há pessoas que têm mais facilidade em falar do que em escrever. E vice-versa. Pronto. E eu, se calhar tenho mais facilidade em falar do que estar a escrever aquilo que eu sinto, ou se calhar não ... Pronto, mas isto são coisas que têm de ser treinadas. E se calhar *no 2º ano se eu for ver uma reflexão minha, meto as mãos à cabeça e penso...como é que eu fiz isto? Isto está horrível. E agora, se calhar no 4º ano, já consigo fazer uma reflexão estruturada em que eu realmente percebo porque é que estou a fazer aquilo, consigo transmitir aquilo que estou a escrever, aquilo que*

sinto para o papel. E14.39. E então, lá está eu dizer que depende da maneira como nós o estivermos a utilizar, porque, por exemplo, se definirem assim: _ A aluna tem de fazer 4 diários de aprendizagem. Então, mas se eu sentir que só tive 3 experiência que realmente me fizeram sentido para mim refletir no papel sobre elas, porque é que eu tenho que fazer 4 por medida. Por exemplo, há professores que às vezes dizem assim: _de 15 em 15 dias, ou de semana a semana ou todas as terças-feiras quero um diário. Então, mas se eu só viver uma experiência na quarta-feira que realmente para mim faça sentido refletir sobre ela e seja formadora nesse sentido. Por isso é que eu digo, depende da maneira como nós utilizamos as reflexões.

Agora que já aprendeu a fazer o diário de aprendizagem, como é deve ser feito?

Eu acho que a reflexão não deve ser feita no local do ensino clínico, mas sim em casa. Até porque nós em ensino clínico, supostamente estamos no meio de prestação de cuidados e não temos propriamente disponibilidade de escrever a situação e de pensar sobre ela, com a cabeça realmente focada naquilo que estamos a fazer. E14.40. E em casa não, em casa conseguimos focar-nos muito melhor naquilo que estamos a fazer. *Acho que as reflexões devem ser fundamentadas, porque supostamente nós estamos a refletir sobre uma situação que, de alguma forma, mexeu connosco, que se nos fez pensar sobre ela, então temos de ir pesquisar a algum lado o que é que deveríamos fazer.* E14.41.

Procurar o que diz a evidência científica sobre o facto.

Para justificar o que aconteceu ou para dizer: Não, vais fazer é assim, que é melhor! E nesse sentido, às vezes é difícil, porque *às vezes podemos refletir sobre algo que não tenho muita justificação teórica, e pode ser complicado. Mas acho que, se houver e fizer sentido, acho que deve ter essa fundamentação teórica, até porque nos ajuda a nós. Agora, também há reflexões cujo suporte teórico não é possível.* E14.42. Por exemplo professora, este ano eu fiz ensino clínico em Cabo Verde, o de Comunitária fui para Cabo Verde dois meses, e eu não tinha suporte teórico. Primeiro porque não tínhamos quase acesso à Internet. E depois porque para mim, aquilo que eu via ali não havia suporte teórico que me fundamentasse porque era aquilo que eu estava a ver. A sentir naquele momento. Não é?! Se eu vou fazer uma reflexão sobre como é que são prestado os cuidados em Cabo Verde às crianças, eu não preciso de um documento da

UNICEF que me diga que tem de haver acompanhamento da saúde infantil ao nível da saúde escolar, porque é lógico que tem de haver. E isto porquê? Porque, por exemplo, lá não havia saúde escolar, mas o nosso projeto foi precisamente no âmbito da saúde escolar. E nós tínhamos de fazer uma reflexão, tínhamos de fazer um trabalho em que explicávamos e justificávamos o porquê da saúde escolar. E aí eu fui buscar o documento do nosso programa de saúde escolar, da DGS, fui buscar o nosso, e justifiquei, mas a parte da minha reflexão, eu não necessitei de ir buscar um suporte teórico nesse sentido, porque consegui explicar qual é que é a importância então de cuidar das crianças em idade escolar.

A fundamentação depende da área temática e da problemática que vocês estão a desenvolver.

umas devem ser justificadas, sim senhora, até porque isso até nos vai ajudar a desenvolvermo-nos a nós e a adquirir mais conhecimentos, outras não. Outras, acho que não faz sentido.

E as reflexões devem ser objeto de avaliação?

Lá está professora, *a avaliação depende, se eu estiver a fazer uma reflexão sobre uma coisa que eu senti e que eu vivi mas que não condiciona os cuidados que eu estou a prestar à pessoa, por exemplo, assisti a uma situação de morte de uma pessoa e isso mexeu comigo, provocou-me em mim estes sentimentos X e Y, eventualmente deveria ter feito isto e aquilo, mas não o fiz na altura. Então, eu acho que isso não deve ser motivo de avaliação.* E14.43. Porque é assim, quando pensamos em avaliação pensamos sempre numa conotação negativa. Nunca pensamos na avaliação como algo positivo. A ver se eu me consigo fazer explicar... Então, eu acho que isto não deve ser tido em conta na avaliação do estudante. Agora, se o estudante fez uma reflexão sobre o facto de não conseguir lidar com ... sei lá...comunicar ... Por exemplo está no estágio de Pediatria e faz uma reflexão sobre não saber comunicar com crianças, até mesmo uma criança que não tenha dificuldades verbais, pronto, nunca desenvolveu essa capacidade. Então, aí acho que o docente deve-se sentar com o aluno e dizer: _ Olha, o que é que se passa? Porque é que achas que não consegues? O que é que podemos melhorar? E aí logicamente estamos a avaliar.

Há professores que consideram que é importante também para avaliar, não no sentido de medir, mas para ajudar o aluno no seu processo de crescimento. E para avaliar as aquisições, o professor e o estudante em conjunto, avaliam no sentido de monitorizarem se aquelas reflexões vão trazendo aquisições de comportamentos, de posturas, de saberes, de habilidades, de competências, e que ajudam a posicionar os dois num processo de construção de competências. Exatamente. É assim. *É uma experiência que o estudante está a refletir, mas que é dele, é da formação dele enquanto pessoa. Acho que não deve ser avaliado. Agora se for uma situação em que o estudante cometeu um erro qualquer, ou sei lá... uma situação que tem a ver com a sua prática clínica específica ou alguma coisa que aconteceu durante o ensino clínico, então aí acho que as pessoas se devem sentar e conversar sobre o assunto*, E14.44, (...) e realmente tomar aquilo como um ponto de dificuldade, ou não, do estudante naquele ensino clínico.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências são necessárias desenvolver para cuidar de pessoas e de famílias a viver os processos de fim de vida?

Primeiro a sensibilidade da pessoa para se emocionar com aquela situação, treinar essa capacidade. Acho que nós nos devemos emocionar, porque senão... Bem podemos emocionar ou não, temos essa liberdade.

Podemo-nos emocionar, claro que podemos controlar até que ponto é que nos emocionamos. Claro que não vamos estar perante uma família que está destruída porque está tristíssima com o que aconteceu, e não vamos estar ali nós também a chorar imenso. *Podemo-nos emocionar, mas acho que também devemos controlar. Pronto. Até porque a partir de um certo patamar acho que deixamos de passar uma imagem de profissionais de saúde e passamos uma imagem de pessoas descontroladas. E isso também não se quer*. E14.45.

Mais competências... *a comunicação, com a família e com o utente*. E14.46. *É importante a comunicação no sentido de testar a sensibilidade, a capacidade de lidar com as emoções que a pessoa sente na altura*. E14.47. Penso que sejam assim, as mais necessárias.

O relacionar-me comigo próprio e o ser capaz de me relacionar com o outro?

É! Isso mesmo também.

São estas duas vertentes que são importantes?

Sim.

Muitas vezes o cuidar em fim de vida não tem uma panóplia de tecnologias muito elaboradas...

Não é uma questão de nos sentarmos numa mesa a ler um livro sobre o que é ... não tem uma receita, não é?! *É uma coisa que a pessoa tem que desenvolver, tem que treinar, tem que pensar sobre ela. É um crescimento, não é uma aprendizagem só ao nível teórico ou académico. É um crescimento a nível pessoal. Requer experiência, maturidade e reflexão este cuidar em fim de vida.* E14.48.

Nos modelos teóricos que aprendem no curso, como vê os modelos para a sua prática?

Ermmm, é assim professora, eu muito sinceramente não costumo utilizar muito as teóricas no sentido da aprendizagem, (...) porque *eu acho que a importância das teóricas é realmente ajudarem-nos, enquanto estudantes, a organizar o pensamento e a pensar sobre os conceitos da enfermagem, e sobre aquilo que é importante na disciplina da enfermagem.* E14.49. Agora eu, enquanto pessoa, *não utilizo propriamente a teórica X ou Y ou Z para prestar cuidados. Por exemplo, Lehninger fala da importância da cultura na prestação dos cuidados. Eu já pensava sobre isto antes de conhecer a teoria da Lehninger.* E14.50. Pronto, ela só vem confirmar uma ideia que nós poderemos adquirir, lá está, através da prática clínica. Virgínia Hendersen que fala das necessidades básicas, nós já sabemos que temos de prestar cuidados com o objetivo da pessoa ganhar autonomia e independência na satisfação das suas necessidades diárias. Não é necessário no início claro que nós damos isto desta forma, há uma teórica que diz isto, isto e assim. E ao início, se calhar necessitamos das teóricas nesse sentido. Mas depois, quando ganhamos uma autonomia de pensar sobre a enfermagem, já não precisamos tanto das teóricas para nos orientarem nesse pensamento.

Portanto, elas só são necessárias no início, depois já não têm tanta utilidade?

Eu penso que sim, para mim pelo menos professora.

Para mim sinceramente é mais como forma justificativa de um pensamento... Porque é assim, quem sou eu? Eu sou a Ana. E *se eu tenho uma ideia e quero justificar essa ideia e quero justificar que isso é importante para a enfermagem, então eu tenho de ir buscar as teóricas. É só mais nesse sentido que eu as utilizo neste momento. Não é com o objetivo de agora vou ver o que é que é a enfermagem e vou-me basear nesta teórica, e então vou seguir aquilo que esta teórica diz.* E14.51. Não, porque as pessoas também têm de ter capacidade crítica, e capacidade de refletir sobre o que é que é para elas a enfermagem. Eu estou a dizer enfermagem só para utilizar como exemplo. Ou o que é para elas cuidar de alguém, ou o que é que é para elas saúde, ou o que é que é para elas doença. Acho que a pessoa tem de ter capacidade crítica. Agora, pode é justificar isso com uma teórica ou não.

Quer salientar mais algum aspeto importante que não disse, ou que eu não ajudei a explicitar?

Não, penso que já falei bastante

Agradeço muito a sua disponibilidade em falar comigo sobre este estudo.

Eu é que agradeço a professora interessar-se por nos querer ajudar... E procurar saber a nossa opinião.

Quer validar o que disse? Quer que lhe devolva a entrevista transcrita retificar ou verificar o que disse?

Não, mas gostaria de ter acesso à sua tese.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA ESTUDANTE (E 15)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Nacionalidade portuguesa. Solteira. Tenho 23 anos.

B) Experiencia com o fenómeno da morte

Já contactou alguma vez com o fenómeno da morte?

Em ensino clínico não, *desde que vim para curso em todos os ensinamentos clínicos não houve nenhuma experiência com a morte.* E15.1. *Antes de vir para o curso, por volta dos 13 anos, tive experiência de uma avó que faleceu e, agora recentemente, da outra avó.* E15.2. *Mas aí já estava no curso, no decorrer do curso. A primeira não houve aquele cuidado em fim de vida, foi mesmo só na altura do funeral, e no lidar com o corpo, porque foi a minha mãe que esteve muito presente e eu vi e, por acaso, aquilo chocou-me muito. Acho que é das coisas que, até agora, me custa mais lidar é com o corpo em si, e não até com a transição do perder a pessoa, daquele elemento, isso eu consigo perceber e consigo aceitar que há um término, mas o lidar com o corpo, realmente faz-me confusão.* E15.3.

Porquê? É difícil, para si, lidar com o corpo morto, ou também lhe é difícil lidar com o corpo de uma pessoa que está a degradar-se?

Não, só me é difícil cuidar do corpo morto. Não, nesse sentido do corpo a degradar-se não me faz diferença nenhuma, é mesmo só mesmo após a morte, o tocar no corpo morto é muito difícil. E15.4.

Se tivesse que fazer uma múmia, se calhar isso para si era difícil...

Exatamente! Já ser complicado para mim ter que fazer uma múmia. Pus muitas vezes até essa questão e penso que será difícil, ainda nunca me aconteceu, como estava a dizer, mas penso que será com certeza um momento difícil. O lidar, o cuidar enquanto a pessoa ainda está viva, não tenho dificuldade.

Porque há pessoas que quando se toca têm dores, mau estar, vômitos, etc.

Isso eu até gosto, aí até gosto de saber que até a estou confortar, saber que até, mesmo já sendo o final, saber que estou a proporcionar alguma ajuda, algum alívio. Aí não me faz muita diferença, e não me incomoda, não me causa muito conflito nem muita dificuldade. Agora o pós morte ... O tocar no corpo frio, nunca o fiz, e portanto, aí penso que sim. Que essa experiência não será agradável para mim.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Eu acho que *na nossa cultura, é muito triste, e acho que o ritual que a nossa cultura tem do funeral, do velório, ainda põe a morte mais triste, ainda a veste com uma roupa mais negra, mais deprimente.* E15.5. Porque, eu por exemplo, o negro não me faz sentido...e por exemplo na minha família isso não faz até sentido, gosto mais por exemplo do branco, como a cor de luto. E, por acaso, acho que é triste. Vejo *sempre a morte como um ato triste.* E15.6. Mas ainda é mais representada essa tristeza a nível de tudo o que envolve depois a situação da morte.

Na idade média as famílias até pagavam às carpideiras para irem chorar...

Exatamente. Essas situações acho que ainda tornam a situação em si e o momento ainda mais pesado. O objetivo era esse, mostrar que o sentimento de dor era bem exteriorizado. Mesmo que não a família não tivesse dor, tinha de se fingir que tinha dor.

Há uma psicóloga, a Dra. Ana Paula Relvas que trata muito destas questões, e diz que eu tenho de me vestir de luto para mostrar aos outros o meu sentir, a minha mágoa...

Eu vejo isso mesmo. Agora na minha família, a minha avó morreu recentemente. A minha mãe, por exemplo, refere isso. Ela *veste o preto por causa do social, porque por ela não faz também muito sentido, mas o social ainda tem uma conotação muito grande.* E15.7.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como considera a sua preparação no CLE, quer a nível teórico, quer a outros níveis, para a capacitar para lidar com a morte?

Eu considero que não estou capacitada. De uma forma geral não somos preparados para a situação de morte, ou de fim de vida. (...) Se calhar, colegas que depois tenham oportunidade de estar numa unidade de cuidados paliativos, se calhar abordaram mais essa questão. (...) Mas a nível do curso base, do CLE, penso que até uma área que normalmente é desprotegida e deixada um bocadinho de lado. E15.8.

Uma vez, já não sei em que cadeira foi, se calhar adulto idoso no ano passado, (...) nós colocamos essa questão [ter uma UC sobre a morte] quando abordámos a questão da morte, e o que nos foi dito é que também não nos podiam ajudar muito, porque é o que se vive. Só a viver é que sabíamos, é que iríamos aprender a lidar. E depois disseram que é uma questão de hábito. E isso não consegui perceber muito bem, porque acho que uma pessoa nunca se habitua a lidar com uma situação de morte, mas não sei... E15.9.

Eu não sei se a aprendizagem se faz só pelo hábito ou se faz também por outras estratégias....

Exatamente. Não é só por hábito!

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

No ensino clínico ... no próprio local onde decorrem as situações, acho que (...) *uma boa ajuda era os professores estarem presentes connosco. Estarem connosco, mesmo,*

fosse em que situação fosse, estarem presentes, não nos deixarem sozinhos com a pessoa, nem no pós morte. Não termos situações de abandono. E15.10.

Estar sempre escudada num profissional?

Exatamente! Aí, acho que pelo menos para mim, seria um bom suporte. E, depois disso, um diálogo. Penso que sim. *Um bom suporte é um diálogo com o nosso orientador, mas sem aquela conotação de avaliação. Porque são situações de aprendizagem para ser ajudada e não avaliada. E15.11.*

Os alunos têm o espectro da avaliação e há o receio de que alguma coisa que não corra tão bem, se traduza numa má avaliação?

Sim, em algumas situações, isso acontece. Acho que sim. Eu por acaso, acho que isto já está a mudar muito, e que cada vez menos se vê essa conotação de avaliação em qualquer componente nossa. Mas eu acho que enquanto alunos há sempre esse receio. *Há sempre esse receio da avaliação, e penso que depende muito também da relação que é criada com o orientador, com o professor que esteja connosco. Se, desde o início nós tivermos logo uma relação de compromisso de sentirmos que estamos a ser apoiados e ajudados, acho que não se verifica, esse medo. E15.12.* Mas, com outros orientadores que nós tenhamos algum receio e alguma dúvida, acho que há sempre esse fator da avaliação que está subjacente.

E que pode inibir o aluno nomeadamente na expressão de sentimentos ou atitudes que não sejam tão apropriados?

Exatamente! *Mesmo a nível até das nossas reflexões escritas, penso que isso se verifica. (...)*

Como assim?

Acho! Aquela questão de que nós realmente não descrevermos, porque se calhar não era o mais correto aquilo que eu fiz. E (...) *se descrever exatamente o que senti, se chorei, se fui-me embora, se abandonei, se houve alguma atitude de evitamento. Será que isso não me poderá prejudicar, na avaliação?! E15.13.* Não devia ter dado logo o passo diferente?! E na altura resolver o problema e enfrentar?! E acho que temos um

bocadinho de receio de explicitar mesmo claramente aquilo que aconteceu, aquilo que senti, aquilo que me custou. E acho que isso ainda se verifica.

Para ajudar nos ensinamentos clínicos é que têm um tutor e um professor. Estão para o ajudar, naquilo que o aluno sozinho não é capaz.

Eu concordo perfeitamente, com a professora. *E do orientador espero uma atitude de apoio, de ajuda, de compreensão, de disponibilidade.* E15.14.

Que estratégias pedagógicas é que podem ser utilizadas para ajudar os alunos? O que foi mais facilitador, para si?

Eu acho que *o jornal de aprendizagem e a reflexão com o ciclo de GIBS é útil, é bom. Sem ter de ser aquele critério, seguir aqueles passos todos, mas com aquela orientação acho que nos ajuda a refletir.* E15.15.

O ciclo de GIBS é orientador para a vossa prática?

Sim, acho que sim, o ciclo de GIBS, é muito orientador. *E penso que o jornal de aprendizagem serve para nós mostrarmos ao professor aquilo que nós sentimos, e que não seja mais um documento para entrar no nosso processo de avaliação. Seja um documento de ajuda.* E15.16.

Como se deve processar essa prática reflexiva?!

Eu entrego o diário ao professor e acho que a seguir deve haver um diálogo, com orientação individual. E15.17. Acho que individualmente que é mais adequado. Se envolver, por exemplo, outros colegas ou se até houver, por exemplo, se o orientador tiver dois alunos com uma situação semelhante, em que tenham sentido a mesma coisa, se calhar poder juntá-los e falarmos em conjunto.

A partilha de sentimentos e experiência entre pares é positiva?

Exato, *a discussão de experiências entre pares, se calhar aí seria uma mais-valia. (...)* Numa situação até semelhante, até a discussão...do que eu senti...como é que ultrapassaste? O que é que achas que poderia ajudar esta discussão? (...) *Esta discussão orientada pelo professor. (...)*

Imagine que os estudantes estão em estádios diferentes e com experiências diferentes?

Exatamente! (...) *Acho que devia ser um elo de ligação entre os estudantes.* E15.18.

Porque vocês sentem-se muito mais próximo dos vossos pares?

Exatamente. É facilitador da aprendizagem. Muito. Nós saímos de um local, acabamos um dia de trabalho, e vamos discutir o dia de trabalho uns com os outros. Acho que é sempre o dia-a-dia. E acho que essa partilha com os pares é excelente.

Mas só com a vossa autorização é que o professor deve planear essa partilha de grupo?

Sim, eu acho que é importante a privacidade, mas aí também deve...se calhar depende de...pessoa para pessoa, isso. Se calhar de estudante para estudante. *Se calhar estudantes que sejam mais contidos, mais reservados e que tenham mais dificuldade em expor os seus sentimentos, se calhar sentirão menos à vontade, (...) porque o professor automaticamente partilha as suas emoções com o colega. Mas aí acho que deve ser mesmo situação a situação. Agora, eu, (...) quanto a mim, não sentiria nenhuma dificuldade se o professor sugerir, quer falar com o colega ou em grupo, eu por mim, até acho que seria uma ótima estratégia, a discussão e a partilha em grupo.* E15.19.

Considera que estas reflexões devem ter por base um documento escrito, ou podem ser muito mais sobre uma situação ocasional que viveram, sem ter elaborado um documento escrito?

Exato! *Neste cuidar em fim de vida, acho que faz mais sentido o diálogo. (...) Mas, se for logo por exemplo com o orientador que está no local, logo naquele momento, ou passado algum tempo, mas naquele dia, aí sim, algum diálogo, (...) nem que seja só para confortar naquele momento, proporcionar um alívio e depois, posteriormente, quando a pessoa faz aquele distanciamento, no outro dia, aí se calhar o suporte escrito é bom. Porque também nos permite pensar sobre a situação e como nós estivemos presentes.* E15.20. E que logo naquele momento não conseguimos sequer pensar na reacção que tivemos ou lá está, a tal fuga que fizemos.

Uma coisa é a fuga no momento, e outra coisa é depois falar sobre a fuga ... são momentos diferentes.

Exatamente. São situações completamente diferentes.

No curso teve oportunidade de ser ajudada a aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

Não sei se me vejo muito preparada para cuidar destas pessoas. Acho que ainda havia muito para fazer, para desenvolver. E15.21.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências são necessárias desenvolver para cuidar de pessoas e de famílias a viver os processos de fim de vida?

Portanto, a relação com uma pessoa, que se calhar talvez já não comunica. *Nem sempre nós conseguimos perceber com facilidade as necessidades que a pessoa tem naquele momento com uma pessoa que já está tão debilitada. Porque aquilo que nós às vezes pensamos que é o adequado e o ideal, se calhar no final de vida já não faz sentido,* E15.22, (...) se a pessoa já está mesmo em fim de vida e aquilo até vai ser mais um sofrimento ou mais mal-estar. Por exemplo, até a alimentação, ou as terapias mais agressivas, acho que isto pode não fazer sentido, e acho que não sei se lidaria bem, se apreenderia bem as reais necessidades do moribundo naqueles momentos

Acho que precisava de desenvolver mais competências nessa área, de pensar em função da situação do doente e pensar também pelo doente e não por enfermeiro, ou de pensar por pessoa que ainda está com 20 anos ou 30 e que precisa daqueles cuidados todos e que acha que o outro também vai precisar. E15.23. Mas as situações e os objetivos terapêuticos são diferentes.

Há muitos autores que falam desse encarniçamento terapêutico e da sobrecarrega as pessoas com terapias das quais não resultam benefícios.

Isso, por acaso, também é uma coisa que me incomoda. E o que me aconteceu agora também nesta experiência com a minha avó foi, por exemplo, isso. Em final de vida, ela já não tinha muito apetite, já não queria comer, e via ainda as minhas tias sempre a insistir, mas assim ainda aguentas mais um tempo. E, por acaso, isso custava-me um

bocadinho. Enquanto se está a alimentar temos sempre uma esperança que estamos a fazer pela vida.

E por outro lado, acho que (...) *outra competência muito importante é saber lidar com a família. O como trabalhar a família que também está a perceber que um familiar está a terminar, e que precisa de ser ajudada e orientada.* E15.24.

A orientação à família é importante?

Muito importante! Os familiares querem ajudar, mas não sabem como fazer, muitas vezes.

E o curso orienta para a necessidade de cuidar da família?

O curso ajuda-nos a lidar com a família, isso eu acho que sim! Alerta-nos para a importância de trabalharmos com a família, de comunicarmos, de informarmos constantemente. Mas de ensiná-las, ou de ajudá-las a trabalhar o luto, a perda, os sentimentos que surgem, ou vão surgindo, porque as pessoas reagem de formas também diferentes, isso nem sempre conseguimos. E15.25.

Algumas vezes a família confronta-se com sentimentos ambivalentes e contraditórios. Pode acontecer que a família deseja a morte porque vê o doente num grande sofrimento e, por outro lado, penaliza-se por a ter desejado porque acha que isso não é um sentimento próprio da família.

Exatamente! É verdade. Já assisti, já reparei, tive essa experiência. Perfeitamente. É muito difícil para a família lidar com estes dois sentimentos que não fazem sentido juntos, o desejar a morte, mas não querer que o familiar morra. Mas são sentimentos que estão ali presentes. Isso é verdade. E acho que (...) *também é muito difícil o enfermeiro que não é familiar, mas que também quer ajudar e quer fazer alguma coisa, perceber como fazê-lo e como conseguir ajudar esta família. Acho que é uma competência que ainda tinha muito para desenvolver.* E15.26.

Os modelos teóricos que são abordados no curso são facilitadores da aprendizagem?

É assim, eu acho que eu (...) *gosto muito do modelo de Calgary, acho que é muito aplicável, muito prático, muito fácil de utilizar mesmo sem estar numa abordagem sistémica da família. Esteja ela a viver que processo for.* E15.27.

Acho que o modelo da Betty Neuman é um bocadinho mais complicado, se calhar pode ser até mais adequado, permitir uma abordagem mais ampla, mas acho que é um bocadinho mais difícil.

O modelo da Betty Neuman tem as variáveis da dimensão espiritual e sociocultural.

Exatamente. Ajuda muito avaliar estas dimensões.

Estes modelos de abordagem sistémica e um modelo biomédico mais centrado na componente fisiológica, há diferenças?

Exatamente, o modelo bio médico é muito básico e é muito redutor, realmente. Mas por acaso o modelo Calgary que foi o último que nós aprendemos, mas acho que de todos os modelos, que é o mais facilitador e o mais objetivo. E é muito simples, nós mesmo automaticamente, mesmo sem esforço. Faz sentido! Aquilo surge, as ideias surgem por elas próprias, encadeadas. Faz sentido, acho que é um modelo muito aplicável.

Quer expressar mais alguma ideia?

Eu penso que, se calhar, *os enfermeiros e até mesmo os professores quando têm algum aluno neste contexto de fim de vida, estão mais despertos para trabalhar com ele.* E15.28. Penso eu, na minha opinião.

Os estudantes dizem que aprendem muito com os tutores que já têm maturidade e que sabem estar nesta situação.

Exatamente. Também *considero uma situação difícil interagir com as pessoas a morrer. Acho que todo o nosso curso tem as vertentes todas, mas, creio que uma unidade curricular, nem que fosse de um mês, dois meses, só relacionada com o final de vida, eu consideraria útil.* E15.30.

Mas têm várias UC, nesta temática como opção?

Nós tivemos, eu tive uma opção, penso que logo no 1º ano que era o corpo ao longo do tempo. E que abordámos de uma forma muito ligeira a morte, mas essa opção terminou logo. Foi só nesse ano e nesse contexto.

Pensei que tinham outras opções que vos ajudem?

Há, de cuidados paliativos. Mas se calhar temos mais. Pois, mas lá está. Só aqueles que vão para a opção é que depois têm a possibilidade. Ou integrada no adulto idoso ou mesmo até a nível da pediatria ou de outra área, mas acho que (...) *faz mais sentido uma unidade curricular que nos prepare para a morte do que até outras cadeiras que possamos ter no programa, mas isso também não me cabe a mim estar a dizer. Mas eu considero muito essa necessidade. E15.31.*

Estou a salientar a necessidade desta formação em fim de vida, porque é uma área onde os enfermeiros cada vez têm mais empregabilidade.

Exatamente. As pessoas cada vez duram mais, portanto...Nascem menos e morrem mais. *Eu consideraria muito útil uma unidade curricular, uma disciplina em que fosse trabalhado o fim de vida, mesmo o cuidado ao corpo. E15.32. (...) se bem que isso depois muda muito de Instituição para Instituição, pelo que ... não sei, mas parece-me importante.*

Também há a questão da influência das diferentes culturas. Como vê a enfermagem transcultural?

Penso que somos sensibilizados para isso. Até porque as culturas vivenciam a morte de formas muito diferentes. Eu por acaso, estou a trabalhar agora essa área da cultura, e num dos artigos que analisei, li formas muito diferentes de expressar o luto e os modos como as culturas vivenciam a morte. Umas até de uma forma muito alegre e de um valor muito elevado pela pessoa falecida outras como, por exemplo, a nossa, de forma muito triste, muito pesada, muito diferente. E acho que *é muito importante a introdução da enfermagem transcultural no cuidar, muito importante neste final de vida. E15.33.*

A enfermagem transcultural abordam no curso vos dá subsídios?

Ahhh, não! Não. Acho que é uma coisa muito ténue. Se bem que a cultura é valorizada, isso eu acho que é valorizado. Mas não é depois explorado. Nós próprios por nós é que

ficamos mais atentos. Acho que essa sensibilidade que tem de estar presente para entender as pessoas de diferentes culturas

Adquiriu conhecimentos sobre a influência da cultura nos processos de transição?

No cuidar no fim de vida e na morte é muito importante conhecer a influência da cultura na enfermagem. A transculturalidade ajuda a perceber as diferenças que existem, porque se formos tratar todos da mesma forma está mal. E15.34. Uma família que vivenciou uma morte de uma forma até alegre e nós com aquele sentimento de tristeza, até podem ficar mal-encarados impressionados.

Muito obrigada pela sua entrevista.

Devolvo-lha depois de transcrita, para validar o que entender e quiser clarificar

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 16)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato. Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Nacionalidade portuguesa. Solteira. Tenho 21 anos

B) Experiência com o fenómeno da morte

Teve experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte

Não, não tive contacto com a morte antes de vir para o curso, E16.1.

A primeira experiência foi no estágio, no primeiro estágio, E16.2, a doente não era minha, mas como nos ajudávamos ajudei a prestar cuidados; contactei com a doente dela, que morreu no fim-de-semana.

Custou, mas depois o professor José Magalhães deu-nos um apoio. Foi incómoda aquela morte, porque já tínhamos uma relação com a senhora e quando já temos uma relação é pior. E16.3

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima que representação tem do fenómeno da morte?

É triste mesmo para quem cá fica, embora seja um processo natural, nascer, viver e morrer. É triste, para mim tem um espectro negativo. E16.4.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

Não temos preparação nenhuma neste Plano de Estudos. Nas aulas teóricas no 1º ano falamos, da morte mas de forma muito geral e também no luto. E16.5.

No Ensino Clínico eu não sabia nem o que fazer, nem o que dizer; mesmo os próprios profissionais parecem que fugiam de passar naquele quarto onde estava a doente moribunda. E16.6.

Não sei lidar, não sei o que devo dizer, o que devo fazer, há em mim uma atitude de fuga. Foi por isso que no 3º ano, escolhi a opção com o Prof. José Magalhães “Quando o final de vida se aproxima”. Acho que devia ser uma disciplina/área do curso e não uma opção. E16.7.

É muito importante os cuidados em fim de vida, porque encontramos doentes a morrer em todos os serviços. Adorei esta opção, [Quando o final de vida se aproxima] é mesmo muito importante na nossa formação. Sugeriria que a esta disciplina de opção fizesse parte do curso, como UC obrigatória. E16.8.

A UC relação de ajuda é dada no 3º ano, devia ser mais cedo, faz falta no 2ºano em vez de ser no 3ºano. E16.9.

Aprender a lidar com os sentimentos devia ser abordado cedo, talvez no 1º ano. E16.10.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

As reflexões são importantes, os diários de aprendizagem, faço-os quando chego a casa, mas quanto à fundamentação teórica nos diários, não me faz sentido utilizar uma teórica, neste caso. E16.11.

O diário deve-se entregar aos professores, que leem e depois devem dar o feedback ao estudante. E16.12.

Deve ser só entregue ao professor?

O diário de aprendizagem deve ser entregue aos professores e ao orientador, pois é ele que está connosco e nos acompanha nas experiências em ensino clínico.

E quanto à avaliação do diário de aprendizagem?

O diário deve servir para avaliação, deve ter algum peso, porque é um instrumento que permite ver a evolução do aluno. Se uma das competências do enfermeiro é saber reflectir sobre a prática, este instrumento permite avaliar essa componente da reflexão. E16.13.

As experiências significativas dos ensinamentos clínicos podem ser partilhadas em grupo?

Partilhar experiência em grupo, sim acho bem; mas os sentimentos de cada aluno isso não. Isso é uma esfera do privado. E16.14.

E) Experiência clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos teve oportunidade de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Sim tive e tive dificuldades em lidar com as situações.

A família quase sempre é utilizada como um recurso, mas não como alvo dos cuidados. Estamos focados no doente e não na família dele que também está a sofrer. E16.24.

Não saímos com competências para cuidar das famílias. Mas, considero que o enfermeiro licenciado também deve ser capaz de cuidar da família do doente, que tem a sua dinâmica e funcionalidade alterada. E16.15.

Na sua aprendizagem que aspectos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

Foi muito importante o papel do orientador, a mensagem que ele nos transmite de como ser pessoa, ser humano. O orientador deve ajudar a ver os aspectos técnicos, do fazer, mas valorizar mais a competência relacional. E16.16. Há pessoas com mais dificuldades no relacional e precisam de ajuda. Para mim foi muito importante o acompanhamento dos orientadores de estágios.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências considera necessárias desenvolver para cuidar de pessoas e de famílias a viver os processos de fim de vida?

Mais importantes são as competências do nível relacional e da comunicação. E16.17.

Considera que o seu curso a ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas no fim de vida?

Sim. O aprender o respeito pela pessoa, pelos seus hábitos de vida, o que é importante para cada pessoa. E16.18. O saber ouvir o outro. O ser capaz de dar uma palavra de conforto. O saber valorizar o que a pessoa é agora e o que foi. E16.19.

Quer salientar mais algum aspeto importante que não disse, ou que eu não ajudei a explicitar?

Tendo em conta o plano de estudos do meu curso, considero que o aprender a cuidar em fim de vida devia ser mais precoce, talvez no 2º Ano. E16.20.

A relação de ajuda devia ser talvez no 1º ano para ser capaz de lidar melhor com os sentimentos. E16.21.

Os cuidados paliativos e os cuidados em fim de vida são conteúdos muito importantes que deviam ser disciplinas do currículo e não só opções para quem as escolhe. E16.22.

Nos ensinamentos clínicos a teoria no meio do estágio não é facilitador, dispersa muito a nossa atenção. Os estágios deviam ser maiores, e não tão pequenos, como se verifica. E16.23.

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar comigo neste estudo. Quer que lhe devolva a entrevista para validar? Tenho que registar o seu email.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 17)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Nacionalidade portuguesa. Solteira. Tenho 21 anos

B) Experiência com o fenómeno da morte

Experienciou alguma situação de viver a morte no seu contexto social ou familiar, ou no contexto de estágio?

Ermmm ... *em contexto familiar, sim, mas nada que fosse marcante. E17.1. Em contexto de estágio, nunca estive numa situação em que vi alguma pessoa morrer, não prestei cuidados, mesmo no fim de vida, E17.2.*

Mas prestou cuidados a pessoas que estavam num processo já de fim de vida?

Isso sim.

Podem não ter morrido consigo, mas de qualquer forma assistiu já àquele desenrolar, à pessoa ir perdendo capacidades?

Sim.

E no estágio que experiência teve?

Por acaso, foi já no estágio passado, no semestre passado, num lar de idosos.

Foi no contexto comunitário?

Sim, sim. Estava num centro de saúde e num lar.

E apercebeu-se que havia pessoas que estavam em fim de vida. Como foi essa experiência?

Foi complicado, principalmente quando as pessoas estão conscientes e expressam o sofrimento e, muitas delas, dizem que querem morrer, que estão a sofrer e não vale a pena viver. E estão a desistir da vida. Ver aquele sofrimento, todo. Custa lidar com o sofrimento das pessoas. E17.3.

E cuidar do corpo físico, que se degrada, que exala cheiros, que tem dor ou sofrimento, como é para si?

Não o cuidar do corpo não me custa. Custa mesmo é ver o sofrimento da pessoa ou da família. E17.4.

Como é para si o contactar com a família?

É complicado arranjar as palavras certas para conversar com a família, dar o apoio que eles precisam. E17.5. Nem sempre é fácil.

Na experiência que teve de lidar com o sofrimento da pessoa que está em fim de vida, como foi o relacionar-se com o doente e a família?

Também, também é difícil, especialmente, quando o doente começa a dizer que prefere morrer, eu não sei bem o que é que hei-de dizer nessas situações. Não sei como é que hei-de ajudar a ver um lado positivo, se é que existe.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

É uma fase...triste. Faz parte da vida. Mas é um processo natural. Mas é complicado lidar com a situação, com a perda. E17.6.

Traz sentimentos com os quais temos que lidar?

Sim, exato. E depois nós pensamos sempre que um dia será o meu pai ou a minha mãe, um familiar nosso. Acho que mesmo que a gente se queira distanciar, não consegue, eu pelo menos, nunca consegui até agora estar ali só como enfermeira. Não sei, só mesmo profissionalmente.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

Eu acho que não estou preparada para estas situações, de fim de vida. E17.7.

Então o que poderia ser feito no Curso para a ajudar na sua formação?

Eu acho que também é difícil, por parte da escola, também o conseguir-nos preparar para isso. Não sei bem como é que esperava que me ajudassem. Talvez dando algumas estratégias para nós lidarmos com a situação, exemplo, talvez, proporcionar experiência. Porque eu acho que há medida que nós vamos adquirindo mais experiência, não é que se torne mais fácil, porque deve ser sempre complicado, mas talvez olhamos para isso de outra forma. E contar com a ajuda e a experiência dos professores, que sempre é mais que a nossa.

São vos dado subsídios que ajudem a lidar com o que a morte representa para vós, a lidar com os sentimentos que vos ocorrem, como è?

Sim, acho que sim, penso que sim. Sim, através das reflexões que nós temos de fazer e tudo.

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinios clínicos aprendeu a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Precisava de mais experiências.

Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

Talvez fosse melhor um acompanhamento do professor/orientador mais frequentemente, porque em muitos locais eles só vão lá para fazer a avaliação, e nós depois também não

estamos à vontade para falar de tudo. E17.8. Acaba por ser mais com o nosso enfermeiro do serviço.

O vosso tutor?

Sim, acho que passa um bocadinho por aí, de nos acompanhar mais, de estar mais presente.

Que instrumentos pedagógicos utilizados no estágio, que podem ajudar?

O diário de aprendizagem é facilitador na medida ajuda-nos a refletir. Mas alguns professores pedem-nos, sei lá, semanalmente e alguns mesmo diariamente, e nós nem sempre temos coisas para refletir. E17.9. Às vezes há uma situação ou outra que nós achamos que sim, que temos de refletir, mas quando são muitos, (...) *nós quase temos de estar sempre a pensar no que é que poderei refletir desta vez, que nem tudo mexe connosco, nem tudo é situação para refletir, para fazer um diário de aprendizagem,* E17.10.

A metodologia do ciclo de GIBS tem utilidade?

Ajuda, a estruturar o diário se bem que, às vezes, algumas fases que se possa saltar talvez um bocadinho, porque não se adequa. Depende da situação.

A construção do diário de aprendizagem como deve ser feita?

O diário deve ser feito em casa, no local de estágio acho que não, acho que em casa com tempo, e ser fundamentado na literatura. E17.11.

E depois como deve ser orientado esse percurso reflexivo?

Que dê opinião do que está escrito. Acho que *o diário de aprendizagem é uma coisa muito pessoal, não é para estar a ser corrigido, se está bem ou se está mal, acho que cada um tem de refletir de acordo com o que sente. E acho que é uma coisa tão pessoal que não pode chegar alguém e dizer se está correto ou se não está correto.* E17.12. Tal como estava agora a dizer-me que não há respostas certas nem respostas erradas...mas no 4º ano também já temos de ter outra postura, temos de ter outra capacidade para escrever, para fundamentar. E pronto! Acho que passa por aí, talvez para nos dizer, se

calhar podias ter ido buscar aquele autor, talvez te ajudasse a refletir sobre isso, não sei, talvez assim.

Uma orientação até bibliográfica para fundamentar o vosso trabalho autónomo?

Sim.

As reuniões da prática com partilha de experiências, são outra metodologia, o que tem a dizer sobre essa prática formativa.

Eu, não costumo partilhar quando vou a essas reuniões de análise das práticas, porque é uma coisa pessoal. Mas gosto de ouvir as experiências dos outros, se achar que também tenho algum contributo, também digo, mas raramente tenho à-vontade para dizer alguma coisa, até porque às vezes, são grupos enormes que nós nem conhecemos bem. E17.13.

Mas quando os outros partilham, acha que dali resulta aprendizagem?

Sim, acho que sim.

Reuniões de práticas de partilha de experiências, acha que é uma boa estratégia de aprendizagem nesta área do cuidar?

Sim, acho que sim. Este, pelo menos, é o meu último estágio de integração profissional, e acho que ainda talvez seja mais enriquecedor, mas se calhar em grupos pequenos de 5 ou 6 alunos.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Considera que plano de estudos do seu curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas e de famílias a viver os processos de fim de vida?

Não sei, talvez como eu já cuidei de pessoas em fim de vida, talvez já seja mais fácil daqui para a frente. *Os colegas que não tiveram essa experiência nos estágios, se calhar a primeira vez, já sendo profissionais, como enfermeiros, vai ser ainda mais complicado do que eu. Porque eu tinha a enfermeira comigo, tinha um apoio, não estava sozinha. E17.14.* E eles, se calhar, já vai ser mais complicado. Não sei, talvez o principal seja mesmo passar por isso e ter a experiência.

Acha que é importante viver essa experiência acompanhada por um tutor durante o curso?

Sim, acho que sim. Nunca sozinha.

Que competências são necessárias desenvolver para cuidar de pessoas e de famílias a viver os processos de fim de vida?

É importante a capacidade de relação, de estabelecer a relação. E17.15. Depois também depende de pessoa para pessoa. Eu acho que para mim foi importante já ter tido experiência. Se calhar da próxima vez, claro que vai ser diferente, mas já sei como é que lidei da primeira vez, talvez tenha outra postura, talvez seja mais fácil.

Os modelos teóricos que aprenderam ao longo do curso, ajudam na prática clínica?

Ajudam-nos a olhar para a pessoa de outra maneira, se calhar, pensando no teórico. Podemos ver a pessoa de acordo com o que o teórico diz e pode ser facilitadora, nesse sentido. Mas, *nós na prática, acho que é uma coisa mais de escola, porque nós quando estamos em ensino clínico, muitos dos enfermeiros nem sequer ouviram falar do modelo teórico que nós dizemos ou queremos utilizar, e não utilizam na prática, por isso, acho que é mais teórico mesmo.* E17.16. E depois na prática não se utiliza muito, não se pensa muito talvez.

No cuidar cultural, é uma área a que estão sensíveis?

Sim, acho que sim. Nós até fizemos alguns trabalhos sobre isso, acho que foi no 2º ano penso eu, e eu por acaso até gostei bastante porque havia coisas de que eu nem sequer tinha noção, doutras culturas e é importante porque, não só ao longo da vida como também no fim de vida, a pessoa tem também direito de ser tratada de acordo com a sua religião, com a sua cultura, aquilo que acredita.

Porque o que para mim pode não ter importância, para a pessoa pode ter. Mesmo que eu não seja religiosa, se a pessoa for, acho que devo-lhe dar o tempo e espaço para fazer as suas opções e ter as suas práticas. E17.17.

A dimensão espiritual dos cuidadores interfere no cuidar em fim de vida?

Eu não sou assim muito de...não sei. *Eu acho que se nós acreditarmos que há mais alguma coisa, para além da morte, talvez seja mais fácil, se pensarmos que não se acaba ali, com a morte.* E17.18. Mas não sei, nunca pensei assim muito nisso.

Há doentes que a forma de encarar a morte tem muito a ver com a dimensão espiritual, se acham que morrendo vão para um local melhor, ou vão encontrar a paz, é mais fácil fazer esta transição.

Sim é mais fácil. Essa perspetiva é muito facilitadora.

Há também doentes que não têm dimensão nenhuma espiritual, mas no fim de vida como estão mais vulneráveis e frágeis, o facto de o cuidador lhes passar uma mensagem que é fortemente espiritual, tranquiliza-os. O que acha disto?

Sim, mesmo que não acreditem ao longo da vida, o que está a querer dizer é que depois no fim de vida é confortante saber que não é o fim.

Quer salientar mais algum aspeto importante que não disse, ou que eu não ajudei a explicitar?

Não

Agradeço muito a sua disponibilidade. Quer que lhe devolva a entrevista para validar?

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 18)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo masculino no último semestre do CLE na ESEL].

Nacionalidade portuguesa. Sou solteiro. Tenho 23 anos

B) Experiência com o fenómeno da morte

Teve experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte

Sei que morreram pessoas da minha família, mas como eles estavam na província os meus pais foram ao funeral e eu nem fui, por isso (...) *nunca tive essa experiência de assistir ao processo de morrer, antes de ir para o curso.* E18.1

Tem experiência nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Nos ensinamentos clínicos também não cuidei de ninguém que estivesse para morrer. E18.2.
Sei que os meus colegas, alguns estiveram a cuidar pessoas que acabaram por morrer, mas eu nunca tive essa experiência.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Falar da morte é sempre triste. Há uma ausência, alguém que se vai embora. Uma separação. E18.3. *A ideia que eu tenho da morte é muito dos filmes. Não tenho nada construído na base do real, do vivido. É uma cultura de cinema.* E18.4

Mas provoca-lhe alguma emoção ou sentimento a ideia da morte?

Sim, surge-me a ideia de separação, não poder fazer nada, impotência, uma frustração. E18.5.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

É assim: - foi um assunto falado nas aulas ao longo do curso. E18.6. *Vários professores abordam direta ou indiretamente o tema. No 1º e 2º ano sei que abordamos alguns aspetos teóricos, inclusivamente os professores dão textos de apoio para nós lermos.* E18.7. *Mas na prática nunca tive essa experiência. Julgo que cuidar de uma pessoa que está para morrer não é muito diferente nos procedimentos técnicos de cuidar de outras pessoas também debilitadas, ou dependentes.* E18.8. *São tudo pessoas que precisam de muitos cuidados e têm muitas necessidades afetadas, muitos diagnósticos de enfermagem feitos.*

A mim o que me falta é a experiência de me confrontar com a situação. E18.9. *Não sei como vou reagir. Que sentimentos, ou emoções vão surgir. Como me controlo. E isso também o Curso não prepara.* E18.10.

Mas há algo nessa experiência que julgue que o incomode, que lhe provoque sentimentos ou emoções que não saiba lidar?

Não sei bem

Nestes doentes não está cuidar para a cura, para ter alta. A pessoa doente normalmente vai agravando o seu estado a todos os níveis.

Penso que o que me incomoda será mais a sensação de impotência, de não poder fazer mais por aquela pessoa. E18.11. *O desligar da pessoa de quem se cuida, o ver que tudo termina assim. Afinal andamos cá uma vida e depois termina assim só, no hospital.*

O tocar num corpo sem vida, não sei qual a sensação, mas tenho alguma apreensão, não sei como me iria sentir. E18.12. Sei que o corpo físico no final de algumas doenças vai se degradando muito e fica muito debilitado. Custa ver que a pessoa tem um corpo doente que lhe causa desconforto ou mal-estar. E18.13. Há pessoas que estão ali deitadas sempre a gemer... e com um olhar de sofrimento.

E com a família? Eventualmente pode ter que dar apoio à família que está a passar por uma crise.

Sim nas aulas falamos na comunicação das más notícias. Do ir preparando a família para a situação. Mas não sei como me sentiria por exemplo com uma família a quem morre um filho na Pediatria. E18.14. A morte de uma criança é muito difícil de aceitar. E18.15. Há vivências que são mesmo complicadas de passar. Envolvem muita coisa.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Fatores... foram mais as aulas teóricas. Uma opinião dos autores. E18.16. De como é que se deve cuidar, nesta ou naquela situação. Também as aulas de comunicação ajudam a cuidar das pessoas. O saber estar naquela situação, o que devo dizer, ou não dizer. E18.17.

Mas a parte prática o vivenciar situações de fim de vida eu não tive, de modo que (...) falta-me esse treino de competências de cuidar das pessoas e das famílias que estão a viver processos complexos de angústia, medos, etc. E18.18.

Para si os aspetos da comunicação são importantes?

Sim, na enfermagem a comunicação de um modo geral é sempre importante. E18.19.

Se eu não sei muito bem o que dizer o melhor é estar calado. E18.20.

E) Experiência clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos não teve oportunidade de cuidar pessoas e famílias a viver processos de fim de vida, mas que subsídios o ensino clínico lhe deu para o capacitar a poder vir a cuidar de pessoas em fim de vida?

O estar atento às necessidades da pessoa. E18.21. O procurar identificar aspetos que causam desconforto e melhora-los. E18.22. O estar atento a sinais e sintomas que o

doente expresse ou não. E18.23. O prevenir escaras. O mobilizar o doente. E18.24. O ter atenção à medicação. Saber o que estou a administrar e se provoca reações indesejáveis. E18.25. O proporcionar uma alimentação de acordo com as necessidades do doente. E18.26. Se ele não come via oral, administrar suplementos por outra via. Parece-me que tudo isto é importante ter em conta quando se está a cuidar de pessoas já muito debilitadas. Tive essa aprendizagem no estágio de idosos. Julgo que a partir desta experiência posso mobilizar para outro tipo de doentes, como para os de fim de vida.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Considera que plano de estudos do seu curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas no fim de vida?

Sim. O curso possibilita a aquisição de competências genéricas, mas que eu posso mobilizar para diferentes situações clínicas do cuidar, mas propriamente competências específicas para aquela área do cuidar, isso não. E18.27. No que se refere à comunicação, o saber comunicar, saber escutar, estar atento às mensagens do não verbal é importante é importante para todas as situações. E18.28.

Para si em que etapa (as) do plano de estudos do curso, devem ser desenvolvidas as temáticas do cuidar em fim de vida e como?

Julgo que devem começar logo no início do curso a preparar-nos. É assim nós podemos ter uma pessoa a morrer em qualquer estágio e em qualquer situação. E18.29. Então há que nos ir preparando para a situação. Há colegas meus que se depararam com a morte na pediatria. Por isso temos que cuidar destas pessoas em qualquer serviço.

Até no 1º ano nos pode acontecer. Por isso o curso deve ajudar a preparar para este impacto com o doente em fim de vida logo no início. E18.30.

O que deve aprender no primeiro ano e nos seguintes?

As primeiras coisas a aprender seria ajudar-nos a perceber o fenómeno do morrer para cada um de nós, cada um tem experiências e perspetivas diferentes, até porque temos estudantes de diferentes culturas e de várias idades. E18.31. O que para mim pode ser um obstáculo para outro pode não ser. Seria bom antes de iniciar o estágio termos esta abordagem inicial sobre estas questões do morrer, para não irmos para o estágio tão crus, ou até para a vida profissional, como no meu caso. E18.32.

De que modo seria feita esta capacitação do estudante? Como vos podemos ajudar durante o curso?

Eu não sei bem. Os professores saberão melhor, têm mais experiência sobre isso. Mas o *levar-nos a refletir o significado da morte para cada um de nós. De que é que eu tenho medo. Como é que eu posso lidar com as minhas angústias, ou inseguranças.* E18.33.

Eu sei que *há colegas meus que dizem que a questão da morte não interfere, é como cuidar de outra situação, mas eu acho que isso é uma fuga, desvalorizamos as coisas porque não conseguimos assumir o quanto aquilo mexe com os nossos medos.* E18.34.

Às vezes não é fácil em poucas aulas teóricas fazer um grande trabalho com todos os estudantes no que se refere a questões emocionais.

Mas *há outras formas que seriam úteis, por exemplo uma simulação numa TP, como é que eu me comportava naquela situação. Como é que eu me comporto face à ansiedade da família.* E18.35. Sei lá ...

Eu tenho aprendido muito em coisas que vi em filmes, há filmes muito didáticos. Mas nunca vi trazer um filme para a aula e comentar. Poderia ser uma forma de aprender... Trabalhar as questões do fim de vida a partir de filmes. E18.36. Sei lá...

Que subsídios o curso de enfermagem lhe deu para o capacitar no cuidar em fim de vida?

O curso não me ensinou tudo o que eu preciso, mas deu-me ferramentas, ensinou-me a procurar, a pesquisar aquilo que eu não sei e preciso de saber para aquela situação.

E18.37. *Depois de acordo com o local para onde eu conseguir ir trabalhar assim poderei desenvolver-me mais numa área ou noutra. Fazer formação, fazer uma especialidade orientada para o tipo de cuidados que vou prestar naquele serviço.*

E18.38. *Fazer uma especialidade direcionada. É preciso desenvolver os conhecimentos orientados para o tipo de clientes daquela equipa e ser capaz de integrar e responder às necessidades daquele serviço.*

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar. Quer que eu lhe devolva a sua entrevista depois de transcrita para validar se está tudo como quis dizer?

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 19)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo feminino no último semestre do CLE na ESEL].

Nacionalidade portuguesa e brasileira. Solteira. Tenho 25 anos

B) Experiência com o fenómeno da morte

Teve experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte.

Não. Morreram algumas pessoas de família ou amigos da minha família, mas foi uma coisa sentida de forma um pouquinho afastada, sem me causar grande impacto ou desconforto. E19.1. Coisa de ir no funeral, dar um aconchego na família e pronto, nada de mais.

Tem experiência nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

É assim eu propriamente nunca tive a responsabilidade de cuidar de uma pessoa que estivesse para morrer, mas assisti aos meus colegas que me pediam ajuda, no 2º ano. No 4º ano na saúde comunitária fui algumas vezes com a equipa dos cuidados continuados visitar e apoiar aquelas famílias. E foi uma experiência que marcou, mas propriamente assistir á morte de um doente, não tenho essa experiência. E19.2.

Porquê, a experiência dos cuidados continuados foi marcante?

Eu tinha a perspectiva da pessoa em fim de vida no hospital, ou num lar de idosos, para mim a morte era institucionalizada. Não tinha esta visão da morte em casa e aquilo chocou-me de certo modo, ver ali um casal de idosos, sozinhos, quase desamparados, sem apoio de outros familiares, numa fase tão difícil da vida. E19.3. Uma idosa que precisava que cuidassem dela e ela é que cuidava do marido com muita dificuldade, em dar a medicação, em posicionar, enfim em cuidar. A casa e o ambiente muito descuidado e pouco higienizado. E pouco adaptado à doença e a dependência do senhor. *Há coisas que não imaginamos quando entramos para o Curso e no hospital também não temos a verdadeira noção da realidade onde as pessoas vivem e morrem.* E19.4. Esta vertente dos cuidados no domicílio eu não tinha previsto. E foi um aspeto que me emocionou muito o estar tão próxima das pessoas e das famílias, no seu ambiente doméstico.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Eu quero pensar racionalmente como nos ensinam, que a morte faz parte da vida é um fenómeno natural, etc etc.

Então e o que pensa ou sente mais

O morrer não é assim tão simples, nem para quem cuida nem para quem parte. Há muita coisa envolvida a vários níveis. A nível emocional. Há muita coisa para resolver. E19.5. Se a pessoa é jovem e tem uma doença com mau prognóstico, claro que queria viver realizar o seu projeto de vida, mas já não tem jeito de continuar. Isto *envolve muita tristeza, muita angústia para a família, lidar com muitas perdas.* E19.6.

Mesmo nos idosos, quando são um o amparo do outro, o que fica viúvo fica muito fragilizado. E nas pessoas que vivem sós. Elas sabem que de um momento para o outro podem morrer assim sem ter ninguém. A comunicação social está aí falando em muitos casos de pessoas que morreram sozinhas em casa faz tempo. Eu como pessoa não posso ficar indiferente a isto. Preocupa-me que só passados 6 meses encontrem a pessoa morta em casa. Eu às vezes penso, e também *tenho medo de vir a morrer só. Acho isso degradante.* E19.7.

Mas perguntou sobre a representação da morte? Bem eu diria que (...) *não há só um tipo de morte. Quando falamos em morte projetamos a morte de uma pessoa idosa, que morre tranquila por idade avançada. Mas há outros tipos de morte: as rápidas por acidentes que envolvem mais os jovens e adultos, ou as violentas e essas não são só dos filmes. As mortes dos jovens na guerra e as mortes por desespero e suicídio. As mortes por fuga ao real, por overdose. Bem quando temos á nossa frente uma morte a nossa representação varia consoante o tipo de morte em questão.* E19.8. Não é?

Mas de um modo geral que sentimentos lhe traz o processo de morrer?

Associo sempre a tristeza, despedida, nunca mais voltar a ter a companhia daquela pessoa. E19.9. *Uma insegurança. Será que vai ficar bem depois de morrer, sem dor sem sofrer, vai para um local tranquilo. Isto me levanta outras questões* E19.10.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

É assim, ao longo do curso sempre aqui e ali se vão dando aportes para lidar com o fim de vida. Pode não ser assim uma coisa específica muito direcionada, mas o difícil é ser capaz de mobilizar os diferentes conteúdos para nossa prática.... E19.11.

Por exemplo a relação de ajuda no 3º ano é muito apropriada para estas situações de fim de vida, como é que eu me relaciono. Só não sei porque só está no 3º ano. E19.12.

Poderia dar jeito ao aluno ser mais cedo?

Talvez, eu sei que não podemos ter tudo no início do curso, não dá certo.

No 1º ano falam vagamente nestas questões da morte antes de nós irmos para estágio. Sei que é uma abordagem teórica muito breve, mas dá para ficarmos sensíveis. É que no 1º ano também é tanta coisa que não dá para aprender tudo. E19.13. E nós às vezes no início do 1º semestre ainda andamos meios perdidos nesta confusão toda de entrar para o ensino superior. Estamos no curso de enfermagem, mas nem sabemos se é o curso certo para nós, andamos a ver como é que isto vai ser. Se teremos perfil para aquela profissão, não é? Depois em fundamentos queremos aprender muito os procedimentos e as técnicas, se fazemos a coisa certa. Pensamos que para cuidar bem temos que dominar bem a técnica. Fazer tudo direitinho sem erros de execução.

Estamos muito centrados no fazer correto, que até nos esquecemos que está ali uma pessoa e que temos que comunicar com ela. E19.14. O treinar num manequim não é a mesma coisa, é assim uma coisa impessoal, ele nunca se queixa, não responde.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

É uma pergunta complexa.

Mas isto não é um exame que tenha que ter dar resposta certa ou errada, completa ou incompleta. É mais para eu saber o que contribui para a sua aprendizagem e até pode não ter contribuído nada ...

Bem para cuidar de pessoas em fim de vida eu creio que a minha família também contribuiu para isso. A minha formação o que me ensinaram desde criança a ajudar as pessoas, o preocupar-me com os outros, a estar atento às necessidades dos outros. E19.15. A forma como me cuidaram e como cuidavam dos membros doentes, para que não lhes faltasse nada. O dar importância às pessoas nos momentos de fragilidade. Tudo isso foram ensinamentos que eu trouxe para o curso e que me ajudaram a perceber que estava no curso certo para mim. Até que eu já tinha frequentado outro e não era aquilo que eu queria para mim.

Quando eu comecei a ler e a estudar as teóricas de enfermagem aquilo começou a fazer-me sentido e a perceber que estava no curso certo. Por exemplo a ler a Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson fez-me muito sentido. Sinto que é aquilo que eu quero fazer na minha vida. E19.16.

Depois as aulas, as orientações dos professores e os tutores de estágio. Eu acho que deu sorte, *com os professores orientadores e com os tutores. Eram pessoas excecionais eu aprendi muito com eles, com o exemplo deles, com a forma como se comportavam.* E19.17. Por exemplo neste estágio da saúde comunitária, a enfermeira que visitava as famílias em casa. Como ela sabia fazer aquela abordagem. A confiança que famílias tinham nela. Uma utente dizia-lhe mesmo, aí vem o meu anjo da guarda. Isto é muito querido.

A aprendizagem por modulação, isto é por ter bons modelos de práticas, para si funciona bem?

Claro, sem bons modelos de práticas fica mais difícil aprender. Nós nos ensinamos clínicos não aprendemos só com o que fazemos, mas também com o que vemos fazer. Eu preciso dessas referências, de pessoas que me sirvam de modelos. E19.18. Às vezes eu penso quando vejo uma enfermeira muito competente, era assim que eu gostava de vir a ser.

E que mais a influenciou, disse que era uma pergunta difícil, mas está a desenvolvê-la muito bem....

Depois eu quando vim para o curso, não tinha 18 anos como muitas colegas minhas, já tinha tido outras experiências, isto faz diferença, achava as minhas colegas ainda muito infantis, imaturas e nos trabalhos em grupo isso percebe-se.

Eu percebo que há colegas para quem as aulas são uma seca, os conteúdos uma chatice. Por exemplo *as aulas de ética, eu adorei, achei que eram muito importantes para a profissão. O questionar. Os nossos valores e os valores da profissão.* E19.19.

Para si a ética é muito importante?

Claro a forma como as coisas são colocadas. *A questão do respeito pela dignidade da pessoa. Tudo isso encaixa na minha formação moral, no que eu penso e no modo como me posiciono face às coisas, às questões existenciais.* E19.20. Como é que eu me confronto com os dilemas da minha vida e da vida dos outros. *A minha formação moral e religiosa que eu já trazia para o curso, ficou mais sustentada com as aulas de ética.* E19.21.

A sua dimensão espiritual também a ajuda a construir-se como enfermeira?

Claro! *Eu sou uma pessoa com tudo o que trago na bagagem e que vou adquirindo, vou enchendo a minha mala de viagem, com instrumentos que me são úteis para mim como pessoa e para mim como profissional, como enfermeira.* E19.22. Vou me apetrechando, não é? A dificuldade será em utilizar as ferramentas certas na hora própria, para a coisa dar certo mesmo.

Se eu bem entendi fazendo uma síntese desta sua resposta o que contribuiu foram: As pessoas de referência, os seus modelos, a sua família e a educação que teve, a sua formação moral e religiosa, as aulas, as teorias de enfermagem.

Sim tudo isso. Foi. Agora vamos ver como eu manejo todo esse aporte, que eu já adquiri e o que eu vou adquirindo, estamos sempre em aprendizagem, não é?

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos como foi a sua experiência em cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Bem eu não fiquei propriamente responsável por cuidar de pessoas em fim de vida. Fui tendo essa experiência com situações pontuais que eu ia pontuando aqui e ali nos estágios. Eu não posso dizer que eu cuidei de famílias, porque eu não cuidei. Observei como fazia a enfermeira nos cuidados continuados, e foram situações mais pontuais, sem grande continuidade, não houve um seguimento da situação durante um mês ou coisa assim. Foi um contacto light, percebe?

Daí que eu sei que meu deficit é no cuidar da família, mesmo. Nas aulas da enfermagem comunitária eu percebi que podemos cuidar da família em vários níveis. E19.23. Não é mesmo?

Eu acho que na família como contexto é muito pouco, para estas situações, a família precisa geralmente também ela de ser cuidada. E isso eu não sei se consigo, até porque é uma fase de crise que a família está vivenciando. E19.24. Eu percebi que se pode referenciar para a saúde mental, com certeza que será uma opção. Mas *a enfermeira que está próxima e diagnostica a situação também tem que saber estar, saber cuidar desta família que está a viver perdas e a elaborar seus lutos. Isso eu penso que para um recém-licenciado não fica fácil, cuidar neste registo da família como um todo que precisa de ser ajudada.* E19.25. Muitas vezes já são famílias que funcionam mal em termos de equilíbrio e de dinâmica, então se morre a pessoa de suporte daquela família, “caí a barraca” a situação ainda fica pior. E nós também não sabemos dar jeito nisso.

Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

Como eu já disse os tutores que foram bons modelos de prática. *Eu também era daquelas pessoas que vinha com a ideia de que ser enfermeiro é curar, tratar para ficar bom, ter alta, ficar bem, restabelecer, ir à vida. E aprendi que nem sempre é assim.*

Pode ser um sucesso o cuidar para uma morte digna, com conforto, sem sofrimento sem dor. E19.26. São outros parâmetros de avaliar a qualidade dos cuidados, não é?

Depois percebi que é uma fase em que a pessoa precisa de muitos cuidados claro, mas podem não ser prestados numa instituição, e nem sempre por profissionais, podem ser em casa, podem ser vividos aqueles momentos de fim de vida, onde sempre se viveu a vida. Na casa onde viveu, morreu, isso é muito digno. Se a casa e o ambiente tiver condição para isso, claro. Num barraco com frio, não seria o caso, nem bom para viver, nem para morrer.

Percebi também que muitos destes cuidados são prestados pelas famílias, que não são enfermeiros, nem pessoas da área da saúde e que tem limitações e incapacidades, mas fazem o melhor. E que a enfermeira tem aqui um papel muito importante de cuidar da pessoa e da família e de mobilizar os recursos que há na comunidade para ajudar nas necessidades daquela família. E19.27.

A enfermagem comunitária trouxe outra visão dos cuidados. O cuidar fora de uma enfermagem, num ambiente desprotegido e com outros recursos, ou menos recursos, é uma outra forma de estar a cuidar, que me faz pensar. Ver este cuidar em fim de vida humanizado, mais próximo das pessoas, das realidades. E19.28.

E os instrumentos pedagógicos utilizados no estágio, de que modo interferiram na sua aprendizagem?

Está se a referir aos diários de aprendizagem, certo?

Se foi esse que utilizou, ou outros instrumentos que tenha utilizado?

Eu utilizei o diário de aprendizagem com instrumento para a prática refletida. Não conheço outro ... Foi um instrumento que me ajudou bastante. Eu tinha uma situação que eu não sabia se estava a fazer a coisa do melhor jeito. Ia para casa rever, pensar, ler fundamentar a minha ação. Isto é muito bom para a nossa aprendizagem e amadurecimento. E19.29. Depois enviava os diários ao tutor e ao professor. Eram pessoas diferentes e cada uma me dava o seu aporte e isso também é muito bom. O professor dava de um jeito mais fundamentado, citava os autores, dizia que bibliografia que eu podia consultar, mais num aspeto conceptual. O tutor ensinava de um jeito mais prático, como ele fez, como resultou na prática dele, muito da experiência, do fenómeno vivido. E19.30.

Só tem uma coisa aí que não foi tão legal assim. *Há um pedido em exagero. Às vezes a gente sufoca com tanto trabalho em estágio e não dá. Em estágios pequenos pedem o mesmo que em estágios grandes, não pode.* E19.31

E a partilha das experiências em grupo, como vê essa metodologia?

Eu vejo bem, *aprendemos também com as experiências dos colegas, mas é assim numa balança eu me sinto mal, porque eu sempre aprendi com o que os colegas apresentam e eu nunca levei nenhum caso para a discussão.* E19.32. Então eu acho que eu estou em falta com a turma, não é?

Mas a questão às vezes é partilhar os nossos sentimentos, o que nós sentimos e como estamos naquela situação. É uma coisa muito íntima e às vezes custa a partilhar em grupo, com quem eu não conheço. E19.33.

E a UC de ASE foi mais uma ajuda?

É assim *as ASE em cada ano são diferentes, já tive algumas que de facto aprendíamos muito naquela partilha e discussão de situações da prática. Outras vezes não resulta tão bem com grupos muito grandes.* E19.34. Há muitas variáveis que interferem.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Considera que plano de estudos do seu curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas no fim de vida e das suas famílias?

Eu sei que se for por *esta área dos cuidados em fim de vida me falta aprender muito, por exemplo há coisas da farmacologia dos cuidados paliativos que eu tenho que melhorar. Depois a patologia e a sintomatologia, alguns sinais que é preciso perceber, até porque nesta fase, muitas vezes com a sedação o doente está reservado, fala pouco.* E19.35. Ou pode já nem falar, não é?

Não frequentou nenhuma UC de opção, onde essa abordagem mais específica é feita.

É assim há um leque de opções tão interessantes, eu não podia fazer todas, bem que gostaria. Mas eu também estava interessada noutras áreas mais da psicologia, então são escolhas, mas a formação não acaba aqui. Se eu for trabalhar nos cuidados paliativos, pois vou ter que fazer formação pós graduada em cuidar paliativo.

A licenciatura é uma base de lançamento do aluno, uma pista, depois cada um na vida profissional se vai direcionando, por isso há tanta formação pós graduada. E19.36, basta ter dinheiro que meios e recursos não falta. A oferta é muito grande e em horário acessível. É muito bom trabalhar e depois voltar á escola novamente não para aprender tudo, como agora numa formação generalista de saber um pouquinho de tudo, mas para aprender o que interessa mesmo naquela hora, naquele serviço. E19.37. Isso fica muito legal.

Em que etapa (as) do plano de estudos do curso, devem ser desenvolvidas as temáticas do cuidar em fim de vida?

Bem eu acho que não se pode falar dum tema tão complexo e abrangente só numa etapa da formação, vai se falando, até porque a morte da criança envolve outras coisas que não as do idoso. O plano de estudos vai fazendo essa abordagem pelo ciclo de vida, então em cada etapa se deve falar de como é cuidar na morte naquele momento da vida das pessoas. E19.38.

Em fundamentos no 1º ano não é necessário abordar esta questão do processo de morrer?

Penso que já pode no 1º ano ir despertando o aluno na UC de fundamentos, talvez no 2º semestre, seria mais acertado. Como é que nós estudantes vivemos o processo de morrer, como nos posicionamos em termos gerais, que experiencias tivemos. E19.39. Abordar de que maneira esse acontecimento de vida [a morte] nos causou impacto nas diferentes variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e no nosso desenvolvimento. Discutir e até partilhar em pequenos grupos. Estas dinâmicas pedagógicas não resultam bem em grandes grupos e somos turmas muito grandes. E19.40.

Muito bem. Pegou aí nas 5 variáveis do modelo de Betty Neuman para analisar o fenómeno da morte?

Pois é até podemos ir por aí. A morte é um stressor que nos afeta, não é? E o stressor pode ser intra sistémico ou extra sistémico. Nos estudantes era um stressor extra sistema que podia afetar todas as variáveis da pessoa. Mas nunca tinha pensado nisso assim, deste jeito.

Já que falou nos aspetos do modelo de Neuman, os modelos teóricos ajudam na prática de enfermagem?

Eu acho que *não podemos ter uma prática científica sem os modelos. No 1º ano acho bem o modelo de V. Henderson centrado na teoria das necessidades, é ótimo e muito fácil. Depois no 3º ano esta abordagem da Neuman ajuda a alargar a perspetiva do cuidar.* E19.41. É um modelo muito interativo que ajuda a ver o cliente como parceiro do cuidar e a validar as coisas com ele, e isso faz muitas vezes a diferença na qualidade dos cuidados. Também *no 4º ano esta abordagem da família tendo em conta a estrutura o desenvolvimento e o funcionamento baseado no modelo de Calgary é muito prático. Penso que nos ensinamentos clínicos o tempo é pouco para treinar estes modelos.* E19.42.

Que competências são necessárias desenvolver para cuidar de pessoas e de famílias a viver os processos de fim de vida?

As competências que eu mais desenvolvi foram as da comunicação. E19.43. O verbal é importante, certo? Mas *o não verbal eu não estava assim, digamos, tão atenta. Para estes doentes em fim de vida a comunicação passa muito pelo não-verbal, pelo toque, pela carícia, por transmitir uma tranquilidade, paz, silêncio, favorecer a introspeção.* E19.44. Bem tudo depende, já vi pessoas bem agitadas com a ideia da morte. Esgotavam a pouca energia que tinham naquela ansiedade. Depois, *outra competência que foi importante foi o saber pesquisar e procurar o que não sei. O aprender a refletir sobre a minha prática, o que fiz, como fiz, porque fiz assim, ou podia ser de outro jeito, como me senti, o que pensei e por aí vai. Mas isto é muito interessante para a enfermagem e para a vida.* E19.45.

E que valores o curso lhe ajudou a desenvolver?

Este valor do respeito pelo outro. As diferentes dimensões do respeito. È um valor muito abrangente, muito mesmo só depois de refletir nele é que se percebe que abarca tantas dimensões, o pudor, o respeitar o corpo do outro, o sentir do outro, que pode ser diferente do meu. E19.46.

Outro valor que eu estudei é a compaixão, nem tinha bem a ideia do que era como se manifesta este sentir pelo sofrimento do outro. E19.47.

E depois o estruturar bem todos aqueles aspetos da justiça, da equidade, da beneficência, isso leva nos a desenvolver uma postura profissional fundamentada em princípios que temos que defender, para bem dos clientes. E19.48.

Quer dizer mais alguma coisa que eu não tive oportunidade de colocar?

Nossa! já falei de mais.

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar.

Eu também gostei de dar essa opinião para a professora.

Quer que eu lhe devolva a sua entrevista, depois de transcrita para validar se está tudo como quis dizer?

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDANTE (E 20)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

A) Caracterização da estudante:

Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Estudante do sexo masculino no último semestre do CLE na ESEL].

Nacionalidade portuguesa. Solteiro. Tenho 23 anos

B) Experiência com o fenómeno da morte

Experiência anterior ao curso em contactar com o fenómeno da morte?

Não posso dizer que tive experiência de contactar ou conviver com o processo de morrer antes de ir para o curso. E20.1. Sabia que as pessoas morriam que a família se despedia, que iam para o cemitério, que há os rituais, mas eu nunca fui muito envolvido nisso. Os meus avós quando morreram, um morreu no lar e não estive por perto nessa fase.

Teve experiência nos ensinamentos clínicos de cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Tive algum contacto com a morte durante o CLE. O primeiro foi no 2º ano, com uma senhora ainda jovem, mas que tinha uma doença incurável e ia morrer dentro de pouco tempo. E20.2. Ela sabia e a família também. Não sei se estavam todos na fase de aceitação da morte, mas a situação aparentemente estava controlada. Pareciam, todos muito controlados, pelo menos no hospital. Eu acabei o estágio e a senhora ainda permaneceu em internamentos com certeza, tinha períodos de controlo ia para casa, mas

depois voltava. Os familiares pareciam que viviam aquele momento muito centrados na situação da senhora.

E os filhos da senhora como lhe pareceu que estavam a viver o momento?

Os filhos eu nem sei bem, andavam na escola, não estavam lá no turnos em que eu estive, quem dava mais apoio era a mãe e o marido da senhora.

Depois tive outra situação no 4º ano. Essa foi completamente diferente. Era um senhor idoso e percebia-se que a família não se envolvia, não havia aquela ligação forte com a família. E isso chocou-me de certo modo. As enfermeiras dos cuidados continuados estavam sempre a querer envolver a família, mas

Então era uma família ausente do processo de morrer?

Pareceu. Sabe no hospital nem dá para perceber tanto estas coisas. Como as famílias se organizam para assegurar os cuidados, ou não, mas em contexto domiciliário os enfermeiros percebem melhor estas dinâmicas familiares. A falta de envolvimento, de querer dar o melhor.

Imagine a professora que a equipa identificou a necessidade de usar material anti-escaras, porque o senhor passava muito tempo em decúbitos e estava desnutrido, a pele dele muito fragilizada. Pois arranjou-se o material, mas lá estava, a família não o colocava. Tivemos que ser nós enfermeiros a fazer aquilo que a família devia ter feito. Havia uma falta de interesse pela satisfação das necessidades do doente. Estas coisas vêm-se e percebem-se. E os doentes se ainda estão conscientes captam isto tudo. Aliás o senhor pouco falava, mas quando falava dizia que queria morrer, não estava ali a fazer nada, só a dar trabalho. Isto é muito triste.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima que representação tem do fenómeno da morte?

Não sei bem explicar. *Eu já achei que morte era uma coisa terrível, o pior que podia acontecer às pessoas, o fim de tudo. Sei lá ... nem encontrava sentido para a morte.*
E20.3.

Então e agora que ideia tem da morte? O curso de enfermagem ajudou a modificar a ideia que tinha da morte?

De certo modo creio que sim! *Depois de contactar com algumas situações eu acho que até faz sentido tudo tem um fim. Se as pessoas já cumpriram a sua missão e o viver lhe causa sofrimento, então a morte faz sentido.* E20.4.

Nos lares muitas vezes vemos pessoas que estão mesmo à espera da morte e eles dizem isso. No início chocava-me quando eles diziam não estou aqui a fazer nada. Estou à espera que o Senhor me leve, ou que Deus se lembre de mim. Mas agora entendo melhor esta fase da vida. Se a pessoa está abandonada até pela própria família ... não se sente apoiada. Quer partir, se calhar é o melhor para ela.

E que sentimentos o processo de morte lhe provoca?

Ainda lido mal com isso. Para mim a morte é sempre uma rutura. E20.5. Eu falei da morte dos idosos que estão abandonados e não esperam nada da vida, se calhar até querem morrer, mas nem sempre é assim.

Para si é diferente a morte ao longo do ciclo vital?

Claro! Então a professora veja bem, *se for a morte de um jovem por acidente. Sai de casa para ir ter com os amigos e já não volta. Isso é dramático, nem dá para imaginar e nós sabemos que muitos jovens morrem de acidente.* E20.6.

Se for a morte de uma criança, nem sei o que dizer aqueles pais. *A morte tem muitos aspetos. Se para uns aceitam para outros podem negar, rejeitar, ser um sofrimento, um motivo de revolta.* E20.7.

A pessoa que nos é querida parte de repente e de uma vez por todas, fica muita coisa por fazer, por resolver, nem dá para imaginar isto, mas percebo a dor das famílias que chegam ao hospital e se deparam com uma situação destas. O familiar deles já está na morgue. Eu nem sei o que dizer, nem o que fazer perante isto. *Há diferentes modos de viver e também de morrer. Daí que não é tudo igual, se aceito a morte de um idoso, num jovem é diferente.* E20.8.

D) Preparação académica para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica no CLE para o capacitar no cuidar de utentes e famílias em fim de vida?

Como assim?

Então vamos por partes o CLE tem uma parte de componentes teóricas e teórico práticas e de ensinamentos clínicos, não é? Comece pelas componentes teóricas. Em que medida as aulas o ajudaram a preparar-se para o cuidar em fim de vida e depois já falamos dos ensinamentos clínicos.

Certo. Eu sei que o CLE tem UC de opção que ajudam muito. Há colegas meus que frequentaram e dizem que foi muito bom, mas eu não escolhi essas disciplinas.

Sim, mas centre-se na parte do Curso que é comum a todos os estudantes.

As aulas da UC de relação de ajuda eu acho que são muito importantes. Trabalham muito a comunicação e isso é necessário ter desenvolvido essas competências para estágio. E20.9. É imprescindível saber e conhecer as questões da comunicação com o outro e isto não é conversa de café. É mesmo um saber comunicar profissional.

Essa UC de relação de ajuda é no 3º ano. Fez-lhe falta mais cedo?

Não sei. No primeiro ano ainda não estamos muito despertos para isto, se calhar era precoce. No 2º ano dava jeito para os estágios, claro. Mas também é importante nós percebermos no estágio que nos faz falta saber mais sobre comunicação e depois vir à Escola e aprender. Embora eu acho que *faz-nos falta um certo treino em aulas TP de comunicação para determinadas situações específicas. E20.10. Seria bom para nós. Há questões que habitualmente as pessoas e as famílias colocam aos enfermeiros e nós não temos treino simulado para ir para estágio mais maduros, mais despertos. E20.11. Às vezes chegamos ao estágio e é tudo no momento, não houve aquele treino, ainda que simulado das situações mais frequentes. E isso podia ajudar a irmos mais sensibilizados e mais confiantes. E20.12. para estar nesta ou naquela situação. Se nós tivermos um orientador de estágio que nos apoie e puxe por nós tudo bem, se não o que acontece é que como não sabemos lidar com a situação tendemos a evitar, preferimos estar com outro doente. Procuramos que não nos calhe aquele, etc, E20.13.*

Tentam dar a volta à situação de modo a ser mais fácil para vós?

Claro, mas às vezes não aprendemos com o que é mais fácil. *Temos que passar por situações que nós não estamos à espera nem preparados, são essas que nos fazem aprender e refletir e crescer.* E20.14.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Aqui no Curso?

Sim, aqui no Curso ou fora do curso tudo o que o ajudou a cuidar destas pessoas em fim de vida e que foi importante para si?

O que mais me ajudou foram as aulas de comunicação, ou melhor a UC de relação de ajuda. E outras leituras que eu fiz. Ler a bibliografia recomendada. E20.15. Eu sei que os professores não podem dar todos os conteúdos, nem, falar em tudo, mas há experiências de outras pessoas que nos ajudam.

Aprendi muito com alguns orientadores de estágio. O modo como eles lidam com estas situações, o saber estar com a família. O saber controlar alguns sentimentos negativos da família e dos doentes que estão revoltados e descarregam para cima da equipa. E20.16. Houve livros, que me ajudaram bastante nestas questões de preparar para a morte. A minha orientadora de estágio sugeriu-me alguns, ela até me emprestou os livros da Marie de Hennezel e foram muito importantes para mim. Li nas férias e ajudou imenso.

Depois estas questões do que há para além da vida. Encontrar um significado para a morte também ajuda. Não faz sentido a vida acabar assim sem um significado. E20.17.

Então os aspetos metafísicos também são importantes para compreender o fenómeno da morte?

Sim de certo modo. *É preciso encontrar um sentido para algumas experiências humanas que nos chocam, o sofrimento, a abandono, as perdas os lutos o desaparecimento da pessoa.* E20.18.

E onde encontrou, ou procurou o significado para essas cogitações?

De certo modo nas religiões. *Não posso dizer que foi uma religião em especial, que me orientou, mas as religiões procuram dar uma explicação para estas questões*

ontológicas. E20.19. Na enfermagem falamos muito na enfermagem cultural. É importante perceber o sentido que as pessoas de cada cultura ou religião dão à vida e à morte. Para dialogar com eles temos que nos sintonizar nos pressupostos de cada um. E20.59.

O mesmo se passa noutras escolhas relacionadas com a saúde. Se a pessoa opta por uma alimentação vegetariana, ou de outro tipo, tem uma filosofia para o fazer e temos que respeitar as escolhas de cada pessoa. Nas concepções sobre a vida e a morte também se passa o mesmo. Temos que respeitar aquilo em que a pessoa acredita e faz sentido para ela.

E) Experiencia clínica no processo de aprender a cuidar em fim de vida

Nos ensinamentos clínicos teve experiência em cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Nos ensinamentos clínicos não tive muitas experiências com pessoas em fim de vida, mas as situações que assisti em que a morte se aproximava, não posso dizer que tive dificuldade em prestar cuidados de enfermagem no domínio técnico, foram as mesmas de prestar cuidados a outros doentes. Agora nos aspetos que não envolvem tecnologia isso é que é diferente. *O falar com as pessoas o não saber o que se pode ou deve dizer, como é que o doente ou a família estão a aceitar ou não aquela situação. Fica por vezes uma situação muito constrangedora por não sabermos como agir, o que falar* E20.20. Eu percebo que às vezes as pessoas gostariam que nós alimentássemos a esperança deles e sabemos que não é correto estar a mentir às pessoas. Dizer que ela vai melhorar e não vai, vai piorar pouco a pouco.

Mas as suas dificuldades comunicacionais são mais com o doente, ou com a família.

Como se sente na prestação de cuidados?

Com o doente claro que tenho dificuldades, embora nunca tenha cuidado de ninguém que esteja mesmo em agonia, e não sei como me iria sentir em estar ali a acompanhar a pessoa para a partida. E20.21.

Mas o que é para si cuidar no momento da morte?

Não sei bem se calhar as pessoas morrem de diferentes maneiras. Eu nunca assisti a esse momento, mas pelo que tenho lido sei que uns morrem sem quase dar mos conta.

Quando nos aproximamos vemos que o corpo já está sem vida, outros têm dificuldade em se desligar do corpo, altera-se a respiração, descontrolam-se os esfíncteres. *Não há uma forma de morrer padrão, eu não sei se saberia estar com a tranquilidade necessária naquele momento, se não me emocionava, se não tinha sentimentos de culpa por não ter feito mais alguma coisa.* E20.22. Depois ainda o cuidar do corpo morto....

Como se vê a cuidar do corpo morto, o fazer a múmia?

O estar perante um corpo sem vida, que não responde, que não sente, é uma coisa que eu tenho algum receio de experimentar. Aquela sensação de que ainda agora aqui estava uma pessoa e depois já não está, é um corpo inerte e temos que nos livrar dele. Ainda tenho que trabalhar estas questões. E20.23. Porque nós estabelecemos uma relação com a pessoa que cuidamos e depois ficamos assim ... quando ela morre a digerir aquela situação.

Sem saber bem o que fazer ou dizer à família, que também está a sofrer aquela perda.

Nos cuidados continuados a enfermeira contou que já tem ido a casa da família para prestar cuidados à pessoa e a família está lá a acabar de assistir à morte da pessoa, a enfermeira vai preparada para uma coisa e tem que fazer outra, lidar com a dor daquela família, ou a revolta, ou outros sentimentos que as pessoas expressam naquele momento.

Falou dos sentimentos das famílias. É um aspeto que lhe interessa como cuidador?

Sim as famílias nem sempre lidam da melhor forma com a doença incurável ou com o aproximar da morte do familiar. Deu para perceber isso no estágio de cuidados continuados. Há ali muitos sentimentos que estão misturados e o enfermeiro tem de perceber isso. *Uma coisa é a teoria outra é na pratica. Nós estudamos as fases do processo de morrer da Kubler Ross. Sabemos que as pessoas passam por aquelas etapas todas, pela rejeição, pela revolta, até chegarem à aceitação, mas não sabemos muito bem como é que se manifestam esses sentimentos.* E20.24.

A revolta dos doentes pode surgir de muitas formas, mais objetiva, ou mais dissimulada. Por vezes esses sentimentos podem ser expressos para os enfermeiros e nós sabemos que isso não é agradável. E20.25. Eu assisti a uma senhora que veio pedir desculpa à enfermeira porque não tinha sido muito correta com ela, quando lá foi a casa tratar do pai. Depois *a enfermeira explicou-me que por vezes aquele mal-estar da*

família e o stress em que estão envolvidos causa alguma perturbação e não conseguem gerir tanta coisa em pouco tempo. E o enfermeiro está ali sozinho em casa de uma família a ter que lidar com todos aqueles aspetos emocionais da família, como a dor, a revolta e não é fácil. E20.26.

Não me sinto capaz de enfrentar estas situações em que eu teria que gerir muita coisa: os meus sentimentos; os do doente em fim de vida, que às vezes nem percebemos como é que ele se situa a viver o percurso da sua doença, que lhe causa, dor, perdas, o torna impotente e ainda ajudar a família a gerir os conflitos e a desorganização que a perda do familiar lhe provoca. São três aspetos que se ligam em que o enfermeiro está sozinho neste processo. E20.27.

Mas não ia estar sozinho teria o apoio da equipa?

Mas trabalhar nos CSP é um percurso solitário. Muitas vezes o enfermeiro está sozinho ali em casa das pessoas, as famílias podem estar desorganizadas a viver aquele momento e o enfermeiro depara-se com coisas que ele não esperava.

Mas considera que é mais fácil prestar cuidados em fim de vida em contexto hospitalar do que na comunidade?

Não sei bem. Em ambos os locais têm as suas especificidades. No hospital são muitas vezes internamentos em situações de crise ou de agravamento dos sintomas, nos cuidados continuados é mais de manutenção da situação. Mas no hospital o enfermeiro está mais protegido. Em casa das famílias o enfermeiro está mais exposto é diferente. Há coisas que as famílias expressam na sua casa que não vão expressar no hospital, estão mais contidas.

Na sua aprendizagem que aspetos do ensino clínico foram facilitadores para aprender a cuidar de pessoas em fim de vida?

Foi muito facilitador o papel dos orientadores e dos enfermeiros que nos seguem no estágio. Eu tive diferentes tutores e o papel do tutor é muito importante para a nossa aprendizagem naquele momento e naquele contexto. E20.28.

Então o que tem a dizer sobre o papel dos seus orientadores de estágio na sua aprendizagem?

É assim os professores da escola não estão sempre no estágio, vão lá com um determinado objetivo, pode ser para nos orientar, ajudar, corrigir, discutir os planos de cuidados, os diários de aprendizagem, ou assistir às atividades planeadas como sessões de educação para a saúde, mas estão sempre a avaliar-nos de uma forma ou de outra. *Os professores acham sempre que nós já devíamos saber isto ou aquilo. A componente avaliação está sempre associada ao papel do professor no estágio.* E20.29.

E isso inibe o aluno?

De certo modo pode inibir. Se alguma coisa corre mal no estágio, pode haver vários fatores envolvidos, mas já sabemos que é sempre o aluno que não sabia, devia saber Não fez, devia fazer.... E nós ainda estamos muito inexperientes. *O hospital é uma coisa gigantesca e nós vamos para lá estagiar e nem percebemos como é que aquela coisa toda se articula.* E20.30. Uma vez mandaram-me acompanhar o meu doente à radiologia, não era nada de mais, mas eu sabia lá onde é que tinha que ir, a quem me dirigir, se era melhor levar a pessoa de cadeira de rodas ou ir a andar.

E quanto aos vossos tutores ou enfermeiros orientadores?

Pois é há tutores e tutores. *Nós sabemos que os enfermeiros têm uma grande sobrecarga de trabalho em cima e ainda nos têm que apoiar no estágio, não é fácil, mas é assim há uns que se vê que gostam mesmo de ensinar o que sabem o que aprenderam. (...)* Falam-nos da sua experiência, do que resulta bem e menos bem. Puxam imenso por nós. Vê -se que querem que o estudante aprenda, esteja atenta aquela situação, mandam-nos fazer, estão ali por traz para nos corrigir, mas apoiam-nos e nós sentimos que também estamos a aprender imenso com aquela experiência. (...) *Mas há outros orientadores que estão lá, estão disponíveis para nós, mas não têm aquele gosto por ensinar, nem têm formação em pedagogia.* E20.31.

E quanto aos instrumentos pedagógicos que utilizam nos ensinamentos clínicos o que tem a dizer sobre o seu contributo para a sua aprendizagem?

Está se a referir aos diários de aprendizagem, ou ao projeto de estágio?

Aos dois instrumentos, ou melhor aos que são utilizados nos seus ensinamentos clínicos.

Bem é assim: *O diário de aprendizagem é muito bom para nós refletir-mos sobre uma situação do estágio. O utilizar aquele esquema do ciclo de GIBS é muito orientador. Dá muito trabalho, vamos para casa e não desligamos do estágio.* E20.32. Ficamos com parte do estágio para completar em casa. Ir consultar bibliografia para ver se o que escrevemos está certo, se há evidencia científica que documente o que nós vivenciamos. *Mas peca por serem pedidos em excesso. Às vezes é mesmo uma preocupação nossa. Ainda não fiz o diário desta semana, mas o que é que eu vou fazer, o que vou analisar, etc. Isto é muito stressante, mas depois nem sempre temos o feedback do professor.* E20.33. Lê diz que está tudo bem ou que podia ter feito ou fundamentado assim, ou que podia ter focado este ou aquele aspeto E fica por aí.

E o que esperava?

Como é um instrumento de avaliação[o diário] devia ser discutido. Há coisas que escrevemos, mas que merecem ser analisadas em conjunto pelo professor com o aluno. Até porque a linguagem escrita é uma e numa conversa o assunto fica mais enriquecido. E20.34. Falar sobre aquele assunto é diferente de escrever sobre ele. Eu tenho mais facilidade em falar, mas em escrever já não é assim.

Os diários de aprendizagem devem constar para avaliação?

Mas o que é que não conta para avaliação neste curso? Tudo é para avaliação. Os professores também sabem que se o trabalho que nos pedem não for para avaliação o estudante desinteressa-se ou só investe no que for para avaliação. Por isso tudo é avaliado neste curso.

Se os diários de aprendizagem procuram demonstrar o que o aluno aprendeu naquela experiencia, o que refletiu, o que fundamentou, então devem fazer parte da avaliação, e isso está certo, o que me parece é que devem ser pedidos de acordo com o tipo de estágio. Estágios tão curtos não deviam ter tantos diários de aprendizagem. E20.35. embora agora essa questão tenha melhorado no 4º ano.

Uma forma de nós também aprendermos e que é praticada noutras universidades e noutros cursos é por exemplo os fóruns de discussão on line em que o grupo de estudantes que se juntam para debater, ou analisar as experiencias daquele estágio e nós vamos colocando on line os dados que achamos pertinentes, o professor terá que liderar corrigir. E20.36.

Seria uma boa metodologia, a partilha de experiencias no ensino clínico num chat online?

Sim, penso que sim, desde que haja a liberdade de cada um colocar, ou não colocar o que considera importante para ele naquele estágio. Não sei é como seria possível fazer a avaliação dos estudantes. E se o professor conseguia dar resposta em tempo útil às questões que se levantam.

Referiu-se ao feedback que lhe é dado?

È assim *os professores normalmente dão algum feedback, por email dão a resposta. Se há algo mais específico falam com o estudante é claro, mas se é tudo situações de aprendizagem dentro do normal, não discutem o que nós escrevemos.* E20.37.

Aos tutores depende, nós também enviamos o trabalho para eles, mas uns falam connosco sobre o assunto, outros dizem que isso são assuntos para discutir com o professor. Mas os que falam connosco sobre aquela situação a forma como foi vivida ajudam muito. E20.38. Eles estão muito próximos das práticas e sabem o que se passa naquele serviço e clarificam, explicam porque é assim, ou não dá para ser de outro modo. *Outros tutores acham que as coisas que acontecem naquele serviço são banais e o habitual que nem dão conta que nós vemos as coisas pela primeira vez e aquelas «banalidades» para nós são especiais.* E20.39.

Os tutores e os professores orientadores contribuíram para a sua aprendizagem?

Eu acho que ambos estão ali para nos ajudar. *Os enfermeiros têm um saber prático, sabem muito da sua experiencia do dia-a-dia naquele serviço. Conhecem bem as situações, mas alguns não tem conhecimentos de pedagogia, o que não quer dizer que não ensinem bem, mas Também lhe falta , por vezes, experiencia como orientadores de estágio.* E20.40. Já tive uma enfermeira que estava há pouco tempo naquele serviço e ela dizia eu também estou a aprender, estou aqui um pouco a integrar-me e sentia-se que estava insegura.

Outros já tem muita experiencia em orientar os estudantes, mas nem sempre estão ajustados aos objetivos do nosso estágio e não podem exigir, nem esperar o mesmo de um aluno do 2º ano, de um do 4º ano, que também está naquele serviço. As capacidades

são diferentes e às vezes comparam-nos. E20.41. Claro que no 4º ano já há mais segurança a fazer as coisas que não há no 2º ano. Era de esperar!

Mas o que um estudante espera dos seus orientadores?

Espero que o orientador tenha tempo para o ajudar no percurso. Que peça trabalhos compatíveis com a duração do tempo de estágio. Que dê feedback dos trabalhos e que os discuta com o aluno. Se o aluno anda perdido que o ajude a situar-se, ou a seleccionar o que é importante ele focar-se naquele estágio, o que é prioritário. E20.42.

Nos estágios temos que rever tanta coisa ao mesmo tempo a farmacologia, a fisiologia as patologias, nem sempre nos sabemos orientar com tanta coisa para estudar.

Nos doentes em fim de vida, por exemplo, tem especificidades da terapêutica que nós podemos não estar despertos para estas particularidades dos cuidados paliativos, é preciso ser o orientador a chamar a atenção. Olha vê lá isto aqui, administra-se por esta via e não por outra. E20.43.

Um orientador também nos pode ajudar a seleccionar o que é importante para nós estarmos mais atentos, selecciona as oportunidades de aprender mais nesta situações ou mais naquelas. E20.44.

Falou também no projeto de aprendizagem. O que tem a dizer sobre a metodologia do projeto?

A metodologia do projeto é ótima depois de nós conhecermos o serviço, e percebermos o que naquele contexto queremos ou podemos desenvolver. E20.45. Às vezes na primeira semana ainda andamos ali a apalpar terreno e já temos que fazer o projeto para ser discutido. Mas o projeto se for bem apoiado pelos orientadores é uma metodologia que comigo resultou bem. Mas no decurso do estágio teve que ser ajustado. Percebi que havia outras possibilidades e foi aceite esse ajustamento. E20.46.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Considera que plano de estudos do seu curso o ajudou a desenvolver competências para cuidar de pessoas no fim de vida?

Bem é assim, o curso ajudou-me a desenvolver algumas competências genéricas que tanto servem para os doentes em fim de vida como para outros. Mas há especificidades nesta área dos cuidados que eu não desenvolvi. E20.47.

E que competências são necessárias desenvolver para cuidar de pessoas e de famílias a viver os processos de fim de vida?

É assim os doentes em fim de vida tem muitas vezes cuidados paliativos, eu não tive experiências nesta área dos cuidados. *Precisava de treinar mais a observação o controlo dos sintomas, nós sabemos que estes doentes têm dor, mas nem sempre verbalizam, é necessário estar atento a alguns sintomas de desconforto dos doentes, que muitas vezes pouco falam ou até já estão semi comatosos.* E20.48. Tal como nas crianças elas nem sempre sabem verbalizar o que sentem, mas os pais estão lá e sabem interpretar o mínimo sinal da criança. *Nas pessoas em fim de vida, se elas não se expressam verbalmente nem sempre o enfermeiro sabe interpretar o não verbal.* E20.49.

Depois há coisas que só a experiencia nos dá. O falar com a família, o ajudar a preparar para a morte.

Mas, é a nível das competências na comunicação que eu acho que tenho mais dificuldade. Eu vejo as enfermeiras dos cuidados continuados com aquela experiencia toda a lidar com as coisas parece que elas sabem o que as pessoas sentem ou pensam. E20.50.

Acho que é necessário desenvolver todos aqueles aspetos da comunicação que nós falamos mas nem sempre treinamos: a congruência, a autenticidade, a verdade, o estar a dizer uma coisa e a sentir outra não faz sentido, mas nós ainda temos muito o nosso pensamento formatado para o que temos que fazer para curar, para melhorar. E20.51.

Se a pessoa não melhora culpamo-nos porque não estamos a fazer o que devíamos. E depois há questões éticas nestes casos que se nos colocam. Por exemplo o reanimar, ou não reanimar, o que é desejável fazer ou o que não é necessário fazer. *É impulso nosso querer salvar, prolongar a vida, estas coisas. Eu ainda não estou capaz de prestar os cuidados certos e ficar tranquilo sem a sensação que podia fazer mais, ou não fiz o que era necessário naquele momento. É uma área do cuidar onde eu não me sinto preparado, tenho muitas dúvidas e falta de experiencia.* E20.52.

Se fosse trabalhar daqui a poucos meses para um serviço onde tivesse que cuidar de pessoas em fim de vida não se sentia capaz?

Se ficasse sozinho, como nos cuidados continuados ia ser difícil, precisava de muito apoio, de ter a orientação de enfermeiros mais experientes que me ajudassem, que me dessem confiança.

Mas a Patrícia Benner no seu livro de iniciado a perito, fala disso mesmo.

Sim mas como iniciado na profissão é uma área que requer muito investimento. Talvez também um conhecimento das nossas limitações profissionais.

E que valores é que considera importantes ter em conta nesta fase do cuidar de pessoas em fim de vida?

Eu acho que há princípios e valores que devem estar sempre presentes no cuidar e particularmente nestes doentes que estão tão vulneráveis. Pode haver um desinvestimento da família, dos cuidadores ou até dos profissionais, porque acham que a pessoa não vai melhorar, por isso não é preciso investir tanto como se investe em alguém que se cura. É preciso assegurar a dignidade da pessoa em qualquer circunstância seja ela qual for.

Temos o respeito pelo pudor, a manipulação do corpo da pessoa sem lhe pedir autorização, como ele já não fala e não sabemos se compreende, então tende-se a negligenciar esta atenção para com o outro de lhe pedir e informar que lhe vamos tocar, ou fazer um procedimento, que até pode ser invasivo. E20.53. Eu já vi cuidar destes doentes quase como de eles fossem bonecos, é preciso fazer isto ou aquilo e faz-se, aplica-se e já está. Nós não sabemos neurologicamente até que ponto a pessoa percebe eu não. Sabemos que ele não responde, mas o resto..... se compreende, se ouve, se sente.... Não sabemos muito bem como se processa. Mas há que manter sempre o respeito, não aligeirar ou negligenciar as coisas.

Em que etapa (as) do plano de estudos do curso, devem ser desenvolvidas as temáticas do cuidar em fim de vida?

Como o curso está organizado por etapas do ciclo de vida, eu acho que se deve preparar o aluno para assistir na morte naquele grupo etário. A morte da criança e jovem é sempre mais difícil que no idoso. E20.54. Julgo eu! Não tive essa experiência na pediatria.

No 1º ano em fundamentos não é o momento para falar deste assunto?

Se calhar até já nos podem ir preparando para a morte quando falamos das diferentes necessidades dos doentes.

Para mim há coisas que são difíceis. Como o encontrar o significado para a morte, para o sofrimento, para o perder de tudo o que a pessoa é e deixa de ser. Não somos levados a refletir muito sobre isto. Se nós encontrarmos sentido nestes aspetos construímos a nossa própria interpretação sobre os fenómenos e os processos que acompanham a morte e ficamos também mais tranquilos. E20.55.

No curso fazem mesas redondas sobre várias coisas, porque não uma mesa redonda com peritos para nos ajudar a perceber as diferentes perspetivas sobre estes temas tão complexos. Como cada cultura ou religião vê as questões da morte, do sofrimento, da degradação do corpo físico, da deterioração de todos os sentidos, das perdas. E20.56.

Essa abordagem devia ser em que ano e em que UC?

Bem eu não sei se no 1º ano é tanta informação, tanta coisa que eu não sei se faz aí sentido se só faz sentido depois de um estágio onde já estivemos em contacto com as situações da prática. *Há muitas coisas que os professores falam, mas que para nós ainda não têm muito significado, ainda não vivemos aquela experiência, então fica assim tudo no ar. E20.57.*

Claro que os professores falam da experiências deles, eles todos já foram enfermeiros da prática e isso é muito bom, trazem também a experiência deles junto com os saber teórico, mas nós às vezes até pensamos, mas isto não é possível acontecer. E20.58.

Quer dizer mais alguma coisa que considere importante e que contribua para melhorar a minha pesquisa?

Não sei professora, se quiser eu depois leio depois de transcrita e vejo se quero acrescentar algo ou colocar de forma mais explícita.

Agradeço muito a sua disponibilidade em colaborar. Devolvo a sua entrevista depois de transcrita por email para validar se está tudo como pretende.

**TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS
A 12 DOCENTES DE ENFERMAGEM**

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D 1)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações profissionais? Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Docente do sexo feminino].

Tenho a nacionalidade portuguesa, sou casada, tenho 54 anos. Terminei o curso e enfermagem em 1976 na ETE [Escola Técnica de Enfermeiras]. Tenho a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica e o doutoramento em ciências da educação.

a.2) Caracterização profissional

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Sou enfermeira há 34 anos e docente há 32 anos, trabalho na ESEL no departamento de Saúde do Adulto e do Idoso.

B) Experiencia no cuidar em fim de vida

Tem, ou teve, experiência profissional, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Tive a morte de um primo e da minha avó por acidente, teria eu 10 anos, foi o meu primeiro impacto. Foram perdas muito significativas. D1.1 A morte do meu primo foi uma perda abrupta, acentuada, mas não prestei cuidados. Só depois de ser enfermeira é cuidei de pessoas em fim de vida. D1.2. No entanto, aos 5 Anos a minha mãe teve um

aborto e teve que ser internada, eu gritei tanto, tanto, que acabei por ficar internada com ela. Depois, mais tarde também estive muito presente no acompanhamento do meu avô paterno quando esteve internado por uma situação de cirrose, às vezes as visitas saiam do quarto e era eu que ficava com ele. Penso que estas situações me encaminharam posteriormente para esta profissão de cuidar de pessoas.

C) Representação do fenómeno da morte

Quando se fala da morte, qual é a representação que tem do fenómeno?

Hoje para mim a morte é o final de um percurso que é a vida, que está determinado para toda a gente, numa altura que ninguém prevê, mas que há uma continuidade dessa vida. D1.3. O que deixa de existir é o contacto físico com quem morre, mas continuam a estar cá D1.4 ...talvez seja por isso que eu sonho muito com a minha mãe...é securizante esta presença. Eu sonho com a minha mãe frequentemente, apesar de ela ter morrido há muito, e primeiro que o meu pai.

A presença dos seus familiares desencarnados, mesmo sendo onírica é reconfortante?

É muito reconfortante. Sinto-me bem.

Parece que os meus pais escolhem o momento de eu estar com eles, para partirem. O meu pai, que parecia estar a melhorar, esperou por mim. Entrou em paragem cardio respiratória, mas estava calmo, olhei e vi que tinha um sorriso nos lábios. Ele olhou muito para cima e assim ficou na busca de outra dimensão. D1.5. Apesar do tempo, o cheiro da minha mãe e do meu pai permanecem lá em casa, apesar da casa ser lavada. Muitas vezes eu ia a conduzir sozinha e vinha-me o cheiro da minha mãe. Um cheiro a água de rosas. D1.6.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como foi cuidar de pessoas em fim de vida?

Para mim a morte sempre foi sempre uma coisa complicada. Porque é que não podemos viver cá todos? Esta ideia de finitude foi difícil. D1.7.

Sei que todos temos um caminho, um percurso de vida que termina, mas acredito na reencarnação, e na vida após a morte e isso conforta-me. D1.8.

Como percecion a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

A escola ajudou-me muito a perceber as questões da vida e da morte. Não só no curso inicial, como mais tarde na especialidade. D1.9.

Que fatores contribuíram para a capacitar para cuidar em fim de vida?

Tive uma família privilegiada, vivi com muito afeto, nasci numa família que tinha muitos homens, eu era a única criança do sexo feminino, fui muito ‘apapricada’.

Fui e tive muito afeto de toda a família. Para além disso vivi sempre na mesma rua do médico, era quem nos atendia nas épocas de crise. Mas era muito rabugento, chato, ralhava muito com as pessoas. Quando me perguntavam o que eu queria ser, lembro-me de dizer sempre que queria ser enfermeira para ajudar as pessoas, porque os médicos não o fazem. Tinha aquela imagem do médico antipático, ralhava e batia com as portas e não tinha uma atitude cuidativa.

Os meus pais não gostaram que eu fosse para enfermeira ... mas se fosse só podia ser para aquela escola, [ETE], que era recomendada para meninas. Só me deixaram ir quando eu completasse o liceu com o antigo 7º ano, porque se podia ir para enfermeira só com o antigo quinto ano (atual 9º).

Para além da sua família e da formação que obteve no curso de enfermagem que outros fatores contribuíram para ser a profissional que é?

Sempre fui muito curiosa, sempre gostei de saber os porquês das coisas. D1.10. Para mim era importante compreender porque as pessoas tinham aqueles comportamentos. A nossa formação era muito formatada, as coisas eram assim porque eram assim e não havia espaço para fazer perguntas.

Quando acabei fui logo para professora dar aulas e tinha muito medo do que os meus estudantes me questionassem. Ao não saber a resposta para dar aos alunos eu também me interrogava. *Tentei sempre investigar e perceber o porquê das coisas. D1.12.*

Desenvolvi muito este aspeto da autoformação. Fui muito auto didacta. Era importante para mim entender os comportamentos humanos. D1.13. Eu até arranjava sempre uma desculpa para as pessoas que se comportavam mal.

Para mim esta importante perceber porque é que isto é assim, ou também pode ser doutra forma. *Tive uma antiga professora que me ajudou neste aspeto de me questionar*

e dava-me reforços positivos, o que me incentivava muito à procura, a investigar. D1.14.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Como aborda a morte nas UC em que leciona? (incluí as UC teóricas ou os ensinamentos clínicos)?

O CLE não lhes dá formação nem os prepara para cuidar de pessoas em fim de vida. D1.15.

No estudo que eu fiz para o meu concurso para professora coordenadora conclui que os estudantes não se sentem preparados para cuidar pessoas em fim de vida. D1.16.

Têm muita dificuldade em lidar com o fim de vida particularmente quando identificam as situações da prática clínica com situações vividas por eles ou por amigos ou familiares deles. D1.17.

Acho que devíamos desmistificar as questões que envolvem a morte, ainda em contexto de aula, isto é teoricamente, antes de ir para estágio. Desmistificar o percurso da vida que tem um começo e tem um fim. D1.18.

Eu costumo explicar-lhes que quando festejamos um nascimento, também estamos a festejar a morte, porque se festejamos o início da vida sabemos que vai ter um fim, e não tem essa noção. Aquela pessoa tem um dia em que vai partir do nosso horizonte. Temos que falar e discutir estes assuntos, porque isso ajuda muito. Esta desmistificação da morte é o primeiro arranque. D1.19.

Depois explicar que há muitas formas de partir. A questão da morte é muito mística, nós não sabemos explicar porque uns morrem mais cedo, ainda em crianças e outros muito tarde. D1.20.

Claro que há coisas inexplicáveis, como por vezes certos acidentes mortais. Não se entende porque é que a pessoa foi morrer daquela forma sem justificação, ou lógica.

Os estudantes têm de ser ajudados a perceber que os percursos das pessoas são diferentes, cada pessoa tem tempos diferentes de vida; uns vivem muito e outros partem mais cedo. D1.21.

Mas, no caso das mortes prolongadas, diferentemente dos acidentes que são imediatos, temos que proporcionar a melhor qualidade de vida possível, eles sentirem-se

apoiadas, amadas e confortáveis possíveis de modo a prepararem-se para partir. É nesta perspectiva que nós temos que preparar os alunos. Isto nas aulas teóricas. D1.22.

E nas práticas clínicas?

Nas práticas clínicas é perceber o que está a «mexer» com eles, ajuda-los a expor as dificuldades, o que está a ser difícil, o que está a ser feito, ou deveria ser feito naquela situação daquele doente. D1.23. O que está a ser constrangedor ou não, ajudar o aluno a viver o processo de morte do doente. Se necessário pode até ter que se encaminhar o estudante para outro profissional, com mais competência para o ajudar, mas nunca o desamparar. D1.24.

O aluno tem de ser acompanhado até ao fim, de modo a aprender com aquele processo de partida da vida, que é inevitável. D1.25. Ajudar o aluno neste acompanhamento a gerir as emoções, os sentimentos, a impotência, as culpabilizações porque não se fez isto ou aquilo. D1.26. Tranquilizar os estudantes. Se eles não fizeram isto ou aquilo que podia ser feito é porque não têm a experiência nem o discernimento necessário para atuar de determinado modo. D1.27. Para isso é que eles têm de ter um tutor e estão no ensino clínico para aprender. Se os professores, os tutores, os enfermeiros da prática não conseguem aperceber-se da situação do doente, antes do aluno, temos que colmatar essa falha. Todos temos falhas, somos humanos.

Os enfermeiros orientadores e professores têm que ser capazes de cuidar em enfermagem dos utentes, (,,) mas há o cuidar pedagógico. O cuidar pedagógico é o saber ajudar o futuro profissional no sentido de ele saber gerir as emoções, sem se tornar frio, mas afectivo. D1.28.

O estudante deve saber gerir as emoções para ser capaz de ter uma relação simpática, ou empática de ser capaz de confortar o outro, de o conduzir e apoiar ao outro, seja o doente ou a família. D1.29.

Eu tive recentemente a experiência com a morte do meu pai. A enfermeira que o seguiu ficou abalada, mas foi sempre capaz de me reconfortar.

É importante os estudantes desenvolverem este sentido de autenticidade, não o faz de conta. D1.30 Quando as pessoas são emocionalmente capacitadas elas percebem muito bem quando o outro está a fazer o faz de conta, mesmo que o enfermeiro disfarce, nem que seja por um comportamento não verbal.

Nesta fase final da vida as pessoas e as famílias tornam-se muito sensíveis e captam todos os sentimentos que nós temos ou transmitimos e tentamos disfarçar. Por isso às vezes os doentes reagem mal porque captam muito bem o modo como nós estamos.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

O plano de estudos do CLE promove a aquisição de competências pelos estudantes, para cuidar de pessoas no fim de vida?

Da minha experiência, não fiz nenhum estudo de investigação sobre isso, (...) mas *da minha perceção os estudantes não saem capazes de cuidar em fim de vida. D1.31.*

Começa porque eles têm dificuldade em ver a pessoa na sua globalidade e incluir neste cuidar a família. D1.31.

Têm muito incutido na mente deles o que eu disser que é bom para o doente é que se faz, sem o questionar, nem validar com o doente. Se o doente não quiser tomar banho agora, ou se não quiser ser entubado, se o doente está consciente ninguém tem nada que o obrigar a fazer as coisas.

Nós temos a responsabilidade de explicar ao utente as vantagens ou desvantagens de aderir aquele tratamento, mas por palavras que o doente entenda, não por termos técnicos em que a pessoa até tem vergonha de perguntar o que não entende. Porque acham que fazem figura de ignorantes, mas isto passa-se mesmo com pessoas licenciadas e não só com pessoas de baixa literacia. *Temos que validar a compreensão da nossa mensagem. D1.32.* Depois de esclarecidos são idóneos para decidirem se querem ou não aquele procedimento, ou aquele acto de enfermagem, ou aquele tratamento.

Considera que a formação de enfermagem dá resposta as necessidades de cuidados de saúde do país tendo em conta os indicadores, demográficos, sanitários e epidemiológicos?

É uma área emergente os cuidados em fim de vida e paliativos, cada vez as técnicas da medicina e a evolução da ciência prolongam mais o envelhecimento e há um aumento do numero de anos de vida vividos com doenças crónicas ou incapacitantes e essas pessoas ficam dependentes durante mais tempo. Há alturas em que somos capazes de as ajudar a serem autónomas e independentes, mas com o avançar da idade e das complicações começam progressivamente a tornar-se dependentes e temos que aprender

a cuidar dessas pessoas em que o seu estado se vai degradando, (...) *temos que ajudar os alunos a encontrar estratégias de coping para lidar com estas situações de perda de autonomia física, funcional e mental dos clientes.* D1.33.

Mas nós docentes nem sempre cuidamos bem dos alunos e quem não é cuidado, não aprende a cuidar e isso verifica-se a todos os níveis. D1.34. Acontece com os filhos que não são cuidados pelos pais. Isto não se passa só a nível teórico.

O cuidar pedagógico, ou noutros cuidares, é assim quem não é cuidado, não aprende a cuidar, não tem representações. Não aprende o cuidar sentido, nem é autêntico na prestação de cuidados. D1. 35.

Falou da importância do cuidar integrado, na qual se inclui o cuidar da família. Essa competência será para os estudantes do CLE desenvolverem, ou seria um cuidar mais especializado. O que lhe parece?

Em termos de perícia tem que haver diferenciação entre um enfermeiro e um especialista, mas os licenciados tem que estar preparados para prestar cuidados gerais.

D1.36. Eles vão encontrar pessoas em fim de vida em todos os contextos. Pelo menos *têm que ter a perceção de que aquele cuidar diferenciado não está no seu nível de competências e não cometerem erros e saberem orientar o cliente para um perito, ou pedirem ajuda a um perito para prestar o cuidado necessário e adequado.* D1.37. Têm que estar preparados para os cuidados gerais, conhecimentos básicos para saber distinguir e saber pedir apoio.

E os estudantes desenvolvem as competências básicas no CLE, para cuidar em fim de vida, ou nem por isso?

Depende de muitos factores: da personalidade do aluno, depende da relação empática que estabelecem com os professores ou com os orientadores; da educação que trazem de casa e dos valores que a família lhe passou, da socialização que fizeram. D1.38.

Isto são aspetos básicos, de raiz, de alicerce do estudante, mas que têm que ser desenvolvidos e trabalhados por alguém que sabe, porque ser simpático, não basta, é preciso muito mais que isto. *O cuidar vai muito para além desta simpatia. É a compreensão que temos do outro, sem nos confundirmos com ele.* D1.39.

Os estudantes do CLE não estão preparados para se relacionar com o outro. D1.40. Se nós professores em contexto de aula temos dificuldade em trabalhar estas questões, até

poderíamos conseguir em grupos mais pequenos e também depende de cada docente. *Eu que tive a experiência de ter 30 alunos e agora tenho 300, não posso conhecer os estudantes do mesmo modo, às vezes até lhes confundo os nomes. D1.41.* Tudo começa na proximidade que nós temos com eles na escola. *Se conhecermos os alunos podemos orientar os tutores da prática para irem ao encontro do estudante. Mas se não conhecemos os alunos, não sabemos nem conseguimos às vezes falar com os orientadores para os ajudar. D1.42.*

Eu agora tive que mudar o tutor de um estudante. A aluna tinha dificuldade em se relacionar com o tutor, considerava agressivo. Eu não tenho problema em ajustar o tutor ao aluno, se necessário.

Como perspetiva a contribuição dos enfermeiros da prática na formação profissional do estudante?

Neste momento são fundamentais os tutores da prática neste modelo formativo. São determinantes na aprendizagem do aluno. D1.43.

Nós professores damos-lhe a teoria, mas são os enfermeiros da prática que devem e fazem a articulação com o cuidar nos ensinamentos clínicos. D1.44

Da representação que eles têm dos enfermeiros orientadores, eles desenvolvem o seu modelo de ser enfermeiro, e isso não se cria com a teoria que os professores lhes ensinam. D1.45. Os estudantes lembram-se dos exemplos que os professores lhes dão, mas recordam as práticas dos enfermeiros. D1.46.

Quer falar de mais algum aspeto sobre este tema?

Eu sou o que sou, não só pela família que tive, mas também pelos professores que tive e que souberam cuidaram de mim. D1.47.

Esta sua visão do cuidar em enfermagem e do cuidar pedagógico foi muito interessante. Muito obrigada pelo seu contributo. Quer que lhe envie a entrevista para validar o que disse?

Não precisa, confio na transcrição, mas pode mandar.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D 2)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações profissionais? Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Docente do sexo feminino].

Tenho 50 anos nasci em 1960, sou portuguesa, divorciada, mas vivo em união de facto. Fiz o curso de bacharelato e a especialidade de saúde na comunidade na Escola Enfermagem Francisco Gentil. Tenho também a licenciatura em Psicologia e o mestrado em Psicologia da saúde.

a.2) Caracterização profissional

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Tenho 25 anos de exercício profissional dos quais 8 como docente. Trabalho no departamento de Fundamentos de Enfermagem da ESEL.

B) Experiencia no cuidar em fim de vida

Tem, ou teve, experiência profissional, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Tive duas situações, uma aos oito anos com a minha avó materna e depois com a segunda mulher do meu avô. D2.1.

Com 7 anos foi uma perda a minha avó materna. Lembro-me da minha mãe toda vestida de preto e a chorar muito. Antes do processo de luto lembro-me da minha avó em agonia. Lembro-me do médico ir lá a casa e dar dolviram para as dores. Lembro-me do funeral e da minha mãe entrar no carro funerário e dizer dêem-me a minha mãe.

Quando a minha avó estava quase, quase para partir estávamos todos no quarto dela e eu estava ao colo do meu pai e comecei a chorar por pressentir que algo não estava bem, tinha consciência que ia ficar sem aquela pessoa. Sabia que ia perde-la e vivia o sofrimento junto dela. Os filhos iam lá vê-la todos os dias, choravam e diziam a mãe não está melhor, tem dores foi um processo doloroso para todos.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte, que começou a construir ainda na infância?

Profissionalmente sei que nós nascemos, vivemos, crescemos e morremos, mas o que eu perspetivo é uma morte como algo que não é bom. Que traz sofrimento. D2.2

O que me ajudou a encarar a morte foi o curso da especialidade. D2.3. No curso a professora perguntou a todos: _ Como gostaríamos de ser recordados? E também, como é que nós vivíamos a perda de alguém muito querido?

E o curso de pós graduação que fiz de terapia cognitiva e comportamental. D2.4. Era nos perguntado: Se nós quiséssemos pôr o obituário no jornal, o que nos púnhamos sobre a nossa pessoa? O que nós fomos? Como gostaríamos de ser recordados? Isso na altura não me afligiu muito, porque naquela fase tinha 30 e poucos anos. Mas na especialidade sei que chorei muito. Ajudou-me o facto de a professora falar numa perspetiva de que quando nós estamos para morrer vem alguém muito querido para nos buscar, D2.5, (...) dar-nos a mão e que nos transporta para um lugar sereno, e lembro me dos mortos que eu já perdi significativos na minha vida: o meu avô e o meu tio e penso sempre que eles vêm me buscar quando eu morrer. Se calhar a minha mãe já cá não estará quando eu morrer e também ela me virá buscar para me levar para um sítio bom, para eu estar em paz com eles todos.

Esse pensamento dá lhe calma e serenidade?

Dá-me calma, serenidade e ajuda-me a diminuir o sofrimento. Se me acontecer alguma coisa ajuda-me a perspetivar a minha morte. Dou muito estes exemplos nas aulas. *Pode*

ter a ver com uma questão religiosa, mas independentemente da religião, a mim pessoalmente ajuda-me a encarar essa situação. Acaba o corpo, mas há algo que continua. Não sei se é a alma, se o que é, mas eu quero acreditar nisto. D2.6.

Que sentimentos a morte lhe provoca?

Emociono-me muito pela perda de pessoas significativas. D2.7. Também me lembro de uma morte que me traumatizou muito. Há uns 8 anos um colega meu que era meu amigo e tinha combinado ir visita-lo ao hospital. Mas esqueci-me. Mais tarde recebi o telefonema de uma colega a dizer que ele tinha morrido. Fiquei parada. Mas morreu. Morreu como?

Foi um acidente de mota. Fui ao funeral e quando o destapei disse para mim não pode ser. Tu estares aí. Fui acompanhar o cerimonial ao cemitério. Tive que por óculos escuros para ninguém me ver a chorar, (...) mas chorei, nunca mais o ia ver, a sensação de perda e sentir-me culpada, fiquei em falta para com ele. D2.8. Quando o via dava aquele abraço que só damos a pessoas especiais e de facto ele era uma pessoa muito especial.

Às vezes quando estou aborrecida, olho lá para cima, e quase estou à procura dele.

Procura a pessoa noutra dimensão?

Se calhar é

D) Preparação para lidar com a morte.

Como percecionou a sua preparação académica para lidar com o fim de vida? É enfermeira e psicóloga, o que influencia essa dupla formação?

Com certeza que o curso de enfermagem me preparou de alguma forma, tive que cuidar de doentes que morreram. D2.9.

Mas teve contacto com a morte durante o curso?

Tive uma situação que me marcou bastante. Foi um Senhor que estava em fase terminal e fui administrar-lhe uma injeção intra muscular durante a noite e doeu-lhe e o senhor foi muito agressivo comigo. Chamou me bruta. Eu só disse: _ Desculpe, foi sem querer. Acabou por morrer quando eu não estava. Quando a esposa, mais tarde foi buscar o espólio disse-me: _ Sabe o meu marido antes de morrer levou duas pessoas com ele.

Uma foi a filha e outra foi a menina. Aquilo tocou-me. Mas nem tive coragem de lhe perguntar porque disse aquilo. Não sei se foi por eu lhe ter pedido desculpa. Ele sentiu que eu estava a ser genuína. De facto eu não o queria magoar.

Depois outra situação que eu tive, já era profissional, foi de um jovem que entrou no serviço, ele tinha uma situação familiar problemática. A família tinha poucos recursos e raramente o iam visitar. Uma vez ele perguntou-me. Quando eu morrer vai ao meu funeral? Fiquei um pouco atordoada, mas disse: _ Claro se eu souber. Pensei que conversa mais parva, mas não foi, ficou-me gravada a mensagem. Entretanto fui transferida de serviço. Ele tinha vários reinternamentos e uma vez foi visitar-me ao outro serviço. Deixei de o ver por algum tempo. Um dia estava no bar e perguntei ao médico dele, o que era feito daquele doente? E com a maior frieza ele disse-me: _ Já morreu. Aquilo chocou-me. Senti-me em falta. Tinha prometido ir ao funeral, se soubesse e não fui. São situações que vou guardar para sempre.

Na preparação para lidar com a morte, lembro-me que no início não tinha respeito para com o corpo. A pessoa morria. Havia o ritual de fazer a múmia e eu estava na brincadeira. D2.10. Houve uma colega que me disse: _ Tens que ter respeito pelo corpo! D2.11.

E isso tocou-a?

Tocou-me realmente, podia ser uma defesa minha para passar ao lado. Fiz aquilo inconscientemente, *mas o que é facto é que perante o que ela me disse eu nunca mais voltei a ter esse comportamento de brincadeira perante o corpo. D2.11.* Já no final quando alguém morria eu ficava a olhar para o corpo a pensar: minutos antes respirava, tinha vida, batia o coração e agora é uma coisa inerte.

Mas a minha postura de brincar com o corpo morto, isso acabou, talvez pelas situações que os enfermeiros mais velhos me foram alertando de que não era a postura correcta. D2.12. Talvez pela minha imaturidade.

No desempenho profissional, como foi cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

Com algumas situações tive dificuldade, D2.13, mas como trabalhava num serviço de medicina que às vezes morriam 3 e 4 pessoas por dia, penso que em algumas situações era um alívio para aquelas pessoas. O sofrimento delas era muito grande. D2.14.

Tenho uma experiência, aí ainda era estudante, foi na pediatria tinha uma criança com leucemia e a miúda estava a dormir e nos íamos fazer a colheita de dados da família. Sei que a mãe estava a fazer tricô e disse. Se ela ficasse agora assim a dormir era um alívio para ela e para nós.

Eu pensei, é estranho uma mãe dizer isto, mas o sofrimento já devia ser tanto, não só da miúda como da família que a pessoa morrer a dormir é o menos mau, porque morrer já é esperado. Espera-se que o desenrolar da situação seja a morte. E se aquele fim vai ser com sofrimento, porque não a pessoa que está já a dormir calmamente, ficar-se. Foi o que eu senti na mensagem daquela senhora, que me marcou muito. O aceitar que com a morte o sofrimento físico termina.

Percebi que houve vários fatores contribuíram para a capacitar para prestar cuidados de enfermagem a pessoas a viverem processos de fim de vida? Uma deles foi a mensagem da colega para que tivesses mais respeito pelo corpo. Que outros fatores contribuíram?

Foram as formações que eu fui tendo. D2.15. O facto de fazer a especialidade e nós termos a oportunidade de estar uma manhã a trabalhar a nossa própria morte e o corpo que é vida agora e daqui a pouco já não é. D2.16. Depois pensar nalguma coisa mística, era uma pessoa, deixou de existir, foi para onde? D2.17.

A dimensão espiritual influencia-a?

Ajuda. Tenho a convicção desde criança que existe Deus e que as pessoas que são boas têm um lugar no céu. Isto não é muito racional. Mas dá jeito pensar assim. D2.18.

Durante esta vida terrena fiz bem às pessoas e quando morrer, não vou para um lugar mau. Tenho lá alguém que me vai ajudar. Quero acreditar nisso! *Na transição para um lugar tranquilo. D2.20.* Que nós andamos a levitar por lá, não comemos, nem bebemos, não fazemos nada de físico, mas andamos por lá, assim umas sombras.

Será um lugar onde não temos que nos preocupar com a satisfação das necessidades humanas básicas?

Sim! Onde vejo pessoas de quem eu gostei e vou reencontra-las.

A perspetiva de que vai ter sensações boas?

Sim...Sim, isso mesmo....

Sim, uma passagem onde vou encontrar quem eu perdi aqui. D2.21. Um lugar onde não vai haver, conflitos, guerras, problemas económicos, nem conflitos familiares. As pessoas andam por ali, são livres e eu reencontro-as porque tenho saudades delas.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Tem passado essa mensagem aos seus utentes e aos seus estudantes, de modo a ajuda-los a encarar a morte de forma mais serena?

Em relação aos estudantes eu tento inculcar-lhes a ideia de respeitar o outro. D2.22. Digo sempre que no início, de certeza eles não vão ter uma postura como a minha, que resulta de um longo processo.

Vêm logo dizer: _“Ai professora não vou ser capaz de fazer isto, de fazer aquilo”.

Digo: _ É natural, você vai começar agora.

Com a minha experiência tento transmitir-lhes que há certos comportamentos respeito pela pessoa em fim de vida e com a família que também está em sofrimento. E muitas vezes basta estarmos presentes. D2.23.

Um estudante dizia-me: _ Professora se me perguntarem o que é que eu vou responder? Olhe se calhar, não vai responder nada. Se calhar, a única coisa que tem que dizer é reformular e dizer: _ Porque me pergunta isso? E devolver sempre à pessoa a pergunta. Ela própria vai encontrar a resposta dentro de si, nós só somos facilitadores desta compreensão que ela tem que ter.

Falei-lhe: _ *Muitas vezes pelo nosso olhar a pessoa percebe que nós estamos a compreender o sofrimento. Se a pessoa fizer uma pergunta mais concreta nós devemos ser genuínos e espontâneos e dizer: _ Olhe não sei! D2.24. Não consigo imaginar esse sofrimento. Compreendo que esteja a sofrer, mas não consigo imaginar. E é verdade!*

Nesta idade é normal. A morte para eles é um fenómeno muito afastado.

Também falei aos estudantes que para algumas pessoas a morte é uma bênção. É um desejo de acabar. Por isso há suicídios. D2.25.

Como aborda a morte e o morrer na sua prática docente? Quer nas UC teóricas, quer nos ensinamentos clínicos?

É sobretudo nas aulas de comunicação. Abordo o silêncio. A importância do silêncio. Cuidei de algumas pessoas em fim de vida e aquele silêncio é assustador, e demora uma eternidade. D2.26.

É um aspeto que os estudantes costumam ter dificuldade em gerir?

Nós estamos habituados a ter que dizer alguma coisa, mais não seja uma parvoíce. Do tipo: _ Isso vai passar. Hoje está um dia muito bonito. Era o que eu dizia quando iniciei. Eu até costumo brincar com eles e perguntar: _ Sabem porque têm duas orelhas e uma boca? É para ouvir mais do que falar. Têm que ter cuidado falar menos e escutar mais. De facto é o silêncio, estar ali, dar a mão a uma pessoa que está. Muitas vezes é isso que nos pedem: _ Não me deixe morrer sozinha. E isto também é fazer enfermagem. Enfermagem também é ajudar a morrer. *É preciso estarmos nós, enquanto pessoas e profissionais estar preparados para ajudar o outro a morrer. E nem sempre estamos preparados para isso. Depois há a fuga que é o caminho mais fácil. D2. 27.*

Tendo em conta as várias situações que viveu na sua experiência e algumas de que falou, que estratégias considera adequadas para ajudar os estudantes a lidar com a morte, nos ensinamentos clínicos?

Eles falarem do que estavam a experienciar, a sentir relativamente à morte e perguntar se estava a ser difícil. D2.28.

Normalmente quando nós víamos que a situação ia ter um desenlace menos favorável, isto no 1º ano, nós como estratégia mudávamos de doente. Ficavam com outros doentes que não esses, porque são situações muito complexas para alunos do 1º ano. Nem eles ajudam a pessoa nem a pessoa vai ajudar o crescimento deles. E isso aí era um cuidado que eu tinha.

De acordo com o que era espectável que desenvolvessem no ensino clínico não era propriamente a relação com uma pessoa em fim de vida, com sofrimento, no 1º ano.

Mesmo não tendo que cuidar daquele doente, mas observam o doente, podiam até estar na mesma enfermaria. D2.29.

Ajuda-los a expressar o que sentiam?

Sim, expressar o que sentem, sobretudo nas reuniões de reflexão. D2.30. O que eles sentiam, e também quando era para fazer os cuidados ao corpo (morto) perguntava se

alguém queria assistir. Uns diziam que não. Outros queriam. Eu falava com o enfermeiro responsável e eles ajudavam. Isso aconteceu, *estou a lembrar-me de uma aluna que fez a múmia e depois trabalhamos isso na passagem do turno.* D2.31.

Se houve algo que aconteceu na prática clínica, pergunto se querem falar sobre isso e vou gerir a situação, depois encaminho um pouco para situações que eles já tenham experienciado. D2.32.

Quando nós tínhamos a UC de desenvolvimento pessoal e profissional, no outro curso, trabalhávamos um bocadinho a morte. Acompanhávamos os alunos em vários anos. D2.33.

No 2º ano lembro-me de uma aluna dizer que a traumatizou ser chamada por uma vizinha que já não via a senhora e o que a traumatizou foi encontrar a senhora morta, caída no chão já a alguns dias. Ela fazia voluntariado nos bombeiros. A jovem chorou, chorou, e eu senti aquele choro desproporcionado. Eu só entendi o motivo desse choro, no ano seguinte quando falamos sobre a morte ela falou da morte do irmão, jovem, recém-licenciado e que vivia sozinho. E por morte súbita encontrou o irmão morto em casa. Aí é que eu fiz a ponte da aluna relatar no ano anterior a morte da pessoa idosa com a morte do irmão. O que foi trabalhado depois no 3º ano.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, ao longo dos 4 anos, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida?

No 1º ano eles devem ter uma aproximação. Para eles perceberem que há o início, o desenvolvimento e o fim. D2.34. Falando do envelhecimento que é a última etapa do ciclo de vida, explicar que há perdas. Enquanto pessoa há algumas perdas, físicas e cognitivas, mas também há ganhos e a pessoa idosa há o confronto com a morte, e há algumas reacções perante a morte. *Ficáramos por aqui no 1º ano. Perceber que há reacções perante a morte, o luto no sentido de perdas e não só perda da vida. (...)*

A pessoa perde a sua beleza, as suas capacidades e adapta-se a essas perdas. Há outros ganhos, a experiencia, a sabedoria, aquilo que os autores dizem. (...) *Ficava por aqui no 1º ano evitava que os alunos se confrontassem com o sofrimento e com a agonia.* D2.35.

No 1º ano ficava mais por uma abordagem curricular e não tanto de ensino clínico?

Sim, dizer que existe algumas reações perante a morte, há o morrer, a morte serena. Só assim teoricamente. Não punha o estudante diretamente em contacto com o sofrimento. Ainda é muito precoce.

No 2º ano como é que perspectiva a aprendizagem na área do adulto e idoso?

Já pode ir para o terreno. Não digo ficar acompanhar até ao fim, a não ser que seja importante para o estudante. Mas *para perceberem o desenlace numa doença oncológica, ou numa pessoa de 90 e tal anos, que já sabe o que a espera que até aceitam a situação D2.36.* Como fala o Erikson valeu a pena viver tudo até ali e agora aceitam serenamente a morte. *Mas quando o doente chegasse à fase de decadência, de declínio, tirava-os um bocadinho de cena, a não ser que eles quisessem, ou fosse importante. Quando os doentes entram em agonia e confusão, isso não. (...) D2.37.* Vem-me sempre à ideia do 4ºano na escola Francisco Gentil em que nós no 4º ano fazíamos estágio na medicina, no” pavilhão da morte”. Uma vez fui fazer o turno da tarde e numa enfermaria de 8 camas, estava tudo com biombos, tudo na fase agónica. Aquilo era um quadro deprimente. Mesmo tenebroso. Tudo a meia luz, as cortinas fechadas.

Parecia uma antecâmara da morte?

(...) Isto só no quarto ano. Segundo ano ainda não, é cedo. D2.37.

Como sugere a organização curricular do CLE?

Já tivemos a experiência de começar pelo ciclo vital e no 2º ano tínhamos a criança jovem e pediatria e no 3º ano o adulto e idoso. Agora não é assim. Que comentários aos planos de estudos.

O plano do antigo curso da Escola Francisco Gentil, quanto a mim estava bem estruturado. *Os alunos no 1º ano deviam ir para os serviços de medicina tinham mais tempo em ensino clínico e ficavam mais preparados, D.2.38,* depois no 2º ano com a pediatria perdiam algumas competências, ou seja achava que era preferível no 2º ano vir a médico cirúrgica que é o adulto e o idoso, mas agora tenho algumas dúvidas.

E no 3º ano como perspectiva?

Tenho dúvidas! Penso que eles têm que fazer a preparação à abordagem à pessoa à doença, mas também tenho dúvidas. Eu que criticava esta postura, já estou a aceitar mais, *agora acho que eles devem ficar mais em laboratório, fazerem muita prática simulada. Muito treino de situações, muito role playing e a pouco e pouco irem para a prática e aperceber-se do que se passa em contexto real.* D2.39. Já estou assim ambivalente.

Já está na fase de transição de um modelo para outro?

Sim, acho que afinal pode ter vantagens para o estudante.

Nas reuniões que nós temos tido, percebemos que para o estudante do 1º ano fazer uma abordagem ao corpo do idoso é muito complicado. Complicado para ele e para o utente, porque é um corpo que já está envelhecido, não tem beleza, não é atrativo, e também a questão da sexualidade.

Uma vez tive uma senhora de 80 anos que quando o enfermeiro, homem, a foi preparar para uma cirurgia da anca, ficou muito escandalizada porque o marido nunca a tinha visto nua. Há estas questões do pudor e da intimidade que temos que salvaguardar. E de facto o estudante do 1º ano não tem ainda o respeito e a consciência do que é o corpo do outro. Isto tem que ser primeiro muito trabalhado em sala de aula com os estudantes.

Preconiza que essa abordagem, na prática e no contexto real da morte e do sofrimento seja mais para o final do curso?

Sim 3º e 4ºano.

A partir de que semestre?

Final do 6 semestre, final do 3º ano. Nos últimos 3 semestres do curso. Mas atenção. *Quando forem para ensino clínico têm que estar com pessoas responsáveis. Não é com jovens enfermeiros, sem maturidade, que lidam com a morte como eu lidei.* D2.40.

Quer comentar a aprendizagem por tutoria?

Sim, exatamente. *Os tutores têm que ser pessoas que tenham uma postura perante a morte e perante o sofrimento com responsabilidade.* D2.41.

Que aspetos ligados ao processo de finitude aborda com os estudantes? Que conteúdos curriculares considera que devem constar?

Primeiro trabalhar com o estudante a morte. O que é para ele a morte, a morte familiar. Como encaravam isso, porque a alguns nunca morreu ninguém, D2.42, felizmente os avós têm 60 anos. Não tiveram perdas de familiares. Trabalhava um bocadinho a morte na perspetiva pessoal.

Como se imaginavam se agora lhes fosse diagnosticado um problema de saúde e tinham pouco tempo de vida. O que é que eles gostariam ainda de fazer e como é que eles consideram que os outros iam reagir a esta situação: o pai, a mãe, os irmãos, os avós.

Um trabalho psicológico interno?

Sim. Primeiro abordar a morte neles e depois é que ia para o outro e depois para a família do outro. Eu acho que estruturava assim. Primeiro trabalhar eles próprios. D2.43.

Se já tiveram perdas como é que foi. Se morreu alguém, o que sentiram. (...) D2.44 [continua a UC] Se tivessem um problema e 2 meses de vida o que acham que lhes ia acontecer. Para depois fazer o transfere o que é que acontece aos outros. Os outros também estão nesta situação. (...) Também têm família, também têm sentimentos. Para quando se confrontarem com a morte do outro haver empatia. D2.44. Mas importa vivenciar e treinar para aprender a ajudar a outra pessoa.

Depois de entenderem o que o outro está a vivenciar, actuar muito na base de dar resposta ao que os outros querem. O proporcionar conforto pode ser deixarem a pessoa sossegada e não incomodarem. Deixarem-na virada para consigo própria, para poder ter aqueles momentos de reflexão, ou de raiva. D2.45. O conforto físico, deixarem uma pessoa limpa, sem cheiro, a boca limpa.

Refere-se ao alívio da dor física?

Sim. Também privilegiava o proporcionar bem-estar físico. D2.46.

Também é importante dar-lhes a perspetiva de que se eles não estão bem com eles terem a coragem de perceber que não estão bem e pedirem ajuda, e serem substituídos nessa função que não tem mal nenhum. D2.47.

É preferível eles reconhecerem eu hoje não estou bem para ajudar aquela pessoa, passa pelo auto conhecimento. D2.48.

Falarem com a orientadora, o tutor e dizerem. Eu hoje não estou bem. Se não se importa eu hoje fico mais na retaguarda porque não estou bem.

Situações de começar a chorar junto da pessoa, às vezes o chorar até pode ser uma forma de o outro perceber que ele está a empatizar, não é! Mas às vezes pode não ser adequado. Enfim ele ter essa consciência acho que isso era fundamental.

Hoje não estou em condições para prestar cuidados a esta pessoa. E mais vale dizer do que ir ali contrariado e enfim, a outra pessoa percebe logo. Basta um toque mais agressivo, que a outra pessoa percebe que há ali qualquer coisa que não está bem.

Já falou dos conteúdos que considera importantes, e quanto aos valores da profissão, que valores devem ser desenvolvidos na aprendizagem do cuidar em fim de vida?

É o respeito. É um valor universal e os estudantes devem interiorizar formas de respeitar as pessoas. D2.49.

Às vezes também é difícil ensinar os estudantes a ter respeito?

Sobretudo a juventude, que não respeitam os pais nem as pessoas mais velhas. Como vão respeitar os doentes que estão numa situação de fragilidade.

Logo no 1º ano, no início digo logo as regras em sala de aula e a partir daí dou um toque no comportamento de respeito. Digo-lhes se não conseguem ter comportamentos de respeito uns para com os outros, em sala, e para comigo que sou professora, também não é quando vão para as organizações que vão respeitar os colegas, os outros profissionais e principalmente os utentes e os seus familiares.

Não se andem a enganar nem a vós, nem aos vossos pais. Devem escolher outra profissão e não andarem a perder tempo.

Por isso perguntei como podemos ensinar o respeito de modo a que os estudantes o apreendam e façam dele uma chancela da profissão?

Gostaria de fazer mais, mas em termos curriculares o tempo não permite. É a simulação de situações muito simples em que eles próprios é que dão os exemplos para fazer a simulação. E depois perguntar à pessoa que esteve na situação o que é que sentiu, com a reação dos colegas? D2. 50.

Primeiro crio o ambiente de aprendizagem: _ Digo que não há respostas certas ou erradas. Que temos que aprender por isso é que estamos ali. Aqui não há que ter medo, estamos todos a aprender. Mas diga o que é que não gostou na reação do colega.

Alguns dizem logo, outros só na segunda sessão. Dizem: _ Não gostei. Podias-te ter sentado. Não falaste comigo.

Trabalho muito esta interação com o outro, a aproximação do outro. Como é que se respeita, como é que se toca. D2. 51.

Considero que *com este modo de comunicar pelas novas tecnologias, pela internet, vamos ter um problema em breve na formação dos estudantes, que é eles não saberem olhar para as pessoas. (...). Não aprenderam. Agora comunicam por mensagens. (...) A pessoa não está lá. Nós professores vamos ter estudantes que não têm competências para falar connosco sequer, porque não sabem. Estão habituados à escrita e ao ecrã. D2.52.*

Considera que os instrumentos básicos da enfermagem, com que nós trabalhamos como o toque, o olhar, o observar, vai ser difícil aprender para esta nova geração de estudantes?

Vamos ter que nós arranjar estratégias para ensinar isto.

Considera que é importante o aluno aprender a mobilizar este instrumental?

Isso é fundamental. Tenho 25 anos de profissão estive 18 de prática e não sou uma pessoa adepta de altas tecnologias. Para mim cuidados intensivos nem pensar. Urgências nunca pensar. Eu sou mais de trabalhar a relação de estar com a pessoa. *E sinto que é um instrumento fundamental desenvolver a confiança que o outro tem em nós, para nós proporcionarmos bem-estar à outra pessoa. D2.53.*

Dou sempre exemplos da minha prática é isso que capta a atenção deles, não é eu pôr slides muito bonitos, isso não entra. É contar exemplos de como aquilo que está ali escrito teve efeitos. E isso captam, até se sentam mais direitos na cadeira, levantam a cabeça. Também utilizo exemplos situações da prática dos enfermeiros dos cursos do complemento. Não identifico a pessoa. Quando nós tínhamos aquela metodologia de refletir sobre a prática e identificar necessidades de formação. Vou buscar essas situações. E conto que aconteceu com uma enfermeira que queria trabalhar a gestão de emoções. Quando ela tinha situações difíceis com os utentes, era o próprio utente que

consolava a enfermeira. Aqui alguma coisa não estava bem e faço a diferença. Uma coisa é a pessoa contar-me uma situação eu ficar emocionada e pode até vir-me alguma lágrima, isso já me aconteceu e não tem mal, a pessoa percebe que nós sentimos o sofrimento, outra coisa é cada vez que me contam uma desgraça eu desmancho-me a chorar, como se aquilo fosse o meu problema. Isso também não é saudável, nem para o utente, nem para o profissional. Há situações que eu aproveito para lhes captar a atenção, porque é isto que lhes toca fundo, acho eu.

Que competências considera fundamentais para aprender a cuidar em fim de vida?

Como competências desenvolver o auto conhecimento. Para saberem quais as situações que eles conseguem gerir e as que não conseguem gerir. E saber pedir ajuda. D2.54.

Saberem que têm que ter estratégias de bem-estar pessoal, (...) para eles. Terem alguns ovis que sejam importantes para eles e mesmo durante a vida (...) saberem que saem do serviço e têm outras atividades que lhes deem prazer e cultivar e desenvolver esses ovis é fundamental. D2. 55.

Quem for para determinados serviços tem que desenvolver competências adicionais, como por exemplo que for para oncologia tem de fazer cursos de formação. D2.56.

Em termos de competências saber a parte teórica é inevitável. Há bibliografia boa sobre o fim de vida. D2.56. Nos trabalhos de Hennezel têm bons exemplos.

Resumindo: acho que é essencialmente o auto conhecimento, saber pedir ajuda, desenvolver estratégias para estar bem, se estiverem bem cuidam melhor, e depois perceber que há sofrimento e como é que se pode ajudar essas pessoas. D2.57. Às vezes é passo por passo, perceberem quando é que tem que se retirar para alguém os substituir.

E as competências comunicacionais?

Sim. A comunicação não-verbal. No verbal às vezes dizem disparates, que vale mais estar calados. D2. 58.

Agora no não-verbal, o estar ao pé daquela pessoa, o conseguir gerir o silêncio. Ler nos indicadores não-verbais não só da pessoa como da família. Ver o que se está a passar à volta da família. D2.59. Que ajudas é que ela está a precisar. Aí faz falta a supervisão.

Considera que os estudantes são preparados no curso para lidar com o doente e também com a família, ou considera que é uma lacuna?

Eu acho que *o estudante está muito vocacionado para o doente e não para a família. Talvez só no 4º ano, quando vai para a comunidade, é que percebe que há famílias e que têm que ser cuidadas também.* D2.60.

Na pediatria (...) também percebem que para cuidar da criança há o pai, a mãe e a avó. Começam a perceber que há outro círculo à volta, mas no adulto eu acho que eles ignoram um bocadinho a família. Vem-na como elemento para colher dados e não a família como alguém que precisa de cuidados. D2.62.

Veem a família como contexto e não como cliente que também precisa de ser cuidado?

Exatamente!

Considera que há lacunas na aquisição competências par cuidar da família?

Considero que não há. Isto tem a ver com o que é pretendido atingir em cada ano e está encadeado.

Isto é assim: Na prática as nossas colegas dos cuidados intensivos estão centrados no doente e fogem da família. Muitas vezes a família procura-os e eles disfarçam. Olham para o soro, para a mão do doente, para a máquina e nem sequer conseguem encarar a família, porque não conseguem lidar com o sofrimento da família, no entanto são pessoas que estão constantemente a lidar com situações de morte e de coma. Em termos estatísticos a percentagem de sobrevivência é mínima.

Relativamente aos estudantes talvez prepara-los mais para cuidar da pessoa que sofre e depois da família. D2. 63.

Considera que deve haver faseamento nessa progressão de aprendizagem?

Há o doente que tem família, sai da família para ir para o hospital e depois volta para a família. A família está sempre presente. Depois, *perceber que esta família, vai perder o doente e vai ter necessidades agora e depois, porque ele acaba.* D2. 64.

Considera que estão motivados e nós ajudamos os estudantes a cuidar das famílias, ou é uma lacuna?

Os antigos planos de estudos do curso de bacharelato, tinham lacunas neste cuidar das famílias. A prova é quando tínhamos enfermeiros a fazer o Curso de Complemento de Formação, grande parte deles trabalhava a morte da pessoa e não da família. D2. 65. Estavam preocupados como reagir perante a morte do doente. Numa especialidade talvez vão trabalhar como é que a família reage à morte do seu ente querido e as necessidades que esta família tem perante o outro que está a morrer. D2.66.

Considera que o CLE deve preparar o estudante para lidar com a morte do outro e a especialidade, noutra nível, o cuidar da família?

Sim. É muita coisa. Devem ter bem consolidado a sua morte e a morte do outro. Depois é mais fácil fazer o transfere para a família. Eu não acredito que eles cheguem à morte do outro sem trabalhar a morte deles, mais difícil ainda trabalhar a morte da família sem trabalhar a sua morte e a do outro. D2.67.

Julga que são muitas competências para os estudantes do CLE?

Eu acho que sim!

Concluindo, considera que nos 2 primeiros anos trabalhar a sua própria morte e só depois a morte do outro?

Sim e no 4º ano fazer o transfere. Já trabalharam a sua própria morte, a do outro e agora não se esqueçam que há a família envolvida.

Cuidar da família como sistema ficaria para uma especialidade, ou não?

Já era mais fácil, mas até pode acontecer no 4º ano. Sim já há alguma abertura para... atenção que esta pessoa tem família. Que necessidade é que ela tem? E acredito que alguns até conseguem lá chegar, mas não sei.

O que nos vemos na prática? Os enfermeiros fogem. Ou utilizam o humor na situação. Olha é mais um. Nunca mais se apaga.

Usam certos eufemismos?

Sim do tipo. Ainda cá está. É resistente ... Então a família nem pensar.

Na sua perspectiva pedagógica deste aprender a cuidar em fim de vida, como vê o papel do tutor?

É fundamental a vários níveis. *O tutor tem que ser uma pessoa profissionalmente evoluída, não só de saber fazer, mas do saber pensar e de saber estar, isso é fundamental. E não é um tutor com 3 anos de experiência.* D2.68.

De acordo com a teoria da Benner, um tutor deve ser uma pessoa que se situe próximo do nível do perito?

Sem dúvida. Para estas situações, porque com 2 anos de serviço podem dominar muito bem uma técnica, agora ir além da técnica ... *As competências relacionais são importantíssimas, sabemos que há enfermeiros que eles próprios tem medo da morte.* D2.69.

Há enfermeiros que não ajudam o estudante. O que acontece é que o aluno rapidamente entra naquele jogo do tutor, de não valorizar e brincar com a situação, que é o caminho mais fácil e exige menos. D2.70. Por isso é que não pode ser qualquer profissional. É necessário que eles tenham uma visão mais profunda desta fase e do sofrimento da pessoa, porque alguns delegam e evitam e pronto.

Adotam estratégias de fuga ou evitamento?

Eu lembro-me quando eu estava na prática era isso mesmo que eu fazia. Eu não tinha ninguém que me ajudasse. A não ser a colega que me disse: _ Atenção está aqui um corpo.

Não teve bons referenciais?

Tive aquela que me tocou. Só me disse aquilo e tocou-me tanto se houvesse uma que seja profunda e mantenha comportamentos de respeito. De certeza que tem um impacto muito maior na formação do jovem profissional e do estudante.

Agradeço-lhe muito. Ultrapassamos um bocadinho o tempo previsto, mas foi muito importante o que disse. Depois de transcrita, se desejar reenvio-lhe a entrevista.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D3)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural. Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento, Estado civil? Habilitações profissionais. Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Docente do sexo feminino].

Sou de nacionalidade portuguesa, tenho 43 anos, sou solteira. Fiz o curso de enfermagem em Lisboa na antiga Escola Francisco Gentil. Fiz a pós graduação em oncologia na Escola Francisco Gentil e o mestrado em enfermagem médico-cirúrgico na Universidade Católica.

a.2) Caracterização profissional.

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Sou enfermeira há 20 anos. Sou assistente do 2º triénio há 6 anos. Trabalho no Departamento de Adulto e Idoso. A minha área é enfermagem oncológica. Sempre trabalhei em oncologia e os últimos 6 anos que estive na prática era a coordenadora do serviço.

B) Experiencia no cuidar em fim de vida. Tem, ou teve, experiência profissional, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

No curso foi a minha primeira experiência em lidar com a morte. Inclusivamente foi logo no 1º ano e ao longo do curso fui tendo estas situações. D3.1. Fiz estágio em oncologia, nesse tempo os estágios eram grandes, de 2 meses e foi logo no 2º ano que

eu decidi que o que eu pretendia seguir era a área da oncologia e de cirurgia. *Os meus primeiros contactos com a morte foram enquanto estudante, em oncologia.* D3.2.

E marcou-a essa experiência?

O que me marcou foi a possibilidade de me permitirem acompanhar alguém que estivesse a morrer e a quem eu pudesse prestar todos os cuidados. D3.3.

Em relação aos estudantes eu não sou adepta de uma 'maternage excessiva'. D3.4. Nós professores na Escola Francisco Gentil fazíamos estágios presenciais com os estudantes. *A minha ideia é que dependendo da maturidade do estudante, há situações mais ou menos complexas, (...) nomeadamente doentes em cuidados paliativos e em fim de vida (...) que os alunos deveriam ter a experiência de os cuidar porque estavam acompanhados pelo docente e pelo enfermeiro tutor do exercício que é perito e que os podia ajudar a trabalhar a situação e dar o apoio necessário.* D3.5. *Acho que isto foi (...) o que mais me marcou enquanto aluna, foi sentir-me perfeitamente apoiada. Foram respeitados os meus tempos. Se não consegui estar em determinado momento saí, sem qualquer problema. Isso para mim foi muito importante, mais importante do que a experiência de contactar com a morte em si.* D3.6. *Foi importante sentir-me apoiada.*

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Eu vejo a morte dependendo das situações. Pode-me causar um grande mal-estar se eu percebo que o processo foi mal conduzido. O doente não está bem medicado, nem foi preparado nem ele nem a família. Isso deixa-me completamente angustiada e até irritada. D3.7. *Se estou junto do doente, tento que esse mal-estar não transpareça, tento manter a calma.*

Se isso não é assim, e se tudo está bem organizado eu sinto alívio, paz, tranquilidade, porque isso espelha-se no rosto do doente, no rosto da família e espelha-se no meu rosto. D3.8.

Vejo a morte como uma passagem de um percurso de vida em que nós a dado momento percebemos que não temos intenções de curar, mas conseguimos intervir e dar

qualidade de vida. Conseguimos preparar a pessoa e a família também para um processo de luto, por isso encaro com calma. D3.9.

Claro que às vezes há situações que nos tocam mais, pela idade, por situações de vida. *Há alguma saudade porque muitas vezes são doentes que têm muito tempo de ligação connosco.* D3.10.

Posso me emocionar, mas eu nunca tive problema de me emocionar junto do doente ou da família. Encarei sempre isso não como uma fragilidade, mas como uma característica humana. D3.11. E apesar de ser profissional, as pessoas percebem, tem a ver com as relações que eu tenho com elas, que às vezes são de meses. Essa emoção nunca me impediu de eu depois não poder atuar enquanto enfermeira. Acho que sempre consegui distinguir uma coisa da outra.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

O plano de estudos do meu curso tinha uma vertente oncológica imensa e do ponto de vista teórico, eram abordados aspetos ligados à doença oncológica, ao impacto da doença, aos diferentes estádios. *Não se falava na época (há 20 anos) em cuidados paliativos, como se fala agora, não era falado desta forma, mas este cuidar em fim de vida era partilhado e muito trabalhado.* D3.12.

Depois obviamente tendo ido trabalhar para a área da oncologia, mesmo estando num serviço de cirurgia, fui confrontada com esta realidade. Tive que me munir de instrumentos através de formações que fiz, através de leituras e pesquisas que realizei, D3.13, através da partilha com outras pessoas com mais experiência, para poder adquirir suporte para cuidar nestas situações. D3.14. Não é um processo fácil cuidar alguém em cuidados paliativos, nomeadamente num serviço em que, por vezes da equipa médica não há qualquer noção do que é isto da filosofia dos cuidados paliativos. *Eu tive que ir pesquisar à base. O que é esta filosofia dos cuidados paliativos. A Cecília Sander a outros autores, fui por aí, para conseguir perceber como posso transferir esse conhecimento para a prática.* D3.15. Como é que eu in loco faço isto. Foi muitas vezes por tentativa e erro. Fiz vários estágios profissionais em cuidados paliativos, no Hospital da Luz, no C.S. de Odivelas, em Pamplona na Espanha em UCP.

Estive em várias Unidades de Cuidados Paliativos. Fiz estágios de propósito para aprender a trabalhar in loco, as aprendizagens que nós fazemos não são só sob o ponto de vista teórico. D3.16.

Estive numa conferência sobre gestão da comunicação com o doente oncológico. *Um dos aspetos mais difíceis de eu gerir nos doentes em cuidados paliativos foi gerir a esperança.* D3.17. Eu tenho 20 anos de profissão e sempre na área da oncologia.

A Dr^a Kubler Ross diz que a esperança está presente ao longo do percurso da doença.

Exatamente. *Uma das dificuldades que eu tenho é dosear, gerir a esperança sem “cortar” a esperança. Isto é um processo que é complexo.* D3.18. *Ninguém passa por um desenvolvimento de competências a este nível sem ter que ver modelos, sem ter que ler várias coisas e sobretudo ter que desenvolver na ação e ter noção e consciência de aspetos que foram menos bem e refletir para posteriormente mudar.* D3.19.

Não há listas, não há checklist, há várias técnicas que nos podem dar ajuda. *Como é que eu lido com a conspiração do silêncio, como é que eu lido com os estilos de aviso, como é que eu faço a técnica dos dedos cruzados.* D3.20.

Há várias coisas que me podem ajudar, mas eu tenho uma pessoa que é aquela pessoa. *Eu tenho que adaptar e ir percebendo como é que eu tenho que fazer. Daí o grande desafio dos cuidados paliativos, como outra área qualquer, mas esta com uma particularidade de não termos uma intenção curativa.* D3.21.

É outra filosofia, do cuidar para a morte e não do curar. E não é fácil quando trabalhamos em determinados serviços com imensas barreiras, e quando as pessoas não percebem a intencionalidade das intervenções paliativas, ou quando a própria equipa não percebia determinadas coisas. D3.22. Eu lembro-me de um senhor que o desejo dele era despedir-se dos alunos e dos colegas da faculdade. Foi arranjado, fez unidades de sangue e recebeu numa hora mais calma do serviço as suas visitas devidamente arranjado, vestiu o seu pijama e o seu robe e despediu-se das pessoas que lhe diziam muito. Este senhor morreu passados 2 dias. Os profissionais perguntaram irritados, para quê fazer sangue nesta situação, mas esta intervenção tinha uma intenção, ajudá-lo a satisfazer um desejo. *É preciso compreender a intencionalidade das coisas. É um cuidar para o bem-estar. Mas equipas muito jovens têm dificuldade em perceber isto. Vamos lá pensar porque isto é feito.* D3.23.

Feito porquê? O que é que eu sei do doente que me permite fazer isto? Isto não é à toa que surge, tem uma intenção.

É um indicador de qualidade permitir que a pessoa, nos últimos dias da sua vida, continue a realizar os seus sonhos.

Isso só é possível porque nós tínhamos percebido essa necessidade do doente, e conhecíamos bem o doente.

Se bem percebi os fatores que contribuíram para aprender a cuidar em fim de vida foram: a formação suportada em modelos teóricos, os estágios, a sua prática clínica e a reflexão sobre a prática? Como foi este ultimo? Um processo só ou acompanhada?

Sim. Foram as duas modalidades. A reflexão só e acompanhada. Porque eu fui também formadora em serviço, e há situações muito pesadas no serviço, sobretudo quando morre gente muito jovem. *No momento a seguir à passagem de turno, no momento do café, em que algumas destas questões eram colocadas. E eu fazia o propósito de as levantar. Também tinha essa abordagem intencional. Não só para que as pessoas não entrassem num desgaste, para que pudessem expressar-se, mas também para eu reflectir alto e explicar o porque das decisões.* D3.24. Explicar porque se fazem determinadas coisas e não outras. Estava a auto refletir sobre as situações. Fazia muitas vezes os dois em um.

E a sua formação foi de que tipo?

Foi orientada. Foi feita com intencionalidade já definida.

Mobiliza a dimensão espiritual para o cuidar?

Isso não me influencia muito. A mim influencia-me eu perceber que aquela pessoa não morreu num sofrimento atroz. Houve alguns mini projetos que conseguiu cumprir. E que a família tem algumas estratégias para conseguir desenvolver um trabalho de luto. Isto independentemente das crenças das pessoas. Eu não me vejo influenciar muito por isso, o que me interessa é esta situação e as repercussões que isso tem na família para o futuro.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Falamos sobre os fatores contribuíram para a habilitar para prestar cuidados de enfermagem a pessoas a viverem processos de fim de vida, gostaria que me referisse como é que ensina ao outros, os estudantes e colegas iniciadas, a aprender a lidar com o morrer?

Tenho e pertenço ao grupo que leciona a UC de Opção “Oncologia”. *Não abordo propriamente a morte, mas todos os estádios e a evolução da doença, onde os cuidados paliativos e o doente em fim de vida também emergem. Assim como emerge os sobreviventes.* D3.25.

Em estágio como ajuda os estudantes a cuidar em fim de vida?

É assim! *Os estudantes têm que ter dificuldade em cuidar em fim de vida, com o atual plano de estudos do CLE é insuficiente o número de horas para bordar o processo de doença crónica com esta dimensão e nomeadamente a doença oncológica que é uma que tem uma grande emergência.* D3.26. Não é só essa que tem doentes em fim de vida, mas tem em grande número. Alias há uma coisa que os alunos nos dizem no final da opção: _ “Isto não devia ser opção mas obrigatório”. Isto quer dizer muita coisa!

A sensação que eu tenho é que os alunos não têm qualquer preparo. Nem do essencial. O que é isto das representações da doença crónica, o impacto na vida de uma pessoa, os diferentes estádios, quanto mais capacidade para cuidarem de alguém. D3.27.

Na prática eu acho que neste momento não está a capacitar para isso (...). Sou muito franca e clara. Como é que nós tentamos resolver isto? (...) Vai depender muito dos locais de estágio onde eu tenho os alunos. D3.28. Se eu tenho alunos num local de estágio que é muito dedicado a essa área e eu tenho como enfermeiros colaboradores pessoas que são peritas nessa área o trabalho é desenvolvido numa atitude de parceria, num envolvimento a par e par e eu sei que aquele enfermeiro tutor vai servir de modelo, eu sei que há uma filosofia de cuidados paliativos, eu sei que há uma filosofia do cuidar paliativo. Eu sei que o aluno vai rever na prática tudo o que vai estudar.

A figura do tutor é extremamente importante como modelo. Os alunos aprendem com bons modelos e com pessoas que têm boa formação académica, mas também a experiencia do dia-a-dia em que cuidam muitos doentes em cuidados paliativos e em

fim de vida. Portanto têm um conhecimento que não vem só nos livros. Por isso é que são peritos. D3.29.

Quando isto não acontece é porque é muito complicado. Porque o que eles vêm nem sempre é o melhor.

Como é que eu trabalho com os alunos em estágio? Vamos analisar cada situação em concreto. D3.30. O que é a filosofia dos cuidados paliativos? Qual é a minha intenção no eu cuidar? O que é que eu pretendo fazer? O doente sabe o que se passa? O doente está ansioso, enervado ou agitado? Isto porque é que acontece? Tem a ver com alguma metastização que o doente tenha? Ele quer transmitir algo que não consegue? O doente não tem um controlo sintomático? Isto é o quê? Ele está a tentar comunicar alguma coisa? Os estudantes têm que perceber estas questões.

Não é só prestar cuidados de higiene e conforto ao doente e banho completo que é suficiente. O doente está nesta agitação toda e temos que perceber o que se passa. Há algo por trás, pode ser físico ou não. Temos que procurar perceber o que é verdadeiramente importante para o doente nestas situações e em cada fase.

E quanto à família?

De acordo com o código deontológico não é o enfermeiro que comunica o diagnóstico, nem o prognóstico médico à família, mas o enfermeiro deve informar e preparar esta família. D3.31. Pode usar a técnica dos estilos de aviso, pode confrontar sobre algumas coisas e depois interpelar junto do médico assistente, no sentido do médico também começar a intervir com a família. *Ver como a família reage, ver quem é o suporte familiar, começar a articular, fazer conferências familiares.* D3.32. *Se a família não estiver informada, como se pode despedir do ente querido? Como prepara o luto? E isto é responsabilidade dos enfermeiros.* D3.33. *É preciso consciencializa-los de que as ações têm repercussões na vida das pessoas. E a não ação tem igual repercussão. E não podemos “chutar” a nossa responsabilidade. Os enfermeiros têm áreas bem definidas nos cuidados paliativos e nos cuidados em fim de vida.* D3.34. E quais são elas.

Eu, enquanto professora, não estou no serviço em presença física contínua, eu não posso servir de modelo.

Qual a sua opinião sobre o modelo de ensino clínico não presencial?

Tenho uma posição muito concreta em relação a isso. *O que eu defendo é um modelo (...) usado na antiga Escola de Enfermagem Francisco Gentil e noutras, (...) que é o docente em presença com um perito do serviço. Acho que isso é o modelo ideal.* D3.35.

Eu já experimentei este modelo noutra papel, não como docente, mas como enfermeira tutora em regime presencial, dependendo das escolas eu podia estar ou não naquele período só em exclusivo para apoiar os estudantes da Escola. *Para mim é o ideal. A pessoa do serviço que é perita, que domina os circuitos de intervenção, está por dentro de tudo, mas acompanha as reuniões na Escola, está a par dos conteúdos leccionados nos currícula da Escola. Faz um trabalho continuado. Não perde a ligação. E está só dedicada aos estudantes com o professor da escola.* D3.36. Do ponto de vista pedagógico há esta consonância, uma ligação muito estreita e facilitadora da aprendizagem. *O tutor não tem as estratégias pedagógicas dos professores, mas têm os saberes da prática que alia a outros saberes e competências. Por outro lado vai aprendendo algumas estratégias pedagógicas, porque tem o docente como modelo.* D3.37.

Que estratégias pedagógicas considera adequadas para ajudar o estudante em ensino clínico a cuidar de doentes em fim de vida?

Eu acho que as reflexões sobre a prática são importantes. E isso emerge até de forma natural nos jornais de aprendizagem. Mas não podemos pôr os alunos em ensino clínico só a fazer reflexões, porque elas têm que ser trabalhadas e sustentadas com situações reais. D3.38. *Eu acho que nós temos que ter um acompanhamento de perto para perceber a inquietude do aluno. O mau estar que o aluno às vezes tem. E perceber as dificuldades que o aluno está a ter mesmo sem ele as verbalizar, para o poder ajudar in loco.* D3.39.

Isto exige tempo, estarmos perto e disponibilidade, que com a quantidade de coisas para fazer não conseguimos. O que é outra dificuldade.

Eu tive uma estudante no estágio numa grande ansiedade. Fui interagindo com ela perguntando o que se passava. Fui-a deixando falar, exteriorizar os sentimentos dela. Clarificar este sentimento de impotência dela. O porquê de não ser capaz. O que a levou a reflexões muito mais internas. E que se confrontou com outros problemas que ela tem relativamente à morte por experiências que não estavam bem resolvidas. E não era uma situação pontual. Era um acumular de coisas.

Agora se me perguntar se eu consigo fazer isto com todos os alunos? Seguramente que não consigo. *Com hora e meia por semana por estudante em cada estágio não consigo trabalhar estas questões de cuidados paliativos, de fim de vida, de morte, de luto, isto exige muita disponibilidade do docente.* D3.40. *Não posso levantar questões, em que o aluno começa a verbalizar sentimentos e emoções, sem ter espaço e disponibilidade para depois trabalha-las.* D3.41.

Não podemos levantar coisas que depois não conseguimos arcar com elas, e isso não dá. Não pode ser, agora desculpe lá que eu tenho outro aluno. Ou faço bem, ou não faço. Isto não é fácil.

Para mim os modelos da prática são fundamentais. Por isso os locais de estágio devem ser muito bem escolhidos. Cada vez mais se devem manter as parcerias com os docentes no sentido de haver um trabalho em conjunto. D3.42 *E as pessoas envolvidas, enfermeiros e professores têm que conhecerem-se. Sei que naquela área ele é perito, mas noutra não é tanto e tenho que ter mais atenção, investir mais nesta ou naquela área. Se andamos sempre a mudar de tutores perde-se muito.* D3.43. *Defendo uma grande fidelização dos tutores da prática à escola. Para mim isso é fundamental.*

D3.44. *Eu tenho orientadores com quem já trabalho há seis anos e que me dizem: _ Acabei de questionar o aluno sobre isto. Descrevem o que ele sabia e não sabia e eu parto para completar. Já não faço as mesmas perguntas ao aluno. Eu conheço a preparação daqueles tutores tão bem, que eu vou pegar outros aspetos que eles ainda não trabalharam, e sei que o orientador vai dar continuidade ao meu trabalho. Para mim isto é fundamental. Mas para se conseguir isto tem que haver tempo e continuidade.* D3.45.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida.

O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida?

Invisto muito, mas muito, nas competências relacionais. Muito na capacidade de escuta ativa. Muito na identificação das necessidades concretas das pessoas. D3.46. *Caso contrário os alunos vão dar tiros ao lado e fazer figuras tristes. O perceberem que existem estratégias que podem ser usadas do ponto de vista teórico. O perceber que não têm que necessariamente ter respostas para tudo. Porque não há respostas para tudo. Porque o silencio e o estar é importante. E isso é que é esperado pela família e pelos*

doentes, e não quem diga uma série de parvoíces, que não adiantam nada. D3.47. Que há questões que parecem que são só bom senso, mas não são só isso. Têm muito mais do que isso.

Tem que se ir á raiz das coisas e ter a noção de qual é a filosofia daquele tipo de cuidados. O que rege isto? O que está subjacente? Quais os valores? O da vida ou do bem-estar? É fundamental definir isto. D3.48. Tudo isto tem que estar bem claro, mesmo que eu a seguir não consiga otimizar uma série de intervenções, mas a intenção do cuidar é paliativo. Se eu não compreendo a filosofia inerente eu estou à toa.

O aluno tem que aprender, mas se tem o pensamento bem estruturado, mais facilmente ele entende o que se está a passar, e consegue-se direccionar e ter objetividade no cuidar. D3.49. Mesmo que na primeira vez não saía tão bem e o enfermeiro orientador tenha que intervir. Que eu reflita sobre a minha prática e verifique que em muitas coisas podia ter sido muito melhor. Mas houve uma intencionalidade que não fugiu de todo ao objetivo, houve um fio condutor da ação e isso para mim é fundamental.

Como perspetiva o processo de ensino aprendizagem dos estudantes ao longo dos 4 anos do CLE?

Eu acho que algumas coisas podem começar a ser abordadas ao nível do 1º ano, como as questões ligadas ao ciclo de vida, a morte no contexto contemporâneo, uma abordagem mais antropológica, e ficava por aqui. D3.50.

Os estudantes tem que ter outras competências mais trabalhadas para chegar aqui, nomeadamente não só os conhecimentos técnico científicos, mas muito a parte da comunicação e da relação de ajuda, senão estamos a falar chinês e não faz sentido, e os alunos não chegam lá. D3.51.

Não quer dizer que nas outras áreas do cuidar não seja importante tudo isto que eu estou a dizer. Claro que é! Mas aqui tem uma grande dimensão, porque a vulnerabilidade das pessoas envolvidas é terrível.

Para quem está do outro lado e somos confrontados com esta realidade, isto mexe com os nossos alicerces. É preciso ter alguma maturidade enquanto pessoa, para conseguir abordar estas questões. D3.52.

Temos que começar por conceitos mais simples. O que é isto da doença crónica. O impacto da doença crónica na vida da pessoa e da família, no redefinir os projetos futuros. Para depois chegar à morte. D3.53. A gente não começa a construir pelo teto.

Temos que perceber as implicações dos diferentes estádios, as diferentes fases. Desde o pré diagnóstico. Começar a trabalhar os conceitos.

Não percebo como é que o plano de estudos não é sustentado também por áreas de incidência, ou seja, o plano oncológico nacional que me diz que a formação na área de oncologia é fundamental, não só ao nível da especialidade, mas também da licenciatura, como é que isso não é expresso nas aprendizagens dos estudantes? D3.54.

Eu não estou a dizer que os alunos têm que ser formados para trabalhar para o IPO, mas estou a dizer que *os alunos têm que ser licenciados com competências para irem trabalhar em qualquer local, porque em qualquer sítio eles vão cuidar de doentes crónicos. Vão ter doentes em cuidados paliativos independentemente de serem oncológicos ou não.* D3.55. *Vemos moribundos em todos os tipos de hospitais e na comunidade. Isto tem a ver com a incidência das doenças e com a realidade do país. Se as aprendizagens para o cuidar devem ter em conta a realidade, como é que o plano de estudos não traduz esta realidade? E não dá resposta a esta necessidade da sociedade?* D3.56. Que eu saiba o plano de estudos deve ter também atenção a estes aspetos.

O plano de estudos atual está ajustado das necessidades de cuidados da população portuguesa?

Está fragilizado. *Há alunos que chegam ao 4º ano e não tiveram contacto com estas situações. Outros tiveram contacto, mas a situação não foi bem orientada.* D3.57.

Como vê esta questão do cuidar da família?

Neste plano de estudos *no 2º ano, quando vão para os estágios de cirurgia ou medicina, os alunos não se conseguem descentralizar do doente para se focar na família.* D3.58.

Muitos alunos quando nos chegam não tiveram contacto nenhum sequer com o hospital. *Muitos alunos nunca viram pessoas internadas num hospital e nunca tiveram próximas de pessoas doentes. Há inúmeras coisas em que tudo é novidade para eles e centram-se francamente no doente e em conhecimentos muito deficitários.* D3.59.

Eu tento sempre puxar para o lado da família e há alguns alunos que conseguem fazer bons trabalhos. Tenho a noção que chego ao fim de ensino clínico e nem todos os alunos conseguiram trabalhar os aspetos relacionados com a família. D3.60. Tudo depende do aluno que eu tenho à minha frente.

Que aspetos a privilegiar para desenvolver competências para cuidar da família?

Operacionalizar estes chavões do cuidar o doente e a família. Na prática o que é isso?

Estarem atentos e identificarem as necessidades da família. Estarem atentos às reações da família. Incluírem a família nos cuidados. Estarem presentes quando a família visita o doente e não passarem por perto para a família não lhes perguntar nada. D3.61. É necessário os alunos irem ao encontro da família. Escudam-se em atitudes de evitamento e de fuga. Porque o familiar longe do doente pergunta coisas que o aluno receia que lhe sejam perguntadas. E tem essa reação de fuga. D3.62.

Muitas vezes os alunos só abordam a família quando precisam de elementos para o histórico de enfermagem. Por isso eu digo sempre a intenção de abordar a família não é colher dados para o histórico. A intenção é de cuidar das pessoas e das famílias. D3.63. Os dados para o histórico são por segunda intenção. Temos que saber aplicar vários instrumentos de recolha de informação, mas não inverter as coisas, de só abordar a família para obter informação. Tenho a sensação que muitos alunos não têm a mínima ideia do que vão fazer no ensino clínico. Lerem o guião de estágio ou não lerem é a mesma coisa. D3.64. É preciso esclarecer: O que é um ensino clínico? O que vão fazer para ensino clínico? Qual a utilidade dele? O que pretendem desenvolver lá? Como vão planear o que vão fazer? Este ano tive uma reunião de 4 h hora para clarificar isto no início do estágio. Eu jogo claro com os alunos. Não tenho nada a esconder. Agora há regras para cumprir. Estou farta de alunos que andam só a mandar areia para os olhos.

Muito obrigada pela sua experiencia e pela forma como expressa a sua filosofia pedagógica. Quer que lhe envie a entrevista para validar?

Não, está à vontade, confirmo o que disse. Não é necessário validar.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D 4)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural.

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações profissionais? Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Docente do sexo feminino].

Sou portuguesa, tenho 44 anos, sou solteira, sou católica é a minha crença e a minha filosofia. Fiz o Curso Geral de Enfermagem na antiga Escola Técnica de Enfermeiras a (ETE) em 1988. Obtive a equivalência ao bacharelato e fiz o CCFE na Escola Francisco Gentil. Fiz a 1ª Pós graduação em Enfermagem Oncológica e o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica.

a.2) Caracterização profissional.

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Sou enfermeira há 22 anos. Comecei por trabalhar no Hospital de S. Cruz e depois fui para o IPO, onde trabalhei no serviço de transplante de medula óssea. Sou tutora de ensinios clínicos desde o meu 2º ano de exercício, isto é, há 20 anos.

Estou na docência há 5 anos e trabalho do departamento de Saúde do Adulto e Idoso. Acompanho mais os estudantes em estágio no 3º e 4º semestre e no 8º semestre no PEC, colaboro na UC de opção de Enfermagem Oncológica.

B) Experiencia no cuidar em fim de vida.

Tem, ou teve, experiência profissional, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Eu sou de uma aldeia e as pessoas têm muitos mitos acerca da morte, mas não se esconde, não é tabu. *Eu tive muitos familiares que morreram ainda eu era criança. Tive um irmão que morreu e primos que também faleceram, para além das minhas avós e trisavós, assisti aos velórios. Fiz essa aprendizagem no ambiente familiar, eu não cuidei deles, mas assisti ao fim de vida.* D4.1. O meu avô foi doente oncológico durante 20 anos e eu acompanhei-o na doença.

Nos estágios tive contacto com o fim de vida, no estágio do 2º ano, tinha um doente que tinha uma situação complexa, com imenso aparato, (...) desde cateter venoso central que era uma inovação, nós observávamos muito a situação clínica deste doente. (...) No estágio de gestão no 3º ano assisti a uma morte com um doente jovem de 27 anos, recém casado e com muitas complicações. D4.2. *Tinha metástases pulmonares, morreu com dispneia, isto há vinte e muitos anos em 1986, não havia cuidados paliativos, nem controlo sintomático, isto traumatizou-me muito.* D4.3.

Fiz estágio no serviço de medicina do IPO, conhecido pelo pavilhão da morte, em todos os pisos do pavilhão havia uma sala a célebre sala 5, para onde iam os doentes que estavam em agonia. Eu não sou apologista de juntar todos os doentes que estão a morrer na mesma sala, parece-me um contra censo estar a perpetuar isto, imagino para um doente que está na enfermaria, saber que vai para a sala 5 sabia logo que ia para morrer. *Não era a morte que me fazia impressão era o sofrimento. Eu não queria ir trabalhar para o IPO e hoje só me vejo a trabalhar com doentes oncológicos.* D4.4.

Como profissional trabalhei no serviço de transplante de medula óssea, onde havia um taxa de insucesso elevada e uma curta esperança de vida. Neste serviço orientei mais os estudantes do 4º ano, porque era precoce ter estudantes sem experiência de enfermagem com aqueles doentes.

C) Representação do fenómeno da morte.

Ao pensar na própria morte, ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Eu não sou a favor da vida a qualquer preço, a vida tem valor enquanto ela pode ser vivida. *Não sou a favor da eutanásia, o valor que a vida tem, é relativo e há algum*

sofrimento que é quase insuportável e aí eu considero que devemos aliviar o sofrimento, mas não me faz sentido prolongar a vida à custa do sofrimento. D4.5.

Contrariamente algumas intervenções, que são questionáveis, fazem-me sentido como tratamento sintomático, por exemplo uma transfusão pode ser um tratamento sintomático. Se aquela pessoa com dispneia melhora por fazer transfusão, faz sentido. O importante é que a pessoa esteja o melhor possível no tempo de vida que ainda tem para viver. Claro a pessoa que apresenta dispneia pode não ter só falta de hemoglobina, pode ser também por estar ansiosa, não sabe o que se passa com a sua situação, ou com o filho que não veio à hora da visita e eu também posso intervir.

Outro exemplo: *é sobre o apoio religioso que a pessoa pode dispor, deve-se informar que existe aquele apoio, não é quando a pessoa está morrer que se lhe diz vou chamar o padre para dar a santa unção. D4.6.*

Começou por dizer que era católica, a sua formação religiosa influencia a forma de encarar a morte?

Vejo a morte como uma passagem, não vejo a morte como um abismo, como um fim. Porém tenho alguma ambivalência no meu conceito, Eu sei que aquele corpo físico acaba ali. Mas a essência daquele ser pode existir noutra lado e existe certamente.

D4.7. *É naquilo que nós fizemos por aquela pessoa, portanto a morte e o morrer até pode ser uma promoção do meu bem-estar. Embora saiba que isto não é comprovado cientificamente, mas há certamente alguma dimensão em que aquela pessoa continua a existir. D4.8. É nesse sentido em que eu promovo a melhor qualidade de vida naquele tempo. E isso para mim é importante saber que enquanto houve intervenção humana promovemos o bem-estar daquela pessoa enquanto ser vivo.*

Esta dimensão espiritual está muito exacerbada, nos doentes oncológicos. Nunca tive um doente oncológico que fosse ateu. Acreditam sempre numa componente divina, mística, têm uma crença, uma fé, acreditam em algo. D4.9.

A um agnóstico é difícil entender muita coisa. O lidar com este tipo de doentes oncológicos e eles refletem-se em nós, eu não sei, nem discuto se há, ou não, outra vida, o que eu sei é que há algo que dá forças a estes doentes para eles conseguirem sobreviver a situações tão difíceis e durante mais tempo.

Várias investigações demonstraram que as pessoas que têm fé conseguem obter melhores prognósticos e melhor qualidade de vida que os que não têm fé, ou crença em algo.

Depois temos aqui (...) *outra questão muito emergente, é a tirania do pensamento positivo, O exigirmos ao outro que tenha sempre forças e um alento que lhe dê a coragem para enfrentar as dificuldades, os tratamentos*, D4.10, e que a fundadora da psico-oncologia a Dra Jimmie Holland fala muito. Esta senhora, já muito idosa, tem mais de 80 anos e fundou o serviço de psico-oncologia num Hospital de New York, escreveu um livro que se chama ‘O lado humano do cancro’ e tem um capítulo que aborda esta questão da tirania do pensamento positivo, que já escreveu há alguns anos, mas continua atual. Porque isto leva-nos a exageros. Não podemos cair em balões mágicos porque não os há. Há é muita sensibilidade para conhecer e ajudar a pessoa doente que temos que cuidar e a fazer o caminho com ela.

Não existem modelos estanques, a Dra Kubler Ross quando descreveu o modelo dela ajuda-nos a perceber e a sistematizar, mas na verdade nada é estanque, um dia o doente parece que está a aceitar, daí a pouco nega e depois negocia e aceita umas coisas, mas outras não. D4.11. Às vezes nem parece a mesma pessoa a falar.

E a questão da esperança de que fala a Dra Kubler Ross?

A esperança existe, pode não ser a esperança, na cura, no regredir os sintomas, num milagre, mas pode ser a esperança em conseguir viver com aquela situação, esperança em que não venha a sofrer muito, depende!

Mas quando eu digo ao doente, tem que ter força, tem que ter coragem, tem que conseguir superar, se o doente não tem êxito, se o tratamento corre mal, se há intercorrências, o doente questiona-se: _ Então eu não tive fé, não tive coragem, se calhar não tive o suficiente e por isso isto correu mal. D4.12. Esta forma de pensar pode virar a pessoa contra si, culpabiliza-se, vai lidar cada vez pior com a situação. O efeito pretendido era positivo, mas acabou por virar negativo. A culpa é dele, culpa não é dos tratamentos, não é da saturação e da incapacidade do corpo reagir, mas é ele que não sabe ter a força e o pensamento positivo, que era quilo que era muito preciso.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como foi a sua preparação no curso de enfermagem, que fez há mais de 20 anos, para lidar com estes doentes em fim de vida?

A minha curiosidade para lidar com as situações de morte foi desenvolvida no curso de base. (...) Tínhamos uma professora, a enfermeira Figueira, que abordava muito bem o tema. Eu tive aulas com ela e a seguir fui logo ler os livros da Kubler Ross, era quem estava mais em voga naquela época. (...) Não se falava em cuidados paliativos e o curso de enfermagem sensibilizou-me muito para as necessidades destes utentes. Embora haja uma grande diferença entre o que se aprende e o que se vê na prática. D4.13.

No desempenho profissional como foi cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

Tive muita dificuldade, em cuidar destes doentes, assumo que foi difícil. D4.14.

Que factores contribuíram para a habilitar para prestar cuidados de enfermagem a pessoas a viverem processos de fim de vida e se tornar perita?

A primeira coisa que fiz para ultrapassar as dificuldades, foi confrontar-me com as situações de morte. (...) Eu que não queria trabalhar em oncologia e não foi aí o meu começo como profissional, decidi ir para o IPO e sabia que ia cuidar de pessoas a morrer. Foi um desafio, o querer-me confrontar com os meus medos. D4.15.

As questões que eu me colocava e que me ajudavam a refletir: O que é que posso fazer para que a pessoa esteja nesta fase o melhor possível? O que é que nós valorizamos? Afinal o que vale a pena fazer? O que é importante para aquela pessoa? D4.16.

Depois foi a partilha, foi a experiencia, tudo contribuiu para eu aprender, mas foi com os doentes que eu aprendi a encarar a morte porque eu acho que eles se conseguem transcender. D4.17. Há pessoas que lutam muito que tem muito sofrimento, não só físico, mas aquilo que o povo chama a dor de alma, é o tipo de sofrimento mais difícil de aliviar. Mas também vi pessoas a fazer percursos de fim de vida que são inspiradores e que conseguem transformar uma coisa muito má, como a doença numa coisa muito boa, dão outro sentido aquela fase da vida e muitas vezes pessoas muito novas com percursos e projectos para realizar, e aceitam com serenidade a morte. Há aqui uma força que os transcende. E estabelecem sempre objetivos a curto prazo e exequíveis

No meu percurso profissional fiz muita formação em serviço. Embora não tenha feito nenhum curso em cuidados paliativos, mas no serviço onde trabalhei na UTM fiz muita formação internamente nas questões éticas e nas questões de fim de vida. D4.18.

Embora não fizéssemos supervisão clínica, porque nessa altura não tinha essa designação, mas *sempre discutimos as situações dos utentes no serviço. Estávamos organizados de modo a termos reuniões semanais em que participava toda a equipa multidisciplinar e alargada. As questões de fim de vida sempre me fizeram muito sentido.* D4.19. Embora a filosofia do serviço da UTM fosse para tratar e direcionada para a sobrevivência o que é facto é que estes doentes têm uma taxa de mortalidade elevada e um prognóstico com pouca esperança média de vida. Se pensarmos numa taxa de mortalidade na ordem dos 20 % é muito e ao fim de 3 anos 50% dos utentes morreram. Há um acompanhamento contínuo dos utentes transplantados, quer em internamentos por intercorrências, quer em consultas de follow-up pela mesma equipa. Os nossos utentes eram seguidos durante muito tempo em períodos muito marcantes da vida e isso marcava os doentes e as famílias, até porque eram muito doentes jovens e adultos.

Nós sempre tivemos muita preocupação em paliar e aliviar os sintomas, os doentes estão muito próximos de nós, estão muito confinados ao espaço do serviço, eles não podem sair. Tem tv e acesso à net no quarto, porque o contacto com o exterior tem de ser reduzido para prevenir complicações.

Embora eu não trabalhasse em cuidados paliativos, mas fazíamos imensas intervenções paliativas, isto porque dizer que estamos a cuidar em fim de vida é muito difícil, quando se trata de doentes hematológicos, a diferença entre o cuidar para aquele tratamento específico e cuidar para o fim de vida é muito volátil e muito difícil de dizer. *A nossa filosofia de cuidar vai no sentido de promover o bem-estar do doente e da família, e temos casos familiares muito complexos, como uma mãe com 3 filhos pequenos em que o do meio tem leucemia. E este núcleo familiar vem para Lisboa e desenraizado das suas origens na província.* D4.20.

O doente quando vai fazer um transplante pensa sempre eu vou-me curar, é assim que funciona o marketing na comunicação social, não é assim que nós vendemos os nossos serviços, inclusivamente *no consentimento informado salientamos bem qual a taxa de sucesso daquele tratamento. Nada era escondido. Mas uma coisa é o que se diz no papel, o que se explica antes, outra coisa é o que o doente compreende.* D4.21. Os

doentes fazem muitas complicações, umas mais sintomáticas, outras menos e o doente nem percebe que está a morrer. Como por exemplo uma doença do enxerto do hospedeiro.

Mas nas diferentes fases da doença a esperança está presente?

E tem de estar.

E) Experiencia profissional no processo de ensino /aprendizagem do cuidar em fim de vida.

Como aborda a morte nas UC em que leciona? Particularmente na UC de Opção de Enfermagem Oncológica que leciona.

Eu colaboro na Opção de Enfermagem Oncológica, não no sentido de ensinar a cuidar do fim de vida, mas do cuidar a pessoa enquanto ela está viva. É diferente. Falamos da morte como um percurso de vida. D4.22.

Como perceciona a visão dos estudantes sobre o fim de vida?

Os estudantes vêm com muitos medos por ex o cuidar um corpo morto, sem vida. D4.23.

A primeira vez que fiz cuidados pós morte, fez-me muita impressão. (...) Eu esperava que o corpo estivesse frio, mas estava morno. Só está frio e rígido se a pessoa já morreu há muito (...) Mas o que custa não é o morrer e o pós morte, o que custa é o antes, a fase de preparação. D4.24.

Como perspetiva o ensino sobre o cuidar em fim de vida no Curso de licenciatura?

Quer nas UC teóricas, quer nos ensinamentos clínicos?

Eu penso que nós abordamos pouco o fim de vida no curso, os alunos não tem grande preparação para estes cuidados D4.25

Analizando a parte teórica temos aqui duas vertentes:

As UC que são obrigatórias e as de opção que só alguns alunos fazem. E uma coisa é o que nós lecionamos e trabalhamos em sala de aula e outra coisa é o que eles apreendem. D4.26.

Cada vez me confronto mais com a dificuldade de se ensinarem coisas muito importantes nas aulas, mas que naquele aluno lhe passou completamente ao lado e não

fez sentido nenhum. E quando inquiridos dizem que nós nunca abordamos isso, quando até fui eu que lecionei aquelas aulas.

Confrontamo-nos muito com isto. Falta aqui um acompanhamento mais próximo do estudante. Há coisas que nos falham.

Nas UC de opção os estudantes consideram sempre que aquilo que foi ensinado era útil e foi necessário. É bom. É sinal que temos as opções direcionadas para o que eles precisam. D4.27

Que aspetos ligados ao processo de finitude aborda com os estudantes?

Colaboro no ensino e orientação de estudantes há 20 anos e ainda não conheci nenhum estudante que não tivesse dificuldade em confrontar-se com a pessoa em fim de vida. Tenho-me deparado com aspetos que eu considerava menos difíceis, como por exemplo, o olhar, o chegar próximo do doente. Se a proximidade física não é conseguida, como podem fazer uma aprendizagem em contexto clínico? D4.28. Este ano orientei alunos no PEC, é um estágio mais longo no 8º semestre, um grupo de estudantes do IPO e que se confrontaram com a situação de cuidar pessoas em fim de vida e referiram muitas dificuldades nesta abordagem ao fim de vida, apesar de terem outra maturidade e já terem passado por outras experiências.

Os tutores são muito importantes no processo de aprendizagem do estudante, por exemplo no IPO estão muito habituados a terem estudantes e a cuidar de doentes em fim de vida e transmitem aos alunos segurança, calma, serenidade e ajudam os alunos a partilhar as experiências e as dificuldades, mas nem todos os enfermeiros são assim na tutoria. D4.29.

Que instrumentos de apoio pedagógico ajudam o estudante a desenvolver competências nos ensinamentos clínicos?

Da minha experiência o diário de aprendizagem não tem sido muito eficaz, os alunos repetem os mesmos erros no último que eu corriji nos primeiros, em alguns casos, não são todos, mas chamam-me a atenção. D4.30. *O que considero útil no diário de aprendizagem é que o estudante pode escolher sobre a situação que quer analisar, normalmente escolhe aquilo em que teve mais dificuldade.* D4.31.

Referiu que 80 % das situações de ensino clínico no 2º ano trazidas para a Análise das Situações de Enfermagem (ASE) eram situações de fim de vida.

Como foi a sua experiência de orientar os estudantes da UC da Análise de Situações de Enfermagem (ASE)?

A filosofia da disciplina [ASE] é muito boa. Da avaliação feita verificou-se que as aulas foram muito espaçadas e a turma era muito grande, com 48 alunos. D4.31.

Como geriu uma ASE com 48 alunos?

Foi muito difícil. Cheguei a estar 6 h seguidas sem parar.

As situações que analisamos [na ASE] sendo fictícias, são construídas a partir do real, são situações que podiam ter encontrado em ensino clínico e que podem servir de guião orientador para a prática e pode ser agregadora de várias disciplinas e acima de tudo agregadora da pessoa cliente. D4.32.

A metodologia usada é comum a todos, usamos o processo de enfermagem, no entanto cada professor pode valorizar mais, um ou outro aspeto da questão, mas os resultados a que chegamos são próximos, independentemente da forma como lá chegamos.

Normalmente as situações que os estudantes trazem para a ASE, ou foram ou situações onde eles tiveram dificuldade em entender, ou em cuidar, ou situações mal geridas pelo serviço, onde as práticas clínicas podem não ter sido as melhores, podem ser em termos técnicos ou relacionais. D4.33. Os estudantes estão muito atentos à parte relacional e por vezes é necessário clarificar e contextualizar as atitudes dos técnicos. Eu como enfermeira por vezes sou diretiva com algumas famílias e muito permissiva com outras, depende do que cada uma está a precisar naquele momento, mas o ter a atitude ajustada ao momento e a cada tipo de cliente implica eu conhecer bem a situação e ter fundamentado os meus juízos de enfermagem que é uma coisa que os estudantes têm muita dificuldade. Na ASE corremos o risco de fazer a catarse do ensino clínico, por vezes é necessário controlar muito bem a situação.

Porque a UC de ASE decorre no início em simultâneo com o ensino clínico?

Este ano a ASE começou quando o estágio estava a decorrer, mas para o próximo ano pode ser planeada de forma diferente. Considero que o ensino clínico os absorve muito e eles não têm disponibilidade para a ASE que vai ficando um pouco esquecida.

Na ASE os estudantes tiveram dificuldades, mas eu como docente também tive e para o próximo ano farei de outro modo. Há uma filosofia de ensino aprendizagem com que nós também estamos a aprender a lidar, não são só os estudantes que estão a aprender.

D4.34

Este ano introduzimos os mapas conceptuais, como metodologia não é má, ajuda a organizar o pensamento. Mas há situações tão complexas que temos dificuldade em dizer o que colocamos ou selecionamos. *Selecionamos o modelo de Virgínia Henderson na teoria das necessidades humanas, os NIC e o NOC, a taxonomia NANDA e alguns que já viram aplicar na prática a CIP, mistura-se isto tudo e ainda mais alguns conceitos com uma linguagem muito própria e que os estudantes confundem, nem sempre temos tempo para trabalhar todos estes aspetos.* D4.35.

A disciplina de enfermagem do adulto do 2º ano está organizada em taxonomia NANDA e temos que nos definir com uma taxonomia e uma linguagem definida na Escola e transversal ao curso e depois o estudante pode ir a contextos da prática onde haja outras realidades. Não podemos é fazer diagnósticos de enfermagem com a taxonomia NANDA, e fazer os registos das práticas com a taxonomia que se usa no serviço, como a CIP. Isto é difícil para os alunos do 2º ano. Eu tinha estudantes em locais de estágio onde se usa a CIP, eles nem podiam fazer registos porque está tudo formatado, é só pôr as cruzes, depois nem sabem escrever. A CIP não há-de ser tão má se for bem utilizada.

F) Perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida.

Que competências considera necessárias desenvolver no aprender a cuidar em fim de vida?

Será que aquilo que nós professores transmitimos é tão biomédico que eles ficam focados nisso?

Os estudantes cada vez têm mais dificuldade em comunicar com os pares, com os tutores, com os professores, com os utentes e com a família dos utentes então ainda é mais difícil. D4.36.

É difícil para eles abordar e cuidar da família?

Eu acho que para adquirirem competências para cuidar da família depende dos contextos onde desenvolvem os ensinamentos clínicos, porque os modelos deles não são os professores, são os enfermeiros da prática. D4.37.

Mas a minha experiência como orientadora que sou e tutora que fui desde há 20 anos é de que *os estudantes não têm capacidade para olhar para além do doente. Eles olham para a pessoa numa perspetiva muito formatada, (...) com base num guião de observação que nós lhes damos. Os estudantes (...) quando vão para estágio levam uma bitola para observar a pessoa e só manejam aquela bitola. Não conseguem fazer uma abordagem holística. D4.38.* Este ano tive uma perceção que não tinha noutros anos. Por exemplo descrevem a observação física da pessoa, o tipo e a cor do cabelo, mas não refere que um dos membros inferiores está edemaciado, porque isso não vem no guião. Não referem se a pessoa tem um hematoma, porque caiu, não vem no guião. É como dizerem-me dum utente de 80 anos que tem o ânus perfurado, mas se não tivesse não teria chegado aos 80.

Os estudantes não têm capacidade de discernimento para observar o doente e as suas alterações ou especificidades próprias da idade ou da patologia, como podem estar atentos às necessidades da família, pelo menos no 2º ano não têm, e depois logo se verá. D4.39.

O que eu sei é que os estudantes têm cada vez mais medo de estar junto de pessoas que vão morrer. É a minha perceção e é isso que eles escrevem que tinham medo de se aproximar. D4.40.

Eu tive um estudante que tinha um doente em coma e não sabia que podia falar para ele. Mas ainda bem que escreveu, porque isto é muito fácil de desmontar.

Como perceciona o treino e desenvolvimento de competências comunicacionais em ensino clínico?

Eu tenho muito receio da forma como os estudantes apreendem os conceitos que nós lhes transmitimos. Os estudantes escrevem que fizeram toque terapêutico. Uma coisa é eu tocar na pessoa, mas eu não estou a fazer terapia nenhuma. Eles ouvem falar de determinados conceitos e depois não tem oportunidade de experienciar nem distinguir os diferentes tipos de tocar no outro e escrevem e dizem coisas inapropriadas. *Porque há vários conceitos deturpados, a escuta activa, se eles ouvissem só o que lhes dizem seria bom. Outro é a relação de ajuda, se conseguissem ter uma relação que ajude o*

utente já é muito bom. Nós enchemo-los de conceitos que depois não são seguidos de práticas que demonstrem o que efetivamente aquilo é, ou não é. D4.41. Utilizam estes chavões sem saber que tipo de prática estão a ter. Mas, também há estudantes que sabem falar sobre a comunicação muito melhor que eu, mas na prática não são capaz de estar junto a um utente. Sabem descrever tudo o que está nos livros, mas nem são capaz de estar e olhar para a pessoa. D4.42.

Os estudantes não sabem estabelecer o contacto, não sabem quando hão-de chegar e quando ir embora, a nível da comunicação não tem a noção e as regras da comunicação no social, quanto mais no profissional. D4.43.

Há estudantes que não conseguem falar com os doentes. Eu sei que é difícil comunicar, e para as pessoas mais tímidas, assustadas, num contexto desconhecido que não dominam e com a carga de virem a ser avaliados, ainda pior. D4.44.

Para todos os estudantes a morte é uma coisa assustadora, e depois é o não ser capaz de intervir para melhorar para curar. D4.45.

Os estudantes perante uma situação de fim de vida descrevem nos seus diários de aprendizagem que: Têm medo, a vontade é de fugir e ir embora, às vezes vão, mas depois voltam. D4.46.

Têm dificuldade em pedir ajuda e falar sobre os medos, receios e sentimentos com a orientadora. Uma situação que podia ser riquíssima para a aprendizagem não é aproveitada. O estudante tem que ser ajudado a perceber de que tem medo e o que pode fazer para deixar de ter medo. D4.47. Ou então não quer ser enfermeiro e vai para outro curso, ou se quero ficar o que é que vou trabalhar em mim para poder ficar. Mas nós docentes com tantos estudantes também nem sempre conseguimos ter tempo e disponibilidade para desmontar a situação e ajudar o estudante. D4.48.

Eu vou a estágio ou vou ver os registos que o estudante faz da sua prática, ou vou falar sobre os doentes, mesmo que eu demore 2 ou 3 horas com cada estudante não tenho tempo para tudo, porque há coisas básicas nos registos que são de fugir e temos que clarificar e eu não consigo fazer tudo, e tenho que optar. Corrijo os primeiros registos com o estudante e depois os seguintes mando já corrigidos e direciono-me para a situação dos doentes e passo muito tempo no estágio a ver os cuidados que prestam.

Em relação aos cuidados em fim de vida nós temos que dar muito acompanhamento ao estudante para resolver a situação de estudantes que não conseguem estar junto de pessoas que morrem, D4.49, estudantes que não sabem prestar cuidados de higiene e

conforto, deixar uma cama lisa, o doente confortável na posição que ele quer. Se um doente nos diz estou a morrer, não voltamos costas e vamos ver nos apontamentos o que havemos de dizer. Vamos falar com o doente ver o que a pessoa sabe, o que precisa.

Há situações da prática que devem ser analisadas e trabalhadas com aquele grupo de estudantes. Há 3 anos estive no estágio presencial de fundamentos no 1º ano e havia uma senhora de 60 anos a morrer de cancro, ela tinha uma mãe de 90 anos que desconhecia a doença e a evolução da situação de saúde da filha, foram na enganando. Só lhe disseram que a filha ia morrer mesmo na fase agónica. A mãe veio visita-la ao hospital e a filha morreu passado 2h. Este caso é uma oportunidade de e foi trabalhado em estágio com o grupo, pelas docentes. Os tutores nem sempre têm disponibilidade, nem oportunidade para fazer este acompanhamento.

Normalmente os enfermeiros escolhidos para tutores, são os mais qualificados, os que têm atribuído situações mais complexas e ainda as funções de gestão do serviço (...) Isto não é só uma questão de capacidade é também uma questão de tempo, (...) os enfermeiros não conseguem fazer tudo, estão muito sobrecarregados. D4.50.

Agradeço muito o seu contributo. Foi muito importante partilhar o seu saber e experiencia.

Quer validar a entrevista?

Não precisa.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D5)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante

a.1) Caracterização sociocultural

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações profissionais? Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Docente do sexo feminino].

Tenho 54 anos, sou casada. Fiz o Curso Geral de Enfermagem na Escola de Enfermagem C. Gulbenkian em Lisboa em 1978. Mais tarde fiz o Curso de Especialização em Saúde Pública na escola Fernanda Resende.

a.2) Caracterização profissional.

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Sou enfermeira há 33 anos. Sou professora há 30 anos, sempre como docente na ESE Caloust Gulbenkian, agora ESEL. Estou no Departamento de Saúde Comunitária, já estive no Departamento Médico-Cirúrgica e no Departamento de Saúde Mental durante 3 anos.

B) Experiência no cuidar em fim de vida.

Tem, ou teve, experiência profissional, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida? Como foi para si aprender a cuidar em fim de vida?

É assim, *eu nasci numa aldeia onde as crianças faziam parte, desde sempre, de todo o processo, de todos os acontecimentos de vida e, portanto, lembro-me perfeitamente de ir aos velórios e funerais quando era criança*, D5.1, das pessoas velhinhas. *Eu achava que só se morria quando se era muito velhote, porque na minha terra morria-se só quando se era muito velho. lembro-me que assisti à morte e ao funeral do meu bisavô. era criança, devia ter 6 anos, e foi uma experiência não muito traumatizante.* D5.2. Aliás a minha tia tinha vindo de França e trouxe-nos açúcar aos quadrinhos. Às crianças que iam ao funeral e ela foi dando açúcar aos quadrinhos enquanto nós lá íamos acompanhar o defunto.

C) Representação do fenómeno da morte.

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

A morte na época em que eu tive os primeiros contactos com o fenómeno, não tinha assim uma grande carga negativa, ainda hoje para mim não tem assim uma grande carga negativa, não envolve uma grande angústia. D5.3. *Aceito a morte, especialmente porque fui habituada desde criança a lidar com a situação de forma simples e natural.* D5.4.

Porque foi habituada, fez essa aprendizagem na família.

Exato.

C) Preparação para lidar com a morte.

Quando fez o curso de enfermagem voltou a contactar com o fenómeno da morte, mas não foi uma experiência nova?

Não, e também acho que *na escola, na altura em que eu fiz o curso, era dado um destaque à morte que eu penso que foi para mim muito importante.* D5.5. *Mas depois ao longo dos anos, acho que temos dado pouca atenção a este aspeto. Cada vez mais, há menos horas para dar atenção a esta área do cuidar para o fim de vida.* D5.6.

Considera que na sua formação davam suporte para cuidar nessa área?

Davam sim. Falávamos bastante sobre isso, tínhamos aulas teórico-práticas, falava-se muito, até vinha falar aos estudantes a professora Emília Costa Macedo. Aprendíamos a

teoria da Kübler-Ross, as etapas do processo de morrer, líamos uma série de autores recomendados e na moda.

Eram preparados em termos conceptuais para entender bem o fenómeno?

Sim. *E tive uma coisa muito boa, que foi durante o estágio, especialmente os estágios mais difíceis em que faleciam mais doentes, tínhamos aulas com um Sociólogo e um Psicólogo que iam ao campo de estágio, e nós falávamos das situações mais complicadas, as que nos causavam mais angústia. Nós tínhamos muito apoio, e também apoio da equipa de Saúde Mental.* D5.7. A professora Arlete Abreu, a saudosa Arlete, dava-nos muito apoio e tínhamos o Dr. Miguel Pereira psiquiatra que em estágio dava-nos também todo o apoio.

Que outros contributos a ajudaram a ser perita nesta área?

Como eu disse a minha família é uma família muito grande, uma família com muitos idosos e que morrem muito tarde, todos. Felizmente ninguém morreu prematuramente. Os meus avós morreram com 90 e tal anos e já faleceram nove pessoas na casa dos meus pais. E agora tenho quatro idosos também assim com muita idade. Porque na minha família ir para um lar é tabu, ninguém vai, não existe essa palavra. E então quando houve uma altura em que faleceram muitas pessoas seguidas, e de facto, comecei a ter os familiares com doenças graves, o meu avô tinha uma doença oncológica. E nessa altura em que soube do prognóstico, (...) *comecei a ler muito, sobre o Método de Simonton e os livros de Marie De Hennezel.* D5.8.

Depois, soube da Fundação da Marie De Hennezel em Portugal e frequentei uma formação com ela, sobre a morte. Depois conheci o Dr. Heineken, que vinha também fazer formação e que tinha trabalhado com a Marie De Hennezel. E fiz também formação com ele, relacionada com a morte. D5.9.

Além destas formações, tenho grupos de que faço parte, ainda hoje fazemos parte de um grupo, eu e a professora Idalina (...) *fazemos parte de um grupo que nos reunimos aqui às quintas-feiras para apoiar os doentes que estão com cancro, doentes que têm situações muito graves de saúde. E este grupo é composto por psicólogos, por enfermeiros e por médicos.* D5.10.

É um grupo de voluntários?

Sim, é um grupo de voluntários que se unem e que abordamos muito essa temática da morte. Depois, por estar também integrada num grupo ligado à igreja, em que fazemos muitas formações nessa área, temos um padre que é o nosso orientador espiritual e reunimos uma vez por mês com ele, e ele fala sobre estes aspetos, ele é professor de Ética e de deontologia. D5.11. Falamos bastante na morte e na educação dos nossos filhos, tentamos de facto, que essa parte seja trabalhada. Françoise Dolto que é uma psicóloga, creio que é mais ligada à pediatria, também tem uma série de livros nessa área. E quer por autoformação, quer por formações assim que fui frequentando, fui tentando fazer o meu percurso. D5.12. Sou voluntária da AMARA e, por vezes, fazemos debates e com alguma frequência encontros sobre estes temas. D5.13.

Como é que nós docentes de enfermagem podemos ajudar os nossos estudantes a adquirir competências nesta área do cuidar?

Eu acho que é uma área muito difícil porque esta geração foi muito protegida de acontecimentos negativos. E na minha opinião, já vem de casa, já vem de trás o facto de se tentar proteger para não os traumatizar. D5.14. Por outro lado, também a partir de certa altura os doentes passaram a morrer mais no hospital e sozinhos, em quartos, afastados da família. As próprias famílias não querem, sofrer esses momentos dolorosos no fim de vida e a pessoa acaba por morrer sozinha. Pelo que os alunos não vêm preparados para lidar com a morte. D5.15.

Como é que eu acho que nós podíamos fazer? Já pensei nisso, várias vezes. Penso que, por exemplo, devia haver, em meu entender, um blog temático, um que preparasse as pessoas para o final de vida, preparasse os alunos para ajudar as pessoas no fim da vida. (...) E nesse sentido eu penso que, com formação académica e lendo os autores clássicos que eu acho que me ajudaram muito. Provavelmente haverá agora outros mais atuais, mas a Elizabeth Kübbler-Ross, a Marie De Hennezel, o Simonton e outros. Portanto com (...) um blog que fosse teórico e depois com também atividades, tipo workshops que se fizessem. D5.16.

Ah fiz também um, que já não me lembrava, com um enfermeiro Suíço espetacular, Manuel Moragá em que fizemos formação durante 3 dias, (...) e fizemos, nesse curso, exercícios práticos, em que ele nos questionava. Imagine que hoje é um dia particular e recebeu o diagnóstico fatal, tem 1 mês de vida. O que é que fazia? Como é que

organizava a sua vida? Como é que se sentia? O que é que queria que ficasse escrito em cima da sua cama? Como é que queria preparar a sua família? D5.17.

Eu acho que numa parte teórica devia haver um módulo que se debruçasse sobre a preparação do estudante a ajudar pessoas em fim de vida e para a morte. E que não há. E que faz muita falta, porque depois quando se chega ao hospital também não há ninguém que cuide de quem cuida, os enfermeiros não têm psicólogos para os apoiar, não têm ninguém. D5.18.

O aluno acaba por negar muitas emoções, porque é assim. D5.19.

Eu com a Marie De Hennezel aprendi, por exemplo, desde como é que se dá a mão a um doente, o que é que se diz. No fundo exercícios práticos que nos ajudaram a pôr e a confrontar e a saber-nos exprimir. A saber estar, a saber apoiar, a saber o que dizer. D5.46.

Tendo em conta o que acabo de dizer (...) considero que devia haver num módulo com as horas que fossem necessárias para trabalhar esse aspeto para que os estudantes não ficassem um bocadinho abandonados e entregues às suas emoções e angústias. D5.20.

Há UC de opção onde isso é trabalhado. Embora os alunos que eu entrevistei achem que não deveriam ser opções, mas que deveriam ser disciplinas do conteúdo curricular obrigatório do curso.

Sim, eu colaboro numa delas com o Prof. Magalhães, ele convidou-me para ir lá falar e eu sinto isso, eu sinto que os estudantes estão muito ansiosos.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Como é que se chama a opção onde colabora?

“ Quando o final da vida se aproxima”. É o nome dessa opção, do prof Miguel Serra e do Magalhães, que é o regente. Eu vou falar também destas questões no mestrado. Em temas como: Respostas da enfermagem, cuidados paliativos, quando o final da vida se aproxima, qualquer coisa assim. *Vejo uma grande diferença quando vou lecionar esta opção à licenciatura e quando vou ao mestrado. Porque no mestrado as pessoas já viveram já experienciaram, (...) têm exemplos práticos que apresentam e já trabalharam aquele tema, (...) embora tenham também muitas angústias. Mas os estudantes do CLE*

têm muito medo. Eles ficam muito receosos e muito ansiosos porque não estão minimamente preparados. D5.21.

Perguntam sempre: _ E o que é que eu digo, e o que é que se faz?

E que dificuldades têm os estudantes em cuidar em fim de vida?

Eu acho que em todos os domínios os alunos têm dificuldades, mas noto muito no domínio relacional, e em conseguirem também gerir as próprias emoções e sentimentos. E enquanto se está centrado no próprio não se consegue estar disponível para ajudar o outro. Noto que estes jovens têm muita dificuldade em gerir a esfera emocional. D5.22.

No ensino clínico que estratégias podem ajudar os alunos a refletir sobre as experiências, sobre as práticas? Que instrumentos pedagógicos é que podem ser facilitadores?

Relativamente ao ensino clínico eu penso que, por exemplo, (...) *os jornais de aprendizagem que eles passam a fazer e que eles passam a ler, estão também a refletir sobre os aspetos que os autores escrevem. D5.23.*

Tendo em conta a minha experiencia como estudante e fazendo um bocadinho a ponte daquilo que foi muito bom para mim, (...) *eu acho que devia haver um acompanhamento no local do estágio, em termos mesmo de psicólogo, de sociólogo, tal como eu tive, e que me ajudou muitíssimo, D5.24,* porque no caso eles iam ao local de estágio, ía o professor Miguel Pereira, depois a professora Arlete Abreu e depois a Prof. Olga seguiu esse modelo da professora Arlete e continuou nos anos seguintes já quando era professora. Recordo quando ía a Arlete e o professor Miguel que nós conhecíamos e (...) *falávamos sobre o doente, apresentávamos a situação, os colegas passavam também a conhecer, se necessário chorávamos, fazíamos também a catarse. Víamos o que é que tínhamos feito bem, o que é que não tínhamos feito bem. D5.25.*

Era um ensino muito centrado nas nossas práticas (...) a Professora Arlete, dizia-nos, fale da situação: e nós dizíamos para o doente “ah não fale disso, pronto, todos nós vamos morrer um dia”, e ela dizia ... não! Devia ter dito o quê? Fale que eu estou aqui para ouvir, diga lá o que é que devia ter dito e não disse...

Ajudava-nos a passar de uma atitude de fuga ou evitamento para uma atitude de abertura e de disponibilidade. Ajudava-nos a dar o enfoque à comunicação. (...) Eu

penso que, o facto de eles conhecerem o serviço, e a análise das práticas ser lá naquele contexto, que ajudava muito a conseguir adequar as nossas atitudes, os nossos comportamentos e, no fundo, a falar dos nossos sentimentos. (...) *Ficamos em contacto com as nossas emoções e poderemos chorar e ter alguém que nos apoiava no local. Eu acho que isso é muito importante.* D5.26. Para mim foi muito importante!

E este modelo de formação, de que fala, não sei se é possível agora?

Provavelmente não é possível, podíamos fazer na escola, porque éramos só uma turma. Eu penso que já se tenta fazer isso na análise de situações, na prática. Eu penso que isso deve ser continuado a ser privilegiado, as análises de situação em que o estudante fala das práticas clínicas.

As análises de situação da prática clínica são muito feitas depois em contexto de escola e não nos locais de estágio?

A grande desvantagem que eu sinto, e eu nunca estive na situação de análise de situação, mas é assim...é uma turma inteira, às vezes. E lá *éramos um grupo de 8 alunos, que vivenciaram e partilharam os mesmos contextos, os mesmo estágios. Os estágios eram maiores também, mas todos conhecíamos o doente, todos conhecíamos a família do doente, todos sabíamos aquela situação problemática e como é que aquilo se tinha desenvolvido. E eu acho que isso criou laços também entre os alunos. De solidariedade e de partilha entre estudantes.* D5.27. Perguntávamos como é que está o teu doente, como é que está não-sei-quê, e vivíamos aquele luto também todos. Havia outras vantagens, a análise era feita em contexto do serviço, os alunos que eram menos, eramos 10 ou 12.

E era uma partilha muito mais forte?

Sim, muito mais. Eu acho que conseguíamos vivenciar e experienciar aquela situação de uma forma tão real e que (...) *estávamos todos tão ávidos de ajuda, que todo o apoio que vinha dos técnicos nós metabolizávamos aquilo tudo e era muito importante para nós. Esta partilha em pequenos grupos era muito boa.* D5.28.

Considera que esta questão da análise de situações são boas, mas o facto de serem numa turma inteira, ser a posteriori e fora do contexto do ensino clinico, poderá ser um bocadinho descontextualizada?

Sim! Sim! Eu sinto isso, como estudante, pondo-me na pele deles, eu acho que estar a formar numa situação dramática alunos que nunca viram o doente, não conhecem, não imaginam, não tem de facto o mesmo sentido. Não tem.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências considera importantes os estudantes adquiriram ou desenvolvam?

Eu penso que cada vez mais eles devem desenvolver áreas como a comunicação, como a relação de ajuda, treinar a empatia, treinar a comunicação, treinar a observação, o saber-estar. D5.29. No fundo os alunos precisam de desenvolver atitudes adequadas como a tranquilidade. Eu acho que estes jovens são muito agitados, muito inquietos, muito nervosos e vivem muito o aqui e agora. D5.30.

Pensa que será falta de maturidade?

Sim, mas também têm alguma dificuldade, mesmo em termos do respeito pelo outro, em termos da capacidade de se colocar no lugar do outro, de sentir compaixão pelo outro. D5.31. Eu acho que, ou através de filmes, ou através de situações que fossem trazidas para a prática, eles deviam ser confrontados, ainda aqui no curso, com as situações do fim de vida, da morte, do morrer. D5.32.

O que é preciso desenvolver nesta situação?

Serem também capazes de criticar as práticas.

Uma das coisas que os estudantes referem que os ajuda é a técnica do roleplay. Que metodologias seguir como método preparatório?

Eu acho que sim, que o roleplay é uma boa técnica. Até acho que o professor podia mesmo, com casos que viveu, situações que experienciou, simular essas situações, conservando o anonimato de todas elas, mas exemplificando as situações. (...) Eu noto que, por exemplo, nas minhas aulas, eu tenho dificuldade com esta nova geração, às vezes, em captar a atenção para a matéria que estou a dar. Mas (...) se eu falo de uma

situação que eu vivi, de uma história real que eu vivi, uma situação, às vezes, dramática, eles ficam logo todos atentos. D5.33. Eu até costumo brincar com eles e dizer ... “você gosta de dramas, é de sangue e tripas”. Você gosta de situações assim! Mas se um docente conta uma situação de um doente que entrou numa situação assim e complicada e que faleceu, chama-lhe a atenção.

Numa aula minha uns estudantes estavam a chorar com a situação verídica que eu contei, por acaso, vinha naquele contexto, integrou-se mesmo bem. Estávamos a falar de ambiente e sobre os contaminantes ambientais e sobre a asma e sobre a dificuldade que é, para algumas pessoas, porque têm alergias muito graves. E quando eu comecei a falar de uma colega que faleceu, que era asmática, e que morreu no primeiro mês que começou a trabalhar. E uma coisa é falar dos pólenes e das asma. Quando eu falei de uma situação concreta, de uma colega minha, de uma amiga minha que morreu, e tudo o que seja histórias verídicas, reais que se contem eles ficam logo completamente pregados. Mudam o foco da atenção. Por isso é que eu acho que era muito importante esse roleplay e penso que a equipa de Saúde Mental também podia dar um contributo muito importante, e não só, todos os professores nessas técnicas porque, neste momento, nós temos também muitos alunos na sala de aula, e isso a mim dificulta-me muito. É muito perturbador das aprendizagens, (...) *porque o que o professor fala e o que o professor diz não é de todo ouvido, não tem eco muitas vezes e não se traduz em aprendizagem por parte do estudante. Enquanto que se ele aprender de uma forma mais prática, mais relacional, mais vivida, mais interativa, ele consegue, de longe, integrar melhor e não vai para estágio tão descapacitado. D5.34. Penso que os novos laboratórios vão ser equipados com mais equipamentos que permitem simulações.*

Na área dos equipamentos, há um investimento da escola em proporcionar práticas laboratoriais que sejam facilitadoras da aprendizagem e que promovam já algumas competências que depois nos contextos clínicos irão desenvolver melhor?

Sim. Penso que sim, penso que vamos tentar conseguir esses espaços, em que se possam fazer essas técnicas, e em que eles depois também se possam ver, em que possa haver, de facto, esse espelho unidirecional em que o aluno está a interagir naquele contexto, e que nós possamos filmar e que ele depois possa ver, analisar e comentar.

Fazer uma reflexão a quente sobre aquela experiência que ele viveu ali e que é hipotética?

Exacto.

Como planear estas aprendizagens do estudante ao longo dos 4 anos?

Eu acho que começava logo no 1º ano, com alguns conceitos, algumas abordagens. E depois era ao longo do curso. Penso que ao longo do curso fazia todo o sentido. No 1º ano mais conceitos genéricos. D5.35.

No 2º ano falaria daqueles autores mesmo, que eu já falei, da Kübbler-Ross e os outros que falam da morte e que trabalharam a morte, porque eles depois vão para o hospital. D5.36.

No 3º ano naturalmente abordaria, num outro módulo, a morte na criança. D5.37. Eu lembro-me quando fiz o curso, foi das coisas que me custou muito, muito, foi abordar a morte na criança. Como é que os podemos ajudar porque eles depois vão para a Pediatria. E talvez no fim de tudo falávamos de cuidados paliativos. Portanto, eu também via isso de uma forma gradual. Em termos de os preparar para a saída profissional. D5.38.

Considera que eles aprendem a cuidar da pessoa em fim de vida e da família, ou a preocupação deles em cuidar da família é outro passo, que não cabe nas aquisições do curso de licenciatura, e será para uma pós-graduação?

Eu penso que, de facto está sempre presente em todos nós essa preocupação, o conseguir que o aluno vá integrando, desde o primeiro momento, o todo. Portanto, que o utente, que a pessoa está, de facto, integrado numa família, e as interações que se estabelece com ela. O que eu sinto é que, muitas vezes, depois na prática, por condicionamentos vários, isso não está assim tão presente. Embora as instituições também se preocupam mais em que as famílias tenham horários que permitam estar mais com os utentes. Eu penso que há uma preocupação na escola em que isso aconteça. Ao longo do CLE deveria haver também formação nessa área específica que poderia ser, por exemplo, mais para o 4º ano.

Via isso mais, por exemplo, na enfermagem comunitária, no 4º ano?

Na enfermagem comunitária, embora no 1º ano nós abordamos já esse aspecto e preparamos o aluno para, mas como ele não vai ainda prestar cuidados, cada vez mais se pensa que só vai prestar cuidados a partir do 3º ano. Portanto, eu penso que no 3º e 4º ano. *Embora os conhecimentos devam ser também transversais, mas que no 4º ano faz-me todo o sentido que fizéssemos esta abordagem da família. Até porque ele já pode cuidar. E vai ter um estágio muitas vezes em unidades de cuidados na comunidade que é facilitador.* D5.39.

Os contributos, por exemplo, eu penso que: (...) a *Sociologia e a Psicologia que é dada no 1º ano, também aborda esse aspeto da família, e que eles vão ficando sensibilizados, mas no 4º ano é que eles vão ter mesmo uma oportunidade de prestar cuidados à família na prática.* D5.40. E por isso, eu acho que devia haver uma ênfase maior no 4º ano.

Alguns autores defendem o cuidar da família, seria um cuidar mais especializado, talvez mais para a pós-graduação. O que lhe parece?

Eu não concordo que seja só na pós-graduação. Eu acho que deve ser logo, e por isso, nós este ano até já incluímos um bocadinho da visita domiciliária. Já tentámos e foi uma área que eles demonstraram muito interesse, que nós tentámos (eu e a minha colega) simular como é que é. Qual é o papel do enfermeiro? Quando falamos no enfermeiro comunitário, e da Enfermagem Comunitária, dissemos um bocadinho como é que é, preparar uma visita domiciliária, como é que é ir a casa, a importância da família, a importância, das redes de vizinhança, que também dão muito apoio às famílias e todas as redes de suporte formal e não formal que as famílias dispõem.

Portanto, eu penso que essa parte devia ser também gradual, mas que o aluno devia sair com essas competências, sim. Porque nem todos vão fazer mestrados nem pós-graduações e, quer dizer que num perfil de competências, na preparação da alta, o enfermeiro tem de saber em que contexto familiar é que aquela pessoa vive, como é que prepara a alta. Pronto, é completamente diferente saber e conhecer a família do que preparar uma alta em que não se conhece nada. Nem se envolve a família. *A família é que vai dar continuidade aos cuidados, a família é que vai estar sempre presente. Cada vez mais, com as altas precoces, as famílias têm de ser implicadas logo desde o primeiro momento.* D5.41. Eu acho que os enfermeiros, e agora falo como utente de um

familiar e também como utente e como familiar de pessoas que já estiveram internadas, eu senti-me muito abandonada por parte dos enfermeiros, nesse aspeto.

O cuidar da família é uma área muito deficiente. D5.42. Por exemplo, houve um dos meus familiares, o meu pai quando foi operado, que eu o fui buscar, e as enfermeiras fecharam-se todas na sala de trabalho e quando nós fomos lá bater delicadamente, até nos sentimos umas intrusas. E quando eu disse senhora enfermeira o meu pai vai ter alta, pedia por favor que me dissesse o que é que é para fazer em casa. Ela respondeu-me: _ Tem tudo em cima da cama, está lá o saco com radiografias, está lá tudo, tem lá as receitas. Agora leve aquilo tudo ao médico de família. E nem sequer saiu da sala de trabalho. Portanto, pode ver como é. Eu queria saber como é que era, que medicação é que tinha de fazer, que alimentação. Etc, mas nada, nada me foi explicado. Que cuidados a ter. Nada! Estava tudo lá em cima da cama, e deixou de facto todos os papéis em cima da cama do meu pai, realmente o saco com as radiografias e os exames e receitas. Mas não era esse o tipo de informação que eu precisava e nós sentimo-nos muito inseguros e abandonados. E, quando insisti a segunda vez, ela não foi nada simpática, porque estavam a passar o turno e depois disse que se tivesse tempo ía lá, mas nunca mais lá voltou. Portanto, eu penso que as famílias, às vezes, nos serviços de saúde, nas instituições são vistas como *persona non grata*. Fazem muitas perguntas, incomodam um bocado, e então se estamos muito presentes acabam mesmo por, às vezes criar um distanciamento. Acaba por ser o efeito oposto. Em vez de o estarmos muito presentes, o enfermeiro partilhar connosco tudo, os cuidados, não. Acaba por nos ver, às vezes, como uns intrusos. Senti isso. Em muitas vezes senti que, de facto, não era muito bem vista a minha presença tão assídua ali, de forma tão permanente.

Mas é que são com estes modelos de formação que os nossos estudantes aprendem.

Pois, eu penso que isso é muito mau. É muito mau para eles. Se eles estão num estágio onde são estes os procedimentos, é com este modelo que eles vão depois ficar infelizmente.

Os estudantes referem dificuldades na comunicação. O que tem a dizer sobre isto?

Sim, porque eles hoje são muito agitados. *Os alunos têm muita dificuldade em fazer silêncio, fazer as pausas, em conseguir, de facto, ter disponibilidade para estar com o outro, para estar calmo não dizer nada, por exemplo.* D5.43. E sinto que, talvez porque

são muito imaturos, a maior parte deles. Eu sinto que há uma grande diferença do estudante quando eu comecei há 30 anos e o estudante de hoje. E nesta geração, eu sou mãe também de um jovem universitário, aquilo que eu sinto é que nós tentamos dar tudo aos filhos, aquilo que não tivemos e, de alguma forma, deixámo-los pouco capacitados. Com muito mais atividades da vida diária e mais simples e mais básicas. E eu sinto isso e minha culpa, eu com 20 anos, como o meu filho tem, trabalhava desde os 12 anos na família. Aliás, quem nasce numa família rural, começa logo desde pequeno a desempenhar e a contribuir para o bem-estar da família e a fazer tarefas, primeiro as mais simples e depois mais complexas, eu com 14 anos fazia muita coisa, tinha esse sentido de cooperação e de responsabilidade pelas minhas tarefas.

Considero que é muito importante também, desde sempre a família partilhar as alegrias e as tristezas e as dificuldades, económicas e todas as áreas, de vida em comum. D5.44.

E na minha família eramos muitos, eu tenho uma amiga, por exemplo, a quem morreu um familiar que era uma pessoa de referência extraordinariamente importante para aquela criança, que foi o tio, que morreu de acidente brutal com 32 anos. E, ainda hoje não lhe disseram a verdade. Dizem que ele foi fazer uma viagem, e eu fico muito perplexa como é que aquela criança vai crescer. Porque era um tio muito presente que ele adorava e era um companheiro com quem brincava.

Cresce sem ter assimilado aquela perda?

E ele vai ser crescido, e quando crescer é que vai perceber que lhe ocultaram. Como é que ele vai lidar com isso? Não sei! Eu penso que os pais hoje, para protegerem os filhos dos traumas e dos complexos, acabam por de alguma forma ocultar. Eu percebo que a intenção é boa, o resultado é que eu tenho muito medo ... porque ele pergunta sempre por ele, ele sente-se perfeitamente abandonado por ele, nem sequer lhe escreve, nem lhe manda postais nem fotografias do sítio onde está. É sobrinho de uma grande amiga minha que é enfermeira e eu disse-lhe a ela que o que vocês estão a fazer não é assim muito correto.

Foi a estratégia que eles encontraram.

Se calhar foi. Isto mostra que nós pais também não estamos muito capacitados para lidar com as perdas e os lutos.

E esta educação para a morte é uma coisa que socialmente não é feita, não é transmitida. Há cursos para desenvolver muita coisa, mas não há cursos para nos preparar para lidar com o fim de vida.

As pessoas não querem falar nisso. Querem falar de festas, parece que a vida é sempre em festa, é música, animação. D5.45.

Para algumas pessoas a vida é sempre em festa, a música, a alegria nem me falem em coisas tristes, coisas mórbidas, não que horror não me venham falar disso! Faz-se ali uma rejeição, um afastamento, um muro de áreas tão importantes, que é a única certeza que temos na vida, é a morte. Essa está nos reservada.

Quer falar de mais algum aspeto?

Acho que não.

Muito obrigada pelo seu contributo.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D6)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural.

Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento, Estado civil? Habilitações profissionais? Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Docente do sexo feminino].

Tenho nacionalidade portuguesa, tenho 36 anos, vivo em união de facto, não tenho crença religiosa. Conclui o curso de Bacharelato na ESE C. Gulbenkian e fiz a especialidade em médico-cirúrgica e o mestrado em ciências de educação. Estou a frequentar o doutoramento em enfermagem.

a.2) Caracterização profissional.

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Tenho 13 anos de enfermagem e 6 anos como docente. Pertença ao Departamento de Fundamentos de Enfermagem.

B) Experiência no cuidar em fim de vida.

Tem, ou teve, experiência profissional, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Tive muito contacto com a morte em criança, antes do curso, porque fui criada com uma senhora, (...) quando os meus pais iam trabalhar e a senhora, conhecia toda a gente, (...) ia muito a funerais e eu ia com ela. Portanto a morte sempre foi algo que

esteve perto de mim. Havia a prática de beijar o morto e isso era perfeitamente normal para mim. D6.1.

No estágio do curso também observei doentes em fim de vida.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Vejo a morte como um fim desta vida. Porque eu acredito na vida pós morte, tem a ver com as minhas convicções. Acho que é o fim deste percurso e só faz sentido pensar na vida porque existe a morte, se não, não fazia sentido nenhum. D6.2.

Se eu tenho medo de morrer? Medo de morrer eu não tenho propriamente. Tenho medo é de sofrer! Pelo sofrimento que tenho assistido de outros. D6.3. Tenho muito medo de perder os que amo. Não é o medo da morte é o medo da perda e da saudade que vou sentir. D6.65. Para mim a morte é uma coisa perfeitamente normal e existe. Penso nela todos os dias. D6.66.

Falar da morte há pessoas sobre isso que dizem: - que horror agora falar sobre isso.

Li muitos livros sobre a morte. Sobre as questões científicas, sobre a finitude e as questões pós morte. D6.4.

Espiritualmente sou uma pessoa que tenho a espiritualidade ao rubro. Todos os dias tenho que ter um tempo só para mim, para pensar sobre o que é isto. O que andamos cá a fazer. O que somos nós. Que significado tem a vida. Porque a morte existe, porque não existe, porque morrem crianças, porque existe o sofrimento, etc. etc. É de facto uma área muito grande em mim.

Vê a morte como um processo de transição?

Vejo a morte como um processo de transição perfeitamente normal. Não como um fim da minha pessoa, mas como um fim da minha pessoa nesta vida, nesta vivencia. D6.5.

E isso ajuda-a a perspetivar a morte?

Ajuda na perspetiva de ver a morte, claro que eu não falo nisso aos doentes e às suas famílias porque cada um tem a sua perspetiva de ver a morte e as suas convicções.

Escuto as pessoas nas suas questões. Ajudo-as devolvendo a questão:

Em que é que eu posso ajuda-la, ou, como é que quer que eu a ajude?

Ajudo-as tentando fazer o caminho com elas, e não pensando na minha perspectiva, mas o facto de eu pensar que isto é um percurso e acreditando que este percurso nesta a vai ajudar na vida a seguir, tento que este percurso seja o menos doloroso, o menos sofrido possível. No sentido de que o outro seja cada vez melhor, e não só, o sofrimento do doente faz com que a família sofra e essa família mantém-se cá, sabe-se lá quantos anos. Os sofrimentos da família continuam. *Pela minha experiencia o doente morre muito mais calmo, e sereno, se tiver a presença de alguém, a escuta de alguém. Saber que não está só. O morrer em solidão que é um dos maiores medos das pessoas em fim de vida.* (...) Eu não queria que os meus doentes morressem só. Agora não estou a exercer na prática, mas enquanto docente. (...) *Passo esta mensagem aos estudantes.* D6.5.

Que sentimentos associa à morte?

Não penso na minha morte é claro que não quero morrer. Tanto mais que tenho uma filha pequena e precisa de mim, não é por mim enquanto pessoa que temo a morte, mas é mais pelos outros, pelo que ainda tenho que fazer pelos outros.

Quando penso na morte dos outros, dos que me são próximo. Ai é muito doloroso. Pela saudade, pela perda. Independentemente de qualquer coisa, mesmo acreditando noutra vida após a morte, como eu acredito, eu nunca mais vou voltar a ver aquela pessoa, como ela é agora. Isso causa-me saudade. D6.6.

D) Fez o Curso na Escola C. Gulbenkian, como perspectiva a sua formação nesta área do cuidar em fim de vida?

Tive essa experiencia de cuidar em fim de vida no curso, inclusivamente até me lembro de fazer a múmia. D6.7. Tinha-mos uma aula prática de como fazer a múmia. *Tive dificuldades em tocar num corpo que está morto e que tinha que se despir e ficava nu, aparentemente fragilizado, ali ao pé de mim, de alguém que tinha estado a mexer e deixou de mexer. A sensação era de tocar, mas verificar se ele já não mexe mesmo? Não responde mesmo? E com a sensação de que queria que ele continuasse a responder.* D6.8. Outra coisa que me acontecia era ficar muito calada. Toda a equipa ficávamos muito calados, como se aquele momento fosse de respeito, de tristeza também, porque é sempre a perda de alguém, independentemente de ser alguém mais ou menos próximo, mas é alguém. E aquela pessoa tal como eu a conheci, não torna a existir. Estava sempre muito calada enquanto preparava o corpo.

Senti que tive mais facilidade que as minhas colegas, também estudantes, por ter já uma experiência de vida, muitas nem conseguiam tocar no corpo do morto. D6.9. Eu logo na primeira vez que tive essa experiência, consegui chegar junto do corpo, tocar no corpo, embora o ser um corpo frio me faça impressão, isso faz! Porque para mim aquele corpo antes era quente, mexia, tinha vida. Mas não tive tanta dificuldade como as minhas colegas tiveram, devido às experiências anteriores que eu tive.

E na vida profissional cuidou pessoas em fim de vida, como foi essa experiência?

Inicialmente tive dificuldades, não tanto pela morte da pessoa, mas o que é que eu havia de dizer aquela pessoa que estava a morrer. Especialmente quando ela me fazia perguntas. *Eu não tinha dificuldade em cuidar do corpo, não tinha dificuldade em lidar com a morte em si, mas tinha dificuldade na relação. Tinha a noção que chegava junto das pessoas com uma intenção eminentemente técnica. D6.10. Eu ia junto da pessoa, se tinha que avaliar a tensão arterial, se tinha que dar medicação, mas (...) não ia ao pé da pessoa para a escutar ou ouvir e estar com ela. Eu fugia disso e tinha a noção que fugia disso, e quando estava a família pior ainda. Quando chegava a família, eu tinha dificuldade em suportar aquela angústia, aquela tristeza. D6.11. Chegava a dizer ao meu chefe de equipa: _ Vai lá tu. Porque eu não sei o que hei-de dizer. E a resposta deles era igual. _ Olha eu também não. O melhor é ir lá tu, és quem estás a cuidar do doente. Para quem é muito jovem e está a iniciar um percurso, esta questão fez-me sentir um bocado «atirada aos bichos». Porque de facto o curso de base não proporcionou experiências suficientes, tive poucas oportunidades. D6.12.*

Quando eu era profissional no hospital, começou a haver muitos doentes em fim de vida em serviços de medicina. Quando eu era aluna eu tinha que cuidar de alguns doentes, mas não tinha a noção que eles estavam em fim de vida, e havia certas questões que eles não colocavam aos estudantes, mas aos profissionais, pelo que eu não me apercebia tanto. *Enquanto estudante não tive essa experiência, nem de refletir sobre a morte, nem tive a capacidade de discernir de quem é que eu estava a cuidar. Também não tive na teoria, nem na prática esses aportes, porque falava-se pouco [da morte]. D6.13. Eu acabei o meu curso em 1996 e foi a partir dessa altura que se começou a falar em Portugal do fim de vida e do cuidar paliativo. Até aí falava-se muito pouco. Eu não tive aulas sobre isso, só tive aulas teórico-práticas para fazer a múmia, mais nada. Eram só cuidados direcionados ao corpo. D6.14.*

Fez várias coisas para se tornar perita nesta área do cuidar em fim de vida. Que fatores contribuíram para a capacitar para cuidar em fim de vida?

Eu a partir do momento em que (...) *comecei a perceber que não era normal eu fugir destes doentes em fim de vida e das famílias, eu comecei a perceber que alguma coisa estava errado enquanto profissional, uma boa profissional não é uma enfermeira que foge destas situações em que eu tenho que saber cuidar destas pessoas e destas famílias.* D6.15. *Comecei a ler muitos autores que escreviam sobre o tema. Li muito Kubler-Ross Marie Hennezel e outras, lia coisas muito interessantes. Eu já me interessava pelas questões da morte, era algo que me fascinava, e a questão da vida pós morte, eu já lia algumas coisas sobre isso e depois comecei-me a interessar por questões mais científicas.* D6.16. *Depois soube que tinha aberto um curso sobre cuidados paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e felizmente entrei no 2º curso.* D6.17 *Antes disso, quando trabalhava no hospital Pulido Valente fui fazer um curso de formação profissional contínua, que durava alguns dias, sobre as questões da morte,* D6.18, (...) em que o hospital é que escolhia as pessoas e eu fui escolhida para fazer esse curso. *Achei que devia fazer mais formação nessa área, ser perita e fui fazer o Mestrado em cuidados paliativos,* D6.19, (...) fiz apenas a parte curricular que era o que me interessava na minha aprendizagem. Deu-me coisas muito importantes. Adquiri não digo competências, porque eu não tinha estágio, mas deu-me conhecimentos muito importantes que eu podia aplicar na prática. E levar coisas da minha prática para aquele curso, para fazer a ponte. Quando acabei este curso foi quando eu vim para a Escola e então eu pensei. Não isto é pouco. *Eu preciso de ir fazer um estágio na área dos paliativos para adquirir competências. Eu já tinha conhecimentos, faltava-me a parte prática. Então pedi um estágio no C.S. de Odivelas na equipa de continuados e de cuidados paliativos.* D6.20.

Era um serviço pioneiro na época.

Era das poucas que existiam na época. No país havia cerca de meia dúzia destes serviços. Era a única em Lisboa, eu fiz em 2005. Mas foi muito importante para mim. Desenvolvi competências relacionais e vi como na prática aqueles conhecimentos que eu já tinha são possíveis de mobilizar e relacionar. Foi muito importante para mim. Não foi um estágio longo, mas foi suficiente. Tenho pensado agora, passado 6 anos em fazer

uma reciclagem. Tive agora alguns alunos da especialidade a estagiar na equipa de cuidados paliativos do Hospital da Luz, e isso também me permite em algumas discussões do trabalho com elas, saber como está o estado da arte, atualizar-me ler sobre isso, documentar-me, ir a alguns congressos, falar com as colegas da prática.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida

Tendo uma experiência profissional tão rica, como aborda o morrer na sua prática pedagógica, com os estudantes?

Esta temática é extremamente importante, mas durante o curso há poucos momentos em que se aborda estas questões do fim de vida. Eu estou na equipa de fundamentos e no 1º ano do Curso e temos 2 horas para falar das questões da morte e do fim de vida, na parte teórica. D6.21. Deixa-me passar a expressão “damos uma lambidela do assunto”. Isto na teoria. Nos estágios vai se abordando consoante estas questões surgem, porque não é um objetivo de estágio do 1º ano abordar essas questões.

Também tenho uma UC de opção onde são abordadas essas questões.

Como se chama essa Unidade Curricular?

A opção é “Viver o fim de vida”. É uma opção que normalmente está sempre preenchida.

Alguns estudantes referem que a sua UC não devia ser uma disciplina opcional, mas do conteúdo do plano de estudos, portanto obrigatória?

Esse também é o feedback que eles me dão.

Também oriento monografias nesse âmbito, não só dos estudantes do 4º ano, mas também dos estudantes da especialidade, nomeadamente os estudantes da oncologia que estão muito vocacionados para esta área do fim de vida e faz sentido.

E como é que aborda as questões do fim de vida na tua prática docente?

Abordo com que metodologias?

Sim, as metodologias, os objetivos e as estratégias?

Eu gosto do método expositivo, (...)mas nesta área e na minha opção, não faz muito sentido o método expositivo, quase toda a gente, ou ouviu falar, ou já teve experiências neste assunto, que podem partilhar e a partir da experiência podem chegar à conceptualização. Muitas vezes estas questões são muito abordadas em aulas de discussão, em aulas participativas e interativas com o estudante. Também faço role-play com eles relativamente a estas questões. Em que um faz de doente e o outro faz de enfermeiro. D6.22.

Outra coisa que eu faço, nesta opção, é colocar questões que podiam ter sido os utentes a colocar essa questão e agora vamos discuti-la. Nesta situação não há receitas, mas linhas orientadoras. D6.22. Por exemplo discutimos assuntos como este: Deve-se ou não falar sobre o diagnóstico ao doente, se o prognóstico vai levar rapidamente à morte. Mas também discutimos outras questões, como por exemplo, se o doente nos pergunta se está a morrer? O que podemos responder? Possíveis respostas.

Normalmente os estudantes consideram isto muito importante, algo que é muito rico para eles. Aplicam na prática e já tive estudantes que dizem eu já tive na prática uma situação igual aquela que fizemos em role-play e eu consegui lembrar que linhas orientadoras é que devo ter em conta, e apliquei-as e teve efeito sobre a pessoa. D6.23.

Também orienta estudantes em ensino clínico e que metodologia considera mais facilitadora para eles ficarem mais capacitados?

Em estágio é bom que eles tenham a noção que falar na morte, para a maior parte das pessoas é complicado, os doentes muitas vezes não falam nisso e podem estar em fase de negação e de revolta. São discutidos esses assuntos com os estudantes. O que lhes tenha causado impacto ao estudante, quer pela positiva, quer pela negativa. D6.24.

Efetivamente é muito importante os estudantes terem alguém com quem conversar sobre isto, quer com os pares, os colegas quer com os próprios docentes e os tutores do estágio. Para poderem e deverem escrever sobre situações que para eles tenham sido significativas e refletirem sobre elas por escrito. D6.25.

O que eu lhes digo é que convêm no final do turno num bocadinho pensarem sobre: O que é que eu fiz? O que é que eu pensei? O que é que eu senti? O que é que eu poderia ter feito diferente? O que é que isto significou para mim? Como é isto é?

Utiliza os pressupostos do ciclo de GIBS?

Sim, mais mental e não por escrito. [Pensado]. *Se for uma experiência significativa, aí sim, peço para eles escreverem com a metodologia dos diários de aprendizagem. Mas os diários de aprendizagem, para mim, não é uma reflexão diária forçada. É sobre um evento crítico que não é um evento mau, mas que tenha sido significativo para a aprendizagem.* D6.26.

Como trabalha com os estudantes os diários de aprendizagem?

Depende. Tendo em conta o tempo que eu não tenho. *Quando eu deteto que há ali uma situação que pode ter repercussões para o estudante eu sento-me com eles e converso. Quando tenha sido uma situação que tem a ver com a aprendizagem e daí não acarreta risco de o afetar psicologicamente, aí eu escrevo alguma nota na reflexão que ele me entrega.* D6.27. Não é a avaliar a reflexão. *Normalmente escrevo algo a incentivar o estudante a prosseguir na sua aprendizagem, “como reflexão muito bem-feita”. Faço uma apreciação construtiva e entrego-lhe. Mas o que eu acho é que deviam ser todas as reflexões conversadas individualmente com cada estudante.* D6.28.

E a partilha da experiência em grupo, tem interesse?

Nas reflexões em grupo, pergunto se alguém quer partilhar. Só quem quer é que expõe uma situação, para pensarmos sobre ela. Eles estão em estágio em grupo, conhecem-se e sabem mais ou menos o que os outros fazem e não têm grande problema em expor. D6.29. Obviamente depende do que vão expor.

Outra questão que valeria a pena colocar é sobre a pessoa que está a morrer e sobre a morte. *Quando eu tenho um estudante em estágio que está a cuidar de alguém que está a morrer. Primeiro eu tenho que saber se o estudante quer ficar a cuidar daquela pessoa. Eu penso que o estudante não é obrigado logo da primeira vez a cuidar daquele alguém que está a morrer. Estamos a falar de estudantes do 1º e 2º ano, do 4º ano já é um bocadinho diferente.* D6.30.

Se o estudante não quiser cuidar dessa pessoa, por questões várias, o que eu lhe peço é que pelo menos vá diante dessa pessoa de vez em quando. Para gradualmente se ir adaptando. Se há alguém que morreu e o estudante esteve a cuidar dessa pessoa, normalmente pergunto-lhe se quer cuidar do corpo. Normalmente quando é a primeira vez não querem. D6.31. Tudo bem não precisa. Então peço que fique à porta da enfermaria a ver como nós cuidamos do corpo. Se ele sentir que sim ficará. Muitas

vezes eles choram, ficamos á parte, falamos com eles, e é lhes dito que é legítimo que eles tenham aquela reação, que é normal. *Quando morre alguém, a primeira vez ficam à porta do quarto, à segunda vez já dão um passo e á terceira vez já estão a tocar no corpo. Há uma proximidade crescente.* D6.32.

Muitos estudantes contactam com a morte pela primeira vez no curso?

É de facto, muitas vezes os estudantes dizem: _ Sei que a minha avó morreu, mas os meus pais não quiseram que eu a visse. Alguns até sentem alguma revolta em relação a isso. Alguns até referem que era importante para eles terem visto. *Eu posso arriscar que mais de 90% dos estudantes a primeira vez que têm contacto com a morte é no curso de enfermagem. Neste momento há uma institucionalização da morte.* D6.33. Isto sem dúvida nenhuma. A morte já não é o parceiro de casa, mas é o parceiro que é ocultado, escondido. Para a criança não! E os adultos fogem dela! E os estudantes são fruto dessa sociedade. Nota-se muito mais esse afastamento da morte nas pessoas que são de Lisboa, em relação às que são dos arredores de Lisboa ou das aldeias. Quando os estudantes provêm de zonas não urbanas têm muito mais contacto com a morte.

Consegue fazer essa distinção? Então a urbanidade afasta os estudantes da morte?

Não tenho dados de uma investigação feita sobre isto, mas é algo que eu me tenho apercebido ao longo do tempo. Estou atenta a essa diferença.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida, não só a pessoa, como a família?

Parece-me importante haver uma abertura com o estudante para ele expor o que pensa e sente sobre estas questões. Parece-me importante ele saber que tem um suporte, que não está ali sozinho. Isso depende da relação pedagógica que estabelecemos com o estudante. D6.34. *É importante o estudante trabalhar principalmente as questões relacionais com o doente e com a família do utente. As habilidades instrumentais adquirem-se com a prática.* D6.35. É o que eu digo ao estudante, não conheço nenhum enfermeiro que trabalhe há 15 anos a picar veias e a pôr cateteres que não o saiba fazer. Mas conheço enfermeiros que trabalham há mais de 15 anos e não sabem relacionar-se com as pessoas que estão a morrer, ou não sabem relacionar-se com famílias de pessoas

que estão a morrer, ou noutras situações críticas. *Portanto a parte relacional tem que ser muito bem trabalhada com o estudante seja em contexto de conhecimento teórico, seja em contexto prático.* D6.36. Não quero dizer que a parte instrumental não seja importante, mas não é aquela que eu dou mais valor de facto.

Há outra questão eles têm muitas dificuldades e normalmente é nos aspetos relacionais. O ano passado tive um grupo de estudantes do 4º ano a fazer uma monografia nesta área sobre o cuidar da família da pessoa em fim de vida e tinham um guião de observação da interação com aquelas famílias (um guião relativo, não se pode fazer um guião para uma interação). A primeira dificuldade da estudante é que não sabia por onde começar na interação com as famílias. *Uma aluna do 4º ano não saber por onde começar do ponto de vista relacional é relevante. Não é que a aluna não tivesse os conhecimentos, o problema era por em prática os conhecimentos que adquiriu.* D6.37. E esta relação por mais conhecimentos que a pessoa tenha, se não a fizer, se não a puser em prática não consegue nada. Acho que é extremamente importante a parte relacional.

Mas há outras questões sobre o doente em fim de vida, que é o controlo sintomático. Muitos estudantes têm dificuldade. Quando falo em controlo sintomático não quero falar só da dor, porque a dor é um sintoma que vem logo à cabeça, é verdade que é um sintoma major e tem que ser controlado, mas há outros sintomas. D6.38. O doente vomita, o doente tem diarreia, o doente tem obstipação, o doente que tem mucosite etc, etc, e os estudantes não estão muito atentos para estas questões a maior parte das vezes, nem sabem como hão de ter intervenções autónomas para cuidar destes doentes. E são muitas as intervenções autónomas que podemos ter, são muitas e os estudantes medicalizam logo. Vamos chamar o médico para dar terapêutica. È a questão do bio-médico. *Penso que estas questões do controlo sintomático têm que ser trabalhadas com os estudantes. As intervenções autónomas de enfermagem para o controlo sintomático da pessoa em fim de vida.* D6.39.

Há diferentes necessidades afetadas, da nutrição, da hidratação, das infeções, das alterações gastrointestinais, o conforto e a higiene, todas as necessidades são importantes serem avaliadas.

E que valores são importantes ajudar a desenvolver?

Sem dúvida que vem logo à cabeça o respeito pelo outro, o que tem a ver com as questões relacionais também. D6.40. *Outra questão importante é a autonomia do outro.*

Não é a independência do doente. A autonomia passa por outras questões que não é só a parte física, mas o doente ter o poder de decidir. D6.41. É importante manter o poder de decisão até ao fim. Ser considerado como pessoa. O respeito e a autonomia são os valores major. D6.42.

Passando agora para as questões organizacionais do curso.

Referiu que o currículo escolar do CLE não promove a aquisição de competências pelos estudantes, para cuidar de pessoas no fim de vida. Como sugere a organização curricular de modo a ser mais adequada para o estudante?

No 1º ano acho que o Curso podia ficar organizado como está. Penso que 2 horas é pouco para trabalhar estas questões, mas penso que se trabalhasse a questão: Quem é esta pessoa em fim de vida? D6.43. Quando estamos a falar de uma pessoa em fim de vida o que estamos a falar propriamente? Esta pessoa tem medos. Tem vários medos: medo de morrer só. Temos que sensibilizar o estudante para as questões do que é isto do fim de vida e da morte. A morte é algo que neste momento está institucionalizado, mas não deve ser institucionalizada, porque ela existe e está na nossa sociedade permanentemente. Penso que deveria ser conteúdos muito abrangentes para dar a ideia de que a morte é algo de que nós cuidamos. Se no 1º ano eles estudam a Virgínia Henderson que fala das necessidades humanas fundamentais e diz que o enfermeiro deve cuidar quando não há vontade, conhecimento, saberes ou força e também acompanhar o doente para ter uma morte serena. O que é isto de morte serena? D6.44. Os estudantes falam muito de morte serena. O enfermeiro não é apenas aquele que cuida só para a vida, mas cuida também para que o doente tenha uma morte serena. Sensibilizar para desmistificar estes conceitos, no 1º ano.

No 2º ano do CLE quando eles entram no cuidar do adulto e do idoso, acho que deveriam abordar no idoso não tanto a morte associada a uma patologia, mas a morte associada ao envelhecimento. Porque a pessoa idosa ao longo do ciclo de vida vamos sentindo a morte de formas diferentes. D6.45. Muitas vezes o idoso acha que já viveu a sua vida e continua a vive-la com muito gosto, mas sabe que a morte está próxima e portanto acha natural. Acho que devemos trabalhar a questão da morte do ponto de vista do idoso.

No 2º ano na parte do adulto trabalhar as questões da morte já do ponto de vista da patologia, do doente que entra em fim de vida porque está associado a uma patologia e

o seu estado que se degrada muito e aí devia se incidir muito sobre as intervenções autónomas de enfermagem, no controlo sintomático da pessoa que está em fim de vida. D6.46. E incidir na relação com a família e com o próprio doente. Aí deveria haver uma série de horas não só para tratar de cada sintoma especificamente do modo como podemos intervir do ponto de vista autónomo e interdependente. Trabalhar também estas questões da relação, utilizando a metodologia do role-playing. No 1º ano fazer role-playing é muito cedo. D6.47.

No 3º ano estamos a falar da saúde infantil e pediátrica e da saúde mental, aí introduzir as questões do fim de vida também das crianças e jovens, que é uma área que em Portugal não é muito trabalhada, D6.48, mas já se vai trabalhando. A filosofia dos cuidados paliativos foi introduzida no 2º ano e é necessário dar continuidade do que é palear numa criança e o que é isto de paliativos na criança e na família. D6.49. No 3º ano a saúde da mulher não faz tanto sentido abordar a morte nas questões de obstetrícia, mas na criança sim.

No 4º ano deve-se abrir o leque para eles trabalharem as questões que lhes interessarem. Se eu tenho estudantes que não estão interessados em seguir esta área eu não devo obrigar os estudantes a trabalhar estas áreas. Mas para os estudantes que querem trabalhar estas questões, deve haver uma abertura e terem oportunidade de o fazer. D6.50. O 4º ano também não têm muita oferta. Eu penso que deveria haver uma oferta tipo créditos, ou opções para trabalhar estas áreas específicas e não há. Ao longo do curso eles vão escolhendo opções. D6.51.

A sua U C de opção “Viver o fim de vida” é para que estudantes?

Está aberta para estudantes do 1º ao 3º ano.

Como é numa opção um professor trabalhar com estudantes em três etapas do desenvolvimento curricular?

É um bocado difícil. Os estudantes do 3ºano percebem perfeitamente o que se está a passar. Aprendem muito no sentido de mobilizar para a prática e os do 2º ano também. Os alunos do 1º ano tem muitas dificuldades no role-playing, mas não me parece que isto seja mau, eles assistem à interação. Não devem é no role-playing fazerem o papel de enfermeiro. Assistem á interação dos colegas com os fictícios doentes e que linhas orientadoras é que podem utilizar. Quem vai para aquela opção no 1º ano, já vai

motivado para esta área do cuidar. Outra coisa diferente é fazer estas aulas no 1º ano a estudantes que nem querem ouvir falar da morte, isso acho que é um bocado agressivo. No 2º ano já não é assim, eles já tiveram conteúdos no 1º ano sobre a desmistificação do fenómeno da morte. Já tiveram um estágio e chegam num 2º ano em que já falaram sobre patologias que podem levar à morte e portanto podem trabalhar estas questões e nos próximos estágios vão se deparar com estas questões.

Há muitos estudantes do 1º ano que vão porque acham muito interessante o tema nas aulas de fundamentos de enfermagem e querem aprofundar mais estas questões. Ou porque tiveram experiências pessoais de familiares que estiveram em fim de vida e sentem necessidade de aprender mais a lidar com estas situações.

Como perspectiva no CLE esta questão do cuidar da família que está a viver um processo de fim de vida? Até aqui falamos sobre o cuidar do doente e como é prestar cuidados às famílias destes doentes?

A nível do 1º ano é só sensibiliza-los que aquela pessoa não está só, tem uma família à volta. Se o doente sofre a família sofre e isto tem de ser visto em conjunto. Mas não passa de uma sensibilização. No 1º ano não se trabalha a família. D6.52. Tomara-mos nós que eles saibam trabalhar a si próprios e a interação com o outro, no 1º ano.

No 2º ano acho que já se devia abordar a família, porque eles vão deparar-se com situações em que vão interagir com as famílias. D6.53. E interagir já com um grau de autonomia diferente do 1º ano. Não estou a dizer que no 2º ano os estudantes já são autónomos, longe de o ser, vão ter com eles enfermeiros orientadores e docentes, mas vão ser apanhados em situações por famílias que lhes perguntam várias coisas, por isso tem que se abordar as questões da família.

Mas sem dúvida, no 4º ano deve-se abordar o que é isto de cuidar de uma família que tem um doente em fim de vida e não do ponto de vista do que é cuidar de um doente que tem uma família. D6.54.

Preconiza essa diferenciação da família como contexto para a família como alvo dos cuidados?

Exatamente! O que não é fácil para os estudantes do 4º ano porque eles vêm durante três anos com a cabeça feita para a família como contexto dos cuidados. Mas eu penso que no 2º ano já poderiam dar um cheirinho sobre a família do doente que está em fim

de vida como alvo de cuidados e a filosofia dos cuidados paliativos preconizam perfeitamente isso, D6.55, (...) por isso acho que deveriam de facto falar nestas questões. No 4º ano já podem perspetivar a família como cliente dos cuidados, a família como família que tem vários membros, uns doentes, outros não doentes e que ao longo do seu ciclo vital depara-se com situações de morte, de crises e de perda. D6.56. Perda para a família e perda das capacidades da pessoa que está a viver o fim de vida.

Quais as temáticas mais importantes a serem abordadas no CLE para ajudar os estudantes a cuidar em fim de vida?

Nas temáticas parece-me importante eles perceberem, quem é a pessoa em fim de vida? Eu não falo da pessoa criança, adulto ou idoso em fim de vida, mas da pessoa em si que está num processo de fim de vida. Como entidade, não como uma pessoa específica que tem 10, 20 ou 80 anos. Nada disso. Quem é a pessoa em fim de vida? Se eu estou no 2º ano _ Quem é a pessoa em fim de vida adulto ou idoso. Se eu estou no 3º ano _ Quem é a pessoa em fim de vida criança. D6.57.

No 1º ano eu falo da pessoa em fim de vida que é aquela que tem uma perspetiva de vida curta. Há autores que falam em 6 meses. (...) Há autores americanos que falam até um ano. Eu falo muito nos que tem uma perspetiva de vida até aos 6 meses que são a maior parte deles. (...) E são pessoas que têm falência orgânica. E depois o que é o fim de vida? É diferente do que é a pessoa em fim de vida? D6.58.

Para eles terem a noção de quando referem “o doente terminal” está mal. O doente não é terminal. A situação que ele está a viver é que é terminal. O doente é uma pessoa que está a viver uma situação de fim de vida. É importante clarificar para eles terem a noção de como os conceitos são deferentes. Para perceberem que a vivência do outro é que é importante. D6.59.

Depois abordar o que é isto da morte e o que é isto do morrer. São coisas diferentes. A morte é um evento é um momento, o morrer é um processo e precisam de distinguir bem isto. D6.60. Depois os medos da pessoa que está em fim de vida. É extremamente importante eles perceberem que um dos maiores medos é o de morrer só. Eles nunca se vão esquecer que aquela pessoa não deve estar só. Quando eles perceberem que os medos é muitas vezes de ser enterrado e ter frio.

Quando a pessoa diz eu tenho medo de morrer, os estudantes já estão sensibilizados para perguntar: _ Tem medo de quê? E já estão à espera de alguma resposta deste tipo.

Também é importante perceber como é que a sociedade se posiciona frente à morte. É a questão do negar a morte. Ou então dos adolescentes que a desafiam. (...) Têm comportamentos de risco. Conduzem embriagados e em excesso de velocidade. Ou que a estão a desafiar ou que a escondem. (...) Há várias formas da sociedade se posicionar face à morte, mas a major é a da negação. D6.61.

Embora não me possa alargar muito, mas (...) pergunto nas aulas se querem partilhar alguma coisa da sua experiência. Muitos até querem. Falam dos seus medos. De não saber como atuar quando for para estágio e se deparar com a morte. Nesta partilha percebem que o medo de um é o medo de muitos. Percebem que não estão sós e têm sempre alguém com quem partilhar. D6.62.

Fazemos a aula teórica prática da múmia e aí falamos das questões do cuidar de um corpo sem vida. Abordar as questões culturais e religiosas do culto ao corpo do morto também é importante. No 1º ano não podemos entrar em coisas muito específicas. D6.63.

Falar dos cuidados paliativos e do que são os cuidados paliativos na nossa sociedade, que são poucas unidades. E o que são? São cuidados prestados à pessoa em fim de vida e família. Ter em conta que é um trabalho em equipa, que é destinado ao conforto e qualidade de vida. D6.64. E não estamos a entrar nas especificidades, nem há tempo, nem os estudantes têm capacidade de apreender no 1º ano do curso. Pretende-se que fiquem sensíveis a estas questões e ficam.

Gostaria de referir mais alguma coisa que eu não tenha solicitado?

Creio que não.

Muito obrigada pelo importante contributo que deu com a sua experiência e saber para o meu trabalho.

Quer validar a entrevista?

Pode ser

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D 7)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações profissionais?

Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que a habilitou para a profissão?

[Professora do sexo feminino].

Tenho a nacionalidade portuguesa, sou casada, tenho 43 anos de idade e fiz o Curso de Bacharelato em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem C. Gulbenkian de Lisboa, terminei em 1991, fiz a especialidade de saúde comunitária na escola de enfermagem de Santarém e o mestrado em saúde escolar.

A2) Caracterização profissional.

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Tenho 20 anos de profissão e 9 anos como docente. Trabalhei em CSP, durante 11 anos. e trabalho no Departamento de Saúde Comunitária há 9 anos.

B) Caracterização da experiência com o tema.

Tem experiência profissional anterior, ou atual, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Eu tive experiência com a morte, mas não acompanhei o fim de vida, porque quando isso aconteceu eu era muito pequena, (...) mas *a ideia de que as pessoas morrem e são finitas fui adquirindo por um ritual familiar de acompanhar a minha avó aos sábados ao mercado e comprávamos flores para ir ao cemitério pô-las nas campas das minhas bisavós.* D7.1 *Íamos visitar as bisavós que tinham morrido e agora estavam no cemitério. Na minha família o culto aos mortos nunca foi uma coisa escondida. Fazia parte da cultura familiar este ritual de culto aos familiares mortos.* D7.2.

Já era jovem quando o meu avó materno morreu e o pai de um amigo meu, até já estava no curso de enfermagem.

No Curso de enfermagem nunca cuidei de ninguém que tivesse morrido ou estivesse num processo de fim de vida. D7.3.

O primeiro contacto de cuidar pessoas em fim de vida já foi como profissional, quando enfermeira dos CSP, no Centro de Saúde. D7.4.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte que representação tem?

Acho que a morte não traz sentimentos positivos. Gera alguns sentimentos ambivalentes. Nos sabemos que as pessoas nascem, vivem e morrem, têm princípio, meio e fim. Mas queremos sempre prolongar o fim. D7.5. Quando temos pessoas muito próximas a viver processos de finitude queremos sempre prolongar a vida. *Mesmo quando sabemos que todos os dias a pessoa morre um bocadinho e que o desfecho próximo é a morte e dizemos que estamos preparados, mas no fundo nunca estamos preparados para aquele momento, podia ser sempre mais um dia, ser no dia seguinte.* D7.6.

Eu acho que até para nossa defesa gostamos pouco de pensar nisso porque sabemos que é uma situação muito real. A coisa mais certa que temos na vida é que vamos morrer.

Nem o nascer é tão certo, pode haver intercorrências no parto e na gravidez e não nascer com vida.

A morte traz-me sentimentos de tristeza. Quando vemos pessoas que ainda podiam viver muito mais tempo dá-me muita tristeza. D7.7. A vida faz-lhe falta a elas, claro que as pessoas que morrem também nos fazem falta a nós, mas nós vamos vivendo e cumprindo o nosso percurso de vida.

Não tenho uma representação social da morte como uma coisa muito negativa, isso não tenho. É um facto que me causa tristeza, fico com saudade da pessoa que parte, D7.8, (...) que nos fazem falta de uma forma ou de outra, mas, (...) eu também acho que as pessoas de uma forma ou de outra também estão cá connosco. Não estão fisicamente, mas estão de outra maneira. Se calhar isto é uma defesa minha, face a um acontecimento que custa muito. D7.9.

Custa-me pensar na morte porque eu associo a morte ao sofrimento, quer da pessoa que está em fase terminal, quer de quem o está a assistir e a cuidar. D7.10.

Às vezes o desfecho da morte também vem pôr fim ao sofrimento de todos os envolvidos naquele processo.

Em relação à experiência que eu tenho de pessoas próximas que morreram, nós sentimo-nos um bocado mal, quando estamos muito próximos de alguém e muito querido e que está em fase terminal, no momento da morte nós temos um sentimento de tranquilidade e de paz e às vezes culpabilizamo-nos de o ter. D7.11.

Há uma ambivalência porque nós pensamos, eu não me posso sentir assim, ou não é socialmente correto, eu sentir esta paz, esta tranquilidade, mas ao mesmo tempo é um momento de um certo alívio e de uma paz que é estranha. D7.12.

Porque possivelmente não fomos ensinados a lidar com essa forma de sentir. Falta-nos essa preparação?

Acho que é isso. Enquanto preparados como profissionais para lidar com a morte não somos preparados, nem treinados a lidar com estes sentimentos tão diversos. Não fazem parte da nossa preparação. Na minha opinião nós vemos a morte muito como uma questão cultural e muito numa visão judaico cristão. D7.13.

A sua conceção religiosa influencia a sua visão da morte?

Não. Apesar de ter tido uma formação católica até determinado momento da minha vida, mas não me condiciona. O que eu acho que me influencia é a forma como a morte foi vivida na minha família. Tem a ver com as atitudes, com as tradições e com os valores que herdei. Para mim a morte é mais uma construção social e familiar do que religiosa. D7.14.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

*Eu não posso dizer que fosse uma área deficitária na formação, mas era uma área do cuidar que não se falava muito tendo em conta o peso que tem. D7.15. Provavelmente na nossa formação há 20 anos atrás, como os estágios eram muito acompanhados na formação pelos docentes das escolas. Nos locais onde eu fiz os estágios, nomeadamente nas medicinas e cirurgias, unidades de críticos e urgências, eram locais onde se morria muito e os estágios eram acompanhados por 2 docentes. *Havia situações que eram muito trabalhadas com os professores e desmistificadas, ou não, ali no momento em estágio. Havia um acompanhamento muito próximo. D7.16.**

Em sala de aula, nas U.C. teóricas, falar sobre a morte, o que é a morte eu tenho ideia que não foi muito abordada. Foi nos falado não na morte, mas numa técnica que se usava para o corpo morto. O fazer a múmia. D7.17. Cuidar do corpo físico morto éramos protegidos no estágio, os profissionais diziam, deixe estar, nós fazemos, se não quiser não se envolva.

Mas de facto o que me lembro de ter sido ensinado foi a técnica de tratar o corpo físico e de fazer a múmia. Mostrava-se numa sala técnica como se preparava o corpo para ele ir para a morgue.

Eu acho que os contextos eram diferentes, as famílias não estavam tão próximas. Era tudo diferente.

Como foi no desempenho profissional cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias, tendo em conta que não teve essa experiência no curso?

Eu cuidei pessoas em fim de vida pela primeira vez já como profissional, foi uma experiência diferente dos outros cuidados, prestados a outras pessoas. O meu contacto foi em CSP em contexto de visita domiciliar, portanto em casa das pessoas. Num ambiente de proximidade, onde eu ia como uma pessoa que ia para ajudar o doente que estava para morrer e para ajudar aquela família. D7.18. Era mais um elemento para dar conforto, mas enquanto profissional e (...) enquanto pessoa as vivências da morte são diferentes consoante são pessoas nossas clientes ou são pessoas nossos familiares. D7.19.

Temos alguma proximidade com aquelas pessoas e com aquelas famílias, mas há ali um vínculo emocional que nos permite algum distanciamento. Ficamos tristes, porque é

sempre uma situação de fim de vida e de morte. Cria-se alguma tristeza, mas também há um distanciamento. É uma forma de abordar e de intervir diferente de quando é a nossa família.

Que fatores contribuíram para a capacitar para cuidar em fim de vida?

Acho que foi a experiência de vida o dia-a-dia. É uma questão de bom senso. D7.20.

Depois há a partilha de informação e a ajuda de colegas. (...) Eu trabalhava numa equipa com pessoas da minha idade e com pessoas mais velhas que já tinham passado por muitas situações. Algumas enfermeiras tinham uma componente religiosa forte. (...) Nesta troca de informação e nestas conversas informais vamos aprendendo a melhor forma de lidar com a situação e depois ajustamos ao que nos faz mais sentido. D7.21.

Nós podemos ter todas as ferramentas, mas quando a situação de morte é com uma pessoa idosa, na última etapa do ciclo de vida, em que a situação já se sabe que o desfecho é a morte e que está a ser acompanhada pela família, é mais fácil, é mais natural, acompanhar aquela família e aquela pessoa, do que uma situação de morte de uma criança, ou de uma morte que não é esperada. Nesses casos eu nunca cuidei, mas é preciso ajuda a outros níveis, técnico e diferenciado. *Quando a morte ocorre de forma natural e previsível é muito o lidar com a situação de acordo com a nossa experiência e com o contexto. D7.22.*

D) Experiência profissional no processo de ensino aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Como aborda a morte nas UC em que leciona? No seu caso, nos ensinamentos clínicos?

Como ajuda os estudantes?

No meu caso, que oriento os alunos nos estágios do 4º ano, na saúde comunitária, não sei se o projeto de aprendizagem faz muito sentido. Nós não vamos à espera de contexto de morte a não ser que o estudante já vá direcionado para os cuidados paliativos, ou para cuidar famílias a viver processos de fim de vida. *O projeto de estágio faz mais sentido num estágio de opção do 8º semestre, no projeto pessoal em enfermagem clínica, em que o aluno pretende desenvolver competências no cuidar em fim de vida, em que o seu projeto de aprendizagem seja mais direcionado para essa área. D7.23.*

Um instrumento que pode ajudar muito o estudante quando se depara com uma situação de fim de vida num estágio qualquer, no seu percurso formativo, acho que

pode o incidente crítico, ou o jornal de aprendizagem pode ser um bom instrumento. Acho que pode ser uma boa metodologia para estes casos. D7.24. Os estudantes utilizam a narrativa do acontecimento, o que sentiram, acho que pode ser um instrumento organizador.

Os enfermeiros tutores da prática clínica também podem ser facilitadores desse processo de aprendizagem. A tutoria da prática é uma mais-valia, quando é bem-feita e por um tutor com experiência. D7.25.

Nós como docentes da escola e orientadores da prática clínica temos que estar disponíveis para o estudante nos procurar. Às vezes até fora do contexto da prática clínica, porque o estudante tem necessidade de refletir e de questionar determinadas coisas que se passam nos estágios. Como o que viu fazer, ou o que se fez e até se inibe de falar à frente do tutor ou dos colegas. D7.26.

Acho que tanto o registo do incidente crítico, como o jornal de aprendizagem, podem ser uma boa metodologia, para o ensino clínica. D7.27.

E) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, para capacitar os estudantes a cuidarem em fim de vida ao longo dos 4 anos?

Eu acho que a abordagem pelo ciclo de vida é uma boa abordagem para o estudante do 1º ciclo de formação em enfermagem. Pode ajudar esta lógica, pode ser orientadora e organizadora. D7.28.

Considero também que tem que haver algum trabalho ao nível de algumas unidades curriculares de desenvolvimento pessoal e de conhecimento pessoal. D7.29.

Não podemos pôr os estudantes a debruçar-se, ou falar na morte da criança, ou do adulto, ou do idoso, sem eles primeiro trabalharem o seu conceito de morte. O que significa para eles a morte. Como veem a morte. As diferentes perspetivas culturais e religiosas da morte. D7.30. Quer dizer num ensino como nós temos há estudantes com diferentes idades, diferentes credos, culturas e experiências sobre a morte. De vivências e experiências de morte que são muito diferentes.

Como sugere a estrutura do curso de enfermagem?

Acho que a primeira etapa é trabalhar estas questões com os alunos, no 1º ano. Trabalhamos a comunicação com o outro, devemos também trabalhar no

desenvolvimento pessoal as questões da morte, do sofrimento, da doença, da incapacidade, o ser idoso, o ser criança. D7.31.

Desenvolver as competências digitais e analógicas da comunicação, como o olhar, o toque, etc. Provavelmente é fácil para um estudante tocar numa criança, ou numa grávida, mas não é fácil tocar num idoso, ou num adulto. D7.32.

Tocar num velho que está ou não em fim de vida, é diferente de tocar numa criança. Por exemplo mudar a fralda a um velho é diferente de mudar a fralda a uma criança.

Eu acho que estas coisas, e estas diferenças, têm que ser mesmo trabalhadas enquanto aspetos do desenvolvimento pessoal do estudante num 1º ano e num CLE e isso pode fazer a diferença quando eles são confrontados com a situação num futuro estágio.

Faz-me sentido ir pela lógica do ciclo de vida e incluir sempre a família naquele processo. A família numa perspetiva de apoio, àquela família num processo de morte natural. D7.33.

Até pode ser a morte de uma criança numa situação de uma doença prolongada, de uma morte que é esperada, num contexto de cuidar em situações esperadas. E a família num âmbito de apoio, como é que nós apoiamos a família, estamos com a família e a podemos ajudar em todo este processo.

Parece-me quando cuidar a família num luto, num processo mais complicado, menos natural, pode já não ser para um estudante do CLE. Já implica outras técnicas, outros saberes. No luto, pode ser já outros níveis de intervenção da família como cliente, que aborde as transições da família, que aborde as tarefas os papéis as estratégias de coping face à crise. Acho que isto seria para um ensino pós graduado. D7.34.

A família vista como contexto e como recurso seria abordada no CLE, a família vista como sistema e como cliente seria para um 2º ciclo de formação. D7.35.

Em que área de formação especializada incluía esta aprendizagem de cuidar a família com alguma complexidade?

Eu incluía o processo de cuidar a família na área de especialidade de enfermagem de família. Inclui várias componentes. Porque quando nós pensamos na família como cliente temos a família saudável e a família com alterações nas dinâmicas familiares, e aí talvez tivesse a intervenção e o apoio da saúde mental e da terapia familiar a esse nível. D7.36.

Parece-lhe bem que a saúde mental e a saúde comunitária integrem esta formação pós graduada?

Parece-me bem integrar estas duas componentes, na formação pós graduada de uma especialização na área da família.

A Senhora professora fez o seu Curso há 20 anos e referiu algumas lacunas. Considera que atualmente o CLE facilita, ou promove a aquisição de competências pelos estudantes, para cuidar de pessoas no fim de vida e de suas famílias?

Acho que não! Acho que ainda não dá a resposta necessária. Há aqui outra questão. As famílias modificaram-se muito e há aqui uma diferença, há 20 ou 30 anos os estudantes vinham para o curso de enfermagem e já tinham tido contacto com a morte. Havia sempre um idoso que vivia com a família e já tinham acompanhado o processo de fim de vida de um familiar.

Era diferente a situação. As pessoas e os jovens viviam em contextos em que era normal a convivência com a morte. Era a realidade de acompanhar a pessoa em fim de vida, de participar no funeral, de ir visitar a campa no cemitério. As crianças e jovens não eram afastados do fenómeno. A morte era um acontecimento normal, ou habitual na vida das famílias, o que ainda acontece em vilas mais pequenas, ou em comunidades rurais. Nesse contexto sócio familiar (...) *as crianças desenvolviam competências sobre a interpretação e o cuidar na morte que eram facilitadoras para a sua vida. Hoje os estudantes de enfermagem não trazem essa vivência de lidar com os processos de morte.* D7.37. As pessoas são mais ativas, trabalham até mais tarde, vão para os infantários mais cedo e não são criadas no seio familiar e não vivem as etapas do ciclo de vida dos familiares, onde se inclui a morte.

Provavelmente houve também aqui a interferência das psicologias que não se fala da morte às crianças porque é muito traumatizante. Muitos dos nossos estudantes chegam ao curso de enfermagem sem nunca terem tido uma experiência de lidar com a morte de alguém. Elas sabem que existe a morte, mas não têm uma experiência vivida na pele com estas situações. E depois (...) *o curso de enfermagem também não lhes dá muitas experiência, não os alerta para determinadas coisas, não trabalha com eles alguns sentimentos que eram necessários. A questão da morte bem como de outras situações do cuidar em enfermagem nós só temos a percepção delas quando as vivemos.* D7.38.

Só quando as situações estão à nossa frente. É lógico que se nós tivermos algumas ferramentas que nos vão ajudar a lidar com a situação.

Que competências devem desenvolver os estudantes do CLE para cuidar dos doentes e das famílias?

Considero as competências comunicacionais, as relacionais, a relação de ajuda com o doente e a família, ou a relação que ajuda. Como é que um estudante pode estar, não estando. A nossa presença, mesmo sem falar. A comunicação não-verbal. Como é que nós podemos estar. Saber estar disponível para aquela família naquele processo. D7.39.

Quando são processos mais complicados vividos pelas famílias deve ser uma área de especialidade. Não quero dizer que o enfermeiro generalista não esteja, mas que precisa de um apoio de alguém mais especializado, com outras técnicas e outros saberes, que permita um apoio diferenciado. D7.40. O enfermeiro generalista possa ter o suporte de alguém mais especializado e perito que o vá ajudar e que o enfermeiro seja ali quase um intermediário, se aquele enfermeiro for a pessoa de relação e de referência da família.

Como a Senhora professora é da saúde comunitária foi muito importante clarificar aqui a sua opinião sobre o que deve ser do CLE e do ensino pós graduado.

Gostaria de referir mais alguma coisa que eu não tenha solicitado?

Penso que não.

Agradeço muito a sua disponibilidade, deixou-me muito material para eu refletir.

Quer que lhe envie a entrevista para validar?

Pode enviar.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D 8)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural.

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento, Estado civil? Habilitações profissionais. Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Docente do sexo feminino].

Tenho a nacionalidade portuguesa, tenho 46 anos, sou divorciada, e a minha crença religiosa é a islâmica. Concluí o curso de Bacharelato na Escola Missionárias de Maria, há 22 anos. Tenho a especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica e o mestrado em comunicação em saúde feito na Universidade Aberta.

a.2) Caracterização profissional.

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Sou enfermeira há 21 anos e estou na docência há 11 anos atualmente no departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem.

B) Experiência no cuidar em fim de vida.

Tem, ou teve, experiência profissional, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida? Onde ocorreu essa experiência?

Durante o curso não tive nenhuma experiência em cuidar em fim de vida. D8.1. Cuidar em fim de vida foi só como enfermeira já na vida profissional. D8.2. Antes do curso faleceu-me o meu pai de acidente, mas não cuidei dele.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

O pensar a morte é uma coisa que é muito pessoal, muito minha. Considero-a uma passagem, para outro estágio. Existe um continuum na nossa existência.

Para mim, a vida é algo que vivemos cá, e a morte é uma passagem para outra etapa de vida, é um contínuo, uma continuidade, é passar para um outro estágio. É passar para outra dimensão, é passar para outra etapa do processo evolutivo. D8.3.

O corpo físico que nós temos nesta vida proporciona-nos uma experiência de desenvolvimento. A morte para mim é o culminar de uma experiência que eu passei, que teve o desfecho da forma que teve, cada um tem a sua situação de morte, mas é o passar para outra fase, para outra dimensão, para outro local.

O ser islâmica influencia a visão da morte?

A minha visão não é pela influência islâmica. A representação da religião islâmica é igual à dos católicos. A diferença é que nos católicos a alma antes de ir para o céu pode ficar algum tempo no purgatório, na religião islâmica a alma permanece junto ao corpo. Para nós muçulmanos a alma fica junto ao corpo até à ressurreição.

A minha visão da morte foi influenciada pela experiência de vida, o gostar de ler e de pesquisar este fenómeno e outros. D8.4. Fui influenciada pelas práticas ligadas ao ioga, ao esoterismo, o transculturismo o estudo dos rituais que me levou a pensar e que me fez criar esta conceção de morte que é minha, uma conceção à luz da antropologia um pouco híbrida. D8.5. Nem é a original da minha cultura, fui buscar subsídios às outras culturas, mas construí algo de novo, uma conceção para mim e que me faz sentido.

Eu sou islâmica, os muçulmanos não acreditam na reencarnação, a mim faz-me todo o sentido. Como a muitos católicos o conceito de reencarnação também faz sentido. As aprendizagens que fiz ao longo deste tempo que tenho estudado estes fenómenos, como vivem como lidam, ajudou-me a construir este conceito que é meu, é muito próprio.

A sua formação pessoal e profissional muito dirigida por a transculturalidade também a ajudaram a estruturar a ideia da morte, ou não teve influência?

Ajudou muito. *Conheço a essência das várias religiões e culturas que interpretam o fenómeno da morte e do pós morte, (...) como: as testemunhas de Jeová, os católicos, os islâmicos, os budistas, hinduísmo, até dos animistas, (...) isso fez-me ver a morte de uma forma pluri cultural e ajudar a pessoas e as famílias a prepararem-se para a morte consoante as dimensões espirituais que valorizam.* D8.6. Para mim é importante saber o porquê e saber porque as pessoas reagem de determinada forma, expressam-se de acordo com os rituais que lhes fazem sentido, quer na doença, quer na morte, quer no pós morte e no modo como lidam com o corpo físico.

D) Como perceciona a sua preparação académica para o capacitar para cuidar em fim de vida?

No curso falaram da temática da morte nas Necessidades Humanas Básicas, quando estudamos a teoria de Virgínia Henderson, mas não me lembro muito desta temática ser relevante no curso. Eu terminei em 1988 e não havia cuidados paliativos, nem se falava nisso, não havia preocupação de cuidar para a morte, mas sim o cuidar para a vida. D8.7.

Hoje acho que se prepara já melhor os alunos para as questões ligadas ao processo de morrer está integrado nas diferentes unidades curriculares. Existem pessoas muito preparadas nessa área, com mestrados e doutoramentos, a lecionar e a sensibilizar os estudantes para estes temas, para além de haver as opções nessa área específica do cuidar, para os estudantes que querem aprofundar o tema. D8.8.

A formação tem a ver com as políticas de saúde e com os indicadores de saúde do país. Agora a tónica é os cuidados continuados e os cuidados paliativos, no tempo em que eu fiz o curso não era esse o enfoque. D8.9.

Como não teve a experiencia no curso, como foi no desempenho profissional cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

No início da profissão tive dificuldades, tanto mais que eu não tive experiência de cuidar em fim de vida como estudante. D8.10.

Tive uma experiencia profissional em que fiquei traumatizada (...) com uma senhora idosa que percebeu que ia morrer, a senhora tinha um câncer, e pegou-se muito a mim. Eu era muito novinha e ela agarrou-se a mim a pedir: Menina não me deixe morrer, eu não quero morrer. Eu estava de mão dada com ela a tentar dar todo o apoio que podia.

Eu via a morrer junto de mim e ela não queria partir. (...) *Eu fiquei muito incomodada com aquela experiencia durante muito tempo. Lidei muito mal com aquilo. E não tive apoio da equipa.* D8.11. Nesta equipa era só um enfermeiro por turno, era um trabalho muito só com os doentes, quem me apoiou foi a minha família.

Que fatores contribuíram para a capacitar para cuidar em fim de vida?

O tempo ajudou-me...

No início da minha vida profissional o que mais me ajudou foi a partilha das vivencias que fui tendo com outros com os colegas, D8.12, depois foram (...) *as leituras que fiz, consultei as referencias bibliográficas que me foram aconselhadas por colegas mais experientes.* D8.13.

O tempo, a maturidade que se vai adquirindo e a reflexão que se vai fazendo, também ajudam a compreender melhor a morte. D8.14.

E a sua formação pós básica?

Deram bastantes contributos, mas nunca lidei com estas situações de morte nem em ensino clínico na formação inicial, nem em estágio na especialidade. No entanto estas temáticas eram bordadas em seminários.

Resumindo foram vários os fatores que contribuíram para aprender a cuidar em fim de vida?

Sim. Contribuíram vários fatores: a partilha, a auto formação; formação ao longo da vida e a experiencia de vida, a reflexão. D8.14.

D) Na sua experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Faz-lhe sentido os enfermeiros identificarem as conceções de vida e de morte de diferentes culturas para a prática dos cuidados?

Claro que considero importante os enfermeiros conhecerem a forma de agir, os rituais das diferentes culturas. Cada pessoa e cada cultura tem a sua visão. A morte e os rituais que lhe estão associados são diferentes consoante as culturas.

Dando o exemplo dos ciganos. Os enfermeiros acham estranho o aparato, rasgam roupas, gritam, partem coisas cada vez que morre um ente querido, se for uma criança

ainda é mais acentuado. Mas tudo tem um significado. Os ciganos exteriorizam muito a sua dor pelo grito e pelo canto. Aquele canto que eles têm de lamúria, de lamentação, porque se um cigano fica calado a chorar no seu canto, em termos de representação daquela cultura, significa que não tem consideração pelo defunto. O sofrimento tem de ser bastante visível.

Para os chineses o sofrimento é interno, voltado para eles próprios, silenciado. Nos rituais de preparação para a morte, como eles dão muita importância aos aspetos materiais, eles levam consigo, para a tumba ou para o crematório numa forma simbólica todos os bens que eles queriam ter. Há um comércio de culto fúnebre. Nós no ocidente colocamos velas e flores, eles colocam todo o tipo de representação de riquezas, carros, casas, dinheiro. Levam isso em papel e é cremado ou enterrado junto com eles.

Quando um enfermeiro está a preparar aquela pessoa ou família numa perspectiva etnocêntrica, não está a prestar um bom cuidado, está a fazer tudo o que acha bem, mas ao lado das necessidades do cliente, não ajuda, até pode prejudicar. D8.15. Não pode emitir juízos de valor sobre o comportamento das pessoas, se uma não chora, ou outra faz grande estridor, podem estar a interpretar mal, ou até a magoar a pessoa, não sabe como ela está a viver o fenómeno.

Mesmo na nossa cultura ocidental, é raro hoje os familiares vestirem-se de luto, mas se for para algumas aldeias do interior é mal visto, quem não se veste de preto da cabeça aos pés.

Sendo perita na área da enfermagem transcultural é muito interessante a forma como aborda, com os estudantes estas questões do fim de vida nas diferentes culturas.

Os estudantes que eu oriento ficam muito despertos para a dimensão sócio cultural nos fenómenos de saúde. Quando estão a fazer o processo de enfermagem, oriento sempre para que tenham em atenção a origem, a cultura, da pessoa. D8.16. Muitas vezes os estudantes negligenciam este aspeto dizendo: Mas eles são portugueses. Claro que sim, mas temos que perceber as origens da pessoa, os valores daquela família, as representações de saúde doença, de morte, de modo a personalizar os cuidados. Podem ter duas famílias portuguesas, católicas a viver na mesma rua e no mesmo prédio e cada uma vê aquele fenómeno de forma diferente, tem a ver com os valores, a cultura, a

origem das famílias, a forma como vivem e interpretam a religião, o modo como perspetivam o futuro.

Os estudantes numa colheita de informação, não vão saber tudo na primeira entrevista, mas devem ter essa sensibilidade para perceber o que influencia o processo de saúde e de doença.

Para cuidar com base na evidência científica temos os autores, as pesquisas, o que nos dizem os livros, os resultados das investigações, mas temos que conhecer o cliente que está na nossa frente. Os cuidados culturalmente competentes são uma forma de singularizar os cuidados e de respeitar a pessoa. D8.17.

Como podemos ajudar os estudantes a aprender a lidar com a morte? Pode perspetivar na componente ensino teórico e na componente ensino clínico?

Estas temáticas devem ser contextualizadas de acordo com as temáticas e também integradas no contexto do curso ao longo dos 4 anos de forma gradual. D8.18.

Como sou da saúde infantil faço esta analogia, tal como às crianças vamos introduzindo os novos alimentos gradualmente, por etapas.

No 1º ano do CLE, nos fundamentos podem ir pela teoria das necessidades de Virgínia Henderson, abordar as necessidades espirituais e integrar no ciclo de vida, o que é no final do ciclo o processo de morrer e a morte. D8.19.

Depois ao longo do curso a morte deve ser integrada nos diferentes contextos das unidades curriculares. Por exemplo no 2º ano a preparação para a morte da pessoa e da família no idoso será diferente da preparação para a morte na criança, naturalmente. D8.20.

É diferente desenvolver competências para ajudar uma filha a lidar com a morte do pai idoso, do que dos pais para lidarem com a morte do filho, no início do ciclo de vida. O, que é muito difícil, neste segundo caso, porque até em termos de lógica de vida, nós estamos preparados para ser filhos e depois pais, ser avós e depois terminar o nosso ciclo, estamos preparados para ver morrer os nossos avós, ver morrer os pais, mas não para assistir à morte dos filhos.

Independentemente de a pessoa ser ou não da área da saúde aceita de modo diferente a morte do idoso e não a da criança.

Para os alunos é difícil compreender e aceitar o que não é de acordo com o ciclo de vida, se a morte é em crianças ou jovens revêem-se muito na situação e é um choque.

Se aconteceu a Ele também me pode acontecer a mim e especialmente em mortes por acidentes. D8.21.

Mesmo quando descrevemos a morte de um idoso sem ser de forma científica, no senso comum as pessoas dizem terminou, mas realizou os objetivos de vida, cumpriu a sua missão, fez a sua obra, deixou-nos isto, ou aquilo, como legado, está subjacente no discurso uma aceitação. Quando se fala de uma criança o discurso é outro: coitadinha, ainda agora nasceu, não teve hipótese, foi ceifada antes do tempo, foi arrancada à vida. Surge muita culpa e justificação para fundamentar a morte da criança, desde culpar Deus à medicina, há de tudo.

Os estudantes quando terminam o CLE estão capacitados para cuidar das pessoas e das famílias a viverem estes processos ou não?

Os alunos devem ser orientados numa perspetiva sistémica. Isto tem a ver com o modelo teórico que utilizamos a partir do 3º ano o modelo de Betty Neuman, de modo a tentar que eles abordem já família. D8.22.

Não é que eles sejam capazes de fazer enfermagem familiar, que eles não têm competência para isso, mas na abordagem sistémica incluir a família e de ter em atenção alguns aspetos característicos de determinadas variáveis. D8.23.

Nos estágios vão treinando a família como contexto e não uma enfermagem centrada na família, isso é uma área da especialidade, se não, não faria sentido haver uma especialidade de enfermagem de família. D8.24

Não podemos exigir que os estudantes no final do CLE sejam enfermeiros de família, mas devemos exigir que eles como perfil de saída sejam capazes de ter uma perspetiva sistémica do cuidar, onde englobe a família.

Este modelo de abordagem sistémica de Betty Neuman dá-lhe uma perspetiva diferente, a variável desenvolvimento e espiritual é algo novo para eles mas faz-lhes muito sentido, e fá-los ter uma perspetiva muito mais abrangente. Tanto quando o foco é o indivíduo tendo a família como contexto dos cuidados e alguns estudantes já conseguem até dar uma perspetiva da família também como cliente, mas não são todos, claro! Nem todas as experiências de estágios proporcionam esta possibilidade.

Esta capacidade de estudante passar da família como contexto dos cuidados para a família como cliente a cuidar deve ser agarrado no estágio do 7º semestre da

enfermagem comunitária, D8.25, (...) e suportado no modelo de Neuman conseguem fazer essa mudança.

Eu que estou mais com os estágios de saúde infantil (...) no 3º ano já fico satisfeita se o aluno for capaz de ver a família como contexto e perceber que para além do indivíduo há outros elementos que são importantes no processo de cuidar. D8.26.

Por exemplo na pediatria está a criança e os pais, mas é fácil esquecerem-se que a criança tem irmãos e o que estes influenciam a vida daquela criança.

Nos ensinamentos clínicos que metodologias usa para abordar esta problemática dos cuidados em fim de vida?

Nós atualmente estamos a utilizar muito o projeto e os jornais de aprendizagem que são boas metodologias, se bem usadas. Não basta o professor pedir um projeto, porque o que fazem os estudantes? Vão ao banco de dados da associação de estudantes e copiam pelos trabalhos que lá há. D8.27. Aquilo é como uma conta corrente de trabalhos para copiar. Se os professores não estiverem atentos aparecem projetos iguais aos anteriores, descontextualizados, sem dar resposta ao que eles podem, ou querem desenvolver. Os projetos têm que ser discutidos e justificados com o orientador de estágio. D8.28.

Penso que estas duas metodologias o projeto e o jornal de aprendizagem são interessantes e devem ser desenvolvidas junto dos estudantes, mas depois de uma prática refletida com o professor, onde eles dizem o que pensam e o que pretendem fazer, ou o que sentem. D8.29. Essas metodologias precisam que o professor este in loco no contexto onde decorre o ensino clínico. O projeto deve emergir a partir das conclusões e da reflexão que o estudante fez naquele contexto, a partir desta realidade e desta base o que vai fazer, o que pretende desenvolver e como o faz. D8.30.

É nessa orientação que o docente identifica com o estudante quais as áreas mais deficitárias e que o aluno precisa de desenvolver na sua formação, para desenvolver competências, ou para investir. Se não há este trabalho de preparação antes do docente com o aluno o projeto sai formatado igual a tantos outros. D8.31.

Tal como nós enfermeiros temos que estar atentos à singularidade do utente para o cuidar, também o docente tem que estar atento à singularidade do estudante e às suas necessidades para encaminhar e orientar o processo de aprendizagem. D8.32.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida?

São muito importantes os valores que eles aprendem ou desenvolvem no curso. Mas para mim o mais importante são os valores básicos que a família, a escola e a sociedade lhe foram inculcando, porque o professor pode ensinar tudo, mas se eles não tiverem na base da sua formação já alguns valores, a formação será muito enviesada e não percebem quando falamos de questões éticas. D8.33.

Temos também que ter em conta a origem e a formação do estudante. Nós temos estudantes provenientes de diferentes espectros culturais e religiosos. Depois cabe ao professor ajudar a desenvolver competências nos diferentes níveis, aquele estudante que já tem um percurso de vida. D8.34.

Podemos dar imensa formação, imensa literatura, muita ética, opiniões de este autor ou de outro, mas se eles não forem pessoas bem formadas, nada daquilo lhe faz sentido para a sua prática de vida e prática profissional. Podem até ter 20 no exame, mas depois já nem se lembrar do que debitarão para a frequência. D8.35.

Existem vários perfis de estudantes, há aqueles que não têm valores muito desenvolvidos, por algum motivo ou contexto, mas nós ajudamos e desenvolvem-se e há aqueles que não têm, nem são capazes de os desenvolver, e são esses que eu tenho receio em termos de futuros profissionais. D8.36.

Eu saliento esta questão porque eu oiço coisas de alguns estudantes e de alguns enfermeiros da prática que dá vontade de fugir.

Como perspetiva o papel dos tutores da prática no percurso formativo?

Dou muita importância à escolha de um tutor, porque há enfermeiros que não têm perfil para serem orientadores, nem modelos de boas práticas. São muito novos, imaturos, inexperientes, não gostam, nem têm jeito para ensinar. D8.37. Depois se são obrigados a ter estudantes e não têm disponibilidade mental, de tempo, aquilo para eles é uma tortura. Quando estamos a fazer algo por obrigação e sofrimento a coisa não sai bem.

O que gostaria dizer mais? Que mensagem quer deixar sobre estas aprendizagens?

Salientar a importância de estar-mos atentos ao outro. Nós vivemos numa sociedade que é um mosaico cultural diferente do que era há 20 ou 30 anos atrás, bem diferente de quando eu fiz o meu curso de enfermagem e fui iniciada na profissão. Esse mosaico tem costumes, cresças e rituais acerca da morte diferente, até mesmo as formas tradicionais de luto estão a desaparecer. Embora na sociedade ocidental o desenvolvimento da ciência e a medicina tenha tido um grande impacto no modo como as pessoas morrem. *Pouco se ensina acerca do morrer e como a própria morte entristece as pessoas. Tem havido um descuido, mas acho que devemos agarrar esse descuido, dar-lhe ênfase e integra-lo no ensino e na experiência e no percurso de vida das pessoas e não fazer da morte um «bicho papão».* D8.38.

Os estudantes chegam-nos sem nunca terem tido contacto com a morte a nível familiar ou social, apenas no cinema e na TV, (...) antes a morte estava domesticada e agora não está. É escondida e os estudantes não sabem o que está a acontecer, para onde vão as pessoas, para onde vão cada religião ensina. (...) As famílias escondem a morte para proteger as crianças e os jovens, mas no curso eles têm que enfrentar a realidade, de forma controlada e com apoio, mas tem que enfrentar a situação. D8.39.

Com as crianças pode ser muito difícil ir ao funeral, com todo aquele aparato, mas podem deixar a criança ir ao velório e explicar o que aconteceu, transmitir a mensagem da finitude, para ele perceber que não vai voltar a ver aquela pessoa, e explicar o que vai acontecer a seguir.

Há contextos e culturas em que a criança e o jovem acompanham o percurso de fim de vida e estão muito melhor preparadas para enfrentar a situação e sabem o que é morte.

Depois, a educação sobre a morte não é feita pela família em contextos reais, mas é adquiridas no cinema e na TV e fica mensagem que passa nos filmes de animação nos bonecos, morre, mas volta, desaparece, mas volta isto tem que ser trabalhado. Não se estrutura a ideia de finitude de forma correta. D8.40. As crianças ficam na espera de que a pessoa morreu mas não desapareceu.

O fenómeno da morte veiculado pelos media não ajuda na construção do conceito de finitude. Ou passam a imagem de que a vida não termina com a morte; ou uma visão romântica e escondida da morte; ou a imagem do super-herói; ou a idolatria das estrelas e das princesas que morrem, mas tudo diferente do comum dos mortais e do que é real. Temos que trabalhar a partir destes preconceitos. D8.41.

Foi muito importante a sua opinião sobre a morte e sobre a perspectiva que enfatizou sobre os cuidados culturalmente competentes. Agradeço muito o seu contributo e reenviarei a transcrição da entrevista para que a possa reapreciar.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D 9)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural.

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento, Estado civil? Habilitações profissionais. Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Docente do sexo feminino].

Sou de Nacionalidade portuguesa, casada, tenho 2 filhos. Tenho 55 anos. Fiz o meu Curso Geral de Enfermagem há 31 anos na escola de Enfermagem Bissaya Barreto de Coimbra. Sou especialista em saúde pública, fiz a especialidade na Escola Maria Fernanda Resende. Sou mestre e doutora em ciências da educação.

a.2) Caracterização profissional.

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Tenho 31 anos como enfermeira dos quais 13 como docente. Durante estes 18 anos da prática hospitalar estive no hospital dos Capuchos onde já orientava estudantes. Trabalho nos departamentos de saúde comunitária e de formação em enfermagem.

B) Experiência no cuidar em fim de vida.

Tem, ou teve, experiência profissional, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida? Onde ocorreu essa experiência?

Eu tive o meu primeiro contacto com o fim de vida ainda muito jovem, porque quando ia passar férias com a minha avó, ia para a aldeia e aí o ritual de acompanhar os

moribundos era vulgar e facilmente aceite e inserido na comunidade. D9.1. Não havia o tabu da morte e as crianças eram integradas nos acontecimentos daquela comunidade. Assistíamos de forma natural ao processo de agonia, ao funeral, ao enterro e ao luto das famílias. Tudo de uma forma muito natural. D9.2. Em criança vivenciei a morte integrada nos acontecimentos de vida comunitários, foi assim a minha primeira experiência de contactar com a morte. Depois também tive situações familiares. Não me lembro se enquanto estudante vivi alguma situação dessas. Mas quando comecei a trabalhar há 31 anos lembro-me perfeitamente da primeira pessoa que morreu comigo, até porque ela tinha o mesmo nome que eu. A enfermeira chefe como eu era a mais recente admitida no serviço, e como terapia de choque, atribui-me logo essa doente em fim de vida, para ver qual era a minha reação numa situação dessas. D9.3.

Como foi lidar com o fim de vida como iniciada na profissão?

Não tive muita dificuldade especialmente pelas experiências que eu tinha tido anteriormente. *Não foi uma experiência nova nem que me tivesse chocado muito, no meu primeiro contacto com a morte, como profissional, cuidei de uma senhora que estava só, não tinha família e eu cuidei-a sem grande sofrimento. D9.4.*

Mas o cuidar em fim de vida em algumas situações mexeu consigo?

Sim tive algumas situações de pessoas que morreram comigo de variadíssimas idades. Em algumas delas eu quase acabei por fazer uma transferência, por me identificar com elas de alguma maneira.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

A minha dificuldade em falar da morte por experiências pessoais e familiares que eu fui tendo, levou-me a eu perceber melhor o que se passa, de forma a aceita-la de outra forma.

Porquê não aceitava a morte?

Não aceitava. *Tinha dificuldade em aceitar como é que a vida tem um término. Tenho feito um grande investimento pessoal de forma a compreender o modo como o fenómeno ocorre e aceita-lo como uma etapa normal neste percurso de vida.* D9.5.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

Não me lembro muito. Já lá vão muitos anos e *não tenho qualquer lembrança da morte ser trabalhada nas aulas. Nada me marcou. O que me lembro era das aulas em laboratório e da preparação da múmia.* D9.6.

Como foi o seu modelo de formação? Mais holístico, mais biomédico?

Nem me lembro de qual o meu modelo de formação. Embora o modelo fosse na época muito orientado para as necessidades da pessoa e ancorado no modelo biomédico, muito centrado no curar. Os nossos modelos e referências eram os enfermeiros da prática que iam muito para o biomédico. O tratar e o curar como aspetos muito importantes. Éramos muito formados nessa vertente.

Eu tenho memórias dos meus modelos de formação, enquanto estagiária e depois quando iniciada de que embora a formação fosse muito sustentada no modelo biomédico, eu achava que as pessoas tinha uma vertente mais humana, que muitas que vieram a ser formadas a posteriori. *Tenho a memória de que os enfermeiros que foram meus modelos tinham uma boa componente humana, apesar de não terem a formação que têm hoje.* D9.7.

Que fatores contribuíram para a capacitar para cuidar em fim de vida?

A minha formação em duas vertentes: A primeira *foi a minha formação específica sobre a morte e em cuidados paliativos.* D9.8. Depois, *fiz outras leituras para aprofundar essa área. Foram muito importantes estas 2 vertentes da aprendizagem formal e da auto aprendizagem.* D9.9.

A formação pós graduada contribui para a sua aprendizagem de lidar com a morte?

Contribuiu muito e eu também quando fiz a especialidade tinha uma maturidade bem diferente que quando fiz o curso inicial. Logo entendia as coisas de outra forma. D9.10.

Que competências profissionais considera importantes adquirir, para cuidar destes clientes?

As competências relacionais são fundamentais. D9.11.

A sua conceção espiritual ajuda a organizar a sua conceção sobre a morte? Ou não tem qualquer influência?

Tem! Eu acho que a dimensão espiritual tem muita influência no modo como nós aceitamos a morte, e essa tem sido uma dimensão determinante. D9.12.

E está ligada a uma conceção religiosa, ou não?

Não. Embora eu tenha tido uma formação de base católica, mas acho que a religião católica não ajuda muito, nem nunca me senti muito apoiada por ela. Mas naturalmente que procurei outras formas de conhecimento e de compreender o fenómeno da morte, mas eu acho que é determinante a dimensão espiritual para lidar com este fenómeno. D9.13.

Em que medida é que essa dimensão espiritual a ajuda?

A dimensão espiritual ajuda-me a perceber que a vida é um momento de aprendizagem e a aceitar a morte como um momento em que vamos entrar noutra processo de aprendizagem e de evolução, isso ajuda-me a aceitar muito mais o processo de vida e de morte. D9.14.

Ao ver a morte não como algo finito, mas em transição, foi securizante?

Ajudou-me a encarar o dia-a-dia de uma forma muito mais tranquila.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Enquanto docente, como ajuda os estudantes a aprender a cuidar de pessoas e famílias em fim de vida?

Pois eu tenho acompanhado os estudantes mais em contexto comunitário. Nesse estágio eles podem ter a experiência de acompanhar as situações de viver o fim de vida em casa, com a família.

Eu penso que *os jornais de aprendizagem podem ser um instrumento que os ajuda a refletir e a relatar os sentimentos e emoções. São jovens estudantes, tem pouca idade, pouca experiência de vida e tem dificuldade em lidar com as emoções.* D9.15.

Que os estudantes sejam capazes de pedir ajuda e ter alguém de confiança a quem se possam expressar e até chorar, ou seja o enfermeiro do serviço ou o docente da escola. D9.16.

E que o professor o ajude a aceitar a morte de forma natural, como aceitam a etapa do nascimento e compreendam que nós profissionais de saúde não somos donos da vida. D9.17. Tudo tem um fim e que as pessoas que estão nessa fase têm todo o direito a vive-la de uma forma digna e com o menor sofrimento. *Devemos preparar o estudante para agir e entender o morrer de forma tranquila, sem grandes ansiedades, mas que sejamos capazes de dar o conforto possível, diminuindo a dor e o sofrimento e deixar que as pessoas fiquem de forma tranquila.* D9.18.

Como perspetiva os papéis do tutor e do professor neste processo?

O estudante precisa de ter muita confiança nos seus orientadores, seja o docente ou o enfermeiro tutor, para que ele seja capaz de falar e fazer a catarse do que sente. D9.19.

Porque se o estudante não sente a disponibilidade e o apoio nestes dois elementos responsáveis pela sua formação, alguma coisa vai mal, quer para o estudante quer para os intervenientes na formação: o tutor ou o docente, que possivelmente não são capazes de transmitir a confiança necessária que o estudante precisa naquele momento.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida?

Eu sou do tempo em que os estudantes eram acompanhados em estágio por um docente da escola, não estavam muito entregues aos enfermeiros da prática, só ficavam entregues aos tutores no último ano do curso. Estavam mais com os docentes e sempre que eu tinha um estudante a cuidar de uma pessoa em fim de vida procurava trabalhar a situação com o aluno e dava espaço para que ele pudesse expressar os seus sentimentos

face aquela situação, o que não era fácil dada a complexidade das situações. *Para alguns estudantes era a primeira vez que contactavam com a morte e isso não é fácil. Um jovem sem experiência de vida lidar pela primeira vez com a morte é complexo. É uma situação para a qual não se está minimamente preparado.* D9.20.

Em que etapa (as) do plano de estudos do CLE, devem ser desenvolvidas as temáticas da finitude?

Acho que o tema da morte deve ser transversal. Tudo depende do modo como o plano de estudos está organizado e o que se pretende que se adquira no 1º ano, no 2º ano e no final de curso destes estudantes. D9.21.

Eu acho que este tema de cuidar em fim de vida, como muitos outros, *é um tema delicado. Provavelmente pode ser abordado em diferentes disciplinas desde a ética à enfermagem e pode ser abordado consoante a exigência e o perfil de saída que se pretende.* D9.22. Não é um tema que tenha que ser abordado só num ano e depois acabou, mas é um tema para se ir discutindo e analisando ao longo do curso. Esta complexidade do tema da morte deve ser diretamente proporcional àquilo que se exige dum aluno. Naturalmente que um aluno do 1º ano ainda não consegue perceber a complexidade do tema da situação. Provavelmente um aluno do 2º já consegue perceber algumas coisas pelas experiências em ensino clínico na área do adulto e idoso e já começam a contactar com estas situações e assim sucessivamente até ao 4º ano. É um tema que tem que ser aprofundado ao longo do CLE.

Penso que pode haver várias abordagens, penso que a variável espiritual é importante e deve estar presente. A espiritualidade como necessidade básica. D9.23.

E relativamente aos modelos teóricos que estão na base da conceção dos cuidados o que tem a dizer? Até ao 2º ano aprendem o modelo de Virgínia Henderson e no 3º ano introduzimos um modelo sistémico de Betty Neuman.

Acho que ambos os modelos dão subsídios para esta área do cuidar. Ou vendo a espiritualidade como uma necessidade humana básica que deve ser proporcionada a sua satisfação nesta fase da vida, no modelo de Virgínia, ou pegando no modelo de Neuman em que aparece como uma variável a ter em conta na conceção dos cuidados. D9.24.

Não sei se é ou não complexo trabalhar com os dois modelos no curso. Não sei se os vais confundir ou os vai ajudar a mobilização de duas abordagens diferentes.

Independentemente dos modelos usados eu acho que este respeito pela espiritualidade de cada utente é fundamental. Há que saber entender esta necessidade de espiritualidade como há necessidade de entender as necessidades de comer e beber que normalmente estão alteradas nesta fase da vida. D9.25.

Não sei se os estudantes estão sensíveis aos aspetos da espiritualidade e se esta necessidade foi ou não aprofundada, mas é um aspeto que deve ser trabalhado ao longo do curso, e também nos ensinamentos clínicos. D9.26.

O plano de estudos do CLE promove a aquisição de competências pelos estudantes, para cuidar de pessoas no fim de vida? E para cuidar das famílias?

Em relação à questão de cuidar pessoas em fim de vida acredito que os estudantes saiam com algumas competências para cuidar em fim de vida. D9.27.

Eu penso que sim! Claro que nós achamos que estamos preparados e depois quando somos confrontados com a situação real somos capazes de vacilar um bocadinho. Mas para isso lá está o docente e o tutor da prática para nos ajudar e amparar, e no início da profissão também tem a fase de integração no serviço.

Quanto ao ter competências para cuidar das famílias nos processos de viver o fim de vida e o luto, o estudante não sai preparado. D9.27.

Tenho dúvidas se ele como futuro enfermeiro de cuidados gerais se terá que ter essa competência de cuidar de famílias. Porque se cuidar de uma pessoa só já é difícil, cuidar de vários elementos de uma família que estão a viver um processo tão complexo torna-se mais difícil ainda. D9.28.

Com a família estamos a trabalhar com diferentes pessoas e com diversas emoções em simultâneo e isso penso que exige outra preparação e outra maturidade que o estudante do CLE, normalmente não tem, até porque é muito jovem. D9.29. Normalmente a média das idades dos estudantes do CLE é inferior a 25 anos e não têm maturidade para abordar questões tão complexas, as quais ele de todo não é capaz de responder. Acho eu!

A experiência profissional vai nos ajudar a amadurecer um pouco mais e a compreender e a ajudar os outros, neste caso as famílias de outra forma.

Esta competência de enfermagem para cuidar de famílias a lidar com processos de fim de vida e com o luto, considera que deve ser formação mais de 2º nível e em que área de especialização em enfermagem?

Acho que esta área de *cuidar família a viver estas situações de crise deve ser transversal a várias especialidades, porque nós vamos encontrar famílias a viver estas situações de fim de vida e de perdas e lutos nas mais variadas áreas e especialidades do cuidar, desde a oncologia, na saúde da família em contexto domiciliar, na área do idoso e da geriatria, até na criança.* D9.30. Porque é transversal ao ciclo de vida. O enfermeiro tem sempre a possibilidade de se deparar com uma situação de fim e vida em diferentes serviços.

O desenvolvimento desta competência de cuidar das famílias não me choca que esteja presente e seja abordado em diferentes especialidades. Eu acho que uma família que tem uma criança a viver um processo de fim de vida, as suas reações, emoções, a sua revolta é diferente de uma família que tem um idoso a morrer de senilidade e em idade muito avançada. D9.31. Mais facilmente aceitamos melhor a morte de alguém mais velho, do que a morte de uma criança ou de um jovem. Vivenciamos os processos de morte de forma diferente. Sabemos que todos morremos, mas encaramos com mais naturalidade a morte do idoso, sabemos que ele está a aproximar-se da reta final. Não significa contudo que isto não lhe traga sofrimento. Mas considero que esta preparação para cuidar da família tem de ser transversal a várias especialidades. Não faz sentido só estar numa especialidade e não estar noutra.

E considera que esta é uma área do cuidar que os enfermeiros estão sensíveis para desenvolver competências?

Acho que hoje os enfermeiros começam a sentir que não estão preparados para cuidar para o morrer e estão a falar mais deste aspeto do cuidar de forma mais natural diferente de alguns anos atrás. É uma área do cuidar em que os enfermeiros estão muito sensíveis para aprender. A filosofia assistencial mudou um bocadinho. Cada vez se morre mais nas instituições. *Há mais abertura para que os familiares estejam presentes, logo há uma necessidade formativa dos profissionais em aprenderem a lidar e a cuidar das famílias e as incluírem no processo de cuidar.* D9.32. Os enfermeiros atualmente não têm só o doente isolado numa instituição, mas têm toda uma família que está a viver

aquela situação, que acompanha o seu familiar, que está muito mais presente nas instituições, do que estava a alguns anos atrás.

A Sr^a professora tem estado mais a acompanhar os estudantes do 4º ano. Considera que eles vêm a família como contexto, ou já são capazes de perceber a família como cliente?

Acho que o estudante, mesmo no 4º ano, não está preparado para cuidar da família, mesmo sendo esta como contexto dos cuidados, muito menos cuidar da família como cliente ou como sistema. Neste processo de morrer que envolve o doente e a família há muitas coisas que estão envolvidas e emaranhadas e o estudante não é capaz de dar resposta. Por insuficiência de saberes e de práticas. D9.33.

Sabemos que é pedido e exigido muita coisa ao estudante que acaba o curso. Também nos foi pedido a nós e o estudante do 4º ano dificilmente tem capacidade de resposta para tudo o que lhe é pedido.

A um estudante do 4º ano deve ser-lhe pedido que ele desenvolva o seu trabalho num perfil de saída de iniciado em enfermagem, porque é isso que ele vai ser daí a poucos meses. D9.34. O estudante tem que ir preparado e ter adquirido competências para iniciar a sua profissão. Os ensinamentos clínicos devem prepara-lo para começar o caminho de iniciado.

Quando o recém-licenciado começa a trabalhar o que é que as instituições pedem? Pedem um profissional que esteja no nível de iniciado, até porque lhe vão pagar como iniciado, sabemos que o tempo de integração do recém-licenciado é muito curto. O que as instituições pedem? Se eu tenho cá um profissional ele tem de responder como profissional e não como estagiário.

Se eu não concordo que o estudante deva seguir este caminho para iniciado eu não posso pedir que as instituições o admitam, como enfermeiro e estou a dar razão a uma exigência da ordem dos enfermeiros que assenta na necessidade de um estágio profissional após o CLE.

Se eu protejo muito um estudante do 4º ano e não exijo na base do perfil de iniciado eu não estou a ajudar o estudante a desenvolver competências que vai precisar daí a pouco quando iniciar a profissão. D9.35. Se eu como docente estou a proteger muito o estudante não o estou a ajudar a desenvolver e ele vai ter um grande choque com a realidade.

Quer acrescentar mais alguma ideia?

Não

Os meus agradecimentos pela sua colaboração, se desejar devolverei a transcrição para o seu email para rever.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D 10)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A).Caracterização da participante

a.1) Caracterização sociocultural

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento, Estado civil? Habilitações profissionais. Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Docente do sexo feminino].

Sou de nacionalidade portuguesa, tenho 53 anos de idade. Sou divorciada. Fiz o meu curso de enfermagem geral na Escola na antiga Escola Missionárias de Maria. Fiz a especialidade de reabilitação na Escola do Alcoitão.

a.2) Caracterização profissional

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Tenho 28 anos de profissão, sou professora há 25 anos.

Só desde 2000 é que estou no Curso de licenciatura, antes estava na pós graduação.

Trabalho no departamento de Reabilitação.

B)Experiencia no cuidar em fim de vida.

Tem, ou teve, experiência profissional, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida? Onde ocorreu essa experiencia?

Sou filha de uma família muito numerosa. Lembro-me da morte de familiares na beira.

Muito nova faleceu-me um irmão de acidente. Não tive a preparação para a morte dele, mas fui eu que tive que dar a má noticia à família. Hoje percebo que isso me marcou.

(...). Ainda sinto o desespero da minha mãe quando uma filha lhe vai dizer que outro filho “se foi embora”. Foi muito marcante (...) *mas, ajudou-me a entender o que é estar aqui agora, mas já não estar momentos mais tarde. A imanência das coisas, o fluir da vida.* D10.1.

Este processo de cuidarmos uns dos outros é uma aprendizagem que se faz ao longo da vida. E isso marca muito do que nós somos.

Acredito que nós ensinamos muito mais aquilo que somos do que aquilo que julgamos saber. Acabamos por ensinar e transmitir isso, essa capacidade de cuidar. Se os nossos estudantes não tiverem alguma abertura e desenvolvimento algumas coisas passam-lhe ao lado. Nós aprendemos todos uns com os outros. A nossa essência é aprender. D10.2.

Esta aprendizagem do cuidar em fim de vida marcou-a enquanto experiência pessoal?

Marcou-me a nível pessoal, mas profissional marcou-me obviamente. Marcava-me todos os dias. Estou a lembrar-me de doentes com dor, com situações específicas em que tínhamos que ter certos procedimentos.

Lembro de uma experiência de orientação num ensino clínico. Tinha uma estudante a cuidar de um doente em fim de vida, em fase de agonia que estava para partir em pouco tempo. A estudante veio me perguntar. Professora, posicionamos o doente? Perguntei-lhe qual a dúvida? A enfermeira tutora disse-me a aluna tem razão o doente está em fase agónica tanto faz ter almofada como não ter. Eu respondi:

_ Não! É mesmo neste momento de agonia que vocês têm mesmo que por almofadas com o maior carinho e conforto do mundo, porque está em causa a dignidade da própria pessoa. É o dar o melhor que sabemos e podemos, quer tecnicamente quer humanamente a esta pessoa, para ela poder fazer a passagem, tranquila, calma.

Aquilo que eu disse não lhe fazia muito sentido. Mas é uma questão de valor, de prioridade, do valor que se atribui à pessoa, que ainda está cá, O valor do sentido de vida. Transmitir-lhe que nos importamos com ele, que estamos lá. Que o estamos a ajudar nessa transição. Que estamos presentes com todo o interesse e carinho humano. Porque isso é que é o cuidar humano. O cuidar-mos uns dos outros. Cuidar-mos em todos os contextos. Para mim a vida só faz sentido assim.

Muitas vezes, mesmo sem dar conta e sem ser por esse sentido, nós acabamos por cuidar uns dos outros. Se cuidamos de uma planta, de um animal de estimação que

temos em casa, Cuidamos do carro que é um objeto inanimado. Porque não cuidamos uns dos outros?

Se fazemos crítica menos construtiva e juízos de valor que não são de todo legítimos, não estamos a cuidar. *Se eu não vivenciar esse sentido do cuidar, não consigo transmitir isso, em toda a sua abrangência, ensinar aquilo que eu não consigo praticar. A essência do cuidar transparece nas mais pequenas coisas, nos pormenores da nossa interação, no modo de estar com os outros e até no modo como nos relacionamos connosco mesmos.* D10.3.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na sua morte ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

A morte existe para mim neste momento. Basta pensar nas minhas células que estão a morrer. Como diziam as teóricas de enfermagem: Ropper, Anderson. A morte é um estado transitório do ser que alterna entre a morte e a vida. D10.4

Para nós o que tem mais importância é a vida e a consciência que se tem do fenómeno. Para os jovens se isto faz sentido? Alguns já vão tendo esta percepção. Até porque há cada vez mais jovens a sofrer com doenças como depressão, cancro etc. Situações muito marcantes para pessoas tão jovens.

A minha conceção de morte depende do sentido que eu dou à vida. Nós valemos, ou somos pela vida que temos. D10.5. Junto dos meus mais velhos, vejo também a vida como sentido de missão de cuidar dos outros. Na minha relação com os outros eu só faço sentido com os outros.

Estamos cá nesta vida, todos para o mesmo. Fazemos parte do mesmo todo, da mesma essência. E depende do valor que cada um dá à vida.

A morte é uma passagem para outra realidade, maior, diferente, não sei! Mas é outra realidade. É uma transição tal como outra qualquer, que eu estou a viver com as minhas células. As células têm momento de formação desenvolvimento, multiplicação e de morte. *Vejo a morte num processo de continuidade e evolução. No meio de tudo isto, muito amor, amor para comigo, para com os outros, a maior compaixão e esperança.* D10.6. E ser assim com os alunos.

Quem me ajudou a perceber muito a morte assim foi o meu irmão mais velho que eu cuidei até ao fim. D10.7. Quando saí do quarto dele sabia que ele ia partir. Senti a

sensação de dever cumprido. A minha alma estava em paz. Estive com ele a ajudá-lo mentalmente a partir. A nossa essência comunica, mais do que por palavras. O meu irmão estava numa agitação enorme, porque nós não tínhamos chegado. Ele estava nos cuidados paliativos do IPO de Coimbra e nós viemos de Castelo Branco.

Consegui fazer uma coisa muito simples, passar-lhe este meu sentido de pacificação. A respiração dele lentamente foi se acalmando e ele serenando. Quando saí do quarto dele tive a sensação que tinha ajudado, de dever cumprido e um estado de paz enorme.

Conseguiu aquilo que a Virgínia Henderson fala “proporcionar ao outro uma morte serena”?

Já ouvi uma coisa que me chocou profundamente que foi uma colega nossa dizer que não fazia qualquer sentido falar em morte serena, como se alguma vez isso fosse possível.

Disse-lhe que depende da forma como se está na vida, do sentido que se dá às coisas. Para ti se calhar é impensável, tu é que sabes, mas não é legítimo afirmar isso relativamente aos outros. Tu não vives o processo deles. Não sabes qual o sentido que as pessoas dão às coisas. Não sabes como é que ele está com a vida. Mas no meio de tudo isto. Eu não posso ensinar aos outros o que eu não vivenciei. Eu posso debitar muitas teorias bonitas, posso sabe-las dizer de forma magistral. Mas, (...) *se eu não tiver vivido aquilo, se eu não for aquilo. Soa a falso. E não se consegue ensinar isso, não passa a mensagem, por mais que se queira.* D10.8. Às vezes há pessoas que referem, eu não tenho muito jeito para ... Mas se a pessoa for autêntica emana de si essa sabedoria.

D) Preparação para lidar com a morte.

Que fatores contribuíram para a capacitar para cuidar em fim de vida?

Um dos fatores que tive peso foi a minha aprendizagem familiar. Cuidaram de mim. D10.9.

A Escola onde fiz o meu curso de enfermagem também foi um ambiente quase familiar. Era uma escola pequena que me incutiu muitos valores. Do que era importante para além dos diferentes contextos sociopolíticos. O que importava era a pessoa em si. E o modo como eu estava com a pessoa. *A minha escola ajudou-me muito a construir aquilo que sou hoje.* D10.10.

A questão da perseverança, do lutar pelo melhor, para mim e para o outro. O ser também um pouco paciente, tolerante, porque atualmente não temos paciência para nada.

Também tive a sorte de ter experiências muito ricas. *No meu estágio preliminar, logo no início do curso, quando estava a prestar cuidados de higiene conforto a um doente ele deu o último suspiro comigo, como aluna marcou-me logo na minha primeira experiência de formação profissional.* D10.11.

No meu processo de vida, fui vivendo a vida com todas as minhas percas e ganhos.

Fui trabalhar para o Centro de medicina física do Alcoitão em que *aprendi a encarar, a lidar, a conviver com a situação dos doentes que vivem outra morte. A morte de mim ou de parte de mim. A morte do ser capaz de ..., a morte do ter sentido de autonomia e de ter independência.* D10.12. Aprendi a trabalhar com a deficiência física. No Alcoitão *aprendi o sentido da perseverança e da esperança.* D10.13.

O valor da esperança marcou-me muito no meu trabalho naquele Hospital. A importância de um pequeno ganho que a pessoa tem no dia-a-dia. Por exemplo ter um movimento de braço suficiente que me permite ser autónoma a ir coçar o meu nariz. Eu que não mexia nada e começo a mexer o indicador, é uma alegria imensa. O significado de uma aquisição. Tive um pequeno ganho, mas eu consigo. Posso vir a ter outros ganhos maiores.

A importância de ensinar aos jovens a ter sentido da perseverança e da esperança. O sentido da vida e do que andamos cá a fazer. A questão fundamental é: Eu estou a cuidar para quê? Qual o sentido de tudo isto? D10.14. Inevitavelmente vamos evoluindo para a morte, mas isto não acaba aqui. Todos estamos em processo contínuo de evolução. E nesse processo temos que aprender a lidar com a impermanência. O que é agora não é a mesma coisa daqui a 1, 2 ou 3 horas.

Temos que acreditar que somos um todo com o Todo. Vamos interagindo, modificamos e vamos receber o feedback da nossa interação e troca de energia.

A dimensão espiritual ajudou a ser melhor cuidadora?

A dimensão espiritual ajudou-me muito. D10.15. *Sempre fui curiosa. A minha procura de informação e de experiências sempre me levou a uma busca.* D10.16.

Só há cerca de 15 a 20 anos é que o contexto se começou a estruturar e a fazer sentido. Na juventude estamos muito verdes, não estamos muito virados para aí.

Muitas das dificuldades de ensinar os jovens tem a ver com a forma como nós estamos organizados socialmente. (...) A família monoparental que veio substituir a alargada, (...) os jovens não são confrontados com corpos doentes e com o sentido da finitude.

D10.17. E isso não faz sentido para eles. Nós somos a geração à rasca e os filhos também estão à rasca. Porque lhe demos muita coisa que nós não tivemos. Não passaram pelas experiências não construíram esse saber, não tem essas vivências, nunca foram confrontados com a morte e não sabem como lidar com a morte. Estes jovens são uma promessa do devir. Para eles a finitude que vai acabar em morte não faz sentido. Eles não tiveram que cuidar de uma avó, a morte foi afastada. Estamos a tentar retomar as coisas, a partilha em família, mas o contexto já não é o mesmo. O cuidar de um tio de um avó de um pai que precisa de apoio nos cuidados. O mundo do trabalho onde estamos inseridos, não se compadece disso. Se eu tivesse alguém em minha casa para cuidar como é que eu fazia? As leis do mercado de trabalho não se compadecem, os contratos já são tão precários. As pessoas têm uma incerteza tão grande, mesmo estando lá cumprindo todas as obrigações já o seu trabalho é tão precário. O mercado de trabalho não se compadece. É um grave problema, nós não temos tempo para os nossos. No nosso caso de enfermeiras, passamos a vida a cuidar dos outros e não podemos cuidar dos nossos. É necessário uma forma de organização social diferente para aprendermos a cuidar de uma forma diferente.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida

Como é que a senhora como professora ajuda e ensina os seus estudantes a cuidar em fim de vida?

Eu quando fui para Castelo Branco, fui para o primeiro ano, e fui integrar-me no ensino clínico. Era o 1º estágio de 6 a 8 semanas em medicina. O estágio era presencial o docente estava a tempo inteiro e os estudantes eram orientados pelos enfermeiros, também formados por aquela Escola. Um estudante do 1º ano disse-me à frente dos enfermeiros do serviço, na avaliação. Se me pedissem para definir o que é uma enfermeira, mesmo na aceção da palavra, eu defini-a a si. Aquilo marcou-me muito. Disse: Muito obrigada. É uma honra muito grande ouvir dizer isso a um jovem como tu. Como é que tu luís és capaz de dizer isso. Se eu até acho que neste processo de aprendizagem teu ao longo destas semanas todas fui um bocadinho dura contigo.

Mas a professora estava no estágio e estava cá toda. Às vezes a professora não diz coisas muito bonitas, mas o que diz, diz com alma. E ajudou-me muito no dia em que aquele senhor faleceu e eu tive que ir fazer os cuidados. E eu ter ido fazer os cuidados e fazer a múmia. Eu tinha medo de não ser capaz e com a professora eu fui capaz. E uma pessoa que é capaz de fazer isto por mim, vale tudo.

No 1º ano eu leccionava algumas teorias de enfermagem e pedia-lhe que escrevessem num papel o que os tinha motivado para virem para a enfermagem. E durante 3 a 4 anos fiz isso. Depois fazia a síntese e devolvia-lhe.

Os estudantes diziam que *eu referia isto muitas vezes*: (...)

Vocês podem ser os melhores profissionais do mundo, terem a melhor técnica do mundo. Serem exímios numa determinada técnica, supostamente fazerem um penso, uma higiene com toda a técnica, mas se não se envolverem, (...) *se não gostarem do que fazem, não sentirem o que estão a fazer, o sentido das coisas. Não tem o mesmo efeito, porque o conhecimento técnico e científico, sem alma, não tem grande valia. Não vos marca, é desprovido de sentido. É desprovido de alma e vocês têm que construir isso dentro de vós.* D10.18. E isso era lembrado por eles. Como isso os marcou. Ainda hoje são profissionais e tem um carinho muito grande por mim. Ficou essa mensagem de exprimir ao outro como ele é importante para nós.

Que estratégias pedagógicas mobiliza para os ajudar a desenvolver capacidades para cuidar em fim de vida?

Para mim todas as metodologias são válidas. Até um teste é válido. Dependo do peso que eu dou ao instrumento e da forma como eu vivo aquilo. E também depende da forma como nos envolvemos em todo esse processo. Eu acredito muito na solidariedade. Por exemplo, num teste um aluno está aflito e está a tentar copiar e eu posso ajudá-lo de muitas formas. Ajudá-lo a perceber que o que ele está a fazer é errado. Mas é errado consigo mesmo, não para com o professor. É claro que para nós é errado, mas para ele é que está mal, mas porquê? Porque ele não é autêntico. Porque não é honesto consigo próprio. Se ele é assim nesse momento vai ser assim noutra e isso não é bom para o seu desenvolvimento. Há muitas formas que eu tenho de ajudar o estudante a perceber isso. A refletir sobre o que fez. Eu também posso se um estudante é honesto e me pede ajuda. Eu posso não lhe dar a resposta, mas posso ajudá-lo, dar-lhe uma palavra-chave, ou desbloquear a situação. O que você acha disto? Ou outra coisa.

O professor tem que ter sensibilidade para perceber o grupo de pessoas com que está. Uma técnica resulta bem com uma pessoa, ou uma estratégia resulta bem com um grupo, mas não resulta bem com outra.

Tem que ter sensibilidade e avaliar o desenvolvimento daquele grupo e o que é melhor para aquele grupo.

Eu sou regente da UC de terapias complementares. Nunca é igual de um ano para o outro. Há sempre diferenças. Os professores são os mesmos, mas as perguntas e o modo de abordar as temáticas são diferentes.

Este ano tive um grupo interessado, mas algo difícil. Houve uma fase em que tive que ser muito diretiva com eles. Às vezes também é preciso. E nós desenvolvemos essa sensibilidade que se vai construindo.

Acho que os jornais de aprendizagem são um bom instrumento. Mas há jornais que não têm grande substância. Há todo um trabalho a fazer com eles para que este instrumento que pode ser muito bom o seja de facto, mas tem que haver um trabalho com os estudantes que os pode ajudar a otimizar este instrumento. D10.19. É um todo que ajuda. Não temos que usar só uma estratégia, porque todas elas têm as suas potencialidades. A que eu acho que tem grandes potencialidades é o jornal de aprendizagem. D10.20.

Todos os instrumentos podem ser bons se bem aplicados, bem desenvolvidos, bem apoiados. Muitas vezes o jovem (...) estudante fala de tal experiência e que tem que ser sustentada em fundamentação teórica. Mas às vezes isso não é importante, às vezes o importante é ser espontâneo. Numa reflexão espontânea o jovem reflete ali a sua autenticidade. E interessa saber o que é que eu ando à procura enquanto professora. Eu tenho que saber ler isso nas entrelinhas. Alguns são muito pobres. Mesmo até sustentados teoricamente são pobres, são vazios, destituídos de sentido. Não está lá a essência. D10.21.

Outro exemplo de instrumentos são os planos de cuidados. (...) Há colegas que consideram que isso está fora de moda. São as tomadas de decisão. Não me interessa o nome. Alguns estudantes consideram uma seca. Não é seca nenhuma. É importante para eles aprenderem a estruturar-se, a fazer a sistematização do pensamento. Eu posso fazer isto aos quilos, mas posso fazer só um ou dois em situações que eu posso ajudar o estudante a seleccionar e de preferência situações com alguma complexidade, para desenvolver no estudante essa capacidade de avaliar toda a complexidade da situação.

Depois planejar cuidados de uma forma estruturada. Se o estudante não elaborar agora um plano de cuidados estruturado, quando é que o vai fazer?

Para construir um instrumento há inúmeras teorias. No 2º ano a Enfermagem está organizada segundo a teoria de Virgínia Henderson das necessidades fundamentais e os diagnósticos segundo a NANDA e depois os NOC e os NIC. Os estudantes perguntaram se deviam desenvolver o plano tendo em conta a nomenclatura NIC, NOC. Eu disse que sim se a disciplina apontava para essa orientação. Pois apareceram-me coisas completamente estereotipadas.

Eu analisei a situação e disse-lhes: _ Podem ter um diagnóstico bem elaborado, mas irem a manuais de intervenção e de resultados esperados são coisas de orientação muito geral. O importante é conhecer a pessoa que tem na vossa frente. Os manuais têm diretrizes muito abrangentes que têm que dar para todas as situações, mas isto não é chapa cinco para todos. Pode ter várias pessoas com diagnóstico de AVC, mas não vai cuidar todos da mesma maneira, penso eu. Embora tenham a mesma situação clínica, cada um vive a doença de forma diferente, porque cada pessoa é diferente.

Todos os instrumentos de aprendizagem e todas as estratégias são boas, eu tenho é que ajudar o estudante a utilizar corretamente aquele instrumento, ver como é que ele aprende melhor, ter a sensibilidade para ver como o estudante se pode ajustar. Mas isto é difícil de conseguir com grupos grandes. D10.22.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Considera que o plano de estudos do CLE facilita ou promove a aquisição de competências pelos estudantes, para cuidar de pessoas no fim de vida?

Eu vejo a nossa formação com muita preocupação, porque fomos herdar muitas coisas das outras escolas que compõem a ESEL e somos uma escola muito grande e temos muitos estudantes. Eu percebo que há vários constrangimentos de ordem sociopolítica e financeira. Mas isto veio nos trazer dificuldades a todos os níveis.

Tudo o que eu disse em relação ao uso das metodologias só é possível com poucos estudantes. Se eu tenho um grupo de 14 ou 18, nuns estudantes poderei ajudar, mas a outros já não posso tanto.

Preocupo-me com a formação. Há estudantes em fim de curso que nunca estiveram num serviço de medicina. Faz falta na formação passar por serviços com aquela

dinâmica, acho isto muito redutor, porque os serviços de medicina, na minha ótica são uma grande escola. D10.23.

Vejo a nossa formação com outra preocupação! Será melhor os estudantes fazerem primeiro a teoria toda e depois ir para os ensinamentos clínicos, ou fazer assim em harmonia, ou em alternância? Eu acho que a aprendizagem continua, que os estágios devem acontecer desde o 1º ano do curso. Andamos a repetir um modelo antigo. A nossa experiência de aprendizagem foi assim e faz sentido para nós. D10.24.

Acho que devíamos ter estágios desde o 1º ano porque é uma oportunidade de eles contactarem com os fenómenos. Porque há estudantes que estão em enfermagem porque não puderam estar noutra formação.

Quando eu estive na Escola de Castelo Branco havia uma grande proximidade da escola aos serviços, os tutores tinham sido formados pela escola e estavam dentro dos objetivos da formação. Aqui em Lisboa não é assim. É uma cidade muito grande, uma grande dispersão, e é uma terra de ninguém e não se criam vínculos com os locais da prática. Se podermos evoluir para uma proximidade era ótimo.

Os enfermeiros da prática consideram que os estudantes cada vez vão para estágio menos preparados. Mesmo os conhecimentos teóricos são de uma superficialidade. D10.25.

Mesmo a nível de atitudes fazem coisas que para nós, nunca nos passariam pela cabeça. Nós temos que ter algum rigor e passar alguns valores. D10.26.

Na atual conjuntura e no modo como as coisas estão organizadas eu preocupo-me muito com a formação. É uma preocupação geral. Não é só da nossa escola.

Relativamente ao plano de estudantes tem falta de harmonia. Podíamos ajudar os estudantes a perceber se é a enfermagem que eles querem.

Agradeço muito a sua disponibilidade para esta entrevista. Quer acrescentar mais alguma coisa?

Não.

Vamos terminar e se desejar reencaminho a transcrição para validar.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D 11)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações profissionais? Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Professor de sexo masculino].

Sou Casado. Tenho 40 anos. Fiz o Curso de enfermagem na Escola C. Gulbenkian. Tenho a especialidade de reabilitação. Tenho também a licenciatura e o mestrado em Ciências da Educação.

a2) Caracterização profissional

_Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

_Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Tenho 19 anos como profissional. Sou professor há 9 anos no departamento de reabilitação. Trabalhei 10 anos em hospital no serviço de medicina e serviços de Saúde Mental no Telhal.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Tem experiência profissional anterior, ou atual, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Previamente ao curso a experiencia pessoal que tive de contacto com a morte foi com as avós lá da aldeia. E a ideia que tenho era um pouco nublada, porque ainda era

criança. D11.1. A ideia com que fiquei é que se ia velar o corpo á Igreja De facto não me lembro de ter guardado grandes recordações. Questiono-me se o facto de não me lembrar não tem a ver com o facto de ser criança na altura e os meus pais ou os adultos presentes terem-me afastado fisicamente da situação.

No curso lembro-me de ter doentes a viverem a fase terminal. Não me lembro de eles terem morrido comigo, mas ficou-me a imagem do sofrimento ligado à morte, D11.2, (...) ou pré morte, digamos melhor.

Quando profissional tive muitas situações de morte, era um serviço de medicina. Havia turnos onde morriam 2 doentes. D11.3. As reanimações eram relativamente frequentes e quase sempre ineficazes, com muitas situações de oncologia, às situações de carácter social, em que não há família e a pessoa morre num certo anonimato, e as situações em que havia famílias muito presentes, em que nós no serviço tínhamos boas práticas de inclusão da família no processo de cuidar. Incluíamos sempre a família, às vezes quebrando o que estava instituído. Como permitir que a família permanecesse durante a noite, em fases terminais, em pessoas que estavam mais ansiosas. Facilitávamos muito a presença física da família, no serviço, num internamento mais prolongado.

Do ponto de vista pessoal tive algumas situações que me impressionaram mais e em que ficava mais implicado emocionalmente era a situação de idosos, cujas esposas idosas também presenciavam a morte. D11.4. Custava-me muito ver os idosos a ver o seu parceiro partir. Era a companhia da vida inteira. Às vezes as pessoas morriam à hora da visita e eu a ver as velhotas a chorarem e a olharem para mim. E o que eu faço agora? Não havia muita coisa a dizer.

Muitas vezes comuniquei telefonicamente a morte de pessoas aos familiares.

E intuitivamente fui aprendendo a dar a notícia da morte. Falo isso nas minhas aulas o telefone era um exercício interessante de gerir estes processos em que temos que comunicar uma notícia deste natureza a outra pessoa que está do outro lado do telefone e que nem sequer estava muito desperto para a situação. É uma aprendizagem interessante do ponto de vista da aprendizagem pessoal, da comunicação. D11.5.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte que representação tem do fenómeno?

Tenho por hábito ser objetivo, *penso na morte e sou obrigado a pensar se estou a analisar o fenómeno do ponto de vista fisiológico, simbólico, social, espiritual, esta é uma primeira questão.* D11.6.

Outra questão é o que é isso da morte. Lembro-me do Saramago dizer, no seu livro das intermitências da morte, que hoje na sociedade e na comunicação social estamos constantemente confrontados com a morte mas é uma morte indireta, uma morte que nós não vemos, uma morte que nós não vivemos. Do ponto de vista da morte vivida são registos completamente distintos.

Para mim, *eu privilegio uma abordagem fisiológica, não professo nenhuma religião e para mim a morte é o fim de um processo biológico. É óbvio que não podemos descurar as dimensões simbólicas, afetivas, não vejo a morte como um momento de transição como algumas religiões.* D11.7. Neurologicamente, electroquimicamente terminou e entra em processo de decomposição. Esta é a minha conceção, se eu lido com uma pessoa em final de vida, mas se quisermos estar centrado no cliente ou na família temos que perceber como é que eles gerem o processo de morte, se ele achar que isso é tranquilizador é óbvio que teremos que nos situar nesse registo. Do meu ponto de vista pessoal há um discurso que se elabora em torno da morte que com as inseguranças ancestrais, quase diria genéticas da nossa existência, (...) em que *face às situações de sofrimento temos que arranjar explicações de outra dimensão porque não aceitamos a nossa finitude, mas não privilegio na minha abordagem pessoal da morte, essa lógica.* D11.8.

D) Preparação para lidar com a morte.

No desempenho profissional como foi cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

Tive dificuldades várias.

Que fatores contribuíram para o capacitar para cuidar em fim de vida e ter uma UC de opção nessa área, que é “Cuidar em final de vida: respostas de enfermagem”, para os estudantes do 2º e 3º ano do CLE?

Do ponto de vista da nossa aprendizagem e da nossa formação é muito importante a equipa onde trabalhamos e os contextos onde trabalhamos (...). É extremamente importante o informal, nem sempre é valorizado conscientemente pelas pessoas. O

Professor António Nóvoa, da UL dizia que a melhor sessão de formação dos professores é à mesa do café, no sentido que é na mesa do café no mesmo patamar de horizontalidade que (...) *os colegas com quem nós falamos dos nossos problemas e das nossas experiências. Isto é verdadeiramente formativo embora não seja valorizado. Em síntese parece-me que os contextos e as equipas, as lógicas de abordar os processos de final de vida, foram fundamentais.* D11.9. Houve alguns elementos que conseguiram fomentar dinâmicas de uma abordagem personalizada, mais compreensiva e inclusiva da família na participação do cuidar. *Para mim é fundamental a experiência, a equipa, o contexto.* D11.10. Do ponto de vista pessoal (...) *ao longo deste tempo tenho refletido sobre a morte, ou confrontado sobre a questão da morte do ponto de vista do outro e do meu ponto de vista. O que a morte significa para as pessoas. Tenho tentado perceber, das situações por onde tenho passado, como é que as pessoas vivem esse processo.* D11.11.

Em síntese contribuíram experiência, trabalho em equipa, reflexão conjunta e reflexão individual e autoformação. D11.12. *Fiz uma pós graduação em cuidados paliativos aqui na Escola, que foi de facto importante.* D11.13. *Vejo também a autoformação na lógica do formador, que logicamente tenho de me ir re-formando e auto formando nesta área, e isso é um momento importante nesta área.* D11.14. A partir do momento em que um colega me convidou para eu fazer parte do trabalho com ele da UC de opção tem sido um momento importante do ponto de vista da pesquisa e das leituras que tenho feito, a exposição dos assuntos, a síntese dos aspetos mais relevantes para elaborar um plano da aula e as ideias no power point. *Nas leituras que tenho feito em torno do tema. dou aos estudantes alguns textos de apoio para lerem e fazemos alguma discussão em torno do tema com os estudantes,* D11.15.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida

Como aborda a morte nas UC em que leciona? (incluí as UC teóricas ou os ensinamentos clínicos)?

Eu e o colega quando criamos esta UC de opção “Cuidar em final de vida: respostas de enfermagem”, para alunos do 2º e 3º ano, partimos da preocupação de que este tema não tem a representatividade curricular que merecesse ter para todos os estudantes, daí ser uma UC de opção, D11.16, ser uma dimensão que para o desenvolvimento dos

estudantes *tem pelo menos duas dimensões: Uma dimensão mais central, que é de facto o aprender a gerir processos de final de vida com os outros (...)* e isso é muito concreto, em torno da morte. Mas também é uma UC que trás aportes muito mais amplos que propriamente que a questão concreta de gerir os processos de final de vida com os outros. (...) *Questões mais amplas, diria do ponto de vista da comunicação verbal e não-verbal, do ponto de vista do desenvolvimento pessoal.* D11.17. *Apesar de termos uma abordagem qualitativamente boa nos processos de morte daqueles de quem cuidamos e dos seus familiares, há uma dimensão incontornável que é a nossa própria pessoa, o modo como nós nos conhecemos e parece-me ser incontornável, termos que ter boas competências do ponto de vista da introspeção. Conhecer-me a mim próprio, porque os processos de final de vida são momentos emocionalmente intensos, simbolicamente fortes, nos quais está em jogo mais que a tal abordagem fisiológica da morte, e é importante que os profissionais e neste caso os estudantes, futuros profissionais, desenvolvam competências de auto conhecimento e de conseguir conhecer a complexidade das diferentes dimensões nesta questão.* D11.57.

E) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, no CLE, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida e também de famílias?

Eu acho que *o primeiro ano lhes deve dar aportes suficientes do ponto de vista do auto conhecimento, da descentração de si próprios.*(...)

Isto é uma questão importantíssima que eles referem muito na minha UC, mas no 1º ano são as aulas das dinâmicas dos fundamentos, (...) *que eles referem como sendo aulas importantíssimas do ponto de vista de despertar para o outro, do conhecimento do outro e perceber que este exercício do ponto de vista cognitivo deve ser uma operação complexíssima,* D11.18, que nós nem sonhamos como é que se processa a capacidade de nos descentrarmos de nós, é uma coisa que os estudantes referem muito no final do 1º ano. Foi uma aprendizagem que fizeram que foi a descentração de si. Claro que eles não nomeiam neste registo, mas a descentração de mim mesmo é o eu passei a estar desperto para o outro, isso é o primeiro aspeto.

Acho que a morte também deve ser abordada, do ponto de vista fisiológico. È necessário que eles ao longo do curso consigam de facto entender a morte nestas

diferentes teias de complexidade das dimensões que elencamos: fisiológica, social, simbólica, espiritual. D11.19.

Para cuidar da família em particular acho que é muito importante, mais que a habitual colheita de dados, (...) e isto há-de estar mais ligado à enfermagem comunitária. (...) É importante eles perceberem o que a família é enquanto sistema, tem a ver com os conceitos de sistema dinâmico, complexo de relações que evoluem ao longo do tempo, D11.20. Perceber que a família é uma construção social, e construção histórica do ponto de vista da história pessoal daquela pessoa que está a morrer, que tem determinada família e rede de relações em torno dela, essa relação é fruto de um relacionamento de 40 ou 50 anos. D11.58. Por exemplo: _ se ouvimos dizer que o filho é que tem que vir tratar dele porque é filho, porquê? Este exercício é importante percebermos que não é porque é filho, não é porque é da família, há-de haver uma lógica subjacente aquela relação para com a pessoa que está a morrer e que nós não temos que nos pronunciar sobre O primeiro exercício é de facto perceber como é que aquela família funciona em termos de conteúdos. Temos claramente aqui uma noção em torno da organização e da dinâmica familiar. D11.21.

E essa compreensão da organização e da dinâmica familiar seria mais no 4º ano?

O contacto com a família dos doentes processa-se desde o primeiro ano, não sei se esse será um conteúdo que só deva estar no 4º ano.

Do ponto de vista social, não sei se do ponto de vista da sociologia, parece-me muito importante que eles tenham algumas noções e isso é relativamente bem abordado. *Na UC de sociologia no 1º e 2º ano é importante abordar como é que os indivíduos de diferentes culturas abordam a morte. Os tabus associados à morte. Cada vez mais vamos ter mais utentes provenientes de diferentes culturas a morrerem nos hospitais e em casa. D11.22.*

Do ponto de vista da psicologia deve haver contributos na gestão dos momentos de crise, da gestão do sofrimento, da gestão do auto conhecimento da confrontação com a nossa própria finitude. D11.23.

Do ponto de vista da comunicação o comunicar, o gerir os silêncios. D11.24.

E do ponto de vista da enfermagem o que acha dos referenciais teóricos que nós mobilizamos?

Não tenho um conhecimento em profundidade dos referenciais que me permita fazer uma crítica. Não tenho ideias estruturadas que me permita elaborar um discurso minimamente razoável ou coerente de avaliação de que é que estes modelos teóricos contribuem ou não para ajudar a estruturar o pensamento dos estudantes.

E no ensino clínico como podemos ajudar os estudantes a aprender a cuidar das pessoas em fim de vida?

Eu acho que o nosso papel no acompanhamento do ensino clínico, e sou muito crítico em relação a isso, considero que está cada vez mais limitado. D11.25.

Acho que nos andamos a iludir com o facto de que somos professores e que vamos aos ensinos clínicos fazer uma tarefa altamente diferenciada. (...) Estou a referir-me mais ao acompanhamento ao ensino clínico na vertente hospitalar. Não tenho experiência nos estágios de enfermagem na comunidade. Acho que (...) andamos a elaborar uns discursos muito complexos, que esteticamente funcionam muito bem, simbolicamente temos tarefas altamente diferenciadas no processo de aprendizagem e de construção da aprendizagem dos estudantes. D11.26. Mas em função do desenho que os ensinos clínicos têm, em função daquilo que são as demandas que a nossa atividade letiva e não lectiva, que são altamente consumidoras de tempo e de energia, o que não significa que não se justifiquem em algumas dimensões e que não sejam eficientes, estou a falar do ponto de vista do tempo que consomem.

Em síntese acho que (...) estamos altamente limitados do ponto de vista das possibilidades estratégicas, de termos efetivamente um papel significativo na aprendizagem em contexto de ensino clínico. D11.27.

Há ainda assim dimensões que nós podemos explorar. Digo isto porque na minha experiência como enfermeiro no hospital, durante 8 anos acompanhei os estudantes frequentemente. A modalidade de estágios que tive foi quase sempre de acompanhamento presencial.

Tenho a salientar duas notas para terminar:

Em primeiro lugar (...) no ensino clínico estamos limitados, podemos explorar do ponto de vista de alguma reflexão que os estudantes façam e depois no momento apropriado fazer a discussão de uma reflexão. D11.57. Num plano de cuidados podemos de facto abordar superficialmente podemos verificar como o estudante está a vivenciar, ou vivenciou aquela situação. Quais são as perspetivas dele e ainda assim há condições

para dar espaço, dar-lhe tempo. Interrogar, como é que viste isto? o que acha disto? E em torno disso acho que temos essa possibilidade de intervir, mas gostaria de deixar claro que acho que estamos limitados. E porquê?

Passo para a segunda explicitação. Parto para a aprendizagem da vivência da morte do outro, ou do cuidar o outro no processo de final de vida, é uma aprendizagem muito experiencial. Obviamente têm uma dimensão pessoal. Como é que eu estou a fazer a gestão deste processo? Como é que eu pessoa estudante me vejo, como é que as minhas experiências de vida se cruzam com isto? Quais são os meus sentimentos nesta ou naquela situação. Mas do ponto de vista externo o apoio tem de ser presencial. Por exemplo: *Recorro à minha experiência pessoal em que tinha doentes em final de vida e essa aprendizagem para ser potenciada tem de ser feita ao vivo. Como é que é? Este doente piorou hoje. Quer continuar a cuida-lo? Não quer? Quais são os cenários possíveis neste percurso. Porque o doente está mal, está a piorar, mas às vezes a morte não passa pela cabeça do estudante. Estamos no paradigma da técnica e da cura.* D11.28.

O doente está mal, mas não se diz que pode morrer porque aquilo de facto é um tabu, ou porque não se tem a consciência de que fisiologicamente a pessoa pode morrer. *E o nosso trabalho com o aluno tem de ser feito no momento. Como é que acha que a pessoa está? Quais os cenários possíveis? O que acha que pode acontecer? Até o próprio trabalho de fazer com que o estudante diga, nomeie, verbalize. Isto é diga a palavra «o doente pode morrer». Verbalizar que o doente pode morrer implica um grau de consciencialização mais elevado do que não ser capaz de o nomear. Isto é um trabalho que só se faz ao vivo e não se faz com intervenções pontuais (...) D11.29, ou à porta do serviço, no gabinete da enfermeira chefe ou no corredor.*

Tive estudantes que queriam ficar com aquele doente que estava a morrer. E tive que desmontar tudo e este desmontar implica perceber quais são as razões subjacentes à sua vontade de acompanhar a pessoa. Porquê? Estão se a confrontar consigo próprios, estão confrontar-se com os outros. D11.30.

Muitos estudantes criam aquelas lógicas de ultrapassar, quero ultrapassar a morte do meu pai, do meu avô e eu não consegui e isto é uma forma de resolver. A morte do outro nalguns casos funciona mais por catarse da sua própria experiência e nós temos que estar atentos para perceber qual é o significado que os estudantes atribuem ao seu envolvimento na morte do doente. D11.31. É a aprendizagem pura e dura? É ver como

uma pessoa morre? Também existe essa curiosidade, que não tem que ser mórbida. *Ou perceber se os estudantes estão centrados neles e não na pessoa que está a morrer. Temos que contar com tudo isto. Muitas vezes há lógicas que não são alcançáveis do ponto de vista do docente, e que não são desmontáveis com entrevistas.* D11.32. Não vale a pena elaborarmos discursos que esteticamente funcionam, mas do ponto de vista do impacto efetivo não são significativos.

Que instrumentos são facilitadores no processo de ensino aprendizagem para o estudante adquirir competências nesta área do cuidar?

Eu acho que vivemos na ditadura da reflexão. A enfermagem enveredou aqui pelo caminho da reflexão. Faz-se uma reflexão para tudo. A reflexão é neste momento um penso que se põe em cima de uma situação qualquer. D11.33.

Há uma situação de aprendizagem, o aluno vai fazer uma reflexão. Houve aqui há tempo uma aluna que deu um fármaco errado e a enfermeira mandou-me fazer uma reflexão e está resolvido o assunto. A aluna em questão devia era ir estudar farmacologia e não fazer uma reflexão.

Sem entrar no discurso que me parece já estéril em torno das reflexões. *Acho que o diário de aprendizagem, ou elaborar uma reflexão em torno de uma situação de morte parece-me um instrumento poderosíssimo. No sentido que só se torna poderoso se ele for objeto de discussão com o estudante. Mas uma discussão que vá à substancia do objeto de reflexão. A discussão em torno do que verdadeiramente está ali escrito.* D11.34.

Também sabemos que podemos fazer reflexões sobre as coisas e depois discutir as reflexões e fazer análises superficiais do assunto e para essa reflexão se tornar um instrumento pedagógico poderoso há que criar condições para ter tempo, espaço e também criar uma relação com o estudante. D11.35.

Não me faz sentido ir discutir qualquer coisa com o estudante que está relacionado com um aspeto mais íntimo e interno à pessoa, vindo do nada. (...) Uma pessoa que aparece do nada vem aqui fazer uma reflexão sobre a morte. (...) Nem eu como aluno me exponho, do ponto de vista como eu vivi a morte, para alguém que eu não conheça. Quando muito faço uma exposição tirada da base de dados, ou de estudantes que criaram nos cursos antes do meu e serve e digo umas coisas superficiais sobre a morte, isso é uma forma de fazer. D11.36.

Outro instrumento é o fornecimento de leituras, uma vez que a vivência da morte do outro é potencialmente geradora de impacto. É um momento de aprendizagem a morte do outro. D11.37.

O Senhor Carl Sagam tinha uma frase brilhante parece-me a mim, disse-a pouco tempo antes de morrer e aconselhava a toda a gente a experiencia de estar em morte eminente, porque não obstante o seu carácter de risco e desconforto associado é extremamente formativa para toda a gente.

Num trabalho de orientação do estudante há a reflexão a leitura e a sua discussão. Enquanto docentes podemos sugerir leituras muito direcionadas. Não coisas vagas sobre ..., mas para orientações muito concretas sobre a morte. D11.38.

Apesar de bons instrumentos pedagógicos devem ser usados com parcimónia...

Tenho perfeita noção de que por vezes se pedem trabalhos, não vou dizer do ponto de vista quantitativo, mas do ponto de vista qualitativo, sem ser estruturado. Pede-se que façam, mas depois não há a abordagem necessária e os alunos entram nesse registo. D11.39.

Eu pessoalmente prefiro pedir pouco e dar algum feedback.

Muitas vezes esse pedir de trabalho é para controlar o estudante. Se formos à essência tem uma função de securização do trabalho docente. O controlo do outro também é importante, mas na essência é mais para eu achar que estou envolvido no processo. Não estou a dizer que toda a gente funciona neste registo. D11.40.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida?

É importante que os alunos adquiram competências do ponto de vista da fisiopatologia, parece que é cada vez mais crime apelar aos conhecimentos de fisiopatologia, para perceberem se de facto aquela pessoa está na fase final de vida ou se está numa crise transitória. D11.41.

Isto é uma questão prévia, mas *é importante saber distinguir, saber se a pessoa está a morrer ou não está a morrer e perceberem do ponto de vista fisiológico em que fase está? (...)* Está numa fase de agonia em que há sintomas clínicos muito concretos,

estridor, alteração da consciência, da respiração. (...) *É necessário do ponto de vista clínico perceber em se a pessoa está na fase terminal ou não.* D11.42.

Competências do ponto de vista do desenvolvimento pessoal: Como é que eu me posiciono face a esta morte? Faz-me lembrar o meu pai? A minha avó, ou não? Ou é uma pessoa que está aqui a falecer e eu estou centrado em mim? Ou estou centrado no outro? D11.43.

Competências do ponto de vista social. Importa perceber a morte enquanto constructo social, porque a morte é também uma construção social. D11.44.

Competências do ponto de vista do relacionamento interpessoal, quer com a pessoa que morre, quer com a sua família. Como é que a família se estrutura a si própria e como está estruturada em torno daquele familiar doente? D11.45.

Competências do ponto de vista espiritual perceberem que a morte para aquela pessoa pode ser um processo de transição para uma fase mais iluminada da sua existência, ou não, D11.46, (...) dependendo dos crimes que tenha cometido ou não, segundo a respetiva religião.

Em síntese do ponto de vista fisiopatológico, psicológico, desenvolvimento pessoal, social, existencial.

Em relação aos enfermeiros dos serviços é de facto um trabalho importante, porque por vezes eles têm uma prática dissociada dos objetivos da escola por responsabilidades mútuas dos serviços, mas também da escola. D11.47.

Considera que os tutores têm um papel importante nesta aprendizagem do fim de vida?

Cada vez o papel dos tutores é mais importante na medida em que cada vez mais os professores estão mais ausentes no ensino clínico. D11.48.

Os tutores também tem alguma dificuldade em orientar os estudantes hoje é um enfermeiro no próximo semestre é outro, não há fidelização.

Sim, também concordo que um tutor precisa de experiencia e continuidade, mas é mais um cenário em que a heterogeneidade reina e nós temos tutores com múltiplas experiências, com múltiplas competências. De facto um trabalho a fazer é dar alguma homogeneidade daquilo que é a prática pedagógica das pessoas. D11.49.

Seria um aspeto objeto de formação dos tutores. Formação não no sentido de os ensinar a Mais de validar o que eles fazem.

De os reorientar num trabalho conjunto de construção pedagógica?

Sim claramente

O plano de estudo desenvolve a construção de competências que elencou atrás?

O nosso plano de estudos falha na dimensão fisio pato anatomo e farmacológica. Saímos de uma lógica supostamente biomédica para uma lógica diametralmente oposta. O atual plano de estudos não privilegia competências do domínio da fisiologia, da farmacologia e isto são questões importantes no final de vida. D11.50.

Os quatro pilares dos cuidados paliativos andam em torno da comunicação, apoio à família, do trabalho em equipa e um deles é o controlo de sintomas. Ora o controlo de sintomas implica do ponto de vista das competências, competências importantes da anatomia, da fisiologia, da fisiologia, da farmacologia, que são competências importantíssimas que os estudantes estão a ser negligenciadas. D11.51.

Os próprios estudantes do 4º ano me dizem, os colegas tutores e os enfermeiros dos serviços que tem um discurso uniforme em que neste domínio não há competências. Do ponto de vista fisiopatológico, claramente não tem competências para perceber a coisa mais básica como ponto de partida. Este doente está em fase final de vida ou não. D11.52.

Do ponto de vista mais relacionado com as ciências humanas, da sociologia, acho que o plano de estudos há de ter o registo mínimo para eles desenvolverem competências. Ainda que talvez o papel dos cuidados paliativos pudesse ser objeto de uma unidade curricular, ou pelo menos de um bloco bastante bem diferenciado e comum a todos os estudantes. D11.53.

Sim os nossos colegas da prática clínica consideram que os estudantes ainda têm dificuldades no controlo sintomático e em aspetos tão básicos como o controlo da dor. Qual a sua perceção sobre isto?

Esta dimensão de avaliar e controlar a dor é bastante básica e falha. A nível das cargas horárias basta fazer um exercício relativamente simples de comparar cargas horárias do currículo prescrito, uma análise superficial revelará do ponto de vista da anatomia,

fisiologia e farmacologia estão sub valorizadas no nosso plano de estudos. D11.54
Estou a falar do plano atual do CLE e do plano real. Não estou a falar do que acontece em sala de aula.

Quer fazer alguma sugestão para melhorar as competências dos estudantes nesta área do cuidar?

Enquanto docentes muitas vezes caímos no erro de dar sugestões de arranjar UC novas. Neste aspeto particular do cuidar em fim de vida uma recomendação que me parece ser relevante, seria o facto dos professores também entre eles, porque nós temos um trabalho demasiado individual. O professor tem um trabalho demasiado individualista. A sala de aula é uma caixa negra. O professor fecha a porta e isto é um domínio territorial, onde a maior parte de nós é desconfortável que alguém entre na nossa sala de aula. *Do ponto de vista do corpo docente deveria haver, em relação a este aspeto, mais partilha. Por exemplo partilha de experiências, (...).* Eu não duvido que, naquilo que é o processo de aprendizagem do estudante relativamente ao final de vida, se o professor quiser ser efetivamente útil, como fator promotor dessa aprendizagem o professor tem que ter feito previamente o trabalho de casa. Ter feito a sua aprendizagem. Como é que eu próprio me posiciono e vivencio isto.(...) *A minha sugestão seria os professores fazerem formação sobre esta área ou criar espaços de partilha destas experiências.*
D11.55.

As aulas de ASE não são uma tentativa para colmatar estas questões?

Só tive experiência de participar numa dessas UC e fiquei bastante mal impressionado. Porque o que me parecia ser um momento ótimo de trabalho de equipa entre docentes, para criar desenhos novos de práticas curriculares baseadas em situações verídicas com implicação dos estudantes. Pareciam ser momentos ótimos para isso, a UC resumiu-se a uma heterogeneidade de práticas em que melhor lhe aprouve com os estudantes. Concluindo, por via da ASE pode ser visto *que (...) a UC é muito flexível e pode-se ir por aí, pode-se gerir no início de cada ano curricular, sendo ótimos momentos para partilha. (...)* Mas a experiência que eu tive, e não acredito que seja pontual. Mas que se traduziu na heterogeneidade de práticas em que cada professor falou do que lhe apeteceu na área que estava mais à vontade. No caso particular foi um trabalho conjunto

com mais 2 colegas para nos estruturar e fazer um trabalho de equipa numa dimensão mais micro. Correu bem, mas não refletiu o que poderia ser o potencial da UC.

Em síntese (...) *na UC de ASE parecem-me ser momentos muito bons, mas isso implica trabalho de equipa.* D11.56.

Agradeço muito o seu contributo para este trabalho e o ter-se disponibilizado

Quer validar depois de transcrita?

Não é necessário

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA DOCENTE DE ENFERMAGEM (D 12)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato. Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural.

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento, Estado civil? Habilitações profissionais. Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Professora do sexo feminino].

Nasci em 1950 tenho 61 anos. Sou divorciada, nacionalidade portuguesa. Sou católica. Conclui o curso na antiga Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) e fiquei logo como professora. Tenho o curso de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e o mestrado em ciências da educação. Fiz a minha formação do liceu em colégios religiosos. Tenho na família tias que são freiras e a minha formação católica também me influenciou.

a.2) Caracterização profissional.

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício da docência?

Local onde exerce a profissão? Departamento a que pertence?

Sou enfermeira desde 1974, isto é há 36 anos, sou professora também há 36 anos. Passei ao longo destes 36 anos por vários departamentos. Primeiro na saúde mental e psiquiátrica, na médico-cirúrgica, na saúde infantil e também na gestão. Agora sou professora no departamento de saúde infantil. Acompanhei muitos estudantes nas pediatrias do IPO.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Como foi a sua experiencia no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Antes de ir para o Curso de Enfermagem, tive familiares meus doentes e foi um dos motivos que influenciou, ou ajudou a minha decisão de escolher a enfermagem foi ter na família pessoas gravemente doentes. D12.1. A minha avó dizia-me quando eu tinha 13 anos e falávamos muito quando ela estava doente. Ela influenciou-me muito, dizia-me que eu devia ser enfermeira, que tinha muito jeitinho. Foi uma experiencia que me marcou.

Como eu nasci e vivi no campo tinha contacto com a morte dos meus animais de estimação, que eu tratava quase como se fossem pessoas e grandes amigos e os primeiros contactos com a morte até foram com os animais de estimação. D12.2.

Em criança eu pensava que os meus animais, cães, gatos, cavalos, eu acreditava que eles morriam, mas depois iam transformar-se e mais tarde aparecer noutra coisa. Consolava-me a pensar que eles morreram, mas vão aparecer de outra forma. Uma ideia de metamorfose. Eu gostava tanto deles que não aceitava o seu terminar, então achava que eles iam transformar-se noutra coisa. Quando eu estudei pediatria verifiquei que esta minha visão da morte, não está descrita nos manuais, nem é característica das crianças. Mas eu em criança tinha essa ideia.

Tendo eu uma formação católica em que me diziam que a pessoa morre e a alma vai para o céu, com os animais eu achava que eles se iam transformar e vinham noutra forma, ou noutro animal, ou até mesmo em pessoas. Os meus animais tinham nomes de pessoas. Não sei se isso era *por eu viver no campo e via que tudo se transformava, via as flores que morriam e no ano seguinte apareciam outras, se calhar eu associava também a um processo transformativo a morte e o desaparecimento dos animais. O que eu via na natureza e constatava influenciava mais o meu pensamento que aquilo que me diziam. D12.3.* O que não coincide com o que eu ensino na pediatria e vejo descrito nos livros. Eu nas aulas de pediatria ensino as fases de como a criança aprende e evolui no desenvolvimento do conceito da morte. Normalmente só a partir dos 8 ou 9 anos é que a criança concebe a morte como algo definitivo. Mas eu em criança achava sempre que o processo era transformativo e não irreversível. O animal havia de voltar de outro modo.

E como estudante, ou profissional teve contacto com a morte?

Quando vim para o curso tive contacto com a morte nos estágios. D12.4.

Quando professora também orientei estágios de estudantes que tinham crianças a falecer. Pelo menos no IPO, aconteceu várias vezes. D12.5.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte que representação tem do fenómeno?

Vejo a morte como o fim de um ciclo e a entrada numa outra dimensão. Para mim a morte não é um acabar definitivo, não é o terminar. Agora fala-se muito na vida para a além da morte. D12.6. Nós os católicos falamos na vida eterna, a alma que as pessoas têm não morre. O corpo físico fica e a alma passa a outra dimensão. Para mim a representação da morte é a pessoa nasce, vive e morre como todos os seres vivos na terra, só que no ser humano, não é o fim. A vida é uma passagem, de preparação para outra etapa. Outra que começa, da qual nós sabemos pouco, mas acreditamos. É uma questão de fé. D12.7.

Como sentimento traz-me tristeza, não poder ver a pessoa, não poder estar com ela dá-me tristeza. D12.8. É o que eu sinto dos meus pais, mas sou muito serena em relação a isso. Porque acredito que eles estão. É mais o sentir a privação física. O não os poder ver, palpar, beijar, abraçar. D12.9. Este sentimento de ausência dos meus pais era mais doloroso há uns anos que agora. Não sei se é a distância do tempo, se é porque eu também com o passar dos anos percebo que estou a ficar mais perto da minha partida. Com o tempo estou mais serena e aceito melhor, no início da morte dos meus pais que são as pessoas de referência para mim, eu chorava quando ia aos sítios que eles frequentavam habitualmente. O facto da casa da minha família ter sido desfeita também ajuda a eu não ter tantas recordações, embora seja raro o dia em que eu não me lembre deles por qualquer motivo. Mas atualmente vivo isso melhor. Sem tanto sofrimento.

Nos à medida que vamos envelhecendo a ideia da morte torna-se mais natural e se calhar sem querer essa visão mais próxima também nos ajuda a superar a falta dos que já partiram e traz-nos sentimentos de aceitação. D12.10.

Há uns anos eu tinha um pavor enorme da morte e agora acho que é um processo normal. D12.11. Se calhar inconscientemente a pessoa cria sentimentos de aceitação. D12.12. Mas este sentimento varia, de pessoa para pessoa, e de circunstancia para circunstancia. Como os meus pais foram primeiro que eu, o que até era esperado, há uma aceitação por entender o processo como normal. A pessoa vai aprendendo que o

normal é as pessoas mais velhas irem partindo primeiro. Quando a situação se inverte eu penso que esta minha serenidade já não seria assim. Mas, *quando é uma situação esperada e dita normal a pessoa acaba por aceitar e começa até a ver algumas vantagens na morte, como o pôr fim ao sofrimento, que não valia estar a prolongar. Começamos a pensar que custou a partida, mas se calhar foi melhor assim terminar e não prolongar aquele sofrimento.* D12.13.

Eu falo desta aceitação em relação à morte dos meus pais, mas se fosse a morte de um filho, não teria esta serenidade. Acho que seria diferente. Como *estive muitos anos em pediatria, sofri muito com isso, embora não diretamente, mas observei e acabei por sofrer com a situação de alguns pais e mães.* D12.14. Durante muitos anos eu tive sempre os estágios da criança com doença crónica grave no IPO. Presenciei e vivenciei o que é isso de morrer um filho.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

Foi difícil, passei por várias experiências, fui aprendendo a gerir. D12.15.

No desempenho profissional como foi cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

Tive dificuldades em lidar com a morte, desde os estágios de enfermagem como aluna, especialmente com crianças e jovens de 20 anos que era a idade que eu tinha nessa altura. D12.16.

Com os jovens próximos da minha idade eu lembro-me que fazia um grande esforço. Tinha muita dificuldade em comunicar, com os jovens. Eu fazia tudo para fugir. Aquilo era extremamente doloroso. D12.17.

Com crianças mais pequenas que estavam para morrer foi relativamente mais fácil, eu de certo modo consegui lidar, digamos que “aguentei-me”, mas depois quando saí do hospital eu chorava que nem uma perdida, mas na altura eu conseguia estar com elas. D12.18.

Lembro-me de uma criança de 4 anos, em que eu estive a contar histórias, as histórias preferidas dela, com a mãozinha dela agarrada à minha. Foi um dia muito difícil para mim. *Eu tinha receio de não conseguir, mas a minha professora disse-me: Vai*

conseguir e se tiver dificuldades eu vou estar aqui por perto. A professora esteve sempre próxima a dar-me apoio na situação daquela criança. D12.19. A criança de vez em quando gemia. Dizia que tinha medo, pedia-me para não me ir embora, não a deixar. Pedia-me para eu continuar a contar as histórias e assim acabou por ficar. Foi uma experiência muito marcante. Mas consegui proporcionar-lhe uma morte serena.

Com o jovem da minha idade, ele não morreu comigo. Mas eu sempre que podia arranjava forma de sair de junto dele. O olhar dele para mim falava muito. Eu acho que me enchia de lágrimas se eu falasse. Eu evitava mesmo a comunicação. Ia falando com as colegas mais para me controlar. Foi o que me custou mais. Eu até me sentia culpada, porque não fui capaz, não tive a serenidade para estar ali disponível, para escutar. D12.20. Eu não aguentei aquela situação e arranjava desculpas e estratégias de evitamento, para falar de outras coisas.

Com este da minha idade, eu não funcionei, (...) não me centrei no doente, acho que me identifiquei demasiado. Era como se eu estivesse para morrer. Aquela situação incomodou-me imenso. Eu até pedi ajuda, mas as pessoas que estavam próximas de mim também não foram capazes de me ajudar. Eu naquela altura estava num sufoco, até porque foi o meu primeiro contacto profissional com a morte. D12.20.

Eu sei que não permiti que ele dissesse as coisas que gostaria, fiquei com uma grande frustração e pena de não ter conseguido, o que me fez pensar muito no assunto.

Enquanto com os outros, fui capaz de estar atenta à outra pessoa, de me centrar, embora estivesse com um nó muito grande na garganta.

Com pessoas idosas a morrer também tive contacto, mesmo como aluna, foi uma experiência diferente. Consegui ter mais serenidade do que com as pessoas da minha idade. D12.21.

Como professora eu fui orientar alunos num estágio e a enfermeira chefe ajudou-me muito, nem sei se ela se apercebeu, mas ela deu-me de muita atenção, e isso foi muito importante, quando eu não conseguia, ela avançava. D12.22.

Uma vez estava com ela no café e o pai de uma criança começou a contar os sentimentos que lhe vinham da morte próxima do filho, da mesma idade do meu. Eu pensei, eu não sou capaz, isto é demais para mim. Mas de facto a atitude da minha colega, ajudou imenso, ela conseguiu ir controlando a situação. Era uma enfermeira da área da saúde mental e sabia gerir muito bem os sentimentos. *Refletia muito sobre a prática, para perceber aqui já estou a conseguir, mas noutra domínio ainda não*

consigo. Antes de estar na pediatria passei pela psiquiatria e desenvolvi a introspeção, para perceber o que as pessoas estavam a sentir. D12.23. Mas é muito difícil estar nestas situações, porque nós também não temos os apoios que devíamos ter. Eu passava um semestre em estágios de pediatria no IPO, em serviços em que se morre muito, era muito esgotante. Eram casos em que eu já conhecia as crianças e os pais, que já tinham uma relação de confiança em mim. (...) Eu ajudava os pais, mas depois quando ia para casa ia muito fragilizada. Tinha a sensação de que estava esgotada. (...) Acho que devíamos ter apoio que nos ajudasse a recompor. Era importante. D12.24.

E como?

Em reuniões de grupo, embora de forma informal os enfermeiros partilhavam as coisas que viviam, era uma equipa muito coesa, muito humana.

Mas nós profissionais de saúde devíamos ter apoio instituído. O apoio não deve ser só para os pais e familiares. Há pais que precisam muito de um apoio mais direccionada porque são situações muito difíceis, que precisam de apoio específico da área da saúde mental.

Nós profissionais, médicos e enfermeiros, não temos suporte nenhum. Eu quando estava a prestar cuidados nesses serviços sentia-me muitas vezes esgotada. Eu necessitava de um apoio, porque aquelas situações eram um peso demasiado constrangedor. Sentia-me esmagada e pensava, como é que eu vou poder ajudar se eu estou esgotada. D12.25.

Eu tive uma experiencia muito boa, no centro de saúde onde eu fiz o estágio de saúde publica, em 1973, tínhamos uma reunião semanal com um psiquiatra, essa reunião era muito direccionada para ajudar os profissionais. D12.26. Nós tínhamos um tema para aquela reunião, mas depois (...) a reunião no estágio acabava por ser em função das nossas necessidades. Utilizávamos diferentes técnicas como a dramatização o roleplay. Gerava-se uma corrente no sentido de entender o outro e a própria pessoa em causa vestia outro papel e percebia os sentimentos que estavam em causa. D12.27.

Essa estratégia fazia sentido também nos serviços de internamento e não só na saúde na comunidade?

Claro que sim. Naquele caso era um centro de saúde de ponta, em que a enfermeira chefe trabalhava com os colaboradores de modo a otimizar os recursos. O psiquiatra era para dar apoio aos utentes do CS, mas a enfermeira chefe tinha essa iniciativa e era uma

pessoa com uma mentalidade muito aberta, que considerava que a equipa precisava de ser cuidada. A enfermeira chefe era muito atenta, mesmo aos estudantes.

D) Preparação para lidar com a morte.

Que fatores contribuíram para a capacitar para cuidar em fim de vida?

Para além da pesquisa que fiz, das leituras, da troca de informação e partilha com as colegas. D12.28.

Claro que a equipa dava-me muito apoio, mas nós precisávamos de um apoio mais técnico, mais especializado, para ajudar a evoluir, a gerir as emoções para poder ajudar o outro e a cuidar melhor. D12.29.

O que me influenciou para além da minha pesquisa, foi também a minha experiência, o que eu via, o que eu fazia, o que podia fazer, onde podia investir mais, com uma situação resultava bem um procedimento, com outra situação teria que ser de outro modo. D12.30.

Eu também como professora conhecia bem os estudantes e percebia as situações. Havia utentes que eu retirava ao estudante, porque percebia que ele não era capaz, falava com o estudante e explicava-lhe a situação. Temos que nos centrar no outro e perceber o que ele está a precisar e dar-lhe a resposta às suas necessidades. D12.31.

E a sua formação espiritual também a ajuda?

Sim também me ajudou. Eu como enfermeira sei qual a vertente, qual a filosofia de vida dos utentes que estou a cuidar. Sabia as suas crenças, a sua religião e sua fé e mobilizava isso para as ajudar a passar por este momento. D12.32.

Era frequente os pais, depois da morte da criança, voltarem ao serviço para agradecer, para estar connosco, para falar com os profissionais que os tinham acompanhado e que percebiam o que eles estavam a sentir.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida

Como aborda a morte nas UC em que leciona? Quer nas UC teóricas quer nos ensinamentos clínicos?

Estava mais ligada à morte da criança, desde 1981 que estou mais ligada à pediatria, não tenho muita experiência com a morte dos adultos, nem dos idosos.

No ensino dos alunos, há uma parte teórica que é igual para todos, mas no estágio eu conhecia os alunos, que não têm todos a mesma maturidade, são diferentes. D12.33.

Na teoria o que é lecionado sobre a morte: as várias teorias, os conceitos, o que se passa com a morte, os sentimentos associados, as teorias sobre a morte e o luto.

Mas uma coisa é a teoria, outra coisa são as situações é o conhecimento que o professor tem daqueles alunos e que o docente ou o enfermeiro tutor pode ter daquelas crianças e famílias. Na distribuição das crianças da enfermagem pelos estudantes eu tinha a preocupação de verificar se a situação era adequada ou não para o estágio daquele estudante. D12.34. Mas as decisões eram explicadas ao estudante, apontando-lhe as dificuldades e pondo-o à vontade para que ele pudesse escolher. Mas às vezes também acontecia que situações mais simples acabavam por se complicar e estavam perante a morte. Era explicado ao estudante que não ia ser penalizado se não quisesse ou não conseguisse estar naquela situação. Às vezes é difícil, retirar o estudante, porque as crianças apegam-se muito aos alunos. Os estudantes tem medo do que a criança quer saber, que tipo de resposta vão dar, se a podem chocar. Precisam de ter o professor ou o tutor por perto para os ajudar. D12.35.

É necessário ser capaz de criar um ambiente de disponibilidade para a criança, ou jovem ser capaz de expressar as suas preocupações. *Mas as atitudes dos estudantes são muitas vezes de fuga, porque não sabem o que podem dizer a seguir. Mas às vezes não temos que dizer nada, as pessoas não nos estão a inquirir, porque eles já sabem muita coisa, eles só querem alguém a quem falar, que os possa escutar. Mas isso para os alunos é difícil de aceitar, porque pensam que tem que dar sempre respostas. D12.36.*

Este comportamento dos doentes não é só com a morte, os doentes não querem respostas, não estão a fazer perguntas, querem é falar sobre os medos, o que os angústia e não terem receio de estar a magoar alguém, ou de ser muito duro. Mesmo se estão revoltados com a situação, para eles importa poder falar sem receio.

Mas o estudante não percebe que nem tudo tem uma resposta e a gente não tem que saber sempre tudo.

O estudante não tem que ter medo por não saber responder (...). Eu sou professora e também há coisas que eu não sei responder, vou perguntar a outros, ou estudar. Muitas vezes isto acontece, (...) o que eu não posso é dar respostas falsas, incorretas ou mentirosas, se eu não sei tenho que ir procurar. D12.37.

Eu orientava os estudantes para terem uma postura de autenticidade. Se não sabem o que lhes vão perguntar, nem como vão responder, ficam nervosos e desconcentram-se das necessidades do doente, ficam sem saber o que ele está a precisar. Estão mais centrados neles do que nos utentes. D12.38.

Tenho que dizer: não se preocupem. Estão aqui para ajudar.

Se a pessoa pergunta uma coisa que eu não sei responder, eu vou ser honesta e digo: Não sei responder, mas eu vou já tratar do seu assunto e logo que possível eu trago a resposta à sua questão. Fico descansada e continuo centrada na pessoa.

Os estudantes ficam muito preocupados com o que é que eu vou dizer. Às vezes não têm que fazer nada, é estar ali fazer uma festinha, ter um gesto de carícia. Ler algo que nos peça, escutar, estar presente. Se precisar de alguma coisa eu estou aqui ao pé de ti. Não tenhas medo, que eu estou contigo. D12.39. Perguntar o que preferes? Apetece-te alguma coisa?

O que é necessário nestas situações de fim de vida é estar centrado no outro, estar atento e não estarmos preocupados connosco. D12.39.

Quando os estudantes estão muito nervosos, num turbilhão de sentimentos, eu digo calma. Vai pegar num papel e vai escrever o que se está a passar consigo, que sentimentos, emoções lhe traz estes momentos escreva à vontade, para nós podermos falar. O escrever ajuda a tomar consciência dos sentimentos. Já por si é uma ajuda a técnica da introspeção. D12.40.

Que instrumentos de ensino /aprendizagem considera adequados para ajudar o estudante?

Na pediatria sempre se pediu aos estudantes que descrevam uma situação.

Houve estágios que já tinham um modelo de reflexão sobre a prática, onde descreviam a situação que escolheram ou a mais significativa para eles e depois os sentimentos que viveram. Depois trabalhávamos essas situações com diversas metodologias, podia ir às dramatizações, roleplay, etc., D12.40, (...) para ajudar os estudantes na reunião semanal.

Houve uma altura da formação dos estudantes, em que as situações de estágio eram de tal forma, que influenciavam muito os estudantes. Tínhamos na Escola um psiquiatra que dava a parte teórica da psiquiatria infantil e depois dava-nos apoio ao longo do estágio. Havia uma reunião semanal com os estudantes, em que não estavam os

docentes da Escola. A reunião era só com o psiquiatra e com os alunos. A reunião não era para avaliação. Os estudantes sentiam-se perfeitamente à vontade e falavam das situações que mais os tinha tocado. E essa prática resultou muito bem.

Outra fase da estruturação do curso em que tínhamos as colegas da saúde mental a dar apoio aos estudantes em estágio. Nessas reuniões de grupo em estágio havia um tempo para os alunos colocarem algumas questões sobre o que no estágio os preocupava. Ajudavam os estudantes a gerir as emoções a lidar com os sentimentos que aquela situação lhe causou. *Nesta formação não chega só a experiência, só o ler e documentar-se com a bibliografia. O estudante precisa de alguém que lhe dê apoio, para o ajudar a refletir e perceber o que se está a passar e a evoluir, não só na gestão dos sentimentos, mas a estruturar o pensamento sobre a própria morte. Isto tudo tem muito a ver com o aprender a lidar com a morte, as perdas, a fazer os lutos das situações.* D12.41.

A morte é sempre uma situação difícil e muito nossa. Ao longo da vida as pessoas vão aprendendo, a lidar com a morte e com as perdas, mesmo as pessoas que não estão ligadas à saúde. Nós vemos muitos idosos, à medida que o tempo vai passando, aprendem a aceitar e a perspetivar a morte com aceitação, a ter uma postura perante o fim de vida diferente do que habitualmente se tem aos 20 anos. O psicólogo Erikson quando se refere aos 8 estádios do ciclo de vida refere isso mesmo. É importante a pessoa aceitar a sua finitude, perceber que um dia também vai morrer e ao longo da vida vai ter muitas perdas, para poder lidar com a morte em diferentes idades e fases do ciclo de vida. Independentemente da morte o difícil é ver alguém a sofrer. Na morte o que nos incomoda mais é o sofrimento e a nossa impotência perante o sofrimento.

Como eu presenciei sofrimentos muito grandes, isso incomodava-me imenso. Observei coisas horrorosas mesmo e isso é muito forte e transtorna-nos. Não só a mim que sou adulta, mas também chocava muito os alunos.

Na sua perspetiva como vivenciam os estudantes em ensino clínico situações de perdas e de morte?

Havia muita coisa que os chocava. Em estágio cheguei a mudar a distribuição dos alunos pelas crianças, porque aquela situação era muito complexa para um jovem gerir. *Os alunos têm dificuldades em dizer e expressar as suas dificuldades. Tem medo que isso interfira na nota, na avaliação. Mas eu e as outras professoras e as enfermeiras*

orientadoras do estágio tínhamos muito esse cuidado de avaliar se aquela situação não estava a ser demasiado complexa para o aluno. D12.42.

Percebíamos as dificuldades e retirávamos o aluno da situação. Claro, primeiro conversávamos com ele, para ele não ficar com o sentimento de que era incapaz. Era preciso não magoar o estudante. Às vezes até falávamos em grupo sobre a situação e explicávamos que se a situação era complexa, o estudante podia ser mudado sem receios, porque não era prejudicada na sua avaliação.

Mas o estudante tinha liberdade de escolha. Às vezes ele dizia, mas eu quero continuar, a criança gosta tanto de mim. Dá-se tão bem comigo e os pais também, eu vou tentar ficar com o acompanhamento da criança.

E ficava, mas sabendo que tinha apoio. Íamos integrando outra estudante no apoio daquela criança. Se o estudante se sentisse mal ou precisasse de se retirar a criança ter o apoio de outro estudante mais próximo. Era uma aprendizagem para os dois alunos que se sentiam apoiados. Facilitávamos muito a auto ajuda, porque não é nada fácil estar envolvida nestas situações e não há receitas, porque cada situação é uma, e cada pessoa reage de forma diferente consoante também a sua vida. Se numa ocasião respondeu bem a uma interação, de outra vez pelo facto de não estar tão bem pode interferir com o seu modo de cuidar e de enfrentar, de gerir aquele momento. Estamos sempre a aprender.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida?

Para ser capaz de lidar com a morte e o fim de vida tenho algumas preocupações com o este plano de estudos atual e com as novas diretrizes da formação no ensino superior. Eu acho que a formação em enfermagem tem de ser no mínimo individualizada. D12.43. Tem de haver um acompanhamento dos estudantes ao longo dos 4 anos. E esse acompanhamento dos estudantes tem de ser não só como pessoas, jovens numa etapa do seu desenvolvimento, estão num processo de maturação e desenvolvimento muito próprio. Tem de haver também acompanhamento no domínio da aquisição dos conhecimentos teóricos e da sua aplicação.

Os estudantes precisam de muito acompanhamento para serem capazes de cuidar e não só nos aspetos instrumentais da profissão, nos aspetos mais materiais e visíveis, mas

também nos aspetos relacionais e para desenvolver essas competências os estudantes precisam de ser muito acompanhados. D12.44.

De acordo com o atual plano de estudos é difícil nós conhecer-mos os alunos, estarmos próximos deles para podermos fazer este trabalho de acompanhamento com o estudante. Como docente tenho dúvidas em relação ao nosso apoio pedagógico. Em relação ao grande número de estudantes que nós temos, não nos permite ter este acompanhamento tão próximo. Há processos de aprendizagem que não estão a ser conseguidos da melhor forma. D12.45.

Como perspectiva a formação do estudante ao longo dos 4 anos para ele aprender a cuidar em fim de vida?

Aquilo que se diz, que se faz e os resultados obtidos diferem. Eu não tenho propriamente certezas sobre a melhor forma de aprender, mas tenho muita experiência pedagógica e muitas experiências bem-sucedidas.

Tenho também a minha experiência como aluna. Quando vim para a Escola no 1º ano e ao fim de 3 meses fui para o IPO para um serviço prestar cuidados de higiene e conforto a pessoas em fim de vida. A enfermeira chefe quando nos recebeu disse que aquilo era a ante câmara da morte.

Eu ia morrendo com este primeiro estágio, quando eu estava no curso há 3 meses. Achei que aquilo era um filme de terror. A doente que me foi atribuída para eu cuidar era uma senhora com cancro da mama em fase terminal e eu não sabia o que fazer. Dei comigo a fazer festas na mão da doente, porque eu não sabia o que mais podia fazer. E depois percebi que eu tinha sido incómoda para a doente. Nesse dia eu cheguei à Escola a dizer que me queria ir embora. Fiz as malas para partir, de tal forma eu estava desolada. Achava que a enfermeira fazia maravilhas punha os doentes todos bons, sem sofrimento. Foi um choque eu perceber que não conseguia fazer nada para minimizar o sofrimento da senhora. Fiz-lhe festinhas e a doente disse-me: por favor deixe-me. Eu fiquei muito incomodada quando percebi que a senhora queria era estar em paz e sossego. Aquela experiência marcou-me muito. Fez um «clic» na minha cabeça. Apesar de não ser correto para o doente, nem ser correto para o aluno, mas foi um tratamento de choque, isso foi.

Eu percebi muito cedo no início do curso, no 1º ano, o que os meus alunos no 3º ano na pediatria não percebiam. Não entendiam o feedback do doente.

O que é melhor no nosso entender pode não ser o melhor para o outro. Apesar de ter ficado desesperada nesta primeira experiência, mas aprendi que devo dar atenção ao que o doente quer ou precisa, que não é idêntico ao que o enfermeiro quer, ou pensa.

Há algumas regras pedagógicas que dizem por exemplo que se deve começar do mais simples para o mais complicado. Eu não sei se tem que ser sempre assim. Depende!

Tudo depende dos acompanhamentos que se têm e dos apoios que nos dão. Não há uma forma correta só de fazer as coisas.

Eu naquele momento detestei, achei horrível colocar um aluno naquela situação. O objetivo do estágio era treinar os cuidados de higiene e conforto. Dar banho na cama a uma pessoa que não se mexe, que faz fraturas espontâneas devido à osteoporose e às metástases ósseas. Isto não se faz. Eu estive uma manhã inteira a dar o banho.

A situação foi horrível, deu-me um choque, mas eu nunca mais esqueci que tenho que estar atenta às necessidades do doente. Aprendi por mim. Não tive acompanhamento de ninguém. Não fui ajudada.

Estas situações complexas podem ocorrer em qualquer ensino clínico, até na primeira incursão à prática?

Tenho dúvidas sobre o que é melhor. Também sei que é difícil arranjar estágios hospitalares, em que os estudantes não tenham confrontos desses, porque se vão para serviços de medicina e afins encontram muitas pessoas idosas, portadoras de doenças crónicas. Se não vão para os hospitais e vão para os lares de idosos a situação é a mesma. É difícil fugir a estas situações de lidar com o fim de vida num estágio. *É difícil fazer estágios em serviços de pessoas doentes sem se confrontarem com o fim de vida. O melhor é preparar os alunos previamente para estas situações que fazem parte do quotidiano dos serviços.* D12.46.

Quem vem para o curso de enfermagem também tem que ter alguma sensibilidade para este tipo de cuidar. *Na comunicação social, confrontamo-nos com a morte, estamos cheios de informação sobre a morte em diversas situações, faz parte dos acontecimentos. Os alunos têm que ser preparados cedo para lidar com estas situações e serem acompanhados nos estágios, pelos docentes, pelos tutores.* D12.47.

Eu penso que tem que haver uma preparação de base logo no 1º ano na unidade curricular de fundamentos de enfermagem, sobre o que é morte. Nos ensinamentos clínicos,

face às situações que surgirem deve haver um acompanhamento direccionado e aproveitar essa experiência vivida depois para o grupo. D12.48.

O professor que está responsável pelo ensino clínico deve trabalhar aquela situação com o grupo de estudantes. As oportunidades e experiências que surgem sempre têm que ser trabalhadas e não podem ser descuradas. D12.49. Não se pode deixar passar em branco, uma situação dessas ou de outras. Do mesmo modo que não deixamos passar uma situação que é complexa e que merece reflexão, quer em grupo, quer depois já fora da situação, eu penso que isso tem que ser sempre analisado, e deixar o estudante falar e dar-lhe apoio. Os outros estudantes também aprendem com a análise das situações. Eu sempre fiz isso, utilizei muito as estratégias de partilha em grupo, porque os outros alunos também aprendem com as dificuldades dos pares. D12.50.

Considera que no 1º ano devem abordar a questão da morte e do cuidar em fim de vida nas unidades curriculares de fundamentos?

Sim, porque eles não estão isentos de cuidar em fim de vida, mesmo nos estágios em cuidados de saúde primários, ou na comunidade, muitas pessoas estão a morrer em casa, junto das suas famílias e não se pode cuidar de uma parte e não cuidar da outra, ou só cuidar um bocadinho. Isso ia criar mais mal-estar ao estudante, que se ia sentir incapaz, imbecil, ou frustrado e isso não ajuda nada.

Qual é a sua perspetiva sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida a pessoas e famílias ao longo dos 4 anos do curso?

Aprender a cuidar da pessoa integrada numa família com os problemas decorrentes daquela etapa do ciclo de vida. D12.51. Nós falamos do nascimento, do crescimento, do desenvolvimento, mas a morte também está integrada nesse processo. A morte está ligada à vida.

No caso da morte da criança, o aluno tem que cuidar também da família, porque não é só a questão da morte com aquele que parte, mas tudo o que se está a passar com aquela família. D12.52.

A família se estiver bem apoiada, também vai proporcionar melhor cuidados e mais bem-estar ao que vai partir. Devemos cuidar o doente integrado na família, o adulto integrado na família, o idoso integrado na família. Porque é a unidade, é a célula do tecido social. D12.53.

Quando no CLE se devem desenvolver competências para cuidar da família a viver processos de finitude?

Tem de se estruturar a aprendizagem do cuidar a pessoa integrada numa família, nos cuidadores mais diretos que são os familiares, na sociedade mais próxima que é a família.

Que competências o estudantes deve ter adquirido ao longo do CLE, para cuidar de pessoas no fim de vida?

As competências relacionais devem ser trabalhadas e desenvolvidas ao longo do curso. D12.54. Os aspetos relacionais ligados à comunicação, o saber ouvir o ter uma atitude de escuta ativa, é uma competência fundamental. Mas não basta só saber ouvir. É preciso um leque de conhecimentos para poder interpretar. D12.55. Eu posso ouvir uma pessoa a falar de um problema ou assunto, mas se não tenho conhecimentos, saberes, não interajo. Estamos a falar de um saber ouvir profissional, dirigido, com intenção. Eu sou capaz de entender ou identificar as minhas falhas, se eu não sou capaz de responder aquela situação e tenho que pedir ajuda. Há situações em que eu tenho que encaminhar para outro profissional. O aluno tem que ter saberes que me permitam avaliar corretamente uma situação. Preciso desenvolver um saber ouvir recheado de sabedoria. Num enfermeiro generalista ele tem de saber identificar se aquela situação é do seu domínio, se ele é capaz de dar resposta, ou se é para outro técnico. D12.56. É essa uma das diferenças.

Um estudante do 4º ano já tem que ter esse nível de diferenciação do que é para um generalista e do que é para um especialista, enquanto um estudante no 1º ano treina a capacidade de escuta ativa, que até pode treinar em laboratório, ou com os pares. Mas tem de haver uma evolução desta competência do saber ouvir. Há um aumento de complexidade, mediado pelos saberes que estão envolvidos ao longo do curso.

No 1º ano treinam só a técnica. Muitas vezes os estudantes não percebem esta evolução e dizem que estão a repetir conteúdos. Não estão a repetir, estão a desenvolver saberes e competências. Por exemplo já tinham na psicologia falado nos aspetos relacionais e comunicacionais, mas no estágio é diferente, vamo-nos apropriando dos saberes adquiridos e integrando coisas novas, construindo um saber profissional. Os conhecimentos básicos têm que estar cimentados, mas temos que ir adicionando novos,

desenvolvendo e ir agregando, de tal forma que quando chega ao 4º ano e está num serviço de saúde deveria ser capaz de distinguir as situações.

Toda a parte da postura, do ser simpático, do ser empático, do saber ouvir tem que estar desenvolvida. D12.57. Para saber ouvir é necessário primeiro criar condições. Não é num corredor, à pressa, sem privacidade, sem olhar para a pessoa, a debitar alguma informação. Não estou a falar do saber ouvir, com os ouvidos, mas do saber envolver os sentidos todos. Envolve o criar condições para transmitir ao outro a sensação de que está ali disponível para ele.

É preciso saber criar disponibilidade, o que não significa ter muito tempo, mas uma atitude de saber estar com o outro. D12.58. Eu posso estar só 5 minutos para aquela pessoa. Outra pode estar uma hora e não mostra disponibilidade interna para o outro. Estão a olhar para o relógio, atendem o telefone, bocejam, etc. Isto não é saber ouvir o outro, que não vai falar de certeza, porque sente que o profissional não está recetivo. Os estudantes sabem isto tudo papagueado, mas na ação não demonstram e nós estamos com os estudantes nos serviços e observamos as atitudes dos alunos.

Por exemplo um utente ou familiar vai no corredor, aborda o aluno. Ele dá-lhe a resposta sem o olhar e a continuar a andar. Mas o que é isto? Não se pode fazer coisas destas.

É imprescindível ter as competências relacionais desenvolvidas, mas há outras também importantes. *O saber fazer e atuar de acordo com a situação. Ser capaz de minimizar a dor e o sofrimento, avaliar, o estar atenta às expressões verbais e não-verbais do doente, e saber interpretá-las.* D12.59.

Não é só saber ouvir e saber fazer uma observação com intenção e direcionada. *É importante saber ouvir, saber ver, saber analisar, saber interpretar, saber decidir, saber responder, são essas competências todas interligadas que fazem sentido na prestação de cuidados.* D12.60.

Mais há muitas pessoas que não conseguem falar, nem expressar-se numa linguagem verbal, é preciso estar atenta aos sinais da comunicação analógica. D12.61.

Na pediatria quem consegue ser o intermediário entre as crianças e os profissionais são os pais, que estão sensíveis e se apercebem das mínimas alterações, dos gestos, das diferenças, porque muitas vezes as crianças não são capazes de falar, nem dizer o que sentem. Os pais são peritos nesta interpretação porque se apercebem das mínimas

coisas. Temos que valorizar muito o apoio dos pais como ajuda para chegarmos à criança.

As competências estão interligadas, é preciso saber ser, saber estar e saber fazer. O saber cognitivo é muito importante, mas tem de estar agregado às outras dimensões. D12.62.

E que valores devem ao longo do curso os estudantes ir adquirindo?

Um bom enfermeiro deve ser um bom cidadão, valores de cidadania já deviam vir trabalhados quando chegamos ao curso. Deviam já ter aprendido na família, na escola, no social. D12.63.

Quando se vem para uma profissão já se deve ser bom cidadão. *O aluno deve ter já desenvolvido o respeito pelo outro, o pudor, a igualdade de direitos. O valor vida é um valor supremo, independentemente da pessoa ser pobre, rica, negra ou amarela. O respeito e o igual respeito, que todos nos merecem independentemente da sua condição.* D12.64.

Na prestação de cuidados devemos fazer o melhor seja a que pessoa for, ali não há ricos nem pobres, criminoso ou não. Independentemente de tudo é uma pessoa e a sua vida merece-me todo o respeito e empenho. Eu como enfermeiro tenho que fazer o melhor, independentemente do utente em causa. Os alunos já deviam trazer esses valores, que no entanto devem continuar a ser trabalhados. Na prática confrontamo-nos com situações que não são muito claras e se tivermos esses valores desenvolvidos isso é fundamental para nortear a nossa decisão, os nossos juízos profissionais e a nossa postura e nossa prática.

Muitos estudantes aprendem muito nos hospitais públicos onde há uma grande diversidade de culturas que chocam os nossos conceitos e temos que trabalhar esses aspetos, sempre com grande respeito, sem estar a «impingir» os nossos valores ou a nossa moralidade. O não estar a criticar. D12.65.

O cuidar do bem-estar de todos, neste contexto de muitas culturas obriga-nos a desenvolver competências no cuidar transcultural. E neste contexto multicultural vem também o cuidar na morte, que é diferente. D12.66.

No meu curso tive na UC de fundamentos os rituais associados à morte nas diferentes culturas e como isso na nossa cultura e na nossa profissão podia ser trabalhado, e isto já foi em 1970.

Independentemente da nossa religião temos que cuidar das pessoas de acordo com a sua cultura. Independentemente da história de vida daquela pessoa, e sem fazer juízos de valor. Isto não tem a ver só com a morte, mas com todas as práticas de saúde.

Quer acrescentar mais alguma ideia?

Não

Os meus agradecimentos pela sua importante contribuição para o meu trabalho.

Vou transcrever a sua entrevista e envia-la por email para validar.

**TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS A
12 PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
TUTORES DE ESTUDANTES
EM ENSINO CLINICO**

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENFERMEIRA TUTORA (T 1)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante

a1) Caracterização do entrevistado: Sexo, Idade, Estado civil, Nacionalidade, Habilitações Profissionais e estabelecimentos de ensino onde as obteve.

[Enfermeira, sexo feminino].

Tenho 29 anos, tenho a nacionalidade portuguesa e sou casada. Tenho o CLE e a especialidade em enfermagem comunitária. Conclui o curso de licenciatura na Escola de Enfermagem Francisco Gentil há 5 anos.

a.2) Caracterização profissional

Tempo de serviço como enfermeiro e tempo como tutor de ensinios clínicos

Instituição onde exerce a profissão, e serviço

Tenho 5 anos de serviço, estou num serviço que orienta alunos. Tenho orientado desde há 2 anos. Trabalho no serviço de neurologia e de gastro do IPO de Lisboa.

B) Experiência profissional anterior, ou atual, no cuidar em fim de vida

Antes de ir para o curso já tinha tido contacto com o fenómeno da morte?

Não tive experiências com o morrer antes de ir para o curso. T1.1.

No curso estagiei em cuidados intensivos e tive experiencia de lidar com a morte, mas essa experiência não foi muito marcante. T1.2.

Só experienciou a morte no Curso.

Bom tinha tido uma experiência aos 14 anos, mas vivencia-se de forma diferente, não tive que prestar cuidados. Uma pessoa de família morreu, mas não houve da minha parte envolvimento.

Trabalha atualmente em serviços onde há utentes e famílias a viver processos e fim de vida?

Sim. *Sou enfermeira no IPO onde morrem, sempre muitos utentes. T1.3.*

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte, seja na sua própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Tenho uma ideia de tristeza, mas ao mesmo tempo de alívio, tendo em conta que os doentes que eu cuido estão numa fase de doença muito avançada e que a qualidade de vida é mínima. T1.4. Acho que é um alívio para os utentes e para a família. E como acredito na vida após a morte, tento transmitir isso às famílias, acho que é uma maneira de conseguir lidar com a morte. T1.5. Eu como enfermeira e também os próprios doentes. Mas claro que é uma fase de grande sofrimento, até porque a maioria das vezes os familiares não falam sobre a morte, com o doente tentam esconder e não há o choque de falarem os dois. T1.6.

É muito o tu estás triste porque provavelmente vais morrer. A família também está triste, mas por isso não falam, o que causa mais sofrimento se por acaso falassem.

Falou da dimensão espiritual. De que modo a sua espiritualidade interfere na sua profissão?

Sou católica e isso influencia-me. *Quando penso em morte penso como um fenómeno triste, T1.7, mas como acredito que haja vida após a morte acredito que há maior descanso, fico mais tranquila. T1.8. Vou morrer, mas se calhar fui feliz ou tive muitos problemas mas consegui ultrapassar e agora já cumpri as minhas tarefas, aqui na terra. Isso ajuda a ver a morte de forma diferente e não com revolta. Quando as pessoas não têm esta perceção, quando estão muito agarradas à vida, se não tem esta perspetiva do ser espiritual, é mais difícil, existe realmente revolta. Quando as pessoas pensaram na morte, fazem um retrocesso em tudo o que viveram é muito mais fácil, mesmo que não sejam católicas, mas quando têm essa parte espiritual ou tentam ver, se foram felizes, o*

que eu fiz de bem ou o que eu não fiz de bem, é muito mais fácil para essas pessoas fazerem o luto.

Tanto para os familiares como para o doente?

Exatamente, há doentes que me falam nisso. Sei que eu vou morrer. Às vezes dizem: já não vou cá estar muito tempo. Mas quando tentamos abordar isso com eles, o que nem sempre é fácil, falar sobre a morte, porque são coisas que custam muito aos doentes, porque ficam um pouco mais deprimidos, mas é bom eles falarem. Muitas vezes falam nisso, não da morte em si, mas de todas as vivências, de tudo o que viveram. Falam dos momentos que estiveram felizes, falam da família. Não abordamos a morte em si, mas ajudamos a perspetivar outra face da sua vida.

Que sentimentos o processo da morte lhe provoca?

A mim! No meu serviço eu nunca fiz uma reanimação. A maioria dos utentes não é para reanimar. *Agora já lido com a morte de uma forma mais natural, mas os primeiros utentes que morreram comigo foi muito difícil (...).* Numa altura morreram dois seguidos e para mim (...) *criou-me muita ansiedade, T1.9*, se calhar não fiz nada e num dos utentes não estava presente.

Ok! Vai morrer, ficamos tristes e não podemos fazer nada. Queremos ter uma relação mais próxima, para mim é muito importante acompanhar. *Gosto de lidar com a morte e com os utentes. È daqueles momentos em que me sinto mais próxima dos utentes e da família. Cria-se ali uma relação de ajuda e de apoio. T1.10.* Mas, por outro lado *também há aquele sentimento de impotência perante a morte. T1.11.* Este doente está aqui, mas entretanto vem muitos outros e eu não consigo ajudar a ver o reverso da medalha e ajudar a que eles realmente melhorem.

Em relação à morte custa-me muito com os utentes, mas custa-me mais com a família. (...) Se calhar é aquele sentimento que eu tenho_ Há vida após a morte. (...) Eles morreram, mas agora estão em paz, já não estão a sofrer enquanto a família está a sofrer T1.12. A mim custa-me mais falar com a família, quando os familiares morrem. O utente é naquela fase em que ele está. Numa fase terminal e está consciente. *Muitos doentes, os de neurologia, entram em coma, e não têm a perceção da morte, (...) se calhar até têm e nós não nos apercebemos, (...) mas custa-me muito com a família e nós não nos apercebemos e não sabemos como ajudar. T1.13.*

Há palavras certas e que fazem eco e a família sente que aquelas palavras foram importantes ajudaram-me bastante, mas há outras ocasiões em que é muito difícil ajudar, não é?

Isso é verdade, e como lida com a família neste processo?

Há familiares que não querem aceitar, estão muito revoltados e nem querem estar com o familiar doente nos últimos dias. Há outros que querem estar sempre presentes para o ver morrer e se não estão lá no momento da morte, porque não foram lá naquele dia, ficam com sentimentos de culpa e é muito difícil gerir estes sentimentos e explicar que podia estar lá, mas bastava virar costas e a pessoa morrer. É preciso gerir a situação, mas nem todos os familiares têm à-vontade para falar connosco. É a tal empatia que nós criamos, mas se for no primeiro momento se fizermos a admissão do familiar nota-se logo uma maior cumplicidade. Há aquelas famílias, que estão mais disponíveis, com quem nós conseguimos conversar, e ver como elas estão a vivenciar, mas há outras que não conseguimos.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

Nós falamos no curso, sobre o processo da morte, sobre as várias etapas, sobre o papel do enfermeiro perante a morte, é importante as técnicas comunicacionais de que nos falamos. T1.14. Quando a pessoa está mais calada, pegar no assunto, mas disse-me isto e tentar que ela fale.

É importante e quando mobilizo isso, no meu dia-a-dia, vejo que consigo obter resposta da outra parte, quer seja o doente quer da família. Mas só com a experiência é que nós vamos aprendendo a lidar com a morte e conseguir ajudar. Porque lidar com a morte nós podemos lidar bem, mas não conseguir ter o papel que é pedido ao enfermeiro que é acompanhar os doentes e a família, isso só se consegue com a prática. T1.15.

Há os role-playing feito no IPO, com a comunicação das más notícias ajuda-nos a treinar e a estar mais despertos para quando temos essas situações. T1.16. Acho que é importante a teoria, mas é no dia-a-dia que se vai aprendendo. T1.17. Há pessoas que conseguem lidar muito bem com a morte, mas há outras que não, por experiências negativas que tenham tido. Depois, também há o trabalho interior que cada pessoa tem.

Há pessoas que têm aquele dom e que realmente conseguem ajudar muito as famílias e no serviço há sempre algumas pessoas de referência que lidam com a morte com maior facilidade, com quem nós aprendemos. T1.18.

A formação pretende ajudar o enfermeiro a aprender a lidar com a pessoa em fim de vida. Também ajuda a lidar com as famílias a preparar-se para o luto, a perda? Qual é a sua opinião?

Exato. Se calhar, *não devia acabar ali o nosso papel, com a morte do doente, mas muitas vezes acaba. O doente morre, comunicamos à família. Se a família está lá presente, damos algum apoio, mas depois acaba a relação aí. T1.19.* No meu serviço havia uma enfermeira que tentava depois passado um mês ligava para a família a saber se eles precisavam de alguma ajuda ou não. No meu serviço são os próprios familiares que lá vão agradecer e falar um pouco, às vezes têm dificuldade, vão lá por outro motivo e depois falamos connosco, mas não há um seguimento.

Nem há uma política da instituição em proporcionar apoio às famílias que estão a viver o processo de fim de vida de um familiar?

Não há. Elas têm apoio psicológico da psicoterapia e às vezes são seguidas na psiquiatria. Há familiares que depois do familiar morrer voltam a ver e dizem venho agora da psicóloga. Mais nada.

A instituição tem recursos para uma área do cuidar às famílias enlutadas?

Acho que ainda está muito aquém do que era necessário, mas, (...) *há essa preocupação em orientar a família e há algumas famílias que continuam, em tratamento após o familiar falecer e se calhar durante seis meses, senão mais, com orientação da saúde mental. T1.20.*

Os enfermeiros têm a preocupação de indicar às famílias que consideram que necessitam desse recurso, de orientar para o apoio psicológico, ou é uma coisa que não está interiorizada nos enfermeiros?

O apoio de outros técnicos?

Sim.

Esse encaminhamento tem que ser feito pelo médico. Às vezes nós até detetamos e achamos que devia ir à psicóloga e falar um pouco porque está a ter muita dificuldade, Seria bom falar com outra pessoa que não conhece e que tem outra formação, era mais fácil passar pelo processo.

E a pessoa pergunta, mas pode ser aqui? E nós dizemos que existe uma psicóloga e uma psiquiatra, mas tem que ser o médico a encaminhar e nem sempre é fácil. Estou-me a lembrar de um familiar que teria beneficiado muito do apoio psicológico, estava com uma ansiedade extrema. Eu estive com ele e vi isso, principalmente à noite. Depois passava a mensagem ao médico e não houve encaminhamento. *Há aqueles familiares que nós vemos que necessitam mesmo de apoio, mas nem sempre é feito o encaminhamento, talvez fosse mais fácil ser feito por nós enfermeiros, mas tem de passar pela parte médica. T1.21.* Seria mais facilitador ter que haver uma outra avaliação, mas se o utente sentisse essa necessidade a médica avaliaria.

Neste momento o procedimento é: se os enfermeiros detetam a necessidade, enviam ao médico da instituição e ele é que passa a guia para o familiar ter apoio da saúde mental?

É exatamente isso!

Considera que a equipe de enfermagem, pelas características do seu trabalho está mais sensível às necessidades das famílias que outros profissionais?

Eu acho que sim! Dependendo dos médicos. Há médicos que estão muito despertos para as necessidades das famílias, mas como nós estamos mais em contacto com a família porque não é o familiar mais próximo que vai lá falar com o médico sobre o estado de saúde do doente. Por vezes é a esposa que nos fala do que está a viver e quem vai falar com o médico é um filho que só lá vai às 7h da tarde falar com o médico e que tem pouco contacto. É a estas situações que me refiro, porque se forem os próprios familiares a pedir apoio é mais fácil.

No desempenho profissional como foi aprender a cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

Sim, tive algumas dificuldades. *Antes de trabalhar no IPO não tinha tido contacto com a morte. T1.22.* Bom, tinha tido só uma avó que morreu. Um ano depois de estar a

trabalhar faleceu-me o meu pai e depois faleceu-me outro avô com doença oncológica. Isso depois leva-me a ir buscar muito da minha experiência quando estou a falar com os familiares, ou às vezes com os filhos, de alguma maneira a minha experiência acho que poderá ajudar. *Pouco tempo depois do meu pai falecer tive um doente que morreu e ainda estava numa fase de luto foi difícil ajudar, comecei a chorar e não sei se estava a ajudar, mas de certa maneira acho que até consegui prestar algum apoio aos familiares. T1.23.* As situações que nós vivenciamos se foram de certa maneira ultrapassadas de forma positiva acho que poderá ajudar, agora se a vivência é negativa e não fizemos o luto poderá dificultar a ajuda que queremos dar aos familiares.

Quer falar dos fatores que contribuíram para que a Sr^a enfermeira aprendesse a lidar melhor com pessoas e famílias em processos de fim de vida?

A experiência anterior dos meus colegas que me foram dizendo: Olha vai falar com a família, e o facto de vivenciar alguma situação com o utente. Por exemplo uma vez um utente falou-me mesmo da morte de uma forma muito aberta. Depois falei com os meus colegas sobre essa forma de posicionamento perante a vida e o facto de muitos utentes não terem essa postura, mas que facilitava e deveríamos ser nós a puxar. *Os doentes estão calados e se calhar até querem falar e deveríamos ser nós a criar esse espaço para falar sobre a morte e o que fizermos ajuda. T1.24.*

Pelo que referiu, considera que as reuniões de equipa com momentos de partilha ajudam os enfermeiros iniciados nessa aprendizagem?

Exatamente. *Os momentos de partilha com os colegas ajudam muito. T1.25.* Depois, *a experiência e o apoio de colegas mais velhos, T1.26,* depois, *os role-playing que houve no IPO para treinar os profissionais. T1.27.* Eu não fui, mas as minhas colegas disseram que foi muito positivo. E depois, *a reflexão interior sobre o que eu fiz e o que poderia ter feito e ter arriscado. T1.28.* Olhe se calhar este doente até quer falar, eu não estou agora disponível. Mas tentar fazer um esforço. Até pode ser doloroso no início, mas depois até pode ser muito positivo para o doente e para família.

Tendo em conta o que disse, Como perspectiva a reflexão sobre a prática na enfermagem?

Sim é muito importante. Acho que *no meu serviço fazemos muito pouco reflexão, fazemos mais com 2 ou 3 pessoas porque não está instituído aquelas reuniões com a equipa, T1.29*, de modo a que hoje vamos falar sobre este ou aquele tema, porque não está instituído, infelizmente, mas acho que isso é muito importante, falarmos com os colegas mais próximos falamos sobre isso e ajuda.

A conceção espiritual ajuda a perspetivar a morte?

Sim, eu sou católica e isso influenciou-me. Mas os utentes mesmo que não tenham a perspetiva de que haja outra dimensão. É difícil se calhar para eles fazer este raciocínio Eu agora estou aqui, mas há outra vida, se calhar não pensam assim no imediato, mas ajuda-os a ver. Eu agora estou aqui, estou a sofrer. Mas Deus também sofreu. Há muitos utentes também que pensam assim e vejo que reagem à dor e ao final de vida de uma forma extraordinária, porque se calhar têm esse sentimento ou essa convicção religiosa que os ajuda.

Como vivencia os processos de morte e de morrer na sua prática clínica?

Nós refletimos mais em termos clínicos, bem este doente morreu, se calhar devia ter feito isto, ter feito aquilo e não falamos tanto a parte da vivência. Como é que vivenciamos com aquele utente e com aquela família, isso fazemos pouco, T1.30. Fazemos mais individualmente e partilhamos pouco, apesar de às vezes haver aquelas situações mais marcantes que falamos com os nossos colegas, acho que esses momentos deviam haver mais, porque se calhar, acho que não banalizamos e até apoiamos a família ... mas se calhar é mais um que morreu, porque *é mesmo assim, no serviço morrem uns atrás dos outros e os momentos de partilha fazem falta e também é importante para nos tornarmos sensíveis e também para continuarmos a dar o apoio à família no que ela precisa. T1.31.*

Na sua prática clínica como é feita a abordagem da morte?

É mais no modelo biomédico. Não temos uma intervenção sistematizada. Devia haver a continuidade de cuidados. *Nós fazemos uma intervenção de prestar cuidados emocional, falamos um pouco com a família, mas se calhar no turno seguinte não se faz nada. Não há um envolvimento real e contínuo da família para podermos ajudar, há uma resposta muito fragmentada. T1.32.*

Quando estão centrados na situação do cliente privilegiam mais que aspetos?

Bem nós até estamos despertos para o modelo holístico, mas depois na resposta fica muito aquém do que é necessário. T1.33. Não somos um bom exemplo.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Durante os ensinamentos clínicos, como aborda o tema da morte, aos estudantes de enfermagem?

Quando o doente está em fase terminal falamos da família, *tenta-se que os estudantes tenham alguma experiência com os familiares e também com o utente que está numa fase terminal. Agora não sei exatamente se isso é suficiente para o estudante. T1.34.*

Em que momento(s) ? De que forma o faz? Aproveita a ocorrência de situações da prática clínica para abordar este tema com os estudantes?

Sim, sempre que é oportuno.

Como trabalha em vários serviços e há sempre estudantes em algum deles. É preocupação da equipa dar oportunidade ao estudante de expressar os seus sentimentos, medos, ou dificuldades, em cuidar em fim de vida? Ou não é uma preocupação da equipa?

A orientação do estudante é muito em par com o tutor e não tanto um trabalho de equipa. T1.35. Por isso depende muito da disponibilidade do tutor naquele momento.

É muito relação tutor estudante?

No meu serviço (e não é um bom exemplo) não há a passagem de turno como momento de partilha, era nesses momentos que poderíamos falar, partilhar e não se faz.

Que aspetos ligados ao processo de finitude os estudantes preferem (ou costumam) abordar?

Os estudantes preferem abordar o conforto ao doente e o apoio à família, abordamos pouco a morte com a pessoa que está a morrer. T1.36. Acho que faz-se mais a abordagem com a família e pouco com o utente. A família verbaliza mais os medos e o

que está a sentir, que o doente. *E os estudantes têm dificuldade em falar sobre a morte com a família. T1.37.*

Tem no seus serviços estudantes de várias escolas a estagiar. Considera que as escolas promovem a aquisição de saberes e preparam os estudantes para cuidar em fim de vida, de modo a que adquiram algumas competências nesta área do cuidar?
Não sei responder com rigor a essa pergunta. Mas acho que não é a área privilegiada pelas escolas. Mas os estudantes também têm que aprender tanta coisa em tão pouco tempo....

Mas de um modo geral, os estudantes no estágio procuram adquirir competências neste domínio?

Isso sim nota-se bastante. *Alguns estudantes estão atentos à situação do doente. Estão atentos às queixas. Querem proporcionar o maior conforto. Procuram falar com o doente. Validar a opinião dele sobre os cuidados. T1.38.*

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências considera importantes desenvolver para aprender a cuidar em fim de vida?

Acho que *a comunicação é a principal competência. T1.39. E tentar estratégias para comunicar em fim de vida e não é fácil. (...) Há doentes que podem ter facilidade. Os estudantes e os enfermeiros também têm muita dificuldade, mas há que começar por aí. T1.40. Nos aspetos de conforto físico, controle da dor não há grande problema, geralmente os alunos estão despertos. T1.41. Acho que a maior dificuldade é mesmo a parte comunicacional e relacional com os familiares e também inculcar a comunicação dos familiares com o doente em fim de vida, T1.42. a maioria está a vivenciar tudo individualmente. Temos que ser nós enfermeiros a proporcionar esse encontro e entre a família e o doente, de modo a viverem juntos o melhor possível a situação de fim de vida. T1.43.*

Que valores a desenvolver nos estudantes, para que estejam mais capacitados para o cuidar em fim de vida?

É importante desenvolver a confiança e a disponibilidade nos estudantes. T1.44.

O estudante perceber que tem aqui uma família e um doente em fim de vida e que necessita de ajuda, se calhar não sei como ajudar, mas estar disponível e estar ali para ouvir a outra pessoa. T1.45. A sinceridade que às vezes é muito difícil. Dizemos exatamente o contrário do que sentimos e não acreditamos nada no que dizemos. É preciso dar confiança, transmitir essa confiança e estar presente. T1.46.

Considera a confiança e a sinceridade muito importante nesta etapa da vida. Alguns utentes queixam-se de estar enredados da cultura da mentira?

Exato. Os próprios utentes dizem isso, há uma cultura de mentira em volta da morte. (...) Mas eu própria digo _“vai melhorar”_ e não estou a acreditar nisto e eles percebem perfeitamente que eu estou a dizer isto da boca para fora. Eles percebem se estou a ser sincera e autêntica quando digo aquilo, ou não. Mas também há outros utentes que dizem, bem eu vou melhorar, hoje está um bocadinho melhor. Esta ferida está melhor, Eu digo: acho que não está, está maior, ou está pior. *Depende das situações, às vezes é necessário chamar os utentes à razão, porque há expectativas muito grandes ou exageradas, outras vezes é o contrário, há que ajustar em função do doente. T1.47.*

Está a referir-se à autenticidade na relação?

Se formos sinceros vemos o reverso da medalha, conseguimos de facto ajudar a outra pessoa porque ela também sentiu que estávamos a ser coerentes. T1.48.

Os estudantes por vezes vêm-se confrontados entre o valor da vida e valor do bem-estar?

Para mim o bem-estar físico, o psicológico e o conforto, há utentes que fazem muitas vezes, fazem tudo e que nós vemos que outros com mais possibilidades de melhorar e de cura e não fazem tanto. Há excesso de tratamentos que só trazem mais sofrimentos não só físico como psicológico. Criam expectativas de ter mais um mês de vida, mas sem qualidade. Então nos doentes de neurologia Às vezes há esse encarniçamento. Às vezes tentam-se todos os tratamentos, quando os doentes podiam estar em casa e estão ali a fazer tratamentos e acabam por morrer ali, quando podiam ir para casa e desfrutar da companhia da família.

Na minha experiência também há doentes que nós pensamos, mas é este doente é mesmo para morrer. Não vamos fazer nada? É muito difícil e quando nós estamos

envolvidos por vezes perdemos um pouco a noção e pensamos: _ temos que reagir, fazer alguma coisa a este doente, às vezes nem sabemos o quê. Ou está tudo muito bem descrito que não é para fazer nada, mas até os médicos têm esse dilema, e mais vale quando não se sabe, pecar por excesso.

Tendo em conta a sua experiência, quais as temáticas que devem ser abordadas para ajudar os estudantes a cuidar de pessoas a viver este fenómeno?

A vivência da morte em termos culturais é importante, T1.49. Depois abordarem o processo de luto para os estudantes terem uma noção das etapas e os aspetos relacionais em termos de comunicação. Isto para terem algum suporte que só depois será desenvolvido, mas já sabem um pouco. T1.50. Nestas situações. Se o doente me diz isto ... o que é que eu posso responder. Dar orientação técnica aos estudantes para os aspetos mais práticos da comunicação com o doente, para não lhes sair o trivial, ou seja, aquilo que é habitual e não faz sentido, como “vai melhorar”, “isso passa”, etc. T1.51.

Considera facilitador treinar a comunicação em aulas teóricas e teórico-práticas?

Sim, mas também (...) *é necessário os enfermeiros terem algumas noções e abordarem a transculturalidade, nos cursos. T1.52. Por exemplo os doentes Cabo Verdianos que muitas vezes vivenciam sozinhos, nem sempre têm cá a família. Temos também os dos países de leste. Há certos pormenores que nós não sabemos e é importante ter essas noções, para poder ajudar melhor. Vivenciam de uma maneira diferente e nós nem sabemos. Também algumas religiões têm rituais de fim de vida que lhes são próprios e nós não conhecemos, ou não valorizamos. T1.53.*

Quer acrescentar algo mais?

Não.

Lançou aqui muitas ideias que eu irei analisar e explorar na sua entrevista.

Agradeço-lhe muito e devolverei a entrevista para fazer alguma emenda, ou ajustar algo que disse e que possa não transcrever da melhor forma.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENFERMEIRA TUTORA (T 2)

Aspetos preliminares:

Informar a entrevistada sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações profissionais?

[Enfermeira do sexo feminino].

Tenho 39 anos, sou divorciada, tenho a nacionalidade portuguesa. Sou católica, não praticante. Sou Especialista de Saúde Comunitária.

Estabelecimento de ensino onde concluiu os cursos de enfermagem?

Fiz o curso de bacharelato em enfermagem na antiga ESE Bissaya Barreto, de Coimbra, e o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem na ESEFG. A especialidade de saúde comunitária na Universidade Atlântica.

a.2) Caracterização profissional

- Tempo no exercício em enfermagem?

-Tempo como tutor de ensinios clínicos?

- Instituição onde exerce a profissão, e serviço?

Sou enfermeira há 15 anos e trabalho nos cuidados continuados do ACES de Oeiras. Também sou docente na ERISA há 5 anos. Leciono na ERISA a enfermagem comunitária na vertente visita domiciliária e cuidados paliativos. Oriento estudantes em cuidados continuados na comunidade, de diversas escolas há cerca de 10 anos.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Tem experiência profissional anterior, ou atual, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

O meu primeiro contacto com a morte foi como profissional no serviço de urgência, onde trabalhei nos primeiros 5 anos. T2.1. Na urgência é o contacto diário com a morte da pessoa que a gente não conhece, (...) não havia vivência nem com o doente nem com a família era um contacto fácil. Os cuidados ao morto eram tidos num ambiente de brincadeira, éramos jovens nem ligávamos muito à situação, não nos tocava. T2.2. Nessa altura, quando trabalhava na urgência, não tinha mortes significativas, nem era uma boa, nem má a experiência, passava-me ao lado. T2.3.

C) Representação do fenómeno da morte.

Ao pensar na morte, seja na sua própria morte ou na de uma pessoa próxima, que representação tem da morte?

A representação de um fenómeno não muito traumático, nem algo dramático, T2.4, nem acho que nos devemos afastar do conceito da morte. Deve ser falada de uma forma aberta. Tenho uma visão muito leve, como outra etapa da vida, que tenta ser a menos penosa possível, para quem morre e para a família. T2.5. Se for uma morte digna, com qualidade até ao fim é um sucesso para todos os intervenientes. T2.6.

Que sentimentos o processo de morrer lhe provoca?

Todo o sentir tem a ver com a relação que nós temos com a pessoa que faleceu e com a família. T2.7. Há utentes que falecerem e isso passa completamente ao lado e há outros que não, há um envolvimento maior. Já tive doentes que faleceram onde eu prestava cuidados há 5 ou 6 anos, é uma relação diferente, há situações que doem mais umas que outras, T2.8, a morte é vista assim por mim, mas há situações de morte que doem e quando dói, dói e acabou. T2.9.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

No meu curso não havia a preocupação em nos preparar. Não havia a abordagem em fim de vida. Falava-se na morte, mas não havia esta preocupação do cuidar em fim de vida, dos cuidados paliativos. T2.10. As coisas que li foi um pouco porque era uma área que eu gostava, mas não tive essa formação na Escola. T2.11. Ainda não se via a morte e o morrer com dignidade como um bom indicador, como hoje.

No desempenho profissional, como foi cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

Sim, tive algumas dificuldades, mais quando saí do hospital do serviço de urgência. Já tinha 5 anos de trabalho quando cheguei aos CSP e fui para os cuidados continuados, deparei-me com uma dificuldade logo. Como comunicar com estas famílias. O que dizer? Quando as pessoas nos tentam abordar, com perguntas do tipo: _ Acha que demora muito tempo? Acha que vai falecer? T2.12.

Quando as pessoas estão na fase de negação. Tive necessidade de pegar nos livros e estudar, para entender melhor este fenómeno. T2.13.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Foi estudar e ir a congressos de cuidados paliativos, estava-se a começar a falar muito nesta área da comunicação. T2.14. Não tinha tanto a ver com os procedimentos. Também é importante os conhecimentos e canalizar toda a nossa intervenção para a dignidade, mas principalmente para a área da comunicação, o que dizer, como dizer, como conduzir a entrevista, tive que ir procurar nos livros onde se aprende, T2.15.

A comunicação é geralmente uma área deficitária?

Sim, as competências relacionais, sim são muito importantes. T2.16. É necessário saber como ajudar a família a comunicar entre si, vive-se muito os processos de conspiração do silêncio e nós técnicos temos de estar despertos para isso e ajudar a comunicar entre eles e a comunicar com o doente. T2.17. Era o que eu via, o doente sabia que ia morrer e ninguém queria comunicar com ele, ninguém falava. Toda a gente dizia: Vai ficar bem. Vai melhorar e o doente já tinha percebido há muito que ia morrer. Para nós que somos enfermeiros, somos profissionais e temos que ajudar a família neste

processo. Não são as grandes técnicas, não é nada disso, é ajudar, este cuidar em fim de vida é muito relacional. T2.18.

De acordo com a sua experiência, é diferente cuidar em fim de vida, no hospital ou nos Cuidados de Saúde Primários?

Em contexto domiciliário é completamente diferente do cuidar no hospital, nos estamos em casa da família, junto do passado, há as fotografias as memórias de tudo, estamos com a família, com os vizinhos com os amigos, com as pessoas significativas. Nós no hospital temos um doente na cama e uma família mais ou menos ansiosa, ou não. T2.19. Mas não tem nada a ver com este envolvimento é um peso completamente diferente.

Estamos preparados para cuidar do doente, e da família enlutada também?

Aqui nos CSP às vezes é mais necessário cuidar da família que o doente, muitas vezes o doente já está numa situação semicomatosa de caquexia, aqui é mais o cuidar da família do que propriamente do doente. T2.20.

A família é muito importante, é ela que cuida, nós vamos lá, várias vezes por semana, mas fechamos a porta e vimos embora a família é que tem ter capacidades e habilidades para cuidar e precisa de ser cuidada. T2.21. Precisamos de lhe dar estratégias, de fazer o reforço positivo, porque a família faz um esforço enorme, para ter estes doentes. São pessoas muito vitoriosas, tem que se reconhecer muito este trabalho. Eles são mesmo uns super heróis, numa área que desconhecem, cuidar destes doentes, com tudo o que acontece e com pouco suporte, T2.22, (...) porque acabam por ter pouco suporte, mesmo nosso.

A sua conceção espiritual influencia a perspetivar o fenómeno da morte?

Não. Não vejo nada da morte com religião, nem com romantismo, nem com compaixão, T2.23, (...) que é um termo que eu não gosto na enfermagem. Mas para mim isso não interfere.

Não consigo transmitir nada desse ideal às famílias, embora respeitando a crença de cada um. Pergunto se está à espera de alguém. Uma vez tive uma família que estava à espera do líder religioso deles. Eu tive uma formação muito católica, mas não interfere. As famílias estão muito magoadas e não se reveem sequer nisso. Outro dia tentei

abordar uma pessoa da minha família e ela respondeu-me isso é muito bonito, mas o certo é que ele não está cá. Só fiz essa abordagem porque era num contexto familiar, mas no profissional nunca abordo.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Como vivencia os processos de morte e de morrer na sua prática?

Como eu também dou aulas aos alunos do 4º ano do CLE numa Faculdade, *tenho essa experiência de ensinar sobre a morte. Começo por perspetivar onde é que eles gostariam de morrer. De alguma forma até do os inquietar e a partir daí falar da morte como uma etapa da vida.* T2.24.

É muito bonito falarmos do nascimento, mas se calhar também é bonito falar da morte. É isto que tento transmitir aos estudantes. A morte é um processo e o que é preciso é que nós enfermeiros ajudemos a morrer com qualidade o doente e à família. T2.25. E transmitir-lhe que esta postura em termos profissionais também pode ser um sucesso.

Depois, ajudar os estudantes a comunicar com o doente e com família neste processo de fim de vida. T2.26.

Transmito aos estudantes o que é morrer com dignidade? Envolve toda esta questão do controlo dos sintomas, da escolha do local, se a pessoa quer morrer em casa ou no hospital. O suporte a dar ao doente e família caso venha a falecer em casa. Clarificar em que podemos ajudar. T2.27. Todas estas questões, mas de uma forma normal, como outro tema qualquer.

Aborda o tema da morte especialmente nos ensinamentos clínicos?

É um tema que incomoda os estudantes, e incomoda porque eles não se sentem muito preparados, vários no seu projeto de estágio abordam depois a questão da morte, e como abordar a morte e de como lidar com a morte. T2.28. Não sei se é porque estão comigo, em ensino tutorial, que lhes é mais fácil abordar este tema da morte, porque (...) *eu falo do assunto de uma forma tranquila, e posso-os ajudar em termos de recursos bibliográficos, mas o que é certo é que vários estudantes no seu percurso formativo quiseram desenvolver estratégias para lidar com a morte, não só aqui no Centro de Saúde em cuidados continuados, mas noutros locais.* T2.29. porque eu também acompanho estágios hospitalares.

Como se sentem os estudantes quando aborda com eles esta temática?

Eles sentem necessidade ou de aprofundar o tema, se calhar porque já encaram bem, ou por dificuldade que eles têm com o contacto com o fim de vida. T2.30. Noto isso muito não só nos estudantes a que dou aulas, mas também nos estudantes de outras escolas, como os da ESEL.

Essa dificuldade é transversal a quase todos os alunos das diferentes escolas?

No meu contexto de trabalho a morte é um acontecimento semanal, (...) *temos que contar que todas as semanas morrem pessoas nos cuidados continuados e é sempre uma dificuldade para os alunos. Eu tento sempre mostrar esta perspetiva de que a morte é um sucesso.* (...) O Senhor X morreu, mais um sucesso da equipa. Eles acham estranho, ficam a olhar para mim. (...) *Então não é um sucesso ter morrido em casa como queria, morreu sem dor como queria, morreu com a família como queria. É um sucesso!* T2.31. Eles ficam muito sérios a olhar para mim, mas com a continuidade do estágio acabam por me dar razão. Não é só o nascimento que é um sucesso, a morte também o é, se é vivida com qualidade. Há uma parte que dói, mas doer também nos ajuda a crescer. Não sendo tão bonita, a morte poder ser vista também de uma forma positiva.

Eu vejo muito desta forma enquanto profissional. Outra coisa é o contexto família de amigos, outra é a parte profissional. Mesmo assim não nos conseguimos descolar.

Referiu que dá muito suporte a nível bibliográfico, mas a nível emocional já teve necessidade de também apoiar os estudantes?

Claro. *Estas experiências com o morrer têm que ser digeridas em equipa, também faço isso com os meus colegas. Ajudamo-nos na partilha dos casos.* T2.32. Há tempos uma colega estava “muito em baixo” com um doente que faleceu, com aquela família também não conseguimos ter a otimização que nos queríamos, porque a família não aceitava o doente em casa e o hospital pressionava para dar a alta, e aquilo doeu, o que é normal *em equipa partilhamos sempre estes sentimentos, fazemos a catarse destas emoções todas, e depois vai para casa o que tiver que ir.* (...) Vai sempre qualquer coisa. Não fechamos a porta, vão alguns sentimentos. (...) *Mas já vão digeridos, amadurecidos, já vai a parte boa, que nos gera crescimento, isto é uma área em que a*

gente cresce muito, a nível pessoal a nível profissional, ficamos um bocadinho diferentes, e isso é bom. T2.33.

Como estratégias de aprendizagem quer para os estudantes, quer para os seus pares, como perspectiva as reuniões de partilha?

As reuniões de partilha de experiências devem ser em qualquer momento. T2.34.

A equipa tem apoio da psicóloga?

Sim, quando fazemos as reuniões isto já foi abordado em certas situações. A psicóloga se nós solicitarmos dá apoio individual, se o problema for posto em equipa ela também apoia, dá a visão dela. É sempre muito interessante ver como é que ela aborda a situação e como nos ajuda.

É um recurso importante na equipa?

Sim. Até porque a psicóloga tem poucas horas para fazer as visitas domiciliárias, por isso o trabalho dela é mais de trabalhar connosco as nossas emoções os casos dos doentes, ajudar-nos a digerir, para depois intervirmos.

Com os alunos, em ensino clínico que metodologia considera adequadas para ajudar os estudantes?

Eu gosto muito da metodologia do projeto. Mas depende também daquilo que cada escola preconiza. Serve para ir ao encontro das dificuldades que os alunos têm, principalmente alunos do 4º ano, T2.35, (...) que são os que nós recebemos mais aqui na equipa.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

O tema da morte como deve ser, na sua opinião, elaborado e abordado no CLE?

Deve-se falar na morte logo desde o início do curso, porque no primeiro estágio podem deparar-se com a morte. No primeiro estágio estão com grande labilidade emocional. T2.36. Se deparam com a morte sem lhe ser falado sobre algumas coisas, se calhar vai ser muito mais penoso para eles. É sempre melhor começar a falar cedo na morte. T2.37 Esta vivência de vir estagiar para uma equipa de cuidados continuados neste contexto, só recomendo no 4º ano.

A sua perspectiva é que a morte deve ser abordada longitudinalmente ao longo do curso, mas as práticas clínicas programadas em contextos onde se cuida de pessoas em fim de vida só no 4º ano?

Sim, só no 4º ano, para eles terem a capacidade de digerirem as coisas de outra forma. Para perceberem as dificuldades, para perceberem tudo o que lhes é dito, já é uma fase de mobilização de conhecimentos. Estão muito mais maduros, nota-se uma grande diferença.

Como estruturar as aprendizagens de lidar com a morte de modo a facilitar o estudante a adquirir competências para o cuidar em fim de vida?

A abordagem pode ser pelo ciclo de vida. Eles no 2º ano têm a geriatria e na geriatria já abordam a morte, como uma etapa normal do ciclo de vida. T2.38.

Na sua opinião, como pode ser estruturado o plano do curso de enfermagem de modo a facilitar a aprendizagem dos estudantes?

No 1º ano os fundamentos de enfermagem, no 2º ano o adulto e o idoso, no 3º ano a saúde infantil e materna e no 4º ano no 1º semestre a enfermagem comunitária. No último semestre mais a área de investigação.

Eu colocava o tema da morte ao longo do ciclo de vida. Nós temos a morte na criança, temos a morte no adulto, no idoso. Por isso no 1º ano uma perspectiva da morte, as teorias sobre a morte. As etapas do processo de morrer, da Kubler-Ross. T2.39. Depois, a perspectiva de como lidar com a criança em fim de vida, como lidar com o adulto em fim de vida, como lidar com o idoso em fim de vida. São diferentes etapas com objetivos diferentes. Um adulto tem objetivos de vida que não tem um idoso. Devemos ajudar a reestruturar objetivos de vida em cada fase. Por isso eu acho que o tema deve ter uma abordagem transversal, T2.40, (...) mas falando sempre porque vai havendo um crescimento.

E a abordagem da família, também deve ser longitudinal, ou mais no 4º ano?

Então a questão do cuidar da família é transversal. A família anda colada ao doente. Para mim é doente / família. T2.41. Nós como técnicos a nossa função é prevenir lutos patológicos, por isso tem que fazer parte do cuidar da equipa.

Que aspetos ligados ao processo de finitude os estudantes preferem (ou costumam) abordar nos seus projetos de aprendizagem?

São muito mais importantes os aspetos da área relacional, não tem tanto a ver com os aspetos técnicos. *As técnicas até são uma coisa que eles gostam. Estamos a falar na via de administração oral, subcutânea, as técnicas pouco invasivas. É sempre uma área que os desperta pelo facto de ser diferente. (...) Nós utilizamos muito a via subcutânea e isso faz-lhe muita confusão. Então não se põe um soro intravenoso? Não! Não se administram vários antibióticos endovenosos? Não! Não se entuba um doente para gavagem? Não! (...) Tudo é muito avaliado em termos de benefício para o doente.* T2.42.

Mas o que eles têm mais dificuldade é em comunicar. O que vão dizer? Que postura é que vão tomar? Isto é muito cultural, porque afastamos os jovens da morte e defendemos as crianças da morte. e não falamos da morte e não deixamos que eles chorem porque morreu alguém significativo. T2.43. Isto revela a forma como a sociedade neste momento encara a morte. *Temos os estudantes de 20 e poucos anos como reflexo de tudo o que a sociedade lhe está a incutir, neste momento em relação à morte. Não se fala, esconde-se, não vão a funerais. Coitadinhos entram no curso de enfermagem e toma lá a morte. Eles nunca viram, nunca presenciaram, isto é muito doloroso.* T2.44.

Há 40 ou 50 anos as pessoas falavam da morte de uma forma muito normal e agora não. *A morte é vista como um insucesso é a parte má da medicina.* T2.45. E os estudantes são o reflexo deste padrão cultural.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências ou micro competências considera necessárias para aprender a cuidar em fim de vida?

Para mim as competências relacionais são o mais importante, porque nestes casos a tecnologia é fácil. T2.46. *E o valorizar muito o controlo de sintomas, valorizar muito a dor do doente. É uma parte muito importante que ainda não se chegou ao nível que se pretende. Pensei que nesta fase os alunos já valorizassem mais a dor.* T2.47.

Quando eu peço o estudo de caso de um doente qualquer, não tem que ser um doente em fim de vida, nunca mencionam a dor.

Nem como diagnóstico de enfermagem?

Nem como avaliação de sinal vital. *Isto preocupa-me porque nunca mobilizam estratégias não farmacológicas para alívio ou controlo da dor. Como única estratégia é o doente tem que estar medicado e ponto final.* T2.48.

Temos que articular com outros profissionais, utilizar terapias não farmacológicas, nada disso é referido, (...) *a dor continua a ser subvalorizada pelos nossos alunos.* T2.49.

Como ensinam o estudante a gerir a dor do cliente?

Mas a dor passa por uma resolução em equipa, está subvalorizada pelos estudantes há aqui muito trabalho a fazer. Se os profissionais já estão viciados e não tem esse olhar, agora eles é que não. Vocês têm que ajudar a modificar as mentalidades dos colegas mais antigos. É muito importante avaliar a temperatura a tensão arterial e, agora a dor

O que era suposto ter aprendido no 4º ano nesta área do cuidar?

Acho que não sabem mesmo. *Os alunos do 4º ano ainda não sabem avaliar, nem controlar os sintomas do doente.* T2.50.

Sintetizando o que disse. Considera importante que os estudantes desenvolvam as competências relacionais, comunicacionais, saibam avaliar as necessidades da pessoa e desenvolvam estratégias de alívio da dor?

Sim, isso seria o mínimo.

Que valores se devem promover para o exercício da enfermagem?

O principal valor a desenvolver é o respeito. Respeitarmos o sentimento do outro. Não fazermos juízo de valor. Se a pessoa sente aquilo, é porque o passado origina aquele sentir. T2.51. *Nós em contexto domiciliar, somos muitas vezes agredidos de alguma forma. (...) Por azar somos a pessoa que entra em casa do doente. Somos as pessoas que o doente e a família vê. (...) Somos os que aparecemos, portanto somos aqueles que levamos com a raiva, com as mágoas, com a angústia. Temos que perceber e saber que aquilo não é contra nós.* T2.52. Não me conhecem de lado nenhum, portanto não podem ter nada contra mim. É preciso perceber porque é que a pessoa sente aquilo. É aí que nós devemos parar e nunca sentir a agressão como algo de pessoal. Tentar dar a

volta. Fazer a conquista. E ajudar de modo que a pessoa passado algum tempo entenda que não devia ter tido aquele procedimento. Mas respeitarmos que a pessoa tem aquele dor, e intervirmos de forma ajustada. Nós temos um corpo de conhecimentos, que nos permite depois ir desmontando a situação.

Mas isto para os alunos é muito difícil, julgo eu?

É, porque eles sentem que as coisas são para cima deles. Daí o importante de ter um profissional ao lado, que os faça ver estas coisas. Como nós às vezes dizemos-lhes uma coisa e eles acham que foi contra eles, e não!

A SR^a enfermeira fez o seu curso há 15 anos. Considera que há diferenças na formação dos enfermeiros para o cuidar?

Há muito mais a noção da necessidade de cuidar para a morte. Os cuidados paliativos também vieram favorecer que se falasse mais, e de uma forma diferente nestes problemas. Acho que agora (...) *fala-se muito mais dos cuidados em geriatria, em fim de vida. Do cuidar para o envelhecer saudável. Já toda agente percebeu que temos a população envelhecida. Eu noto que há mais empenho das escolas em falar sobre o envelhecimento do que antigamente.* T2.53.

Os planos de estudos das escolas estão a dar resposta às solicitações formativas para as necessidades emergentes do mercado de trabalho?

Estão por dois motivos. Ou porque é um tema que gostam, ou porque é um grande futuro de trabalho em termos de enfermagem. Com a população a envelhecer o maior número de utentes serão os do foro geriátrico.

De uma forma ou de outra somos obrigados e empurrados a falar sobre este assunto e de que aumentem os seus conhecimentos nestas áreas.

E os estudantes também estão mais motivados para desenvolver os seus projectos nestas áreas de fim de vida?

Os estudantes ainda estão muito virados para a parte tecnológica. Para as UCI para as urgências. (...) Estão muito virados para essa área. Mas essa viragem ainda vai demorar um bocadinho mais de tempo. Ainda (...) temos pouco tempo desta abordagem sobre o cuidar paliativo para vermos resultados. Também tem a ver com a forma como se

transmita isto pelos professores, pela forma como as coisas são apresentadas para os cativar. T2.54. E entre nós profissionais notamos que o enfermeiro do cuidado intensivo é diferente do enfermeiro da visita domiciliária.

É natural que o estudante ainda queira ir para aquele lado onde se revê mais competências. Mas isto vai ter um ponto de viragem. Já não há aquela crença que os enfermeiros das tecnologias é que são o topo de gama. Já se começa a perceber que podemos ser bons em áreas diferentes. T2.55. O facto de dominar o ventilador e aqueles temas todos ‘XPTO’, não é por isso que somos mais competentes. Mas tudo vai levando o seu tempo. Até aqui a morte era uma parte do cuidar ignorada, não de sucesso, era um insucesso quando morria alguém. A partir da altura em que começou esta viragem. Isto leva os seus anos, estamos muito melhor, mas...

Vai haver cada vez mais pós graduações em geriatria, isto também revela uma resposta às necessidades da sociedade. *As Escolas estão se a organizar em função das necessidades da sociedade e dos enfermeiros. Se estão a virar-se para esta área de estudo, tem cabimento e tem interesse por parte dos profissionais. É uma área onde os enfermeiros podem ter autonomia.* T2.56. É uma área de muita autonomia. Na estimulação cognitiva, temos as demências. Temos uma área de trabalho muito interessante. Das poucas áreas onde podemos ser empreendedores é na geriatria, não é! Com a abertura de um lar de uma unidade de recuperação, são áreas de investimento dos enfermeiros.

A Sr^a enfermeira quer dizer mais alguma coisa sobre esta temática?

Penso que não.

Então agradeço-lhe muito e devolverei a entrevista para fazer alguma emenda, ou ajustar algo que disse e que possa não transcrever da melhor forma.

Pode ser.

Agradeço e desejo-lhe muito sucesso a si e à sua equipa.

**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
ENFERMEIRA TUTORA (T 3)**

A) Caracterização do participante

**a.1) Caracterização da entrevistada: Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?
Nacionalidade?**

[Enfermeira do sexo feminino].

Sou de nacionalidade portuguesa. Tenho 30 anos, sou casada, tenho um filho.

**Habilitações académicas e profissionais? E estabelecimentos de ensino onde
concluiu os cursos de enfermagem?**

Terminei o Curso Bacharelato em Enfermagem na ESE Artur Ravara, há 10 anos
Tenho 2 pós-graduações, uma em bioética, outra o outra em psicologia da saúde.
Terminei o mestrado de saúde comunitária na ESEL. Iniciei, mas não terminei o
doutoramento em bioética.

a.2) Caracterização como profissional

-Tempo de serviço como enfermeira.

- Tempo como tutor de ensinios clínicos.

- Instituição onde exerce a profissão, e serviço?

Tenho 9 anos de profissão, oriento estudantes desde há 6 anos. Trabalho no serviço de
neurocirurgia do Hospital de S. José.

B) Experiência profissional anterior, ou atual, no cuidar em fim de vida?

**Tem experiência profissional anterior, ou atual, no cuidar de pessoas e famílias a
viver processos de fim de vida?**

*A minha primeira experiência com a morte foi familiar, foi doloroso, com a morte dos
meus avós, era adolescente. T3.1. Mas a minha família sempre encarou a morte de
forma normal, sempre fomos aos funerais dos familiares.*

E na vida profissional, quando contactou com a morte, como foi a experiência?

Não achei difícil encarar a morte no estágio. (...) Não era uma doente que me estava distribuída, para eu cuidar, mas era uma doente daquele serviço. (...) Via-mos a degradação da pessoa e acabamos por encarar a sua morte de forma natural. T3.2.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Vejo como algo normal e corrente. Faz parte do ciclo de vida. T3.3.

Que emoções ou sentimentos lhe traz a morte?

É normal associar algum tipo de saudade, de tristeza. T3.4. Quer dizer que as pessoas que partiram deixaram alguma representação que foi boa. Porque só sentimos falta daquilo que gostamos.

D) Preparação para lidar com a morte.

Há 9 anos que é enfermeira. Como é que aprendeu a cuidar destas pessoas?

Aquilo em que eu tenho mais dificuldade é na transmissão de más notícias. Não tive essa formação no curso e é uma coisa que vamos fazendo por tentativa e erro, não me parece que seja o mais adequado. T3.5. Mas é o que há. Não é só a comunicação de más notícias, mas as competências da área relacional que não estão desenvolvidas. *Quanto mais comunicamos, apesar das características e da personalidade de cada um, há padrões que são específicos. Vamos começando a trabalhar a desenvolver competências e a arranjar estratégias de comunicação.* T3.6.

Habitualmente no meu serviço as pessoas em fim de vida já estão connosco há algum tempo. Conseguimos conhecer a família, quem é o familiar mais próximo, como é que a família funciona, e vamos trabalhando muito estes aspetos. No meu serviço há alguma preocupação com as famílias dos doentes em fim de vida, isto é, não há hora de visita. A família, vem quando quer, ou quando pode.

Como fez a sua aprendizagem para prestar cuidados a estes doentes?

Colmatei as minhas dificuldades com os pares, tive uma chefe que era especialista em saúde mental e sempre trabalhou muito com a equipa a comunicação e os processos de fim de vida. T3.7.

Na minha formação, na pós-graduação em ética, trabalhei mais o fim de vida. T3.8.

Resumindo, que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Para mim o que mais contribuiu foram as aprendizagens com os pares e a formação em cursos de pós-graduação. T3.9. Não fui muito a formação avulso porque o aprender a lidar com a morte é mais um tema para aprender em sala de aula, ou em pequenos grupos, do que muita gente num grande auditório.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

É orientadora de ensinamentos clínicos há 6 anos. Na supervisão clínica, como ajuda os estudantes a aprender a cuidar em fim de vida?

Eu acho que a experiência da morte é muito incómoda para os estudantes. Muitas vezes o primeiro contacto com a morte nestes estudantes é quando vêm para o curso e nos ensinamentos clínicos e não sabem o que hão-de fazer. T3.10.

Os estudantes não têm tanta dificuldade quando é por exemplo uma paragem cardio respiratória. Aí sabem como intervir, se consegue, ou não, bom resultado, isso é outra questão. A dificuldade maior dos estudantes é intervir num cuidado paliativo. Aí é que lhes custa. Não formatados para o cuidar curativo e não para o cuidar paliativo. T3.11.

Os estudantes compreendem conceptualmente a filosofia dos cuidados paliativos, depois lidar na prática é que lhes custa um pouco mais. Vão muito pelo modelo biomédico, ver que a nossa intervenção teve eficácia curativa. Nos cuidados paliativos a eficácia existe, mas não é visível, nem é direccionada para o curar. T3.12.

Que estratégias de ensino aprendizagem usa com os seus estudantes?

Gosto muito do registo dos incidentes críticos. Ajuda-me a mim e ao estudante a perceber o que aconteceu. Quando escrevemos lembramos de coisas que antes não tínhamos refletido, e depois todo aquele processo de análise que ele permite ajuda, pelo menos, a pensar, por isso acho que é um bom instrumento. T3.13.

O diário de aprendizagem, (...) estou agora a utilizar pela primeira vez na orientação dos alunos desta Escola, (...) acho que é mais descritivo e menos reflexivo que a metodologia que utilizava o ciclo de GIBS. T3.14.

Como orienta os seus estudantes?

Com o estudante que me está distribuído eu trabalho sempre individualmente. Reunimos os dois, eu e ele e falamos sobre o que sentiu, ou não sentiu, tipo de dificuldades. É uma situação que para ele não é normal, como foi? O que lhe pareceu? o que achou? T3.15.

Quando o estudante escreve e analisamos um documento escrito é mais fácil, porque ele já trabalhou sobre o assunto. Mas eu acho que isto tem de ser trabalhado com o professor da escola também. T3.16.

Acho que este processo de análise dos diários deve ser feito em dois momentos, ou pelo menos faseado. Primeiro o estudante e o tutor, numa relação de parceiro, depois acho que o professor tem de participar. Ele tem um aporte de conhecimentos que é diferente do meu. Pode ter uma visão diferente das coisas e é um elemento externo, com outro olhar e uma perspetiva de observador. T3.17. As reuniões dos tutores com o aluno devem ser individuais para trabalhar as dificuldades daquele aluno, porque cada um tem as suas dificuldades. T3.18.

Considero adequado as reuniões com um grupo pequeno, não a turma toda, para análise e discussão da situação, para todos partilharem e refletirem. T3.19.

F) Que aspetos considera importantes os estudantes desenvolverem em ensino clínico para os capacitar a cuidar utentes e famílias em fim de vida?

Devem em primeiro lugar ter competências de auto conhecimento. O que é que eu penso sobre a morte e o processo de morrer. Tentar conjugar essa representação com o cuidar. T3.20.

Em segundo lugar desenvolver competências relacionais com a família, mas eu compreendo que lhes seja difícil. (...) Se é difícil para mim, para eles também. (...) Exige uma grande maturidade conseguir gerir a situação. Capacidade de escuta, de não transferir. Num aluno do 4º ano não sei se ele consegue fazer este processo por falta de maturidade. T3.21.

Quando eu fui estudante uma metodologia que funcionou muito bem comigo foi o roll play. Em que um professor se coloca no papel de um familiar, porque o professor tem mais capacidade de dar a volta. Deve ser uma pessoa mais experiente a assumir o papel de um familiar. T3.22.

Resultou bem porque é importante sentir na pele, e nas aulas, as dificuldades que vai ter. Para mim a metodologia do role-play é a que me faz mais sentido. E na formação em serviço estamos a utilizar muito este método. T3.23.

Comecei por dizer que o mais importante é trabalhar-nos a nós, daí a importância do conhecimento intra pessoal. Primeiro a relação comigo e o que é que eu faço nesta situação. Depois quem é o outro que está a morrer e como é que eu me relaciono com ele. T3.24.

Este que está a morrer tem uma família, não está sozinho, como é que eu me relaciono com esta unidade a família/amigos. Como vamos fazer isto? T3.25.

Como perspetiva esta aprendizagem no estudante?

Normalmente os estudantes tendem logo a centrar-se na relação com o outro e não param nem que seja para refletir na relação comigo. Como é que eu me sinto e me posiciono. T3.26.

Que comentário sobre a preparação dos estudantes para cuidar de pessoas no fim de vida?

A construção da morte não deve ser só no 4º ano, deve vir desde o primeiro ano. Começar por trabalhar o tema em fundamentos. T3.27.

No segundo ano o enfermeiro perante a morte do outro seja ele adulto ou idoso e no 3º ano a morte do outro, a criança. T3.28.

Mas acho que devia ser uma aprendizagem progressiva, desde o início. Desde a família. Eu acho que as famílias não deviam esconder a morte das crianças. Esta questão da morte devia começar a ser trabalhada no seio familiar. T3.29.

Alguns estudantes raramente contactaram com a morte antes do curso. Tem esta perceção?

O que eu sei é que (...) há estudantes que a 1ª vez que entram num hospital é quando vêm fazer um estágio, isso é verdade. E a 1ª vez que contactam com alguém doente também é no estágio. Isto é curioso. T3.30.

Os estudantes chegam muito «crus» em termos de tudo, de competências técnicas, mas isso nós percebemos que vão desenvolvendo progressivamente. T3.31. Mas também estão muito «crus» em termos de orientação, da colheita de dados para o histórico de

enfermagem. Mesmo nos saberes do domínio cognitivo, parece que não sabem organizar o pensamento. T3.32. Por exemplo a avaliação de um doente é céfalo caudal, e um aluno do 2º ano observa tudo de forma desorganizada, quando esta orientação ajuda. É uma coisa tão linear, mas que lhes custa a processar. Agora imagine como é com estes estudantes a organização dos cuidados de enfermagem. Nem aproveitam algumas rotinas do serviço que podem ser facilitadoras, como dar primeiro o pequeno-almoço ao doente, que já o tem à frente.

Nas competências relacionais, eles são um bocadinho imaturos, pelo que devem começar logo no 1º ano a treinar e ir trabalhando nas diferentes U.C. de enfermagem. T3.33.

Eu noto muita diferença dos estudantes do curso antigo para o de agora. Talvez porque a Escola tem muitos alunos, e eles são cada vez mais imaturos. T3.34.

Mas também nos serviços há enfermeiros com 30 anos ou mais de carreira que ainda lidam mal com a morte. Os doentes morrem sempre no turno seguinte. Não conseguem digerir o facto do doente lhes morrer. Mas o doente não nos morre. O doente morre “ponto”.

Alguns enfermeiros mais novos, mas também um grupo geracional mais velhos estão formatados no modelo biomédico e fazem tudo para salvar o doente.

Refere-se a práticas de encarniçamento terapêutico na equipa?

Mas, se eu “encarniço terapêuticamente” no final de vida, é porque eu não consigo aceitar a morte, como um processo natural. É a nossa relação com a morte que não está bem. É um problema conosco que se reflete nas atitudes com o doente. T3.35.

Gostaria de referir mais alguma coisa que eu não tenha solicitado?

Creio que não.

Agradeço muito a sua disponibilidade para esta entrevista

Quer que lhe devolva a entrevista para validar o que disse e ver se eu transcrevo de modo correto o que disse? Terá que me dar o seu email.

Já agora gostava de ter acesso ao documento.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA PROFISSIONAL ENFERMEIRA TUTORA (T 4)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato. Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização do participante:

a.1) Caracterização do entrevistado: Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Enfermeira do sexo feminino].

Sou portuguesa, nasci em 1958, tenho 53 anos, sou divorciada, sexo feminino, católica.

Habilitações académicas e profissionais? E estabelecimento de ensino onde as concluiu?

Completei o curso geral de enfermagem há 28 anos na escola de enfermagem de Coimbra. Tenho a especialidade de saúde mental e o mestrado em terapia familiar.

a.2) Caracterização como enfermeira

Tempo de serviço como enfermeiro. Tempo como tutor de ensinios clínicos e Instituição onde exerce a profissão, e serviço?

Sou enfermeira há 27 anos. Sou orientadora dos estudantes há mais de 20 anos e colaboro com as escolas de enfermagem há mais de 10 anos. Trabalho num serviço de Medicina de um Hospital de Lisboa.

B) Experiência profissional anterior, ou atual, no cuidar em fim de vida?

Teve experiência anterior ao curso de enfermagem, ou posteriormente, no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

Tive experiências de contactar com a morte de familiares antes de ir fazer o curso de enfermagem. T4.1. Mas, cuidar de pessoas em fim de vida foi só no estágio do curso, e

aí tive uma experiência que me marcou, de me morrer uma pessoa que eu estava a cuidar. T4.2. Foi difícil naquela época viver aquela situação. T4.58.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte, seja a própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Eu enquadro a morte como fazendo parte do ciclo de vida é a última etapa do ciclo e faz parte da natureza humana morrer. Considero a morte como um processo normal associado à vida. T4.3.

E que sentimentos associa à morte?

Depende da ligação afetiva que se tem. E depende da envolvimento do contexto. Ou seja se a situação comporta sofrimento, para mim tenho mais dificuldade em aceitar o sofrimento da pessoa do que a sua morte. T4.4.

D) Preparação para lidar com a morte.

No desempenho profissional teve dificuldade em cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

Cuidar da pessoa e da família num processo de fim de vida é uma situação muito particular quer a nível pessoal, quer a nível do cuidar. Porque lidamos com uma carga emocional demasiada elevada por parte dos outros, para o qual nós temos que estar preparados. T4.5. É das situações que exige mais cuidado por parte dos profissionais. Confrontamo-nos com os sentimentos dos outros, com as suas representações, e não só com a situação em si em termos médicos. Temos sempre o confronto com a vivência da outra pessoa, com o modo como ela está a dar sentido ao sofrimento. Como ela entende a morte. Como ela está, ou vai desencadear o processo de luto. T4.6.

Daí os cuidados em fim de vida serem uma área de enfermagem que não é fácil, requer muita atenção e tem que ser cuidada com as particularidades que lhe são inerentes. T4.7.

Que factores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Os fatores que nos ajudam a arranjar estratégias para cuidar em fim de vida, primeiro tem a ver com a experiência. Com as nossas vivências. Com a perspectiva que nós temos da morte. T4.8. Há aspetos chaves que fazem parte da nossa aprendizagem. Que é importante nós determos. Como a comunicação que se utiliza, as palavras-chave que se devem, ou não devem dizer. Algumas frases chocam o utente, como por ex: “Isso passa”; “isso não é nada”; “deixe lá”, “daqui a algum tempo vai arranjar outro marido”. T4.9. Há frases que são demasiado fáceis de ser ditas, são habituais na boca dos profissionais e são chocantes para as pessoas a quem as dirigimos. T4.10.

O facto de fazermos algumas aprendizagens nesta área, também nos dá estratégias para lidar com estas situações e ajudar os outros a enfrentar uma situação deste género. *Resumindo para além das experiências que se tenha em termos de vida, das representações que temos da morte, da forma como a aceitamos, a aprendizagem do cuidar é extremamente importante. Todas estas vertentes são importantes. T4.11.*

Na sua formação o curso de enfermagem deu-lhe suporte para cuidar de pessoas em fim de vida?

Já lá vão alguns anos. Em termos de formação de base, acho que no curso não tive muitos conteúdos que me dessem suporte. Até porque naquela época era muito o desenrascar, o improvisar, o ter que enfrentar as situações. T4.12. Também relativamente à idade com que iniciei o Curso de enfermagem, e à fase de maturidade, em que estava, as coisas não tinham o valor que têm hoje. Em termos de formação básica, eu não tenho grandes referencias. T4.13.

As referências em que eu me consigo situar são mais em termos da formação pós básica, da especialidade em saúde mental e depois o mestrado e também a minha experiência como docente numa escola para arranjar suporte para documentar as minhas aulas fez-me desenvolver essa área da pesquisa. T4.14.

Relativamente à nossa postura profissional, o que temos que dizer, ou não dizer, desenvolvi mais nos últimos anos e depois de fazer a especialidade. A partir dessa formação pós básica comecei a olhar as coisas de outra forma. T4.15. Conhecer os processos de luto, conhecer a morte ao longo do ciclo vital. É importante conhecer a representação da morte ao longo do ciclo vital. Quer para os que morrem, quer para os enlutados. T4.16. É importante saber comunicar, ter alguns conhecimentos em termos da comunicação. T4.17.

A sua formação espiritual também lhe deu suporte para cuidar em fim de vida?

O suporte espiritual é importante, mas a ausência de suporte espiritual também pode ser importante. Depende da forma como cada um lida com a situação. A ausência de suporte espiritual e encarar a morte como um terminar absoluto também pode ser gratificante para as pessoas. T4.18. A forma como cada pessoa gere a situação de fim de vida é que dita mais alto.

Para mim o meu suporte espiritual de certa forma é uma maneira de me aliviar o sofrimento que a perda pode trazer. É securizante pensar que pode haver outra forma de vida depois da morte. É uma perspectiva que pode ajudar. T4.19.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Na supervisão clínica, como ajuda os estudantes a aprender a cuidar em fim de vida?

É complexo abordar a morte, tendo em conta que os estudantes estão numa fase de desenvolvimento, no final da adolescência e que têm uma forma típica de encarar a morte. T4.20. Primeiro tem que se atender à maturidade do estudante para perceber como ele encara a morte. Em termos de ciclo vital a morte é encarada de formas diferentes. Quer para quem morre quer para quem passa pelo processo de morrer e de luto (...) e em que fase é que o passa, quer para quem ajuda a entender o fenómeno.

Os conteúdos têm que passar obrigatoriamente por esta abordagem. A morte de uma criança é diferente da de um idoso, e os estudantes devem ter a noção de como este processo é vivido ao longo do ciclo vital. T4.21.

Como podemos passar a informação aos estudantes sobre os processos de luto? Temos que nos sustentar em referenciais teóricos que nos ajudem a perceber como as pessoas fazem os processos de luto, T4.22, (...) e as formas de ajudar as pessoas a ultrapassar determinadas fases.

Na orientação tutorial quais as dificuldades que os estudantes mais expressam, ou pedem mais ajuda?

Para os estudantes encarar a morte é difícil e principalmente se é de alguém de quem eles estão a cuidar. T4.23.

Isso vê-se (...) quando se pedem documentos, relatórios, diários de aprendizagem em que se pede ao aluno que reflita sobre a sua experiência, geralmente as experiências selecionadas são as que abordam a morte. T4.24.

Quando a morte acontece, emerge sempre numa reflexão, porque é um investimento que eles estão a fazer enquanto prestadores de cuidados, e não estão à espera que a pessoa venha a morrer. T4.25. Consideram a morte um insucesso, até em termos do que eles estão a fazer e do seu investimento no doente, é essa perspetiva que eles relatam nas reflexões, é o que ressalta como sentimento. E algo que lhes custou a vivenciar enquanto alunos. Provavelmente pelo insucesso do seu cuidar. T4.26. Nas reflexões não referem os cuidados pós morte, nunca selecionam uma situação de dar apoio à família. Também porque ninguém vai solicitar a um aluno que seja ele a falar com a família, mas ele podia estar ali presente, para se confrontar com a intervenção no luto. T4.27. Também deve ser um momento de aprendizagem do estudante em ensino clínico. O estudante também não sabe como fazer a abordagem à família, mas não relatam essa dificuldade. Não a expressam é porque não a identificam. T4.28.

A maior dificuldade para eles [estudantes] é lidar com o insucesso. Nós profissionais estamos muito vocacionados em cuidar para o sucesso, para a cura, para a melhoria do estado de saúde. T4.29.

Porque cuidar e proporcionar uma morte boa serena, também pode ser um sucesso. Mas os estudantes não estão nessa perspetiva. Para eles a morte é insucesso, é fracasso e isso não é fazer um bom estágio. E isto é o modelo biomédico que está entranhado. T4.30.

Acho que nos conteúdos teóricos da Escola se deve desmistificar esta perspetiva. O aluno aprender que cuidar para a morte também é um sucesso se a morte têm uma boa resolução. Porque o insucesso é a pessoa morrer com sofrimento. T4.31.

Que metodologias podem ajudar os estudantes na sua aprendizagem?

Os diários de aprendizagem ajudam muito a refletir, mas não significa que tenham que ser feitos todos os dias, mas sim de acordo com ocorrências significativas para o estudante, que o levem à análise quer na perspetiva dele como cuidador, quer na perspetiva do cliente cuidado. Isto promove a autoanálise e o autodesenvolvimento. T4.32.

É por este caminho reflexivo que nós aprendemos a prestar bons cuidados. A reflexão sobre a nossa experiência ajuda-nos a melhorar o cuidar do outro. T4.33.

Na área da saúde mental, *mais que os instrumentos técnicos, a parte relacional é a mais importante. São as competências adquiridas e o bom uso delas que determinam a qualidade do cuidado daquela pessoa. Podemos saber um conjunto de técnicas de comunicação, mas se não as sabemos mobilizar corretamente, não dá. T4.34.* Por isso tudo depende da capacidade do cuidador, da pessoa que cuida, da forma como está estruturada.

Os diários de aprendizagem ajudam o estudante a construir essas competências e a ver as duas perspectivas, na de cuidador e na de ser cuidado, num determinado contexto e face a uma situação ou acontecimento. Isto promove o autodesenvolvimento. T4.35.

Na supervisão clínica costuma falar com os estudantes sobre o que eles lhe escrevem nos diários de aprendizagem?

Sim. E podem ou não ser discutidos em grupo, depende das situações. *Se envolve muito o aluno como pessoa, os seus sentimentos, a abordagem deve ser individual, mas a perspectiva do grupo e dos colegas pode ajudar bastante. O trabalhar ou discutir estas questões em grupo também desenvolve outras competências. T4.36.*

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

É enfermeira há 28 anos. Como perspetiva a sua formação com a formação atual dos estudantes de enfermagem para cuidar em fim de vida?

Não sei se pela minha falta de maturidade eu dei pouca importância à formação que me deram no meu curso. Mas do que me lembro, nós estudantes há uns anos éramos colocados em estágio sem muito suporte e aprendíamos muito no estágio. Éramos confrontados com as situações sem preparação prévia. T4.37. Ou então eu não soube valorizar a formação que a Escola me deu?

Mas nós treinávamos muito as técnicas instrumentais, realizamos muitas tarefas, mas não tínhamos um cuidar holístico. As situações iam-nos surgindo e nós íamos nos desenrascando e era um pouco assim.

A estrutura teórica que a escola agora dá é bem diferente da que eu tive há 30 anos. Não sei se os estudantes têm capacidade para assimilar tanta informação? Parece-me que passamos do 8 para 80. T4.38.

Os estudantes estão numa idade que não sei se conseguem ter maturidade para captar tantos conhecimentos. Ouviram falar, mas não sei se são capazes de mobilizar. De saber a importância desse conhecimento e sobretudo complicam muito as coisas, que por vezes até são mais simples. T4.39. Mas também nesta fase de aprendizagem ainda não chegaram à fase de poder simplificar. Têm dificuldade em reter o essencial. Agora estamos na era da informação que pode atrapalhar se não a sabem selecionar e simplificar. E perdem-se um bocado. T4.40. O papel do orientador da prática também é o de ajudar o estudante a selecionar o que é importante e a simplificar. Eles nesta fase precisam de ser orientados para não se perderem. T4.41.

Na enfermagem não é fácil para o estudante organizar, selecionar e mobilizar tanta informação. Se nós pegarmos nos modelos de enfermagem atrapalha-os, porque cada referencial teórico aborda o utente de modo diferente, uns pelas teorias das necessidades humanas, outros pela teoria do auto cuidado, outro pela teoria dos stressores. Não é fácil para o estudante que nem iniciado é. T4.42.

A escola ensina vários modelos e o estudante utiliza o modelo em uso naquele serviço. Isto é num estágio mobiliza um, noutro concebe e planeia os cuidados por outro modelo. T4.43. Depois os diagnósticos de enfermagem, uns serviços constroem na nomenclatura CIPE, outros no de NANDA. E cada referencial elabora juízos de forma diferente. A construção difere, a forma de interpretar o fenómeno difere e o modo de organizar o pensamento é outro. O estudante perde-se ou baralha-se. Eu como tutora do ensino clínico estou muito atenta a esta dificuldade. T4.44.

Como estruturar a preparação do estudante ao longo do CLE?

A abordagem da morte deve ser transversal, feita separadamente por anos: 1º; 2º; 3º, não me faz sentido, porque para mim é algo com que o estudante se depara em qualquer estágio, seja ele hospitalar ou na comunidade, porque as pessoas tanto podem estar a morrer no hospital como em casa ou em instituições. T4.45.

Se os estudantes num estágio qualquer são confrontados com situações de fim de vida, para eles como jovens é mais fácil, terem um mínimo de conhecimentos teóricos, que os ajude a entender a situação. T4.46. O já ter ouvido falar destas situações o estudante já mobiliza algum conhecimento, quando necessário. É-lhe mais fácil estar na situação e se necessário percebe que não sabe e fica calado. O que também é uma competência importante a ser ensinada e adquirida, em vez de dizer disparates. T4.47.

Preparar os estudantes para estágio, para mim, é obrigatório prepara-los para saber estar nestas situações, independentemente do ano de formação em que for o estágio. Há conteúdos que eles já devem saber, como a abordagem da morte ao longo do ciclo vital, quer na perspectiva do indivíduo quer da família. T4.48.

Por exemplo começando pelo ciclo vital. O que é a morte para a criança? Que implicações tem a morte da criança na família? A duplicidade da situação tem que ser abordada, para ajudar o estudante.

Não vejo que os estudantes tenham que ser protegidos não lhes abordando estes temas da morte, será mais difícil contactarem no estágio sem perceber a situação. T4.49.

Considera que o estudante deve primeiro saber cuidar da pessoa em fim de vida e só depois da família, ou deve aprender em simultâneo a cuidar do doente e da família?

Eu não consigo ver as duas entidades em separado, porque mesmo em termos teóricos as duas, *a pessoa e família, devem ser vistas em conjunto. O que vai morrer e os familiares que ficam estão a viver em simultâneo aquele processo. A família tem que estar sempre associada. T4.50.*

Que saberes os estudantes devem ter adquirido para os ajudar na prática dos ensinamentos clínicos?

Desenvolver a morte ao longo do ciclo vital. Os processos de luto. A partir do referencial de Virgínia Henderson caracterizar as necessidades que ficam alteradas, como a de conforto, a de comer e beber e as questões da espiritualidade. T4.51. As crenças associadas a esta etapa, quer do moribundo quer da família, porque não se pode dissociar. Em termos éticos tem de estar presentes alguns conteúdos. T4.52. E depois o estudante deve desenvolver outras capacidades como o autoconhecimento, a autoanálise. O confrontar-se com a sua própria morte. T4.53. O estudante deve ser capaz de mobilizar os conhecimentos éticos e os valores que o norteiam. O desenvolvimento da sua espiritualidade, porque isto é uma construção global da pessoa que é o estudante. T4.54.

Se eu me estou a construir e a desenvolver competências para cuidar dos outros, este processo tem que ser interno também. Tudo isto leva o estudante a confrontar-se com

os seus próprios valores. Como o da dignidade humana, o do respeito por si e pelo outro, o estar atento às necessidades do outro. T4.55.

O estudante deve também desenvolver competências relacionais. Na comunicação o ser capaz de se confrontar e poder confrontar o outro com a morte. Ser capaz de dar as más notícias, e como se podem dar e tudo isso são técnicas que o estudante vai desenvolvendo para poder cuidar com qualidade. T4.56.

Onde nós enfermeiros temos mais dificuldades é na área relacional, não é no fazer ou aplicar um procedimento, ou uma técnica. Mas o difícil é saber estar, muitas vezes sem nada para fazer ou para dizer. É sempre uma dificuldade que nós temos como pessoas, o saber lidar com a situação. T4.57.

Há uma situação que me relatou uma família e que foi muito chocante. O enfermeiro abordou-os e disse: “Se quiser ir ver a sua mãe ainda com vida pode ir, porque ela está mesmo a terminar”. Mesmo sabendo que a pessoa está a terminar, não queremos que o outro nos diga isso. Nós sabemos. Não precisamos que nos digam.

Gostaria de referir mais alguma coisa que eu não tenha perguntado?

Creio que não.

Agradeço muito o seu contributo para o meu trabalho.

Vou-lhe devolver a entrevista para validar e reformular algo que considere necessário ajustar.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENFERMEIRA TUTORA (T 5)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato. Pedir autorização para gravar a entrevista.

Caracterização da participante

a.1) Caracterização da entrevistada: Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Enfermeira do sexo feminino].

Tenho a nacionalidade portuguesa Tenho 43 anos sou casada, tenho filhos.

Habilitações académicas e profissionais? Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem?

Fiz o curso de enfermagem tanto o Bacharelato como o Complemento de formação na Escola de Enfermagem Artur Ravara de Lisboa.

Sou licenciada em enfermagem e não estou a fazer nenhuma formação pós graduada.

Tenho feito alguma formação de meses, (formação curta) em cuidados paliativos.

a.2) Caracterização da enfermeira

Tempo de serviço como enfermeiro e tempo como tutor de ensinios clínicos?

Instituição onde exerce a profissão, e serviço?

Sou enfermeira há 20 anos. Inicialmente comecei por trabalhar no Hospital S. Francisco Xavier durante 5 anos e depois fui para os C. Continuados do Centro de Saúde de Oeiras, desde há 15 anos.

Sou orientadora de estágio dos estudantes há 20 anos, comecei logo no hospital. Agora continuo a trabalhar e a orientar estágios no ACES de Oeiras.

B) Experiência profissional anterior, ou atual, no cuidar em fim de vida?

Onde foi a seu primeiro contacto com a morte?

A primeira experiência foi no curso de enfermagem no estágio de pediatria no hospital da Estefânia que me foi atribuída uma criança em fase terminal. T5.1.

Como foi essa experiência para si?

Foi muito difícil, por duas vertentes: por cuidar de uma pessoa em fase terminal, até porque a criança morreu comigo e por ser uma criança. É uma situação contra natura, não é natural. É suposto os mais velhos morreram primeiro T5.2.

Teve apoio da equipa para lidar com essa situação?

Não me recordo. Sei que isso está muito escondido. Ficou muito bem guardado. Nem me lembro do nome, sei que já era uma criança mais crescida no início da adolescência, mas não me lembro de mais nada. Está tudo muito escondido cá dentro. São as nossas defesas.

No início da sua carreira teve contacto com a morte, como foi essa sua experiência?

Eu acho que em termos de hospital é difícil mas é mais fácil do que aqui nos Cuidados de Saúde Primários. Para além de nos cuidados continuados estarmos mais próximos da família é contínuo, muito prolongada no tempo. T5.3. No hospital como trabalhei numa cirurgia a pessoa era intervencionada e tinha alta, era um contacto mais curto e não criava tantos vínculos. No momento da morte e do fazer a múmia, havia um distanciamento, era uma atividade em equipa, mesmo que eu fosse responsável por aquele utente havia sempre mais alguém. Lembro-me de fazer-mos a múmia, e estarmos em equipa, e termos brincadeiras e contarmos anedotas. Havia um distanciamento grande. Eram as nossas estratégias de coping. T5.4. Eu lembro-me de nas reuniões de passagem de turno falarmos nestes assuntos da morte, mas em termos pessoais havia uma grande armadura da minha parte. O contacto com a família no hospital era inexistente. Quem dava a notícia da morte era o médico e havia um grande distanciamento de toda a situação de proximidade da morte. T5.5.

Nos CSP a situação é completamente diferente. Para mim é muito difícil, porque eu coloco-me muito do outro lado. Do lado do utente se ele está lúcido e isso ainda me faz mais impressão, revejo-me muito se me coloco do lado da família. Vejo as coisas como

se fosse um familiar meu e isso traz-me alguns problemas. Lido mal com a situação. T5.6.

Por outro lado sinto-me quase como a situação do pirilampo que é atraído para a luz e o querer ajudar. É uma área que apesar das minhas dificuldades que eu tenho noção, é uma área que me atrai imenso, cuidar das pessoas em fim de vida. T5.7.

Porque é tão necessário o apoio e as pessoas ficam tão gratas. Às vezes não damos nada. Às vezes é só ouvir é só escutar, mas as pessoas ficam tão agradecidas por estar-mos ali. Aquilo que nós recebemos daqueles utentes é tanto que compensa. T5.8.

Mas é uma carga emocional que eu levo muitas vezes para casa. Ao fim de um dia de trabalho levo muita coisa para casa. Toda a gente lá em casa nota que naquele dia há algo que mexeu comigo. T5.9. Muitas vezes são situações destas próximas da morte, ou com mau prognóstico.

A questão do sofrimento às vezes é tão prolongada no tempo.

O enfermeiro trabalha muito sozinho. Não há um verdadeiro trabalho em equipa. O apoio psicológico é inexistente. É uma grande lacuna das instituições e o enfermeiro não pode ter a pretensão de fazer tudo. T5.10. Nem de dar as respostas todas, depois acaba por haver sempre lacunas. Nós fazemos a nossa parte, mas nós não conseguimos fazer tudo e isso manifesta-se no sofrimento, quer por parte do utente, quer por parte da família.

O meu sonho era realmente trabalhar numa equipa que possa dar respostas aos vários tipos de problemas da família.

D) Representação do fenómeno da morte

Qual a sua representação do fenómeno da morte?

A morte está sempre ligada ao sofrimento, mas já tive algumas situações em que não foi assim, foram situações com calma, tranquilidade e isso faz toda a diferença. Aquela pessoa viveu o fim da sua vida de forma tranquila e eu também contribuí para essa tranquilidade. T5.11. Para mim isto faz toda a diferença e tenho a certeza que para a pessoa também e para a família também, vi que a pessoa terminou serena, mas são muito poucas as situações de morte serena.

Que sentimentos a morte lhe provoca?

Normalmente há sofrimento associado e isso para mim faz toda a diferença.

A morte para mim é o fim. As pessoas que acreditam que há algo para além da morte, para elas isso é tranquilizador, mas para mim não. A morte é o fim e isso acho que também não me ajuda. T5.12.

Como perspetiva a dimensão espiritual do cliente?

Sem dúvida que é muito importante o cuidar espiritual, mas isso é muito difícil. T5.13. Mas há situações em que para mim é menos difícil que outras, mas para mim é sempre difícil. Acho que o profissional deveria ter algum apoio de retaguarda e ter oportunidades de partilhar a sua experiência

D) Preparação para lidar com a morte.

Que fatores podem contribuir para ajudar os enfermeiros a cuidar em fim de vida?

A formação é fundamental, mas para pôr em prática, se não esquecemos. Como fazer uma conferência familiar, o apoio no luto. Se tivermos a teoria e não formos ajudados a coloca-la na prática não teve interesse. T5.14. E essa parte da ajuda, do apoio, do experimentar, do partilhar com outros técnicos que falha a 100%. Fala-se muito em trabalho em equipa, mas aqui não há. Era importante o apoio ao profissional, porque teve aquela situação que mexeu com ele, que não consegue ultrapassar, que não consegue lidar, T5.15. que está a transpor para a sua família para a sua vida pessoal, mesmo nessa parte saber lidar com isso.

Houve um dado momento em que a psicóloga do Centro de Saúde de Linda a Velha vinha uma vez por mês dar-nos apoio e foi muito bom. Nós partilhávamos com a Psicóloga, coisas do tipo: O doente disse-me isto, eu respondi isto. Foi muito boa essa experiência, mas depois acabou a partir do momento que este Centro de Saúde passou a ter psicóloga. Não fazia sentido vir um psicólogo de fora. Mas os psicólogos deste Centro de Saúde estão mais vocacionados para a área infantil. Não gostam do idoso, do dependente, nem dos cuidados paliativos.

Se o apoio ao doente e à família é importante, ao profissional também. Se o profissional não está bem, dificilmente consegue prestar bons cuidados ao doente e cuidados de qualidade àquela família. T5.16.

Depois nós temos que arranjar estratégias, muitas vezes são de distanciamento. Saber que deveria agir ou fazer ou dizer desta forma, mas não vou dizer, porque não me quero envolver. Cai-se muito na frieza e no distanciamento o que é péssimo. T5.17.

Para a vossa saúde mental seria desejável ter o apoio da equipa de saúde no trabalho?

Sim, seria uma mais-valia.

Quer referir-se ao contributo da formação do enfermeiro ao longo da vida?

Sim, sem dúvida é importante a formação em serviço. T5.18. Neste momento eu faço parte da equipa dos “Núcleos de interesse”, são uns grupos que o ACES resolveu criar em que as pessoas autonomamente se inscreveram. Eu escolhi os cuidados paliativos.

O núcleo de cuidados paliativos é um grupo pequenino. Falta um psicólogo. Uma das coisas que consideramos prioritárias foi a formação. *Temos um plano de formação elaborado, onde se abordam as questões que consideramos mais importantes: O apoio no luto, a dor, o controlo de sintomas, o sofrimento, o que são cuidados paliativos, o que são conferências familiares, a comunicação com o doente, com a família, a conspiração do silêncio.* T5.19.

Considero que abordamos todos os temas, que são importantes para nós nesta formação.

Esta estratégia formativa é facilitadora da integração de iniciados na profissão?

Não de todo. Aqui a integração é muito solitária, muito por sua conta e risco. Eu sinto muito isto.

E os estudantes têm mais dificuldades relacionais, alguns também em termos técnicos, mas isso com o treino adquire-se, mas os serviços não estão preparados para a formação. T5.20. Nós, neste serviço fazemos algumas ações paliativas, mas de forma nenhuma prestamos cuidados paliativos. T5.21.

Mas estão no caminho certo?

Mas muito longe do que é pretendido e não vejo a curto prazo que melhorem. Mas não estou otimista. *Vejo só os enfermeiros preocupados com esta área, dos cuidados paliativos, mas sem o envolvimento de outros técnicos, nomeadamente psicólogos e*

médicos. T5.22. Médicos muito inseguros e com este pensamento: Não há nada a fazer o que e que eu lá vou fazer? E há tanta coisa a fazer.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Na supervisão clínica, como ajuda os estudantes a aprender a cuidar em fim de vida?

Neste estágio os estudantes são mais do 4º ano e as dificuldades dos estudantes são mais na área comunicacional e relacional. T5.23. Mas em termos técnicos eu acho que neste momento os estudantes têm mais dificuldades do que tinham há uns anos atrás. T5.24.

Em termos de relação e de comunicação são as mesmas que existiam há uns anos atrás. Os alunos têm dificuldade em estabelecer um diálogo. As pessoas em casa dirigem-se muito ao enfermeiro e ignoram quase o aluno, tirando algumas exceções, o que os coloca numa posição bastante desagradável e difícil. T5.25.

É difícil eu não transmitir ao estudante que não se trabalha em equipa. Eles até vêm com a noção do trabalho em equipa. Na escola falam sobre isso, e explicam o que é o correto. T5.26. Muitas vezes eles já vêm com a noção de que é a teoria, mas que na prática não funciona. Na prática a articulação e o contacto com os outros técnicos é muito difícil, ou até inexistente, como nós temos dificuldade em chegar aos outros técnicos, é impossível tornar isso fácil aos alunos. T5.27. E essa parte também falha.

A nível intelectual eu acho que os estudantes não estão minimamente preparados. Vem preparados para executar tarefas e técnicas e concentram-se muito nos procedimentos, de tal maneira que descuram o que se passa à volta deles. Não vêm, não ouvem, não observam. T5.28. Se calhar também é uma defesa, mesmo um enfermeiro de carreira, com 20 anos de serviço como eu, está muito fixado no que faz e não tanto no que diz observa e ouve, no que lhe é dito, no que sente. Está muito orientado para o que faz e depois isso verifica-se também no que registamos e esta é uma grande guerra minha de há muitos anos e inclusiva com os alunos, (...) eu digo-lhes: não podemos registar só aquilo que fazemos, isso às vezes é o menos importante, o mais importante foi o que não viram nem ouviram. Porque é preciso estar atento aos sintomas e à reação do doente e registar, passar aos colegas ou discutir com os profissionais, ou com a equipa,

mas essa é uma grande dificuldade, T5.29, (...) dos alunos, mas também de alguns profissionais.

E os estudantes estão sensíveis às necessidades dos utentes?

Eu acho que os alunos não estão sensíveis para avaliar sintomas do doente. No caso da dor eles sabem avaliar, sabem que há escalas, mas centram-se no alívio farmacológico e isso passa pelo controlo de outro profissional, (...) o médico e aí está a primeira barreira. (...) No alívio não farmacológico nunca tive nenhum aluno que estivesse sensível. T5.30.

Mas não só os alunos que tem dificuldades no alívio não farmacológico. É uma área muito atractiva a da intervenção farmacológica.

E o estudante está sensível às necessidades dos familiares do doente?

Eu acho que os alunos não atendem à família, estão muito fixados naquela situação e no utente. Cada vez mais predomina o paradigma do modelo biomédico e tenho muita pena que assim seja. T5.31.

Acho que na prática já consegui fazer muito melhor, é tudo muito orientado para o tratamento. Não se faz nem a promoção da saúde. É péssimo quando se regride, é muito frustrante.

Como podemos contribuir para facilitar o processo de aprendizagem do cuidar em fim de vida aos estudantes?

É preciso estreitar a relação da escola com os campos de estágio, com um contacto mais próximo entre as pessoas que vão orientar os estudantes, os docentes daquele grupo e os enfermeiros da prática. T5.32.

E seria bom um contacto com os alunos prévio, antes do estágio e isso já foi feito. Agora os alunos caem um pouco aqui de paraquedas, o que é mau para os enfermeiros tutores e péssimo para os estudantes. Era importante este conhecimento prévio sobre o que nós fazemos, o que os alunos vão encontrar. T5.33.

Durante o estágio o apoio que é dado é muito limitado e muito pouco. O professor vem no primeiro dia, depois vem fazer uma avaliação intermédia e por fim uma avaliação final. E o estágio tem muitas lacunas. O professor vem ao estágio fora dos momentos avaliativos, se há alguma ocorrência negativa que justifica a sua vinda. T5.34. O

enfermeiro orientador está muito sozinho com o aluno, durante muito tempo. Era fundamental haver uma proximidade maior. T5.35.

Que metodologias contribuem para a aprendizagem dos estudantes na prática clínica?

Sim eu sou muito exigente. São os instrumentos como o diário de aprendizagem, ou o registo de incidentes críticos são importantíssimos. Quando o aluno é levado a escrever o que observou, o que ouviu, o que sentiu, acho que o ajuda muito. T5.36. Eu própria tenho mais facilidade quando escrevo. O escrever é um momento de reflexão e eu aproveito muito esses momentos para dialogar com o aluno, acho que são fundamentais esses momentos próprios de orientação entre o aluno e o professor e o tutor, onde haja uma reflexão conjunta são momentos em que se aprende e cresce muito. T5.37.

E a partilha de experiência como estratégia de aprendizagem?

Eu acho que eles no final do estágio fazem reuniões de análise das práticas, mas é muito expositivo, não é tanto uma partilha de experiências. T5.38.

Como vê os tutores participarem nesses momentos de partilha?

Acho que sim, seria bom, mas sim com momentos de partilha num ambiente mais informal e mais dinâmico e mais interativo.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida.

Que competências considera que os estudantes, particularmente os do 4º ano devem ter adquirido ao longo do Curso para cuidar de pessoas e famílias em fim de vida?

A competência relacional e a comunicação são fundamentais, depois o resto vem por acréscimo. T5.39. Em cuidados continuados é fundamental. No hospital, nós enfermeiros estamos mais protegidos. Nós em casa dos utentes estamos completamente expostos. Temos que trabalhar mais com o doente, mais com a família, eles têm sempre a última palavra a dizer. Esta proximidade e a relação que se cria entre utentes e enfermeiros em contexto domiciliar é fundamental. T5.40. O resto vem por acréscimo.

Como vê a aprendizagem do estudante para cuidar da família?

Eu acho que é fundamental para o licenciado ter as noções básicas do que é cuidar a família a viver processos de fim de vida. T5.41. Um curso de pós licenciatura nessa área do cuidar da família, acho que era ótimo. T5.42.

A questão do luto é muito importante. O doente morre e a família acaba. Não existe mais nada. Ainda tentamos criar um grupo de apoio ao luto. Tal como existe um grupo de apoio aos familiares cuidadores deveria haver a possibilidade da família transitar para outro grupo de apoio, o do luto, de acordo com a evolução da situação familiar, tentamos criar, mas mais uma vez por falta de psicólogo o projeto falhou e não conseguimos.

Com a morte do doente acaba todo o apoio à família. (...) Há colegas que dizem, vamos fazer uma visita de luto, ou uma visita de nojo. Não, não é uma visita de nojo de todo. A tentativa que nós fazemos melhor seria nem fazer nada. Se calhar é despedir duma família com quem estabelecemos uma relação prolongada. É o fim termina aqui. (...) Dizer, se precisar de alguma coisa, diga. É insuficiente o que fazemos. T5.43.

Nós superiormente sempre transmitimos essa necessidade. Mas para avançar tem de haver recursos e uma ordem superior a dizer a partir deste momento têm que existir recursos de apoio à família no luto. Infelizmente é assim que as coisas funcionam.

O trabalhar por objetivos, o avaliar o que se faz e o planear o que se quer fazer é o caminho e enquanto não se trabalhar dessa forma é trabalhar de uma forma empírica. Não há um trabalho que se veja e se meça e que se traduza em ganhos em saúde.

Ainda estamos um bocadinho primitivos nesta questão do cuidar da família. T5.44.

Sr^a enfermeira quer-me dizer mais alguma coisa sobre esta temática?

Penso que não.

Então agradeço-lhe muito e devolverei a entrevista para fazer alguma emenda, ou ajustar algo que disse e que possa não transcrever da melhor forma.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENFERMEIRA TUTORA (T 6)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante

a.1) Caracterização da entrevistada: Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Enfermeira do sexo feminino].

Sou de nacionalidade portuguesa, sou enfermeira generalista, sou solteira, tenho 32 anos.

Habilitações e Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem?

Conclui o Curso de bacharelato enfermagem na antiga Escola Francisco Gentil de Lisboa, há 11 anos, Fiz o CCFE também na ESEFG. Estou a planear fazer o mestrado em enfermagem de reabilitação na ESEL.

a.2) Caracterização como enfermeira

-Tempo de serviço como enfermeiro e tempo como tutor de ensinios clínicos?

- Instituição onde exerce a profissão, e serviço?

Estou na profissão há 11 anos. Faço tutoria há 6 anos, tenho orientado alunos no 2º; 3º e 4º ano, na área do projeto quer da ESEL, quer de outras Escolas. Trabalho no serviço de cirurgia do IPO.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Como foi a sua primeira experiência de contactar com a morte? Foi antes do Curso? Durante ou após?

O meu primeiro contacto com a morte foi com a morte do meu avô, (...) mas eu não consegui estar com ele, foi uma morte súbita, na altura eu tinha 12 a 13 anos e lembro-me pouco disso, (...) a minha mãe resguardou-me da situação. T6.1

E a experiência profissional no cuidar em fim de vida?

O meu primeiro contacto profissional com a morte foi no meu 1º estágio no 1º ano. T6.2. A minha primeira doente faleceu uns 4 turnos após eu estar a cuidar dela e faleceu curiosamente sozinha, durante a passagem de turno. Aquilo foi algo que mexeu muito comigo. Foi a primeira vez, eu era aluna. Chorei imenso. T6.3. Liguei aos meus pais, a dizer que a minha primeira doente tinha morrido. Na altura culpabilizei-me muito porque por ela ter morrido sozinha, porque a senhora não tinha família. Custou-me bastante ultrapassar isso. T6.4.

Felizmente no resto dos estágios do curso não tive mais nenhum falecimento de nenhum doente. Depois cuidar em fim de vida foi só como profissional.

Mas esta primeira experiencia de contacto com a morte causou-me muita emoção. T6.5. Normalmente eu sou um bocadinho chorona e não lidei bem com isso. Falei com a minha orientadora, ela percebeu que tinha sido uma experiencia que me tinha impressionado muito. Porque eu não estava preparada para aquela morte. Fui para um estágio de medicina, sem que nos tivessem abordado a morte. T6.6. Falamos das fases da doença.

Mas fui súbito, nós sabíamos que não tínhamos mais plano terapêutico para oferecer aquela senhora. *Há 11 anos não havia os cuidados paliativos, eu não fui desperta para isso. T6.7. Depois todo aquele cuidar após a morte (...) em que a minha professora orientadora me perguntou diretamente se eu queria cuidar do corpo após a morte da senhora. Eu não tive dúvida naquele momento e respondi que sim. Ela foi comigo, prestamos os cuidados físicos. (...) Foi importante para mim. Eu senti que não estive presente na altura que ela morreu, mas depois fiz tudo o que podia para o conforto. Isso foi muito importante e a minha orientadora também me ajudou bastante.*

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte quer sobre a própria morte ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Tenho 2 perspetivas face à morte: Uma é das pessoas que já tiveram a oportunidade de desenvolver o seu percurso de vida e já tiveram as suas experiências. (...) Não digo que não fazem falta, faz-se sempre falta a alguém, mas qualquer modo já cumpriram um percurso de vida. Nestes caso nós podemos dizer que a morte faz parte do processo, é algo natural. Depois vem a outra vertente, onde estão os doentes jovens, as crianças. Pessoas que perspetivaram coisas, objetivos que nunca vão ser cumpridos. Nestes casos custa-me muito. T6.8. A forma de eu me resguardar era fugir um pouco e não me envolver tanto nas situações. T6.9. Agora não. Tento, na medida do possível, acompanhar todo o processo, porque já percebi também que eu quando saio daqui, tenho que manter as minhas coisas lá fora. Mas distanciar-me mais do que conseguia no início.

Há como que uma identificação com o doente, quando ele tem uma idade muito próxima da nossa. Eu identifico-me muito com as mães jovens porque penso logo que não vou criar o meu filho que ele vai ficar sem mãe muito cedo. T6.10. Também transporto isso para o receio da pessoa de quem estou a cuidar. Quando nós nos identificamos muito com a pessoa moribunda, é muito constrangedor para nós, mas também facilita a relação. O outro percebe que nós o entendemos. T6.11. E falamos sobre nós próprio, também é importante na parte relacional. Não é bem o dar e receber, mas é quando a pessoa nos fala dos seus objetivos, dos medos, dos receios. Nós também nos envolvemos e falamos sobre nós. É um aspeto que facilita muito.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como foi aprender a cuidar em fim de vida?

A maior dificuldade é a parte relacional, e a comunicação, enquanto a pessoa comunica verbalmente ou não. T6.12. O tentar responder muitas vezes às questões que são colocadas. Nós temos o conhecimento da situação, mas não sabemos como havemos de transmitir aquela informação.

Também o cuidar do corpo sem vida foi difícil e depois todos aqueles trâmites que nós tínhamos aprendido, desde como colocamos as mãos, como colocamos as ligaduras, tudo. T6.13.

Não vou agora considerar que é uma rotina, porque é alguém que está ali e que nós cuidamos, mas a primeira experiência foi muito traumatizante. Depois ao longo do tempo e com a experiência, nós vamos criando algumas defesas, não é!

Mas cuidar do corpo físico, inerte e sem resposta é muito complicado. T6.14.

Coisas simples como o passar da cama para maca, é terrível. A maca é dura de aço e aquele baque do corpo morto a cair sobre a maca causa-nos muito desconforto, ainda me continua a causar. T6.15.

Que factores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

A nível do curso de licenciatura não tive a preparação necessária para lidar com a morte, de assistir à morte, de cuidar em fim de vida, não fui preparada. Há 11 anos não fui. T6.16. A nível da parte emocional, como devíamos gerir os sentimentos? Não me lembro de falar isso na escola. T6.17.

Como profissional neste serviço, (...) aprendi pela experiência de ter diversas oportunidades de cuidar em fim de vida e também da partilha de experiência em equipa. T6.18. Nós próprios vamo-nos identificando com os colegas, com quem conseguimos falar sobre isso. Os colegas também nos vão já conhecendo e quando não falamos, o colega procura-nos e fala connosco. T6.19.

Na formação profissional fui a algumas pequenas formações, T6.20, digo que não é uma área de interesse, talvez como refugio. A formação nesta área não é algo que eu a nível académico e como projeto queira investir, é aquilo que eu gosto, vivo e pratico estes cuidados todos os dias, mas também não quero fazer disso um projecto. Não sei se é uma forma de auto defesa, porque as pessoas dizem-me: _“Mas tu fazes isso todos os dias”. Vivencio diariamente este tipo e cuidar em fim de vida, mas não é uma prioridade na minha formação. Não sei se isto não é uma forma de eu me poder defender. Mas, por outro lado, (...) gosto muito de ler sobre isso. Vou-me formando em função das minhas necessidades. T6.21.

A dimensão espiritual teve influência?

No meu caso não. Eu credito que existe mais qualquer coisa para além da morte, mas não identifico que a parte espiritual seja um contributo para o cuidar em fim de vida. T6.22.

Quais as principais dificuldades dos alunos?

Acima de tudo os alunos têm dificuldades a nível relacional. T6.23. A estes doentes não podemos oferecer mais nada que o conforto. T6.24. Mas as dificuldades dos alunos é como responder quando são abordados. T6.25. Identifico muito a questão de gerir as más notícias. Depois lidam mal com o sofrimento. Os alunos não vêm preparados para lidar com o sofrimento da pessoa, seja físico ou emocional. T6.26. Quando falamos que o doente tem dor, está desconfortável. No nosso planeamento os nossos cuidados vão sempre sendo alterados, seguem o percurso da pessoa. Outra dificuldade dos alunos é o estar presente. Estar quando não se espera que haja melhoria. T6.27. Os estudantes vêm com a ideia de que os doentes são operados e vão melhorar e vamos fazer uma reabilitação completa e, não é assim. Há um constrangimento da parte do aluno. T6.28.

Considera que os estudantes projetam um cuidar para a vida e não para morte? E querem fazer ‘qualquer coisa’ pela pessoa?

Essa ‘qualquer coisa’ que eles querem fazer é algo técnico. E não tanto o confortar a pessoa, o proporcionar bem-estar. Porque *eles têm que desenvolver muito a competência relacional e isso é mais difícil que o saber fazer. E o saber nós lemos, o problema é colocar em prática. T6.29. E a falta de ler e de se fundamentar sobre o cuidar e depois aplicar na prática, são as maiores dificuldades dos alunos. T6.30.*

Seria bom eles terem metodologias de simulação da prática que são muito importantes T6.31. Numa das formações que nós tivemos aqui no IPO sobre a comunicação de más notícias foi em roll-play e resultou muito bem. T6.32. Eles ensaiaram um teatro em que as respostas não estavam premeditadas. Um fez de doente e colocava várias questões e cada um de nós experimentou e comunicou de forma diferente, temos personalidades diferentes. Na comunicação em enfermagem, temos o saber científico, mas cada um o aplica ao seu jeito. Passamos da ciência à arte. T6.33. Foi muito engraçado até ver a comunicação não-verbal, a postura o toque, o olhar as distâncias. Notava-se que muitas vezes tinha a ver com a própria experiência em tempo profissional, mas nem sempre o tempo de serviço era determinante, mas com a experiência de já ter passado pela situação de dar más notícias várias vezes. Foi uma experiência muito interessante para nós profissionais. Ver como nos projetamos na prática.

Para os estudantes também poderia ser uma forma de os ajudar fazendo um treino destes, com pequenos teatros, simulações é muito proveitoso. T6.34.

Eu quando em estudante no último ano do curso também fiz uma experiência pedagógica destas com treino simulado sob orientação e foi muito importante.

Claro que o conhecimento não é estático, mas se tivermos a oportunidade de treinar as diversas formas em que podemos aplicar os conhecimentos é enriquecedor.

Que sugestões pedagógicas?

Se nós fazemos aulas TP para procedimentos técnicos e de treino de mão, porque não treinamos também as técnicas de comunicação antes de vir para o estágio. T6.35.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Na supervisão clínica, como ajuda os estudantes a aprender a cuidar em fim de vida?

A primeira coisa é perceber o modo como cada aluno encara o processo de morrer. Que sentimentos têm? Que experiências que já teve? De acordo com o perfil do aluno e da sua experiência, tentar desmistificar de acordo com aquela sensação. T6.36.

Como é que o doente está a passar aquele processo. Em que fase ou etapa da doença está. E depois o tutor tem de servir de modelo.

Sim, os estudantes referem frequentemente que os tutores são a sua referência.

Claro que sim! A forma como nos comportamos e como cuidamos, o orientador serve sempre de modelo. Seja para o mal ou para o bem, mas é sempre avaliado como um bom ou um mau tutor. T6.37.

Também no fim do turno, claro se for necessário antes, poderá ser antes, mas pelo menos no fim do turno, (...) *tentar sempre perceber de que forma o aluno vivenciou a situação. E não tem que ser quando o doente morre. Um aluno que cuide um doente em cuidados paliativos tem certamente muitas dúvidas ou receios. T6.38.*

Que metodologias considera adequadas para o ensino clínico?

Quase todos os estudantes que fazem os diários aprendizagem, cerca de 90%, são quase sempre relatos de situações emocionais. (...) Em cada dez alunos poderá haver um que refere no diário de aprendizagem uma dificuldade de não saber fazer ou não ter conhecimentos sobre aquele assunto. Geralmente os relatos são de ordem emocional,

(...) *como se sentiu, como reagiu, sentiu que não esteve apto a cuidar naquele momento. Ou reagiu de forma que não esperava reagir. T6.39.*

A metodologia do diário de aprendizagem promove a reflexão?

Normalmente, *se o estudante precisa no momento de ser ajudado há um momento in loco para ajudar o estudante a refletir sobre a sua prática, se não pode ser criado um momento no final do turno, quando se fica mais disponível. T6.40.* Normalmente o aluno é quem pede e procura ajuda. Se logo no início eles perceberam que nós estamos cá para os ajudar. *Há 11, 12 anos quando eu tirei o curso os professores os professores eram vistos como alguém que nos dificultava a vida. Mas agora eles percebem que nós estamos cá para os ajudar. T6.41.* A experiência que eu tenho tido, é de que os alunos são proactivos.

Como percebe o papel dos orientadores clínicos?

Normalmente a professora da Escola vem sempre com dia e hora marcada e os estudantes já sabem que vão ser avaliados, com uma série de questões e reflexões. *Com os tutores eles estão mais à vontade, são 8 horas de trabalho lado a lado. T6.42.*

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que competências considera importantes os estudantes desenvolverem durante o curso e particularmente em ensino clínico para os capacitara cuidar utentes e famílias em fim de vida?

As principais são as competências da comunicação e relacionais. T6.43. Não coloco de lado *a necessidade de conhecimentos técnico científico. T6.44.* Mas *o estudante deve ser ajudado a permitir envolver-se quando cuida, não um envolvimento patológico. T6.45.* Eu costumo dizer a relação de ajuda não é idêntica para todos os doentes. Nós não conseguimos ter uma relação de ajuda idêntica em todos os doentes. Tem a ver com a nossa identificação, o que conhecemos da pessoa. *O envolvermos com os utentes é muito facilitador no cuidar em fim de vida. Estar próximo da família. O refúgio é muitas vezes não nos envolvermos, não estarmos presentes. É preciso estarmos o mais à vontade possível. T6.46.* *Face a algumas situações o primeiro impulso é de fugir, de abandonar. Pode não apetecer vivenciar outra vez isto, posso não querer passar outra*

vez por isto, ter os mesmos sentimentos, ter que me identificar com isto. T6.47. As chaves do cuidar em fim de vida são a comunicação, a relação e o envolvimento. T6.48.

Como perspetiva a aprendizagem do cuidar da família?

A maioria está centrada no doente, mas creio que isso é normal e tem a ver se o aluno está em que etapa do curso. Porque se exige de forma diferente dos alunos do 4º ano que dos do 2º ano.

O estudante está muito centrado em cuidar o doente e a família não é a prioridade. T6.49. Talvez a atenção à família venha à posterior, mas numa situação do tipo: sabem a reacção da pessoa, a doença, são capaz de caracterizar o modo como o doente está a viver o processo, o que verbaliza, como é a relação do doente com a família, ainda conseguem. T6.50. Mas como é que a família está a viver o processo, ou aquela crise? Normalmente não sabem, nem dão atenção a isso. T6.51. É um processo normal na evolução do estudante, começar no doente e depois pouco a pouco ir chegando a diferentes níveis de conhecimento e intervenção na família. T6.52.

No final do 4º ano já são capazes de entender que a família também precisa de ser cuidada?

Se não vêm com essa ideia, nós aqui despertamos para isso. *No que se refere ao cuidar da família, nós enfermeiros também temos algumas lacunas. Tem sido um assunto muito falado e inclusivamente na formação profissional feita na instituição. T6.53. Tem sido muito abordado na formação a relação, a comunicação de más notícias etc. Nos percebemos e identificamos que o cuidado há família fica um pouco aquém do desejável. T6.54.*

Nós no IPO podemos não ter autonomia para reencaminhar a família para os recursos de saúde mental, mas falamos com o médico assistente do doente e ele encaminha para o gabinete de psicologia.

É necessário dar segurança à família para ela poder verbalizar o que pensa e o que sente. (...) Muitas vezes as famílias questionam determinadas problemáticas com o doente. Se a família estiver informada, esclarecida é mais fácil entender e aceitar o processo. T6.55.

Também perspetivo que a nível familiar tem a ver com a história da família e do familiar. Quando são pais muito jovens que os filhos vão partir é muito complicado.

Tendo em conta a sua experiência que sugestões sobre o processo de formação, de modo a podermos ajudar os estudantes a serem competentes para cuidar de pessoas e famílias em fim de vida?

Tentar na formação mudar de paradigma, que a morte faz parte do processo de vida das pessoas. Desmistificar o percurso de vida. Muitos estudantes não têm experiência de contacto com a morte. T6.56. Eu sabia que a minha avó tinha morrido, mas ninguém me deixou aproximar.

Depois para além do conhecimento científico lecionado, o complementar com aulas teórico práticas, que ajudaria a aplicação do saber. T6.57.

A nível dos jornais de aprendizagem devemos partilhar o processo. Nesta triangulação, com o aluno e o docente para encontrar o método mais adequado, ou identificar onde o aluno tem mais dificuldades. Porque nós orientadores também temos as nossas limitações e o saber que podemos contar com o apoio do professor, nos aspetos pedagógicos é bom. T6.58.

Quer acrescentar mais alguma coisa?

Não

Agradeço muito o partilhar a sua opinião comigo. É muito importante o que me disse. Se quiser vou devolver-lhe a entrevista transcrita, para validar o que referiu.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENFERMEIRA TUTORA (T 7)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato. Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante

a.1) Caracterização do entrevistado: Sexo. Nacionalidade? Idade? Estado civil?

[Enfermeira do sexo feminino.]

Tenho 41 anos, sou casada, tenho a nacionalidade portuguesa, de formação católica, não praticante, mas acredito em Deus.

Habilitações académicas e profissionais? Estabelecimento de ensino onde concluiu os cursos de enfermagem?

Fiz o curso de bacharelato na ESEFG em Lisboa antiga ETE. Tenho a especialidade de saúde comunitária e o mestrado de saúde pública que fiz na Universidade Atlântica.

a.2) Caracterização como enfermeira

-Tempo de serviço como enfermeira e tempo como tutor de ensinios clínicos?

- Instituição onde exerce a profissão, e serviço?

Tenho 20 anos de profissão e oriento estudantes em ensino clínico há 18 anos, colaboro com a ESEL a 30 % em funções docentes há 4 anos.

Sou enfermeira no ACES de Cascais na UCC Girassol e trabalho na equipa de cuidados continuados.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Como foi a sua primeira experiencia significativa de contactar com a morte? Foi antes do Curso? Durante ou após?

A primeira vez que contactei com a morte foi durante o curso num estágio de medicina no antigo hospital de Arroios, T7.1, foi aí que eu tive o primeiro contacto com a morte e foi a primeira doente que tive que cuidar e (...) foi a primeira morte que vivenciei, o que foi muito doloroso para mim. T7.2.

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

É de sofrimento, despedida, não ver mais, saudades, uma viagem que não tem volta. T7.3.

E que sentimentos a morte lhe evoca?

Sentimento de dor, angustia, de não ter feito se calhar o melhor por essa pessoa, não ter estado mais tempo com essa pessoa, não ter dito que gostava dela, T7.4, os sentimentos que ficam, depois fazemos uma retrospectiva e ficamos, muito aquém, a pensar que damos muito valor ao nosso trabalho e em relação à família, se calhar não prestamos tantos cuidados como eles necessitariam. Se isso acontece fica um sentimento de revolta, dentro de nós, enquanto estavam vivos não conseguimos dar carinho, amor, estar com eles, dar-lhes mais tempo. T7.5.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

O curso de formação inicial em enfermagem deu-nos apenas bases para nós desenvolvermos quando nos tornássemos profissionais, portanto aí foi insuficiente. T7.6. A parte que me deu alguma parte prática foi a situação de estágio que tive com o meu primeiro doente, o que me fez refletir sobre a situação porque o doente faleceu eu fiquei em estado de choque e vim a chorar para o corredor desalmadamente como se fosse o fim do mundo. T7.7.

No desempenho profissional como foi cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

Houve situações que tive dificuldade. Em doentes que conheço o prognóstico mau que têm, que vão acabar por morrer e a dificuldade é ajudar o próprio doente em aceitar a morte. T7.8. Ele está a lutar contra a morte, ele tem consciência que vai morrer, não quer morrer, ele quer viver e nós enfermeiros não conseguimos ajuda-lo a aceitar, ele não permite. Como enfermeiros não conseguimos ajudar a confrontar com a própria morte, nem ultrapassar aquele momento, para ele fazer o que terá que fazer naquele momento, uma despedida, ou os objetivos que terá ainda que atingir, o ver alguém antes de morrer, não conseguimos porque ele não deixa. Não permite que nós vamos além de ... Ele quer continuar a lutar.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

O que tem vindo contribuir ao longo destes anos são a experiência, a parte prática do dia-a-dia nestas situações de fim de vida, o falar com o doente, com a família, com todo o meio envolvente, T7.9, a autoformação, o ler muito, T7.10, o próprio mestrado, em que fiz a tese na área dos cuidadores, a especialidade que mais uma vez desenvolvi na área do doente em fim de vida, tudo isto tem sido contribuições. T7.11. A parte teórica e a parte prática tudo isto em conjunto e em simultâneo tem-me dado subsídios e suporte para prestar os melhores cuidados aos doentes em fim de vida. T7.12.

E o papel da equipa?

A equipa que tem formação e é uma equipa que consegue gerir bem as situações (...) e nos conhecemos bem uns aos outros, quando há um trabalho de equipa. Quando nas reuniões, ou nos bocadinhos em que nos juntamos conseguimos (...) falar abertamente acerca desta situação e conseguimos com as aprendizagens dos outros melhorar também as nossas. T7.13.

A dimensão espiritual teve alguma influência?

Sim, a minha formação religiosa ajuda muito. Eu acho que a morte é o fim e quando chegamos ao fim, temos que acreditar em algo que nos ajude a ultrapassar. Já acreditamos em tantas coisas. Acho que ter um suporte religioso por trás ajuda. T7.14. Eu tive uma experiência pessoal com a minha avó. Eu estava cansada de ver sofrer a minha avó. Então eu pedi a Deus que a levasse porque eu via que ela já não aguentava

mais. Já não era qualidade de vida, já não era viver. Se nós quiséssemos que ela estivesse aqui presente só estávamos a ser egoístas. E nesse sentido eu não queria e pedi a deus que a levasse e deus ouviu-me. Não sei se já tinha que ser assim, mas para mim deu-me esse conforto. Porque ela foi em paz e o meu maior desejo era que ela estivesse bem.

E na profissão a espiritualidade interfere?

Ajuda também. Quando trabalhava no hospital as pessoas diziam, vai lá o padre e nas pessoas que já estavam em fase de fim de vida ele estava mais em particular com essas pessoas e parecia-me que o doente se sentia bem por falar com o padre. Havia coisas que o doente não conseguia falar connosco e essa transmissão ao padre ajudava-os a ultrapassar; se por um lado ficavam melhor, por outro lado partiam em paz e via-se o ar sereno com que as pessoas ficavam.

O cuidar espiritual é uma dimensão a considerar?

Sim é muito importante. Lá no fundo, mesmo os que dizem que não acreditam, no fundo, quando ficam perante a morte parece que se abre algo dentro da pessoa para essa espiritualidade, independentemente do que ele acredite, seja em Deus, seja em quem for. Há uma forma de espiritualidade muito expressiva em cada um de nós. Apesar de se dizer que não se acredita em nada. Quando chega à morte há um momento em que a pessoa parece que fica mais lúcida e precisa de ter esse contacto com uma dimensão do além, seja ela qual for.

D) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Como vivencia os processos de morte e de morrer na sua prática clínica?

No contacto direto nas situações, como eu trabalho nas visitas domiciliárias e vou ao encontro das necessidades das pessoas nas suas casas. *Quando há uma situação de morte eminente é abordada este assunto contextualizada toda a situação, quer do doente quer da família, como estão a vivenciar, se a família está preparada, se já foi feita alguma formação, T7.14, se já foi falado e se já nos reunimos para falar sobre determinados aspetos, como o que vamos fazer quando o doente estiver na fase final, se é para ir para o hospital, se é para ficar em casa, se ele está com dor o que é que se faz.*

Se é para contactar o médico. Tudo isto é falado junto do estudante ou até dos nossos colegas, quando vamos duas a duas a casa das famílias, falamos destes aspetos que são importantes ou para aquela família ou para o cuidador principal daquele doente.

Na supervisão clínica o contacto com a vivência da morte contribui para a aprendizagem?

Isso também tem sido muito importante, além de que *há situações em que os próprios estudantes também não conseguem enfrentar muito bem porque não estão à espera.* T7.14. Fomos lá hoje e no dia seguinte a situação ocorre e eles não estão preparados. *O que lhes é pedido é que façam um diário de aprendizagem, uma reflexão, por escrito para no dia-a-dia irmos falando das suas angústias, os seus medos, as suas dificuldades de modo a podermos ultrapassar qualquer situação que lhes seja mais intimista para eles não ficarem em stress nestas situações de aprendizagem.* T7.15.

Que metodologias utiliza para ajudar os estudantes em ensino clínico?

Os diários de aprendizagem, as reflexões sobre a prática são boas metodologias para ajudar os estudantes, pelo menos nas experiências que eu tenho estas metodologias tem valorizado muito o trabalho deles, como os tem ajudado a ultrapassar as dificuldades que eles verbalizam, oralmente ou por escrito, T7.16, o que os incomoda, o estar perante um doente que morre, o que fazer? O que fazer ao doente? O que fazer à família? A quem vamos cuidar primeiro? Ao doente que morreu, ou à família? O que fazemos naquele momento? Agora estamos aqui e como é?

São perguntas que eles fazem muito?

Sim. É a questão do que vamos fazer? Chamar a ambulância e levar para o hospital? Se já há um trabalho anterior e de acordo com todos os atores envolvidos, quer médico, quer a equipa da dor, da oncologia, se o doente é para falecer em casa temos que tratar do que é habitual, ajudar a família a tratar do luto, tratar do utente que está morto, naquele caso ter a roupa do morto já reservada, ter a agência funerária, já contactada, quem é o médico que vai tratar da certidão de óbito ou da autópsia. Todos os aspetos que a família precisa saber naquele momento e temos que estar todos preparados para ajudarem aquela família.

E) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que aspetos considera importantes que os estudantes desenvolvam em ensino clínico para os capacitara cuidar utentes e famílias em fim de vida?

Deveriam ter mais aulas teóricas de conhecimentos na base do doente em fim de vida, da morte, fazer trabalhos que os ajudem e não é só chegar ali e ter certos conceitos.

T7.17. É preciso envolver o estudante. É preciso que ele tenha situações práticas e poder ele próprio delinear ou programar ou fazer um plano de cuidados de enfermagem de acordo com aquela situação clínica, assim irão perceber primeiro o que se irá realizar na prática dos cuidados. *A parte teórico prática num determinado contexto com situações destas vai ajudar o estudante quando for para um contacto clínico, vai ser mais fácil para ele, ajuda a ter uma atitude mais assertiva. Muitas vezes têm dificuldades, mas se já teve um contacto seja teórico prático vai ajudar.* T7.18.

Será desenvolver a parte teórica mas situada em contextos verídicos.

Que metodologia sugere para essa aprendizagem?

Aulas teórico práticas com estudos de casos, com role players, simulações, torna-se mais fácil e assim não esqueciam. T7.19. Porque estudar sobre a morte são conceitos tão difíceis de poder exprimir que a parte prática vai ajuda-los não a olhar para a morte não como uma finitude, mas a morte com tudo o que a envolve, toda a situação para poder ir ao encontro das necessidades da família e poder ajudar. Portanto será mais o ensino pela parte prática.

Que competências são desejáveis adquirir para cuidar bem das pessoas e famílias em fim de vida?

Competências cognitivas e emocionais. É bom que o estudante esteja com capacidade de exprimir os seus sentimentos, as suas emoções perante a morte, T7.20, como é que ele vê a morte? Como digere toda aquela situação? Perante a situação o que pode fazer? Se já teve situações na família como fez? Se fez bem o que pode melhorar se fez mal como fazer melhor em termos de correção. *Eu acho que ao longo do curso eles vão adquirindo várias competências e quando chegam ao 4º ano de uma maneira geral as competências já estão um pouco consolidadas e o que lhes falta mesmo é treino.* T7.21.

Sugere treinar competências em que áreas?

Necessitam muito de desenvolver a parte da comunicação. Eles têm que estar à vontade para poder comunicar com o outro. Mas o estar à vontade implica ter conhecimentos. Comunicação e conhecimento estão muito ligados. T7.22. Mas conhecimento não basta só a parte teórica, os conceitos, a investigação o andar a procurar e fazer uma reflexão sobre um tema. É preciso ser capaz de fazer estas ligações. A comunicação de facto é extremamente importante para eles poderem olhar o outro como se fossem já profissionais, porque é assim que o utente os vê, como se eles fossem já profissionais.

Considera que os estudantes devem ter atitudes similares aos profissionais?

Exatamente, eles não deixam de ter o estatuto de estudantes, mas perante o utente são vistos como profissionais e acreditam muito no que eles dizem.

A comunicação tem que ser direta e muito profissional, apesar de eles terem um orientador têm que mostrar que apesar de serem estudantes é como se fossem um profissional e tem que ter habilidades nesse domínio. T7.23.

E que valores os podemos ajudar a desenvolver?

Têm que ser eles próprios. Têm que ser autênticos. Mostrarem confiança neles próprios, autonomia, responsabilidade, terem a parte ética bem desenvolvida, estes valores perante o outro que está a sofrer, ou perante a família, são valores muito importantes. T7.24.

E o valor do respeito pelo outro?

Não acho que tenho dificuldades nisso. *A maior dificuldade do estudante é o que fazer naquele momento.* T7.25.

Para isso tem que ter feito muito bem toda a preparação anterior ao doente e à família, ou ao cuidador principal. Se tudo isto estiver feito na altura o aluno talvez esteja mais bem preparado, embora lhe falte a experiencia. *Para se poder criar uma ligação ou uma relação de confiança com esta família não é fácil, porque a família está a viver um momento de dor e para também ele poder desabafar com o estudante é preciso que a família esteja disponível, e às vezes não está, e o estudante não consegue ajudar aquela família que está muito centrada na pessoa doente,* T7.26, está a viver muito aquela situação, é a dor, é a medicação, a alimentação, uma série de factores à volta que dificultam. *Para que o estudante crie essa relação com a família precisa de muito*

tempo, são situações muito longas e até nós profissionais que já conhecemos a família há muito tempo também se torna difícil, não no sentido do que fazer, mas difícil no sentido de os ajudar naquele momento a orienta-los, porque eles sentem-se perdidos. T7.27.

Como é para o estudante aprender a cuidar da família?

Sim, é difícil.

Como fazer a aprendizagem de cuidar da família?

Eu acho que não podem dissociar o cuidar do doente da família. Porque quem fala em família, fala em cuidador principal a família é muito alargada, mas só lá vai um a casa. Quando nós estamos a cuidar do utente o cuidador familiar também está a cuidar do utente não os podemos dissociar porque uns estão ligados aos outros porque o doente está dependente e se o familiar não tiver as competências necessárias para cuidar daquele utente ele não vai ser bem tratado, apesar de ter muito amor e muito carinho e muita atenção, mas são precisas outras coisas à volta, como os posicionamentos, a alimentação a medicação a horas, há uma série de fatores à volta que condicionam todo este processo. *É necessário que sejam cuidados os dois, família e moribundo, ao mesmo tempo neste processo.* T7.28.

Os estudantes têm a perspetiva de cuidar do doente e também da família?

Eles têm essa perspetiva, do que eu tenho vindo a constatar nos ensinamentos clínicos e sabem que os cuidadores e a família são os nossos parceiros. Famílias... sem elas não conseguimos fazer nada. Porque nós vamos a casa do doente, estamos lá uma hora, ou duas horas, temos que vir embora, não estamos lá as 24 h e a família está. É com eles que nós contamos. Nós, enfermeiros orientadores tentamos transmitir isso ao estudante, e eles ainda na fase de integração conseguem perceber a situação.

Como perspetiva a formação dos estudantes do CLE para cuidar de pessoas no fim de vida?

A experiência que eu tenho é que os alunos do 1º ano vão para fazer um estágio de observação e são muito imaturos e muito jovens, em termos de experiência de vida é quase nada, ainda não estão em condições de cuidar doentes em fim de vida

diretamente. Vêm para aprender, mas precisam de ter a parte teórica bem sedimentada e só depois é que podem cuidar dos outros, porque se eles não tiverem a parte teórica e a parte prática do saber fazer e o saber ser, não tem condições para poder assumir um cuidado mesmo tendo ali alguém ao lado. Era extremamente cansativo para o orientador que estivesse a ajudá-lo nesse estágio.

Falou do 1º ano e no 2º ano?

A partir do 2º ano vão tendo mais algumas competências em termos de conhecimentos, mas no 2º ano ainda não há condições para poderem assumir estes cuidados. Acho que só a partir do 3º ano, porque se eles tiverem o 1º e o 2º ano com bastante conhecimentos e o saber ser e o saber fazer, aliando mais estas duas vertentes *eu acho que no 3º ano, mas principalmente no 4º ano já o estudante tem outras condições para lidar com o processo de final de vida, para poder ajudar o doente a morrer e ajudar a família também.* T7.29

Considera que as competências para o cuidar em fim de vida só no 4º ano é que se conseguem adquirir?

Sim, principalmente no 4º ano.

Que sugestões para melhorar o processo de ensino aprendizagem dos estudantes no cuidar em fim de vida?

Nos ensinamentos clínicos é necessário que os orientadores estejam muito próximos destes estudantes, numa relação de proximidade, porque o estudante está para aprender e o enfermeiro orientador também está para aprender e é necessário que ele conheça o estudante, T7.30, para perante determinada situação de fim de vida o orientador o ajudar sobre o que vamos fazer perante esta situação. *O orientador ajuda-o a ver que conhecimentos é que ele tem. O que precisa de procurar, para conhecer e para se autoconhecer a ele próprio.* T7.31.

Valoriza essa dimensão?

O orientador tem que estar desperto e não pensar que o estudante sabe tudo, como por vezes pensam. T7.32. Na parte teórica é provável que o aluno saiba mais que os enfermeiros que estão no ensino clínico. Muitos já lá estão há muitos anos e nem

estudaram mais, só têm a base. Os estudantes levam muita teoria, mas o enfermeiro tem muita prática, e o enfermeiro tem que saber aliar a teoria do aluno à prática dele e ajudar o estudante a fazer o melhor estágio possível em situações de morte, porque é o último ciclo de vida e é necessário estar muito presente.

As experiências do ensino clínico do curso são uma mais-valia?

Sim, sem dúvida.

Teve estudantes que o primeiro contacto com a morte foi no 4º ano e no estágio de saúde comunitária?

Sim, e *para eles foi fundamental este ensino clínico em cuidados continuados na comunidade.* T7.33.

Alguns já tinham contactado no hospital, outros não. Mas *é diferente o contacto com a morte no hospital. Porque o hospital é o nosso espaço. O indivíduo morre, faz-se a múmia e despacha-se.* T7.34.

Nos cuidados continuados o enfermeiro não se pode dissociar de todo o processo de morrer. O doente de facto morreu, mas temos a família para cuidar. Temos um processo de luto para ajudar a elaborar, e isso requer continuidade. Nós não estamos só para cuidar dos utentes, mas para cuidar da família e de todos os intervenientes. T7.35.

Trabalham em rede e referenciam o doente ou elementos da família para outros profissionais? Têm esses recursos?

Sim temos. Nós temos uma equipa multidisciplinar, temos a psicóloga, a assistente social, a fisioterapeuta, a terapeuta ocupacional. Seja em que momento for, ou pelo telefone ou em reuniões falamos e pedimos o apoio da psicóloga, ou de outro profissional.

Às vezes nós temos muita dificuldade é nos doentes com dor e não temos um médico disponível para podermos aumentar a dose da morfina.

O apoio clínico e farmacológico é um deficit na equipa?

Sim por exemplo chegamos a casa de um doente e vimos que o fentanil já não está a surtir efeito, não temos um contacto do médico disponível. O médico não deu o

contacto à família. Ligamos para o hospital, são horas intermináveis e ninguém nos atende, ou o médico já não está e saiu. E não vamos enviar um doente ao hospital só para aumentar a dose. Ficamos desprotegidos e não conseguimos ajudar. *O que nos falta é ter uma verdadeira equipa de cuidados paliativos. É ter um médico que mesmo não sendo o médico do hospital, mas que fosse um contacto ou uma referência.* T7.36. porque nós trabalhamos das 8 às 20h, e nesse horário ter apoio e fora desse horário que a família tivesse um médico contactável para aferir as dosagens do medicamento, não só para a dor, mas para os vômitos, para as náuseas, fossem lá quais fossem os sintomas.

Há necessidade de fazer o controlo sintomatológico e este tem de ser supervisionado pelo médico? Ou há protocolos ou guidelines?

Sim os enfermeiros não têm essa autonomia. Se são situações de oncologia estão ligados ao IPO, ou a consultas da dor ou de oncologia, do hospital de Cascais ou de S. Francisco Xavier. Mas os médicos do hospital evitam de dar o contacto deles. Sabem que o doente está em fase terminal de vida e dar os contactos à família ou aos Centros de Saúde, às equipas de cuidados continuados para nós podermos contactar, era facilitador. Com o Hospital de Cascais é mais fácil temos um médico de referencia que podemos contactar por telefone ou email.

Quer acrescentar mais algum aspeto sobre este assunto?

Não, creio que já falei muito

Agradeço a sua disponibilidade e os contributos que me deu para este trabalho, devolverei a entrevista para fazer alguma reformulação, ou ajustar algo que disse e que eu possa não transcrever da melhor forma.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENFERMEIRA TUTORA (T 8)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

C) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil?

[Enfermeira do sexo feminino.]

Tenho 54 anos, sou de nacionalidade portuguesa, casada e tenho 3 filhos.

Habilitações profissionais? E estabelecimento de ensino onde concluiu os cursos de enfermagem, que a habilitaram para a profissão?

Sou especialista de Saúde Pública. Fiz o Mestrado em Ciências da Enfermagem na Universidade Católica de Lisboa. Conclui o Curso Geral de enfermagem na Cruz Vermelha Portuguesa em 1976, há 35 anos.

a.2) Caracterização profissional

_ Tempo no exercício em enfermagem? Tempo no exercício na tutoria

_ Local onde exerce a profissão?

Tenho 35 anos como enfermeira, tenho a categoria de enfermeira chefe, há 6 anos que estou a colaborar com a ESEL, sou também professora a tempo parcial, mas há mais de 20 anos que oriento ensinamentos clínicos. Neste momento trabalho também no Departamento de Saúde Pública da ARS.

B) Caracterização da experiência com o tema

Antes de ir para o curso já tinha contacto com o fenómeno da morte?

Não, nem no curso tive contacto com a morte. T8.1.

Não teve que cuidar pessoas em fim de vida?

Não, graças a Deus. Só tive contacto com a morte quando comecei a trabalhar, no primeiro ano de profissional em 1977. T8.2. É daquelas coisas que a gente nunca mais esquece, o primeiro doente que me morreu. Não foi uma experiência traumatizante, mas era uma pessoa que tinha alguma influência social, e aquilo foi um problema, era uma tia de uma cantora famosa. Já morreram as duas. E foi problemático, porque depois a famosa sobrinha não estava cá, estava nos Estados Unidos e depois tinha de se avisar a família.

Depois teve mais experiências de cuidar em fim de vida?

Tive. Nos cuidados intensivos tive muitas experiências de cuidar em fim de vida.

C) Representação do fenómeno da morte

Quando se fala da morte, qual é a representação que tem do fenómeno?

É uma coisa que tem de ser, faz parte do ciclo de vida, só que... eu acho que não há nada a fazer, tem de se aceitar, é aquilo e tem que se estar o melhor possível quando ela acontece. T8.3.

Que sentimentos face à morte?

A nível profissional sinto-me impotente. É aquela situação que está definida e que nós não podemos fazer nada. É uma sensação muito má. T8.4. Porque nós somos formados para dar vida, para tratar e para melhorar a vida. E com a morte, nós não conseguimos fazer nada. T8.5. É essa sensação de impotência...

F) Como perceciona a sua preparação académica para cuidar destes utentes?

Eu acho que até os juramentos que nós fazemos, a formação toda, a ética que nos dão era sempre para promoção da vida. Melhorar, melhorar, promover. E depois quando nos deparamos com a prática a nossa formação não foi muito para a morte, eu depois é que fui evoluindo e, logicamente, entendo que faz parte do ciclo da vida, PE8.6, temos um princípio, meio e um fim e volta outra vez. Eu, acredito que hei-de cá voltar outra vez. T8.7.

Essa sua crença é alicerçada na literatura e na formação profissional ou nas convicções religiosas? Ou noutras variáveis?

Não, eu tenho tudo misturado. Acho que é tudo...que é um pouco de tudo.

É aquilo que lhe faz sentido para estruturar a interpretação da vida e da morte?

É isso mesmo.

Como perspetiva a sua dimensão espiritual?

Sou católica. Mas isso não interfere porque eu também acredito nos budistas, acredito na reencarnação, portanto.... É aquilo que para mim, em termos de filosofia de vida, me faz mais sentido.

No curso referiu que não teve experiência nem foi orientada para o cuidar em fim de vida. Que factores contribuíram para a sua formação para cuidar em fim de vida?

Fui lendo e fui lidando com a morte o melhor possível. T8.8. Eu lembro-me que em 1981 e 1982 fiz uma formação para a morte, para acompanhar, para cuidar. E essa formação marcou-me muito. Fiz essa formação no Hospital de Beja na ARS de Beja, na altura. E, era uma formação que nos fazia refletir e pensar sobre a morte. T8.9. Uma coisa que eu não tinha tido no meu curso e que me fez muito sentido. Até porque a maturidade como pessoa e como profissional já é outra

Sintetizando, o que a ajudou?

Foi a autoformação, foi o estudar, foram os cursos, e foi a experiência profissional. Foram todas estas variáveis que influenciaram a minha aprendizagem no cuidar em fim de vida. T8.10.

E no desempenho profissional, como foi prestar cuidados a pessoas a viverem processos de fim de vida?

Eu acho que nos primeiros casos, eu estava muito leve. Como é que eu hei-de dizer? Também era muito nova, pouco experiente. Eu acabei o curso muito cedo, eu entrei para a escola com 17 anos. E portanto, naquela fase de juventude não encaramos a finitude

... como é que eu hei-de dizer? Era só o fazer a múmia. Eram os cuidados físicos. Depois é que fui desenvolvendo, talvez o cuidar mais de acompanhamento, de estar presente, de

Foi desenvolvendo as competências mais comunicacionais e relacionais?

Foi isso mesmo, e foi no percurso da vida profissional. Portanto...

O seu curso de especialidade deu subsídios para esses cuidados?

Não! Eu sou de saúde pública. Na época era o planeamento em saúde, era o diagnóstico da situação, era a saúde oral, a saúde da família.

No Mestrado é que tivemos umas aulas em relação de ajuda, em que se falou muito dessa parte do cuidar. T8.11. Mas isso já foi muito mais tarde.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Como é que ajuda os estudantes a lidar com estas situações de fim de vida?

Nos cuidados continuados. A minha postura em relação ao estudante é essencialmente... *eu acho que eles estão numa fase de formação, portanto, tento ir sempre pela parte de pesquisa bibliográfica, de informação sobre como se deve atuar, como se deve comunicar, o respeito que se tem de ter por aquela pessoa, por aquela família naquele momento especial, o não se envolver muito. T8.12.*

Também a questão relacional da proteção?

Da proteção deles. E a parte lógica, de que faz parte do ciclo de vida. Portanto, como ciclo que é...é nesses aspetos que eu foco mais.

Que competências é que são importantes os estudantes desenvolverem nos estágios, quando têm estas situações, para os preparar para a vida profissional?

As competências que eles têm de desenvolver? Olha, *eles têm de estar muito autoconfiantes, T8.13. têm também de saber trabalhar em equipa porque a equipa também os apoia muito. T8.14.*

A nível da comunicação devem respeitar os silêncios, o saber ouvir, o ouvir que é diferente do escutar. T8.15. Portanto a relação... o cuidar em si que, ao fim e ao cabo, é

acompanhar e estar com o outro de uma forma empática. T8.16. É isso mesmo. E o estarem atentos a determinados sinais de dor, de sofrimento, para aliviar a dor, ou o mal-estar. T8.17. Não se justifica que as pessoas neste momento tenham grandes sofrimentos físicos.

Como perspetiva a formação dos estudantes nesta área do cuidar?

Pois, não devem estar muito sensíveis para estes cuidados, porque eles são muito novos. Eu estou-me a ver a mim, e eu naquela altura também havia muitas coisas que me passavam ao lado. Eu acho que a relação que se vai estabelecer, tem de se ter já alguma vivência, tem de se ter uma vida, tem de se ter experiência de vida e experiência profissional para se conseguir cuidar do outro. Eu acho que os alunos, nessas fases, com algumas exceções, porque eu tive alunos que eram exceções. Mas *a maioria dos alunos não tem maturidade para estar e para cuidar e para acompanhar. T8.18. Nós quando éramos novas também não tínhamos posturas adequadas, mesmo como profissionais, também nos era difícil, quando em iniciadas. T8.19.*

Por isso é que eu estou a estudar esta área Por a considerar significativa.

Olhe, eu nunca gostei da pediatria! A pediatria tinha muitas crianças doentes. Eu lembro-me de uma criança, e estou-te a dizer isto é assimeu no curso não tive nenhum contacto com a morte direta, mas no meu 2º ano do curso, foi-me entregue e participei, como responsável por uma criança com 2 anos que tinha uma leucemia. E a meio do estágio quando eu voltei de um fim-de-semana a criança tinha morrido. Mas não morreu comigo. Aquilo passou assim, mas Mas marcou! Portanto, eu detestei a pediatria!

Que estratégias de ensino aprendizagem considera adequadas nesta área do cuidar?

Há uma coisa que nós fazíamos muito pouco e que, eu acho que ajuda. É a partilha entre eles, em grupo, partilhar entre vários estudantes aquela experiência. T8.20. Entre os pares e com os profissionais e os estudantes, e todos juntos. Acho que aquelas reuniões de partilha, ajudam muito, quando a equipa é boa. Nas reflexões sobre a prática, a última experiência que tive das reflexões, eu acho que eles fazem igual para

todos os casos. T8.21. E então há grupos que vêm desde o 1º ano a fazer reflexões que seguem sempre o mesmo esquema, aquilo é sempre igual.

Considera que eles não se envolvem, fazem aquilo só para o professor ver?

Não se envolvem. É isso. Exatamente! O papel é branco, leva o preto que a gente lhe puser lá em cima...e eles fazem aquilo porque têm que entregar, e porque têm que ser avaliados. A reflexão é mais como uma obrigação que o estudante tem e não uma vontade de refletir ou de repensar as suas práticas. T8.22. Enquanto que (...) se nós estivermos numa partilha de grupo, são casos específicos em que eles não têm a resposta feita, nem têm tempo para a resposta formatada. Não está nada elaborado T8.23. E aí nós apercebemo-nos mais das necessidades que eles têm.

E que outras metodologias sugere?

Depende de como forem feitas. A metodologia de projecto em si é boa. Mas, às vezes, há muitos projetos que também não são bem desenvolvidos. É o que dá jeito! Ou o que fica bem na hora! E, às vezes, não é muito eficaz para o que se pretende. T8.24. Isto é a minha opinião, que advém da experiência e do que tenho observado. E depois acho outra coisa, (...) com esta massificação do ensino que houve nos últimos anos, se não são pequenos grupos e se não são uma partilha, Eu acho que há muita coisa que passa de uns alunos para os outros, o professor pensa que aquilo é de novo...E aquilo já rodou, já vem de trás, já foi passando. T8.25. Tenho a sensação que há uma partilha de material entre estudantes. O mesmo trabalho é para vários estudantes, que estão afastados nos ensinamentos clínicos, ou são de professores diferentes e estão em ensinamentos diferentes. T8.26.

O que diz também é referido por vários professores.

Ai é?! Olha não sabia! Mas eu acho que é assim. Eu senti isso principalmente com um grupo que tive este ano. Particularmente desde que houve a fusão. Com trezentos e tal estudantes espalhados pelo distrito todo, como é que nós conseguimos controlar? Claro não se consegue. E dizer que é, que não é, depois vai chatear o professor, depois o professor, a gente não o conhece de lado nenhum, e diz...olha esta agora vem-me para aqui chatear, o que é que ela quer dos trabalhos dos alunos?! Portanto, eu acho que tinha

que se melhorar os canais de comunicação, quer entre professores quer entre alunos, quer até entre as equipas que estão no terreno.

Na sua experiência tem observado o past copy e reformatação das experiências de outros, aproveitadas para aquele momento?

É isso mesmo! Infelizmente.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida.

Como é que perspetiva a aprendizagem do cuidar em fim de vida?

Eu acho que deve ser feito ao longo do curso. Este ensino *deve ser gradual ao longo do curso. E preparar que, nós na verdade não somos formados só para a vida, e também há um aspeto importante que é a morte. E, portanto, ir desenvolvendo este aspeto ao longo dos quatro anos. T8.27.*

No 2º ano que eles têm o adulto e o idoso, o que sugere aprender?

Por exemplo, em relação às taxas de mortalidade, são coisas muito gerais mas dizer...olhem isto é um indicador, nós dizemos que é negativo mas, se calhar, até nem é negativo, mas é um indicador que vai estar só em contacto com uma coisa com a qual nós...percebes que é a morte. Está a ver?!

As taxas de mortalidade estão no 1º ano, nos indicadores, começar logo, se calhar nessa altura, a dizer...vejam lá a morte é importantíssima, até temos indicadores que medem a morte...E medem onde é que ela acontece ou em que grupos etários ela acontece. Por exemplo, nós sabemos que a taxa de AVC é enorme...de doenças cardio-vasculares é enorme. E depois é a dos cancros. Portanto, os cancros entram nos cuidados paliativos. Se calhar aí começar logo a introduzir aos poucos e ir desenvolvendo até ao 4º ano.

Como perspetiva a aprendizagem do cuidar da família destes doentes?

Eu acho que não se pode ver a família como a soma das partes. E nós normalmente dizemos que estamos a cuidar da família e estamos a somar as partes. T8.28. Há áreas em que, sim senhora, a mãe...agora os pais também vão tendo, mais na saúde materna, na saúde infantil, a mãe tem um papel muito importante, até porque a criança não comunica. Estamos a envolver a mãe. Mas o pai, e os irmãos e, às vezes, até os avós não estão envolvidos.

Portanto, eu acho que quando se fala família...e mesmo quando dizem o médico de família ou o enfermeiro de família, é como se fosse a soma das partes. *Normalmente quando temos uma família com um dos elementos doente, a nossa atenção, até porque o tempo é mínimo, a atenção é para o doente. E a família que está a viver um processo de fim de vida também está muito fragilizada. Não têm apoio nenhuns. T8.29. Não têm!*

Como é que vê esta aprendizagem? Do cuidar da família que está a viver processos de fim de vida?

Como é que se pode mudar? O que é que se pode fazer? Nós dizemos sempre, têm que ter em atenção o cuidador informal, a mãe, a família que está ao lado, e aquilo tudo, mas eu acho que é muito difícil operacionalizar, porque depois caímos noutra: as prioridades. Quais são as prioridades? A prioridade na verdade é o doente, portanto, ou é uma equipa mais alargada, em vez de ser um enfermeiro, vários... vários elementos ... vários ... enfermeiros!... mesmo para aquela família. Está a ver o que é que eu estou a dizer? Acho que só um que não tem capacidade de resposta para aquilo tudo. Ou então, diminuir o número de utentes por enfermeiro. Estamos a falar do rácio enfermeiro família, não falamos em relação aos alunos.

Em relação aos alunos o que é que se pode fazer? *Eles ficam a cuidar de uma ou duas famílias, mas sob a orientação do enfermeiro que tem uma série de famílias. O que complica um bocado, porque o enfermeiro anda a correr de domicílio para domicílio e não dá atenção à família, dá atenção ao doente, e como modelo de aprendizagem fica um pouco limitado. T8.30.*

Nos ensinamentos clínicos como vê os referenciais da prática na aprendizagem dos estudantes?

Não vejo como adequados. *Não têm bons referenciais da prática. Se se conseguisse mudar a prática e, por isso é que eu disse, diminuir o número de famílias por enfermeiro, aumentar o número dos elementos da equipa de enfermagem para...mas ao mesmo tempo é difícil. T8.31.* Porque com esta história das contratualizações, isto por detrás está sempre o vil metal, o que está contratualizado é o cuidado ao doente. Portanto, a família também não está envolvida na contratualização, nem o tempo que nós despendemos com aquela família, não está contratualizado nem é pago em altura nenhuma. Portanto, não... se promove nem se faz, nem se ensina.

Isso influencia o desenvolvimento de competência do estudante?

É, eu acho que sim. E na prática, mesmo que haja algum que tenha alguma ... esteja desperto e esteja mais atento e tenha alguma ..., como é que eu hei-de dizer ... predisposição para, ... chega à prática, e não tem tempo para. Eu acho que os nossos serviços estão cada vez mais complicados.

E que contributos sugere a nível da formação teórica e concetual?

No 4º ano, sim. *Acho que o 4º ano, seria o ano em que nós deveríamos investir mais nesta área. E...o ensino, o suporte ter em atenção também os referenciais teóricos que lhes dão, porque eles vêm desde o 1º ano com a Virgínia Henderson e depois chegam ao 4º ano e ensinam-lhe o modelo de Betty Neuman... Ou o modelo de Calgary. E, portanto, (...) eles não estão despertos para cuidar das famílias. T8.32*

Há diferentes formas de abordagem da família, como um contexto, como parceiro no cuidar do doente, como recurso e como sistema cliente, o que é diferenciador.

Ai não.... Isso é que devia ser uma preocupação nossa, mas eu acho que não têm grande hipótese de nós vermos e praticarmos a família como um sistema.

Porque se formos para o modelo da Betty Neuman, há alteração num sistema, as alterações nos outras todos...nós lemos no papel, até está lá. Mas depois quando chega a parte da prática, até às vezes é a própria família a dizer...ai veja lá, mudou-lhe o penso? Está aqui a falar comigo, já foi mudar o penso? É que muitos até nem sentem...quer dizer, sentem que estão a atravessar um período mau, mas não se sentem carenciados de cuidados ou de apoio ou de qualquer coisa. Depois, a seguir o luto é que a coisa vira um bocadinho. Mas *enquanto há ali um doente em fase terminal, o centro da atenção é o doente e não a família. T8.33.*

E a preparação para a perda e para o luto da família?

Eu normalmente ...e a pessoa nessa altura é que se vai abaixo. Claro é que vêm as depressões, é que vêm as fragilidades todas ... Como é que nós podemos adequar aqui isto? Só aumentando o número de elementos na prestação de cuidados. Com tão escassos recursos não dá.

Como perspectiva a formação para aprender a cuidar da família?

Acho que só numa especialidade. *Na especialidade as pessoas têm outra maturidade. Por isso faz sentido que a enfermagem de família deve ir para uma especialidade, dada a sua complexidade. T8.34.* É como a morte, deve ser enfermeiros que já tenham alguma vivência, que já tenham alguma experiência de vida, e que já tenham... como é que eu hei-de dizer...contactado com várias situações e vivido e vivenciado uma série de situações dessas.

Como perspectiva uma especialidade de enfermagem de família, para dar competência de pós graduação neste domínio?

Área da família, da enfermagem da família, eu acho que é muito necessária.

Eu não sou muito a favor da saúde comunitária que integra a formação na família. Eu sou a mais a favor da saúde pública. Acho que é muito mais abrangente essa especialidade. Portanto, além de ter comunidades, tem áreas maiores e tem problemas naquelas áreas que são comuns.

Os indicadores de saúde pública são muito precisos. Enquanto que se nós formos para a especialidade da família, eu acho que tem muito mais lógica. Mas já houve uma especialidade qualquer nessa área da família, não houve?

O que é que sugere para nós colmatarmos esta lacuna importante na área do cuidar? Já disse que parece que com este rácio de enfermeiro por utente que não é possível cuidar de famílias, então na sua opinião como deverá ser?

A enfermagem de família é uma área deve ser desenvolvida numa especialidade. T8.30.

Eu acho que uma hipótese de colmatar isso, se calhar, é mesmo uma especialidade na área da família... Depois, não sei como é que vai ser quando chegarem à prática, mas pelo menos uma grande fundamentação teórica e um grande investimento de formação na família.

Estes enfermeiros que iriam ser formados em cuidados especializados à família, eles têm cabimento nas USF (Unidades de Saúde Familiar)?

Acho que sim e fazem falta. Encaixa muito bem! Por enquanto agora não há essa figura do enfermeiro de família. Eu como utente estou inscrita numa USF e ninguém sabe do resto da minha família, é mesmo a soma das partes.

Perspetiva que no futuro a figura do enfermeiro de família ou enfermeiro especialista na área do cuidar da família, poderia ser uma mais-valia?

Sim, devemos caminhar para aí. Por exemplo, o médico de família está um bocadinho já na área da clínica geral. Repara que eles ... porque viram que era difícil, têm uma especialidade de medicina familiar, mas é naquela área do médico, porque eles põem medicina geral familiar. Portanto, é na área da clínica geral.

Como é que vê a formação para dar resposta às necessidades no futuro?

Não sei, isto está tudo em grande modificação. Está tudo muito cinzento e eu, neste momento, a nível de serviço nacional de saúde sinto que ele está a desmoronar-se pedra da pedra. Hoje cai uma pedra e amanhã cai outra, e cai outra até que eu acho que vai cair todo. E que a parte privada vai ter um papel muito importante aqui. Mesmo vê-se naquelas parcerias público-privadas, o poder que eles já têm, neste momento, na contratualização com o Estado. Portanto, eu penso que isto vai ter tudo uma grande volta.

Esta perspetiva do enfermeiro de família muito próximo das famílias, um enfermeiro com 400 famílias que a OMS tanto preconiza para a região europeia, não vê isso muito viável?

Nem em país nenhum da Europa isso é assim. Têm sempre quase todos como a soma das partes. E, se cada vez vamos entrar mais numa medicina e numa enfermagem rentável... Virada para a cura ...

Para a doença. E não estou a ver... não estou a ver que grandes alterações. A promoção de saúde pode ser agarrada pelas unidades de saúde pública que eu penso que isto vai ser a única coisa que as privadas não vão arranjar, não vão agarrar. As unidades de saúde pública não dão dinheiro, pode ser que comecem ... mas não acredito, eu acho que aquilo vai ficar sempre um bocadinho independente. A medicina no trabalho já está quase toda privatizada. E, portanto, a área da saúde familiar do que a OMS preconiza do enfermeiro de família, não estou a ver grande saída.

Por causa das contingências económicas?

Pois claro.

A nova conceção dos cuidados de saúde primários organizados por diferentes tipologias de unidades faz-lhe sentido?

... Se me falarem daquela imagem do enfermeiro de família na equipa nuclear de saúde, que é um médico, um enfermeiro e um administrativo, e tem aquelas famílias, eu até acho que há alguma intervenção a nível familiar. Até há! Mas essencialmente na província.

De facto há enfermeiras que trabalham com aquela população há 10, 15 anos que conhecem bem as famílias ...

Conhecem muito bem! Conhecem e a família até diz: _ olha a minha enfermeira. Portanto haver há, mas mais a nível de província, eu acho que sim. A nível de Lisboa, com a quantidade de hospitais, de recursos e falta de articulação eu acho que não. E que vai ser muito difícil implementar aqui essa figura.

Referiu que os rácios de enfermeiro utente tão baixos dificultam as práticas e não são bons modelos para aprender?

Pois, pois têm bons modelos. Por causa do rácio e há outro fator aí muito importante. Que eu vou dizer qual é: Eu acho que nós temos muitos enfermeiros que são mercenários. E mais não digo se não digo mal da minha classe. Mas o que eu sinto e o que eu tenho percecionado é que os enfermeiros mais antigos eram enfermeiros porque queriam, e porque gostavam investiam. E, neste momento, grande parte dos enfermeiros são enfermeiros porque...mas, desde o bacharelato, já aí há uns 15 anos que isto se nota, ... Nestas gerações mais novas vão para enfermagem e depois tiram psicologia, e depois tiram sociologia, e depois tiram farmácia, e depois tiram isto e depois tiram aquilo...e não investem. Não investem na profissão. É que não investem nada, estão desligados, procuram outra coisa na vida. Para eles, enfermagem é uma profissão como se fosse carpinteiro, e chegam ao ... sei lá ... uma coisa qualquer, chega ali faz e vai-se embora. Portanto, com uma postura destas tão racional, tão... é difícil de os envolver nas questões da enfermagem. Eu acho que esse aspeto nos últimos anos tem-se notado muito. Eu lembro-me das primeiras equipas com que trabalhei, nós gostávamos, nós investíamos, nós ficávamos para além da hora...não era aquela...então agora passa um quarto de hora das quatro e um quarto, têm todos horário acrescido porque ao fim da

semana faz uma hora ou faz duas horas já têm em vez das 36 têm as 40 ou não sei quê...quer dizer, eu nunca tinha visto isto em lado nenhum ... é uma ... Estás a ver? Vão ao quarto de hora a contabilizar para a hora extraordinária, quer dizer, é uma série de fatores...Eu acho que o trabalho não remunerado...até sou contra o voluntariado porque acho que o trabalho não remunerado não é reconhecido. Mas uma coisa é o trabalho não remunerado e outra coisa é entrar-se em excessos de trabalho remunerado, quando fazem parte do trabalho normal. Eles depois quando estão 15 minutos no café não os descontam.

Bem, e mais não digo.

Quer referir algo mais ...

Não

Então, agradeço-lhe muito a sua colaboração e devolverei a entrevista para fazer alguma emenda, ou ajustar algo que disse e que possa não transcrever da melhor forma.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENFERMEIRO TUTOR (T 9)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural

_Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil?

[Enfermeiro do sexo masculino.]

Tenho 29 anos, sou de nacionalidade portuguesa, casado, tenho 2 filhos.

Habilitações profissionais? Estabelecimentos de ensino onde concluiu os cursos de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

Fiz o curso na escola Calouste Gulbenkian em Lisboa. Estou a fazer o mestrado em saúde pública, na Escola Nacional de Saúde Pública. Fiz a pós-graduação em cuidados paliativos na Calouste Gulbenkian de Lisboa em 2006 e fiz pós-graduação em enfermagem oncológica na Escola Francisco Gentil em 2008.

a.2) Caracterização do Enfermeiro

Tempo de serviço como enfermeiro e tempo como tutor de ensinos clínicos?

Instituição onde exerce a profissão, e serviço?

Sou enfermeiro desde Novembro de 2004 (há 7 anos), estou em orientação de ensinos clínicos desde 2008 (há 4 anos), ligado à ESEL é o 3º ano. Estou com contratos de assistente contratado. Trabalhei sempre no IPO, estive até Setembro de 2010 no serviço de medicina e em Outubro comecei na urgência.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Como foi a sua primeira experiencia significativa de contactar com a morte? Foi antes do Curso? Durante ou após?

A primeira vez que contactei com a morte foi na vida social, mas um contacto muito breve. T9.1

Antes de vir para o curso?

Sim.

No curso teve oportunidade de ter outro olhar sobre a morte, na perspetiva de cuidador, ou a sua formação de base não lhe deu essa possibilidade?

Durante a formação de base tive oportunidade de, primeiro indiretamente, contactar com o fenómeno da morte e depois de forma mais concreta, T9.2, que me levou a perceber que tinha contactado com esse fenómeno já de forma indiretamente nos anos anteriores, sim. Isto durante o período de formação.

Portanto, no ensino clínico?

Sim. Nos ensinos clínicos.

C) Representação do fenómeno da morte

Enquanto enfermeiro naturalmente terá uma visão da morte. Qual é neste momento a sua representação da morte?

Neste momento, é uma opinião que ainda se vai formando todos os dias

Está em construção?

Exato, em cada experiência que se vai tendo. *A morte, neste momento, é algo que ainda me continua a assustar, sempre. T9.3*

Como lida com o fenómeno da morte?

Não é um fenómeno com o qual lido com tranquilidade. T9.4. Mas eu vejo isso no sentido positivo. Porquê? Porque acho que, enquanto eu continuar a olhar para a morte com alguma intranquilidade, com alguma inquietação, é a minha forma de eu perceber que...é a minha forma de descontextualizar e de transcrever a minha humanidade, de certa forma aquilo que me torna humano. Porque, a partir do momento em que o

fenómeno de morte, para mim, for apenas mais ... Uma banalidade, é sinal que provavelmente ou terei que mudar de profissão ou, se não quiser ser tão drástico, ou pelo menos mudar... De área em que presto os meus cuidados.

A dimensão espiritual contribui para contextualizar o fenómeno da morte?

É impossível ... eu acho que é impossível dissociar o fenómeno espiritualidade ou religião, eu prefiro chamar-lhe espiritualidade, porque a religião é uma forma de espiritualidade, portanto, espiritualidade pode ser tudo. E é um pouco difícil nós dissociarmo-nos disso, porque nós estamos inseridos, desde que nascemos, numa sociedade católica. Somos um país católico, com costumes católicos/cristãos ou ... Uma formação judaico-cristã ... *E a morte, é-nos transmitida, ou é-nos contextualizada através da lente judaico-cristã.* T9.5. Portanto, seja religião, ou seja de uma forma mais genérica, o conceito de espiritualidade está sempre inerente à visão que eu tenho e penso que qualquer um de nós terá.

Integra a dimensão espiritual no processo de cuidar?

Tem que fazer, faz naturalmente parte, mas é uma coisa que ao longo do tempo eu venho, eu tenho vindo a perceber que, para além de fazer já naturalmente, é necessário que faça. *Porque para eu conseguir prestar cuidados, ou estar junto das pessoas que estão a morrer, ou das famílias é necessário que eu aceite, que eu perceba e que eu integre que essas pessoas veem a morte com esse sentido espiritual, porque até agora nunca encontrei ninguém que passasse por este processo de morte, seja um processo mais lento ou um processo mais inesperado, ou mais célere, de forma em que essa dimensão não estivesse presente* T9.6 ... despegada. E quando uma pessoa tem algum apego por alguma coisa que perde, só isso, por si, já é uma forma de espiritualidade. Depois a pessoa direciona um bocadinho como a...depende da sua experiência de vida, depende da relação que estabelece com a sua espiritualidade ou com a sua religião. E é preciso entender isso e é preciso aceitar isso para podermos para eu poder, para eu conseguir ajudar essas pessoas a passarem por esse processo.

Essa dimensão foi importante na sua formação?

Sim, sim, sim, sem dúvida!

D) Quando começou a contactar com o fenómeno da morte, já numa perspectiva de cuidador, como foi essa experiencia para si?

Foi um bocadinho na continuidade daquilo que eu disse há pouco. *É necessário que o processo de morte me continue a inquietar, para que eu consiga ser humano naquilo que faço. Se isto é válido agora, também era válido quando comecei.* T9.7. Ainda por cima quando estava ainda um bocadinho na minha adolescência enquanto cuidador, estava a tentar encontrar o meu espaço, a encontrar a minha zona de conforto, a tentar perceber se era mesmo isso que eu queria fazer.

Estava a posicionar-se perante o seu projeto de vida ...

Exato. Exatamente, e quando recebemos contributos tão pesados, ou tão diferenciadores como a morte, sentia necessidade, naquela altura, não conseguia perspetivar isto como estou a perspetivar agora, mas sentia necessidade de me espreguiçar para perceber e para encontrar a minha zona de conforto e para tentar, de certa forma, encontrar uma área, uma área dentro da minha prática, em que me conseguisse movimentar de forma saudável.

Que fatores contribuíram para o ajudar a ser cuidador?

Em primeira instância é a inquietação. *A inquietação é o ponto de partida, a inquietação e a curiosidade. Há qualquer coisa que me incomoda e das duas, uma: ou fazemos alguma coisa para conviver com essa inquietação, ou então fechamos os olhos a essa inquietação. Aquilo que me pareceu mais certo, para mim, foi dar resposta a essa inquietação, e através da autoformação, da heteroformação, da experiência.* T9.8. *Porque a experiência é muito importante.* T9.9. Através da experiência, autoformação, heteroformação. Sim, essencialmente foi ... são esses os fatores.

Que fatores contribuíram para a sua integração como enfermeiro?

Eu tive muita sorte no sítio onde comecei a trabalhar e as pessoas com que comecei a trabalhar. Foi numa altura em que, ao contrário do que aconteceu depois, fui o único recém-licenciado a ser admitido naquele serviço num período de 4 a 5 meses. O que fez com que, naquela altura, fosse um bocadinho o benjamim, o mais novo. E nunca tive problemas em expor às pessoas as minhas preocupações, as minhas limitações, os meus receios, e as pessoas sempre foram ... sempre ... *os colegas sempre me acompanharam e*

sempre me ajudaram nessa fase inicial, em que estava a tentar encontrar o meu espaço, sempre me acompanharam e sempre me deram todo o apoio. T9.10.

E foi importante esse apoio?

Sim, sim, muito gratificante.

Que outros fatores contribuíram para além do apoio da equipa?

Claro houve outros, mas *foi também através do apoio da equipa e através do exemplo, que também me ajudaram a manter-me inquieto, e a manter-me atento e a resolver a minha inquietação* T9.11, desta forma.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Sendo enfermeiro tutor como ajuda os seus estudantes a aprender a cuidar em fim de vida?

A minha estratégia, tática como tutor passa um bocadinho por deixá-los ir, (...) porque sei que (isto no contexto do IPO) deixá-los ir até ao momento em que...porque eu sei que eles, mais tarde ou mais cedo, estando no IPO vão encontrar esse fenómeno, ou mais presente ou menos presente. Passa um bocadinho por deixá-los ir, (...) dando-lhes consciência de desconstruir um bocadinho aquilo que está a acontecer, porque a pessoa pode estar a morrer, e os alunos nem sequer terem a noção disso. T9.12. Ou seja, não têm essa noção e depois há coisas que podem acontecer muito de repente, e isso dificulta, se calhar um bocadinho, a vivência do processo, até para o próprio aluno. Por outro lado, a componente essencial da estratégia, penso eu, primeiro é deixá-los ir. Até eles se encontrarem.

Por outro lado, *outra estratégia que eu acho que é fundamental é, para além de dar o exemplo, tendo em conta aquilo por que eu passei, é começar a contrariar um bocadinho a nossa formatação.* (...) O que é que eu quero dizer com isto? Nós, quer profissionais, quer portanto os alunos que estão numa fase mais imatura do processo de vida e de formação profissional, (...) *nós não estamos formatados para lidar com a morte.* T9.13. Nada nos ensina a lidar com a morte. *Na nossa vida pessoal, ninguém nos ensina a lidar com a morte, a morte é quase um assunto tabu,* T9.14, porque...e isso ainda vê-se ainda nas pessoas que estão no hospital, pessoas muito mais velhas que

nunca lidaram com a morte de forma contínua...é quase proibido quando uma pessoa diz ... sinto-me muito mal e vou morrer, a primeira coisa reação das pessoas é...não vais nada, não digas isso ... É a negação completa. Portanto, outra estratégia é precisamente tentar começar a contrariar essa formatação. Que é o facto de (...) *nós não estarmos preparados para lidar com a morte na nossa vida pessoal e, mesmo perante o curso, aquilo que nos é falado, é precisamente isso, é falado. E isto [a morte] é uma experiência que é preciso experimentar*, T9.15, não é uma coisa que nós queiramos, obviamente, ou melhor, é um bocadinho complicado nós não querermos, é mais o facto de nós, *faz parte do ciclo de vida, mas nós não estamos habituados a encarar a morte como parte do ciclo de vida*. T9.16. Quando ela é parte do ciclo de vida. E parte do trabalho, enquanto orientador, é um bocadinho começar a tentar mexer com esta formatação que nos é inculcada na nossa vida pessoal até aos 18 anos, altura em que se entra aqui para começar a fazer o curso, quer durante o próprio curso. *A morte é falada durante o curso, mas se nas experiências do ensino clínico não for vivenciada, chega-se ao fim dos 4 anos com a mesma formatação para a não morte, que tínhamos antes* T9.17. E, portanto *aquilo que eu tento transmitir aos alunos, sempre que somos confrontados com este assunto, é tentar começar a contrariar essa visão da morte e tentar começar a integrar a morte como parte do ciclo de vida, com a naturalidade que está subjacente à morte, porque é uma coisa natural*, T9.18, é uma coisa que lhe vai acontecer e tentar também (...) *incutir nos alunos o facto de, por mais ou menos tempo que aquela pessoa fique connosco, aquela pessoa até morrer é uma pessoa que está viva, e por ser uma pessoa viva tem as suas necessidades, quer mais expressas ou menos expressas, tem a sua família mais presente ou menos presente*. T9.19. *É preciso acompanhar e dar-lhes a perceber aquilo que aquelas famílias estarão dispostas, ou estarão capazes, ou capacitadas para perceber, sem com isso perturbar o processo de aprendizagem do estudante*. T9.20.

Como perspectiva a formação para o cuidar para o bem-estar no fim de vida?

O modelo biomédico, penso eu, que encara o cuidar como uma espécie de parente pobre, porque o modelo biomédico é um reflexo... Do positivismo e daquilo que faz parte da nossa formatação, aquilo que eu neste momento estou a chamar de formatação.

Acha que ainda é um modelo que ainda está impregnado nas nossas práticas de enfermagem?

Sim. Acima de tudo no tratar, o puxar para a vida, o curar, a sofisticação, o modelo biomédico também é muito isso...a sofisticação, o uso de tecnologia avançada. E deixa um bocadinho de lado os cuidados mais básicos, se lhes podemos chamar assim, ou fazer todo o cuidar que é deixado um bocadinho de lado em benefício da cura, do procurar a vida, da dificuldade em aceitar a morte, que se calhar é também um bocadinho uma limitação nossa enquanto pessoas.

Temos culturalmente a perspetiva que a tecnologia pode resolver tudo?

Sim, exatamente e *a tecnologia está em constante progresso, ou pelo menos quer-nos fazer parecer que sim, e quase nos cria a noção de que vamos ser imortais, ou então que a morte vai ser sempre protelada para mais longe. Independentemente de nós sabermos que o ciclo de vida tem limite e é finito.* T9.21.

Como estratégias pedagógicas, o que sugere no processo de aprendizagem dos estudantes?

Acho que *uma das coisas que costuma resultar bem é as reuniões com o docente, ou com o orientador, com o profissional no contexto* T9.22. E com o aluno integrado no seu grupo, seja o grupo de estágio, seja o grupo de que tenha alguma ligação, numa reunião que envolva pares.

As reuniões clínicas sejam com o docente, seja o tutor do ensino clínico?

Exato, por exemplo se no contexto dos ensinamentos clínicos, as turmas estão todas dissolvidas mas uma reunião com uma turma, reunindo diversos contributos, diversos contextos ou com um grupo mais reduzido se as turmas são grandes. Se calhar seria mais benéfico, mas que tenha em comum qualquer coisa, ou o campo de estágio, ou o hospital em si, ou a instituição, ou os objetivos do estágio. *Eu acho que essas reuniões de pares são muito produtivas. Porquê? Porque há estudantes que partilham experiências diferentes, uns vêm de um contexto em que o objetivo é curativo, predominantemente a reabilitação e a cura. Enquanto outros estão nos serviços de oncologia, que poderá ter várias facetas, e onde o fenómeno morte poderá ocorrer com mais recorrência.* T9.23. E ter um estudante que tenha vivenciado o fenómeno da morte

transmitir a sua experiência para outro estudante que continue sem fazer a mínima ideia, ou que o conceito de morte é apenas uma coisa falada nas aulas, ou que tenham vivido isso de forma pessoal, é muito diferente do que ter, mais uma vez, alguém, um enfermeiro ou um docente a falar sobre isto. T9.24. Por isso, enfim, é o que acaba por acontecer, em maior ou menor grau, durante os tempos letivos. Portanto, acho que as reuniões de pares são sempre benéficas. T9.25. Os jornais de aprendizagem, ou as reflexões mexe um pouco mais com a capacidade individual do estudante conseguir, de facto, refletir. T9.26. Nem sempre é fácil o estudante refletir. Muitas vezes, falta um pouco de maturidade para conseguir refletir. T9.27. Mesmo quando são confrontados com o fenómeno, por vezes, se não houvesse, se não houver esta troca de experiências ou um direcionamento, uma direção, um encaminhamento, para o que fazer com este fenómeno que eu acabo de vivenciar, a reflexão perde-se um pouco. Ou seja, depende da pessoa. Se o estudante for suficientemente maduro para conseguir extrair o que experimentou e o que vivenciou daquele fenómeno, ótimo. Mas isso é um bocadinho...já é um tiro mais no escuro. Enquanto numa reunião entre pares, a própria curiosidade dos outros acaba por estimular a pessoa, o estudante a refletir naquele momento e a perceber que vivenciou, realmente, alguma coisa diferente e que, sobre a qual, importa pensar um pouco mais. T9.28.

Que metodologias considera adequadas para a aprendizagem em ensino clínico?

Eu penso que varia um pouco tendo em conta a facilidade que a pessoa tem em escrever, o gosto que têm, porque há pessoa que não gostam de escrever e a capacidade que têm em refletir sozinhos. *A reflexão tem muito a ver com estes dois fatores, com o gosto de escrever e com a capacidade para se expressar pela escrita e também por uma questão de maturidade. T9.29. Pode haver estudantes que, aquilo aconteceu e não vai mexer com (...) aquilo que eu aprendi a minha vida toda, que é, uma pessoa morre, temos duas possibilidades, ou choramos “baba e ranho” porque nos juntamos à dor e ao sofrimento daquela pessoa; ou então seguimos aquela linha que já teremos ouvido falar em algum lado, em que nós somos profissionais e as nossas emoções ficam à porta. T9.30. Há alunos que distanciam-se completamente do fenómeno e continuam com a porta fechada, sem conseguir vivenciar a morte. Acabam por criar uma impermeabilização, uma carapaça sem necessariamente vivenciar aquilo de que se estão a proteger. T9.31, seja ela de que índole for. Eles estão-se a proteger a eles. Parte*

do trabalho, se calhar, passa um bocadinho por, antes de construírem essa barreira, ter a coragem de não ter essa barreira numa fase inicial. Para perceberem ao certo aquilo que ... de quem estão a cuidar. Porque ... mas isto é uma coisa muito pessoal, é uma visão muito pessoal e contraria um pouco (...) *aquilo que me ensinaram ou que eu induzi, ou deduzi através daquilo que me ia sendo transmitido ao longo dos ensinamentos clínicos, na escola enquanto fiz a minha formação de base, que é essa questão do deixar as emoções à porta. Eu nunca consegui.* T9.32.

Mas também lhe foi passada essa mensagem?

Foi, não sei exatamente em que contexto mas foi, sim, foi. Foi *uma atitude que me foi referenciada como adequada e era uma coisa que me angustiava muito no início, porque eu tentava realmente deixar as emoções à porta e, agora vou fazer o turno da manhã, tarde ou noite, e as minhas emoções? Eu a partir daqui sou um cubo de gelo?* T9.33.

Era uma coisa que me perturbava, e que me perturbava simplesmente até ao ponto em que eu simplesmente aceitei, *aceitei-me como pessoa enquanto enfermeiro, enquanto pessoa porque na prática, não consigo ser um enfermeiro dentro do hospital e o João fora do hospital.* T9.34. *Sou o João enfermeiro dentro do hospital e fora do hospital. Com todas as suas emoções, com todas as suas vivências, com toda a sua filosofia de vida, e sem ter medo de me perturbar a mim mesmo ou aos outros com a expressão das minhas próprias emoções, seja em que contexto for.* T9.35. E sem ter de fechar torneiras e fazer bloqueio, o que me tornou uma pessoa, e um profissional muito mais tranquilo e (...) *aprendi a lidar comigo e sinto-me muito mais apto não só no contexto profissional mas também no contexto pessoal.* T9.36. Eu não gosto muito da palavra lidar, mas é uma palavra que me está a surgir agora. Não é o lidar que não gosto, mas o encarar o estar com determinadas situações e isso foi fundamental. *Tornei-me uma pessoa muito mais tranquila, aceitando-me como pessoa, e não há problema nenhum agora, se eu tiver que expressar determinada emoção perante determinada situação, perante determinada pessoa que está em sofrimento, pelo seu processo de morte, pela sua angústia, por a doença estar em progressão, ou por a situação se estar a degradar. Não sinto constrangimento em expressar as minhas emoções.* T9.37. Acontece que a própria expressão das minhas emoções, se calhar, agora é vista de maneira um pouco diferente. Há uma frase engraçada do...de uma reportagem que até passou há pouco tempo na

televisão, sobre a operação nariz vermelho, já não me recordo, foi um desses grupos, em que eles diziam...e para mim, foi uma frase muito importante porque eu pensei...é isto mesmo, é isto que eu tenho andado, que eu acho que tenho andado a fazer ao longo destes anos, desde que me aceitei que é ... eles diziam qualquer coisa como...nós não vimos aqui para chorar, porque para chorar perante estas situações, o mundo inteiro chora, nós vimos aqui para tentarmos encontrar um sorriso dentro do sofrimento. Muito interessante essa visão, porque para chorar toda a gente chora, porque toda a gente está formatada, mais uma vez voltamos a isso, toda a gente está formatada para, perante o sofrimento, chorar. Seja alheio...seja próprio, seja alheio. *As pessoas que, dentro do sofrimento, conseguem perceber que há alguma coisa, para além disso, são pessoas que conseguem encontrar outro sentido, são pessoas com outra substância, pessoas com um nível de reflexão e de pensamento sobre a questão do sofrimento e da morte, que vai um pouco mais além do corriqueiro.* T9.38. Se nós somos, se nós temos formação para tal, se nós queremos nos sentir competentes nesta área do cuidado, nós...penso que é importante conseguirmos chegar mais além. E é isso que este grupo, os doutores palhaços, e os da operação nariz vermelho acho que é isso que eles tentam fazer, e foi uma coisa que eu pensei comigo mesmo ... mas é isto que eu acho que estou a tentar fazer ou que tento fazer. Dar outro sentido à vida. Agora como é que eu conseguia traduzir isto numa frase, se calhar, era...antes das pessoas morrerem estão vivas. Portanto, há que investir até a vida deixar de existir. Outra forma muito interessante é esta que eles transmitiram, e que penso identifica, de uma maneira mais ligeira, mais profunda e com alguma piada, também o facto de ... para chorar há o mundo inteiro. Nós estamos aqui para, para além do sofrimento, tentar encontrar o sorriso. Qualquer coisa assim do género, mas que faz muito sentido. E eu enfermeiro não sou, não tenho as habilidades dos palhaços, mas à minha maneira e da minha forma, penso que é isso que eu tenho tentado vir a fazer, desde que consegui encontrar esta paz interior de não pôr uma tampa em cima daquilo que eu sou, quando estou dentro do hospital ou quando estou lá fora, ou seja lá onde for.

Há um autor que diz: Não há deserto por mais árido que seja que não tenha um oásis.

(sorrisos) Por exemplo. Sim, é outra forma de dizer. *Nesta aridez do sofrimento há-de haver alguns pontos que contrariam aquela vivência, ou que são pontos de diferenciação.* T9.39.

G) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida.

O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida?

Eu tenho notado uma evolução positiva nesse sentido. *Quando eu fiz o meu curso base, se bem me recordo, aquilo que se falava sobre a morte era meia dúzia de horas, sobre a área de oncologia e associado a isso, cuidados paliativos. E pouco mais.* T9.40. Hoje em dia, sei que há um seminário um bocadinho mais alargado sobre a doença oncológica, o que é um passo adiante. *A morte acaba por vir sempre um bocadinho atrelada à doença oncológica, apesar de não ser exclusiva, obviamente. Mas penso que é um passo positivo no sentido de dotar os estudantes de melhores competências nesta área que nós estamos a falar.* T9.41. Uma coisa que eu acho que *poderia ter algum impacto, seria trazer pessoas de fora, se calhar mesmo enfermeiros do IPO, por exemplo, para em pequenos grupos fazer uma espécie de seminário, uma espécie de conferência, uma partilha com os estudantes.* T9.42. Uma das coisas que, e até já usei essa estratégia também, agora nesta formação que estou a fazer em saúde pública, também já tivemos oportunidade de falar sobre isso noutros em trabalhos para uma disciplina, já tivemos oportunidade de falar na parte da doença oncológica. E são pessoas com outra maturidade, e com outras proveniências de formação, mas uma das coisas que eu penso que resulta bem, principalmente para pessoas jovens, isto é, se resulta bem para pessoas com mais maturidade, resultará penso, ainda melhor, para pessoas com um bocadinho menos de maturidade, é a estratégia do choque. *A estratégia do choque de início para chamar a atenção. E uma das coisas que eu utilizei foram dados epidemiológicos que nos apresentam,* T9.43, não consigo recordar agora exatamente os números, mas que aproximadamente um terço (1/3) das pessoas com menos de 30 anos atualmente vão morrer de cancro, ou vão ter algum cancro em alguma fase da sua vida, ou no seu percurso de vida. E a minha forma de chocar foi um bocado essa e apresentar à assembleia ... estão aqui 30 pessoas, quer dizer que 10 pessoas das que estão aqui, provavelmente vão ter um cancro nalguma fase da sua vida. Então, aí as pessoas ficam um bocadinho ... Serei eu? Isto assusta? Claro que assusta, porque o

cancro é uma doença assustadora, mas penso que o choque para pessoas com menos maturidade..., (...) *porque os alunos, nesta fase, se calhar vir a estas aulas não é importante. Mas penso que se forem chocados, se forem impressionados, é um primeiro passo para chamar a atenção para os despertar.* T9.44 ... é um bocadinho ... estão a fazer qualquer coisa, estão a mexer no telemóvel, que também alguns fazem isso. Faz parte, acho que só não fez quem nunca teve telemóvel numa aula ... quem está um bocadinho mais distraído, ou a falar com o colega se ouvir qualquer coisa que realmente desperte a atenção e que choque e que, se calhar, os faça pensar ... serei eu? Que tenham 18 ou 19 anos e que...serei eu? Eles ficam...um bocadinho de pé atrás e, pelo menos, durante os próximos 5 minutos tenho a atenção. Estão com as antenas mais receptivas. E se naqueles primeiros 5 minutos, forem 5 minutos de choque, acho que...foi uma estratégia que eu utilizei ... não sou pedagogo obviamente.

Considera eficaz a estratégia de choque?

Claro, porque é um bocadinho ir de encontro àquilo que a morte é para pessoas que ainda não pensaram sobre a morte. É um choque.

É a probabilidade que eu, ao longo do meu percurso de vida, me vir a deparar com uma situação ameaçadora?

Exacto, aliás *consciencializa-los que eles também vão morrer. Como nós, como qualquer um de nós. Só que nós não pensamos sobre isso, e então se nós pensarmos...* T9.45. Atenção vocês também podem, vocês também irão, seja lá de que maneira for, vocês também irão passar por isto. E, portanto, convém começarmos a pensar um bocadinho sobre isto.

Como perfil de saída, que competências (ou micro competências) considera fundamentais desenvolver no processo de aprender a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?

O principal não é a sofisticação, claro. Requer, acima de tudo, reflexão. T9.46. Requer acima de tudo que estas questões que os estudantes consigam pensar ou consigam...ou que alguém consiga fazê-los pensar sobre estas questões. O facto de contactarem, durante o ciclo de licenciatura, com a morte, o luto ou o sofrimento, é um bocadinho aleatório, tanto pode sim como pode não, dependendo dos contextos onde

desenvolverem a prática. *Mas a componente reflexiva é fundamental, é o pilar do desenvolvimento do tal perfil de competências para prestar cuidados nesta área.* T9.47. *Aliado a esse perfil de competências estará a experiência, mas a experiência não é um tiro no escuro, se é que podemos chamar assim. Nunca se sabe quando é que num determinado contexto de estágio, quando é que contactam com a morte quando é que não contactam.* T9.48.

Para si é importante adquirirem competências a que nível?

Eu acho que somos influenciados pelo modelo biomédico, que é aquilo que nos é inculcado até entrarmos aqui. E aqui, em enfermagem começamos a tentar, não é inverter, mas perceber que, para além do modelo biomédico, há outros. Há outro modelo. E a comunicação...e também um bocadinho influenciados por aquilo que se vê na televisão, naquelas séries fantasiosas de que há muito pouca comunicação e muita acção, há muito que fazer, há muito que intervir, há muito salvar, há muita vida. *E a comunicação, por vezes, é posta um bocadinho de lado porque há muito interesse e muita curiosidade em experimentar as técnicas em puncionar, em algaliar, em entubar, em fazer aquelas técnicas todas sofisticadas.* T9.49.

Investem mais no domínio técnico-científico e não tanto no domínio relacional?

Sim, sim, sim. É fundamental, é incontornável.

Os estudantes são de uma época histórica diferente, onde se privilegia o uso de tecnologias de informação e comunicação, diferentes de outros tempos. Como perspetiva o desenvolvimento de competências relacionais nos estudantes?

Nunca tinha relacionado com essa questão do uso das tecnologias mas, mas agora que falam nisso é que pode ter uma relação, sim. *Agora, as pessoas mais jovens não estão tão habituadas...aliás há outras formas de comunicação para além do cara-a-cara, há as redes sociais, há o Messenger, há os telemóveis. Mas a emoção, ninguém vê a emoção da pessoa. É interessante analisar essa perspetiva da comunicação.* T9.50.

Nunca tinha identificado tão claramente uma possível etiologia. A percepção que eu tinha devia-se um pouco a...à falta de preparação, à falta de preparação pessoal ou falta de preparação...académica não direi, porque isso é um bocadinho transversal a qualquer

peessoa que está, enfim, que está numa fase ... em processo formativo, mas nunca tinha relacionado com essa possível fonte, que é possível e faz sentido!

As pessoas não estão habituadas, ou melhor estão habituadas cada vez menos a comunicar cara-a-cara, sim. E agora há um leque enorme de possibilidades de comunicar, muito mais cómodos do que, se calhar falar na cara do outro e em ambientes mais protegidos.

Há uns tempos atrás, a pessoa que queria desabafar combinava com um amigo ou amiga, ligava e iam os dois, ou tomar café ou, até a casa, ou à praia, mas as pessoas falavam lado a lado. E agora desabafam por telemóvel, ou...preciso falar contigo, vem ao messenger ou sei lá onde for, e já não saem de casa, e as emoções ficam um bocado perdidas. É interessante, nunca tinha pensado que *a comunicação virtual não proporciona este bom desempenho. Chegam ao hospital e nem sabem olhar na cara da pessoa. Para eles a comunicação é um fenómeno muito mais abstracto do que era para nós.* T9.51. E, *têm muita dificuldade também na gestão dos silêncios, o facto de estarem simplesmente ali, a parte do saber-estar, a parte do estar ali e de constituir, só com esse facto, um elemento securizante, é uma coisa que também têm dificuldade em perceber.* T9.52. Porque...lá está, é preciso fazer, é preciso ... a pessoa está a sofrer...está de alguma forma a mostrar algum sofrimento, não basta estar ali a ouvir aquela pessoa, aliás basta. Mas é um bocadinho o que eles pensam. *Para o estudante não basta estar ali a ouvir aquela pessoa é preciso resolver-lhe o sofrimento fazendo qualquer coisa, que eles não sabem muito bem o que é, mas que pode ser simplesmente estar ali. E ouvir.* T9.53.

Como é essa competência do saber estar?

É essa competência que (...) *leva-nos para a tal simplificação dos cuidados, a anti sofisticação que existe e que é necessário para cuidar de pessoas nesta fase, ou perto da morte ou enfim no processo. Por vezes, basta estar ali, e saber estar e saber quando a pessoa não quer dizer nada, dar-lhe espaço para não dizer nada.* T9.54. Mas, *quando a pessoa estende a ponte, não dizer, Oh não diga isso, não faça isso, não pense nisso, vai melhorar.* T9.55. Quando nós estamos a ser desonestos, se for realmente o caso, é importante conseguir perceber isso, quando é ... quando (...) *O saber-estar, o saber respeitar o silêncio da pessoa quando ela quer, mas quando a pessoa estende a ponte, aproveitar. E respeitar o timing da pessoa.* T9.56.

Pode haver fases do processo em que a pessoa está e perceber que ao longo do dia pode passar por diferentes fases, a pessoa no mesmo dia pode ter fases de aceitação nuns aspetos, rejeição doutros, negociação doutros. As coisas não são tão lineares como nós julgamos. T9.57.

Como perceciona a aprendizagem dos estudantes no cuidar da família?

Acho que não se pode dissociar a família do processo. E não se pode querer que o aluno, querer que o estudante aprenda de forma compartimentada. Para perceber o processo é necessário que a família esteja presente. A família também faz parte. T9.58.

E, se logo que possível integrar a família, isto em relação ao estudante, porque fazer perceber ao estudante que a família faz parte do processo e não o agora dedica-se ao utente só, à pessoa que está a morrer e a família ficará para depois. Não! São a mesma coisa, por assim dizer. Cada qual no seu papel. Não se pode dissociar a família, T9.59,

porque parte do sofrimento daquela pessoa pode ter a ver com a família, com coisas que não consegue dizer, com coisas que tem mal resolvidas, com coisas que gostaria ainda de fazer com a família mas que está a perceber que não vai conseguir fazer, e não se pode cortar o fluxo.

Estão sensíveis ao cuidar da família?

Numa fase inicial creio que pode ser difícil, porque estão tão concentrados na pessoa... e na sua sintomatologia que é fácil deixarem de lado quem não está doente, ou quem está a sofrer de maneira diferente. Isso compete depois a quem está a ajudar o estudante, neste processo, fazê-lo perceber que não pode ver a pessoa num lado e a família no outro. T9.60.

Porque isso acaba por ser uma forma de contribuir para o sofrimento dessa pessoa. *A família daquela pessoa, se estiver a sofrer e se não for igualmente acompanhada, também essa família não vai conseguir duas coisas: não vai conseguir vivenciar o seu processo de luto antecipado ou o luto na “altura certa” e preparar-se para tal, como também não vai conseguir ajudar a pessoa a morrer a vivenciar o seu processo de maneira mais equilibrada. T9.61.*

Quer acrescentar mais alguma ideia a esta problemática?

Não tenho mais a referir.

Então muito obrigada por se dispor a colaborar.

Devolvo a entrevista para fazer alguma emenda, ou ajustar algo que disse e que possa não transcrever da melhor forma.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENFERMEIRO TUTOR (T10)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

E) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural

Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil? Habilitações profissionais? Estabelecimento de ensino onde concluiu o curso de enfermagem, que o habilitou para a profissão?

[Enfermeiro do sexo masculino].

Sou de nacionalidade portuguesa, tenho 26 anos, sou solteiro. Fiz a licenciatura há 3 anos na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

a.2) Caracterização do enfermeiro

-Tempo de serviço como enfermeiro e tempo como tutor de ensinos clínicos?

- Instituição onde exerce a profissão, e serviço?

Tenho 3 anos como enfermeiro. Oriento estudantes em ensino clínico há 3 anos inicialmente no C.S. de Carnaxide, nos cuidados continuados e agora na USF Conde de Oeiras do ACES de Oeiras.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Como foi a sua primeira experiência significativa de contactar com a morte? Foi antes do Curso? Durante ou após?

O primeiro contacto com a morte foi com familiares, mas não lhe prestei cuidados.

T10.1. Tive morte de familiares, mas em situações que não eram esperadas. *Prestar*

cuidados foi só como profissional nos cuidados continuados. T10.2. Em termos de estágio na escola foi em contexto hospitalar o contacto foi com situações esperadas, mas eu não me lembro. A situação que me vem à lembrança já eu era enfermeiro nos cuidados continuados do C.S. de Carnaxide. Aí comecei a ter experiência mesmo a sério, com a morte.

C) Que representação tem hoje do fenómeno da morte?

Ao pensar na morte própria ou na de uma pessoa próxima, que representação tem do fenómeno da morte?

Eu sempre fui uma pessoa muito mais racional que emotiva. Sempre encarei a morte como fazendo parte do ciclo de vida. Temos um início e temos um fim, como se fosse um processo. T10.3. Quando comecei a cuidar e fui tendo uma sensibilidade diferente. Vejo a questão do início e do fim com a morte, mais como um ciclo. A morte mas novamente para a vida. T10.4.

Que sentimentos associados à morte?

Sempre a encarei a morte de uma forma natural. T10.5.

A sua visão da morte “mais como um ciclo”, como refere, tem conotação espiritual?

Antes não estava tão sensibilizado para a dimensão espiritual, mas agora estou. (...)

Sempre fui muito racional, mas quando contactei com estes doentes e com a morte em si a minha visão mudou. As pessoas passam por experiências como se tivessem morrido, mas não morreram e que têm o cuidado de nos passar esses testemunhos e também pelas experiências de pessoas pela hipnose e regressão. (...) Acho que realmente nós não acabamos, somos contínuos. T10.6

Considera que o nosso Eu existencial se prolonga por algum tempo, ou pelo infinito?

Sim, tenho esse sentimento de esperança que nós não somos finitos, mas somos infinitos. Eu tenho essa percepção. T10.7.

Não é fácil mobilizar isto para a profissão. Atenção nem toda a gente pensa como eu!

São sempre sinais que nós podemos dar e se encontramos receptividade na família ou no utente e podemos entrar por esse caminho.

O “entrar por esse caminho”, como refere ajuda-o no processo de cuidar?

Ajuda a família e ajuda o utente, tem é que haver uma abertura por parte do familiar ou do utente em fase terminal. É um aspeto muito sensível em que nem toda a gente pensa do mesmo modo. Comecei a estar mais atento. Por exemplo: as pessoas que não conseguem aceitar a morte porque ainda estão agarrados a coisas terrenas. Podem ser coisas materiais, podem ser relacionais, família que querem ver antes de partir, projetos não concluídos, etc. Era um aspeto que eu estava a “leste”. Já tinha ouvido falar, mas achava que isso era conversa. *Mas a minha opinião mudou completamente, quando nós conseguimos identificar fatores que para o utente ou para a família podem ser facilitadores da sua passagem. T10.8.*

Atenção que por exemplo, num casal, um pode ter uma visão, outro pode ter outra, um acreditar numa continuidade, outro não. Isso não significa que não possamos abordar essas questões porque na verdade até se podem abrir portas.

Foi a minha experiencia que me fez repensar muito no tipo de cuidados que eu prestava no início e que agora faço de forma diferente, porque estou mais sensível a todos estes aspetos. T10.9.

D) No desempenho profissional como foi cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

Tive dificuldades principalmente relacionais. Como falar do assunto? A que é que eu tinha que estar atento? Não só ao utente, mas também à família. Era todo o contexto. T10.10. Por onde havia de começar? Primeiro tinha uma abordagem muito tecnicista pelo facto de não ter tido oportunidades no curso e nos ensinamentos clínicos de contactar com estas situações. Falamos muito a nível curricular, mas a aplicação foi muito pouca. T10.11. E a sensibilidade era outra e nem me consigo recordar de experiencias que tive nesta área.

Outra dificuldade era na frequência das visitas domiciliárias e a disponibilidade que nós deveríamos mostrar aos utentes sempre que tivessem dúvidas e precisassem dos nossos cuidados. Era uma coisa que me passava ao lado, estava muito focado só na visita e esquecia o resto. T10.12.

Resumindo as minhas dificuldades a nível relacional foram porque não tinha experiência do passado, nem estava aberta a outras dimensões do cuidar que não as fisiológicas. T10.13.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Fiz quase tudo. A primeira coisa foi a observação. As visitas domiciliares não eram visitas isoladas, mas em conjunto com colegas. Foi a observação de colegas que já tinham experiência e sabiam lidar com este tipo de situação. T10.14.

O ler não foi muito. Mas estava muito atento aos programas de televisão. Abordavam vários temas e alguns sobre o cuidar na morte e referiam alguns livros e relatavam experiências dos profissionais e das pessoas que cuidavam. T10.15.

Os filmes também me influenciaram muito, não para o cuidar, mas para a perspetiva da morte. T10.16. A leitura orientada também ajudou. T10.17.

A partilha das dificuldades com os pares também foi uma estratégia?

Era uma prática muito informal na equipa onde trabalhava, como fazemos com os amigos e família. Um aspeto muito positivo daquela equipa era a abertura que tinham para as nossas dúvidas e para as nossas dificuldades e incertezas que pudessem advir destas situações. T10.18.

Sem dúvida ajudaram-me imenso não só porque eu estava “muito verde”, mas porque a equipa tinha muita experiência. Também na orientação das visitas que gradualmente fui ficando mais autónomo. Essa partilha de experiência na equipa deu-me muita confiança para poder fazer visitas já sozinho. T10.19. Outro aspeto que também me deu confiança foi o facto de trabalharmos por áreas geográficas pois ao termos famílias que iam sendo as mesmas ao longo do tempo acabávamos por criar laços e dar um tipo de resposta mais completa e personalizada. T10.20.

E) Na supervisão clínica, como ajuda os estudantes a aprender a cuidar em fim de vida?

A minha perceção é um bocadinho a sensação que eu tive quando iniciei as minhas funções. O tipo de ensino que os estudantes têm é muito teórico, que é importante, mas em termos práticos de aplicação prática é muito reduzida. T10.21.

Ou o aluno vem com uma experiência pessoal, ou profissional de outro estágio já bem elaborada, ou (...) *a percepção que eu tenho é que as dificuldades que os estudantes sentiram eram idênticas às minhas. As dificuldades em comunicar, T10.22*, embora haja pessoas com boas competências relacionais e de comunicação. Por exemplo, um aspecto importante e que nos dão nas aulas é sobre a comunicação verbal e não-verbal mas uma coisa que às vezes é esquecida é da importância de haver congruência entre as duas. *Não vale a pena estar com uma linguagem verbal quando o nosso comportamento “diz” exatamente o contrário. Não vale a pena estarmos a “ser falsos”. Porque isso também se sente. T10.23.* É preferível dizer “Eu não compreendo muito bem o que está a passar!” do que dizer “Compreendo o que está a passar!” se não é verdade. Numa situação de perda às vezes nós não conseguimos compreender o que a pessoa está a passar. *É muito importante sermos autênticos na relação com o cliente. T10.24.* O fazer um gesto e dar apoio é importante, mas se for muito produzido, não vamos ter bons resultados. Saí muito estereotipado.

Os alunos têm alguns fundamentos teóricos, têm! Eles não vêm completamente “verdes”, agora a aplicabilidade é que muito variada, mas eles precisam de passar pelas situações. T10.25

Nos alunos do quarto ano, muitas vezes, só contactam com estes doentes no estágio do 4º ano de saúde comunitária. T10.26

E que estratégias mobiliza para ajudar os estudantes?

Quando eu fui aluno a professora falava da sua experiência que já não era atual e isso era negativo.

Se eu fosse aluno gostava que me dessem testemunhos dos profissionais de saúde e do cuidador. O dar exemplos reais. Isto podia ser presencial, ou através de um vídeo ou de uma entrevista gravada. T10.27. O mostrar imagens (respeitando todos os aspetos éticos). *Basicamente é mostrar algo que os chame a atenção dos alunos sobre o morrer. T10.28.* *É também importante ver as 2 perspetivas do cuidar em fim de vida, nos cuidados hospitalares e nos CSP. Essa diferença, ou essa articulação é muito importante, e iria ser muito mais rico. Por fim, pôr os alunos a discutir todas essas situações. T10.29.*

Eu sei que é difícil captar a atenção da audiência.

Há alguns instrumentos pedagógicos que nós utilizamos nos ensinamentos clínicos o que podem ou não ser facilitadores da aprendizagem. Qual a sua opinião?

Eu quando era aluno achava esses instrumentos pedagógicos uma “seca”. Agora que estou noutra perspectiva, e acho que é muito importante. Porque refletir sobre o que nós praticamos e vivemos, é uma aprendizagem. T10.30.

Ao escrever conseguimos identificar quais são as nossas dificuldades, o que eu fiz, o que eu devia fazer, e orientar a nossa prática numa nova situação. E isso é muito importante. T10.31.

Na altura, quando eu era aluno não conseguia ver esta perspectiva da reflexão sobre a prática, mas agora que estou neste papel de cuidador e de orientador de estágio, consigo ver muito melhor. Agora tenho a noção do tipo de interpretação e de ajuda que eu posso dar a um aluno que me apresenta esses diários de aprendizagem. T10.32. Este instrumento é muito útil para a aprendizagem do aluno e para a ajuda que os profissionais de saúde podem dar através da sua análise.

A frequência com que o diário de aprendizagem deve ser feito eu não sei qual é a melhor. Acho que devem ser os estudantes a selecionar os casos e por exemplo dois diários por mês de experiências significativas. T10.33. E depois discutir com o estudante o que ele escreveu. Porque se ele acha que estamos a banalizar o instrumento, então acabamos mesmo por banalizar. Se o aluno não tem o feedback do que ele escreveu/vivenciou passamos uma imagem muito negativa como orientadores. T10.34.

A discussão do trabalho de reflexão sobre a prática deve envolver o estudante, o professor e o enfermeiro orientador. T10.35. Supondo que num estágio de 4 a 6 semanas o estudante tem que escrever dois registos de incidentes críticos. Numa avaliação intermédia a possibilidade de haver ali um documento escrito pelo aluno até ajuda a detetar dificuldade e encontrar estratégias para as superar e devemos aproveitar esse momento para ver se estas são ou não superadas no final do estágio. No final caberá aos dois [docente e tutor] fazer essa avaliação e discutir o trabalho do aluno. T10.36.

Que contributos do professor e do enfermeiro tutor para a aprendizagem?

O estudante refere situações da prática que terá que ser vista com o orientador de estágio e o aluno, o tutor está ali como intermediário, deve dar a sua opinião e tem a sua experiência pessoal e profissional e pode dar contributos. T10.37.

A análise do documento e a sua discussão deve contar para a avaliação final e ser apreciada pelos dois orientadores. Isto é, não é propriamente o instrumento que vai funcionar como um parâmetro avaliador, do tipo fez, não fez, tem mais ou menos pontuação. É o facto de espelhar o que o aluno conseguiu aprender e o que conseguiu mobilizar.

Valorizo muito o que eu passei enquanto estudante e já lá vão 3 anos, e agora como eu vejo as coisas. Isso tem sido muito construtivo. Nunca me esqueço que fui aluno e as dificuldades que tive. T10.38.

F) O que considera importante no processo de ensino aprendizagem, para capacitar o estudante a cuidar em fim de vida?

Os estudantes têm já algumas competências, mas a sensação que eu tenho é que eles centram-se muito mais no utente, e muitas vezes a família, ou o cuidador informal e o ambiente é muitas vezes descurado e isso eles precisam de aprender no contexto. T10.39.

Falou do ambiente, que é também uma determinante da saúde e da doença, e os estudantes estão atentos às questões do ambiente?

Quando estou a falar do ambiente refiro-me não só ao ambiente familiar, o tipo de relações que a família estabelece. Mas também ao ambiente físico.

Estamos a cuidar em casa do utente e os ambientes relacionais podem não ser os melhores e nós temos que estar atentos. Pode acontecer serem familiares a cuidar de utentes com que nunca tiveram uma relação familiar boa, ou estável. E isso é muito difícil para todas as partes: que é o utente, o familiar e o profissional de saúde que é o mediador da situação. T10.40.

Outro aspeto são os cuidadores informais que não são da família e às vezes não conhecem muito bem o utente, também acontece no caso de abandono familiar.

O ambiente físico era um aspeto em que eu estava muito desatento e que também faz muito sentido. Nós temos que valorizar onde é que o utente se sente mais à vontade, onde está melhor. T10.41. Pode ser a sua casa ou de um familiar. Habitualmente é a sua

casa. Mas é importante saber qual o local da casa onde se sente melhor, mais seguro, isto é importante e nós às vezes descuramos muito esse aspeto. Se está doente vamos por no quarto, por uma questão de facilidade.

Para além da casa há outros aspetos do ambiente. A questão da luminosidade. Temos a tendência natural de que se é dia vamos abrir a janela pois é importante não simular a noite, mas temos que estar sensíveis a outros aspetos, temos que perguntar o que na verdade é mais confortável para o utente. Por exemplo, se o doente está com foto sensibilidade é importante estar à média luz, porque dá mais serenidade.

A importância da audição, o saber se gostava de ouvir rádio, que programa? Se gostava de ver TV? Às vezes ligamos lhe a televisão que só serve para fazer barulho, se calhar nem lhes apetece ver televisão, nem gostam daquele programa, nem querem naquele momento ruído.

Se gostavam de ter o cão perto deles? Vamos por o cão perto deles. Se gostava de dormir com o gato ao fundo da cama? Porque não pôr o gato ao fundo da cama, nos pés? São aspetos que são muito descorados e nós com a prática e com o diálogo vamos aprendendo a cuidar. Há uma abertura nos profissionais de saúde que cuidam deste tipo de doentes e dos cuidados paliativos, ao contrário de outros profissionais que não cuidam em fim de vida e até com algumas famílias. Pode ser difícil e chocar o facto de o cão estar presente junto de uma pessoa que está doente, implica com os conceitos de higiene não só para os cuidadores como para os profissionais que não fazem abordagem a pessoas em fim de vida.

Outra coisa tem a ver com a alimentação, se o doente gostava de beber uma cerveja, ou tomar um drink, pode faze-lo. O que se pretende é promover o conforto e o bem-estar e permitir que o doente faça as coisas que ele gostava de fazer e ainda pode fazer perfeitamente. Mais uma vez, muitas vezes esta permissão também colide com a opinião das famílias.

As questões da alimentação devem ser partilhadas com o médico, porque a família quer ter o consentimento médico para deixar o doente comer isto ou aquilo, que o doente gosta e o fruto proibido é sempre o mais apetecido. Quando o médico vai fazer a visita, após a minha, eu digo ao médico que informação dei à família para não haver dicotomia na informação. Isso é muito importante, se eu digo uma coisa, e o médico diz outra, há uma descredibilização de ambos os profissionais. Temos que programar os cuidados em conjunto com a equipa. Também é muito importante avaliar a situação porque ele pode

ter já muito conhecimento que adquiriu no processo de evolução da doença, no contacto com outros profissionais e em outras instituições. Se chegamos a casa do utente e estamos a contrariar tudo o que ele aprendeu, isso não deve acontecer.

Portanto, todos estes aspetos, (...) *todos estes pormenores do cuidar são difíceis de interiorizar apenas com um conhecimento teórico, a passagem por estas experiências são mais uma vez fundamentais para uma correta mobilização dos conhecimentos. Pela minha experiência na orientação de alunos considero que eles não estão muito atentos aos pormenores que contribuem para o bem-estar do doente. T10.42.*

Que competências considera importantes os estudantes adquirirem, no fim do curso para cuidarem estes doentes?

Primeiro *saber fazer a abordagem da avaliação dos aspetos físicos, essa parte é importantíssima. É uma das dificuldades que eles têm. Essa competência tem que estar integrada, pode não ser nos 100%, mas pelo menos estar sensível, se assim for já estamos no caminho certo. T10.43*

Em termos de competências técnico-científicas esse tipo de abordagem já foi feita. E apostar no estudo que não é necessário só naquele estágio, mas o vai ser ao longo da sua prática.

Nas competências relacionais os alunos sabem, mas têm algumas dificuldades. Especialmente na questão dos silêncios. T10.44. Também a mim como estudante me custou muito a gerir. A minha preocupação era: Meu Deus o que é que eu vou falar agora! Sentimos que temos que falar qualquer coisa, mas nem sempre é assim. Temos tempo para o silêncio e tempo para falar e gerir bem aquela situação.

Em termos de escuta ativa, às vezes estamos a ouvir e não estamos a escutar. Ou somos seletivos no que queremos ouvir. É uma construção que temos que fazer. Mas os estudantes ficam sensíveis para estes aspetos, mas claro depende muito de cada um como é óbvio. T10.45. E depende muito do tutor para “puxar” pelas potencialidades que eles têm e par orientarmos o caminho. Isso sem dúvida.

Falar sobre o que nós vivemos e sobre o que nós sentimos é fundamental. Saber se tem mais facilidades, mais dificuldades, mas nós também podemos orientar essa partilha de conhecimentos e de experiências, para saber o que precisamos de trabalhar.

Falou da avaliação fisiológica. Os estudantes estão sensíveis a apreciação de sinais e sintomas do doente?

Eu também senti dificuldade na avaliação da dor. E nós enfermeiros quando instituímos a dor como o quinto sinal vital, temos que valorizar ter dado tanta importância a esse sinal vital. T10.46. Acho que os estudantes não têm ainda muito essa sensibilidade para a avaliação da dor. Sabem que existe dor, sabem que existem escalas para avaliar a dor e sabem que existem diversas técnicas para aliviar a dor, mas no entanto, em contexto prático parece que esquecem tudo isso. T10.47

Se o fazem acabam por ser, tal como muitos profissionais, muito farmacológicos. Avaliamos a dor, o doente apresenta um valor elevado na escala, vamos aumentar a dose de analgésico. Também é importante saber que há técnicas não farmacológicas de alívio da dor, mas esquecemos muito das técnicas não farmacológicas. T10.48. Por vezes pode ser necessário só reposicionar o doente, mais nada.

O que me apercebo é que na escola e nos hospitais damos muita importância à abordagem farmacológica para controlo da dor. Esquecíamos muitas vezes de passar pelos diferentes degraus, referido pela escada da dor da OMS. T10.49. Primeiro as medidas preventivas, depois os anti-inflamatórios e só depois os opiáceos. Toda a gente para subir a escada tem que subir degrau a degrau e iam logo para outro patamar e esqueciam muito isso. O que deveria vir logo na abordagem da dor eram técnicas não farmacológicas de controlo da dor. Pode ser hidratar a boca por exemplo, reposicionar, tirar o cobertor de cima. Coisas tão simples.

Quer dar mais alguma opinião sobre esta matéria?

Não sei! Que contributo é que posso dar mais para a escola?

Por exemplo: Que estratégias pedagógicas para trabalhar este tema do morrer?

Embora seja difícil simular este tipo de situações. Acho que os testemunhos são mais importantes. Embora *todas as técnicas pedagógicas em que haja interatividade devem ser estimuladas: O rollplay, o metaplano. Não me lembro de utilizar estas técnicas na escola, só agora nas formações que tenho tido. Mas são métodos tão antigos, simples e que parecem parolos, mas que resultam, têm sido esquecidos e não deviam ser esquecidos. T10.50. Lembramo-nos muito bem das situações e dos grupos que disseram aquilo e fixamos. É muito importante esta interatividade.*

A aula com um preletor e o outro estar a ouvir, essa fase já passou um bocadinho. A aula expositiva é importante, mas já estamos noutra fase. O tipo de enfermeiro hoje é diferente do que nós tínhamos há uns anos atrás, está a modificar esse conceito e nós temos que acompanhar a evolução. T10.51.

Muito obrigada. Terminamos a entrevista. Foi muito importante a sua opinião. Quer que eu depois de transcrita lhe devolva a entrevista para analisar e verificar o que disse?

Gostava de ter acesso à entrevista transcrita.

Vou devolver por email para poder emendar, se achar conveniente reformular algo.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENFERMEIRA TUTORA (T 11)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato.

Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural

_ Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil?

[Enfermeira do sexo feminino].

A minha nacionalidade é portuguesa, embora seja filha de pais emigrantes e tenha feito alguma escolaridade no estrangeiro. Tenho 43 anos, sou casada, tenho 2 filhos adolescentes.

Quais as habilitações profissionais? E o estabelecimento de ensino onde concluiu os cursos de enfermagem, que a habilitou para a profissão?

Terminei o Curso de Bacharel em Enfermagem há 21 anos. Fiz o curso na antiga escola de S. Vicente de Paulo de Lisboa. Mais tarde fiz a especialidade de saúde mental e formação pós básica em cuidados paliativos.

a.2) Caracterização profissional

Tempo no exercício em enfermagem e tempo como tutor de ensinos clínicos?

Instituição onde exerce a profissão, e serviço?

Sou enfermeira há cerca de 21 anos e comecei a orientar estágios aos primeiros alunos, quando fui trabalhar para o hospital, há cerca de 15 anos. Trabalho atualmente numa unidade de cuidados paliativos de um hospital particular de Lisboa.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Como foi a sua primeira experiência significativa de contactar com a morte? Foi antes do Curso? Durante ou após?

Antes de ir para o curso eu não tive qualquer contacto com a morte. Sabia que as pessoas morriam, porque desapareciam. Mas nunca assisti a cerimónias fúnebres, velório, funerais, etc. T11.1. A minha família tentou preservar-me. Inclusivamente a minha avó morreu quando eu estava em exames no liceu e só soube mais tarde. Não me disseram para não perturbar o meu aproveitamento escolar. Fiquei revoltada, no início por não me deixarem a mim decidir o que fazer e eu queria-me despedir dela.

Daí que a minha primeira experiência com o morrer foi no curso de enfermagem. T11.2. Primeiro num lar de idosos, mas aí não me custou muito, até porque não morreu propriamente nenhum comigo. Eu percebia que estavam para morrer, mas a situação era um pouco isolada dos outros doentes, creio que também para os preservar. Mas com os idosos era uma morte esperada, ou anunciada, a família sabia e ia se despedindo. Inclusivamente as pessoas tinham muito apoio espiritual, o que dava assim uma ideia de antecâmara do céu, ou do purgatório, T11.3, sei lá.... Mas eram apoiadas e preparadas para o desenlace final, havia um certo clima de aceitação e de preparação para a partida, tanto do moribundo como da família e do pessoal que lá trabalhava. Não havia cuidados paliativos na época em que eu fiz o curso, mas era um cuidar humanizado e respeitava-se o tempo e a vontade da pessoa, havia isolamento e privacidade, para se poder morrer com alguma tranquilidade. T11.4.

O meu primeiro choque foi quando estava a fazer um estágio na urgência dum Hospital de Lisboa e chega um jovem acidentado que não sobreviveu. T11.5. A família a chorar, aquela confusão toda na equipa. O dar a notícia foi tudo muito doloroso e traumatizante. O ser confrontada com a morte repentina foi um choque para mim. Percebi pela primeira vez que a morte não é a etapa que sucede à velhice. Pode ocorrer em qualquer momento e isso desconcertou-me. T11.6.

É o despertar de que também lhe podia acontecer à senhora, a qualquer momento.

Pois é essa mudança de perspectiva da morte que incomoda. Se até ali eu via a morte como o fim de uma longa vida passei a vê-la como uma possibilidade de acontecer a qualquer um e em qualquer idade, isso mexeu muito comigo. T11.7. Nem imagina! Pensar que aquele Ele morto podia ser Eu. Este espelhamento é muito doloroso. T11.8.

Eu lembro-me que foi tão intensa esta experiência que dava por mim a sonhar: se eu morresse como seria? Como reagia a minha família e amigos? Como seria o meu funeral? *O que me acontecia depois da morte? Acaba aqui tudo, ou não? Haverá algo para além da morte do corpo físico? Começaram a emergir a partir de então todas as questões metafísicas que antes estavam fora do meu questionamento ou reflexão.* T11.9

C) Representação do fenómeno da morte

Ao pensar na sua própria morte ou na de uma pessoa próxima, que representação tem?

Como já referi, o que me assustou mais foi pensar na minha morte. E só depois é que comecei a pensar na dos outros, até porque me morreram familiares e amigos muito queridos e isso faz-nos sempre repensar a vida e o que vale ser vivido, o que é importante.

Que sentimentos lhe provoca?

O primeiro sentimento a lidar é a saudade, quer quando penso na minha morte, quer na dos outros. T11.10. *Esta vida de relação que é interrompida, deixa mágoa, deixa a sensação de perda. A separação dos vínculos afetivos é dolorosa.* T11.12.

Depois penso na minha morte e preocupo-me se fiz tudo o que devia, se cumpri a minha missão nesta vida, se dei algo a este mundo, se desempenhei bem os meus papéis... T11.13, compreende?

É importante ter a convicção de que fez o melhor aos outros?

Sim. Ter a sensação de que fui boa filha, boa esposa, boa mãe, boa enfermeira, boa orientadora dos estudantes ... (risos). *Isso para mim é segurizante saber que posso partir a qualquer momento, mas que fui importante, fui útil para os outros, creio que é essa a minha missão. Então esforço-me por a cumprir o melhor que posso.* T11.14. Mas também não me penalizo se às vezes não consigo estar tão bem como desejaria. Também me dou o direito de falhar, desde que não falhe sempre na mesma coisa, tudo bem, é um momento de aprendizagem. Então vamos aprender.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

Como já disse acabei o curso há mais de 20 anos. *Era muito jovem e creio que não tinha maturidade para estas questões da morte e do morrer. Creio que a escola, à moda da época, transmitiu-nos os melhores ensinamentos, mas a nossa imaturidade não dá para abarcar tudo o que nos querem ensinar.* T11.15. Eu estava mais preocupada com o acabar o curso, ter emprego, casar, ter filhos. O meu projeto pessoal de vida familiar era muito forte. A minha área de interesse era a saúde materna e a saúde infantil, talvez por serem as áreas do ciclo de vida que me estavam mais próximas. Queria ir trabalhar para a pediatria, talvez como forma de aprender a ser mãe. O cuidar em fim de vida e para a morte não era uma área do meu interesse, até porque naquela época, não havia em Portugal esta filosofia dos cuidados paliativos.

No desempenho profissional como foi a experiência de cuidar pessoas em fim de vida e das suas famílias?

Tive e se calhar ainda tenho dificuldade. *Não é fácil lidar com estas situações de morrer. É preciso dar muito de nós. Ter disponibilidade interna para acolher o outro que ... nem sei como dizer Está mais adiantado que nós no seu processo de vida. Sim porque todos vamos morrer.* T11.16. *Não me custa saber que vou morrer o que me custa é o sofrimento, a desfiguração, as perdas, o perder as forças, a perda da capacidade de pensar e de me relacionar. As perdas que este processo de agonia traz é que assusta a gente.* T11.17.

O dialogar com o outro não é fácil. Explicar ao doente ou à família, que às vezes ainda vem cheia de esperança na vida, que vai precisar de transformar essa esperança na vida por uma esperança numa morte digna e confortável, é um grande desafio. T11.18.

Como é para a Sr^a Enfermeira cuidar da família?

Para mim é difícil comunicar com todos os membros da família do doente, porque são todas pessoas diferentes, em etapas do ciclo de vida diferentes, podem ter visões diferentes sobre a morte, expressam e sentem emoções diferentes. T11.19. Por vezes prefiro falar com cada membro, em momentos diferentes, para perceber o que se passa. De que modo ele está a viver aquele processo de luto.

Como pode calcular numa família pode haver de tudo. Desde o filho que deseja que o pai morra rápido para herdar os bens, à esposa dedicada que sabe que vai perder o seu companheiro, amparo de uma vida, suporte económico e emocional. Ou à neta que não entende o que se passa com a avó que é ainda quem a ampara, porque os pais estão ausentes.

Cada família tem as suas histórias, os seus segredos, a sua forma de se exprimir. Mas tenho aprendido a respeitar e a ajudar a respeitar os sentimentos de cada um. T11.20. A morte também pode ser sentida como um alívio para os cuidadores que estão exaustos, e isso é legítimo.

Que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Foram tantos os fatores, que se calhar nem dei conta de todos. Mas *o principal fator é a motivação. Até que eu não estive motivada não aprendi. O saber já lá estava disponível, mas eu não acedia à informação, nem o integrava. Depois quando estamos despertos para um assunto queremos saber mais, aprofundar, procurar, pesquisar, captamos bem a informação.* T11.21.

Está referir-se à autoformação?

Sim a auto formação é muito importante, seja ela de trabalho autónomo, ou seja orientada em cursos em que nos inscrevemos, com professores que nos ajudam e facilitam o nosso percurso. T11.22

Nesta formação pós básica a especialidade de saúde mental ajudou-me muito a entender as coisas. T11.23. Não me ajudou só a cuidar no fim de vida, isso foi mais a formação que fiz em cuidados paliativos. Mas *o voltar à Escola, mais tarde, o aprender a refletir sobre as minhas práticas. O desenvolver uma aprendizagem centrada nas minhas necessidades formativas, foi muito construtivo.* T11.24.

Está a referir-se à metodologia de projeto?

Não só a metodologia de projeto, podem ser outras metodologias de ensino de adultos. Também utilizei o portfolio. Mas o que eu senti é que apesar do esforço e do cansaço que é fazer formação como trabalhador estudante é muito gratificante. Há outra maturidade. Olhamos para as coisas de modo que nos fazem todo o sentido. Por vezes

ao estudar uma teoria dava-me conta que eu também pensava assim como aquele autor dizia, só que não tinha as minhas conceções bem estruturadas, nem fundamentadas. *Para nós que já somos profissionais é importante que as coisas nos façam sentido e sejam úteis para nossa prática. Que tragam mais-valia. A formação em saúde mental ajuda-nos muito a entender o outro. A estar atenta a sinais não-verbais. A comunicar melhor.* T11.25.

A formação foi um fator importante para melhorar as suas competências no cuidar em fim de vida?

Sim a formação é muito importante, mas a experiencia também o é. T11.26. *Para mim aprende-se na prática e com a prática e com a reflexão e fundamentação dessa prática.* T11.27.

Também aprendemos com os pares. Antes de eu cá chegar já cá estavam outros que já tinham um percurso profissional feito, ora se eu puder aprender com quem sabe mais que eu tanto melhor. T11.28.

D) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Como vivencia os processos de morte e de morrer na sua prática clínica?

Eu lido com estas questões de uma forma bem diferente da que eu tinha no início da carreira. *Tive que fazer o meu percurso de aprendizagem profissional. Passar de atitudes de fuga para a aceitação, para o enfrentar, para ser capaz de estar, de assistir e isto não me foi nada fácil.* T11.29. Esta filosofia do cuidar paliativo, requer outra calma, outra maturidade. Não vamos dar a vida a ninguém, vamos proporcionar uma morte serena, como diz a Virgínia Henderson. Este conceito de morte serena, só mais tarde é que o compreendi. Quando estudei a Virgínia Henderson no curso de bacharelato isto passou-me despercebido. Há muitas dimensões do cuidar que temos que providenciar para a pessoa ter uma morte serena, em paz consigo, com os outros, com a divindade e com a vida que agora se vai.

A dimensão espiritual influencia o cuidar?

A minha dimensão espiritual influencia-me com certeza, assim como me influenciam outras coisas que nem dou conta, mas que de algum modo me ajudam a ser quem sou. A

ver no prisma em que me situo, a defender determinados valores ou princípios, ou a ter determinado discurso, naquele momento e com aquela pessoa. T11.30. A minha dimensão espiritual não me ajuda a cuidar melhor, ou pior, nem eu sei se cuido bem ... isso os utentes é que saberão melhor que eu. Com certeza que cuido umas vezes melhor que outras. Mas no meu auto conceito, creio que a dimensão religiosa me ajuda a enfrentar a minha morte e a do outro. T11.31. O significado da religião é esse mesmo «Re-ligar», ou voltar a ligar o humano com o divino. Na procura da compreensão da vida e das questões existenciais, fui procurar em várias religiões o sentido da vida e da morte e do pós morte. (...) As escrituras sagradas podem ajudar, ou não, depende Se eu me centro na frase que está muitas vezes nas lápides na entrada dos cemitérios «lembra-te que és pó e ao pó voltarás» isto é muito redutor. Tudo se resume a uma poeirada, sem sentido, que angustia. Mas recordo o salmo 23 «O senhor é meu pastor e nada me faltará», isto já é muito consolador. (...) Ora eu tenho que me apaziguar a mim e aos meus utentes, senão como é que podemos ter uma morte serena? T11.32

Se nós vemos Deus como um justiceiro, castigador que quando morrermos nos vai mandar para o inferno, ou sei lá para onde. Às vezes o imaginário do desconhecido ainda é pior que qualquer realidade, é um fantasma que nos devora ainda em vida com pensamentos aterradores. Muitas vezes essa ideia está muito latente nos doentes. Pode não ser expressa, mas pode estar no nosso inconsciente coletivo. Mas, *Se eu conseguir transmitir ao doente que nesta fase de transição, não está só, que vai ser amparado, ajudado, que vai ser acolhido noutra dimensão. Os doentes conscientes falam no arrependimento, no perdão, se voltasse atrás não faria o que fez, é preciso ajudar a aliviar esses sentimentos de culpa de raiva, ou de dor e a aceitar-se. T11.33. O que nem sempre isso é possível, claro! Alguns estão confusos, mas tão agitados que percebe-se que estão a viver um medo latente, mas já não é possível tranquilizá-los, só seda-los.*

Isto para os estudantes tão jovens e imaturos não é fácil. Por isso eu compreendo os estudantes, coitados! Nunca foram postos nesta situação, se calhar tal como eu, quando era estudante estava pouco interessada na morte. T11.34. Aliás a filosofia dos cursos de enfermagem, no meu tempo de aluna era de cuidar para a vida. A vida como valor supremo. O importante era a cura. T11.35

A filosofia dos cursos de enfermagem alterou-se?

A filosofia dos CLE alteraram-se como toda a da sociedade se alterou. Como tudo, mais tarde ou mais cedo temos que dar respostas às necessidades sociais emergentes. Para mim a questão do cuidar paliativo foi uma resposta tardia em Portugal. T11.36. Mas a formação e a investigação vai acabando por ir ao encontro das necessidades de saúde. Até há uns anos o investimento era na área da saúde materno infantil. Protelou-se demasiado. Num país que aumentou em pouco tempo a esperança média de vida, há muito que se devia desenvolver a formação dos profissionais para a área do idoso e da geriatria. Essas especialidades médicas e de enfermagem ainda são recentes. Por outro lado, as estruturas de apoio a estes grupos de utentes é escassa. Pois se calhar temos que ter políticas de fechar infantários e escolas e abrir casas de apoio a idosos. Teremos que fechar maternidades, mas abrir unidades de cuidados paliativos. *Naturalmente que as respostas de enfermagem têm que acompanhar a onda da sociedade e o planeamento estratégico dos cursos tem de acompanhar a evolução do padrão demográfico. T11.37.* Creio eu se não estamos sempre desajustados no tempo.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida.

Na supervisão clínica, como ajuda os estudantes a aprender a cuidar em fim de vida?

Há uns anos era raro um estudante de enfermagem querer vir para serviços onde só se morre, onde não há altas por cura. Hoje é uma área muito solicitada. Normalmente os estudantes que vem para cá estagiar foi porque escolheram vir. Talvez por isso ainda não houve nenhum que desertasse do estágio, ou dissesse que não queria continuar, isso já é muito bom, é sinal que estão motivados para aprender a cuidar destas pessoas. (risos) ...

Que estratégias mobiliza para os ajudar na sua aprendizagem neste ensino clinico?

Normalmente faço a integração e depois discuto com eles o que eles querem aprender, ou treinar, ou adquirir mais competências. Tendo em conta os objetivos de estágio a etapa de formação do estudante (geralmente 3º ou 4º ano), vou os ajudando a construir o projeto deles. T11.38.

Quase todos sentem necessidade de melhorar as competências comunicacionais. Até porque nestes doentes não há grandes tecnologias como eles têm nos cuidados

intensivos. A terapia é preferencialmente não invasiva. T11.39. Por exemplo alguma medicação é dada via sub-lingual, percutânea, eles estão muito habituados e acham estranho. Há neste serviço um grande investimento, no conforto, no bem-estar, que tanto pode ser físico como mental, ou espiritual. Aqui a dimensão espiritual também é muito considerada. Quando falo na enfermagem multicultural temos também em conta a cultura, as crenças e a religião de cada pessoa. T11.40.

Considera que a dimensão cultural é sentida pelos estudantes?

De início podem esquecer, mas se nós chamamos a atenção para a necessidade de prestar cuidados culturalmente adequados, os estudantes passam a valorizar. T11.41.

Claro que eu enquanto enfermeira posso não saber todos os rituais de uma cultura ou de uma religião, mas devo estar atenta a essa dimensão do cuidar. Em que medida o sistema de crenças e valores do doente influencia a forma como ele, ou a família dele quer que ele seja cuidado. T11.42. E não estou aqui a pensar numa cultura típica de uma tribo da África, ou de uma seita religiosa qualquer. Estou a pensar no caso de cidadãos portugueses, que também tem culturas diferentes, basta serem de comunidades rurais ou urbanas, se são católicos praticantes, ou ateus, ou de outra religião. No entanto são todos portugueses, mas não pensamos, nem temos todos as mesmas crenças em relação às coisas da vida porque teríamos que ter em relação às coisas da morte? Mas às vezes há esta ideia errada, nos estudantes, que ter atenção à cultura da pessoa não é necessário, se ele português. Mas nós portugueses temos que ser todos iguais? Pensar e sentir todos da mesma forma, ter todos as mesma crenças, os mesmos gostos? T11.43.

Claro que há coisas universais, que todos querem. Como o bem-estar. A paz, a tranquilidade, mas a forma de a concretizar é que difere para cada um.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida.

Que aspetos considera importantes que os estudantes desenvolvam em ensino clínico para os capacitara a cuidar utentes e famílias em fim de vida?

Para capacitar para cuidar de utentes em processo de morrer, eu acho que devem desenvolver competências no domínio relacional, muito centrados na escuta, na autenticidade, no respeito, na validação, na confirmação. T11.44

Depois saberem distinguir as coisas clinicamente e aliviar os sintomas de desconforto. E não estou a falar em dar só o analgésico e já está a missão cumprida. Não há outras

técnicas não farmacológicas que promovem conforto e bem-estar e os estudantes têm que aprender a valorizar esses aspetos. T11.45. Por exemplo a higiene oral, que às vezes é muito descurada, tem que ser valorizada. A preservação da auto imagem, o cuidar do corpo de modo que a pessoa sinta que é digna de atenção de carinho, de respeito.

Que valores devemos ajudar os estudantes a desenvolver para serem cuidadores?

Pois é alguns valores já deviam ter sido adquiridos na família, na escolaridade obrigatória e não ser nada de novo. Mas temos que demonstrar sempre um valor que é imprescindível _ o respeito. T11.46. Sem respeito pelo outro nada feito. *Respeito é um valor complexo. Eu respeito o outro na sua condição de inadaptado, de débil de caquético, de pessoa que se apaga dia a dia. Ou eu uso o meu poder para instrumentalizar o outro?* T11.47. E agir de acordo com o meu padrão e os meus valores que são diferentes do utente. Nós na saúde mental estamos muito sensíveis a isto?

De facto o respeito é um conceito polissémico engloba tanta coisa?

Sim o respeito envolve tantos aspetos e eu tenho que ser capaz de nas múltiplas facetas do meu cuidar demonstrar respeito pela dignidade do outro. E saber também transmitir o significado desse conceito que está presente nas minhas decisões. T11.48. Em coisas às vezes que parecem simples, mas podem não ser tão simplista como parecem. Por exemplo o respeito pelo silêncio do outro. O acolher aquele silêncio, sem se tornar constrangedor. Para os estudantes isto pode ser difícil de entender, ou de conjugar com a sua forma de estar. Pode ser entendido como o doente não quer falar comigo, igual a rejeita-me e não é isso. E até a família às vezes tem dificuldade em aceitar o silêncio do doente. Há facetas que as famílias desconhecem e que só se revelam com a doença. Os familiares às vezes também ficam um pouco perdidos, com tudo o que acontece.

Os estudantes estão sensíveis para cuidar da família?

Claro que os estudantes estão muito mais centrados no doente, o que é normal. Muitas vezes os doentes estão aqui para aliviar o stress das famílias, T11.49, o que é bom. Vem a época de férias, se a família está exausta, porque não internar o doente por um curto período para também poder descansar. Mas há famílias que precisam muito de ser

cuidadas e não é num serviço de internamento temporário ou transitório que isto se poderá fazer de forma adequada.

E como aprender a ajudar as famílias a lidar com esta transição?

Acho que os enfermeiros de família, ou os enfermeiros de CSP estão na melhor posição para o fazer, quanto a mim. A própria legislação da OMS, da saúde XXI aponta para isso. A criação das USF também referem que o enfermeiro de família deve ser responsável por um determinado número de famílias. A legislação está orientada, faltam é recursos.

Eu sei do que falo, tive um part-time num Centro de Saúde onde estava nos cuidados continuados. *Aí quando vamos a casa das pessoas é que nos apercebemos bem dos dramas de muitas famílias que precisam de apoio e que o enfermeiro se centre nelas como clientes, numa visão mais global. O que devo dizer que não se faz. Vai se a casa das pessoas a correr fazer cuidados curativos, ou avaliar o desempenho dos familiares nas funções que nós lhe delegamos, ver se fazem as coisas que o doente precisa e não dá para fazer mais em tão pouco tempo.* T11.50.

Isto de cuidar da família, todos dizem que cuidam Mas não é bem assim. Todos fazemos coisas à família, ou dizemos coisas à família, ou baralhamos a família com tanta informação. Mas será que cuidamos verdadeiramente de uma família? T11.51

E qual é a sua opinião sobre o cuidar da família?

Eu não sou especialista de cuidar da família, isso são os nossos colegas da saúde comunitária, embora também tenha alguma formação nessa área da terapia familiar, mas que não vem ao caso agora.

Como perspectiva os cuidados de enfermagem tendo como foco a família? Sei que não é dessa área de especialidade, mas tem uma opinião sobre este assunto?

Bem! Eu penso que *há vários níveis de cuidar a família, posso estar a cuidar com a família e sou parceiro nos cuidados, estou a capacita-la para ela exercer uma função de cuidador de um membro, é o que fazem muito na saúde infantil. Capacitar os pais para cuidar da criança, mas não estou a cuidar da família, numa perspectiva holística. E isso é que é preciso distinguirmos.* T11.52

Se me pergunta: os estudantes cuidam das famílias como um foco da sua atenção? Digo que não, e isso também será de mais para um CLE. Se eles cuidam do doente e o veem inserido numa família e mobilizam a família para o processo de cuidar, com esforço e com aprendizagem, creio que alguns são capazes de o fazer no final do curso. T11.52

Considera que os estudantes do CLE são capazes de cuidar das famílias como contexto do cuidar?

Sim. No final da licenciatura serão capaz de cuidar a família como contexto, mas dificilmente serão capazes de cuidar noutra nível mais abrangente. T11.53. Até porque as famílias que necessitam de cuidados mais abrangentes, são famílias mais complexas ou a atravessar momentos de crise fortes, por isso é que não estão a ser capaz de lidar com a situação sozinhas, nem têm recursos para o fazer. Aí creio que precisam de uma enfermagem mais especializada, T11.54, e um trabalho em rede, por isso é que há enfermeiros especialista em saúde familiar e temos que saber distinguir níveis de intervenção e áreas de especialidade, se não achamos que sabemos todos fazer tudo muito bem e isso não é possível. T11.55.

E os estudantes às vezes também não têm bem esta noção de quando é da esfera de um generalista, ou de um especialista e qual a especialidade. T11.56. Há profissões que têm isso bem interiorizado e definido, nós enfermeiros por falta de recursos tentamos resolver sempre tudo, porque não temos a quem pedir ajuda. Claro tentamos fazer o melhor que sabemos ou pudemos. Mas ao interagir com a família, ou parte da família, não estamos necessariamente a cuidar da família como um sistema complexo. T11.57.

Como perspectiva a formação do estudante, para o capacitar a cuidar em fim de vida?

Eu conheço sumariamente o vosso plano de estudo, tal como o de outras escolas está estruturado segundo o ciclo vital. Os deficits de aprendizagem, quanto a mim, não podem ser apontados aos planos de estudos, cada escola pode ter o seu, com algumas diferenças, mas todos nós aprendemos a cuidar ao longo do ciclo de vida. Todos nós usamos os mesmos referenciais teóricos: T11.58 A Virgínia Henderson, a Orem, a Neuman, todos nós falamos no cuidar holístico. Se umas escolas iniciam de uma forma ou de outra no final é suposto que todas preparem enfermeiros para cuidar de pessoas em diferentes etapas do ciclo de vida. Se há deficits de aprendizagem, há que ajudar o

estudante que está no ensino superior a fazer o seu auto diagnóstico e a dirigir a sua aprendizagem para o que precisa de desenvolver. Ter hábitos de estudo e de trabalho. T11.59. Estamos na era da informação. Há imensa investigação publicada é só pesquisar e relacionar as coisas.

Uma das dificuldades dos estudantes é de mobilizar o que sabem, ou o que leram, para a prática. T11.60. Por exemplo eles estudaram os estádios da doença terminar da Kubler-Ross, que vão desde a negação, à revolta, podendo ou não chegar à aceitação. Mas se um doente por vezes é agressivo, ou até mal-educado, os estudantes ficam muito incomodados, não entendem porque o doente reagiu assim. Aham que a pessoa está contra eles. Pedem para trocar de doente. Então é preciso clarificar-mos isto. Perguntar ao aluno, conhece os estádios de evolução do doente face à doença? T11.61. Então sabe que num deles pode surgir a revolta? Como é que se pode manifestar essa revolta do doente? Não será expressa na relação com as pessoas mais próximas? Quem são? A família, os enfermeiros, os cuidadores. O doente não pode expressar a revolta para quem está ausente. Aí o estudante fica mais tranquilo. Entende aquele estado do doente que pode ser transitório, ou não, de outra forma. T11.62.

O aluno prende a dar o significado às coisas. Por isso é que precisamos de um tutor na nossa formação. Alguém mais experiente que vai à frente, já fez aquele percurso e nos ajuda a perceber as coisas, que podem ter outro significado. T11.63.

Claro que um plano de estudos é importante, mas na aprendizagem interferem tantos outros factores. Se um estudante está motivado, quer aprender, está atento às situações, vai aprender sempre e aquela experiencia valeu-lhe, ajudou-o a ser enfermeiro. Outro que está ausente, não se interessa, não capta a experiencia como algo positivo. Tem medo até de se aproximar. Ambos podem ter as mesmas condições, mas cada um capta e apreende as coisas de forma diferente. T11.63.

Depois a aprendizagem não termina com a licenciatura. O estudante que não foi bom em determinada área do cuidar pode vir mais tarde a ser um bom profissional noutra área. Eu se no inicio da profissão tivesse optado por cuidados paliativos creio que não seria bom para mim, nem para os utentes, mas hoje passados 20 anos sinto que estou a trabalhar no sitio certo.

Quer acrescentar, algo mais, dar-me alguma opinião que seja importante e que eu não tivesse ajudado a clarificar?

Não de todo, acho que já falei de mais. Tinha-me dito que a entrevista era de meia hora, já me excedi bastante.

Agradeço lhe muito Sr^a enfermeira o ter-se disponibilizado para me ajudar. Quer que eu lhe devolva a transcrição?

Penso que fui clara, mas se quiser terei muito gosto em ajudar em mais alguma coisa que queira que eu explicito, ou clarifique.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENFERMEIRA TUTORA (T 12)

Aspetos preliminares:

Informar o entrevistado sobre: o tema, objetivos do estudo e metodologia do estudo e âmbito da investigação.

Solicitar colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

Procedimentos de obtenção do consentimento informado e assegurar o anonimato. Pedir autorização para gravar a entrevista.

A) Caracterização da participante:

a.1) Caracterização sociocultural

_ Sexo. Nacionalidade? Idade, ou data de nascimento? Estado civil?

[Enfermeira do sexo feminino].

Sou enfermeira, tenho 41 anos, sou casada com filhos, tenho a nacionalidade portuguesa.

Habilitações profissionais? E estabelecimento de ensino onde concluiu os cursos de enfermagem, que a habilitaram para a profissão?

Fiz o curso de bacharelato em Lisboa na antiga Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa e tenho a especialidade de reabilitação que fiz na ESEL.

a.2) Caracterização profissional

Tempo no exercício em enfermagem? Tempo como tutor de ensinios clínicos?

Instituição onde exerce a profissão, e serviço?

Tenho 20 anos como enfermeira, oriento estudantes há uns 14 ou 15 anos. Já fiz o meu percurso por vários locais. Estive num hospital em vários serviços, o último foi cuidados intensivos, depois passei para o Centro de Saúde e como especialista de reabilitação fiquei muito tempo nos cuidados continuados, agora convidaram-me para vir trabalhar para uma UCF do ACES XI de Cascais e aceitei este desafio. Também tenho experiência de trabalhar num lar de idosos em part-time e nos diferentes locais

tenho orientado estágios a alunos de enfermagem, os do CLE e os do curso de especialidade.

B) Experiência vivida com o fenómeno da morte

Como foi a sua experiência no cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida? Quando contactou pela primeira vez com os processos de morrer?

Foi no curso de enfermagem no 2º ano. T12.1. O meu curso era de 3 anos e foi num estágio de medicina nos Hospitais civis de Lisboa.

Antes de vir para o curso não tinha tido contacto com a morte?

Apesar de eu ser da província não tive contacto com a morte antes do curso T12.2. Morreu a minha avó, mas quem cuidou dela foi uma tia minha solteira que vivia com ela. E nem eu nem a minha mãe nos envolvemos muito. Fui ao funeral, mas o cuidar na fase final foi tudo com essa a minha tia. Depois já me faleceram várias pessoas da minha família e do meu marido, mas já era enfermeira. Algumas até muito dolorosas como a da minha sogra, mas já era adulta.

E como foi a experiência no estágio de lidar com a morte?

Foi marcante, eu nem me quero lembrar. Quando me atribuíram aquela doente eu percebi logo que a coisa ia correr mal. E correu mesmo muito mal. T12.3. A senhora tinha muita dificuldade em comer e deglutir, tinha muitas secreções. Sei que num turno estava a dar-lhe a comida, ela tinha anorexia, não queria, ou não lhe apetecia, eu insisti e ela engasgou-se, (...) fui a correr entubar e aspirar, mas não deu, a senhora ficou cianosada e apagou-se. Ora isto acontecer a uma aluna foi um drama para mim. T12.4. Ainda hoje eu não teimo com os meus filhos, se eles não querem comer não comem, e associo o forçar a comer àquela situação. Andei muito tempo desanimada, já nem sabia se queria continuar no curso, ou se não queria. Nesta altura precisamos de apoio, mas nem sabemos com quem falar. Os estágios eram acompanhados pelas professoras eu só tinha medo de reprovar e eu até era boa aluna, mas deixar morrer assim uma doente sufocada num estágio era mau. T12.5.

Teve quem na apoiasse? Pediu ajuda?

Eu nem queria falar com ninguém do curso sobre isso, não havia abertura, havia respeito e distancia com os professores naquela época.

Eu sentia-me culpada daquilo acontecer. Depois lá falei com uma tia minha que era freira e tinha sido enfermeira e ela é que me tranquilizou, porque eu estava a viver mal com aquela culpa. T12.6.

C) Representação do fenómeno da morte

Quando se refere à morte, qual é a representação que tem do fenómeno?

A ideia que temos da morte vai se transformando na medida que nós vamos crescendo. T12.7. Quando era criança, ou adolescente, achava que as pessoas e as coisas morriam desapareciam, mas logo a seguir voltavam transformadas noutro ser. Não sei de onde me vinha essa ideia, não devia ser dos filmes de cobóis, eu nunca fui dada a esses filmes.

Depois passou a ser uma coisa terrível, a levantar-me muitas dúvidas, muitas questões a sentir muita ansiedade, quando fui trabalhar para o hospital eu não queria que nenhum doente morresse no meu turno, andava sempre a tentar que ele passasse para o turno seguinte. T12.8. Uma coisa sem sentido, a pessoa tem que morrer quando chega a sua hora e pronto! Podia ser o resto do trauma do estágio, quem sabe?

Agora penso que já fiz as pazes com a angústia da morte. Nós podemos cuidar de muitos doentes, mas o que nos toca mais é quando vivemos o lado de cá da morte. Quando é um familiar nosso e vivemos a situação como familiares e não como profissionais. T12.9. A morte da minha sogra e todo aquele processo que foi tão complicado ajudou-me a rever a forma de pensar. Ela era uma Senhora com uma lucidez até ao fim, uma resignação a aceitar tudo o que lhe ia acontecendo. Sabe há pessoas que estão doentes e nós vamos lá para confortar, para dar um apoio. Neste caso era ela que nos apoiava. As pessoas morrem como vivem ele morreu com toda a dignidade mesmo passando por momentos muito maus.

Que sentimentos o processo da morrer lhe provoca?

Como eu lhe disse: *_ a morte já me fez sentir de tudo um pouco, foi-se modificando. Já senti medo, raiva, desolação, tristeza, sei lá que mais ... mas agora estou a procurar ter aceitação.* T12.10.

A Kubler-Ross diz que a aceitação, quando lá chegamos, é a última etapa. Já devo estar na última etapa da conceção da morte. (Risos)

A Dr^a Kubler Ross também diz que os estádios não são definitivos, nem lineares e têm recaídas, podemos aceitar de manhã e rejeitar à tarde.

(sorrisos) Pois isso é verdade, mas se nunca experimentarmos o estado de aceitação mesmo transitório, pior. *Eu preciso de ter uma certa calma, tranquilidade para ajudar o Outro também a aceitar aquele processo de ir acompanhando até ao final da vida.* T12.11.

Repare se eu me posiciono perante a morte com sentimentos de raiva, de rejeição, de negação, eu sem querer vou transmitir isso ao doente e até à família, ora bolas, sentimentos negativos de todo o tipo já eles têm, não precisam dos nossos. T12.12.

D) Preparação para lidar com a morte.

Como perceciona a sua preparação académica para cuidar de utentes em fim de vida?

Repare eu terminei o curso há uns 20 anos, isto nos anos 80 não se tinha a perspectiva que se tem hoje. Não se falava em cuidados paliativos, não se falava em cuidar para a morte. Falávamos em cuidar para a vida, para restabelecer a pessoa, para a cura, para voltar ao seu potencial máximo. T12.13. E eu que sempre fui muito focada na reabilitação, era essa a minha orientação em termos de pensar os cuidados.

Era outra filosofia nas orientações políticas. E os cursos de enfermagem estavam estruturados de acordo com a filosofia dos cuidados naquela época. Eu não estou a dizer que a minha Escola tinha uma filosofia centrada no modelo biomédico, mas era assim de certo modo que nós pensávamos. O hospital um local de cura, não para morrer. T12.14. E tanto assim foi que fomos aumentando a esperança de vida em muito anos, prolongado o aparecimento da morte o mais que pudemos.

E no seu desempenho profissional como foi cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias?

Eu comecei a trabalhar num serviço em que não morria muita gente, depois lá me fui construindo como profissional, vamo-nos abrindo a outras vertentes, vamos fazendo

formação, *vamos tendo a experiencia e o apoio dos colegas mais velhos, enfim vamos aculturando na profissão e as coisas modificam-se.* T12.15.

Também vai tendo outra maturidade...

Sim, e isso *também conta muito a maturidade a todos os níveis, a vida ensina-nos muita coisa, se nós estivermos despertos para aprender.* T12.16. Nisso eu tive sorte. Fui bem integrada nas equipas onde fui trabalhar. Tive uma chefe muito boa, uma mulher visionária, investia muito na formação do pessoal e mesmo no serviço foi com ela que eu aprendi a refletir sobre a prática, o que fazemos, como fazemos e porque fazemos e isso foi um grande contributo. Essa senhora já está reformada, mas enquanto trabalhou sempre foi muito respeitada por todos naquele hospital. Era tida como uma referência. Ela cuidava dos doentes e do seu pessoal. Investia muito na equipa de enfermagem.

Para além da influência da sua enfermeira chefe, que fatores contribuíram para a sua aprendizagem no cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida?

Sabe nós saímos das Escolas de enfermagem muito novatas e muito cruas. Depois vem todo um trabalho que nós vamos fazendo ao longo da profissão que nos vai ajudando. Claro que *a influencia das chefes e dos colegas é importante. Aprendemos muito com os colegas, com a equipa alargada.* T12.17. Mas *também aprendemos com os nossos erros, quando damos conta, isso é mais um trabalho interno, nosso mais solitário.* T12.18. Depois *a formação em serviço, aqueles cursos que nós vamos fazendo, mesmo curtos, ajudam muito, se vamos a este ou aquele tema é por que nos interessa.* T12.19. *A formação, os livros que estudei, enfim tanta coisa.* T12.20.

E a formação pós básica, a Senhora é especialista?

Sim claro! Quando eu falo em formação pelos livros e artigos que consultei estou a incluir o trabalho formativo intenso que se tem quando se está a fazer formação pós graduada, e isso fica-nos. *Fazer a especialidade em enfermagem de reabilitação foi muito bom para mim. O juntar o saber prático com o saber teórico, mais estruturado é muito enriquecedor. É engraçado que dou conta que face aos mesmos acontecimentos posiciono-me de forma diferente, que há uns anos. É porque algo em mim se modificou.* T12.21. E as pessoas mais próximas de nós também dão conta e dizem, mas tu não eras

assim, não defendias isso, mas agora defendo e posiciono-me deste modo e fundamento a minha posição face às escolhas que tenho que fazer, ou juízos profissionais.

E) Experiência profissional no processo de ensino /aprendizagem a cuidar em fim de vida. Como vivencia os processos de morte e de morrer na sua prática clínica?

Vou-me reportar mais à minha experiência em cuidados continuados. Foi a que mais me marcou, *eu não estava habituada a este cuidar para o fim de vida assim em contexto comunitário. Vinha do hospital, de outro ambiente e estava um pouco desfasada desta forma de prestar cuidados. O estar ali em casa das pessoas, no ambiente delas, é muito enriquecedor.* T12.22.

È assim que eu acho que se pode ter qualidade na morte, quando se morre no local onde se viveu, onde ocorreram outros acontecimentos de vida das pessoas. Mas nem tudo é bom. Seria bom se as famílias tivessem competências e recursos que lhes permitissem que estas pessoas tivessem os melhores cuidados, o que nem sempre acontece. Às vezes é um drama para a família com tantos encargos ainda ter que suportar mais este de cuidar de uma pessoa dependente.

Nós não gostamos da morte institucionalizada, mas temos que ver o que é melhor para a pessoa e para a família.

Claro que me dói o coração ver aqueles velhinhos ali abandonados num lar sem apoio dos familiares, mas também me dói ver aquelas famílias sem recursos a cuidar de um familiar sem puderem, só não o internam num lar porque não tem recursos económicos.

Da sua experiência, cuidamos do indivíduo e também cuidamos da família? E como é que ensinamos isso aos estudantes?

Do indivíduo não tenho dúvidas que nós cuidamos, como podemos, mas vamos cuidando, agora da família, não sei.... Há casos e casos. Há muitos casos em que nós nos dirigimos muito mais ao cuidador formal, que nem sempre é da família. T12.23.

Eu tive situações em que era sempre com a empregada, que família tinha contratado, que eu falava e dava orientações, ela era um elo entre mim e a família.

Lembro-me de uma situação muito gira que se passou com uma estudante que estava cá a fazer o estágio do 4º ano de saúde comunitária, ela fez um trabalho muito interessante com as cuidadoras familiares que até eram de outra nacionalidade, eram ucranianas, tinham dificuldade na língua, na comunicação com o doente, vinham de outra cultura e

foi necessário capacitá-las para cuidarem destas pessoas, que estavam o dia todo com as empregadas, a família só vinha à noite.

Ora cuidar da família nestas situações, não sei. Nós investimos muito nos cuidadores familiares, sejam da família biológica, ou não, para os capacitar a desempenhar determinadas tarefas que eles não estavam habituados e passam a fazer. T12.24. Mas, *cuidar da família que está stressada, sobrecarregada, não conseguimos, de todo....* T12.25. Muitas vezes só conhecemos um membro da família que é o que pode estar connosco quando nós lá vamos a casa, nem conhecemos os outros, que trabalham e não podem estar disponíveis.

Os estudantes até tem feito muito bons trabalhos no treinar estes cuidadores para as funções e tarefas que lhe são atribuídas. Investem muito neste aspeto de capacitar a família, ou alguns membros dela, para serem cuidadores, isso tem-se feito muito. T12.26.

Na supervisão clínica, como ajuda os estudantes a aprender a cuidar em fim de vida?

Eu na integração procuro sempre preparar os estudantes para este cuidar em contexto domiciliar. Penso que não é fácil para o estudante ver-se assim a entrar em casa das pessoas. Para mim também não foi quando vim trabalhar para os CSP. T12.27.

E este contexto de cuidados deve ser significativo para eles. Normalmente quando seleccionam situações da prática para reflexão, ou para a partilha de casos, vão buscar muito os casos que vivenciam nos cuidados em casa. É porque é importante para a sua aprendizagem. T12.28.

Depois os estudantes vão fazendo as visitas acompanhados, mas num 4º ano já é esperado que tenham alguma autonomia, que até tenham iniciativas para melhorar a assistência.

Eu não quero fazer juízos de valor, mas já passaram grupos muito interessados, que trabalharam muito com os cuidadores, e muito atentos às necessidades dos doentes e dos cuidadores, mas também passam pelo estágio estudantes fracos, que tem muitas dificuldades a vários níveis: nos procedimentos, na compreensão dos fenómenos, na comunicação, na interpretação de sinais e sintomas que temos que saber valorizar e relacionar e pedir intervenção médica para corrigir parâmetros bioquímicos. T12.29.

F) Perspetiva pedagógica sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida

Que aspetos considera importantes que os estudantes desenvolvam em ensino clínico para os capacitar a cuidar utentes e famílias em fim de vida?

Quando os estudantes vêm no 4º ano para o estágio de saúde comunitária já deviam ter adquirido algumas competências básicas de enfermagem para poderem desenvolver outras....

O que os estudantes deviam ter adquirido antes do 4º ano? Ou melhor nos 3 primeiros anos do CLE?

Há coisas que são básicas, o treino de saber observar. O enfermeiro tem que ter esta competência, ou capacidade de ser um bom observador, ter olho clínico, há pormenores que não nos podem escapar. T12.30. Tão simples quanto isto, ao ajudar a posicionar um doente, ver se ele tem zonas de pressão temos que tomar medidas, se não temos uma ulcera em pouco tempo.

Saber ter estas medidas preventivas é importante na qualidade dos cuidados. Saber distinguir os sinais e sintomas da doença de outros que podem ser complicações, intercorrências, ou dados novos que precisam de ser corrigidos. T12.31.

E depois na comunicação, de facto alguns estudantes conseguem estabelecer uma relação profissional com as pessoas, e até podemos confiar neles, sabemos que são responsáveis, mas outros não. Alguns ficam ali na postura da escuta passiva. T12.32. Claro que nós temos que saber ouvir, muito bem! Mas a pessoa fala connosco e expressa uma preocupação, uma dificuldade temos que pegar nisso. Há que validar, clarificar, ou desmistificar falsas crenças. T12.33.

Também é importante saberem analisar a sua prática, onde falharam, qual o significado da mensagem que não descodificaram. As competências ligadas à reflexão são importantes nesta profissão. T12.34.

A Sr^a enfermeira sabe como é, quem não sabe o que dizer, é melhor estar calado ...

Sim, é sempre melhor estar calado que dizer disparate. Mas a postura do estar calado também não serve, não é uma postura profissional.

Depois vêm com a ideia de que não conseguem estabelecer uma relação terapêutica, como eles dizem na avaliação, mas nem sempre temos que estabelecer uma relação que seja terapêutica, pode ser uma relação de cooperação, T12.35, se queremos que a

pessoa colabore numa determinada tarefa; uma relação pedagógica se pretendemos ensinar algo, ou explicar como se faz um procedimento. *Seja como for tem que ser sempre uma relação baseada na educação e no respeito.* T12.36.

Referiu que já deviam ter desenvolvido algumas competências para poderem desenvolver outras, que competências considera que devem ser desenvolvidas para cuidar em fim de vida?

Como eu disse *quando vem para este estágio no 4º ano já deviam saber utilizar os instrumentos básicos de enfermagem: o observar, o saber comunicar e reformular a comunicação. O saber distinguir o importante do acessório e isso deve ser espelhado nos registos de enfermagem que se fazem.* T12.37. O saber mobilizar recursos para responder às necessidades das pessoas. *O identificar a situação e saber para quem a devem encaminhar. Isto creio que faz parte das funções de um generalista? Não se pede ao licenciado que faça tudo, mas que saiba diagnosticar e encaminhar de forma correta?* T12.38.

E que valores devemos ajuda-los a desenvolver na profissão?

Essa questão dos valores é outra, que me parece que devemos pensar também. *Não se vem para um curso de enfermagem aos 20 anos para aprender os valores. Eu vejo pela educação que dou aos meus filhos.* T12.39. Muitas vezes eles na escola são confrontados com outras pessoas que tem outros valores, ou nem têm. Nem sei. Se não forem os pais a dizer, a chamar a tenção a corrigir, a apelar aos valores fundamentais para os ajudar a distinguir o certo do errado os jovens baralham-se.

A responsabilidade para mim é fundamental, se eu não assumo a responsabilidade do que fiz seja bem seja mal, como é? Temos visto que quando há complicações andam todos a atirar a responsabilidade para outros. T12.40. O que se chama “sacudir a água do capote.” Ora isto não é responsabilidade. Por isso eu insisto muito nos registos de enfermagem, como forma de documentar a nossa responsabilidade. Sobre o que fizemos, o que solicitamos, o que nos responderam, etc.

O respeito é outro valor que é importante, mas que respeito podem tem os jovens que na turma são confrontados com os colegas a agredir o professor? Se isto é forma de estar então chegamos a cada de um doente e também agredimos ou somos agredidas, não pode ser. A agressividade mora onde não há respeito. T12.41.

O respeito pelas crenças do outro, pela vontade do outro, há coisas que se fazem pensando que é o melhor, mas eu pergunto e qual é a opinião do doente. Ele já sabe, explicaram-lhe, ele está em condições de decidir. T12.42.

Isto é muito engraçado, todos nós falamos em ética, mas como é que ela é aplicada ou mobilizada? E obrigatório o consentimento informado para alguns atos médicos, mas quando se pergunta á pessoa se sabe o que vai fazer e quais as consequências, não sabe. Claro que o doente está muitas vezes incapaz de decidir, de compreender, mas deve ser apoiado por alguém da sua confiança na tomada de decisão. Mas é mais fácil dizer assine aqui para fazer esta intervenção e já fica tudo resolvido.

Isto não é respeito pela liberdade, nem pela incapacidade do outro.

Os estudantes devem ser capaz interiorizar os valores, os conhecimentos da ética e questionar a forma como são aplicados na prática. Os enfermeiros independentemente da filosofia do curso da formação que tenham ou venham a adquirir, sempre e em todo o mundo devem orientar-se de modo a estar na defesa dos utentes. T12.43.

Quer acrescentar mais alguma coisa?

Penso que não

Agradeço muito a sua colaboração, neste trabalho.

Eu também gostei de falar consigo sobre a formação.

Então agradeço-lhe muito e devolverei a entrevista para fazer alguma emenda, ou ajustar algo que disse e que possa não transcrever da melhor forma.