



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



**OS SENTIMENTOS/DIFICULDADES DOS
ENFERMEIROS FACE AO DOENTE ONCOLÓGICO
EM FASE TERMINAL NO DOMICILIO E A SUA
INTERFERÊNCIA NO CUIDAR**

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS
DA EDUCAÇÃO - ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DE
ADULTOS

CIDÁLIA DIOGO NILHA MOREIRA

2007

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO

**OS SENTIMENTOS/DIFICULDADES DOS
ENFERMEIROS FACE AO DOENTE ONCOLÓGICO
EM FASE TERMINAL NO DOMICILIO E A SUA
INTERFERÊNCIA NO CUIDAR**

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS
DA EDUCAÇÃO - EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DE ADULTOS

CIDÁLIA DIOGO NILHA MOREIRA

FARO

2007

Ao abrigo da alínea b) do número 2 do artigo 5º do Decreto-Lei Nº 216/92, de 13 de Outubro, eu, Cidália Nilha Moreira, atesto a originalidade desta dissertação.

CIDÁLIA DIOGO NILHA MOREIRA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Orientador: PROFESSOR DOUTOR FERNANDO GONÇALVES

Data: 16 Maio 2007

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: OS SENTIMENTOS/ DIFICULDADES DOS
ENFERMEIROS FACE AO DOENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL
NO DOMICILIO E A SUA INTERFERÊNCIA NO CUIDAR

JÚRI:

PRESIDENTE - Doutora Teresa Pires Carreira, Professora Associada da
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do
Algarve

VOGAIS: - Doutor Fernando Ribeiro Gonçalves, Professor Catedrático da
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do
Algarve

- Doutor Feliciano Henriques Veiga, Professor Associado com
Agregação da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

Ao Professor Doutor Fernando Gonçalves, pela competência, disponibilidade e entusiasmo com que sempre me orientou.

Aos docentes da Universidade do Algarve pelo envolvimento, solidariedade e espírito crítico.

Aos colegas enfermeiros, pelo entusiasmo e dinamismo com que participaram neste estudo.

À minha colega Carina pela força, motivação e disponibilidade com que sempre me apoiou.

Por fim à minha querida família, Luís, Ana e Pedro pelas muitas horas que abdicaram de estar comigo.

OS SENTIMENTOS E DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS FACE AO
DOENTE ONCOLOGICO EM FASE TRMINAL NO DOMICILIO E A SUA
INTERFERENCIA NO CUIDAR

Cidália Diogo Nilha Moreira

RESUMO

O presente estudo surgiu das vivências dos Enfermeiros com a doença oncológica em fase terminal no domicílio, das suas dificuldades face ao cuidar.

Trata-se de um estudo qualitativo, na primeira fase , exploratório, onde se procurou numa amostra total de 11 Enfermeiros(total dos Enfermeiros do Centro de Saúde de Aljustrel) identificar os sentimentos / dificuldades experimentados pelos Enfermeiros quando prestam cuidados ao doente oncológico em fase terminal no domicilio através de entrevistas exploratórias, sendo feita a análise de conteúdo.

Numa 2ª fase optou-se por um estudo quantitativo, cor relacional, onde procurámos saber qual a relação entre os sentimentos / dificuldades e os cuidados prestados (competências), que implica o teste específico de determinada variável sobre outra, numa amostra estratificada de 172 enfermeiros (abrangendo os 14 Centros de Saúde da Sub- Região de Saúde de Beja) Utilizámos como método de recolha de dados o inquérito por questionário, que foi sujeito a um pré teste. O questionário foi construído com base num quadro em que figuram os sentimentos / dificuldades (num total de 10), identificados através das entrevistas exploratórias que vão fazer a correspondência, com os cuidados (num total de 11), relacionados com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais. O tratamento dos dados foi feito através do programa S.P.S.S for Windows e o índice de homogeneidade alfa foi de 0,978.

Os resultados revelaram que os sentimentos/ dificuldades influenciam o cuidar. Todos os sentimentos são de natureza negativa, o que poderá diminuir a qualidade dos cuidados. Há uma baixa percentagem de enfermeiros com formação em cuidados paliativos e a dificuldade “formação deficiente” interfere com nove das onze competências identificadas.

Palavras-chave: Sentimentos/ dificuldades, doente oncológico/ fase terminal/ domicilio/ cuidar

THE FEELINGS AND DIFFICULTIES OF NURSES IN FACE OF
TERMINAL PHASE ONCOLOGIC PATIENTS IN THE DOMICILE AND ITS
INTERFERENCE IN THE CARE

Cidália Diogo Nilha Moreira

ABSTRACT

The present study emerged from the experiences of nurses related with terminal phase oncologic illness in the domicile and the difficulties they face while taking care of the patient.

In a first phase it is a qualitative and exploratory study, where it is analysed a sample of 11 nurses (the total number of nurses in Centro de Saúde de Aljustrel) to identify the feelings/difficulties experienced by the nurses while taking care of the terminal phase oncologic patient in the domicile through exploratory interviews, being made the content analysis.

In a second phase we opted for a quantitative and co relational study, where we searched for the relation between the feelings/difficulties, as well as the given care (abilities), which implies the specific test of a variable on another, in a stratified sample of 172 nurses (enclosing the 14 Centros de Saúde da Sub-região de Saúde de Beja). As a method of gathering of data we used the inquiry for questionnaire, which was submitted to a pre-test. The questionnaire was made based on a table that figures all the feelings/difficulties (a total of 10) identified through the exploratory interviews, which will correspond with the given care (a total of 11), related with the required relational abilities, which are essential. The treatment of the data was made through the S.P.S.S for Windows program and the level of alpha homogeneity was of 0,978.

The results revealed that the feelings/difficulties had influenced the given care. All feelings are of negative nature, meaning that they are able to diminish the quality of the care. There are a low percentage of nurses with training in palliative cares and the difficulty “deficient training” interferes with nine of the eleven identified abilities.

Key-words: feelings/difficulties, oncologic patient/terminal phase/domicile/take care of

ÍNDICE GERAL

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ÍNDICE DE QUADROS | x |
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| Capítulo 1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA TEMÁTICA ABRANGENTE | 9 |
| 1.1. O Enfermeiro perante o doente oncológico em fase terminal no Domicilio | 9 |
| 1.2. Definição de Sentimentos | 15 |
| 1.3. Relação entre cuidar do doente oncológico e sentimentos / dificuldades dos profissionais | 21 |
| 1.4 A relação de ajuda..... | 26 |
| 1.4.1. A aprendizagem da relação de ajuda..... | 26 |
| 1.4.2. Capacidades da relação de ajuda | 30 |
| 1.4.2.1. Capacidade de escuta | 30 |
| 1.4.2.2. Capacidade de clarificação | 33 |
| 1.4.2.3. Capacidade de respeito | 34 |
| 1.4.2.4. Capacidade de congruência | 36 |
| 1.4.2.5. Capacidade de empatia | 37 |
| Capítulo 2 – DESENHO GERAL DA INVESTIGAÇÃO..... | 39 |
| 2.1. Tipo de Estudo | 39 |
| 2.2. Sujeitos do estudo (população)..... | 39 |
| 2.3. Hipótese de estudo | 40 |
| 2.4. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados..... | 41 |
| 2.4.1. Entrevista exploratória..... | 41 |
| 2.4.2. Questionário | 45 |
| 2.4.3- Aplicação do pré teste | 46 |
| 2.5. Considerações éticas | 48 |
| 2.6. Procedimentos de análise de dados..... | 48 |
| 2.6.1- Entrevista | 48 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Capítulo 3- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS | 51 |
| 3.1 Entrevista | 51 |
| 3.1.1 Sentimentos..... | 52 |
| 3.1.1.1 Impotência | 52 |
| 3.1.1.2 Insegurança | 53 |
| 3.1.1.3 Medo | 54 |
| 3.1.1.4 Frustração..... | 55 |
| 3.1.1.5 Choque | 56 |
| 3.1.1.6 Revolta | 56 |
| 3.1.2 Dificuldades | 59 |
| 3.1.2.1 Relacionadas com o prestador de cuidados. | 59 |
| 3.1.2.1.1 Lidar com a morte..... | 59 |
| 3.1.2.1.2 Formação deficiente..... | 62 |
| 3.1.2.1.3 Com o meio envolvente | 63 |
| 3.1.2.2 Relacionadas com o utente/família | 64 |
| 3.1.2.2.1 Aceitação da morte | 64 |
| 3.1.2.2.2 Falta de informação | 66 |
| 3.1.2.3 Relacionadas com a instituição..... | 67 |
| 3.1.2.3.1 Constituição da equipa de saúde..... | 67 |
| 3.2 Questionário..... | 68 |
| 3.2.1. Análise de estatística descritiva | 70 |
| 3.2.1.1. Sentimentos/dificuldades que em maior percentagem não influenciam as competências | 70 |
| 3.2.1.2 - Sentimentos/ dificuldades mais significativos que influenciam as competências em maior percentagem. | 77 |
| 3.2.2. Medida de Tendência Central | 96 |
| 3.2.2.1. Sentimentos/Dificuldades que não influenciam as competências ... | 96 |
| 3.2.2.2. Sentimentos/ Dificuldades mais significativos que influenciam as competências..... | 103 |
| 3.2.3. Fiabilidade e validade do inquérito..... | 110 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.2.4. Testagem da hipótese..... | 111 |
| Capitulo 4. DA COLOCAÇÃO DO PROBLEMA AO PLANO DE INTERVENÇÃO | 197 |
| 4.1- Colocação do problema | 197 |
| 4.2- Diagnostico da necessidade de formação | 198 |
| 4.3 Plano de intervenção | 201 |
| 5. CONCLUSÃO | 204 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 207 |
| ANEXOS..... | 213 |
| Anexo 1 Questionário..... | 214 |
| Anexo 2 Pedido de autorização para aplicação do questionário..... | 215 |
| Anexo 3 Autorização do pedido..... | 216 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| QUADRO 1 | Distribuição da dimensão sentimento medo relativamente à competência A | 70 |
| QUADRO 2 | Distribuição da dimensão sentimento medo relativamente à competência B | 70 |
| QUADRO 3 | Distribuição da dimensão sentimento medo relativamente à competência F | 71 |
| QUADRO 4 | Distribuição da dimensão sentimento medo relativamente à competência G | 71 |
| QUADRO 5 | Distribuição da dimensão sentimento medo relativamente à competência K | 72 |
| QUADRO 6 | Distribuição da dimensão sentimento frustração relativamente à competência F | 72 |
| QUADRO 7 | Distribuição da dimensão sentimento frustração relativamente à competência G | 73 |
| QUADRO 8 | Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência F | 73 |
| QUADRO 9 | Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência G | 74 |
| QUADRO 10 | Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência G | 74 |
| QUADRO 11 | Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência G | 75 |
| QUADRO 12 | Distribuição da dimensão sentimento choque relativamente à competência G | 75 |
| QUADRO 13 | Distribuição da dimensão sentimento choque relativamente à competência K | 76 |
| QUADRO 14 | Distribuição da dimensão dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência G | 76 |
| QUADRO 15 | Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência G | 77 |
| QUADRO 16 | Distribuição da dimensão sentimento frustração relativamente à competência D | 77 |
| QUADRO 17 | Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência A | 78 |
| QUADRO 18 | Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência B | 78 |
| QUADRO 19 | Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência C | 78 |
| QUADRO 20 | Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência D | 79 |
| QUADRO 21 | Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência E | 79 |

| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| QUADRO 22 | Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência J | 80 |
| QUADRO 23 | Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência A | 80 |
| QUADRO 24 | Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência B | 80 |
| QUADRO 25 | Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência C | 81 |
| QUADRO 26 | Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência D | 81 |
| QUADRO 27 | Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência E | 82 |
| QUADRO 28 | Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência H | 82 |
| QUADRO 29 | Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência I | 83 |
| QUADRO 30 | Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência J | 83 |
| QUADRO 31 | Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência A | 84 |
| QUADRO 32 | Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência C | 84 |
| QUADRO 33 | Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência D | 85 |
| QUADRO 34 | Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência E | 85 |
| QUADRO 35 | Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência H | 86 |
| QUADRO 36 | Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência I | 86 |
| QUADRO 37 | Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência J | 87 |
| QUADRO 38 | Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência K | 87 |
| QUADRO 39 | Distribuição da dimensão dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência A | 87 |
| QUADRO 40 | Distribuição da dimensão dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência C | 88 |
| QUADRO 41 | Distribuição da dimensão dificuldade em lidar com a morte relativamente à | 88 |

| | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| | competência D | |
| QUADRO 42 | Distribuição da dimensão dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência E | 89 |
| QUADRO 43 | Distribuição da dimensão dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência H | 89 |
| QUADRO 44 | Distribuição da dimensão dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência I | 89 |
| QUADRO 45 | Distribuição da dimensão dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência J | 90 |
| QUADRO 46 | Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência A | 90 |
| QUADRO 47 | Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência B | 91 |
| QUADRO 48 | Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência D | 91 |
| QUADRO 49 | Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência E | 91 |
| QUADRO 50 | Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência F | 92 |
| QUADRO 51 | Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência I | 92 |
| QUADRO 52 | Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência J | 93 |
| QUADRO 53 | Distribuição da dimensão dificuldade existência de equipa de cuidados paliativos relativamente à competência F | 93 |
| QUADRO 54 | Distribuição da dimensão dificuldade falta informação da família relativamente à competência A | 93 |
| QUADRO 55 | Distribuição da dimensão dificuldade falta informação da família relativamente à competência F | 94 |
| QUADRO 56 | Distribuição da dimensão dificuldade falta informação da família relativamente à competência H | 94 |
| QUADRO 57 | Distribuição da dimensão dificuldade falta informação da família relativamente à competência I | 95 |
| QUADRO 58 | Distribuição da população segundo a experiência profissional | 95 |
| QUADRO 59 | Distribuição da população segundo a formação em cuidados paliativos | 95 |
| QUADRO 60 | Medida de tendência central da população segundo o sentimento medo que não influenciam as competências (A, B, F, G, K) | 97 |

| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| QUADRO 61 | Medida de tendência central da população segundo o sentimento frustração que não influenciam as competências (F, G) | 98 |
| QUADRO 62 | Medida de tendência central da população segundo o sentimento revolta que não influenciam as competências (F, G) | 99 |
| QUADRO 63 | Medida de tendência central da população segundo o sentimento insegurança que não influenciam as competências (G) | 99 |
| QUADRO 64 | Medida de tendência central da população segundo o sentimento impotência que não influenciam as competências (G) | 100 |
| QUADRO 65 | Medida de tendência central da população segundo o sentimento choque que não influenciam as competências (G , K) | 101 |
| QUADRO 66 | Medida de tendência central da população segundo a dificuldade em lidar com a morte que não influenciam as competências (G) | 101 |
| QUADRO 67 | Medida de tendência central da população segundo a dificuldade formação deficiente que não influenciam as competências (G) | 102 |
| QUADRO 68 | Medida de tendência central da população segundo o sentimento frustração que influenciam as competências (D) | 103 |
| QUADRO 69 | Medida de tendência central da população segundo o sentimento revolta que influenciam as competências (A, B, C, D, E, J) | 104 |
| QUADRO 70 | Medida de tendência central da população segundo o sentimento insegurança que influenciam as competências (A, B, C, D, E, H, I, J) | 104 |
| QUADRO 71 | Medida de tendência central da população segundo o sentimento impotência que influenciam as competências (A, C, D, E, H, I, J, K) | 105 |
| QUADRO 72 | Medida de tendência central da população segundo a dificuldade em lidar com a morte que influenciam as competências (A, C, D, E, H, I, J) | 106 |
| QUADRO 73 | Medida de tendência central da população segundo a dificuldade formação deficiente que influenciam as competências (A, B, D, E F, I, J) | 107 |
| QUADRO 74 | Medida de tendência central da população segundo a dificuldade não existência de cuidados paliativos que influenciam as competências (A, F) | 108 |
| QUADRO 75 | Medida de tendência central da população segundo a dificuldade falta de informação da família que influenciam as competências (A, F, H, I) | 109 |
| QUADRO 76 | Medida de tendência central da população segundo a experiência profissional | 109 |
| QUADRO 77 | Medida de tendência central da população segundo a formação de cuidados paliativos | 110 |
| QUADRO 78 | Alfa de Croanbch`s | 110 |
| QUADRO 79 | Teste do Qui Quadrado ao item 1 | 111 |
| QUADRO 80 | Teste do Qui Quadrado ao item 2 | 112 |

| | | |
|------------|----------------------------------|-----|
| QUADRO 81 | Teste do Qui Quadrado ao item 3 | 113 |
| QUADRO 82 | Teste do Qui Quadrado ao item 4 | 113 |
| QUADRO 83 | Teste do Qui Quadrado ao item 5 | 114 |
| QUADRO 84 | Teste do Qui Quadrado ao item 6 | 115 |
| QUADRO 85 | Teste do Qui Quadrado ao item 7 | 115 |
| QUADRO 86 | Teste do Qui Quadrado ao item 8 | 116 |
| QUADRO 87 | Teste do Qui Quadrado ao item 9 | 117 |
| QUADRO 88 | Teste do Qui Quadrado ao item 10 | 117 |
| QUADRO 89 | Teste do Qui Quadrado ao item 11 | 118 |
| QUADRO 90 | Teste do Qui Quadrado ao item 12 | 119 |
| QUADRO 91 | Teste do Qui Quadrado ao item 13 | 119 |
| QUADRO 92 | Teste do Qui Quadrado ao item 14 | 120 |
| QUADRO 93 | Teste do Qui Quadrado ao item 15 | 121 |
| QUADRO 94 | Teste do Qui Quadrado ao item 16 | 121 |
| QUADRO 95 | Teste do Qui Quadrado ao item 17 | 122 |
| QUADRO 96 | Teste do Qui Quadrado ao item 18 | 123 |
| QUADRO 97 | Teste do Qui Quadrado ao item 19 | 123 |
| QUADRO 98 | Teste do Qui Quadrado ao item 20 | 124 |
| QUADRO 99 | Teste do Qui Quadrado ao item 21 | 125 |
| QUADRO 100 | Teste do Qui Quadrado ao item 22 | 125 |
| QUADRO 101 | Teste do Qui Quadrado ao item 23 | 126 |
| QUADRO 102 | Teste do Qui Quadrado ao item 24 | 127 |
| QUADRO 103 | Teste do Qui Quadrado ao item 25 | 127 |
| QUADRO 104 | Teste do Qui Quadrado ao item 26 | 128 |
| QUADRO 105 | Teste do Qui Quadrado ao item 27 | 129 |
| QUADRO 106 | Teste do Qui Quadrado ao item 28 | 129 |
| QUADRO 107 | Teste do Qui Quadrado ao item 29 | 130 |
| QUADRO 108 | Teste do Qui Quadrado ao item 30 | 131 |
| QUADRO 109 | Teste do Qui Quadrado ao item 31 | 131 |
| QUADRO 110 | Teste do Qui Quadrado ao item 32 | 132 |
| QUADRO 111 | Teste do Qui Quadrado ao item 33 | 133 |
| QUADRO 112 | Teste do Qui Quadrado ao item 34 | 133 |
| QUADRO 113 | Teste do Qui Quadrado ao item 35 | 134 |
| QUADRO 114 | Teste do Qui Quadrado ao item 36 | 134 |
| QUADRO 115 | Teste do Qui Quadrado ao item 37 | 135 |
| QUADRO 116 | Teste do Qui Quadrado ao item 38 | 136 |
| QUADRO 117 | Teste do Qui Quadrado ao item 39 | 136 |

| | | |
|------------|----------------------------------|-----|
| QUADRO 118 | Teste do Qui Quadrado ao item 40 | 137 |
| QUADRO 119 | Teste do Qui Quadrado ao item 41 | 138 |
| QUADRO 120 | Teste do Qui Quadrado ao item 42 | 138 |
| QUADRO 121 | Teste do Qui Quadrado ao item 43 | 139 |
| QUADRO 122 | Teste do Qui Quadrado ao item 44 | 140 |
| QUADRO 123 | Teste do Qui Quadrado ao item 45 | 140 |
| QUADRO 124 | Teste do Qui Quadrado ao item 46 | 141 |
| QUADRO 125 | Teste do Qui Quadrado ao item 47 | 142 |
| QUADRO 126 | Teste do Qui Quadrado ao item 48 | 142 |
| QUADRO 127 | Teste do Qui Quadrado ao item 49 | 143 |
| QUADRO 128 | Teste do Qui Quadrado ao item 50 | 144 |
| QUADRO 129 | Teste do Qui Quadrado ao item 51 | 144 |
| QUADRO 130 | Teste do Qui Quadrado ao item 52 | 145 |
| QUADRO 131 | Teste do Qui Quadrado ao item 53 | 146 |
| QUADRO 132 | Teste do Qui Quadrado ao item 54 | 147 |
| QUADRO 133 | Teste do Qui Quadrado ao item 55 | 147 |
| QUADRO 134 | Teste do Qui Quadrado ao item 56 | 148 |
| QUADRO 135 | Teste do Qui Quadrado ao item 57 | 149 |
| QUADRO 136 | Teste do Qui Quadrado ao item 58 | 149 |
| QUADRO 137 | Teste do Qui Quadrado ao item 59 | 150 |
| QUADRO 138 | Teste do Qui Quadrado ao item 60 | 151 |
| QUADRO 139 | Teste do Qui Quadrado ao item 61 | 151 |
| QUADRO 140 | Teste do Qui Quadrado ao item 62 | 152 |
| QUADRO 141 | Teste do Qui Quadrado ao item 63 | 153 |
| QUADRO 142 | Teste do Qui Quadrado ao item 64 | 153 |
| QUADRO 143 | Teste do Qui Quadrado ao item 65 | 154 |
| QUADRO 144 | Teste do Qui Quadrado ao item 66 | 155 |
| QUADRO 145 | Teste do Qui Quadrado ao item 67 | 155 |
| QUADRO 146 | Teste do Qui Quadrado ao item 68 | 156 |
| QUADRO 147 | Teste do Qui Quadrado ao item 69 | 157 |
| QUADRO 148 | Teste do Qui Quadrado ao item 70 | 157 |
| QUADRO 149 | Teste do Qui Quadrado ao item 71 | 158 |
| QUADRO 150 | Teste do Qui Quadrado ao item 72 | 159 |
| QUADRO 151 | Teste do Qui Quadrado ao item 73 | 159 |
| QUADRO 152 | Teste do Qui Quadrado ao item 74 | 160 |
| QUADRO 153 | Teste do Qui Quadrado ao item 75 | 161 |
| QUADRO 154 | Teste do Qui Quadrado ao item 76 | 161 |

| | | |
|------------|-----------------------------------------------------|-----|
| QUADRO 155 | Teste do Qui Quadrado ao item 77 | 162 |
| QUADRO 156 | Teste do Qui Quadrado ao item 78 | 163 |
| QUADRO 157 | Teste do Qui Quadrado ao item 79 | 163 |
| QUADRO 158 | Teste do Qui Quadrado ao item 80 | 164 |
| QUADRO 159 | Teste do Qui Quadrado ao item 81 | 165 |
| QUADRO 160 | Teste do Qui Quadrado ao item 82 | 165 |
| QUADRO 161 | Teste do Qui Quadrado ao item 83 | 166 |
| QUADRO 162 | Teste do Qui Quadrado ao item 84 | 167 |
| QUADRO 163 | Teste do Qui Quadrado ao item 85 | 167 |
| QUADRO 164 | Teste do Qui Quadrado ao item 86 | 168 |
| QUADRO 165 | Teste do Qui Quadrado ao item 87 | 169 |
| QUADRO 166 | Teste do Qui Quadrado ao item 88 | 169 |
| QUADRO 167 | Teste do Qui Quadrado ao item 89 | 170 |
| QUADRO 168 | Teste do Qui Quadrado ao item 90 | 171 |
| QUADRO 169 | Teste do Qui Quadrado ao item 91 | 171 |
| QUADRO 170 | Teste do Qui Quadrado ao item 92 | 172 |
| QUADRO 171 | Teste do Qui Quadrado ao item 93 | 173 |
| QUADRO 172 | Teste do Qui Quadrado ao item 94 | 174 |
| QUADRO 173 | Teste do Qui Quadrado ao item 95 | 174 |
| QUADRO 174 | Teste do Qui Quadrado ao item 96 | 175 |
| QUADRO 175 | Teste do Qui Quadrado ao item 97 | 176 |
| QUADRO 176 | Teste do Qui Quadrado ao item 98 | 176 |
| QUADRO 177 | Teste do Qui Quadrado ao item 99 | 177 |
| QUADRO 178 | Teste do Qui Quadrado ao item 100 | 178 |
| QUADRO 179 | Teste do Qui Quadrado ao item 101 | 179 |
| QUADRO 180 | Teste do Qui Quadrado ao item 102 | 179 |
| QUADRO 181 | Teste do Qui Quadrado ao item 103 | 180 |
| QUADRO 182 | Teste do Qui Quadrado ao item 104 | 181 |
| QUADRO 183 | Teste do Qui Quadrado ao item 105 | 181 |
| QUADRO 184 | Teste do Qui Quadrado ao item 106 | 182 |
| QUADRO 185 | Teste do Qui Quadrado ao item 107 | 183 |
| QUADRO 186 | Teste do Qui Quadrado ao item 108 | 183 |
| QUADRO 187 | Teste do Qui Quadrado ao item 109 | 184 |
| QUADRO 188 | Teste do Qui Quadrado ao item 110 | 185 |
| QUADRO 189 | Teste Binomial- Sentimento medo/competências | 186 |
| QUADRO 190 | Teste Binomial- Sentimento frustração/ competências | 187 |
| QUADRO 191 | Teste Binomial- Sentimento Revolta/ competências | 188 |

| | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| QUADRO 192 | Teste Binomial- Sentimento Insegurança/ competências | 189 |
| QUADRO 193 | Teste Binomial- Sentimento Impotência/ competências | 190 |
| QUADRO 194 | Teste Binomial- Sentimento Choque/ competências | 191 |
| QUADRO 195 | Teste Binomial- Dificuldade Lidar com Morte/ competências | 192 |
| QUADRO 196 | Teste Binomial- Dificuldade Formação Deficiente/ competências | 194 |
| QUADRO 197 | Teste Binomial- Dificuldade não existência equipa cuidados paliativos/ competências | 195 |
| QUADRO 198 | Teste Binomial- Dificuldade falta de informação da família / competências | 196 |

INTRODUÇÃO

O mais evoluído dos seres vivos à face da terra é, simultaneamente actor e observador de acontecimentos espectaculares, jamais vividos ou até sonhados. São constantes os avanços com que a ciência e a técnica nos surpreendem permanentemente, transformando as nossas vidas em quotidianos quase alucinantes. Este cenário, com encantos inegáveis, encerra em si próprio alguns senãos. O homem, ao descobrir máquinas “ inteligentes”, pode-se esquecer, ele próprio, de pensar. No fim do segundo milénio da era cristã, o homem que desde há muito se assume como espírito crítico é, cada vez mais, absolutamente necessário e a humanidade deve estar atenta para não confundir avanços com progresso. A maior parte das descobertas dos nossos tempos são dirigidas principalmente a outros interesses, de ordem material, e só secundariamente se dirigem aos genuínos interesses do homem. É verdade que o tecnicismo e o humanismo não são incompatíveis e até se podem potenciar mutuamente – mas, se forem deixados ao acaso, o resultado final não será, seguramente, o mais adequado. De facto a dualidade entre avanços e progresso, por um lado, e as difíceis fronteiras entre humanismo e tecnicismo, por outro, são reflexões que nos parecem adequadas para introduzir este estudo.

No início do século XX, e na sequência de vários estudos, elaborados principalmente no Reino Unido e nos Estados Unidos da América (os relatórios de Flexner terão sido dos mais clarividentes) o ensino e a prática da medicina mudaram totalmente. Os estudos da saúde e das doenças passaram a apoiar-se na investigação

epidemiológica e os conhecimentos médicos passaram a ter bases científicas sólidas a justificá-los.

Compreende-se, assim, que a medicina do nosso século tenha tido um desenvolvimento técnico científico extraordinário e que a cura das doenças tenha constituído o seu maior objectivo. Tal como referem José Luis Portela e Isabel Galriça, (1999) de facto, e apenas para apontar alguns dos mais espectaculares avanços, foi nestes anos que apareceram a antibioterapia, a terapia antitumoral, a maior parte das técnicas de anestesiologia, de cirurgia, de cuidados intensivos e dos transplantes. Ao longo das últimas décadas, e como consequência destes novos caminhos, a medicina dirigiu-se principalmente à cura das doenças; o tratamento Paliativo (ou apenas sintomático) das doenças constituía como que o parente pobre da profissão. A este período correspondeu também o mais notável desenvolvimento das ciências médicas.

Foi igualmente no início do nosso século o tempo de maior desenvolvimento das acções de promoção da saúde (saneamento básico, distribuição de água potável) e de profilaxia das doenças infecciosas(vacinas). Como consequência mais evidente desta evolução, associada à melhoria das condições sócio económicas e da alimentação, resultou o dramático aumento da esperança de vida da maior parte das populações do ocidente. Mas, como não há bela sem senão, esta evolução da medicina não teve apenas vantagens e desencadeou, também, alguns problemas. A investigação médico farmacêutica e a relacionada com alguns métodos auxiliares de diagnóstico faz movimentar orçamentos superiores aos de muitos Estados.

As populações adquirem consciência de direitos em relação à saúde com uma intensidade de paralelos face a outros tipos de direitos que não reclamam(educação, ambiente saudável, privacidade, dignidade).

Os profissionais de saúde especializam-se, superespecializam-se, hiperespecializam-se e correm o risco de conhecerem melhor uma qualquer micro- estrutura celular do que o indivíduo onde ela está a provocar estragos. Esta evolução da medicina, durante o século XX, tem sido a causa segundo Mooney, de uma série de desencontros como: o que a população quer versus o que os cuidados de saúde podem fornecer; as tecnologias disponíveis versus aquilo que as sociedades podem pagar e as realidades da política de saúde versus as expectativas dos profissionais. Esta reflexão serviu para introduzir a necessidade dos Cuidados Paliativos relacionada com o tema em estudo neste trabalho, que é: Sentimentos/ dificuldades dos Enfermeiros face ao doente oncológico em fase terminal no domicílio e a sua interferência no cuidar. O tema surgiu das vivências com a doença oncológica no domicílio. Na verdade, quando funcionava a unidade de internamento no Centro de Saúde de Aljustrel para os Enfermeiros ficava facilitado o contacto com estes doentes, identificávamos mais facilmente as suas necessidades. Após o enceramento do internamento, a abordagem a estes doentes ficou dificultada. Se não formos solicitados a prestar cuidados instrumentais, passa-nos muitas vezes ao lado estes problemas. E quando vamos, há determinados “factores” que parecem interferir no cuidar, que gostaríamos de investigar, o que leva a colocar, assim, a seguinte questão de partida: haverá alguma relação entre os sentimentos expressados pelos Enfermeiros e os cuidados prestados ao doente oncológico em fase terminal no domicílio?

Esta problemática orientou o presente trabalho e tem como principais objectivos:

- Identificar os sentimentos expressados pelos Enfermeiros quando prestam cuidados ao doente oncológico
- Identificar as dificuldades experimentadas
- Analisar as vivências dos Enfermeiros face ao doente oncológico
- Relacionar os sentimentos/ dificuldades com o cuidar
- Avaliar a necessidade de formação em Cuidados Paliativos

Muitas vezes também há falta de formação nesta área. Daí também a pertinência deste estudo enquadrada na Educação e formação de adultos. Uma vez que os hospitais utilizam os seus recursos a favor de causas que acham merecedoras(foram concebidos para diagnosticar, curar), não têm interesse em desperdiça-los com o doente em fase terminal. Ao doente em fase terminal costuma dizer-se: “ Já não há nada a fazer”.

Nos últimos anos os Cuidados Paliativos têm aparecido com um grande protagonismo, não só nos espaços e actividades dos diferentes profissionais de saúde mas, também, na própria sociedade; como resultado deste facto, temos assistido à publicação de uma enorme quantidade de livros e de artigos, ao aparecimento de revistas e de sociedades científicas dedicadas exclusivamente a este tema, à organização de reuniões científicas, à criação de múltiplas comissões (desde as de iniciativa local ou regional até às de âmbito comunitário) com a publicação dos respectivos relatórios.

Os Cuidados Paliativos surgiram na década de sessenta com o trabalho de Cicely Saunders ao criar o hospício de St. Christopher`s, tendo-se expandido depois a todo o mundo, com especial impacto nos países de língua inglesa. Surgiram sob uma grande variedade de formas, variando nos serviços prestados, local, dimensões e articulação com os sistemas de saúde. Actualmente existem como unidades próprias de internamento, equipas de apoio domiciliário e unidades integradas em hospitais. Foram criadas várias associações, nomeadamente a Associação Europeia de Cuidados Paliativos, tendo sido elaborados currículos pré e pós graduados para médicos e enfermeiros.

A Organização Mundial de Saúde tem divulgado recomendações tanto a nível terapêutico para tratamento dos doentes como a nível de governo no sentido de se implementarem políticas nacionais de Cuidados Paliativos. Embora os Cuidados Paliativos tenham outras áreas de utilização em medicina para além das doenças oncológicas não há dúvida de que a dimensão das suas necessidades tem a principal componente neste grupo nosológico. Noutros tempos, a morte de um indivíduo era um acontecimento social que envolvia não só a família, mas toda a comunidade onde este se inseria. Pode dizer-se que a morte era pública. Morria-se em casa, no seio da família, e todos os vizinhos, amigos e conhecidos vinham para se despedir e prestar uma última homenagem ao moribundo, ao mesmo tempo que partilhavam o sofrimento dos familiares. Nos últimos momentos da vida viviam-se por vezes experiências especiais que resolviam questões pendentes de toda uma vida: formulavam-se desejos, faziam-se compromissos, pediam-se desculpas por antigas ofensas e reconciliavam-se pessoas há muito incompatibilizadas. O moribundo, além de morrer acompanhado, era geralmente alguém com muito poder, nos últimos

momentos. Os seus desejos, as suas opiniões e as suas vontades eram ouvidas e valorizadas. Com as novas condições de vida e de habitação, a família nuclear reduzida, o isolamento em que se vive, a sociedade técnica, mecanizada e impessoal fazem com que se deixasse de morrer em família.

A sociedade moderna dissocializou a morte, escoraçou-a do seio das famílias e encurralou-a nos hospitais e outras instituições, onde tantas vezes se morre sozinho atrás duma cortina numa enfermaria, fechado num quarto solitário ou no meio de incompreensíveis e sofisticados aparelhos, sem ninguém que compartilhe o medo, ou a dúvida, ou a angustia sentidos. E ainda, tantas vezes sem fazer um último pedido, expressar um último desejo, deixar uma mensagem. Esta transferência da morte do domicílio para o hospital vai implicar a necessidade de uma mudança de atitude da parte do hospital, que tal como comecei por dizer no início, não foi preparado nem está interessado em responder a este problema. No nosso actual esquema de organização, os cuidados de saúde prestados ao doente oncológico são mais caros no último ano de vida do que durante o restante período da doença. Por outro lado, a inexistência de estruturas adequadas à prestação deste tipo de cuidados provoca uma procura na rede hospitalar por parte destes doentes e respectivas famílias, o que constitui, sem qualquer tipo de vantagem para ninguém, factor de agravamento das listas de espera dos hospitais.

Tanto a nível nacional, como internacional, há um amplo consenso no sentido de apontar os cuidados primários como a sede mais adequada para a prestação deste tipo de cuidados de saúde. Cada homem merece morrer o mais perto possível da sua família, da sua casa, dos seus amigos, em suma, do seu mundo. Os locais onde se

realiza a assistência a estes doentes devem incluir, prioritariamente, a própria residência e, depois, centros de dia e unidades para pequenos períodos de internamento, ditados estes ou por razões médicas estritas ou por motivos de natureza social(falta de condições de habitação ou para permitir aos familiares pequenos períodos de repouso). Para a prestação destes cuidados, é referida quer pela Organização Mundial de Saúde quer pelo Sub- Comité da União Europeia a acção de uma equipa multiprofissional .Esta equipa deverá ser constituída por médicos, enfermeiros, terapeutas, assistentes sociais, religiosos e voluntários. Todos os doentes têm o direito a ser tratados de forma a viverem com a máxima qualidade de vida possível e, no fim, a morrerem com dignidade. A luta pela implementação dos cuidados paliativos é uma luta “ em nome da dignidade humana”

A área dos cuidados paliativos é uma área que me fascina particularmente, e sendo os Cuidados Primários apontados como a sede mais adequada para a prestação deste tipo de cuidados de saúde e exercendo eu funções de enfermagem como prestadora de cuidados no Centro de Saúde de Aljustrel e não tendo constituída nenhuma equipa multiprofissional para a prestação destes cuidados, e a organização dos mesmos exige a existência de centros de formação profissionais de saúde e voluntários, assim como a investigação nesta área, preocupa-me o facto de cada vez mais nos depararmos com este tipo de situações no domicilio.

Quantas e quantas vezes quando assistimos a um doente moribundo, confrontamo-nos em primeiro lugar, com os nossos sentimentos em relação à morte e ao morrer; Recordamos pessoas queridas que morrem e até outros doentes que de uma forma ou de outra, nos tocaram; Surgem-nos sentimentos de insegurança, revolta, impotência

perante a situação, e mesmo uma “agressividade” interior que nos esforçamos por ignorar, assim como o sentimento de fracasso que a morte por si representa. Ficamos com medo de investir afectivamente, pelo medo de nos magoarmos, e é mais fácil deixar morrer do que ajudar a morrer. Perante isto, somos tentados, como seres humanos que somos, a negar não só a gravidade do estado do doente, mas também o seu sofrimento e, conseqüentemente, agarramo-nos a técnicas e tratamentos, acabando por fazer ao doente visitas cada vez mais raras e mais rápidas, ou seja, a nossa angustia vai ocultando a realidade do doente e impede-nos de descobrir o que se passa verdadeiramente com ele. Elkind(1982:43), refere que :“ *Os Enfermeiros tendem a encarar o cancro como uma situação alarmante e a maioria expressa dúvidas sobre o tratamento e considera difícil apresentar outra coisa senão uma visão negativa desta doença. Este pessimismo não seria de facto um grave problema se não tivesse influência sobre os doentes e suas famílias, mas a realidade é o oposto*”. Segundo Speese-Gwens (1981:57):

“ Os Sentimentos do Enfermeiro e a ameaça por ele sentida em relação ao cancro, interferem com a capacidade do doente e da sua família em aceitar o diagnóstico e o tratamento e a percepção do diagnóstico por parte do enfermeiro pode projectar-se neles, mesmo que não seja objectivo de expressão verbal”.

Os Enfermeiros ocupam uma posição na sociedade que potencialmente os torna em educadores de saúde e como diz Kermode(1985), seriam um grande contributo para derrubar as fortes atitudes negativas existentes em relação ao cancro. No entanto este mesmo autor questiona se os enfermeiros têm efectivamente capacidade para

desempenhar este papel, ou se pelo contrário, não estão eles próprios envolvidos nos mitos e crenças comuns ao público em geral. É aqui precisamente que reside a nossa preocupação: Tentar saber que sentimentos expressam os enfermeiros da Sub - Região Saúde Beja quando prestam cuidados ao doente oncológico em fase terminal no domicílio, que dificuldades sentem e saber de que forma estão ou não esses sentimentos relacionados com o cuidar. Precisam eles efectivamente de formação para lidar com estas situações ou são eles, como se disse atrás um contributo como educadores para derrubar as atitudes negativas em relação ao cancro?

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA TEMÁTICA ABRANGENTE

1.1. O Enfermeiro perante o doente oncológico em fase terminal no Domicilio

Mesmo com tantas décadas de conhecimento sobre o cancro, os sentimentos e atitudes face ao mesmo mantêm - se inalteráveis. A doença oncológica, é uma doença com conotação negativa, associada ao sofrimento e à morte.

“ Tal como todas as doenças cuja causa seja totalmente conhecida e o tratamento não seja completamente eficaz, tende a tornar-se obscura em significado. Os factos mais temidos e assustadores são identificados com ela tornando-a numa verdadeira metáfora (SONTAG, 1991: 60)”.

Assim, as metáforas do cancro são múltiplas e variadas e encontram-se presentes nos discursos políticos, económicos, desportivos, etc. O cancro passou a representar os horrores da sociedade e é representado por estes. SONTAG(1991:66) refere que” *o cancro engloba muitas vezes conceitos bélicos que influenciam, por vezes, comportamentos terapêuticos extremamente agressivos*”. O facto de se considerar o direito sob invasão torna licitas todas as formas de contra ataque.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de cinquenta por cento dos casos de cancro são considerados curáveis na data do diagnóstico. Posteriormente e durante a evolução da doença, dez a vinte por cento dos casos tratados vêm a mostrar-se incuráveis.

Cerca de dois terços dos doentes oncológicos, necessita em tempo variável, de alguns meses a anos, de Cuidados Paliativos para tratamento da dor(presente em cerca de sessenta a noventa por cento dos casos avançados) e de outros sintomas incómodos.

Embora nas últimas décadas tenham melhorado, na Europa, as taxas globais de cura da doença oncológica, também se tem vindo a verificar um aumento da incidência. Em Portugal, a doença oncológica constitui a segunda causa de morte, e dos cerca de cem mil portugueses que morrem por ano, dezoito mil a vinte mil são vítimas de

cancro. É bastante provável que o homem seja o único ser vivo com consciência da inevitabilidade biológica da sua morte. Esse conhecimento parece, no entanto, não trazer à maior parte dos homens a grande vantagem que lhe estaria inerente: a alegria suprema de estar vivo em cada dia que passa. Pelo contrário, para esses homens, é apenas um dia a menos para chegar ao fim do caminho. À nossa volta, nas palavras escritas e ditas, a morte aparece sempre como oposição à vida quando, no fundo, ela é apenas uma parte da nossa vida. Tudo isto justifica que o sofrimento do homem moribundo esteja muito para além dos sintomas e do plano estritamente físico. E não é só ao homem que está a morrer a quem a morte pesa, pois a influência é tão grande que todos os que lhe estão próximos- dos familiares aos amigos, dos voluntários aos profissionais de saúde- sentem a sua presença. Como se cada homem perante a morte dos seus semelhantes, tivesse a antevisão da sua própria morte.

Hoje, a morte deixou de ter, para muita gente, qualquer significado que não o de fim e esse sentimento de finitude, trazido até aos nossos dias vai chocar profundamente com o sentimento de onnipotência do homem de hoje. Para Moreira (1995:10):

“ O homem de hoje é um ser que se pretende dominador do Universo, para o qual não há utopias mas apenas objectivos que poderá demorar mais ou menos tempo a atingir, que se espanta não por aquilo que é capaz de realizar mas pelas resistências que poderá encontrar nos seus projectos, que não conhece o impossível

*mas apenas aquilo que precisa de um orçamento
mais substancial para se realizar”*

Para este homem a morte tornou-se um absurdo, deixou de ser, o último acto assumido de uma vida humana consciente, para se tornar num problema técnico falhado, ou talvez à espera de solução. Confiado no seu poder, o homem moderno quer negar a morte, e esta, que em tempos ocupava um lugar primordial nas crenças e ritos e nas tradições das várias civilizações, foi hoje removida para a periferia da nossa vida, dos nossos hábitos e do nosso pensamento e foi-lhe dado o lugar de esquecimento. Segundo Pascal, citado por Henriques(1995:10) “ os homens como não puderam substituir a morte, tiveram a audácia de não pensarem nela”.E. Stendhal, citado por Henriques(1995:10) escreve”...uma vez que a morte é inevitável, esquecemo-la...

”A morte de que não se fala, é um acontecimento terrível e negativo que vem perturbar o curso normal do bem estar na vida, é encarada como um fracasso perante os meios técnicos e o saber científico hoje existentes e torna-se, além de acontecimento medonho, um objecto de demasiado pudor, às vezes mesmo de vergonha. Ao longo da história, várias foram as maneiras de encarar a questão da morte. Aliás, a vivência da morte varia de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família, de indivíduo para indivíduo. Diversas são as atitudes adoptadas perante o moribundo.

As culturas primitivas encaravam a morte como acontecimento natural, que fazia parte da vida, assumindo-a como plenitude dessa mesma vida. Acreditavam na

perpetuação da vida depois da morte e investiam os mortos de poderes especiais e supra humanos.

Os mortos exprimiam uma vida que se recriava constantemente e neste contexto desenvolviam o culto dos antepassados, por exemplo. A etnologia mostra-nos que, por todo o lado, os mortos foram ou são alvo de práticas que correspondem a crenças relacionadas com a sua sobrevivência ou o seu renascimento. Mas, sobretudo com a Filosofia, a partir do século XIX, perdeu-se a fé na imortalidade e prevaleceu a ideia de morte como extinção definitiva, a destruição do sonho humano(Henriques,1995).
Perante a complexidade do tema, assim como pela atitude da nossa sociedade perante a morte, será que os enfermeiros estão conscientes do seu verdadeiro papel junto a estes doentes? E como procedem eles perante o doente oncológico em fase terminal no contexto domiciliário? A morte é uma situação com que diariamente nos confrontamos no decorrer da nossa profissão. Não nos podemos esquecer que a Enfermagem, (tal como refere o decreto lei nº 161/96 de 4 de Setembro: 2960) é a profissão que na área da saúde tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital. Também diz o referido decreto que devemos como enfermeiros “ exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem estar”

É evidente que , para muitos doentes , cuja doença se apresenta em fase muito avançada da sua evolução, não temos qualquer hipótese de interferir terapêuticamente com a perspectiva de cura. Mas isso não significa que esse doente esteja condenado pela doença. Mesmo quando acabou a esperança de cura,

continuamos perante um ser humano que é único e que vive estes últimos momentos de forma única e que tem direito a ser tratado de forma digna e individualizada, por uma equipa multidisciplinar.

A Organização Mundial de Saúde, em 1990, publicou uma definição de Cuidados Paliativos:

- Os Cuidados Paliativos são cuidados activos, totais, prestados aos doentes que não respondem aos tratamentos curativos. Uma das grandes finalidades é o controlo da dor e dos outros sintomas, dos problemas psicológicos, sociais e espirituais. O objectivo dos cuidados paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida aos doentes e aos familiares.

- Os Cuidados Paliativos afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal...nunca antecipam nem atrasam a morte... integram os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados... oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão activamente quanto possível até à morte.

Em 1991, um Sub- Comité para os cuidados Paliativos nomeado pelo Programa Europa contra o Cancro, no âmbito da União Europeia, publicou no relatório final a sua própria definição de Cuidados Paliativos: “ Cuidados Continuados, activos, totais, aos doentes e familiares, por uma equipa multiprofissional, a partir do momento em que não há expectativas médicas de cura e o objectivo primário do tratamento não é prolongar a vida”. O objectivo dos Cuidados Paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida aos doentes e familiares. Os Cuidados

Paliativos dão resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Se necessário prolongam a sua acção até ao luto.

Nos cuidados de enfermagem prestados ao utente e família em visita domiciliaria, é a doença que conduz a acção do enfermeiro e dá sentido às actividades que se desenvolvem junto do utente, há uma prevalência do “cure” sobre o “care”, isto é, dos cuidados relacionados com o tratamento da doença, tornando acessórios os cuidados quotidianos e habituais fundamentais para manter a vida e permitir a luta contra a doença.

Para que serve reparar, tratar, se tudo o que mobiliza a vida não é tomado em conta? Os cuidados de enfermagem devem basear-se na mobilização das forças vivas da pessoa e dos que a cercam, para compensar as capacidades alteradas pela doença tendo ao mesmo tempo em conta as limitações que ela impõe.

1.2. Definição de Sentimentos

Os sentimentos são um conjunto ou reportório de estados sentimentais de que pode dispor um sujeito situado nas mais diversas relações com pessoas, animais, coisas, situações.

Uma pessoa tem bons e/ou maus sentimentos. (A palavra pode ser usada como sinónimo de afectos).

Os sentimentos são” objectos mentais” daquele que os experimenta, e, do ponto de vista semiótico, são conotações que o objecto provoca no sujeito.

O sentimento, sendo de menos intensidade que a emoção, é experimentado pelo sujeito como qualquer coisa que lhe acontece exclusivamente na ordem de si próprio como sujeito, mais concretamente ao nível anímico.

As reacções emocionais são subjectivas, dependem da personalidade do indivíduo, crenças, valores e cultura. São manifestações fisiológicas involuntárias e quase sempre incontroláveis. BLOCH (1986), citado por CHALIFOUR (1989:43) define emoções como

“um estado funcional do organismo que implica activação fisiológica (reacções neuroendócrinas), um comportamento excessivo (reacções neuromuscular postural e facial) e uma experiência subjectiva (o sentimento)”.

É necessário um suporte afectivo, para ajudar o doente a lidar com as mesmas. É suposto que este surja primariamente da família, surgindo também dos amigos, vizinhos e naturalmente da equipa de saúde. WEISS (1974) Introduce duas designações conceptuais: o suporte instrumental (prático) e o suporte emocional afectivo. O termo suporte emocional é conceptualizado como o demonstrar expressões de afecto, admiração, respeito, ou amor, assim como o ter alguém disponível com quem se possa falar de todos os problemas. Outro tipo de suporte referenciado em literatura é o informativo que poderá estar relacionado com o ser informado e orientado, por pessoas competentes e a informação ajudar na avaliação pessoal.

A “inteligência emocional” define-se como a capacidade de reconhecermos os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações. DANIEL GOLEMAN (2000:323).

SOLOVEY E MAYEN citados por DANIEL GOLEMAN (2000:323) definiram a “inteligência emocional em termos de ser capaz de acompanhar e regular os sentimentos próprios e dos outros e de usar os sentimentos como guia da ação”. DANIEL GOLEMAN (2000:324) refere que “as competências emocionais e sociais básicas são talentos que importam e interferem gradualmente na vida laboral”. Este autor refere cinco competências emocionais e sociais básicas: Autoconsciência, Auto-regulação, Motivação, Empatia, Aptidões Sociais.

Segundo DAMÁSIO (2000:55) “sem qualquer exceção, homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas, de todos os graus de instrução e de todos os níveis económicos têm emoções, estão atentos às emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as suas próprias emoções, e governam as suas vidas, em grande parte, pela procura de uma emoção, a felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis”.

No entanto a emoção humana é especial. Não se reduz ao prazer mas tem a ver também com o horror do testemunhar o sofrimento. O impacto humano da causa das emoções depende do sentimento gerado por essas emoções. Segundo DAMÁSIO (2000:56) *“É através dos sentimentos que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente”*. Não existe, porém, qualquer prova de que estejamos conscientes de todos os nossos sentimentos, e existem muitos que sugerem que não estamos. A investigação destes mecanismos leva a que seja necessário fazer a distinção entre emoção e sentimento. Segundo DAMÁSIO (2000:62) *“O termo sentimento deve ser reservado para a experiência mental e privada de uma emoção, enquanto o termo emoção deve ser usado para designar o conjunto de respostas que constitui uma emoção, muitas das quais que publicamente observáveis”*.

Mas o que são emoções? A palavra emoção traz em geral à mente uma das seis emoções ditas primárias ou universais: alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão. Existem ainda emoções secundárias ou sociais, tais como a vergonha, o ciúme, a culpa ou o orgulho; podem ainda referir-se as emoções de fundo, tais como o bem-estar ou o mal-estar, a calma ou a tensão. O termo emoção também tem sido aplicado a impulsos e motivações e a estados de dor e prazer.

Mas para que servem os sentimentos?

Segundo DAMÁSIO (2000:325) *“poder-se-ia argumentar que as emoções sem sentimentos seriam mais do que suficientes para a regulação da vida. No entanto não é esse o caso. No palco da vida é*

extremamente valioso ter sentimentos. As emoções são úteis mas é o processo do sentir que alerta o organismo para o problema que a emoção começou a resolver.

O processo simples de sentir começa por dar ao organismo o incentivo para se ocupar dos resultados da emoção. O sentir constitui a abertura da porta para a etapa seguinte – o sentimento de conhecer que sentimos

Os sentimentos são algo de que o sujeito se vale, algo constitutivo do sujeito, algo graças ao qual o sujeito apetece os objectos (e a si próprio), se interessa por eles (para os fazer seus ou os afastar de si) e, por conseguinte, se faz ao mundo na realidade psicossocial, e constrói a sua biografia porque, como condição previa, sobrevive biologicamente.

O que confere subjectividade ao modo de relação de cada pessoa com a realidade e com os objectos que a constituem, bem como o valor que ao objecto se atribui , é a relação afectiva singular que se mantém com ele. Sem a singularidade dos sentimentos de cada um, por meio apenas do instrumento cognitivo, a realidade do ambiente externo e do ambiente interno seria praticamente análoga em todos os seres humanos: estes seriam seres em ultima instancia a - sociais, ainda que dotados dos mesmos instrumentos sensório- perceptivos, representacionais e amnésicos : praticamente robôs, computadores, maquinas de Turning. São inimagináveis sujeitos que tais, ainda que a patologia mostre casos que se lhes assemelham, como os de

alguns pacientes com estados depressivos e outros com síndromes cata tónicas, com um bloqueamento de sentimentos e um apagamento da vida afectiva que, uma vez superado, lhes traz a consciência de que em determinadas circunstancias é praticamente impossível sentir. Além disso, na ausência de sentimentos perante o ambiente externo, os processos cognitivos afrouxam: os depressivos, os neuróticos ansiosos, os que experimentam uma insegurança constante no que se refere às suas decisões, como acontece com os obsessivos, queixam-se muitas vezes de alterações da memória, da atenção, de dificuldades de concentração, relativas à compreensão, quer dizer, sofrem alterações dos processos considerados cognitivos, alterações essas que devem ser consideradas a repercussão do estado emocional sobre os citados processos, o que é provado pela sua reversibilidade. Os sentimentos, com efeito, conduzem-nos ao dirigirem-nos para o objecto, situam este ultimo num campo perceptual preferencial, e graças a eles a própria percepção do objecto se torna selectiva (e seleccionadora). Não haveria selecção da realidade, quer dizer, ordenamento pessoal do mundo que nos rodeia, se carecêssemos de sentimentos ou possuíssemos todos sentimentos idênticos. Espinosa dizia que enquanto a razão nos uniformiza uns com os outros, os sentimentos distinguem-nos uns dos outros, quer dizer, singularizam-nos.

Na ordem psicológica há muitas diferenças na esfera cognitiva dos seres humanos, que se traduzem em variações das nossas aptidões e capacidades intelectuais, mas os sentimentos são aquilo que nos distinguem enquanto sujeitos para uma relação irrepetível.

Além de instrumentos do sujeito na relação com os objectos, do ambiente que o rodeia e consigo próprio, os sentimentos, como disseram as formulações clássicas e tradicionais, são estados do sujeito, porque o qualificam e modificam em certo sentido. São “estados do Eu”, dizia T. Lipps, autor que inaugura a abordagem actual da teoria dos sentimentos. Esta afirmação de Lipps pode manter-se se a extensão do termo “eu” neste contexto for a de “sujeito executor” modalizado por um estado afectivo determinado para uma actuação determinada.

1.3. Relação entre cuidar do doente oncológico e sentimentos / dificuldades dos profissionais

A doença oncológica, muitas vezes denominada como doença terminal, provoca uma certa impotência nos profissionais de saúde, muito vocacionados para a cura e não para o cuidar, motivo que leva também ao afastamento dos doentes. Os próprios profissionais de saúde, apresentam dificuldades em lidar com as emoções dos doentes, levando por vezes ao afastamento dos mesmos, para evitar o próprio sofrimento. Pelo que cuidar em oncologia exige do enfermeiro um auto-conhecimento e um crescimento a nível emocional, que permite lidar com as suas emoções e com as do outro, para que a interacção surja de maneira, que ambos possam vir a beneficiar, da mesma. STEDEFORD (1986:157) refere que o nosso contacto com o doente em fase terminal

“desperta sempre uma resposta específica e tanto faz ignorá-la ou reprimi-la pois ela leva sempre à tensão, fadiga irritabilidade e outros problemas.

Fala-nos também nos nossos mecanismos de defesa, assim como da possibilidade de quando excessivamente utilizados, poderem funcionar em nosso prejuízo. Cita-nos o caso do recurso à identificação de quando levado ao exagero, pode tornar o enfermeiro “*particularmente sensível e atencioso, mas conduz ao super envolvimento prejudicial*”. E à generalização em que se tratam todos os doentes de igual modo, só porque, por exemplo, está muito ansioso. A enfermeira ao cuidar deste tipo de doentes tem de ter um conhecimento do indivíduo como pessoa para que o cuidar vá de encontro às necessidades do mesmo. Essas necessidades passam muitas vezes por um acompanhamento familiar, uma comunicação aberta, uma informação correcta e uma escuta activa; para uma possível libertação dos medos, receios, dúvidas e livre expressão de emoções. O enfermeiro(a) deverá possuir características humanas e profissionais indissociáveis. É com estas características que se estabelece a relação. Ele poderá utilizar os seus conhecimentos, habilidades e atitudes a fim de otimizar a relação com o doente e o cuidar do mesmo”. CHALIFOUR (1989:17). O enfermeiro tem de ter presente que a doença surge inevitavelmente ao longo da vida do indivíduo, como um desequilíbrio no organismo, que exige um processo de adaptação e restabelecimento.

A adaptação humana envolve mais do que um simples processo biológico, dá-se também ao nível psicológico e sociocultural, responde-se com o corpo e com emoções.

A família, os amigos e os profissionais de saúde, poderão ter um papel importante, na adaptação do indivíduo à sua situação, estimulando as suas potencialidades

procurando que o doente exprima todas as suas dúvidas e receios, as emoções para tornar possível a sua reafirmação, explorando ao máximo as suas capacidades.

ALLEN citado por (LEBOVITS,1984:1124) refere que “*a qualidade dos cuidados médicos é em parte um reflexo das atitudes que os mesmos têm em relação à doença*”. Estas questões também já foram objecto de estudo em relação aos enfermeiros, no entanto os estudos disponíveis são poucos.

WHELAN (1984:376), afirma que” *os estudos das atitudes dos enfermeiros em relação ao cancro têm sido pouco frequentes, mas os que existem mostram um grande pessimismo por parte destes profissionais e surgem vários factores como responsáveis por esse facto*”

- Os profissionais têm pouco contacto com os doentes que se curam, mas por outro lado convivem de uma forma frequente e prolongada com os que estão a morrer.
- Os doentes com cancro apresentam frequentemente episódios de choro, expressões de mágoa, dor e luto. Experiências difíceis para aqueles que cuidam deles, conduzindo a um progressivo esgotamento emocional e psíquico.
- As constantes recordações de situações onde dominaram sentimentos de incapacidade para tratar o cancro.

ELKIND (1982:43), refere que “*os enfermeiros tendem a maioria expressas dúvidas sobre o seu tratamento, encarar o cancro como uma*

situação alarmante e a considerar difícil apresentar outra coisa senão uma visão negativa desta doença. Este pessimismo dos profissionais em relação ao cancro não seria de facto um grave problema se não tivesse influência sobre os doentes e suas famílias, mas a realidade é o oposto”.

Segundo SPEESE-GWENS (1981:57), “*os sentimentos do enfermeiro e a ameaça por ele sentida em relação ao cancro, interferem com a capacidade do doente e da sua família em aceitar o diagnóstico e o tratamento e a percepção do diagnóstico por parte do enfermeiro pode projectar-se neles, mesmo que não seja objectivo de expressão verbal”.*

Os enfermeiros ocupam uma posição na sociedade que potencialmente os torna em educadores de saúde ideais e como diz KERMODE (1985), seriam um grande contributo para derrubar as fortes atitudes negativas existentes em relação ao cancro. No entanto, este mesmo autor, questiona se os enfermeiros têm efectivamente capacidade para desempenhar este papel, ou se pelo contrário não estão eles próprios envolvidos nos mitos e crenças comuns ao público em geral. As atitudes predominantemente negativas que encontramos referidas na literatura levam-nos a

pensar que é urgente que os profissionais de saúde e concretamente os enfermeiros, façam uma reflexão e avaliação das suas ideias sobre esta doença, para melhor poderem ajudar o doente oncológico.

Se, por um lado, a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, por outro, o aumento da esperança de vida, com o conseqüente envelhecimento da população e o prolongamento de situações incuráveis, tem evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva.

Quer isto dizer que a ajuda na manutenção da qualidade de vida e promoção da dignidade humana (Colliére, 1989), sendo a essência da enfermagem (Watson, 1985, 1988), parece constituir uma resposta adequada aos efeitos da super especialização em cuidados de saúde. Apesar disto, duas concepções de Enfermagem têm prevalecido e mantido actuais as discussões de Linn (1974) de Bullough e Sparks (1975) que se referiram a duas formas das enfermeiras conceberem a sua acção e que se chamaram: orientação para o tratar e orientação para o cuidar.

A orientação para o tratar é uma orientação mais instrumental, relacionada com procedimentos terapêuticos e técnicos e que tem em vista a cura. É uma orientação centrada sobretudo na doença. A orientação para o cuidar é uma orientação mais holística. Isto é, para além de atender à cura (quando ela é possível), atende na sua globalidade, incluindo os aspectos subjectivos da sua situação. Em suma, visa sobretudo o bem estar do utente.

A orientação para o cuidar radica, entre outras, nas ideias de Nightingale (1859), Henderson (1961, 1969), Leininger (1970) e Watson (1988). Apela para uma acção

centrada no utente como sujeito de cuidados, para os aspectos relacionais e abrange a pessoa e o seu ambiente. Na tentativa de explicar a orientação para o cuidar, têm surgido vários modelos alternativos ao modelo biomédico, a que se convencionou chamar modelos de enfermagem(Fawcett,1989; Fitzpatrick & Wall,1989).

A propósito da forma como tem evoluído o papel das enfermeiras ao longo dos tempos, Schattschneider (1992) refere-se à “ética para os anos 90” e interroga: “ irão as enfermeiras continuar a cuidar”? E aponta as mudanças na imagem da enfermeira desde o anjo da caridade dos primeiros tempos à enfermagem centrada na carreira dos anos 80 e 90 e sugere que é necessário integrar componentes da imagem do passado, relacionadas com o cuidar, e do presente, tecnicamente mais evoluído, no sentido de conciliar o interesse pela carreira com a orientação para o cuidar.

1.4 A relação de ajuda

O capítulo seguinte tem como objectivo situar a relação de ajuda no contexto dos cuidados de enfermagem, uma vez que esta assume um alicerce na profissão de enfermagem influenciando todas as suas dimensões éticas e deontológicas. São apresentados ainda elementos acerca da aprendizagem da relação de ajuda

1.4.1. – A aprendizagem da relação de ajuda

Das múltiplas redes da comunicação social destacam-se as comunicações interpessoais mais íntimas, nas quais a palavra viva, os olhares, os segredos, os gestos, apenas esboçados, os silêncios, permitem estabelecer entre “o eu e os outros”,

ligações de união, de cumplicidade, de relação de ajuda.¹ Ainda assim, há quem hesite em falar de ajuda, porque mesmo na união e na confiança, subsiste uma distância infinitesimal que separa o eu do outro, e na qual se situam as palavras não ditas, as palavras que faltam, os pensamentos inconfessados, os desejos inconfessáveis, a impressão fugidia e o sentimento toldado, que fazem com que eu seja eu e me torne o outro próximo.

Tanto na enfermagem, como nas restantes profissões ligadas à prestação de serviços, há uma necessidade constante de estabelecer e manter uma relação entre o profissional e o doente. Contrariamente a outras profissões, para quem o doente não constitui o objecto directo da sua competência, para o enfermeiro é precisamente o ser humano que em toda a sua vulnerabilidade, demonstra a sua aptidão para a profissão. Essa relação em enfermagem designa-se de Relação de Ajuda, e consiste *“numa relação na qual o que ajuda fornece ao doente certas condições que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas”* (Brammer 1975, citado por Lazure 1994: 14). A Relação de Ajuda consiste numa interacção entre duas pessoas, enfermeiro e doente, em que cada um contribui pessoalmente para a procura e satisfação da necessidade de ajuda presente neste último. A palavra “Relação” subentende a presença de elos, de contactos, de uma forma de coexistência. No domínio da relação de ajuda, a expressão “estar em relação”, toma um sentido mais profundo do que a linguagem corrente, pois, na opinião de Lazure (1994: 14):“a

¹ A noção de relação de ajuda apareceu inicialmente no seio da psicologia, estendendo-se rapidamente aos domínios da educação, ciências humanas e nos cuidados ao doente.

palavra “estar” engloba não só a presença física do enfermeiro junto do doente mas também de todo o ser”.

A relação de ajuda é assim, orientada para a pessoa, de forma a ajudar o doente em todas as dimensões do ser humano sendo intrínseca ao cuidar em enfermagem. Tal como cita Queiroz (2004: 17) *“a relação de ajuda é um dos elementos que actualmente se considera inquestionável, como estando presente no cuidar em enfermagem”*. O cuidar em enfermagem, é entendido como um *“serviço destinado a ajudar o homem na realização das actividades que contribuem para a manutenção, a recuperação, a promoção de saúde, a aliviá-lo do sofrimento e assisti-lo nas situações críticas relacionadas com a saúde e no período de fim de vida”* (Queiroz, 2004: 18). O cuidar, em enfermagem, deve então considerar a relação de ajuda, devendo ser indissociáveis, tal como afirma Adam (1994: 91) *“os cuidados em enfermagem deviam ser sempre prestados no quadro de uma relação de ajuda”*. É por isso importante que os estudantes de enfermagem, percebam o que é o cuidar, para que aprendam a praticá-lo com base numa relação de ajuda. As percepções do cuidar em alunos de enfermagem turcos, foram alvo de uma investigação de Karaoz (2004) onde através de um estudo qualitativo realizado através de entrevistas numa amostra de 39 alunos, pertencentes ao último ano de enfermagem, foi possível verificar que os estudantes percebem o cuidar em duas vertentes distintas; como um acto profissional/relação de ajuda e como um acto de competência técnica. Do primeiro grupo (profissional/relação de ajuda), evidenciaram-se o respeito, o interesse, a comunicação e o conforto. Nas competências técnicas, o cuidar foi relatado como um acto revelador da competência técnica, sendo dada importância ao saber e ao saber fazer. O ser enfermeiro, mais do que o simples saber e do que o

saber - fazer, exige o desenvolvimento do saber ser, tanto com o próprio profissional como com o doente, exige o promover de uma relação para com o doente, que permita a este cada vez ser mais ele próprio, crescer na alegria, no sofrimento e algumas vezes até perante a morte, recorrendo ao respeito, à compreensão e à escuta activa.

A aprendizagem da relação de ajuda começa na formação inicial, compreendendo uma abordagem teórica, que é posteriormente praticada durante a prática clínica, através dos cuidados direccionados ao doente, tal como nos confirma Adam (1994: 104) “*a relação de ajuda é apreendida na sala de aula e com as experiências clínicas*”. É ao nível da formação inicial que devem ser proporcionados os momentos de informação, reflexão e treino em contexto teórico e prático, de modo a que o aluno consiga adquirir, desenvolvimentos cognitivos e afectivos na área das atitudes e das capacidades fundamentais à relação de ajuda. A relação de ajuda segundo Lazure (1994), contempla seis capacidades fundamentais ao enfermeiro, para conseguir conquistar a confiança do doente, e levá-lo a acreditar que tem capacidade para ultrapassar os seus problemas. Essas capacidades são: de escuta, de clarificação, de respeito, de congruência, de empatia e de confrontação.

Ao reflectir estas questões, a autora desenvolveu uma abordagem inicial para estudantes e enfermeiras recém-formadas, em que são analisadas as atitudes e as capacidades de escuta, clarificação, respeito, congruência e empatia. Posteriormente, efectuou uma outra abordagem à relação de ajuda de uma forma mais aprofundada, onde voltou a mencionar as cinco capacidades e também a de confrontação, sendo esta dirigida a enfermeiras recém-formadas, e que queiram desenvolver o processo

de relação de ajuda. Assim, neste capítulo, para além da capacidade de escuta, serão desenvolvidas as capacidades de clarificação, de respeito, de congruência e de empatia; capacidades que Chalifour (1993) considera facilitadoras da relação de ajuda. Acredita-se que estas capacidades são essenciais para o estabelecimento dessa relação (num contexto em que o profissional é ainda um aluno) e que, por serem básicas apresentam maior necessidade de inclusão relativamente à capacidade de confrontação que por ser mais elaborada e mais exigente, engloba uma maior experiência e amadurecimento em habilidades relacionais, que o aluno começa a desenvolver apenas no seu processo de formação e que, como tal, se afigura como secundária numa perspectiva de aprendizagem.

1.4.2. - Capacidades da relação de ajuda

Após explicitada a forma como se processa a aprendizagem da relação de ajuda, serão seguidamente abordadas as cinco capacidades básicas para que seja estabelecida devidamente. São abordadas assim, a capacidade de escuta, a capacidade de clarificação, a capacidade de respeito, a capacidade de congruência e a capacidade de empatia.

1.4.2.1. - Capacidade de escuta

Na relação de ajuda, a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial em enfermagem para compreender os doentes, constituindo seu fulcro e sendo

indissociável das várias capacidades inerentes a essa relação. No entanto, escutar não é meramente ouvir. Contrariamente ao ouvir, o escutar é um acto voluntário que implica a globalidade do enfermeiro com a globalidade do doente. Segundo Auger (1972, citado por Santos e Jesus, 2003: 22) *“não é pelo simples facto de um homem estar doente que ele tem menos necessidade de ser ouvido e compreendido e profundamente respeitado... Cabe ao enfermeiro demonstrar por palavras e por actos, que tem atitudes que o doente pode qualificar de ajuda.”* A este respeito, Lazure (1994: 55) diz-nos que *“negar a necessidade que os doentes têm de ser escutados, é negar a vida que existe neles”*. Beirão e Simão (2000: 97) consideram que *“a escuta é essencial para que a relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente, seja uma arte situada no coração da prática do enfermeiro”*. Dias (1995: 94) dizem a este respeito que: *“escutar comporta três dimensões essenciais: observar e compreender o comportamento verbal, escutar e compreender as mensagens verbais, escutar e compreender de forma global no contexto da relação de ajuda ou na vida quotidiana”*. Escutar é, assim, descobrir todos os indicadores fornecidos pelo doente, o que requer do enfermeiro uma abertura completa à comunicação, obrigando-o a um empenhamento total para que possa captar todos os indicadores emitidos pelo doente, tanto verbais ou não. Para tal, é necessário ter em atenção, a linguagem não verbal que diz tanto ou mais que a verbal, tendo em conta que ela reforça e contradiz, através dos gestos e da mímica e que reflecte mais profundamente os estados de alma relacionados com as palavras proferidas. O tom de voz (claro ou surdo), o débito (rápido ou lento), o volume (forte ou fraco) e o ritmo (regular, irregular ou hesitante) reforçam, contradizem ou vão mais longe que as palavras pronunciadas. A linguagem não verbal e os seus componentes (a linguagem

corporal, a paralinguagem e o silêncio) desempenham um papel indispensável da escuta total. A linguagem corporal é inconsciente e involuntária e transmite emoções profundas, dentro desta, o toque, que, segundo Lazure (1994: 59) “*é o modo de contacto mais directo e pode ser utilizado para receber e transmitir informações, sendo muitas vezes utilizado pelos enfermeiros durante os cuidados ao doente*”. A paralinguagem fornece indicadores sobre o estado de espírito e as emoções que a pessoa experimenta, adquirindo as palavras mais simples, sentidos completamente diferentes. A enfermeira que deseja comunicar dentro de uma relação de ajuda, deve ser verdadeiramente responsável por todos os modos de comportamento de que uma pessoa se serve, para afectar de forma positiva a outra pessoa. Watson (citado por Sampaio, 1994: 35) considera fundamental para a relação interpessoal enfermeira - doente:

“ (...) manter contacto do olhar durante a maior parte das interacções, usar um tom de voz moderado quando se fala com a pessoa, estar descontraído e à vontade consigo próprio, enfrentar a outra pessoa, procurar ter uma atitude aberta e não fechada, inclinar-se em direcção à outra pessoa e ter uma expressão facial que seja congruente com o estado emocional da pessoa”.

Assim, conclui-se que a capacidade de escuta exige ao enfermeiro uma boa presença para que este consiga escutar mais eficazmente as mensagens verbais e não verbais do doente. Importa pois assimilar que escutar é um acto exigente que necessita do envolvimento integral do enfermeiro, que precisa de uma actividade sensorial, intelectual e emotiva constantes, devendo para isso estar livre de pressões externas.

1.4.2.2. -Capacidade de clarificação

A capacidade de clarificação e de ajuda na clarificação concretiza-se no modo de comunicar com o doente e sobretudo, no modo como o enfermeiro conduz as suas mensagens. “A capacidade de clarificação *“possibilita que o doente identifique concretamente as suas percepções, sentimentos e experiências relacionadas com o problema actual”* (Lazure, 1994: 38). Cada pergunta formulada deve ter como finalidade, ajudar o doente a perceber com maior clareza ou precisão o seu problema ou as suas soluções, devendo o enfermeiro para isso interrogar-se em que é que o pode ajudar para que o doente perceba mais claramente o problema. Cada pergunta feita ou cada incitação deve ter como finalidade ajudar o doente a perceber com maior clareza ou precisão o seu problema ou as suas soluções. O enfermeiro antes de questionar o doente deve em primeiro lugar questionar-se a si próprio em que essa pergunta ajudará o doente, bem como a si próprio, a perceber mais claramente o problema para que um e outro progridam na capacidade de clarificar e de ajuda na clarificação. Segundo Araújo (2002: 60):,

“a clarificação é a capacidade de ajudar o doente a clarificar o seu problema, para que possa compreender melhor o que por vezes lhe parece muito confuso, tendo como objectivo aumentar o nível de compreensão do ajudante e do ajudado no decurso das entrevistas, mas também aquelas vividas no decurso das entrevistas entre ajudante e ajudado.”

A capacidade de clarificação é uma das características essenciais que o enfermeiro deve desenvolver de forma a ajudar na clarificação dos problemas do doente. O

enfermeiro deve como tal, encorajá-lo a exprimir-se de forma clara relativamente à sua vivência, devendo para esse efeito, ensinar-lhe a identificar concretamente as suas percepções, sentimentos e experiências relacionadas com o problema actual. “A clarificação tem como objectivo aumentar o nível de compreensão do enfermeiro e do doente relativamente não só às emoções e às experiências específicas que vive o doente no decurso das entrevistas, mas também daquelas vividas no decurso das interacções entre o enfermeiro e o doente (Carkhuff citado por Chalifour 1993:45). Com efeito, a utilização de termos impessoais, abstractos e vagos não ajuda a clarificação e tanto o enfermeiro como o doente ficam confusos. O enfermeiro deverá estar disponível para clarificar os problemas ao doente, devendo para isso estar livre de pressões externas que possam influenciar a sua capacidade de clarificação para com o doente.

1.4.2.3. – Capacidade de respeito

O respeito mais que uma característica da relação de ajuda constitui uma qualidade fundamental, um valor, e uma atitude de base que se manifesta através dos comportamentos. Segundo Lazure (1994: 51) “*respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa capacidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória*”. O respeito pelo ser humano envolve a capacidade de se respeitar a si próprio e de respeitar o outro. Chalifour (1989, citado por Araújo, 2002: 60) refere que:

“o doente deve ser respeitado não por causa de qualquer mérito, dignidade, competência particular que adquiriu no decurso de sua

existência ou por qualquer qualidade particular, sinceridade, coragem, cooperação, inteligência ou habilidade, mas sim ser reconhecido como um ser único pela sua forma de estar no mundo”.

O respeito evidencia-se nos meios que se utiliza para que o doente possa sentir a presença do enfermeiro de forma única, o que envolve a orientação de todas as suas acções para o doente como um ser único, incentivando-o a criar as suas próprias exigências, mostrando-lhe disponibilidade e colocando à sua disposição todos os seus recursos. Manifestar respeito é colocar à disposição do doente o tempo, as energias, e ajudá-lo a enfrentar as suas emoções, os seus comportamentos que o impedem de ser aquilo que ele é. A capacidade de respeito é manifestada pelo enfermeiro tanto de forma passiva como activa. Quando o enfermeiro preserva a confidencialidade, não elabora julgamentos sobre o doente ou não o manipula para fins de êxito profissional, a capacidade de respeito é passiva, tornando-se activa, quando o profissional mostra ao doente que ele é importante e que tem a sua disponibilidade para o acompanhar e o apoiar, ajudando-o a enfrentar as suas emoções e os seus comportamentos que o impedem de ser ele próprio. O respeito pelo doente implica acreditar que ele tem em si próprio todos os recursos para se desenvolver, e solucionar o seu problema, e que a decisão de utilizar esses recursos é da sua inteira responsabilidade.

1.4.2.4. -Capacidade de congruência

O ser congruente, é uma atitude permanente na pessoa que ajuda, e traduz a harmonia daquilo que se vive interiormente e a manifestação dessa vivência através do seu comportamento. A este respeito, Juan (1991, citado por Araújo, 2002: 60) afirmaria que *“a congruência conduz a um estado de coerência interna entre o que digo, penso e sinto, o qual implica uma maturidade emocional e uma compreensão autêntica de si mesmo”*.

Na relação de ajuda, a congruência é uma característica inerente a todo o enfermeiro, devendo este desenvolver em si próprio essa característica, de modo a ajudar o doente a aprender a ser ele próprio. A congruência está relacionada com o cultivo da sensibilidade para consigo próprio e para com os outros, e é baseada naquilo que o enfermeiro é, e no que ele parece ser, genuíno e sem “fachada” profissional.

Segundo Santos e Jesus (2003: 23) *“a congruência é uma característica da pessoa emocionalmente sã, traduzindo-se no equilíbrio do indivíduo, entre aquilo que ele vive interiormente, a consciência que ele tem sobre aquilo que viveu e a expressão dessa vivência que se traduz conscientemente pelo seu comportamento”*. Para Sampaio (1994: 28), *“a enfermeira que consegue ser congruente, consegue maximizar o desempenho das suas funções com os outros, especialmente o papel de quem ajuda, é capaz de inquirir e aprender acerca das dificuldades e experiências com os outros, responder às suas próprias experiências como às experiências do doente”*. A aprendizagem da congruência é para o doente a finalidade última da relação de ajuda, assim o enfermeiro antes de ajudar o indivíduo a progredir para a congruência, deverá desenvolver em si próprio essa característica de modo que,

tendo-o como modelo, o doente sinta e aprenda a ser ele próprio. Quanto mais congruente for o enfermeiro, mais livre se sentirá para exprimir profundamente os seus sentimentos, comunicar ao paciente as suas experiências susceptíveis de levar o doente a compreender aquilo que está a viver, sendo esta capacidade fundamental para haver uma relação de ajuda eficaz.

1.4.2.5. -Capacidade de empatia

“A capacidade de ser empático consigo próprio e com o doente é dos requisitos mais importantes na relação de ajuda” (Lazure, 1994: 63).

A capacidade de ser empático é fulcral na relação de ajuda, porque é mediante ela que o doente perceberá se está a ser verdadeiramente compreendido pelo enfermeiro. Na opinião de Watson (citado por Sampaio, 1994: 29),. *“eEmpatia é a habilidade de sentir o mundo interior e privado dos sentimentos pessoais do doente, como se ele fosse o próprio, mas contudo sem perder a qualidade”* . Segundo Rogers (cit.Rogers (citado por Santos e Jesus, 2003: 22):

“ empatia é captar o mundo particular do doente, como se fosse o seu próprio mundo sem nunca esquecer esse carácter de sentir a angústia, o receio ou a confusão do doente, como se de sentimentos seus se tratasse e, no entanto, sem que essa angústia, esse receio ou essa confusão o venham a afectar”.

Um nível de empatia elevado permite que o enfermeiro explore e identifique as atitudes que o doente não expressou directamente, devendo para isso, o enfermeiro abstrair-se de todos os seus problemas pessoais para se envolver mais directamente nos problemas do doente.

A finalidade da empatia é compreender o doente e manifestar-lhe essa compreensão para permitir uma evolução favorável no curso da doença. Para dar provas de empatia o enfermeiro deverá *“aumentar a sua capacidade de estar em contacto próximo com o que o doente vive no momento actual, desenvolver a sua capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar do doente, de ver o mundo como ele o vê presentemente e deverá apoiar-se solidamente na sua realidade pessoal, ou seja, estar bem consciente que se trata do problema do doente e não do seu”* (Santos e Jesus, 2003: 23). A empatia não se confunde com simpatia (Veiga, 2001), uma vez que a verdadeira manifestação de empatia é partilhar um ponto de contacto, preservando a individualidade própria do enfermeiro, oferecendo ao doente um meio para a utilização dos seus próprios recursos para reencontrar um estado de maior segurança ou conforto.

Em suma neste capítulo foi abordada a relação de ajuda, sua aprendizagem e descritas as capacidades que a compõem.

PARTE II – DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

Capítulo 2 – DESENHO GERAL DA INVESTIGAÇÃO

2.1. Tipo de Estudo

Pretende-se, numa primeira fase, conhecer os sentimentos/dificuldades experimentados pelos enfermeiros do Centro de Saúde de Aljustrel quando prestam cuidados ao doente oncológico em fase terminal, no domicílio – Estudo Exploratório. Numa segunda fase optou-se por um estudo quantitativo, cor relacional, pois procurou-se saber qual a relação entre os sentimentos e os cuidados prestados. Ou, mais propriamente um estudo experimental – que implica o teste específico da influência de determinada variável sobre outra, abrangendo os 14 Centros de Saúde da Sub- região de Saúde de Beja

2.2. Sujeitos do estudo (população)

A população representa o conjunto de sujeitos ou de elementos definidos pelos critérios estabelecidos num estudo, entre os quais são partilhadas determinadas características.

A população em estudo, na primeira fase, foi assim constituída por todos os Enfermeiros do Centro de Saúde de Aljustrel, num total de 11 e que possuem

vivências e conhecimentos sobre o tema em estudo para que houvesse riqueza de informação, para aplicação das entrevistas exploratórias e a partir destas construir o questionário.

Segundo Fortin (1999: 51) o investigador “ recorrerá a participantes que representem tantas realidades quantas o fenómeno compreende”

Para aplicação do Questionário a população em estudo foi constituída por todos os Enfermeiros dos Centros de Saúde da Sub- Região de Saúde de Beja perfazendo um total de 172 .

Não houve necessidade de constituir uma amostra uma vez que a população alvo é igual à população. A amostra iria diminuir a representatividade do estudo.

2.3. Hipótese de estudo

Formulou-se a hipótese assumindo-se que “ uma hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos, que, segundo os casos, podem ser conceitos ou fenómenos” (Quivy & Campenhoudt, 1992:137). Uma hipótese é assim um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis que, tal como a questão de investigação, inclui as variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de investigação a realizar.

A formulação de uma hipótese implica ter em conta vários factores, tais como o enunciado das questões, o sentido da relação, a verificabilidade, a consistência teórica e a plausibilidade.

Hipótese de investigação:

H1- Os sentimentos influenciam o cuidar

H0- Os sentimentos não influenciam o cuidar

2.4. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados

2.4.1. Entrevista exploratória

Tal como já foi referido, este estudo foi iniciado no Centro de Saúde de Aljustrel. Uma vez obtida a autorização do Director para o estudo, iniciou-se o contacto com os enfermeiros. Optou-se pela entrevista como meio de adquirir a informação que se pretendia. Segundo POLLIT (1995:170), “... *se quisermos saber o que as pessoas pensam ou sentem, ou em que acreditam, o meio mais directo de obter tal informação é perguntar-lhes a respeito*”. Também FORTIN (1999:240) afirma que:

“Quando existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno,” o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno. São

utilizadas a este nível as observações, as entrevistas não estruturadas ou semi-estruturadas...”

No que diz respeito ao tipo de entrevista utilizou-se o modelo semi-estruturado, situado entre as fronteiras do estruturado e do não estruturado e que se desenvolve a partir de um esquema não rígido, permitindo ao investigador a cada momento fazer as adaptações necessárias. O entrevistador tem assim, a possibilidade de adaptar o instrumento de pesquisa ao nível de compreensão e receptividade dos entrevistados.

As entrevistas foram calendarizadas previamente com os sujeitos do estudo combinando o local, a data e a hora. O tempo gasto com cada uma oscilou entre os 20/30 minutos. Todos os enfermeiros foram informados do tipo de estudo, dos objectivos do mesmo, do carácter voluntário da sua participação. Todos se mostraram disponíveis e colaboradores e todos deram autorização para a gravação em áudio. Tentou-se que as entrevistas decorressem num clima de confiança e à vontade. Tivemos também uma preocupação com o ambiente circundante, tentámos realizá-las num local calmo, agradável e onde não houvesse interrupções. Tratando-se de entrevistas semi-estruturadas procurou-se centrar o seu desenvolvimento, nos aspectos incluídos no guião.

O guião foi construído segundo 3 blocos de assuntos que dessa forma permitiram englobar as questões essenciais que formavam o corpo da entrevista. O guião é indispensável para orientar o entrevistador na exploração do pensamento do entrevistado, permanecendo ao mesmo tempo no quadro do objectivo do estudo. Neste contexto, foi elaborado o guião a seguir mencionado pretendendo dar resposta

aos objectivos anteriores formulados. No guião as perguntas foram colocadas de forma aberta permitindo a livre descrição da experiência pelos entrevistados. No final da entrevista agradecemos a colaboração e a disponibilidade da participação na investigação.

GUIÃO DA ENTREVISTA

| Bloco de assuntos | Objectivos | Questões |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I – Legitimação de entrevista | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legitimar a entrevista ▪ Motivar o entrevistado | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confirma a disponibilidade do enfermeiro para participar na pesquisa ▪ Informar sobre o tema e objectivos da pesquisa ▪ Garantir a confidencialidade dos dados fornecidos ▪ Solicitar autorização para gravar a entrevista ▪ Estabelecer que a condição do participante será interrompida se assim o desejar, sem qualquer prejuízo para o próprio |
| II – breve caracterização dos participantes no estudo | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obter dados sócio-demográficos dos enfermeiros participantes | <p>Recolher informação sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade ▪ Sexo ▪ Formação profissional ▪ Categoria profissional ▪ Experiência profissional |
| III– Factores pessoais que interferem na prestação de cuidados ao doente oncológico em fase terminal no domicílio | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar os Sentimentos/dificuldades do enfermeiro face ao doente em fase terminal no domicílio | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descreva um experiência vivida por si (na situação descrita) ▪ Que sentimentos e emoções despertou em si essa experiência ▪ Que dificuldades encontrou |

2.4.2. Questionário

Construiu-se um questionário baseado essencialmente no nosso enquadramento teórico. A opção por um questionário indirecto advém do facto de este possibilitar um relacionamento indirecto entre o inquirido e o investigador, sendo o questionário auto-administrado e preenchido sem a presença do investigador, não constituindo este um factor influente nas respostas. Para além disto, pareceu-nos o método mais adequado uma vez que se entregaram os questionários na sua totalidade.

O questionário foi organizado em duas partes, uma primeira onde foram apresentados: o título do questionário, os destinatários, a apresentação do questionário e os seus objectivos. Foi referido, ainda nesta primeira parte, a confidencialidade das questões assim como o apelo ao preenchimento completo do questionário. Seguidamente foram colocadas 2 perguntas fechadas, uma sobre os anos de experiência profissional e outra sobre a formação em cuidados paliativos.

A segunda parte do questionário iniciava-se com as instruções para o seu preenchimento, que foram colocadas no início da página como forma de facilitar a resposta do inquirido uma vez que lhe davam a possibilidade de relembrar as instruções rapidamente no topo da página quando respondia às várias questões. Trata-se de um quadro que faz a correspondência entre os sentimentos / dificuldades e as competências (cuidados prestados pelo Enfermeiro). Nas 110 correspondências do questionário referentes à temática em análise, foi utilizada a escala tipo Likert, com cinco opções, as quais se distinguiam segundo a seguinte codificação: 1-

Discordo completamente; 2-Discordo; 3-Não concordo, nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo inteiramente.

A escala tipo Likert “*usa-se para registar o grau de concordância ou discordância com determinada afirmação sobre uma atitude, uma crença ou juízo de valor*” (Tuckman, 2000: 280). O indivíduo posiciona-se relativamente a um conjunto de itens/afirmações, que expressam uma opinião, permitindo aos inquiridos expressar o seu grau de acordo ou desacordo em relação a determinado aspecto da temática geral em estudo.. Como nos diz Brale (1995: 273) este tipo de escala “*compreende várias frases que expressam uma opinião sobre um tema. Os inquiridos devem expressar o seu grau de acordo ou desacordo com cada uma delas (...) habitualmente, cada frase tem cinco alternativas, que vão desde o total acordo até ao total desacordo*”. Possibilitou-se assim ao inquirido posicionar-se de acordo com a sua concordância ou discordância em relação às suas representações

2.4.3- Aplicação do pré teste

O pré-teste foi aplicado junto de uma amostra, com características iguais à população em estudo. A amostra, representativa da população, foi constituída por 11 Enfermeiros do Centro de Saúde de Aljustrel, com o intuito de verificar a sua aceitabilidade, possíveis lacunas existentes, assim como dificuldades no seu preenchimento.

Os inquiridos viram-se confrontados com um conjunto de questões pré - determinadas, numa dada ordem e com uma escolha de respostas alternativas fixas em número de 5, (aplicação da escala de Lickert)para cada correspondência,(num total de 110) o que tornou o questionário exaustivo e de difícil compreensão, pelo que foi sugerida a resposta apenas com sim ou não.

Segundo Damas e Ketele (1985) a pré -testagem *“tem por função essencial evitar as más surpresas: o grau de compreensão das instruções e das questões; o grau de acessibilidade do questionário ou das suas modalidades; a facilidade de descodificação; a ordem das questões; a extensão do questionário; a redundância das informações; a detecção das dificuldades*

O Questionário foi assim reformulado e entregue, após autorização do Director do Centro de Saúde.

Para o investigador é vantajoso, uma vez que lhe facilita o processo de apuramento e tratamento de dados, permitindo uma rápida visão, clarificação e classificação dos dados estatísticos.. Para além destas vantagens, o investigador com este tipo de perguntas pode orientar o pensamento pelas alternativas, facilitando-lhe o tratamento estatístico e a apresentação dos dados, uma vez que as respostas são mais objectivas e a sua análise é efectuada mais rapidamente.

Os questionários foram distribuídos durante a última semana de Julho sendo recolhidos na semana posterior.

2.5. Considerações éticas

Antes de iniciar este trabalho os sujeitos foram informados sobre o tema, os objectivos do estudo, a finalidade e a possível utilidade do mesmo. Foram informados de forma clara de todos os procedimentos, tendo consciência da sua adesão voluntária do estudo, facto que por todos foi permitido. Foi fornecida informação quanto à necessidade de gravação das entrevistas e pedido autorização para a mesma, garantindo que apenas seriam utilizadas para este trabalho e nunca para qualquer outro fim, garantindo a confidencialidade e sigilo tal como defendem vários autores (QUIVY:1992 e LUDKE:1986). Garantindo aos entrevistados que a qualquer momento poderiam decidir suspendê-la, tal como a sua colaboração na investigação, sem que desse facto resultasse qualquer prejuízo para os próprios. A ética deve estar sempre ao lado da investigação. Para a aplicação dos questionários foram tidas as mesmas considerações.

2.6. Procedimentos de análise de dados

2.6.1- Entrevista

Após a realização de todas as entrevistas, sendo estas exploratórias, para posterior construção do questionário, foram transcritas na sua íntegra e numeradas, para que fosse possível posteriormente efectuar a sua análise e interpretação. O modelo de análise utilizado foi o da análise categorial temática. Após a recolha de informação

foi necessário arrumá-la de forma a fazer sentido e tornar-se útil. Recorreu-se à análise de conteúdo, como técnica de investigação qualitativa.

Segundo VALA (1986:104) *“a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação, não é um método. Como técnica pode integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica”*.

A totalidade do material transcrito, ou seja as 11 entrevistas, constituíram corpus de análise. Para BARDIN (1977:96) o corpus *“é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”*. A partir do momento em que se define o corpus, é necessário codificá-lo. A codificação é para BARDIN (1977), a transformação dos dados brutos em unidades que permitem uma descrição mais exacta das características pertinentes do conteúdo. Assim a análise do conteúdo, requer a definição de unidades de registo, de contexto, e de enumeração. Com este objectivo, realizou-se uma leitura de todas as entrevistas e posteriormente, uma leitura mais atenta e detalhada de cada uma delas. Para facilitar o processo de tratamento de dados, deixou-se um espaço na margem esquerda e direita, para fazer anotações e a codificação inicial. A codificação é : *“o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades”*. BARDIN (1977:103). Utilizou-se a margem esquerda para a definição de categorias. VALA (1986:110) refere que: *“a categoria é habitualmente composta por um termo chave que indica o significado central do conceito, que se quer aprender e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito”*. A margem direita foi

utilizada para os indicadores. Sublinhou-se na própria entrevista, as frases significativas a inserir nas categorias. “O segmento mínimo de conteúdo que é tomado em conta pela análise é a unidade de registo” VALA (1986:114).

BARDIN (1977), afirma que o critério de recorte na análise de conteúdo é de ordem semântica, ou seja, considera o tema como unidade de registo. Este mesmo autor, refere o tema como uma afirmação acerca de um assunto: uma frase ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afectado um vasto conjunto de formulações singulares. Com base nestes princípios, considerou-se o tema como unidade de registo.

A unidade de contexto é na opinião de VALA (1986:114), “ *o segmento mais largo do conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo*” e para BARDIN (1977),” *é a unidade que permite codificar a unidade de registo e a sua dimensão é sempre superior à desta, sendo este facto de grande importância para a compreensão da significação exacta da unidade de registo*”. No estudo considerou-se como unidade de contexto cada uma das entrevistas na sua totalidade.

A unidade de enumeração é «*a unidade em função da qual se procede á quantificação*» VALA (1986:115). Porém a análise qualitativa não implica forçosamente a existência de quantificação, pelo que não se utilizou unidades de enumeração.

O passo seguinte, foi a criação de uma grelha de análise para cada entrevista, visando a relação entre as unidades de registo, as categorias e as subcategorias. Em seguida, construiu-se uma grelha global de todas as entrevistas. Embora partindo de

áreas temáticas prévias, baseadas na pesquisa bibliográfica efectuada e que serviram de base para o guião da entrevista, toda a categorização dos dados foi feita à posteriori.

Capítulo 3- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 Entrevista

Tal como já mencionado, depois de gravadas as entrevistas foram transcritas na íntegra e feita uma leitura flutuante do conteúdo das mesmas. Posteriormente procedeu-se a uma leitura mais atenta e detalhada no sentido de ajudar a clarificar as diferentes partes que compunham o corpus tendo de seguida sido efectuado o recorte, a transcrição das unidades de registo para análise, considerando os objectivos do estudo.

Feita a categorização temática, sobressaíram as duas áreas temáticas previamente definidas, e as respectivas categorias definidas à posteriori. Tendo por base o suporte teórico e a metodologia proposta a utilizar, procedeu-se à reanálise e reinterpretção dos discursos de onde emergiram as sub -categorias apresentadas no quadro a seguir.

| Temas | Categorias | Sub -categorias |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Sentimentos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impotência ▪ Insegurança ▪ Medo ▪ Frustração ▪ Choque ▪ Revolta | |
| Dificuldades | ▪ Relacionados com o prestador de cuidados | Lidar com a morte |
| | | Formação deficiente com o meio envolvente |
| | ▪ Relacionados com o utente/ família | Aceitação da morte |
| | | Falta de informação |
| | ▪ Relacionados com a instituição | Constituição da equipa de saúde |

3.1.1 Sentimentos

Relativamente aos sentimentos, foram identificadas pela análise das entrevistas, seis categorias: impotência, insegurança, medo, frustração, choque e revolta. Cada uma delas serão abordadas em seguida.

3.1.1.1 Impotência

O sentimento de Impotência, foi expresso de uma forma clara por 4 dos nossos entrevistados.

“Sinto um sentimento de Impotência” (E1)

“ Não consigo fazer com que a família aceite” (E1)

“Acho que há uma ... sinto-me Impotente de fazer...” (E2)

“Eu sinto que não consigo dar o apoio que deveria dar...”

(E3)

“O 1º sentimento foi o de Impotência face à situação” (E4)

Segundo SELIGNAM, o sentimento de Impotência é provocado por situações nas quais o resultado é independente das reacções do sujeito e LANGE (1982:290) define o sentimento de Impotência como *“um síndrome complexo de emoções e pensamentos que surgem em situações onde os acontecimentos são incontroláveis”*.Tendo por base estes dois conceitos parece-nos natural a existência deste sentimento nos nossos entrevistados. Neste caso concreto de cancro em fase terminal a incapacidade dos profissionais em alterar a situação instalada, associada ao facto da mesma se desenrolar em contexto “estranho”, conduz sem dúvida ao seu sentimento de Impotência. Segundo alguns estudos realizados na mesma área, a Impotência ocupa o primeiro lugar na lista dos sentimentos evidenciados.

3.1.1.2 Insegurança

A insegurança foi outro dos sentimentos identificados

“não consigo encarar essa situação bem. não percebi ainda muito bem qual é o meu papel como enfermeira. O que é que eu tenho para ajudar. O papel principal é ajudar, não é? Ajudar a superar, ajudar a aceitar, ajudar... mas há falhas na mensagem”.(E6)

Segundo WILKINSON (1991:688), *“os próprios enfermeiros admitem ser difícil comunicar com os*

doentes oncológicos, mas os motivos dessa dificuldade não foram ainda identificados”.

Existem algumas hipóteses para justificar as dificuldades, que tem a ver com o medo de perder a postura profissional perante os doentes e com uma tentativa de impedir que estes libertem emoções fortes com as quais não sabem lidar.

Os enfermeiros debatem-se igualmente com constantes recordações onde dominaram sentimentos de incapacidade para tratar do cancro. Toda esta visão negativa da doença associada à dificuldade de comunicação e também associada ao facto de, no estudo, a prestação de cuidados se desenrolar em contexto domiciliário leva a um sentimento de insegurança.

3.1.1.3 Medo

Foi outra das sensações referidas pelos sujeitos do nosso estudo.

O termo medo é definido no dicionário de língua portuguesa (6^a ed. 1993) como “*sentimento de inquietação que se sente com a ideia de um perigo real ou aparente; terror; receio; temor; apreensão; susto.*”

Tendo por base afirmações como as de DARWIN citado por DAMÁSIO (2000:326) que “*considera que o medo (...) é uma emoção universal, em termos da sua expressão facial e da facilidade com que é reconhecido*” e as de DANIEL GOLEMAN que considera o medo igualmente como um estado psicológico e biológico, ou seja uma

emoção, cujo mesmo autor diz que é o raciocínio derivado do sentimento.

Esta emoção está expressa em frases como:

“ De me afastar da situação, de fugir, de medo!” (E2)

“Sabes, é assim, também sinto um bocado de medo.” (E6)

“Deparei-me algumas vezes com a sensação de medo.” (E8)

“Se pudesse fugir a estas situações, se eu pudesse fugir a isto tudo, eu fugiria (...)” (E10)

Todo este medo verbalizado pelos profissionais, surge, pensamos, como uma emoção que tem por base sentimentos como a impotência e a insegurança.

3.1.1.4 Frustração

A frustração foi outro dos sentimentos identificados nas entrevistas. Para mostrar tal facto há citações como:

“Mas eu quando saio de lá venho com a sensação que não fiz nada. Estás a perceber? Que não ajudei em nada!” (E4)

“É uma situação que para mim é difícil de lidar, porque sabemos que não há esperança...” (E5)

“Senti mais frustração por incapacidade de dar aquilo que as pessoas precisam.” (E7)

“Fico bastante frustrado... com isso tudo e não sei dar a resposta correcta.” (E7)

Se pensarmos, que os serviços de saúde estão essencialmente vocacionados para a cura e para o sucesso e que os enfermeiros apesar de poderem ter uma visão diferente do que é prestar cuidados de saúde a um utente, fazem parte destas instituições e como tal são influenciados pelos seus princípios e valores, é portanto compreensível que quando confrontados com estas situações em fase terminal em que, não há qualquer esperança de cura, se sintam frustrados e encarem este aspecto como um insucesso e um fracasso, questionando mesmo o seu papel junto do doente.

3.1.1.5 Choque

O choque é uma reacção que surge perante o confronto com algo que não é esperado. O contacto com o diagnóstico de cancro é normalmente recebido como um choque mais ou menos intenso. O momento do conhecimento do diagnóstico de cancro, a primeira reacção é de incredulidade de choque, pelo confronto com uma notícia não esperada. Esta reacção está expressa na frase:

“Foi uma das coisas que me chocou bastante, que me emocionou bastante...” (E2)

3.1.1.6 Revolta

No modelo de KUBLER-ROSS, a revolta constitui a segunda etapa porque passa um doente na sua trajectória para a morte, acontecendo quando este ultrapassa a fase da negação da doença e começa a enfrentar-se com a aproximação da sua morte. Vê-se a si mesmo na eminência de “ser interrompido antes de tempo”, e sentindo-se

defraudado com o que considera um dos seus direitos – a vida (PIRES, 1977:147). Pensamos que o facto de ter surgido o sentimento de revolta, pode estar muito relacionado com pessoas com processos de identificação de transferência que os profissionais fazem para si próprios quando colocados face a um doente em fase terminal. O enfermeiro transfere o processo da doença para si e sente como se fosse ele o doente.

“Têm a vida iniciada mas que têm muito para dar a familiares seus descendentes. Eu sinto-me na pele dos outros. Coloco-me na sua situação”. (E9)

NEWLINE WELLISCH (1978:448) afirmou que *“o fenómeno de identificação com os doentes e suas famílias é uma reacção comum dos profissionais que cuidam de doentes com cancro”.*

LEARSON (1992:857), afirma que *“os processos de identificação entre enfermeiro e doente, podem constituir um factor muito limitado de ajuda que o profissional fornece ao seu doente, pois torna-se impeditivo de um pensamento objectivo sobre o qual o melhor tipo de acção a desenvolver para ajudar a enfrentar a sua situação”.*

A revolta pode manifestar-se através de crises de ansiedade e emotividade intensas. A doença é sentida como uma injustiça, ou um castigo para o qual não se encontra

motivo. A ciência ainda não conseguiu descobrir a cura para esta doença, o que gera uma revolta.

“Sinto um bocado de revolta, porque a ciência tem avançado tanto em determinadas coisas, e neste tipo de doença não tem avançado quase nada”. (E2)

Encontra-se revolta perante a evolução e a forma como se conduz o processo de diagnóstico da doença.

“Muitas destas situações quando aparecem estão em fase terminal”. (E5)

“Às vezes também existe um pouco de negligência, ou as pessoas não são vistas como deve ser”. (E9)

Manifestações de revolta perante a falta de humanismo da parte médica.

“As coisas deviam de acontecer de outra maneira acho que a parte médica não tem muito componente humano”. (E10)

Esta manifestação de revolta, é bem evidente, em relação à instalação desta doença em pessoas jovens no seu início de vida.

“Revolta por ver tudo o que está por detrás”. (E11)

“Pessoas mais jovens em fase terminal que têm a sua vida, objectivos” (E1)

3.1.2 Dificuldades

3.1.2.1 Relacionadas com o prestador de cuidados.

3.1.2.1.1 Lidar com a morte

Uma das dificuldades que surgiu nas entrevistas realizadas foi a relacionada com o prestador de cuidados e foi o lidar com a morte. Esta dificuldade foi expressa pelos entrevistados:

*“Eu própria, não sei se pela minha personalidade...
tenho alguma dificuldade em aceitar, lidar com a
morte.(E1)*

*E depois como não lido bem com a minha morte, e se
calhar com a de pessoas próximas, há uma tentativa
de me afastar” (E1)*

*“Eu se calhar, como tenho dificuldades em falar da
morte, em verbalizar, em dar a volta a essa situação
também não tenho grande poder de ajuda para
conseguir ajudar uma pessoa que esteja a atravessar
essa fase” (E2)*

*“Não é porque eu não aceite a morte e não esteja
preparado para isso tudo. Eu tinha medo de agravar a*

situação à pessoa, de complicar. Não basta a pessoa estar no sofrimento senão ainda aumentar-lho”(E4)

O medo biológico, diz-nos STEDEFORD, AVERIL (1984:100), é mais forte nos jovens. Estes debatem-se contra a morte. Não é tanto o medo que se faz sentir, mas mais a relutância em morrer e a raiva de uma morte prematura. O medo não desaparece, quando é compreendido e aceite, mas perde muita da sua força. Este medo, geralmente, perde a sua intensidade quando a morte se aproxima e o instinto da vida se curva diante do destino.

Segundo KUBLER-ROSS (1996:10):

“Percepções e cognições de morte, originam estados afectivos dentro de nós, sendo os mais usuais o medo”.

O enfermeiro quando se relaciona com o doente moribundo, frequentemente identifica-se com ele, com os seus pavores, com as suas angústias e com os seus próprios temores. Sobre este tema, refere-nos BUFFARD, Denis (1997:179):

« Dans le rapport à la mort des patients entre en jeu d’evidence chez les soignants la pensée, plus ou moins conscience et plus ou moins presente, de leur propre mort »

O enfermeiro identifica a sua morte, com a morte dos utentes, regendo os seus comportamentos e as suas atitudes, em função desta identificação. FREUD, SIGMOND, citado por BUFFARD; Denis (1997:180) diz-nos que:

« le fait est qu'il nous est absolument impossible de nous représenter notre propre mort, et toutes les fois que nous essayons, nous nous apercevons que nous y assistons en spectateur »

E isto significa que a nossa visão da morte é sempre externa, á nossa pessoa. Perante qualquer conceito, representação, ou noção da morte, colocamo-nos sempre como espectadores passivos. Assistindo sempre como elemento passivo, no acto de morrer, do utente, o enfermeiro manifesta comportamentos variados destes, talvez o mais comum seja o distanciamento, físico e emocional do utente.

Desta mesma opinião parece ser LATIMER (1992:564): «Furthermore, it may be difficult for nurses to accept impending death and so they keep their emotional distance», particularly if they have developed a close bond with the patient over a long period».

«Fultron vê uma pessoa evoluída na prestação de cuidados psicológicos como um indivíduo submetido a uma dor substituída».

Quando assistimos ao doente moribundo, confrontamo-nos em primeiro lugar, com os nossos sentimentos em relação à morte e ao morrer. Recordamos pessoas queridas que morreram e até outros doentes que de uma forma ou de outra, nos tocaram. Surgem-nos todos os sentimentos referenciados atrás.

3.1.2.1.2 Formação deficiente

Outra dificuldade apresentada nas entrevistas foi a formação deficiente, também relacionada com o prestador de cuidados.

“Vamos lá, nós somos mentalizados para quê? Em termos de curso, é para vida, para salvar vidas quando saímos do curso... vamos salvar toda a gente e não admitimos que ninguém morra”. (E1)

Será importante que se tenha em atenção que, o fulcro da acção de enfermagem é sempre (ou deveria ser) a pessoa, sendo o seu principal instrumento a relação de ajuda, como premissa do cuidar. Assim todo o acto para, e pela pessoa, deve analisar a relação que mantém e concretiza através do cuidar. Se não houver reflexão sobre as nossas atitudes e sobre os nossos comportamentos, para com os utentes, o enfermeiro nunca será um bom profissional, nem se tornará «humano», tal como nos diz MARGUIRE, Peter (1989:24): *“Se isto não acontecer, continuarão a manter os doentes à distância para se afastarem do seu sofrimento; as relações enfermeiro/doente serão sempre superficiais”*. Para cuidar de alguém é necessário ter uma boa percepção do seu lado humano e da pessoa como um todo, é necessário dominar técnicas de entrevista, comunicação e avaliação. A resposta que damos, depende das nossas atitudes e da nossa capacidade de encarar a morte.

KUBLER-ROSS (1996:32) refere que: *“Aprendem a prolongar a vida, mas recebem pouco treinamento ou esclarecimento sobre o que é a vida”*. Só se compreenderá o

que é a morte, quando se compreender o próprio sentido da vida. Cada vez mais aprendemos a controlar a vida e a adiar a morte, por vezes sem se reflectir sobre aquilo que está realmente a acontecer. HILL, Frank (1992:19) diz-nos: *“Estamos constantemente a adquirir um cada vez maior controle sobre as nossas vidas. A morte pode ser adiada; muitas vezes, por longo período”*.

Isto sem falar sobre o que é a vida e a morte, e quais os limites que se deverão colocar a uma e outra, o que é que é ético e o que é moral.

3.1.2.1.3 Com o meio envolvente

Os cuidados domiciliários como serviços prestados aos indivíduos e familiares na sua própria residência, com a facilidade de tratar a doença, recuperar ou promover a saúde, proporcionar reabilitação e se for caso ajudar na morte, não deve ser encarado como um substituto para o internamento, mas um meio de manter a pessoa na sua casa, na sua família, no seu ambiente até o mais tarde possível, se esse for o seu desejo.

O suporte domiciliário não se deve direccionar para o fornecimento do suporte técnico, deve estar desperto para os factores de risco susceptíveis de atingir a família e o doente, ser capaz de detectar o sofrimento patente nestes e fornecer-lhe o suporte adequado para que a família utilize os recursos de que dispõe, atingindo o máximo do seu bem-estar, tanto mais, que este tipo de atendimento, pelo facto de que há partida pressupõe a manutenção do doente junto dos seus e num meio que lhe é familiar. Este privilegia a relação com o doente e potencia a expressão de

sentimentos de satisfação por parte dos utentes e respectivos familiares. Solicitados a partilhar com as famílias a tomada de algumas decisões, o seu infortúnio, nós enfermeiros questionamo-nos como agir, raramente encontrando a resposta mais adequada àquela situação.

Sentir-me-ei um bocado deslocado no meio daquilo tudo, dependendo da pessoa que é e do ambiente que vou encontrar”. (E4)

3.1.2.2 Relacionadas com o utente/família

3.1.2.2.1 Aceitação da morte

“Eu vejo pelas perguntas que faço que a família continua a não aceitar que tem aquela pessoa que vai morrer. Continua a solicitar visitas médicas, domicílios médicos, continua a solicitar medicação não analgésica quando não há”. (E7)

A família do doente oncológico transforma as suas rotinas e altera os seus papéis , passa por diferentes estádios/fases até recuperar o seu equilíbrio. Um caminho tortuoso cheio de dificuldades para quem, na eminência de perder um ente querido, se depara com sintomas vários e com a morte, desconhecendo, em grande parte dos casos, o modo como lidar com estes tipos de crise. Torna-se imprescindível que o

enfermeiro esteja preparado para identificar as dificuldades que os familiares encontram, ajudando-os na gestão dos seus recursos, uma vez que a falta de preparação destes pode ser observada a vários níveis.

Tal como referimos atrás, todo e qualquer indivíduo tem medo de morrer. Também, na verdade, hoje, a morte deixou de ter, para muita gente, qualquer significado que não o de fim e esse sentimento de finitude trazido até aos nossos dias vai chocar profundamente como sentimento de onnipotência do homem de hoje.

Para MOREIRA (1995:10) *“O homem de hoje é um ser que se pretende dominador do universo, para o qual não há utopias, mas apenas objectivos que poderá demorar mais ou menos tempo a alcançar, que se espanta, não por aquilo que é capaz de realizar mas pelas resistências que poderá encontrar nos seus projectos, que não conhece o impossível mas apenas aquilo que precisa de um orçamento mais substancial para se realizar”*.

Para este homem, a morte tornou-se num absurdo, deixou de ser o último acto assumido de uma vida humana consciente, para se tornar num problema técnico falhado, ou talvez à espera de solução. Confiado no seu poder, o homem moderno quer negar a morte e esta, que em tempo ocupava um lugar primordial nas crenças, nos ritos e nas tradições das várias civilizações, foi hoje removida para a periferia da nossa vida, dos nossos hábitos e do nosso pensamento e foi-lhe dado o lugar de esquecimento. Segundo PASCAL, citado por HENRIQUES (1995:10) *“os homens*

como não puderam substituir a morte, tiveram a audácia de não pensarem nela".E. STENDHAL, citado por HENRIQUES (1995:10) no século XIX, escreve *"uma vez que a morte é inevitável, esquecemo-la"*.Evita-se que as crianças e jovens participem, por exemplo, na morte de um familiar próximo. O objectivo é protegê-los de um sentimento, mas o resultado é que por todas as razões apresentadas, a morte vai-se tornando um tabu. Também ao próprio doente, o não falar, o esconder, o mascarar, vão levar a um problema cada vez mais actual – a dessocialização da morte e conseqüentemente/a solidão do moribundo (HENRIQUES, 1995)

3.1.2.2.2 Falta de informação

"É difícil, às vezes, quando nós falamos com os familiares, estes às vezes ainda têm alguma esperança... às vezes, ou ainda não falaram com o médico, ou não falaram com os técnicos de saúde e se calhar eles não lhe disseram abertamente que ali já não há esperança". (E5)

"Nós com o tempo vamo-nos conformando. Tenho alguns casos em que se segue de mais perto e que nós nos apercebemos que estamos... muitas das vezes a pessoa não lhe passa pela cabeça o que se está a passar". (E4)

Também o consentimento informado é um dos aspectos básicos da relação entre os profissionais de saúde e os utentes, salvaguardando o respeito pela autonomia da pessoa e pela sua autodeterminação e a promoção do seu bem, no exercício da liberdade responsável. Do dever de informação (Artigo 84º) da deontologia profissional. E o respeito pela pessoa significa, principalmente a sua capacidade para pensar, decidir e agir. Ao ser-lhe reconhecida esta capacidade, a pessoa está a ser considerada um ser autónomo e independente, portador de crenças e valores que devem ser respeitados. Por isso, qualquer intervenção de um profissional de saúde só deverá ser realizada se a pessoa em causa o permitir, através do seu consentimento livre e esclarecido.

3.1.2.3 Relacionadas com a instituição.

3.1.2.3.1 Constituição da equipa de saúde.

Relacionado com a mudança de mentalidades, o apoio domiciliário passa a centrar-se não só em tarefas que satisfaçam as necessidades humanas básicas, como ainda na relação de ajuda, esta preconizada por autores como LAZURE e CHALIFOUR, *“uma relação que apoie, escute, oriente e respeite a família e o utente, acalmando os seus receios e esclarecendo as suas dúvidas”*. O atendimento domiciliário protagonizado por uma equipa de profissionais, privilegiando a relação com o doente e tendo como base uma filosofia humanista (prática por vezes pouco habitual ao nível dos hospitais), potencia a expressão de sentimentos de satisfação por parte dos utentes e respectivos familiares e mais, sendo do domínio público a escassez de

profissionais especializados nesta área de saúde e, nalguns casos, a relativa frieza dos serviços administrativos.

Quando se relaciona com o doente moribundo, frequentemente o enfermeiro identifica-se com ele, com os seus pavores, com as suas angústias e com os seus próprios temores. A morte do outro, não sendo nosso familiar, ou nosso amigo, dever-nos-ia, impressionar pouco, mas apesar disso, ele acaba sempre por nos perturbar, já que nos recorda que nós também somos mortais.

“Era importante os serviços terem um psicólogo voltado para este tipo de situações ou que nos acompanhassem nessas visitas e que eles mesmo conseguissem trabalhar essa situação e com quem nós pudéssemos falar”. (E2)

3.2 Questionário

Após a reformulação do questionário, sua distribuição e recolha (103 inquéritos) , procedeu-se à sua análise estatística. Utilizou-se para tal, o programa SPSS for Windows que permitiu através da estatística descritiva fazer uma abordagem exploratória. Construiu-se então um quadro de dados com as variáveis e os 103 sujeitos. No nosso quadro apresentado no inquérito que faz a interferência dos

sentimentos/dificuldades com as competências de enfermagem temos como sentimentos: medo, frustração, revolta, insegurança, impotência, choque; como dificuldades: lidar com a morte, formação deficiente, não existência de equipa de cuidados paliativos, falta de informação da família; como competências: A- partilhar a informação com o utente e a família(esclarecer duvidas, ensinios); B- saber escutar(compreensão e apoio); C- permitir expressão de emoções fortes; D- trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente(incentivar o dialogo); E- assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família(sociais, espirituais e psicológicas); F- controle de sintomas (dor, vómitos, dificuldade respiratória), G- execução de tratamentos e cuidados específicos (úlceras de pressão, injectáveis); H- conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação(empatia, congruência, respeito); I- envolver a família(comunicação afectuosa e lidar com as crises); J- transmissão da mensagem não verbal(gesto, olhar, escutar o silencio); K- coordenação da equipa(comunicação aberta entre os seus membros) .

O tratamento de dados iniciou-se construindo quadros de frequências para os dados de caracterização da amostra que apresentam valores mais relevantes. De entre eles destaca-se:

3.2.1. Análise de estatística descritiva

3.2.1.1. Sentimentos/dificuldades que em maior percentagem não influenciam as competências

São apresentados os valores resultantes do tratamento estatístico de cada uma das componentes do questionário sendo feita uma análise às frequências obtidas com os sentimentos relacionadas com as competências dos enfermeiros.

Quadro 1: Distribuição da dimensão sentimento Medo relativamente à competência “partilhar a informação com o doente e família”

| | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|---------------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados Sim | 50 | 48,5 | 48,5 | 48,5 |
| Não | 53 | 51,5 | 51,5 | 100,0 |
| Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que o sentimento medo não interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família” em 51,5% dos inquiridos, enquanto que os restantes 48,5% referem que interfere.

Quadro 2: Distribuição da dimensão sentimento Medo relativamente à competência “saber escutar”

| | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|---------------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados Sim | 45 | 43,7 | 43,7 | 43,7 |
| Não | 58 | 56,3 | 56,3 | 100,0 |
| Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

O sentimento medo relativamente à competência “saber escutar” não interfere em 56,3 % e interfere em 43,7%

Quadro 3: Distribuição da dimensão sentimento Medo relativamente à competência “Controle de sintomas”.

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 50 | 48,5 | 48,5 | 48,5 |
| | Não | 53 | 51,5 | 51,5 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A percentagem de não interferência do sentimento medo relativamente à competência “controle de sintomas é de 51,5, enquanto a percentagem de interferência é de 48.5.

Quadro 4: Distribuição da dimensão sentimento Medo relativamente à competência “Execução de tratamentos e cuidados específicos”.

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 32 | 31,1 | 31,1 | 31,1 |
| | Não | 71 | 68,9 | 68,9 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

68,9% afirmaram que o sentimento medo não interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos” e 31,1 % afirmam que interfere.

Quadro 5: Distribuição da dimensão sentimento Medo relativamente à competência “Coordenação da equipa”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 36 | 35,0 | 35,0 | 35,0 |
| | Não | 67 | 65,0 | 65,0 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Relativamente à percentagem do sentimento medo a interferir com a competência “coordenação de equipa”, 65% dos inquiridos responderam que não interfere enquanto 35% responderam que interfere

Quadro 6: Distribuição da dimensão sentimento frustração relativamente à competência “controle de sintomas”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 39 | 37,9 | 37,9 | 37,9 |
| | Não | 64 | 62,1 | 62,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que a maior percentagem dos inquiridos refere que a frustração não interfere com a competência “ controle de sintomas” ,62,1% e que 37,9% interfere.

Quadro 7: Distribuição da dimensão sentimento frustração relativamente à competência “Execução de tratamentos e cuidados específicos”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 35 | 34,0 | 34,0 | 34,0 |
| | Não | 68 | 66,0 | 66,0 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

O quadro 7 apresentou valores percentuais de 66,0 % de não interferência do sentimento frustração relativamente à competência “ execução de tratamentos e cuidados específicos enquanto que 34,0 afirma haver interferência.

Quadro 8: Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência “Controle de sintomas

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 47 | 45,6 | 45,6 | 45,6 |
| | Não | 56 | 54,4 | 54,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Foi possível verificar neste quadro uma percentagem de 54.4% de não interferência do sentimento revolta face à competência” controle de sintomas”bem como 45,6% de interferência

Quadro 9: Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência “Execução de tratamentos e cuidados específicos”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 34 | 33,0 | 33,0 | 33,0 |
| | Não | 69 | 67,0 | 67,0 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Os resultados apresentados demonstram que 67,0% dos inquiridos são da opinião que o sentimento revolta não interfere na competência “ execução de tratamento de cuidados específicos” e 33% acham que interfere.

Quadro 10: Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência “Execução de tratamentos e cuidados específicos”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 48 | 46,6 | 46,6 | 46,6 |
| | Não | 55 | 53,4 | 53,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

O quadro 10 apresentou valores percentuais para a não interferência do sentimento insegurança relativamente à competência “execução de tratamento de cuidados específicos”de 53,4% , enquanto que para a interferência 46,6%

Quadro 11: Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência “Execução de tratamentos e cuidados específicos

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 51 | 49,5 | 49,5 | 49,5 |
| | Não | 52 | 50,5 | 50,5 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A análise do quadro permite constatar que 50,5 % dos inquiridos acham que o sentimento impotência não interfere com a competência “ execução de tratamentos e cuidados específicos”, enquanto que 49,5% acham que interfere

Quadro 12: Distribuição da dimensão sentimento choque relativamente à competência “Execução de tratamentos e cuidados específicos

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 37 | 35,9 | 35,9 | 35,9 |
| | Não | 66 | 64,1 | 64,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que o sentimento choque não interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos” em 64,1% dos inquiridos , enquanto que os restantes 35,9% referem que interfere.

Quadro 13: Distribuição da dimensão sentimento choque relativamente à competência “Coordenação da equipa “

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 49 | 47,6 | 47,6 | 47,6 |
| | Não | 54 | 52,4 | 52,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

O sentimento choque relativamente à competência “coordenação da equipa” não interfere em 52,4% e interfere em 47,6%

Quadro 14: Distribuição da dimensão dificuldade lidar com a morte relativamente à competência “Execução de tratamentos e cuidados específicos”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 43 | 41,7 | 41,7 | 41,7 |
| | Não | 60 | 58,3 | 58,3 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A percentagem de não interferência da dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência “execução de tratamentos e cuidados específicos” é de 58,3%, enquanto a percentagem de interferência é de 41,7%.

Quadro 15: Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência “Execução de tratamentos e cuidados específicos”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 48 | 46,6 | 46,6 | 46,6 |
| | Não | 55 | 53,4 | 53,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

53,4% afirmaram que a dificuldade formação deficiente não interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos” e 46,6 afirmam que interfere.

3.2.1.2 - Sentimentos/ dificuldades mais significativos que influenciam as competências em maior percentagem.

Quadro 16: Distribuição da dimensão sentimento frustração relativamente à competência “Trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 72 | 69,9 | 69,9 | 69,9 |
| | Não | 31 | 30,1 | 30,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que o sentimento frustração interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente” em 69,9% dos inquiridos , enquanto que os restantes 30,1% referem que não interfere.

Quadro 17: Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência “partilhar a informação com o doente”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 72 | 69,9 | 69,9 | 69,9 |
| | Não | 31 | 30,1 | 30,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Relativamente à percentagem do sentimento revolta a interferir com a competência “partilhar a informação com o doente”, 69,9% dos inquiridos responderam que interfere enquanto 30,1% responderam que não interfere.

Quadro 18: Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência “saber escutar”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 72 | 69,9 | 69,9 | 69,9 |
| | Não | 31 | 30,1 | 30,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que a maior percentagem dos inquiridos refere que a revolta interfere com a competência “saber escutar”, 69,9% e que 30,1% não interfere.

Quadro 19: Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência “permitir expressão de emoções fortes”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 76 | 73,8 | 73,8 | 73,8 |
| | Não | 27 | 26,2 | 26,2 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que a maior percentagem dos inquiridos refere que a revolta interfere com a competência “saber escutar”, 69,9% e que 30,1% não interfere.

Quadro 20: Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 77 | 74,8 | 74,8 | 74,8 |
| | Não | 26 | 25,2 | 25,2 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Foi possível verificar neste quadro uma percentagem de 74.8% de interferência do sentimento revolta face à competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente” bem como 25,2% de não interferência

Quadro 21: Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 74 | 71,8 | 71,8 | 71,8 |
| | Não | 29 | 28,2 | 28,2 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Os resultados apresentados demonstram que 71,8% dos inquiridos são da opinião que o sentimento revolta interfere na competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família” e 28,2% acham que não interfere.

Quadro 22: Distribuição da dimensão sentimento revolta relativamente à competência “transmissão da mensagem não verbal”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 71 | 68,9 | 68,9 | 68,9 |
| | Não | 32 | 31,1 | 31,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

O quadro 22 apresentou valores percentuais para a interferência do sentimento revolta relativamente à competência “transmissão da mensagem não verbal” de 68,9% , enquanto que para a não interferência 31,1 %

Quadro 23: Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência “partilhar a informação com o doente e família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 73 | 70,9 | 70,9 | 70,9 |
| | Não | 30 | 29,1 | 29,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A análise do quadro permite constatar que 70,9 % dos inquiridos acham que o sentimento insegurança interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família”, enquanto que 29,1% acham que não interfere

Quadro 24: Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência “saber escutar”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 72 | 69,9 | 69,9 | 69,9 |
| | Não | 31 | 30,1 | 30,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que o sentimento insegurança interfere com a competência “saber escutar” em 69,9% dos inquiridos , enquanto que os restantes 30,1% referem que não interfere

Quadro 25: Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência “permitir expressão de emoções fortes”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 71 | 68,9 | 68,9 | 68,9 |
| | Não | 32 | 31,1 | 31,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

O sentimento insegurança relativamente à competência “permitir expressão de emoções fortes ” interfere em 68,9% e não interfere em 31,1%

Quadro 26: Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 85 | 82,5 | 82,5 | 82,5 |
| | Não | 18 | 17,5 | 17,5 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A percentagem de interferência do sentimento insegurança relativamente à competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente” é de 82,5%, enquanto a percentagem de não interferência é de 17,5%.

Quadro 27: Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 72 | 69,9 | 69,9 | 69,9 |
| | Não | 31 | 30,1 | 30,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

69,9% afirmaram que o sentimento insegurança interfere com a competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família” e 30,1 afirmam que não interfere.

Quadro 28: Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 72 | 69,9 | 69,9 | 69,9 |
| | Não | 31 | 30,1 | 30,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que o sentimento insegurança interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação” em 69,9% dos inquiridos , enquanto que os restantes 30,1% referem que não interfere

Quadro 29: Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência “envolver a família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 80 | 77,7 | 77,7 | 77,7 |
| | Não | 23 | 22,3 | 22,3 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Relativamente à percentagem do sentimento insegurança a interferir com a competência “envolver a família”, 77,7% dos inquiridos responderam que interfere enquanto 22,3% responderam que não interfere.

Quadro 30: Distribuição da dimensão sentimento insegurança relativamente à competência “transmissão da mensagem em não verbal”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 70 | 68,0 | 68,0 | 68,0 |
| | Não | 33 | 32,0 | 32,0 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que a maior percentagem dos inquiridos refere que o sentimento insegurança interfere com a competência “transmissão da mensagem em não verbal”, 68,0% e que 32,0% não interfere.

Quadro 31: Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência “partilhar a informação com o doente e família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 73 | 70,9 | 70,9 | 70,9 |
| | Não | 30 | 29,1 | 29,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que a maior percentagem dos inquiridos refere que o sentimento impotência interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família” ,70,9% e que 29,1% não interfere.

Quadro 32: Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência “permitir expressão de emoções fortes”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 70 | 68,0 | 68,0 | 68,0 |
| | Não | 33 | 32,0 | 32,0 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Foi possível verificar neste quadro uma percentagem de 68,0% de interferência do sentimento impotência face à competência” permitir expressão de emoções fortes” bem como 32,0% de não interferência

Quadro 33: Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 75 | 72,8 | 72,8 | 72,8 |
| | Não | 28 | 27,2 | 27,2 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Os resultados apresentados demonstram que 72,8% dos inquiridos são da opinião que o sentimento impotência interfere na competência “ trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente” e 27,2% acham que não interfere.

Quadro 34: Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 74 | 71,8 | 71,8 | 71,8 |
| | Não | 29 | 28,2 | 28,2 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

O quadro 34 apresentou valores percentuais para a interferência do sentimento impotência relativamente à competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família” de 71,8% , enquanto que para a não interferência 28,2 %

Quadro 35: Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 71 | 68,9 | 68,9 | 68,9 |
| | Não | 32 | 31,1 | 31,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A análise do quadro permite constatar que 68,9 % dos inquiridos acham que o sentimento impotência interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”, enquanto que 31,1% acham que não interfere

Quadro 36: Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência “envolver a família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 80 | 77,7 | 77,7 | 77,7 |
| | Não | 23 | 22,3 | 22,3 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que o sentimento impotência interfere com a competência “envolver a família” em 77,7% dos inquiridos, enquanto que os restantes 22,3% referem que não interfere

Quadro 37: Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência “transmissão da mensagem em não verbal”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 78 | 75,7 | 75,7 | 75,7 |
| | Não | 25 | 24,3 | 24,3 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

O sentimento impotência relativamente à competência “transmissão da mensagem em não verbal ” interfere em 75,7% e não interfere em 24,3%

Quadro 38: Distribuição da dimensão sentimento impotência relativamente à competência “coordenação da equipa”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 70 | 68,0 | 68,0 | 68,0 |
| | Não | 33 | 32,0 | 32,0 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A percentagem de interferência do sentimento impotência relativamente à competência “coordenação da equipa” é de 68,0%, enquanto a percentagem de não interferência é de 32,0%.

Quadro 39: Distribuição da dimensão dificuldade lidar com a morte relativamente à competência “partilhar a informação com o doente e família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 83 | 80,6 | 80,6 | 80,6 |
| | Não | 20 | 19,4 | 19,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

80,6% afirmaram que a dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família ” e 19,4% afirmam que não interfere.

Quadro 40: Distribuição da dimensão dificuldade lidar com a morte relativamente à competência “permitir expressão de emoções fortes”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 82 | 79,6 | 79,6 | 79,6 |
| | Não | 21 | 20,4 | 20,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que a dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência” permitir expressão de emoções fortes” em 79,6% dos inquiridos , enquanto que os restantes 20,4% referem que não interfere

Quadro 41: Distribuição da dimensão dificuldade lidar com a morte relativamente à competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 82 | 79,6 | 79,6 | 79,6 |
| | Não | 21 | 20,4 | 20,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente ” interfere em 79,6% e não interfere em 20,4

Quadro 42: Distribuição da dimensão dificuldade lidar com a morte relativamente à competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 80 | 77,7 | 77,7 | 77,7 |
| | Não | 23 | 22,3 | 22,3 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A percentagem de interferência da dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família” é de 77,7%, enquanto a percentagem de não interferência é de 22,3%.

Quadro 43: Distribuição da dimensão dificuldade lidar com a morte relativamente à competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 75 | 72,8 | 72,8 | 72,8 |
| | Não | 28 | 27,2 | 27,2 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

72,8% afirmaram que a dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação ” e 27,2 afirmam que não interfere.

Quadro 44: Distribuição da dimensão dificuldade lidar com a morte relativamente à competência “envolver a família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 81 | 78,6 | 78,6 | 78,6 |
| | Não | 22 | 21,4 | 21,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que a dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência “envolver a família” em 78,6% dos inquiridos , enquanto que os restantes 21,4% referem que não interfere

Quadro 45: Distribuição da dimensão dificuldade lidar com a morte relativamente à competência “transmissão da mensagem não verbal”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 81 | 78,6 | 78,6 | 78,6 |
| | Não | 22 | 21,4 | 21,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Relativamente à percentagem da dificuldade em lidar com a morte a interferir com a competência “transmissão da mensagem não verbal”, 78,6% dos inquiridos responderam que interfere enquanto 21,4% responderam que não interfere.

Quadro 46: Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência “partilhar a informação com o doente e família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 90 | 87,4 | 87,4 | 87,4 |
| | Não | 13 | 12,6 | 12,6 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que a maior percentagem dos inquiridos refere que a dificuldade formação deficiente interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família” ,87,4% e que 12,6% não interfere

Quadro 47: Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência “saber escutar”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-----|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 73 | 70,9 | 70,9 | 70,9 |
| | Não | 30 | 29,1 | 29,1 | 100,0 |
| Total | | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Foi possível verificar neste quadro uma percentagem de 70,9% de interferência do sentimento impotência face à competência “saber escutar” bem como 29,1% de não interferência

Quadro 48: Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-----|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 80 | 77,7 | 77,7 | 77,7 |
| | Não | 23 | 22,3 | 22,3 | 100,0 |
| Total | | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Os resultados apresentados demonstram que 77,7% dos inquiridos são da opinião que a dificuldade formação deficiente interfere na competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente” e 22,3% acham que não interfere.

Quadro 49: Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-----|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 83 | 80,6 | 80,6 | 80,6 |
| | Não | 20 | 19,4 | 19,4 | 100,0 |
| Total | | 103 | 100,0 | 100,0 | |

O quadro 49 apresentou valores percentuais para a interferência da dificuldade formação deficiente relativamente à competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família” de 80,6% , enquanto que para a não interferência 19,4 %

Quadro 50: Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência “controle de sintomas”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 76 | 73,8 | 73,8 | 73,8 |
| | Não | 27 | 26,2 | 26,2 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A análise do quadro permite constatar que 73,8 % dos inquiridos acham que a dificuldade formação deficiente interfere com a competência “controle de sintomas”, enquanto que 26,2% acham que não interfere

Quadro 51: Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência “envolver a família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 83 | 80,6 | 80,6 | 80,6 |
| | Não | 20 | 19,4 | 19,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que a dificuldade formação deficiente interfere com a competência “envolver a familiar” em 80,6% dos inquiridos , enquanto que os restantes 19,4% referem que não interfere

Quadro 52: Distribuição da dimensão dificuldade formação deficiente relativamente à competência “transmissão da mensagem não verbal”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 73 | 70,9 | 70,9 | 70,9 |
| | Não | 30 | 29,1 | 29,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A dificuldade formação deficiente relativamente à competência “transmissão da mensagem em não verbal ” interfere em 70,9% e não interfere em 29,1%

Quadro 53: Distribuição da dimensão dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos relativamente à competência “controle de sintomas”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 80 | 77,7 | 77,7 | 77,7 |
| | Não | 23 | 22,3 | 22,3 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A percentagem de interferência da dificuldade existência de equipa de cuidados paliativos relativamente à competência “controle de sintomas” é de 77,7%, enquanto a percentagem de não interferência é de 22,3%.

Quadro 54: Distribuição da dimensão dificuldade falta de informação da família relativamente à competência “partilhar a informação com o doente e família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 81 | 78,6 | 78,6 | 78,6 |
| | Não | 22 | 21,4 | 21,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

78,6% afirmaram que a dificuldade falta de informação da família interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família ” e 21,4% afirmam que não interfere.

Quadro 55: Distribuição da dimensão dificuldade falta de informação da família relativamente à competência “ controle de sintomas”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-----|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 72 | 69,9 | 69,9 | 69,9 |
| | Não | 31 | 30,1 | 30,1 | 100,0 |
| Total | | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro é possível concluir que a dificuldade falta de informação da família interfere com a competência” controle de sintomas” em 69,9% dos inquiridos , enquanto que os restantes 30,1% referem que não interfere

Quadro 56: Distribuição da dimensão dificuldade falta de informação da família relativamente à competência “ conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-----|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 71 | 68,9 | 68,9 | 68,9 |
| | Não | 32 | 31,1 | 31,1 | 100,0 |
| Total | | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A dificuldade falta de informação da família relativamente à competência “ conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação” interfere em 68,9% e não interfere em 31,1%

Quadro 57: Distribuição da dimensão dificuldade falta de informação da família relativamente à competência “envolver a família”

| | | Frequência | Percentagem | Percentagem Válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | Sim | 81 | 78,6 | 78,6 | 78,6 |
| | Não | 22 | 21,4 | 21,4 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A percentagem de interferência da dificuldade falta de informação da família relativamente à competência “envolver a família” é de 78,6%, enquanto a percentagem de não interferência é de 21,4%.

Quadro 58: Distribuição da população segundo a experiência profissional

| | | Frequência | percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| validados | <5 | 13 | 12,6 | 12,6 | 12,6 |
| | 5-10 | 22 | 21,4 | 21,4 | 34,0 |
| | 10-15 | 21 | 20,4 | 20,4 | 54,4 |
| | 15-20 | 17 | 16,5 | 16,5 | 70,9 |
| | >20 | 30 | 29,1 | 29,1 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

Através da análise do quadro podemos constatar que a maior percentagem, 29,1% dos inquiridos possui uma experiência profissional > 20 anos. A menor percentagem, 12,6% possui uma experiência profissional < 5 anos.

Quadro 59: Distribuição da população segundo a formação em cuidados paliativos

| | | frequência | percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulada |
|-----------|-------|------------|-------------|--------------------|-----------------------|
| Validados | sim | 32 | 31,1 | 31,1 | 31,1 |
| | não | 71 | 68,9 | 68,9 | 100,0 |
| | Total | 103 | 100,0 | 100,0 | |

A percentagem de inquiridos que não tem formação em cuidados paliativos é maior, 68,9%, relativamente aos que têm formação, 31,1%.

3.2.2. Medida de Tendência Central

3.2.2.1. Sentimentos/Dificuldades que não influenciam as competências

Seguidamente são apresentados os valores resultantes do tratamento estatístico de cada uma das componentes do questionário, relativamente à medida de tendência central obtida com os sentimentos relacionadas com as competências dos enfermeiros. Considerou-se estes valores no estudo uma vez que eles são representativos dos valores centrais de uma distribuição permitindo caracterizar os dados através de valores únicos que permitem resumir o comportamento das variáveis em estudo. No nosso quadro apresentado no inquérito que faz a interferência dos sentimentos / dificuldades com as competências de enfermagem temos como sentimentos: medo, frustração, revolta, insegurança, impotência, choque; como dificuldades: lidar com a morte, formação deficiente, não existência de equipa de cuidados paliativos, falta de informação da família; como competências: A- partilhar a informação com o utente e a família(esclarecer duvidas, ensinios); B- saber escutar(compreensão e apoio); C- permitir expressão de emoções fortes; D- trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente(incentivar o dialogo); E- assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família(sociais, espirituais e psicológicas); F- controle de sintomas (dor, vômitos, dificuldade respiratória), G- execução de tratamentos e cuidados específicos (úlceras de pressão,

injectáveis); H- conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação(empatia, congruência, respeito); I- envolver a família(comunicação afectuosa e lidar com as crises); J- transmissão da mensagem não verbal(gesto, olhar, escutar o silencio); K- coordenação da equipa(comunicação aberta entre os seus membros) .

Relativas ao sentimento medo

O quadro 60 que se apresenta a seguir, refere-se à medida de tendência central relativa ao primeiro agrupamento de questões relacionadas com o sentimento medo e as competências que não influencia discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 60: Medida de tendência central da população segundo o sentimento medo que não influenciam as competências (A, B, F, G, K)

| | Moda |
|--------|------|
| Medo A | 2.00 |
| Medo B | 2.00 |
| Medo F | 2.00 |
| Medo G | 2.00 |
| Medo K | 2.00 |

Através da análise do quadro 60, foi possível observar que o valor que apareceu com mais frequência é o 2, e somente , constituindo este o número mais frequente na distribuição.

Relativas ao sentimento frustração

O quadro 61 que se apresenta a seguir, refere-se à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com o sentimento frustração e as competências que não influencia discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 61: Medida de tendência central da população segundo o sentimento frustração que não influenciam as competências (F, G)

| | Moda |
|--------------|------|
| Frustração F | 2.00 |
| Frustração G | 2.00 |

Através da análise do quadro 61 Relativamente à moda, foi possível observar que o valor que apareceu com mais frequência é o 2, e somente , constituindo este o número mais frequente na distribuição.

Relativas ao sentimento revolta

O quadro seguinte faz referência à medida de tendência central relativas ao agrupamento de questões relacionadas com o sentimento revolta e as competências que não influencia, discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 62: Medida de tendência central da população segundo o sentimento revolta que não influenciam as competências (F, G)

| | Moda |
|-----------|------|
| Revolta F | 2.00 |
| Revolta G | 2.00 |

No grupo de questões referentes ao sentimento revolta , quanto à moda, o valor que aparece mais frequentemente é o 2, de onde se pode inferir que a maioria dos inquiridos posicionou-se na posição 2” não influenciam”

Relativas ao sentimento insegurança

O quadro 63 que se apresenta a seguir, refere-se à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com o sentimento insegurança e as competências que não influencia discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 63: Medida de tendência central da população segundo o sentimento insegurança que não influenciam as competências (G)

| | Moda |
|---------------|------|
| Insegurança G | 2.00 |

Relativamente à moda, foi possível observar que o valor que apareceu com mais frequência é o 2, e somente , constituindo este o número mais frequente na distribuição.

Relativas ao sentimento impotência

O quadro seguinte faz referência à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com o sentimento impotência e as competências que não influencia, discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 64: Medida de tendência central da população segundo o sentimento impotência que não influenciam as competências (G)

| | |
|--------------|------|
| | Moda |
| Impotência G | 2.00 |

Relativamente à moda, foi possível observar que o valor que apareceu com mais frequência é o 2, e somente , constituindo este o número mais frequente na distribuição.

Relativas ao sentimento choque

O quadro 65 que se apresenta a seguir, refere-se à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com o sentimento choque e as competências que não influencia discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 65: Medida de tendência central da população segundo o sentimento choque que não influenciam as competências (G, K)

| | |
|----------|------|
| | Moda |
| Choque G | 2.00 |
| Choque K | 2.00 |

No grupo de questões referentes ao sentimento choque observou-se uma média oscilante entre os 1.52 e 1.64 .Relativamente à mediana, ou seja, o índice de tendência central baseado na frequência das respostas situa-se no valor 2. Quanto à moda, o valor que aparece mais frequentemente é o 2, de onde se pode inferir que a maioria dos inquiridos posicionou-se na posição 2” não influenciam”

Relativas à dificuldade lidar com a morte

O quadro 66 que se apresenta a seguir, refere-se à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com a dificuldade lidar com a morte e as competências que não influencia , discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 66: Medida de tendência central da população segundo a dificuldade lidar com a morte que não influenciam as competências (G)

| | |
|---------------------|------|
| | Moda |
| Lidar com a morte G | 2.00 |

Através da análise do quadro 66 observou-se que o valor que apareceu com mais frequência é o 2, e somente , constituindo este o número mais frequente na distribuição.

Relativas à dificuldade formação deficiente

O quadro seguinte faz referência à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com a dificuldade formação deficiente e as competências que não influencia, discriminando a moda para cada uma delas

Quadro 67: Medida de tendência central da população segundo a dificuldade formação deficiente que não influenciam as competências (G)

| | |
|--------------------------|------|
| | Moda |
| Formação deficiente G | 2.00 |

Através da análise do quadro 67 foi possível observar que o valor que apareceu com mais frequência é o 2, e somente , constituindo este o número mais frequente na distribuição.

3.2.2.2. Sentimentos/ Dificuldades mais significativos que influenciam as competências

Relativas ao sentimento frustração

O quadro seguinte faz referência à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com o sentimento frustração e as competências que influencia, descriminando a moda para cada uma delas

Quadro 68: Medida de tendência central da população segundo o sentimento frustração que influenciam as competências (D)

| | |
|--------------|------|
| | Moda |
| Frustração D | 1.00 |

Relativamente à moda, foi possível observar que o valor que apareceu com mais frequência é o 1, e somente , constituindo este o valor mais comum.

Relativas ao sentimento revolta

O quadro seguinte faz referência à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com o sentimento revolta e as competências que influencia, (A, B, C, D, E, J) descriminando a moda para cada uma delas

Quadro 69: Medida de tendência central da população segundo o sentimento revolta que influenciam as competências (A, B, C, D, E, J)

| | Moda |
|-----------|------|
| Revolta A | 1.00 |
| Revolta B | 1.00 |
| Revolta C | 1.00 |
| Revolta D | 1.00 |
| Revolta E | 1.00 |
| Revolta J | 1.00 |

Quanto à moda, foi possível observar que o valor que apareceu com mais frequência é o 1, e somente , constituindo este o número mais frequente na distribuição.

Relativas ao sentimento insegurança

O quadro 70 faz referência à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com o sentimento insegurança e as competências que influencia, (A, B, C, D, E, H, I, J) discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 70: Medida de tendência central da população segundo o sentimento insegurança que influenciam as competências (A, B, C, D, E, H, I, J)

| | Moda |
|---------------|------|
| Insegurança A | 1.00 |

| | |
|---------------|------|
| Insegurança B | 1.00 |
| Insegurança C | 1.00 |
| Insegurança D | 1.00 |
| Insegurança E | 1.00 |
| Insegurança H | 1.00 |
| Insegurança I | 1.00 |
| Insegurança J | 1.00 |

Da análise do quadro 70 observou-se que o valor que apareceu com mais frequência é o 1, e somente , constituindo este o número mais frequente na distribuição.

Relativas ao sentimento impotência

O quadro 71 faz referência à medidas de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com o sentimento impotência e as competências que influencia, (A, C, D, E, H, I, J, K) discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 71: Medida de tendência central da população segundo o sentimento impotência que influenciam as competências (A, C, D, E, H, I, J, K)

| | |
|--------------|------|
| | Moda |
| Impotência A | 1.00 |
| Impotência C | 1.00 |
| Impotência D | 1.00 |

| | |
|--------------|------|
| Impotência E | 1.00 |
| Impotência H | 1.00 |
| Impotência I | 1.00 |
| Impotência J | 1.00 |
| Impotência K | 1.00 |

No grupo de questões referentes ao sentimento impotência observou-se, quanto à moda, que o valor que aparece mais frequentemente é o 1.

Relativas à dificuldade em lidar com a morte

O quadro seguinte faz referência à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com a dificuldade em lidar com a morte e as competências que influencia, (A, C, D, E, H, I J) discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 72: Medida de tendência central da população segundo a dificuldade em lidar com a morte que influenciam as competências (A, C, D, E, H, I, J,)

| | Moda |
|---------------------|------|
| Lidar com a morte A | 1.00 |
| Lidar com a morte C | 1.00 |
| Lidar com a morte D | 1.00 |
| Lidar com a morte E | 1.00 |

| | |
|---------------------|------|
| Lidar com a morte H | 1.00 |
| Lidar com a morte I | 1.00 |
| Lidar com a morte J | 1.00 |

Da análise do quadro 72 foi possível observar que o valor que apareceu com mais frequência é o 1, e somente , constituindo este o número mais frequente na distribuição.

Relativas à dificuldade formação deficiente

O quadro 73 faz referência à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com a dificuldade formação deficiente e as competências que influencia, (A, B, D, E, F, I, J) discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 73: Medida de tendência central da população segundo a dificuldade formação deficiente que influenciam as competências (A, B, D, E, F, I, J,)

| | Moda |
|-----------------------|------|
| Formação deficienteA | 1.00 |
| Formação deficienteB | 1.00 |
| Formação deficienteD | 1.00 |
| Formação deficienteE | 1.00 |
| Formação deficienteF | 1.00 |
| Formação deficiente I | 1.00 |
| Formação deficiente J | 1.00 |

Quanto à moda, o valor que aparece mais frequentemente é o 1.

Relativas à dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos

O quadro seguinte faz referência à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos e as competências que influencia, (A, F) discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 74: Medida de tendência central da população segundo a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos que influenciam as competências (A, F,)

| | Moda |
|----------------------------|------|
| Não existência de equipa A | 1.00 |
| Não existência equipa F | 1.00 |

Da análise do quadro 74 observou-se que

quanto à moda, o valor é o 1, e somente , constituindo este o número mais frequente na distribuição.

Relativas à dificuldade falta de informação da família

O quadro 75 faz referência à medida de tendência central relativa ao agrupamento de questões relacionadas com a dificuldade falta de informação da família e as competências que influencia, (A, F, H, I,) discriminando a moda para cada uma delas.

Quadro 75: Medida de tendência central da população segundo a dificuldade falta informação da família que influenciam as competências (A, F, H, I)

| | Moda |
|----------------------------------|------|
| Falta informação da família A | 1.00 |
| Falta de informação da família F | 1.00 |
| Falta de informação da família H | 1.00 |
| Falta de informação da família I | 1.00 |

No grupo de questões referentes à dificuldade falta de informação da família observou-se que quanto à moda, o valor que aparece mais frequentemente é o 1.

Quadro 76: Medidas de tendência central da população segundo a experiência profissional

| | Média | Mediana | Moda |
|--------------------------|-------|---------|------|
| Experiência profissional | 3.28 | 3.00 | 5.00 |

As medidas de tendência central encontradas relativamente à experiência profissional foram para a média 3.28, para a mediana 3.00 e para a moda 5.00.

Quadro 77: Medidas de tendência central da população segundo a formação em cuidados paliativos

| | Média | Mediana | Moda |
|---------------------------------|-------|---------|------|
| Formação em cuidados paliativos | 1.68 | 2.00 | 2.00 |

As medidas de tendência central encontradas relativamente à formação em cuidados paliativos foram para a média 1.68, para a mediana 2.00 e para a moda 2.00.

3.2.3. Fiabilidade e validade do inquérito

Seguidamente será feita uma análise à fiabilidade e validade do Inquérito . Para o estudo da fidelidade dos resultados procedeu-se ao cálculo da consistência interna (índice de homogeneidade alfa), recorrendo-se ao procedimento Reliability do SPSS. Este método forneceu os valores correspondentes ao alfa que podem ser observados no quadro 78.

Quadro 78: Alfa de Cronbach's

Reliability Statistics

| |
|-----------------|
| Alfa Cronbach's |
| ,978 |

3.2.4. Testagem da hipótese

H0- Os sentimentos não influenciam o cuidar

H1- Os sentimentos influenciam o cuidar

Como forma de testarmos a hipótese de estudo, utilizou-se o teste Qui-Quadrado.

Relativamente ao item 1, o sentimento medo interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 79

Quadro 79: Teste do Qui Quadrado ao item 1

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 50 | 48,5 | 51,5 |
| Não | 53 | 51,5 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 0,087; GL = 1; p =0,768

Através da análise do quadro 79 foi possível verificar que o grau de discordância para o primeiro item atingiu os 51,5% enquanto o grau de concordância permaneceu nos 48,5%. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,768, o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se Ho, hipótese nula, rejeitando H1, hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $> 0,05$ rejeita-se o nosso item 1“ o sentimento medo interfere com a

competência “partilhar a informação com o doente e família”, constatando-se o contrário .

Relativamente ao item 2, o sentimento medo interfere com a competência “saber escutar” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 80.

Quadro 80: Teste do Qui Quadrado ao item 2

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 45 | 43,7 | 51,5 |
| Não | 58 | 56,3 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 1,641; GL = 1; p =0,200

No segundo item do questionário o grau de discordância atingiu os 56,3% enquanto o grau de concordância foi nos 43,7%. O nível de significância foi de 0,200, >0,05, aceitou-se H0 e rejeitou-se H1 . Não se comprovou a existência de medo relativamente à competência “saber escutar”

Relativamente ao item 3, o sentimento medo interfere com a competência “permitir expressão de emoções fortes” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 81

Quadro 81: Teste do Qui Quadrado ao item 3

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 64 | 62,1 | 51,5 |
| Não | 39 | 37,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 6,068; GL = 1; p =0,014

O grau de discordância para este item foi de 37,9, enquanto que o grau de concordância atingiu 62,1. Perante o nível de significância deste item, 0,014, < 0,05 rejeita-se H0, e aceita-se H1. Comprova-se o item, o sentimento medo interfere com a competência “permitir expressão de emoções fortes”

Relativamente ao item 4, o sentimento medo interfere com a competência “trazer sentimentos e preocupações do paciente” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 82

Quadro 82: Teste do Qui Quadrado ao item 4

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 54 | 52,4 | 51,5 |
| Não | 49 | 47,6 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 0,243; GL = 1; p =0,622

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 82 relativamente ao item 4 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 52,4% concordou com a afirmação, enquanto 47,6%

não concordou. Com um nível de significância de 0,622, $>0,005$, rejeita-se H1. O sentimento medo não interfere com a competência “trazer sentimentos e preocupações do paciente”

Relativamente ao item 5, o sentimento medo interfere com a competência “Assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família ” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 83

Quadro 83: Teste do Qui Quadrado ao item 5

| Categories | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 55 | 53,4 | 51,5 |
| Não | 48 | 46,6 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 0,476; GL = 1; p =0,490

O item 5 apresenta um grau de discordância de 46,6%, e um grau de concordância de 53,4%.Tendo em conta o nível de significância, 0,490,rejeita-se H1, assumindo-se que o sentimento medo não interfere com a competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”

Relativamente ao item 6, o sentimento medo interfere com a competência “controle de sintomas” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 84

Quadro 84: Teste do Qui Quadrado ao item 6

| Categories | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 50 | 48,5 | 51,5 |
| Não | 53 | 51,5 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 0,87; GL = 1; p = 0,768

Segundo os dados fornecidos pelo quadro 84 relativos ao item 6, 51,5% dos inquiridos não discordam do item; 48,5% discordam. Diante destes resultados e tendo em conta o nível de significância revelado, 0,768, rejeitou-se o item., ou seja o sentimento medo não interfere com a competência “ controle de sintomas”

Relativamente ao item 7, o sentimento medo interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 85

Quadro 85: Teste do Qui Quadrado ao item 7

| Categories | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 32 | 31,1 | 51,5 |
| Não | 71 | 68,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 14,767; GL = 1; p=0,000

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 7 o grau de discordância foi 68,9% e o de concordância 31,1% . Atendendo ao nível de

significância 0,000 a hipótese H1 é aceita. O sentimento medo interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos.

Relativamente ao item 8, o sentimento medo interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 86

Quadro 86: Teste do Qui Quadrado ao item 8

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 59 | 57,3 | 51,5 |
| Não | 44 | 42,7 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =2,184; GL = 1; p=0,139

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 42,7% e de concordância de 57,3%. Relativamente ao nível de significância este é de 0,139, o que leva a rejeitar H1. O sentimento medo não interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação.

Relativamente ao item 9, o sentimento medo interfere com a competência ”envolver a família” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 87

Quadro 87: Teste do Qui Quadrado ao item 9

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 64 | 62,1 | 51,5 |
| Não | 39 | 37,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =6.068; GL = 1; p=0,14

Relativamente ao item 9, constata-se que 62,1% concorda com a afirmação e 37,9% não concorda. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,14 , o que leva a rejeitar H1, donde se conclui que o medo não interfere com a competência “envolver a família”

Relativamente ao item 10, o sentimento medo interfere com a competência” transmissão da mensagem não verbal “os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 88.

Quadro 88: Teste do Qui Quadrado ao item 10

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 59 | 57,3 | 51,5 |
| Não | 44 | 42,7 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 2,184; GL = 1; p =0,14

Através da análise do quadro 88 foi possível verificar que o grau de discordância para o primeiro item atingiu os 42,7% enquanto o grau de concordância permaneceu

nos 57,3%. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,14, o que segundo a regra de decisão , se no nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 ,hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $> 0,05$ rejeita-se o nosso item 10“ o sentimento medo interfere com a competência “ transmissão da mensagem não verbal”, constatando-se o contrario .

Relativamente ao item 11, o sentimento medo interfere com a competência “coordenação da equipa” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 89

Quadro 89: Teste do Qui Quadrado ao item 11

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 36 | 35 | 51,5 |
| Não | 67 | 65 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =9,330; GL = 1; p =0,02

No decimo primeiro item do questionário o grau de discordância atingiu os 65% enquanto o grau de concordância foi 35%. O nível de significância foi de 0,02, $<0,05$, rejeitou H_0 e aceitou H_1 . Comprovou - se a existência de medo relativamente à competência “coordenação da equipa”

Relativamente ao item 12, o sentimento frustração interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e a família ” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 90

Quadro 90: Teste do Qui Quadrado ao item 12

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 59 | 57,3 | 51,5 |
| Não | 44 | 42,7 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 2,184; GL = 1; p =0,139

O grau de discordância para este item foi de 42,7%, enquanto que o grau de concordância atingiu 57,3%. Perante o nível de significância deste item, $0,139 > 0,05$ aceita-se H₀, e rejeita-se H₁. Não se Comprova o item , o sentimento frustração não interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família”

Relativamente ao item 13, o sentimento frustração interfere com a competência “saber escutar” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 91

Quadro 91: Teste do Qui Quadrado ao item 13

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 61 | 59,2 | 51,5 |
| Não | 42 | 40,8 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =3,505; GL = 1; p=0,61

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 40,8% e de concordância de 59,2%. Relativamente ao nível de significância este é de 0,61, leva

a rejeitar H1. O sentimento frustração não interfere com a competência “saber escutar”

Relativamente ao item 14, o sentimento frustração interfere com a competência “permitir expressão de emoções fortes” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 92

Quadro 92: Teste do Qui Quadrado ao item 14

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 66 | 64,1 | 51,5 |
| Não | 37 | 35,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 8,165; GL = 1; p =0,04

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 92 relativamente ao item 14 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 64,1% concordou com a afirmação, enquanto 35,9% não concordou. Com um nível de significância de 0,04 aceita-se a hipótese H1. O sentimento frustração interfere com a competência “ permitir expressão de emoções fortes”

Relativamente ao item 15, o sentimento frustração interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 93

Quadro 93: Teste do Qui Quadrado ao item 15

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 72 | 69,9 | 51,5 |
| Não | 31 | 30,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =13,320; GL = 1; p=0,000

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 15 o grau de discordância foi 30,1% e o de concordância 69,9% . Atendendo ao nível de significância 0,000 a hipótese H1 é aceite O sentimento frustração interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”.

Relativamente ao item 16, o sentimento frustração interfere com a competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 94

Quadro 94: Teste do Qui Quadrado ao item 16

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 69 | 67,0 | 51,5 |
| Não | 34 | 33,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =11,893; GL = 1; p =0,01

No decimo sexto item do questionário o grau de discordância atingiu os 33,0% enquanto o grau de concordância foi de 67,0%. O nível de significância foi de 0,01, <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1. Comprovou - se a existência de frustração

relativamente à competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”

Relativamente ao item 17, o sentimento frustração interfere com a competência “controle de sintomas”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 95

Quadro 95: Teste do Qui Quadrado ao item 17

| Categories | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 39 | 37,9 | 51,5 |
| Não | 64 | 62,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 6,068; GL = 1; p =0,14

O grau de discordância para este item foi de 62,1%, enquanto que o grau de concordância atingiu 37.9%. Perante o nível de significância deste item, 0,14, > 0,05 aceita-se H0, e rejeita-se H1. Não se Comprova o item , o sentimento frustração não interfere com a competência “controle de sintomas”

Relativamente ao item 18, o sentimento frustração interfere com a competência “ execução de tratamentos e cuidados específicos ” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 96

Quadro 96: Teste do Qui Quadrado ao item 18

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 33 | 34,0 | 51,5 |
| Não | 68 | 66,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =10,573; GL = 1; p =0,01

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 96 relativamente ao item 18 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 66,0% não concordou com a afirmação, enquanto 34,0% concordou. Com um nível de significância de 0,01 aceita-se a hipótese H1. O sentimento frustração interfere com a competência” execução de tratamentos e cuidados específicos”

Relativamente ao item 19, o sentimento frustração interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 97

Quadro 97: Teste do Qui Quadrado ao item 19

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 67 | 65,0 | 51,5 |
| Não | 36 | 35,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =9,330; GL = 1; p=0,02

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 19 o grau de discordância foi 35,0% e o de concordância 65,0% . Atendendo ao nível de significância 0,02 a hipótese H1 é aceite O sentimento frustração interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”

Relativamente ao item 20, o sentimento frustração interfere com a competência “envolver a família”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 98

Quadro 98: Teste do Qui Quadrado ao item 20

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 64 | 62,1 | 51,5 |
| Não | 39 | 37,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 6,068; GL = 1; p =0,14

O grau de discordância para este item foi de 37,9, enquanto que o grau de concordância atingiu 62,1%. Perante o nível de significância deste item, 0,14, > 0,05 aceita-se H0, e rejeita-se H1. Não se Comprova o item , o sentimento frustração não interfere com a competência “envolver a família”

Relativamente ao item 21, o sentimento frustração interfere com a competência “transmissão da mensagem em não verbal” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 99

Quadro 99: Teste do Qui Quadrado ao item 21

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 61 | 59,2 | 51,5 |
| Não | 42 | 40,8 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =3,505; GL = 1; p=0,61

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 40,8% e de concordância de 59,2%. Relativamente ao nível de significância este é de 0,61, leva a rejeitar H1. O sentimento frustração não interfere com a competência “transmissão da mensagem em não verbal”

Relativamente ao item 22, o sentimento frustração interfere com a competência” coordenação da equipa “os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 100.

Quadro 100: Teste do Qui Quadrado ao item 22

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 52 | 50,5 | 51,5 |
| Não | 61 | 49,5 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 0,010; GL = 1; p =0,922

Através da análise do quadro 100 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 22 atingiu os 49,5% enquanto o grau de concordância 50,5%. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,922, o que segundo a regra

de decisão , se o nível de significância for > 0.05 , aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 , hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $> 0,05$ rejeita-se o nosso item 22. O sentimento frustração não interfere com a competência “ coordenação da equipa”

Relativamente ao item 23, o sentimento revolta interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família,” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 101

Quadro 101: Teste do Qui Quadrado ao item 23

| Categories | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 72 | 69,9 | 51,5 |
| Não | 31 | 30,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =16,320; GL = 1; p=0,00

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 23 o grau de discordância foi 30,1% e o de concordância 69,9% . Atendendo ao nível de significância 0,00 a hipótese H_1 é aceite O sentimento revolta interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família”

Relativamente ao item 24, o sentimento revolta interfere com a competência “saber escutar. ” Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 102

Quadro 102: Teste do Qui Quadrado ao item 24

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 72 | 69,9 | 51,5 |
| Não | 31 | 30,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =16,320; GL = 1; p =0,000

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 102 relativamente ao item 24 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 69,9% concordou com a afirmação, enquanto 30,1% não concordou. Com um nível de significância de 0,000 aceita-se a hipótese H1. O sentimento revolta interfere com a competência “saber escutar”

Relativamente ao item 25, o sentimento revolta interfere com a competência “permitir expressão de emoções fortes.” Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 103

Quadro 103: Teste do Qui Quadrado ao item 25

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 70 | 73,8 | 51,5 |
| Não | 27 | 26,2 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =23,311; GL = 1; p=0,000

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 25 o grau de discordância foi 26,2% e o de concordância 73,8% . Atendendo ao nível de significância 0,000 a hipótese H1 é aceite . O sentimento revolta interfere com a competência “permitir expressão de emoções fortes”

Relativamente ao item 26, o sentimento revolta interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 104

Quadro 104: Teste do Qui Quadrado ao item 26

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 77 | 74,8 | 51,5 |
| Não | 26 | 25,2 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =25,252; GL = 1; p =0,000

No vigésimo sexto item do questionário o grau de discordância atingiu os 25,2 enquanto o grau de concordância foi de 74,8. O nível de significância foi de 0,000, <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1 . Comprovou - se a existência de revolta relativamente à competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”

Relativamente ao item 27, o sentimento revolta interfere com a competência” assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família. “Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 105.

Quadro 105: Teste do Qui Quadrado ao item 27

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 74 | 71,8 | 51,5 |
| Não | 29 | 28,2 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 19,660; GL = 1; p =0,000

Através da análise do quadro 105 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 27 atingiu os 28,2 % enquanto o grau de concordância 71,8%. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,000, o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 , hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $< 0,05$ rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 . O nosso item 27, o sentimento revolta interfere com a competência “ assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”, comprova-se.

Relativamente ao item 28, o sentimento revolta interfere com a competência “controle de sintomas” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 106.

Quadro 106: Teste do Qui Quadrado ao item 28

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 47 | 45,6 | 51,5 |
| Não | 56 | 54,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,786; GL = 1; p=0,375

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 54,4% e de concordância de 45,6%. Relativamente ao nível de significância este é de 0,375, o que leva a rejeitar H1. O sentimento revolta não interfere com a competência “controle de sintomas”

Relativamente ao item 29, o sentimento revolta interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos” os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 107

Quadro 107: Teste do Qui Quadrado ao item 29

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 34 | 33,0 | 51,5 |
| Não | 69 | 67,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =11,893; GL = 1; p=0,01

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 29 o grau de discordância foi 67% e o de concordância 33,0% . Atendendo ao nível de significância 0,01 a hipótese H1 é aceite. O sentimento revolta interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos”.

Relativamente ao item 30, o sentimento revolta interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação” .Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 108.

Quadro 108: Teste do Qui Quadrado ao item 30

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 60 | 58,3 | 51,5 |
| Não | 43 | 41,7 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 2,806; GL = 1; p =0,094

Através da análise do quadro 108 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 30 atingiu os 41,7% enquanto o grau de concordância 58,3%. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,094, o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 , hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $> 0,05$ rejeita-se o nosso item 30. O sentimento revolta não interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”

Relativamente ao item 31, o sentimento revolta interfere com a competência “envolver a família”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 109

Quadro 109: Teste do Qui Quadrado ao item 31

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 69 | 67,0 | 51,5 |
| Não | 34 | 33,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =11,893; GL = 1; p =0,01

No item 31 do questionário o grau de discordância atingiu os 33,0% enquanto o grau de concordância foi de 67,0%. O nível de significância foi de 0,01, <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1 . Comprovou - se a existência de revolta relativamente à competência “envolver a família”

Relativamente ao item 32, o sentimento revolta interfere com a competência “transmissão da mensagem não verbal.” Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 110

Quadro 110: Teste do Qui Quadrado ao item 32

| Categories | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 71 | 68,9 | 51,5 |
| Não | 32 | 31,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =14,767; GL = 1; p=0,00

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 32 o grau de discordância foi 31,1% e o de concordância 68,9% . Atendendo ao nível de significância 0,00 a hipótese H1 é aceite . O sentimento revolta interfere com a competência “transmissão de mensagem não verbal”

Relativamente ao item 33, o sentimento revolta interfere com a competência “coordenação da equipa”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 111.

Quadro 111: Teste do Qui Quadrado ao item 33

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 58 | 56,3 | 51,5 |
| Não | 45 | 43,7 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =1,641; GL = 1; p=0,200

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 43,7% e de concordância de 56,3%. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,200, o que leva a rejeitar H1. O sentimento revolta não interfere com a competência “coordenação da equipa”

Relativamente ao item 34, o sentimento insegurança interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 112

Quadro 112: Teste do Qui Quadrado ao item 34

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 73 | 70,9 | 51,5 |
| Não | 30 | 29,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =17,951; GL = 1; p=0,000

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 34 o grau de discordância foi 29,1% e o de concordância 70,9% . Atendendo ao nível de significância 0,000 a hipótese H1 é aceite. O sentimento insegurança interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e a família”.

Relativamente ao item 35, o sentimento insegurança interfere com a competência “saber escutar”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 113

Quadro 113: Teste do Qui Quadrado ao item 35

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 72 | 69.9 | 51,5 |
| Não | 31 | 30.1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =16,320; GL = 1; p =0,000

No item 35 do questionário o grau de discordância atingiu os 30,1% enquanto o grau de concordância foi de 69,9%. O nível de significância foi de 0,000, <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1. Comprovou - se a existência de insegurança relativamente à competência “saber escutar”

Relativamente ao item 36, o sentimento insegurança interfere com a competência “permitir a expressão de emoções fortes.” Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 114

Quadro 114: Teste do Qui Quadrado ao item 36

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 71 | 68,9 | 51,5 |
| Não | 32 | 31,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =14,767; GL = 1; p=0,00

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 36 o grau de discordância foi 31,1% e o de concordância 68,9% . Atendendo ao nível de significância 0,00 a hipótese H1 é aceite . O sentimento insegurança interfere com a competência “permitir expressão de emoções fortes”

Relativamente ao item 37, o sentimento insegurança interfere com a competência” trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente” .Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 115.

Quadro 115: Teste do Qui Quadrado ao item 37

| Categories | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 85 | 82,5 | 51,5 |
| Não | 18 | 17,5 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado = 43,583; GL = 1; p =0,000

Através da análise do quadro 115 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 37 atingiu os 17,5 % enquanto o grau de concordância 82,5%. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,000, o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 ,hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $< 0,05$ rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 . O nosso item 37, o sentimento insegurança interfere com a competência “ trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”, comprova-se.

Relativamente ao item 38, o sentimento insegurança interfere com a competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 116.

Quadro 116: Teste do Qui Quadrado ao item 38

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 72 | 69,9 | 51,5 |
| Não | 31 | 30,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =16,320; GL = 1; p =0,000

No item 38 do questionário o grau de discordância atingiu os 30,1% enquanto o grau de concordância foi de 69,9%. O nível de significância foi de 0,000, <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1 . Comprovou - se a existência de insegurança relativamente à competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”

Relativamente ao item 39, o sentimento insegurança interfere com a competência”controle de sintomas”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 117

Quadro 117: Teste do Qui Quadrado ao item 39

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 63 | 61,2 | 51,5 |
| Não | 30 | 38,8 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado 5,136; GL = 1; p=0,023

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 39 o grau de discordância foi 38,8% e o de concordância 61,2% . Atendendo ao nível de significância 0,023 a hipótese H1 é aceite. O sentimento insegurança interfere com a competência “controle de sintomas”.

Relativamente ao item 40, o sentimento insegurança interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 118.

Quadro 118: Teste do Qui Quadrado ao item 40

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 48 | 46,6 | 51,5 |
| Não | 55 | 53,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,476; GL = 1; p=0,490

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 53,4% e de concordância de 46,6%. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,490 o que leva a rejeitar H1. O sentimento insegurança não interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos”

Relativamente ao item 41, o sentimento insegurança interfere com a competência”conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação ”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 119

Quadro 119 Teste do Qui Quadrado ao item 41

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 72 | 69,9 | 51,5 |
| Não | 31 | 30,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =16,320; GL = 1; p=0,000

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 41 o grau de discordância foi 30,1% e o de concordância 69,9% . Atendendo ao nível de significância 0,000 a hipótese H1 é aceite. O sentimento insegurança interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”.

Relativamente ao item 42, o sentimento insegurança interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 120.

Quadro 120: Teste do Qui Quadrado ao item 42

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 80 | 46,6 | 51,5 |
| Não | 23 | 53,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,476; GL = 1; p=0,490

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 53,4% e de concordância de 46,6%. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,490 o que leva a rejeitar H1. O sentimento insegurança não interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos”

Relativamente ao item 43, o sentimento insegurança interfere com a competência “transmissão da mensagem não verbal”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 121

Quadro 121: Teste do Qui Quadrado ao item 43

| Categories | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 70 | 68,0 | 51,5 |
| Não | 33 | 32,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =13,291; GL = 1; p=0,000

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 43 o grau de discordância foi 32,0% e o de concordância 68,0% . Atendendo ao nível de significância 0,000 a hipótese H1 é aceite. O sentimento insegurança interfere com a competência “transmissão da mensagem em não verbal”.

Relativamente ao item 44, o sentimento insegurança interfere com a competência “coordenação da equipa”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 122

Quadro 122: Teste do Qui Quadrado ao item 44

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 60 | 58,3 | 51,5 |
| Não | 43 | 41,7 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =2,806; GL = 1; p=0,94

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 41,7% e de concordância de 58,3%. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,94 o que leva a rejeitar H1. O sentimento insegurança não interfere com a competência “coordenação da equipa”

Relativamente ao item 45, o sentimento impotência interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 123

Quadro 123 Teste do Qui Quadrado ao item 45

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 73 | 70,9 | 51,5 |
| Não | 30 | 29,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =17,951; GL = 1; p=0,000

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 45 o grau de discordância foi 29,1% e o de concordância 70,9 %. Atendendo ao nível de

significância 0,000 a hipótese H1 é aceita . O sentimento impotência interfere com a competência “partilhar a informação com o doente e família”.

Relativamente ao item 46, o sentimento impotência interfere com a competência “saber escutar”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 124.

Quadro 124: Teste do Qui Quadrado ao item 46

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 65 | 63,1 | 51,5 |
| Não | 38 | 36,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =7,078; GL = 1; p=0,008

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 36,9% e de concordância de 63,1 %. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,008 o que leva a aceitar H1. O sentimento impotência interfere com a competência “saber escutar”

Relativamente ao item 47, o sentimento impotência interfere com a competência “permitir expressão de emoções fortes”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 125

Quadro 125: Teste do Qui Quadrado ao item 47

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 70 | 68,0 | 51,5 |
| Não | 33 | 32,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =13,291; GL = 1; p=0,000

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 32,0 % e de concordância de 68,0 %. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,000 o que leva a aceitar H1. O sentimento impotência interfere com a competência “permitir expressão de emoções fortes”

Relativamente ao item 48, o sentimento impotência interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 126.

Quadro 126: Teste do Qui Quadrado ao item 48

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 75 | 72,8 | 51,5 |
| Não | 28 | 27,2 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado=21,447 ; GL = 1; p=0,000

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 48 o grau de discordância foi 27,2 % e o de concordância 72,8 % Atendendo ao nível de

significância 0,000 a hipótese H1 é aceita. O sentimento impotência interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”

Relativamente ao item 49, o sentimento impotência interfere com a competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 127.

Quadro 127: Teste do Qui Quadrado ao item 49

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 74 | 71,8 | 51,5 |
| Não | 29 | 28,2 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =19,660; GL = 1; p =0,000

No item 49 do questionário o grau de discordância atingiu os 28,2 % enquanto o grau de concordância foi de 71,8 %. O nível de significância foi de 0,000 , <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1 . Comprovou - se a existência de impotência relativamente à competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”

Relativamente ao item 50, o sentimento impotência interfere com a competência “controle de sintomas”. Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 128.

Quadro 128: Teste do Qui Quadrado ao item 50

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 64 | 62,1 | 51,5 |
| Não | 39 | 37,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =6,068 ; GL = 1; p =0,014

Através da análise do quadro 128 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 50 atingiu os 37,9 % enquanto o grau de concordância 62,1 %. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,014 , o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 , hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $< 0,05$ rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 . O nosso item 50, o sentimento impotência interfere com a competência “ controle de sintomas”, comprova-se.

Relativamente ao item 51, o sentimento impotência interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos ” Os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 129

Quadro 129: Teste do Qui Quadrado ao item 51

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 51 | 49,5 | 51,5 |
| Não | 52 | 50,5 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,010; GL = 1; p =0,922

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 129 relativamente ao item 51 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 50,5 % não concordou com a afirmação, enquanto 49,5 % concordou. Com um nível de significância de 0,922 rejeita-se a hipótese H1. O sentimento impotência não interfere com a competência” execução de tratamentos e cuidados específicos”

Relativamente ao item 52, o sentimento impotência interfere com a competência” conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação “, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 130.

Quadro 130: Teste do Qui Quadrado ao item 52

| Categories | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 71 | 68,9 | 51,5 |
| Não | 32 | 31,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =14,767; GL = 1; p =0,000

Através da análise do quadro 130 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 52 atingiu os 31,1 % enquanto o grau de concordância 68,9 %. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,000 , o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se Ho, hipótese nula, rejeitando H1, hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância < 0,05 rejeita-se H0 e aceita-se H1. O nosso item 52, o sentimento impotência interfere

com a competência” conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação” comprova-se.

Relativamente ao item 53, o sentimento impotência interfere com a competência “envolver a família ”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 131

Quadro 131: Teste do Qui Quadrado ao item 53

| Categories | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 80 | 77,7 | 51,5 |
| Não | 23 | 22,3 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =31,544 ; GL = 1; p =0,000

O grau de discordância para este item foi de 22,3 %, enquanto que o grau de concordância atingiu 77,7 %. Perante o nível de significância deste item, 0,000, <0,05 rejeita-se H0, e aceita-se H1. Comprova se o item , o sentimento impotência interfere com a competência “envolver a família”

Relativamente ao item 54, o sentimento impotência interfere com a competência “transmissão da mensagem em não verbal”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 132.

Quadro 132: Teste do Qui Quadrado ao item 54

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 78 | 75,7 | 51,5 |
| Não | 25 | 24,3 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =27,272; GL = 1; p =0,000

No item 54 do questionário o grau de discordância atingiu os 24,3 % enquanto o grau de concordância foi de 75,7 %. O nível de significância foi de 0,000 , <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1 . Comprovou - se a existência de impotência relativamente à competência “transmissão da mensagem em não verbal”

Relativamente ao item 55, o sentimento impotência interfere com a competência “coordenação da equipa”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 133

Quadro 133: Teste do Qui Quadrado ao item 55

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 70 | 68,0 | 51,5 |
| Não | 33 | 32,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =13,291; GL = 1; p =0,000

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 133 relativamente ao item 55 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 68 % concordou com a afirmação, enquanto 32 % não concordou. Com um nível de significância de 0,000 aceita-se a

hipótese H1. O sentimento impotência interfere com a competência” coordenação da equipa”

Relativamente ao item 56, o sentimento choque interfere com a competência” partilhar a informação com o doente e família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 134.

Quadro 134: Teste do Qui Quadrado ao item 56

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 61 | 59,2 | 51,5 |
| Não | 42 | 40,8 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =3,505; GL = 1; p =0,061

No item 56 do questionário o grau de discordância atingiu os 40,8 % enquanto o grau de concordância foi de 59,2 %. O nível de significância foi de 0,061 , >0,05, aceitou H0 e rejeitou H1 . Não se Comprovou a existência do sentimento choque relativamente à competência “partilhar a informação com o doente e família”

Relativamente ao item 57, o sentimento choque interfere com a competência”saber escutar”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 135

Quadro 135: Teste do Qui Quadrado ao item 57

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 65 | 63,1 | 51,5 |
| Não | 38 | 36,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =7,078; GL = 1; p =0,008

No item 57 do questionário o grau de discordância atingiu os 36,9 % enquanto o grau de concordância foi de 63,1 %. O nível de significância foi de 0,008 , <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1 . Comprovou se a existência do sentimento choque relativamente à competência “saber escutar”

Relativamente ao item 58, o sentimento choque interfere com a competência”permitir expressão de emoções fortes”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 136

Quadro 136: Teste do Qui Quadrado ao item 58

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 61 | 59,2 | 51,5 |
| Não | 42 | 40,8 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =3,505; GL = 1; p =0,061

Através da análise do quadro 136 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 58 atingiu os 40,8 % enquanto o grau de concordância 59,2 %. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,061, o que segundo a

regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 , hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $> 0,05$ aceita-se H_0 e rejeita-se H_1 . O nosso item 58, o sentimento choque interfere com a competência “ permitir expressão de emoções fortes”, não se comprova.

Relativamente ao item 59, o sentimento choque interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente ”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 137

Quadro 137: Teste do Qui Quadrado ao item 59

| Categories | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 66 | 64,1 | 51,5 |
| Não | 37 | 35,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =8,165 ; GL = 1; p =0,004

O grau de discordância para este item foi de 35,9 %, enquanto que o grau de concordância atingiu 64,1 %. Perante o nível de significância deste item, 0,004, $<0,05$ rejeita-se H_0 , e aceita-se H_1 . Comprova se o item , o sentimento choque interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”

Relativamente ao item 60, o sentimento choque interfere com a competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 138

Quadro 138: Teste do Qui Quadrado ao item 60

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 53 | 51,5 | 51,5 |
| Não | 50 | 48,5 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,087; GL = 1; p =0,768

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 138 relativamente ao item 60 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 51,5 % concordou com a afirmação, enquanto 48,5 % não concordou. Com um nível de significância de 0,768 rejeita-se a hipótese H1. O sentimento choque não interfere com a competência” assegurar a satisfação das necessidades pelo doente e família”

Relativamente ao item 61, o sentimento choque interfere com a competência”controle de sintomas”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 139.

Quadro 139: Teste do Qui Quadrado ao item 61

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 55 | 53,4 | 51,5 |
| Não | 48 | 46,6 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,476; GL = 1; p =0,490

No item 61 do questionário o grau de discordância atingiu os 46,6 % enquanto o grau de concordância foi de 53,4 %. O nível de significância foi de 0,490, $>0,05$, aceitou H_0 e rejeitou H_1 . Não se comprovou a existência do sentimento choque relativamente à competência “controle de sintomas”.

Relativamente ao item 62, o sentimento choque interfere com a competência “execução de tratamentos e cuidados específicos”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 140.

Quadro 140: Teste do Qui Quadrado ao item 62

| Categories | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 37 | 35,9 | 51,5 |
| Não | 66 | 64,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =8,165; GL = 1; $p =0,04$

No item 62 do questionário o grau de discordância atingiu os 64,1 % enquanto o grau de concordância foi de 35,9 %. O nível de significância foi de 0,04, $<0,05$, rejeitou -se H_0 e aceitou-se H_1 . Comprovou - se a existência do sentimento choque relativamente à competência “execução de tratamentos e cuidados específicos”

Relativamente ao item 63, o sentimento choque interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 141.

Quadro 141: Teste do Qui Quadrado ao item 63

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 59 | 57,3 | 51,5 |
| Não | 44 | 42,7 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =2,184; GL = 1; p=0,139

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 42,7 % e de concordância de 57,3 %. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,139 o que leva a rejeitar H1. O sentimento choque não interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”

Relativamente ao item 64, o sentimento choque interfere com a competência “envolver a família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 142

Quadro 142: Teste do Qui Quadrado ao item 64

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 66 | 64,1 | 51,5 |
| Não | 37 | 35,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =8,165 ; GL = 1; p =0,004

Através da análise do quadro 142 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 64 atingiu os 35,9 % enquanto o grau de concordância 64,1 %. O nível

de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,004 , o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 ,hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $< 0,05$ rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 . O nosso item 64, o sentimento choque interfere com a competência” envolver a família”, comprova-se.

Relativamente ao item 65, o sentimento choque interfere com a competência “transmissão da mensagem em não verbal ”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 143

Quadro 143: Teste do Qui Quadrado ao item 65

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 62 | 60,2 | 51,5 |
| Não | 41 | 39,8 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =4,282 ; GL = 1; p =0,039

O grau de discordância para este item foi de 39,8 %, enquanto que o grau de concordância atingiu 60,2 %. Perante o nível de significância deste item, 0,039 , $<0,05$ rejeita-se H_0 , e aceita-se H_1 . Comprova-se o item , o sentimento choque interfere com a competência “transmissão da mensagem em não verbal”

Relativamente ao item 66, o sentimento choque interfere com a competência “coordenação da equipa”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 144

Quadro 144: Teste do Qui Quadrado ao item 66

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 49 | 47,6 | 51,5 |
| Não | 54 | 52,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,243; GL = 1; p =0,622

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 144 relativamente ao item 66 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 52,4 % não concordou com a afirmação, enquanto 47,6 % concordou. Com um nível de significância de 0,622 rejeita-se a hipótese H1. O sentimento choque não interfere com a competência” coordenação da equipa”

Relativamente ao item 67, a dificuldade lidar com a morte interfere com a competência”partilhar a informação com o utente e família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 145.

Quadro 145: Teste do Qui Quadrado ao item 67

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 83 | 80,6 | 51,5 |
| Não | 20 | 19,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =38,534; GL = 1; p =0,000

No item 67 do questionário o grau de discordância atingiu os 19,4 % enquanto o grau de concordância foi de 80,6 %. O nível de significância foi de 0,000 , <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1 . Comprovou - se a existência da dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência “partilhar a informação com o doente e família”

Relativamente ao item 68, a dificuldade lidar com a morte interfere com a competência”saber escutar”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 146.

Quadro 146: Teste do Qui Quadrado ao item 68

| Categories | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 69 | 67,0 | 51,5 |
| Não | 34 | 33,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado=11,893 ; GL = 1; p=0,001

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 68 o grau de discordância foi 33 % e o de concordância 67 % . Atendendo ao nível de significância 0,001 a hipótese H1 é aceite. A dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência “saber escutar”

Relativamente ao item 69, dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência “permitir expressão de emoções fortes”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 147.

Quadro 147: Teste do Qui Quadrado ao item 69

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 82 | 79,6 | 51,5 |
| Não | 21 | 20,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =36,126; GL = 1; p=0,000

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 20,4 % e de concordância de 79,6 %. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,000, o que leva a aceitar H1. A dificuldade lidar com a morte interfere com a competência “permitir expressão de emoções fortes”

Relativamente ao item 70, a dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 148

Quadro 148: Teste do Qui Quadrado ao item 70

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 82 | 79,6 | 51,5 |
| Não | 21 | 20,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =36,126 ; GL = 1; p =0,000

Através da análise do quadro 148 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 70 atingiu os 20,4 % enquanto o grau de concordância 79,6 %. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,000, o que segundo a

regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 , hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $< 0,05$ rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 . O nosso item 70, dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência”trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente, comprova-se.

Relativamente ao item 71, a dificuldade lidar com a morte interfere com a competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família” , os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 149

Quadro 149: Teste do Qui Quadrado ao item 71

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 80 | 77,7 | 51,5 |
| Não | 23 | 22,3 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =31,544 ; GL = 1; p =0,000

O grau de discordância para este item foi de 22,3 %, enquanto que o grau de concordância atingiu 77,7 %. Perante o nível de significância deste item, 0,000, $<0,05$ rejeita-se H_0 , e aceita-se H_1 . Comprova se o item , a dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”

Relativamente ao item 72, a dificuldade lidar com a morte interfere com a competência “controle de sintomas”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 150

Quadro 150: Teste do Qui Quadrado ao item 72

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 54 | 52,4 | 51,5 |
| Não | 49 | 47,6 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,243; GL = 1; p =0,622

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 150 relativamente ao item 72 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 52,4 % concordou com a afirmação, enquanto 47,6 % não concordou. Com um nível de significância de 0,622 rejeita-se a hipótese H1. A dificuldade em lidar com a morte não interfere com a competência” controle de sintomas”

Relativamente ao item 73, a dificuldade lidar com a morte interfere com a competência”execução de tratamentos e cuidados específicos”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 151.

Quadro 151: Teste do Qui Quadrado ao item 73

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 43 | 41,7 | 51,5 |
| Não | 60 | 58,3 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =2,806; GL = 1; p =0,094

No item 73 do questionário o grau de discordância atingiu os 58,3 % enquanto o grau de concordância foi de 41,7 %. O nível de significância foi de 0,094 , >0,05, aceitou H0 e rejeitou H1 . Não se Comprovou a existência da dificuldade em lidar com a morte relativamente à competência “execução de tratamentos e cuidados específicos”

Relativamente ao item 74, a dificuldade com a lidar com a morte interfere com a competência”conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 152.

Quadro 152: Teste do Qui Quadrado ao item 74

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 75 | 72,8 | 51,5 |
| Não | 28 | 27,2 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado=21,447 ; GL = 1; p=0,000

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 74 o grau de discordância foi 27,2 % e o de concordância 72,8 % . Atendendo ao nível de significância 0,000, a hipótese H1 é aceite. A dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”

Relativamente ao item 75, dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência “envolver a família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 153.

Quadro 153: Teste do Qui Quadrado ao item 75

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 81 | 78,6 | 51,5 |
| Não | 22 | 21,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =33,796; GL = 1; p=0,000

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 21,4 % e de concordância de 78,6 %. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,000, o que leva a aceitar H1. A dificuldade lidar com a morte interfere com a competência “envolver a família”

Relativamente ao item 76, a dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência”transmissão da mensagem em não verbal”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 154

Quadro 154: Teste do Qui Quadrado ao item 76

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 81 | 78,6 | 51,5 |
| Não | 22 | 21,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =33,796 ; GL = 1; p =0,000

Através da análise do quadro 154 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 76 atingiu os 21,4 % enquanto o grau de concordância 78,6 %. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,000, o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 , hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $< 0,05$ rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 . O nosso item 76, dificuldade em lidar com a morte interfere com a competência”transmissão da mensagem em não verbal, comprovase.

Relativamente ao item 77, a dificuldade lidar com a morte interfere com a competência “coordenação da equipa” , os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 155

Quadro 155: Teste do Qui Quadrado ao item 77

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 59 | 57,3 | 51,5 |
| Não | 44 | 42,7 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =2,184 ; GL = 1; p =0,139

O grau de discordância para este item foi de 42,7 %, enquanto que o grau de concordância atingiu 57,3 %. Perante o nível de significância deste item, $0,139 > 0,05$ aceita-se H_0 , e rejeita-se H_1 . Não se Comprova o item , a dificuldade em lidar com a morte não interfere com a competência “coordenação da equipa”

Relativamente ao item 78 a dificuldade formação deficiente interfere com a competência”partilhar a informação com o doente e família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 156

Quadro 156: Teste do Qui Quadrado ao item 78

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 90 | 87,4 | 51,5 |
| Não | 13 | 12,6 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =57,563; GL = 1; p =0,000

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 156 relativamente ao item 78 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 87,4 % concordou com a afirmação, enquanto 12,6 % não concordou. Com um nível de significância de 0,000, aceita-se a hipótese H1. A dificuldade formação deficiente interfere com a competência”partilhar a informação com o doente e família”.

Relativamente ao item 79, a dificuldade formação deficiente interfere com a competência”saber escutar”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 157.

Quadro 157: Teste do Qui Quadrado ao item 79

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 73 | 70,9 | 51,5 |
| Não | 30 | 29,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =17,951; GL = 1; p =0,000

No item 79 do questionário o grau de discordância atingiu os 29,1 % enquanto o grau de concordância foi de 70,9 %. O nível de significância foi de 0,000 , <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1 . Comprovou - se a existência da dificuldade formação deficiente relativamente à competência “saber escutar”

Relativamente ao item 80, a dificuldade formação deficiente interfere com a competência”permitir expressão de emoções fortes”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 158.

Quadro 158: Teste do Qui Quadrado ao item 80

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 60 | 58,3 | 51,5 |
| Não | 43 | 41,7 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado=2,806 ; GL = 1; p=0,094

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 80 o grau de discordância foi 41,7 % e o de concordância 58,3 % . Atendendo ao nível de significância 0,094 a hipótese H1 não é aceite. A dificuldade formação deficiente não interfere com a competência “permitir expressão de emoções fortes”

Relativamente ao item 81, dificuldade formação deficiente interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 159.

Quadro 159: Teste do Qui Quadrado ao item 81

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 80 | 77,7 | 51,5 |
| Não | 23 | 22,3 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =31,544; GL = 1; p=0,000

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 22,3 % e de concordância de 77,7 %. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,000, o que leva a aceitar H1. A dificuldade formação deficiente interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente

Relativamente ao item 82, a dificuldade formação deficiente interfere com a competência”assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 160

Quadro 160: Teste do Qui Quadrado ao item 82

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 83 | 80,6 | 51,5 |
| Não | 20 | 19,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =38,534 ; GL = 1; p =0,000

Através da análise do quadro 160 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 82 atingiu os 19,4 % enquanto o grau de concordância 80,6 %. O nível de

significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,000, o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 , hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $< 0,05$ rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 . O nosso item 82, dificuldade formação deficiente interfere com a competência”assegurar a satisfação das necessidades pelo doente e família”, comprova-se.

Relativamente ao item 83 a dificuldade formação deficiente interfere com a competência “controle de sintomas” , os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 161

Quadro 161: Teste do Qui Quadrado ao item 83

| Categories | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 76 | 73,8 | 51,5 |
| Não | 27 | 26,2 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =23,311 ; GL = 1; p =0,000

O grau de discordância para este item foi de 26,2 %, enquanto que o grau de concordância atingiu 73,8 %. Perante o nível de significância deste item, 0,000, $< 0,05$ rejeita-se H_0 , e aceita-se H_1 . Comprova se o item , a dificuldade formação deficiente interfere com a competência “controle de sintomas”

Relativamente ao item 84 a dificuldade formação deficiente interfere com a competência”execução de tratamentos e cuidados específicos”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 162

Quadro 162: Teste do Qui Quadrado ao item 84

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 48 | 46,6 | 51,5 |
| Não | 55 | 53,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,476; GL = 1; p =0,490

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 162 relativamente ao item 84 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 53,4 % não concordou com a afirmação, enquanto 46,6 % concordou. Com um nível de significância de 0,490 rejeita-se a hipótese H1. A dificuldade formação deficiente não interfere com a competência” execução de tratamentos e cuidados específicos”.

Relativamente ao item 85, a dificuldade formação deficiente interfere com a competência”conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 163.

Quadro 163: Teste do Qui Quadrado ao item 85

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 66 | 64,1 | 51,5 |
| Não | 37 | 35,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =8,165; GL = 1; p =0,004

No item 85 do questionário o grau de discordância atingiu os 35,9 % enquanto o grau de concordância foi de 64,1 %. O nível de significância foi de 0,004 , <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1 . Comprovou - se a existência da dificuldade formação deficiente relativamente à competência “conhecimento dos aspectos da relação ”

Relativamente ao item 86, a dificuldade formação deficiente interfere com a competência”envolver a família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 164.

Quadro 164: Teste do Qui Quadrado ao item 86

| Categories | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 83 | 80,6 | 51,5 |
| Não | 20 | 19,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado=38,534 ; GL = 1; p=0,000

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 86, o grau de discordância foi 19,4 % e o de concordância 80,6 % . Atendendo ao nível de significância 0,000, a hipótese H1 é aceite. A dificuldade formação deficiente interfere com a competência”envolver a família”

Relativamente ao item 87, dificuldade formação deficiente interfere com a competência “transmissão da mensagem em não verbal”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 165

Quadro 165: Teste do Qui Quadrado ao item 87

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 73 | 70,9 | 51,5 |
| Não | 30 | 29,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =17,951; GL = 1; p=0,000

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 29,1 % e de concordância de 70,9 %. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,000, o que leva a aceitar H1. A dificuldade formação deficiente interfere com a competência “transmissão da mensagem em não verbal”

Relativamente ao item 88 a dificuldade formação deficiente interfere com a competência “coordenação da equipa”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 166

Quadro 166: Teste do Qui Quadrado ao item 88

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 66 | 64,1 | 51,5 |
| Não | 37 | 35,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =8,165; GL = 1; p =0,004

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 166 relativamente ao item 88 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 64,1 % concordou com a afirmação, enquanto 35,9 % não concordou. Com um nível de significância de 0,004 aceita-

se a hipótese H1. A dificuldade formação deficiente interfere com a competência” coordenação da equipa”.

Relativamente ao item 89, a não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência”partilhar a informação com o doente e família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 167.

Quadro 167: Teste do Qui Quadrado ao item 89

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 68 | 66,0 | 51,5 |
| Não | 35 | 34,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =10,573; GL = 1; p =0,001

No item 89 do questionário o grau de discordância atingiu os 34 % enquanto o grau de concordância foi de 66 %. O nível de significância foi de 0,001 , <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1 . Comprovou - se a existência da dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos relativamente à competência “partilhar a informação com o doente e família ”

Relativamente ao item 90, a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência”saber escutar”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 168.

Quadro 168: Teste do Qui Quadrado ao item 90

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 62 | 60,2 | 51,5 |
| Não | 41 | 39,8 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado=4,282 ; GL = 1; p=0,039

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 90, o grau de discordância foi 39,8 % e o de concordância 60,2 % . Atendendo ao nível de significância 0,039 , a hipótese H1 é aceite. A dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência “saber escutar”

Relativamente ao item 91, a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência “permitir a expressão de emoções fortes”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 169.

Quadro 169: Teste do Qui Quadrado ao item 91

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 55 | 53,4 | 51,5 |
| Não | 48 | 46,6 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,476 GL = 1; p=0,490

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 46,6 % e de concordância de 53,4 % . Relativamente ao nível de significância, este é de 0,490,

o que leva a rejeitar H1. A dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos não interfere com a competência “permitir a expressão de emoções fortes”

Relativamente ao item 92 a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência”trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 170.

Quadro 170: Teste do Qui Quadrado ao item 92

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 65 | 63,1 | 51,5 |
| Não | 38 | 36,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =7,078 ; GL = 1; p =0,008

Através da análise do quadro 170 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 92 atingiu os 36,9 % enquanto o grau de concordância 63,1 %. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,008 , o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 ,hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $< 0,05$ rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 . O nosso item 92, dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência”trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”, comprova-se.

Relativamente ao item 93 a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família” , os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 171

Quadro 171: Teste do Qui Quadrado ao item 93

| Categories | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 66 | 64,1 | 51,5 |
| Não | 37 | 35,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =8,165 ; GL = 1; p =0,004

O grau de discordância para este item foi de 35,9 %, enquanto que o grau de concordância atingiu 64,1 %. Perante o nível de significância deste item, 0,004, < 0,05 rejeita-se H0, e aceita-se H1. Comprova se o item , a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”

Relativamente ao item 94 a dificuldade não existência de cuidados paliativos interfere com a competência”controle de sintomas”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 172

Quadro 172: Teste do Qui Quadrado ao item 94

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 80 | 77,7 | 51,5 |
| Não | 23 | 22,3 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =31,544; GL = 1; p =0,000

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 172 relativamente ao item 94 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 77,7 % concordou com a afirmação, enquanto 22,3 % não concordou. Com um nível de significância de 0,000 aceita-se a hipótese H1. A dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência” controle de sintomas”.

Relativamente ao item 95, a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência”execução de tratamentos e cuidados específicos”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 173.

Quadro 173: Teste do Qui Quadrado ao item 95

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 58 | 56,3 | 51,5 |
| Não | 45 | 43,7 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =1,641; GL = 1; p =0,200

No item 95 do questionário o grau de discordância atingiu os 43,7 % enquanto o grau de concordância foi de 56,3 %. O nível de significância foi de 0,200 , >0,05, aceitou-se H0 e rejeitou-se H1. Não se Comprovou a existência da dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos relativamente à competência “execução de tratamentos e cuidados específicos

Relativamente ao item 96, a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência”conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação ”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 174.

Quadro 174: Teste do Qui Quadrado ao item 96

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 65 | 63,1 | 51,5 |
| Não | 38 | 36,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado=7,078 ; GL = 1; p=0,008

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 96, o grau de discordância foi 36,9 % e o de concordância 63,1% . Atendendo ao nível de significância 0,008 a hipótese H1 é aceite. A dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência”conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”

Relativamente ao item 97, a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência “envolver a família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 175.

Quadro 175: Teste do Qui Quadrado ao item 97

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 66 | 64,1 | 51,5 |
| Não | 37 | 35,9 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =8,165; GL = 1; p=0,004

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 35,9 % e de concordância de 64,1 %. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,004 , o que leva a aceitar H1. A dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência “envolver a família”

Relativamente ao item 98 a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência”transmissão da mensagem em não verbal”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 176.

Quadro 176: Teste do Qui Quadrado ao item 98

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 61 | 59,2 | 51,5 |
| Não | 42 | 40,8 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =3,505 ; GL = 1; p =0,061

Através da análise do quadro 176 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 98 atingiu os 40,8 % enquanto o grau de concordância 59,2 %. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,061 , o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 , hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $> 0,05$ aceita-se H_0 e rejeita-se H_1 . O nosso item 98, dificuldade de não existência de equipa de cuidados paliativos não interfere com a competência”transmissão da mensagem em não verbal”,

Relativamente ao item 99 a dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos interfere com a competência “coordenação da equipa” , os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 177

Quadro 177: Teste do Qui Quadrado ao item 99

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 68 | 66,0 | 51,5 |
| Não | 35 | 34,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =10,573; GL = 1; p =0,001

O grau de discordância para este item foi de 34 %, enquanto que o grau de concordância atingiu 66 %. Perante o nível de significância deste item, 0,001, $< 0,05$ rejeita-se H_0 , e aceita-se H_1 . Comprova –se o item , a dificuldade não existência de

equipa de cuidados paliativos interfere com a competência “coordenação da equipa”.

Relativamente ao item 100 a dificuldade falta de informação da família interfere com a competência”partilhar a informação com o doente e família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 178

Quadro 178: Teste do Qui Quadrado ao item 100

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 81 | 78,6 | 51,5 |
| Não | 22 | 21,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =33,796; GL = 1; p =0,000

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 178 relativamente ao item 100 constatou-se que a maioria dos inquiridos, 78,6 % concordou com a afirmação, enquanto 21,4 % não concordou. Com um nível de significância de 0,000, aceita-se a hipótese H1. A dificuldade falta de informação da família interfere com a competência” partilhar a informação com o doente e família”.

Relativamente ao item 101, a dificuldade falta de informação da família interfere com a competência”saber escutar”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 179

Quadro 179: Teste do Qui Quadrado ao item 101

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 56 | 54,4 | 51,5 |
| Não | 47 | 45,6 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,786; GL = 1; p =0,375

No item 101 do questionário o grau de discordância atingiu os 45,6 % enquanto o grau de concordância foi de 54,4 %. O nível de significância foi de 0,375 , >0,05, aceitou H0 e rejeitou H1 . Não se Comprovou a existência da dificuldade falta de informação da família relativamente à competência “saber escutar”

Relativamente ao item 102, a dificuldade falta de informação da família interfere com a competência”permitir expressão de emoções fortes”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 180.

Quadro 180: Teste do Qui Quadrado ao item 102

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 57 | 55,3 | 51,5 |
| Não | 46 | 44,7 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado=1,175; GL = 1; p=0,278

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 102, o grau de discordância foi 44,7 % e o de concordância 55,3 % . Atendendo ao nível de

significância 0,278 a hipótese H1 não é aceita. A dificuldade falta de informação da família não interfere com a competência”permitir expressão de emoções fortes”

Relativamente ao item 103, a dificuldade falta de informação da família interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 181.

Quadro 181: Teste do Qui Quadrado ao item 103

| Categories | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 69 | 67,0 | 51,5 |
| Não | 34 | 33,0 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =11,893; GL = 1; p=0,001

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 33 % e de concordância de 67 %. Relativamente ao nível de significância, este é de 0,001 o que leva a aceitar H1. A dificuldade falta de informação da família interfere com a competência “trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente”

Relativamente ao item 104 a dificuldade falta de informação da família interfere com a competência”assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 182.

Quadro 182: Teste do Qui Quadrado ao item 104

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 62 | 60,2 | 51,5 |
| Não | 41 | 39,8 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =4,282 ; GL = 1; p =0,039

Através da análise do quadro 182 foi possível verificar que o grau de discordância para o item 104 atingiu os 39,8 % enquanto o grau de concordância 60,2 %. O nível de significância do teste do Qui quadrado neste item foi de 0,039, o que segundo a regra de decisão , se o nível de significância for > 0.05 ,aceita-se H_0 , hipótese nula, rejeitando H_1 , hipótese de investigação. Sendo o nosso nível de significância $< 0,05$ rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 . O nosso item 104, dificuldade de falta de informação da família interfere com a competência “assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família ”, comprova-se.

Relativamente ao item 105 a dificuldade de falta de informação da família interfere com a competência “controle de sintomas” , os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 183

Quadro 183 Teste do Qui Quadrado ao item 105

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 72 | 69,9 | 51,5 |
| Não | 31 | 30,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =16,320 ; GL = 1; p =0,000

O grau de discordância para este item foi de 30,1 %, enquanto que o grau de concordância atingiu 69,9 %. Perante o nível de significância deste item, 0,000, <0,05 rejeita-se H0, e aceita-se H1. Comprova –se o item , a dificuldade de falta de informação da família interfere com a competência “controle de sintomas”.

Relativamente ao item 106 a dificuldade falta de informação da família interfere com a competência”execução de tratamentos e cuidados específicos”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 184

Quadro 184: Teste do Qui Quadrado ao item 106

| Categorias | Frequências Observadas | Porcentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 52 | 50,5 | 51,5 |
| Não | 51 | 49,5 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =0,010; GL = 1; p =0,922

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 184 relativamente ao item 106 constatou-se que a maioria dos inquiridos,50,5 % concordou com a afirmação, enquanto 49,5 % não concordou. Com um nível de significância de 0,922, rejeita-se a hipótese H1. A dificuldade falta de informação da família não interfere com a competência” execução de tratamentos e cuidados específicos”.

Relativamente ao item 107, a dificuldade falta de informação da família interfere com a competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 185.

Quadro 185: Teste do Qui Quadrado ao item 107

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 71 | 68,9 | 51,5 |
| Não | 32 | 31,1 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =14,767; GL = 1; p =0,000

No item 107 do questionário o grau de discordância atingiu os 31,1 % enquanto o grau de concordância foi de 68,9 %. O nível de significância foi de 0,000 , <0,05, rejeitou H0 e aceitou H1 . Comprovou - se a existência da dificuldade falta de informação da família relativamente à competência “conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação”

Relativamente ao item 108, a dificuldade falta de informação da família interfere com a competência “envolver a família”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 186.

Quadro 186: Teste do Qui Quadrado ao item 108

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 81 | 78,6 | 51,5 |
| Não | 22 | 21,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado=33,796 ; GL = 1; p=0,000

Através da análise do quadro, pode-se constatar que relativamente ao item 108, o grau de discordância foi 21,4 % e o de concordância 78,6 % . Atendendo ao nível de significância 0,000 a hipótese H1 foi aceite. A dificuldade falta de informação da família interfere com a competência “envolver a família”

Relativamente ao item 109, a dificuldade falta de informação da família interfere com a competência “transmissão da mensagem em não verbal”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 187.

Quadro 187: Teste do Qui Quadrado ao item 109

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 63 | 61,2 | 51,5 |
| Não | 40 | 38,8 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =5,136; GL = 1; p=0,023

Segundo a análise do quadro verificou-se um grau de discordância de 38,8 % e de concordância de 61,2 % . Relativamente ao nível de significância, este é de 0,023 o que leva a aceitar a hipótese H1. A dificuldade falta de informação da família interfere com a competência “transmissão da mensagem em não verbal”.

Relativamente ao item 110 a dificuldade de falta de informação da família interfere com a competência “coordenação da equipa”, os resultados obtidos com o teste do Qui Quadrado são apresentados no quadro 188

Quadro 188: Teste do Qui Quadrado ao item 110

| Categorias | Frequências Observadas | Percentagem | Frequências esperadas |
|--------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Sim | 61 | 59,2 | 51,5 |
| Não | 42 | 40,4 | 51,5 |
| Total | 103 | 100 | |

Qui-Quadrado =3,505 ; GL = 1; p =0,061

O grau de discordância para este item foi de 40,4 %, enquanto que o grau de concordância atingiu 59,2 %. Perante o nível de significância deste item, 0,061, > 0,05 aceita-se H0, e rejeita-se H1. Não se Comprova o item , a dificuldade de falta de informação da família interfere com a competência “coordenação da equipa”.

Relativamente ao sentimento medo a interferir com as várias competências, os resultados obtidos com o teste binomial são apresentados no quadro 189

Quadro 189: Teste Binomial – Sentimento medo/ competências

| | | Categoria | N | Proporções observadas | Teste de Proporção | Nível de significância |
|--------|---------|-----------|-----|-----------------------|--------------------|------------------------|
| Medo A | Grupo 1 | Sim | 50 | ,49 | ,50 | ,844(a) |
| | Grupo2 | Não | 53 | ,51 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Medo B | Grupo 1 | Sim | 45 | ,44 | ,50 | ,237(a) |
| | Grupo 2 | Não | 58 | ,56 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Medo C | Grupo 1 | Sim | 64 | ,62 | ,50 | ,018(a) |
| | Grupo 2 | Não | 39 | ,38 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Medo D | Grupo 1 | Sim | 54 | ,52 | ,50 | ,694(a) |
| | Grupo 2 | Não | 49 | ,48 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Medo E | Grupo 1 | Sim | 55 | ,53 | ,50 | ,555(a) |
| | Grupo 2 | Não | 48 | ,47 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Medo F | Grupo1 | Sim | 50 | ,49 | ,50 | ,844(a) |
| | Grupo2 | Não | 53 | ,51 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Medo G | Grupo 1 | Sim | 32 | ,31 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 71 | ,69 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Medo H | Grupo 1 | Sim | 59 | ,57 | ,50 | ,167(a) |
| | Grupo2 | Não | 44 | ,43 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Medo I | Grupo1 | Sim | 64 | ,62 | ,50 | ,018(a) |
| | Grupo2 | Não | 39 | ,38 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Medo J | Grupo1 | Sim | 59 | ,57 | ,50 | ,167(a) |
| | Grupo 2 | Não | 44 | ,43 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Medo K | Grupo1 | Sim | 36 | ,35 | ,50 | ,003(a) |
| | Grupo2 | Não | 67 | ,65 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |

Através da análise do quadro foi possível verificar que relativamente ao sentimento medo a interferir com as várias competências, onde se verificaram maiores diferenças foi nas competências G e K, cujos níveis de significância são $< 0,05$, que

segundo a regra de decisão leva a rejeitar H0, hipótese nula, e aceitar H1, hipótese de investigação.

Relativamente ao sentimento frustração a interferir com as várias competências, os resultados obtidos com o teste binomial são apresentados no quadro 190

Quadro 190: Teste Binomial – Sentimento frustração / competências

| | | Categoria | N | Proporções observadas | Teste de proporção | Nível de Significância |
|-----------|---------|-----------|-----|-----------------------|--------------------|------------------------|
| Frustra A | Grupo 1 | Sim | 59 | ,57 | ,50 | ,167(a) |
| | Grupo2 | Não | 44 | ,43 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Frustra B | Grupo 1 | Sim | 61 | ,59 | ,50 | ,076(a) |
| | Grupo 2 | Não | 42 | ,41 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Frustra C | Grupo 1 | Sim | 66 | ,64 | ,50 | ,006(a) |
| | Grupo 2 | Não | 37 | ,36 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Frustra D | Grupo1 | Sim | 72 | ,70 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 31 | ,30 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Frustra E | Grupo 1 | Sim | 69 | ,67 | ,50 | ,001(a) |
| | Grupo2 | Não | 34 | ,33 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Frustra F | Grupo 1 | Sim | 39 | ,38 | ,50 | ,018(a) |
| | Grupo 2 | Não | 64 | ,62 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Frustra G | Grupo 1 | Sim | 35 | ,34 | ,50 | ,001(a) |
| | Grupo2 | Não | 68 | ,66 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Frustra H | Grupo 1 | Sim | 67 | ,65 | ,50 | ,003(a) |
| | Grupo2 | Não | 36 | ,35 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Frustra I | Grupo1 | Sim | 64 | ,62 | ,50 | ,018(a) |
| | Grupo2 | Não | 39 | ,38 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Frustra J | Grupo1 | Sim | 61 | ,59 | ,50 | ,076(a) |
| | Grupo2 | Não | 42 | ,41 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Frustra K | Grupo1 | Sim | 52 | ,50 | ,50 | 1,000(a) |
| | Grupo2 | Não | 51 | ,50 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |

Relativamente ao sentimento frustração a interferir com as várias competências verificou-se maiores diferenças com as competências D, E, G, H, cujos níveis de significância são $< 0,05$, aceitando-se H1.

Relativamente ao sentimento revolta a interferir com as várias competências, os resultados obtidos com o teste binomial são apresentados no quadro 191

Quadro 191: Teste Binomial – Sentimento revolta / competências

| | | Categoria | N | Proporções observadas | Teste de proporção | Nível de Significância |
|-----------|---------|-----------|-----|-----------------------|--------------------|------------------------|
| Revolta A | Grupo1 | Sim | 72 | ,70 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 31 | ,30 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Revolta B | Grupo1 | Sim | 72 | ,70 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 31 | ,30 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Revolta C | Grupo 1 | Sim | 76 | ,74 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 27 | ,26 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Revolta D | Grupo 1 | Sim | 77 | ,75 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo2 | Não | 26 | ,25 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Revolta E | Grupo 1 | Sim | 74 | ,72 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo2 | Não | 29 | ,28 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Revolta F | Grupo 1 | Sim | 47 | ,46 | ,50 | ,431(a) |
| | Grupo2 | Não | 56 | ,54 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Revolta G | Grupo 1 | Sim | 34 | ,33 | ,50 | ,001(a) |
| | Grupo 2 | Não | 69 | ,67 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Revolta H | Grupo 1 | Sim | 60 | ,58 | ,50 | ,114(a) |
| | Grupo2 | Não | 43 | ,42 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Revolta I | Grupo 1 | Sim | 69 | ,67 | ,50 | ,001(a) |
| | Grupo 2 | Não | 34 | ,33 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Revolta J | Grupo1 | Sim | 71 | ,69 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 32 | ,31 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Revolta K | Grupo 1 | Sim | 58 | ,56 | ,50 | ,237(a) |
| | Grupo 2 | Não | 45 | ,44 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |

Da análise do quadro verifica-se que o sentimento revolta interfere com a maioria das competências: A, B, C, D, E, G, I, J, aceitando-se a hipótese de investigação, cujos níveis de significância são $< 0,005$. É aqui que se verificam as maiores diferenças.

Relativamente ao sentimento insegurança a interferir com as várias competências, os resultados obtidos com o teste binomial são apresentados no quadro 192

Quadro 192: Teste Binomial – Sentimento insegurança / competências

| | | Categoria | N | Proporções observadas | Teste de proporção | Nível de Significância |
|---------------|---------|-----------|-----|-----------------------|--------------------|------------------------|
| Insegurança A | Grupo 1 | Sim | 73 | ,71 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo2 | Não | 30 | ,29 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Insegurança B | Grupo 1 | Sim | 72 | ,70 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 31 | ,30 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Insegurança C | Grupo 1 | Sim | 71 | ,69 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 32 | ,31 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Insegurança D | Grupo 1 | Sim | 85 | ,83 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo2 | Não | 18 | ,17 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Insegurança E | Grupo 1 | Sim | 72 | ,70 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo2 | Não | 31 | ,30 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Insegurança F | Grupo 1 | Sim | 63 | ,61 | ,50 | ,030(a) |
| | Grupo2 | Não | 40 | ,39 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Insegurança G | Grupo1 | Sim | 48 | ,47 | ,50 | ,555(a) |
| | Grupo 2 | Não | 55 | ,53 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Insegurança H | Grupo 1 | Sim | 72 | ,70 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 31 | ,30 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Insegurança I | Grupo 1 | Sim | 80 | ,78 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 23 | ,22 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |

| | | | | | | |
|------------------|---------|-----|-----|------|-----|---------|
| Insegurança J | Grupo 1 | Sim | 70 | ,68 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 33 | ,32 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Insegurança K | Grupo1 | Sim | 60 | ,58 | ,50 | ,114(a) |
| | Grupo2 | Não | 43 | ,42 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |

O nível de significância foi $< 0,05$ para as competências: A, B, C, D, E, H, I, J, aceitando-se a hipótese de investigação. Comprovou-se a existência de insegurança relativamente a estas competências

Relativamente ao sentimento impotência a interferir com as várias competências, os resultados obtidos com o teste binomial são apresentados no quadro 193

Quadro 193: Teste Binomial – Sentimento impotência / competências

| | | Categoria | N | Proporções observadas | Teste de proporção | Nível de Significância |
|--------------|---------|-----------|-----|-----------------------|--------------------|------------------------|
| Impotência A | Grupo1 | Sim | 73 | ,71 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 30 | ,29 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Impotência B | Grupo 1 | Não | 38 | ,37 | ,50 | ,010(a) |
| | Grupo2 | Sim | 65 | ,63 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Impotência C | Grupo 1 | Sim | 70 | ,68 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo2 | Não | 33 | ,32 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Impotência D | Grupo 1 | Sim | 75 | ,73 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 28 | ,27 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Impotência E | Grupo 1 | Sim | 74 | ,72 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo2 | Não | 29 | ,28 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Impotência F | Grupo 1 | Sim | 64 | ,62 | ,50 | ,018(a) |
| | Grupo2 | Não | 39 | ,38 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| ImpotênciaG | Grupo1 | Sim | 51 | ,50 | ,50 | 1,000(a) |
| | Grupo2 | Não | 52 | ,50 | | |

| | | | | | | | |
|--------------|---------|-----|--|-----|------|-----|---------|
| | Total | | | 103 | 1,00 | | |
| Impotência H | Grupo1 | Sim | | 71 | ,69 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | | 32 | ,31 | | |
| | Total | | | 103 | 1,00 | | |
| Impotência I | Grupo 1 | Sim | | 80 | ,78 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | | 23 | ,22 | | |
| | Total | | | 103 | 1,00 | | |
| Impotência J | Grupo1 | Sim | | 78 | ,76 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | | 25 | ,24 | | |
| | Total | | | 103 | 1,00 | | |
| Impotência K | Grupo 1 | Sim | | 70 | ,68 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | | 33 | ,32 | | |
| | Total | | | 103 | 1,00 | | |

Através dos resultados fornecidos pelo quadro 193 contactou-se que relativamente ao sentimento impotência , este interfere com a maioria das competências: A, C, D, E, H, I, J, K, dado que o nível de significância destas é $< 0,05$. É nestas que se verificam as maiores diferenças em relação às categorias

Relativamente ao sentimento choque a interferir com as várias competências, os resultados obtidos com o teste binomial são apresentados no quadro 194

Quadro 194: Teste Binomial – Sentimento choque / competências

| | | Categoria | N | Proporções observadas | Teste de proporção | Nível de Significância |
|----------|---------|-----------|-----|-----------------------|--------------------|------------------------|
| Choque A | Grupo 1 | Sim | 61 | ,59 | ,50 | ,076(a) |
| | Grupo 2 | Não | 42 | ,41 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Choque B | Grupo 1 | Sim | 61 | ,59 | ,50 | ,076(a) |
| | Grupo 2 | Não | 42 | ,41 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Choque C | Grupo 1 | Sim | 64 | ,62 | ,50 | ,018(a) |
| | Grupo2 | Não | 39 | ,38 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Choque D | Grupo 1 | 1,00 | 66 | ,64 | ,50 | ,006(a) |
| | Grupo 2 | 2,00 | 37 | ,36 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Choque E | Grupo 1 | Sim | 53 | ,51 | ,50 | ,844(a) |
| | Grupo 2 | Não | 50 | ,49 | | |

| | | | | | | |
|----------|---------|-----|-----|------|-----|---------|
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Choque F | Grupo 1 | Sim | 55 | ,53 | ,50 | ,555(a) |
| | Grupo2 | Não | 48 | ,47 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Choque G | Grupo1 | Sim | 37 | ,36 | ,50 | ,006(a) |
| | Grupo 2 | Não | 66 | ,64 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Choque H | Grupo 1 | Sim | 59 | ,57 | ,50 | ,167(a) |
| | Grupo 2 | Não | 44 | ,43 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Choque I | Grupo 1 | Sim | 66 | ,64 | ,50 | ,006(a) |
| | Grupo2 | Não | 37 | ,36 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Choque J | Grupo 1 | Sim | 62 | ,60 | ,50 | ,048(a) |
| | Grupo 2 | Não | 41 | ,40 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Choque K | Grupo 1 | Sim | 49 | ,48 | ,50 | ,694(a) |
| | Grupo 2 | Não | 54 | ,52 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |

Onde se verificam maiores diferenças é no sentimento choque a interferir com as competências: D, G, I, J. Estas apresentam um nível de significância $< 0,05$, que segundo a regra de decisão leva a aceitar a hipótese de investigação

Relativamente à dificuldade lidar com a morte a interferir com as várias competências, os resultados obtidos com o teste binomial são apresentados no quadro 195

Quadro 195: Teste Binomial – Dificuldade lidar com a morte / competências

| | | Categoria | N | Proporções observadas | Teste de Proporção | Nível de Significância |
|---------|---------|-----------|-----|-----------------------|--------------------|------------------------|
| Lidar A | Grupo 1 | Sim | 83 | ,81 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 20 | ,19 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Lidar B | Grupo 1 | Não | 34 | ,33 | ,50 | ,001(a) |
| | Grupo 2 | Sim | 69 | ,67 | | |

| | | | | | | |
|---------|---------|-----|-----|------|-----|---------|
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Lidar C | Grupo 1 | Sim | 82 | ,80 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 21 | ,20 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Lidar D | Grupo1 | Sim | 82 | ,80 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo2 | Não | 21 | ,20 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Lidar E | Grupo 1 | Sim | 80 | ,78 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 23 | ,22 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Lidar F | Grupo1 | Sim | 54 | ,52 | ,50 | ,694(a) |
| | Grupo 2 | Não | 49 | ,48 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Lidar G | Grupo 1 | Não | 60 | ,58 | ,50 | ,114(a) |
| | Grupo 2 | Sim | 43 | ,42 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Lidar H | Grupo 1 | Sim | 75 | ,73 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 28 | ,27 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Lidar I | Grupo 1 | Sim | 81 | ,79 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 22 | ,21 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Lidar J | Grupo 1 | Sim | 81 | ,79 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 22 | ,21 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Lidar K | Grupo 1 | Sim | 59 | ,57 | ,50 | ,167(a) |
| | Grupo 2 | Não | 44 | ,43 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |

O nível de significância foi $< 0,05$ para a dificuldade lidar com a morte relativamente às competências: A, B, C, D, E, H, I, J, o que levou a aceitar a H1, hipótese de investigação.

Relativamente à dificuldade formação deficiente a interferir com as várias competências, os resultados obtidos com o teste binomial são apresentados no quadro

Quadro 196: Teste Binomial – Dificuldade formação deficiente / competências

| | | Categoria | N | Proporções observadas | Teste de proporção | Nível de Significância |
|------------|---------|-----------|-----|-----------------------|--------------------|------------------------|
| Formação A | Grupo 1 | Sim | 90 | ,87 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 13 | ,13 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Formação B | Grupo 1 | Sim | 73 | ,71 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 30 | ,29 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Formação C | Grupo 1 | Não | 43 | ,42 | ,50 | ,114(a) |
| | Grupo 2 | Sim | 60 | ,58 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Formação D | Grupo 1 | Sim | 80 | ,78 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 23 | ,22 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Formação E | Grupo 1 | Sim | 83 | ,81 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 20 | ,19 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Formação F | Grupo 1 | Sim | 76 | ,74 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 27 | ,26 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Formação G | Grupo 1 | Não | 55 | ,53 | ,50 | ,555(a) |
| | Grupo 2 | Sim | 48 | ,47 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Formação H | Grupo 1 | Sim | 66 | ,64 | ,50 | ,006(a) |
| | Grupo 2 | Não | 37 | ,36 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Formação I | Grupo 1 | Sim | 83 | ,81 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 20 | ,19 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Formação J | Grupo 1 | Sim | 73 | ,71 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 30 | ,29 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Formação K | Grupo 1 | Sim | 66 | ,64 | ,50 | ,006(a) |
| | Grupo 2 | Não | 37 | ,36 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |

Através dos resultados fornecidos pelo quadro contactou-se que a dificuldade formação deficiente interfere com as competências: A,B, D, E, F, H, I, J, K, dado que o nível de significância destas é $< 0,05$, aceitando-se H1 e verificando-se aqui as maiores diferenças.

Relativamente à dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos a interferir com as várias competências, os resultados obtidos com o teste binomial são apresentados no quadro 197

Quadro 197: Teste Binomial – Dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos / competências

| | | Categoria | N | Proporções observadas | Teste de proporção | Nível de Significância |
|----------|---------|-----------|-----|-----------------------|--------------------|------------------------|
| Equipa A | Grupo 1 | Não | 35 | ,34 | ,50 | ,001(a) |
| | Grupo 2 | Sim | 68 | ,66 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Equipa B | Grupo 1 | Sim | 62 | ,60 | ,50 | ,048(a) |
| | Grupo 2 | Não | 41 | ,40 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Equipa C | Grupo 1 | Não | 48 | ,47 | ,50 | ,555(a) |
| | Grupo 2 | Sim | 55 | ,53 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Equipa D | Grupo 1 | Sim | 65 | ,63 | ,50 | ,010(a) |
| | Grupo 2 | Não | 38 | ,37 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Equipa E | Grupo 1 | Sim | 66 | ,64 | ,50 | ,006(a) |
| | Grupo 2 | Não | 37 | ,36 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Equipa F | Grupo 1 | Sim | 80 | ,78 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 23 | ,22 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Equipa G | Grupo1 | Sim | 58 | ,56 | ,50 | ,237(a) |
| | Grupo 2 | Não | 45 | ,44 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Equipa H | Grupo 1 | Não | 38 | ,37 | ,50 | ,010(a) |
| | Grupo 2 | Sim | 65 | ,63 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Equipa I | Grupo 1 | Sim | 66 | ,64 | ,50 | ,006(a) |
| | Grupo 2 | Não | 37 | ,36 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Equipa J | Grupo 1 | Sim | 61 | ,59 | ,50 | ,076(a) |
| | Grupo 2 | Não | 42 | ,41 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Equipa K | Grupo 1 | Sim | 68 | ,66 | ,50 | ,001(a) |
| | Grupo 2 | Não | 35 | ,34 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |

A dificuldade não existência de equipa de cuidados paliativos, interfere com as competências A, B, D, E, F, H, I, K, pois apresentam um nível de significância < 0,05, o que segundo a regra de decisão aceita a hipótese de investigação.

Relativamente à dificuldade falta de informação da família a interferir com as várias competências, os resultados obtidos com o teste binomial são apresentados no quadro

198

Quadro 198: Teste Binomial – Dificuldade falta de informação da família / competências

| | | Categoria | N | Proporções observadas | Teste de proporção | Nível de Significância |
|--------------------|---------|-----------|-----|-----------------------|--------------------|------------------------|
| Falta informação A | Grupo 1 | Sim | 81 | ,79 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 22 | ,21 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Falta informação B | Grupo 1 | Não | 47 | ,46 | ,50 | ,431(a) |
| | Grupo 2 | Sim | 56 | ,54 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Falta informação C | Grupo 1 | Sim | 57 | ,55 | ,50 | ,324(a) |
| | Grupo 2 | Não | 46 | ,45 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Falta informação D | Grupo 1 | Sim | 69 | ,67 | ,50 | ,001(a) |
| | Grupo 2 | Não | 34 | ,33 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Falta informação E | Grupo 1 | Sim | 62 | ,60 | ,50 | ,048(a) |
| | Grupo 2 | Não | 41 | ,40 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Falta informação F | Grupo 1 | Sim | 72 | ,70 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 31 | ,30 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Falta informação G | Grupo 1 | Sim | 52 | ,50 | ,50 | 1,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 51 | ,50 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Falta informação H | Grupo 1 | Sim | 71 | ,69 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 32 | ,31 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Falta informação I | Grupo 1 | Sim | 81 | ,79 | ,50 | ,000(a) |
| | Grupo 2 | Não | 22 | ,21 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |
| Falta informação J | Grupo 1 | Sim | 63 | ,61 | ,50 | ,030(a) |
| | Grupo 2 | Não | 40 | ,39 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|---------|-----|-----|------|-----|---------|
| Falta informação K | Grupo 1 | Sim | 61 | ,59 | ,50 | ,076(a) |
| | Grupo 2 | Não | 42 | ,41 | | |
| | Total | | 103 | 1,00 | | |

Através da análise do quadro foi possível verificar que as maiores diferenças se encontram na dificuldade falta de informação da família a interferir com as competências: A, D, E, F, H, I, J. Os níveis de significância destas são $< 0,05$, o que leva a aceitar H1, hipótese de investigação.

Capitulo 4 – DA COLOCAÇÃO DO PROBLEMA AO PLANO DE INTERVENÇÃO

4.1- Colocação do problema

Do nosso estudo concluímos que os sentimentos influenciam o cuidar, ou seja, os cuidados são afectados pelos sentimentos / dificuldades dos enfermeiros. Sendo estes sentimentos negativos, a qualidade dos cuidados provavelmente diminui.

Este pessimismo dos profissionais em relação ao cancro não seria de facto um grave problema se não tivesse influência sobre os doentes e suas famílias, mas a realidade é o oposto, tal como refere ELKIND (1982:43)

O doente e a família necessitam ser acompanhados, ter orientação e apoio. Há que haver garantia do apoio domiciliário através das equipas multiprofissionais de forma acessível, flexível e habilitada.

4.2- Diagnostico da necessidade de formação

Há necessidade de melhorar os cuidados ao doente oncológico em fase terminal no domicílio. Cabe aos enfermeiros mudar as suas práticas de cuidados. A partir de um pedido de intervenção médica, por exemplo, ou de uma acção programada, a sua acção deve consistir em descobrir as dificuldades com que o utente e família se debatem, o que favorece, ou não, as alterações ao estado de saúde e a procura com o utente e sua família de como obviar as consequências da doença sobre a vida quotidiana e, desta maneira, trabalhar com a família e não para esta. Sabemos que isso implica uma mudança organizacional e sobretudo uma mudança individual, com consequente formação na área, que também podemos concluir pelo estudo haver uma baixa percentagem de enfermeiros com formação em cuidados paliativos, 31,1% e uma grande percentagem referir que a formação deficiente interfere nas competências (A, B, D, E, F, H, I, J, K). Só assim nos tornaremos insubstituíveis junto das famílias que cuidamos pela nossa especificidade de cuidados, melhorando assim a sua qualidade.

Por tudo isto e para que o enfermeiro seja realmente capaz de cuidar e não apenas tratar, é indiscutível que partilhe os seus sentimentos e tome consciência das suas reacções à morte, não apenas à dos outros mas também à sua, para melhor poder ajudar o doente oncológico.

Não nos podemos esquecer que a enfermagem, (tal como diz o decreto lei nº161/96 de 4 de Set:1960) é a profissão que na área da saúde tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente ao longo do ciclo vital. Também diz o referido decreto que devemos como enfermeiros «exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar»

Ao profissional de saúde é pedido agora uma nova atitude. Durante muito tempo a sua função acabava quando se chegava ao ponto de «já não há mais nada a fazer». Agora espera-se mais. Há muito a fazer depois de já não haver mais nada a fazer, porque a morte tem que fazer parte da actuação do profissional de saúde. E que mesmo quando acabou a esperança de cura, continuamos perante um ser humano que é único e que vive estes últimos momentos de forma única e que tem direito a ser tratado de forma digna e individualizada.

Um aspecto capital dos cuidados paliativos é o apoio à família. A família deve ser objecto de uma educação. Ela só poderá colaborar se as situações, problemas, técnicas, atitudes a tomar forem explícitas. É preciso estar acessível à família, prever as crises, prevenir. Na fase final da doença deve-se gastar pelo menos tanto tempo com a família como com o doente. E quando a morte é eminente é preciso manter os

princípios gerais de não abandonar, simplificar a medicação, envolver mais a família e continuar a tratar a dor mesmo que o doente não se queixe muito.

O nosso estudo demonstra que uma percentagem de 68,9% de Enfermeiros não tem formação em cuidados paliativos, o que no nosso entender é essencial para a prática diária na prestação de cuidados a estes doentes. O período de agonia apresenta especificidades que exigem a supervisão e orientação de uma equipa habilitada para tal, não dispensando nunca a participação dos familiares. Sem essa orientação e apoio, será muito difícil controlar os sintomas e minimizar o sofrimento do doente, e por outro lado evitar a hospitalização inadequada.

A grande importância da formação, do treino na área, reside no facto de capacitar os profissionais a proporcionar linhas de orientação claras, explorar os temores que os cuidadores nem sempre expressam e colocando-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida, controlar os sintomas, aliviar a dor, atender ao desinteresse pelos nutrientes, conflitos mal resolvidos também podem nalguns casos dificultar o processo de agonia e daí a necessidade de facilitar a comunicação nas fases precedentes. O sentimento de perda é mais claro e a ansiedade dos familiares aumenta, acompanhada normalmente de medo, incertezas e por vezes, sensação de impotência. Alguns destes sentimentos também fizeram parte do nosso estudo relativamente aos enfermeiros e foram confirmados como intervindo no cuidar. Daí que julgamos ser necessário mais uma vez salientar a importância da preparação desta equipa recebendo formação para tal, para que esta funcione como um recurso de que os familiares dispõem para se poderem sentir orientados, não impotentes ou abandonados, sabendo interpretar as necessidades do seu familiar e adoptar as

medidas correctas. É muito importante reforçar a actuação dos cuidadores, reconhecendo quando prestam bons cuidados.

4.3 Plano de intervenção

A resposta à complexa problemática dos doentes terminais com sofrimento e angustia é a implementação dos cuidados paliativos. A doença oncológica surge como um factor de desequilíbrio na vida familiar e afectiva do indivíduo. O cancro arrasta imagens de sofrimento, dor e separação. As necessidades psicológicas destes doentes são de tal importância, que se não se lhes dá a devida importância nem sequer é possível controlar a dor e os seus sintomas. Para dar resposta a esta situação dever-se-ia:

- Incluir na equipa um psicólogo, ou pessoas preparadas, capazes de orientar todos aqueles que no dia a dia se confrontam com dramas humanos e pessoas em crise.
- Fomentar reuniões em que os enfermeiros possam falar dos problemas e do que os perturba, tendo a presença do psicólogo para reflectirem nos problemas do quotidiano, estratégias a introduzir, partilhar dúvidas e analisar os problemas sobre novas perspectivas.
- Há aspectos práticos especialmente significantes: a cortesia no trato, sem formalismos, mas com expressão simples de respeito; o sentar, que significa: “ eu tenho tempo, estou disposto a ficar o tempo que for necessário”. O contacto ocular é uma forma de que o doente se aperceba que queremos efectivamente vê-lo e ouvi-lo.

Visitas regulares com exame objectivo, de forma a que com medidas simples se acerte a terapêutica, o que é ainda aceitável; tocar o doente é, por vezes uma forma especialmente eficaz de o confortar. Aqui reside a verdadeira essência da enfermagem. Não só a enfermagem como ciência mas a enfermagem como arte.

- Dos deveres e direitos do enfermeiro no cumprimento do código deontológico, dos direitos à vida e à qualidade de vida (Artigo82º)- o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- . Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias.

- . Respeitar a integridade bio - psico - social, cultural e espiritual da pessoa.

- . Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida.

- . Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.

Se tivermos presentes estes empenhamentos deontológicos, tendo em conta que a vida humana é considerada como um valor máximo, não em abstracto, mas concretizado numa existência pessoal, concreta e que a vida acontece em alguém que está vivo e é pessoa, pensamos que isto será uma forma de melhorar a qualidade de vida destes doentes e ao mesmo tempo ajuda a minimizar os sentimentos encontrados nos enfermeiros ao prestar cuidados a estes utentes.

O que parece fundamental é garantir a existência de equipas multiprofissionais que garantam o apoio domiciliário, de forma acessível e flexível . O doente e a família

devem dispor sempre da lista de contactos da equipa responsável pelos cuidados. A maioria das situações terminais pode ser acompanhada em casa. As equipas de apoio domiciliário deverão, numa fase inicial, ser constituídas por um médico, 2 enfermeiros e 1 assistente social, todos devidamente treinados na área dos cuidados paliativos. Posteriormente, e em função da disponibilidade dos recursos deverão juntar-se o psicólogo, o assistente espiritual e outros profissionais necessários.

Todas as acções de enfermagem são uma questão ética e moral que merece reflexão. A ética em enfermagem reflecte essencialmente o que devemos ser como enfermeiros. Os enfermeiros devem fazer o que está correcto quando confrontados com complexidades.

“Fazer o que está correcto significa ética” Greenlaw (1980) CIT Atkinson e Murray (1989).

Tal como referimos na introdução, sendo os Cuidados Primários apontados como a sede mais adequada para a prestação deste tipo de cuidados de saúde, e atendendo às conclusões do estudo propomos como plano de intervenção a criação de um projecto de cuidados paliativos no domicílio e respectiva criação da equipa multidisciplinar no Centro de Saúde de Aljustrel, com a adequada Formação nesta área, uma vez que não possui, estendendo o plano posteriormente aos restantes centros de saúde que também não possuem.

Para que o serviço domiciliário, funcione em pleno, é inevitável a articulação entre as várias estruturas, das quais resulte a equipa multidisciplinar, tais como: serviços de saúde, assistência social, autarquias, estruturas religiosas e outras estruturas locais,

visando a globalidade de uma acção, de modo a tornar possível uma melhor qualidade de vida ao doente terminal e sua família.

5- CONCLUSÃO

Eram objectivos ao realizar este estudo identificar os sentimentos expressados pelos enfermeiros do Centro de Saúde de Aljustrel quando prestam cuidados ao doente oncológico em fase terminal no domicílio; analisar as vivências dos mesmos face à doença oncológica e relacionar os sentimentos com o cuidar relativamente a todos os Enfermeiros da Sub- Região Saúde de Beja.

Pensamos que as reflexões ao longo do estudo e a análise dos dados recolhidos, quer através das entrevistas, quer através dos questionários, mais concretamente as conclusões a que se chegou permitiram atingir os objectivos propostos.

No entanto, este estudo é apenas o começo de um processo na compreensão de fenómenos tão multifacetados como são os sentimentos dos enfermeiros face à doença oncológica.

Em seguida são descritas as principais conclusões nesta pesquisa. A colheita de dados efectuada permitiu analisar as vivências dos enfermeiros ao cuidar do indivíduo do foro oncológico em fase terminal no domicílio. Verificámos na

primeira fase, através das entrevistas exploratórias, que os Enfermeiros referem sentimentos e paralelamente dificuldades. Os sentimentos referidos incluem: impotência, insegurança, medo, frustração, choque e revolta.

As dificuldades referidas envolvem o prestador de cuidados; o utente/família e a instituição.

Relativamente ao prestador de cuidados identificámos: dificuldade em lidar com a morte; formação deficiente; dificuldade em lidar com o meio envolvente.

Relativamente ao utente/família identificámos dificuldade de aceitação da morte e falta de informação.

Relativamente à instituição identificámos a constituição da equipa de saúde.

Podemos também concluir pela análise estatística dos inquéritos que os resultados do estudo confirmaram a nossa hipótese. Com a realização do teste do Qui Quadrado a hipótese de investigação H1: os sentimentos / dificuldades influenciam o cuidar foi aceite. Todos os sentimentos / dificuldades interferem com as competências .

Como competências temos: A- partilhar a informação com o utente e a família(esclarecer dúvidas, ensinamentos); B- saber escutar(compreensão e apoio); C- permitir expressão de emoções fortes; D- trazer à superfície sentimentos e preocupações do paciente(incentivar o diálogo); E- assegurar a satisfação das necessidades manifestadas pelo doente e família(sociais, espirituais e psicológicas); F- controle de sintomas (dor, vômitos, dificuldade respiratória), G- execução de tratamentos e cuidados específicos (úlceras de pressão, injectáveis); H- conhecimento dos aspectos da relação interpessoal que ajudam a enfrentar esta situação(empatia, congruência,

respeito); I- envolver a família(comunicação afectuosa e lidar com as crises); J- transmissão da mensagem não verbal(gesto, olhar, escutar o silêncio); K- coordenação da equipa(comunicação aberta entre os seus membros) .

O sentimento medo interfere com as competências: C, G, K; o sentimento frustração interfere com as competências: C, D, E, G, H; o sentimento revolta : A, B, C, D, E, G, I, J; o sentimento insegurança: A, B, C, D, E, F, H, J; o sentimento impotência: A, B, C, D, E, F, H, I, J, K; o sentimento choque: B, D, G, I, J; a dificuldade lidar com a morte: A, B, C, D, E, H, I, J; a formação deficiente: A, B, D, E, F, H, I, J, K; a não existência de equipa de cuidados paliativos: A, B, D, E, F, H, I, K; a falta de informação da família: A, D, E, F, H, I, J.

Também podemos concluir que há uma baixa percentagem de enfermeiros com formação em cuidados paliativos, 31,1%. . 68,9% não tem formação em cuidados paliativos. A média relativamente à formação em cuidados paliativos foi de 1,68 e a mediana e moda 2,00.

Quanto à experiência profissional a maior percentagem situa-se nos > 20 anos, 29,1% e a menor percentagem nos < 5 anos,12,6%. A média foi de 3,28, a mediana 3,00 e a moda 5,00

Não se conhecem em Portugal estudos nesta área para definir os cuidados, competências do enfermeiro. Julgámos pertinentes os estudos que procuram pesquisar as relações entre cuidar e tratar, enquanto orientações em enfermagem. Este estudo é apenas o começo de um processo na compreensão de fenómenos tão multifacetados como são os sentimentos dos enfermeiros face à doença oncológica.

Essencialmente baseámo-nos nas práticas de apoio aos doentes em situação avançada e progressiva, mais essencialmente dos aspectos psicológicos da *Introducing palliative care* de Robert Twycross (1999) que tem como objectivo central construir uma ferramenta prática de apoio aos doentes em situação avançada, incurável e progressiva e aos seus familiares. Para além das suas décadas de experiência clínica e de trabalho interdisciplinar, tem também enorme experiência pedagógica a vários níveis. Escreve sobre aquilo que bem conhece e sabe fazer.

Por outro lado, a inexperiência no âmbito da investigação e a escassez de tempo também constituíram limitações do estudo.

.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Adam, E. (1994) *Ser enfermeira*, Lisboa, Instituto Piaget.

Araujo, B. (2002) Relação de ajuda ao doente cardíaco, *Servir*, 50,.56-61.

Bardín, L. (1997) *Análise de Conteúdo*, Edições 70, Lisboa.

Baron, M. G. (1996) *Tratado de Medicina paliativa e tratamento de Suporte en el Enfermo com Cancer*, Madrid, Editora Médica Panamericana.

Barros, M. (1988) Cuidar de um doente Moribundo é antes de mais assistir um doente em vida, *Servir*, 36, 231-240.

Beirao, M. e M. Simao (2000). Relação de Ajuda, *Servir*, 48, 23-24.

Bouchard-Kurtz, R. e N. Speese-Owens (1981) *Nursing care of the cancer patient*, London, the C. V. Mosby Company.

Buffer, (1997) Soufrance des soignants, in *Reveu de l'infirmière, Paris, Croix Rouge Française*, 27, 56-59, 179-180

Cabete, D. G. (2000) *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos*, Loures, Luso Ciência.

Cahoon, M. C. (1982) *Enfermagem oncológica*, Men Martins, Publicações Europa América.

Chalifour, J. (1993) *Enseigner la relation d'aide*, Montreal, Gaetan Morin Éditeur.

Chiavenato, I. (1990) *Introdução à teoria geral de administração*, 2ª edição, Brasil, Editora Mc.Graw-Hill do Brasil.

Costa, J. A. e S. Melo (1994) *Dicionário de língua portuguesa*, Ministério do Emprego e Segurança Social, Direcção Geral da Família, 132

Damas, M. J. e J. M. Ketele (1985) *Observar para avaliar*, Coimbra, livraria Almedina.

Damasio, A. (2001) *O erro de Descartes- Emoção, Razão e Cérebro Humano*, 22ª edição, Publicações Europa América.

Damasio, A. (2000) *O Sentimento de Si- O Corpo, A Emoção e a Neurobiologia da Consciência*, Publicações Europa América.

Dec. Lei nº161/96 de 4 de Set: 1960

Del Pino, C. C. (2003) *Teoria dos sentimentos*, edições sociedade unipessoal.

Dias, A. (1995) Saber escutar: para uma relação de ajuda em U.C.I, *Servir*, 43, nº2 , 89-95.

Fisher, M. (1989) A enfermagem em instituições para doentes terminais, *in Nursing*, 21- 24

Fortin, M. F. (1996) *O Processo de investigação da concepção à realização*, Loures, Lusociência.

Goleman, D. (2000) *Inteligência emocional*, 9ª edição, Lisboa, Actividades Editoriais Lda.

Goleman, D. (2000) *Trabalhar com a inteligência emocional*, 2ª edição, Lisboa, Actividades Editoriais Lda.

Gonçalves, F. R. (2006) *A Auto Observação e Análise da Relação Educativa: Justificação e Prática*, Colecção Cidine nº 18, Porto, Porto Editora.

Henriques, M. F. (1995) O Enfermeiro e a morte, *in servir*, 43, 9-17.

Hennzel, M. (1997) *Diálogo com a morte*, 1ª edição, Lisboa, Editorial Notícias. 173

Judith, B. (1993) *Como Realizar um projecto de investigação*, Lisboa, Gradiva-Publicações Lda.

Karaoz, S. (2005) Turkish nursing Student's perception of caring, *Nurse Education Today*, 25.

Kermode, A. (1985) Attitudes and influence, *Nursing Mirror*, 161, 46.

Kubler- Ross, E. (1991) *Sobre a Morte e o Morrer*, 4ª Edição, Brasil, Livraria Martins fontes Editora Lda.

Kubler- Ross, E.(1995) *Sobre a Morte e o Morrer*, 7ª Edição, S. Paulo, Martins Fontes.

Lange, S. P.(1982) L' espoin, In Carlson, C. E, e Blackwell, *Les comportements humains. Concepts et applications aux soins infirmiers*, Paris, Editions du centurion.

Larson, D. G. (1992) The challenge of caring in oncology nursing. *Oncology Nursing forum*, 19 - 6, 1992, 857-861

Latimer, E. J. (1995) Caring for the dying in canada, in canadian Family Physician, Ed. College of Family Physicians of Canada, Otava, 41, 562 – 566.

Lazure, H. (1987) *Vivre la relation d' aide*, Ville Mont-Royal, Décarie, éditeur inc.

Lebovits, A. H, L. G. Croen e R. Z. Goetzel (1984) Atitudesn Towards Cancer. Development of the cancer attitudes questionnaire, 54, 1124.

Ludke, M. e M. E. Andre (1986) *Pesquisa em Educação: abordagem qualitativa*. São Paulo, E.P.U.

Marguire, P. (1989) O stress provocado pelo contacto com doentes em estado crítico *in Nursing*, 2 – 18, 21 – 24.

Newline, N. J. e D. K. Wellisch (1978) The oncology nurse. Life on a emotional roller coaster, *Cancer Nursing*, 1- 6, 447-449.

Pacheco, F. (1992) A morte a que chegámos, *in Divulgação*, 23, 24 – 28.

Portela, J. L. e I. G. NETO (1999) *Dor e Cuidados Paliativos*, Lisboa, Permanyer Portugal.

Pollit, D. F. e B. Hungler, (1995) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, 3ª edição, Porto Alegre, Artes Médicas.

Queiroz, A. (2004) *Empatia e Respeito*, 2º edição, Ariadne Editora.

Quivy, R. e L. Camprnhoudt (1988) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 2ª edição, Lisboa, Gradiva.

Ribeiro, L. F. (1995) *Cuidar e tratar, Formação em enfermagem e desenvolvimento, Sócio – Moral, Educa Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e autora.*

Rodrigues, C. (2005) *O Stresse em alunos de enfermagem e a sua influencia na relação de ajuda ao doente*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação, Universidade do Algarve -Instituto Politécnico Beja

Rogers, C. (1999) *Tornar-se Pessoa*, 6º edição, Lisboa, Moraes.

Ross, E. (1992) Como é estar a morrer, *Servir*, 118.

Sampaio, F. (1994) *A relação de Ajuda na prática do cuidar na instituição hospitalar: uma abordagem fenomenológica*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa Lisboa.

Santos, F. e C. JESUS (2003) Relação de Ajuda, *Sinais Vitais*, 46, 21-24.

Slepoj, V. (1998) *Compreender os sentimentos*, 1ª edição, editorial presença.

Sontag, S. (1991) *Illness as Metaphon and Aids and its metaphon*, London, Penguin Books.

Stedford, A.(1986) *Encarando a Morte*, Porto Alegre, Editora Artes Médicas do sul. 1

Twycross, R. (2001) *Introducing Palliative Care*,1ª edição, Lisboa, Climepsi Editores

Vala, J. (1986) *Análise de conteúdo*, In: SILVA, A. S. e J. M. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais*, 8ª edição, Lisboa, Editora Apontamentos.

Watson, R., I. Deary, e A. Hoogbruin (2001) Item version of the caring dimensions inventory (CDI-35): multivariate analysis and application to a longitudinal study involving student nurses, *Internacional Journal of Nursing Studies*, 38, 511-521.

Whelan, J. (1984) Oncology nurses attitudes toward cancer treatment and survival, *Cancer Nursing*, 7 - 5, 376.

ANEXOS

Anexo 1- Questionário

Anexo 2- Pedido de autorização para aplicação do questionário

Anexo 3- Autorização do pedido