



**A Experiência de ser Enfermeiro em Cuidados Paliativos**

Beatriz Monteiro Cristiano N°31613

Orientador de Dissertação:

Professor Doutor Victor Amorim Rodrigues

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Professor Doutor Victor Amorim Rodrigues

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia Clínica

2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Victor Amorim Rodrigues, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## **Agradecimentos**

Este ano foi, de facto, um ano de mudança, de transição e abraço de novos desafios. Deste modo, não posso deixar de prestar este agradecimento a todos as pessoas importantes que me ajudaram neste percurso.

Ao meu marido, quero expressar a minha profunda gratidão, pelo apoio incondicional e pela compreensão. A realização desta Dissertação não foi um esforço meu, foi nosso e em prol do nosso futuro.

Ao meu orientador, Professor Doutor Vítor Amorim Rodrigues, agradeço pelo apoio e orientação, por permitir total liberdade na escolha do tema e principalmente, por fazer do nosso Seminário de Dissertação um espaço de partilha e de acolhimento.

Agradeço aos colegas do Seminário de Dissertação pela partilha e entreaajuda.

## Resumo

Este estudo teve como objetivo compreender a experiência vivida pelos enfermeiros em Cuidados Paliativos, e o impacto da exposição ao sofrimento do outro. Adotou-se uma Abordagem Fenomenológica Interpretativa (IPA), sustentada por Smith et al., (2009), tendo sido realizadas dez entrevistas semiestruturadas a enfermeiros a exercer na área dos Cuidados Paliativos. A análise interpretativa permitiu identificar oito constituintes essenciais da experiência: *Vocação e Identidade Profissional; Dimensão Emocional e Regulação do Cuidar; Relação com Doentes e Famílias; Comunicação e Verdade Compassiva; Vivência da Morte e Finitude; Transformação Existencial e Sentido de Vida; Formação, Competência e Desenvolvimento Profissional; e Equipa, Instituições e Estruturas.*

Os resultados revelam que o cuidar em fim de vida é vivido como uma vocação ética e existencial, marcada pela compaixão, pela autenticidade e pela consciência da finitude. O contacto contínuo com o sofrimento e a morte conduz a processos de maturação pessoal e profissional, nos quais aprender a cuidar é também aprender a ser. Apesar da fragilidade institucional e da predominância biomédica, os enfermeiros encontram reconhecimento e sentido no vínculo com doentes e famílias.

Conclui-se que os Cuidados Paliativos constituem um espaço privilegiado de crescimento ético, humano e espiritual, no qual a prática profissional se transforma em experiência de humanidade partilhada, sustentando a dignidade até ao fim da vida.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Enfermagem; Experiência Vivida; Fim de Vida; Fenomenologia Interpretativa.

## **Abstract**

This study aimed to understand the lived experience of nurses in Palliative Care, and the impact of exposure to others suffering. A Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), based on Smith et al., (2009), was adopted. Ten semi-structured interviews were conducted with nurses working in Palliative Care settings. The interpretative analysis identified eight essential constituents of the experience: *Vocation and Professional Identity; Emotional Dimension and Regulation of Care; Relationship with Patients and Families; Communication and Compassionate Truth; Experience of Death and Finitude; Existential Transformation and Sense of Life; Training, Competence and Professional Development; and Team, Institutions and Structures.*

Findings reveal that end-of-life care is lived as an ethical and existential vocation, characterized by compassion, authenticity, and awareness of human finitude. Continuous contact with suffering and death fosters processes of personal and professional maturation, where learning to care also means learning to be. Despite institutional fragility and the persistence of a biomedical paradigm, nurses find recognition and meaning through relationships with patients and families.

It is concluded that Palliative Care represents a privileged context for ethical, human, and spiritual growth, where professional practice becomes an experience of shared humanity that upholds dignity until the end of life.

**Keywords:** Palliative Care; Nursing; Lived Experience; End of Life; Interpretative Phenomenological Analysis.

# Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo 1. Método</b> .....	2
<b>1.1</b> Enquadramento Metodológico: A abordagem Fenomenológica e IPA.....	2
<b>1.2</b> A Análise Fenomenológica Interpretativa (IPA).....	3
<b>1.3</b> Participantes .....	5
<b>1.4</b> Instrumento.....	5
<b>1.5</b> Procedimento.....	6
<b>Capítulo 2. Resultados</b> .....	7
<b>Capítulo 3. Discussão</b> .....	28
<b>Capítulo 4. Limitações e estudos futuros</b> .....	36
<b>Capítulo 5. Conclusão</b> .....	37
<b>Referências</b> .....	39
<b>Anexos</b> .....	46
<b>Anexo A.</b> Guião da entrevista.....	46
<b>Anexo B</b> Termo de Consentimento informado.....	47
<b>Anexo C.</b> Questionário sociodemográfico.....	50
<b>Anexo D.</b> Entrevistas.....	51
<b>Anexo E.</b> Revisão teórica.....	166

## **Introdução**

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, enquadrado no contexto de uma investigação qualitativa, e através de uma leitura fenomenológica à luz do método IPA (Interpretative Phenomenological Analysis), o presente estudo tem como objetivo primordial a descrição e compreensão da experiência de ser enfermeiro em Cuidados Paliativos.

Os Cuidados Paliativos representam atualmente uma área essencial dos sistemas de saúde, orientada não apenas para a gestão clínica da doença, mas sobretudo para a promoção da qualidade de vida de pessoas com doenças graves, progressivas ou em fim de vida, e das suas famílias (World Health Organization, 2002). Mais do que prolongar a vida, os Cuidados Paliativos procuram garantir dignidade, aliviar sofrimento e apoiar processos emocionais e relacionais complexos, constituindo-se como um campo que integra dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do cuidado (Saunders, 2001).

Neste contexto, os enfermeiros assumem um papel particularmente central. São os profissionais que mantêm uma presença contínua junto ao doente e à família, acompanhando os momentos de maior vulnerabilidade. Para além das tarefas técnicas, o seu trabalho envolve dimensões emocionais, éticas e relacionais profundas, exigindo disponibilidade afetiva, capacidade de escuta e gestão do impacto psicológico decorrente do contacto quotidiano com a finitude e o sofrimento humano (Peters et al., 2013). Estudos recentes têm destacado que a experiência de ser enfermeiro em Cuidados Paliativos é marcada por significados múltiplos: o equilíbrio entre proximidade e distância emocional, a confrontação com a morte, a integração entre valores pessoais e profissionais, e a relevância do trabalho em equipa multidisciplinar (Durmuş Sarıkahya et al., 2023; Zheng et al., 2017).

Do ponto de vista da Psicologia Clínica, compreender esta experiência é fundamental, pois permite identificar os recursos internos e externos que os enfermeiros mobilizam, os riscos emocionais a que estão expostos e as estratégias que desenvolvem para manter o equilíbrio psicológico e a qualidade dos cuidados prestados.

Em Portugal, a pertinência desta investigação é reforçada por duas realidades complementares: por um lado, a insuficiência da cobertura de Cuidados Paliativos — ainda

desigual entre regiões e contextos institucionais; por outro, a pressão crescente sobre os profissionais de saúde decorrente do envelhecimento populacional e da prevalência de doenças crónicas (Observatório Português de Cuidados Paliativos, 2024). O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Ministério da Saúde, 2016) já sublinhava a necessidade de reforçar não apenas os recursos humanos, mas também o apoio e a formação contínua destes profissionais e a necessidade de investigação da perspectiva dos cuidadores profissionais.

Assim, investigar a experiência subjetiva de ser enfermeiro em Cuidados Paliativos em Portugal constitui um contributo relevante para a prática clínica, para a formação profissional e para o desenho de políticas de saúde mais sensíveis às necessidades de quem cuida. Esta dissertação insere-se nesse esforço, procurando dar voz aos enfermeiros e compreender, através da análise qualitativa, os significados psicológicos que emergem da sua experiência como enfermeiros em Cuidados Paliativos.

Este estudo é composto por uma parte de explicação da metodologia utilizada, apresentação de resultados e discussão dos mesmos. Em anexo ao mesmo, é apresentada uma revisão teórica bem como todos os elementos considerados pertinentes.

## **Capítulo 1. Método**

### **1.1 Enquadramento Metodológico: A Abordagem Fenomenológica e a Análise Fenomenológica Interpretativa (IPA)**

A presente investigação adota uma abordagem fenomenológica, sustentada na perspectiva de que compreender o fenómeno humano implica aceder ao modo como a experiência é vivida e interpretada pelos próprios sujeitos. A fenomenologia, enquanto tradição filosófica, teve origem na obra de Edmund Husserl, que propôs um “regresso às coisas mesmas” (*zu den Sachen selbst*), isto é, uma atenção rigorosa à experiência tal como se manifesta à consciência, antes de qualquer explicação teórica ou causal. O objetivo consiste em compreender o fenómeno na sua essência vivida — o *como* e o *que* da experiência — suspendendo juízos prévios através do processo de *epoché* ou “colocação entre parênteses” (*bracketing*) (Langdrige, 2007).

Posteriormente, autores como Heidegger e Merleau-Ponty ampliaram esta perspectiva, defendendo que a experiência não pode ser separada do contexto em que ocorre. O ser humano é um *ser-no-mundo*, cuja existência é simultaneamente corporal, relacional e situada. Assim, o conhecimento fenomenológico não é apenas descritivo, mas também interpretativo, uma vez que a consciência e o significado emergem na relação entre o sujeito e o mundo vivido (Larkin et al., 2011; Laverty, 2003).

Na Psicologia Clínica, esta abordagem assume particular relevância ao permitir aceder à subjetividade e aos significados emocionais e existenciais que caracterizam experiências humanas complexas — como o sofrimento, a empatia ou o cuidar em situações de fim de vida. O investigador fenomenológico procura, portanto, compreender como as pessoas vivem, sentem e atribuem sentido à sua realidade, respeitando a singularidade e o contexto das suas narrativas (Langdrige, 2007).

## **1.2 A Análise Fenomenológica Interpretativa (IPA)**

A Análise Fenomenológica Interpretativa (Interpretative Phenomenological Analysis – IPA) surge como uma concretização metodológica contemporânea da fenomenologia dentro da psicologia, proposta inicialmente por Jonathan A. Smith (1996). O seu propósito é explorar em profundidade como os indivíduos dão sentido às suas experiências pessoais (Smith et al., 2009).

A IPA combina três pilares epistemológicos fundamentais — fenomenologia, hermenêutica e idiografia — que, em conjunto, conferem à abordagem uma identidade própria (Brocki & Wearden, 2006; Pietkiewicz & Smith, 2012; Smith, 2004).

Enquanto abordagem fenomenológica, a IPA centra-se na experiência vivida (*lived experience*), procurando compreender os significados subjetivos atribuídos a eventos ou contextos específicos, tal como são relatados pelos participantes. Sendo que o investigador tenta aceder a essa perspectiva “a partir de dentro”, reconhecendo, contudo, que tal acesso é sempre mediado por um processo de interpretação (Pietkiewicz & Smith, 2012; Smith, 2004; Smith & Osborn, 2008; Smith et al., 2009).

Essa dimensão interpretativa confere à IPA um carácter hermenêutico: o investigador procura compreender o modo como o participante interpreta a sua própria experiência, num processo descrito como dupla hermenêutica — o participante tenta compreender o seu mundo

e o investigador tenta compreender o participante a compreender o seu mundo (Smith & Osborn, 2008). A análise envolve, portanto, um diálogo constante entre a empatia e a crítica, alternando entre uma hermenêutica de restauração de significado e uma hermenêutica de suspeita, para captar tanto o sentido explícito como o implícito nas narrativas (Smith, 2004).

Este método é, assim, descritivo porque se preocupa com a forma como as coisas aparecem e deixa que elas falem por si mesmas, e interpretativo porque reconhece que não existe fenómeno não interpretado (Pietkiewicz & Smith, 2012).

A IPA é ainda idiográfica, o que significa que privilegia o estudo aprofundado de casos individuais antes de procurar padrões transversais. A ênfase está na profundidade e singularidade da experiência, e não na representatividade estatística. Este enfoque permite compreender como fenómenos universais se manifestam em biografias particulares, respeitando as especificidades de cada participante (Brocki & Wearden, 2006; Pietkiewicz & Smith, 2012; Smith, 2004; Smith & Osborn, 2008; Smith et al., 2009).

Do ponto de vista metodológico, a IPA utiliza predominantemente entrevistas semiestruturadas como instrumento de recolha de dados, favorecendo uma comunicação aberta e reflexiva entre participante e investigador (Langdrige, 2007; Pietkiewicz & Smith, 2012; Smith, 1996, 2004; Smith & Osborn, 2008; Smith et al., 2009). O processo analítico desenvolve-se de forma indutiva e iterativa, passando por três grandes momentos:

1. **Leitura e imersão** nas transcrições para apreender a totalidade da experiência;
2. **Identificação de temas emergentes**, refletindo significados psicológicos e relacionais;
3. **Agrupamento e integração de temas superordenados e subordinados**, revelando padrões de sentido partilhados entre participantes, sem perder a voz individual de cada um (Pietkiewicz & Smith, 2012; Smith et al., 2009).

Como salientam Larkin et al. (2011), a IPA assenta na conceção do ser humano como um sujeito encarnado, ativo e situado, cuja compreensão de si e do mundo emerge da interação entre corpo, mundo e relações sociais. Assim, a metodologia permite captar a complexidade das experiências humanas em contextos clínicos e existenciais, como, por exemplo, a vivência de ser enfermeiro em Cuidados Paliativos, onde os significados da vida, da morte e do cuidar se entrelaçam de forma profunda.

### **1.3 Participantes**

Este estudo foi realizado com 10 participantes, oito do sexo feminino e dois do sexo masculino, todos eles enfermeiros de Cuidados Paliativos há pelo menos 1 ano. Os participantes deste estudo têm idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos, e o tempo de exercício em Cuidados Paliativos compreende-se entre 1 ano e 17 anos. De acordo com os princípios do método IPA, procurou-se constituir um grupo conceptualmente homogéneo, isto é, composto por profissionais que partilhassem uma experiência central comum — neste caso, a vivência de ser enfermeiro em Cuidados Paliativos —, permitindo, contudo, captar variações individuais na forma como essa experiência é subjetivamente significada (Smith et al., 2009).

### **1.4 Instrumentos**

Para a recolha de dados foram utilizados dois instrumentos distintos.

O primeiro consistiu num questionário sociodemográfico, que consta do Anexo A, com o objetivo de recolher informações básicas que permitissem a caracterização da amostra, nomeadamente dados relativos à idade, género, tempo de exercício profissional e experiência em Cuidados Paliativos. Este instrumento teve uma função descritiva, permitindo contextualizar o perfil dos participantes e facilitar a interpretação dos resultados.

O segundo instrumento foi uma entrevista semiestruturada em profundidade, cujo guião encontra-se em Anexo B, conduzida individualmente, que constitui o principal método de recolha de dados neste estudo. A escolha deste formato fundamenta-se no facto de as entrevistas semiestruturadas serem amplamente reconhecidas como o meio mais adequado e compatível com o método IPA por permitirem aceder à experiência pessoal e aos significados subjetivos atribuídos pelos participantes às suas vivências, conforme referem Smith et al., (2009) e Pietkiewicz e Smith (2012).

De acordo com estes autores, as entrevistas semiestruturadas permitem que investigador e participante se envolvam num diálogo em tempo real, promovendo uma relação comunicativa flexível e colaborativa. Este formato proporciona espaço e liberdade suficientes para que temas inesperados e significativos possam emergir naturalmente durante a conversa, refletindo a natureza exploratória e aberta da abordagem fenomenológica.

Assim, a entrevista semiestruturada, ao permitir flexibilidade, profundidade e respeito pela experiência do outro, revela-se o instrumento mais adequado para aceder aos significados subjetivos que emergem da vivência de ser enfermeiro em Cuidados Paliativos.

### **1.5 Procedimento**

O processo de constituição da amostra foi realizado de forma não probabilística e intencional, com base na disponibilidade e voluntariedade dos participantes. A seleção ocorreu através da divulgação do estudo em redes sociais e grupos profissionais, recorrendo ao compartilhamento do convite à participação, descrito no Anexo C. Este procedimento permitiu um acesso mais amplo e heterogéneo a enfermeiros com experiência em Cuidados Paliativos, assegurando a diversidade de perspetivas necessária à exploração fenomenológica do fenómeno estudado.

As entrevistas foram agendadas de forma gradual, acompanhando a adesão dos voluntários que manifestaram interesse em participar. Tal como preconizado pelos estudos de IPA, o processo de recolha de dados decorreu de modo sequencial e flexível, possibilitando uma reflexão contínua do investigador sobre o material emergente e uma adaptação progressiva das entrevistas às dimensões significativas que iam surgindo (Smith et al., 2009).

Antes do início de cada entrevista, foi apresentado e assinado o Consentimento Informado (Anexo D), onde se explicitaram os objetivos do estudo, o âmbito da entrevista e as garantias de confidencialidade, anonimato e liberdade de desistência. Nesta fase, os participantes preencheram igualmente o Questionário Sociodemográfico referido anteriormente, destinado à caracterização da amostra.

As entrevistas foram realizadas tanto presencialmente como online, através da plataforma *Zoom*, conforme a preferência e conveniência de cada participante. Esta flexibilidade metodológica procurou respeitar o ritmo e as condições individuais de partilha, em consonância com a natureza idiográfica e centrada na pessoa da IPA (Pietkiewicz & Smith, 2012; Smith & Osborn, 2008).

Cada entrevista teve uma duração variável entre 40 e 90 minutos, dependendo da disponibilidade do participante e da riqueza das narrativas produzidas. Durante o processo, o investigador adotou uma postura empática, reflexiva e não diretiva, incentivando a expressão livre e genuína das experiências vividas, enquanto se mantinha uma contínua monitorização do

impacto emocional da conversa, estando atento a sinais de desconforto, evasão, vergonha ou emoção intensa (Pietkiewicz & Smith, 2012).

Durante as entrevistas, e conforme sugerido por Smith et al., (2009) e Pietkiewicz & Smith (2012), foram respeitados os momentos de silêncio, reconhecendo que estes podem ser oportunidades valiosas para a reflexão, possibilitando um aprofundamento das questões discutidas e consciente de que o próprio tema e questões abordadas convidavam o entrevistado a isso mesmo a essa mesma reflexão.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, com autorização expressa dos participantes, e posteriormente transcritas integralmente para análise. Este procedimento visou preservar a autenticidade e a riqueza das narrativas, permitindo ao investigador uma imersão cuidadosa nos relatos e a identificação rigorosa dos temas emergentes que refletem a experiência subjetiva de ser enfermeiro em Cuidados Paliativos.

A recolha de dados foi concluída quando se alcançou um ponto de saturação fenomenológica, isto é, quando as entrevistas adicionais deixaram de introduzir novos significados relevantes para a compreensão do fenómeno em estudo (Pietkiewicz & Smith, 2012; Smith et al., 2009).

## **Capítulo 2. Apresentação dos resultados**

Nesta secção são apresentados os oito constituintes essenciais e os respetivos subtemas que emergiram da análise das entrevistas realizadas. O processo de transcrição procurou preservar com rigor o discurso original dos participantes, de modo a manter a autenticidade, a expressividade e o sentido experiencial das suas narrativas. Os temas identificados representam os eixos centrais da vivência dos enfermeiros em Cuidados Paliativos, revelando significados partilhados e variações individuais que, em conjunto, configuram a essência do fenómeno estudado.

Assim, os oito constituintes essenciais que surgem das entrevistas designam-se: Vocação e Identidade Profissional; Dimensão Emocional e Regulação do Cuidar; Relação com Doentes e Famílias; Comunicação e Verdade Compassiva; Vivência da Morte e Finitude;

Transformação Existencial e Sentido de Vida; Formação, Competência e Desenvolvimento Profissional e Equipa, Instituições e Estruturas.

<b>Constituintes essenciais da experiência – Temas</b>	<b>Subtemas</b>
Vocação e Identidade Profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiência pessoal como gatilho vocacional</li> <li>- Descoberta/confirmação da vocação no contacto clínico</li> <li>- Expressão identitária e propósito de vida</li> </ul>
Dimensão Emocional e Regulação do Cuidar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolvimento emocional</li> <li>- Estratégias de <i>coping</i></li> <li>- Gratificação</li> </ul>
Relação com Doentes e Famílias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença autêntica como cuidado terapêutico</li> <li>- Cumprimento de desejos e pequenos gestos simbólicos</li> <li>- Mediação de conflitos e “<i>advocacy</i>”</li> <li>- Acompanhamento no pós-morte</li> </ul>
Comunicação e Verdade Compassiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação clara, repetida e honesta</li> <li>- Metáforas e linguagem simbólica</li> <li>- Evitar paternalismo, respeitando o ritmo do outro</li> </ul>
Vivência da Morte e Finitude	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Morte como alívio/missão cumprida vs. frustração</li> <li>- Fenómenos inexplicáveis</li> <li>- Rituais de despedida</li> </ul>
Transformação Existencial e Sentido de Vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reavaliação das prioridades</li> <li>- Vivência intensa do presente</li> <li>- Aprendizagens com os doentes</li> <li>- Mudanças identitárias e relacionais</li> </ul>
Formação, Competência e Desenvolvimento Profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação insuficiente</li> <li>- Aprendizagem contínua como necessidade</li> <li>- Saber prático vs. protocolos biomédicos</li> <li>- Competências essenciais</li> </ul>
Equipa, Instituições e Estruturas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalho em equipa e horizontalidade</li> <li>- Reconhecimento do papel do enfermeiro</li> <li>- Escassez de recursos e marginalização</li> </ul>

Desta forma, torna-se pertinente analisar os constituintes essenciais supramencionados, tendo em conta as suas respetivas variações empíricas, que serão completadas através das citações dos dez participantes do presente estudo.

### **Vocação e Identidade Profissional**

A experiência dos enfermeiros em Cuidados Paliativos é atravessada por um sentido de vocação e pertença profissional, vivido como expressão de valores éticos e humanos. Independentemente do percurso individual, todos relatam uma ligação emocional intensa à área, onde o ato de cuidar é percecionado como prolongamento do próprio sentido de vida. A vocação assenta em trajetórias diversas — experiências pessoais de perda, influência de figuras de referência ou até o acaso transformado em propósito — mas converge numa identidade construída pela coerência entre ser e cuidar. O trabalho em Cuidados Paliativos é, assim, mais do que um contexto clínico: é um modo de ser profissional e pessoa, em que a compaixão e o compromisso moral se tornam centrais.

#### Experiência pessoal como gatilho vocacional

Vários participantes associam o início da carreira a **experiências pessoais** de perda ou trauma que despertaram a necessidade de ressignificar a dor. E2 recorda: “Eu tive uma morte na família muito quando eu era muito nova, a minha mãe faleceu quando eu tinha quatro anos.” De forma semelhante, em E8, a motivação surge da doença da avó: “A minha avó teve um tumor do estômago e não operável numa fase muito, muito avançada... então foi um bocadinho por aí a minha história de ir para os paliativos, por achar que havia ali uma resposta.” Já E9 reconhece que “o meu [gatilho] era nitidamente o divórcio dos meus pais... começo a perceber que toda a gente com quem trabalho está em terapia porque está mal com alguma coisa dos pais.”

Outros descrevem a influência de figuras inspiradoras. E5 explica: “Foi a minha enfermeira de estágio que me explicou o conceito, no fundo ela é a minha referência e foi por causa disso que eu escolhi ir por essa área.” E6 partilha: “Foi a minha mãe (...) comecei a perceber que poderia haver uma abordagem de cuidados que fosse sobre a pessoa e não sobre a doença e isso estimulou muito o interesse da minha parte.”

Há também quem refira o acaso como via de entrada, mais tarde transformado em compromisso: “Eu não queria ser enfermeira, ok? Eu não queria mesmo ser enfermeira” (E8); e “foi mera sorte, eu acho.” (E9).

#### Descoberta/confirmação da vocação no contacto clínico

Com o tempo, a escolha inicial transforma-se em **descoberta ou confirmação vocacional**, consolidada pelo contacto com a prática clínica. E3 afirma: “Eu gosto de áreas intensas na área da saúde e achei que esta era uma delas.” Em E4, o processo torna-se claro: “Se eu já tinha um especial interesse aqui, a trabalhar um pouquinho nisso, eu percebi que eu queria mesmo trabalhar o resto da vida em Cuidados Paliativos.” Para E6, a confirmação veio da experiência direta: “Quando fui para a enfermagem depois tive a possibilidade de experimentar os paliativos (...) e foi a confirmação.” E9 reforça essa descoberta: “Agora, o que é que me fez continuar? Foi uma ótima surpresa.” Do mesmo modo, E10 sintetiza: “Hoje em dia é a minha área de eleição.”

#### Expressão identitária e propósito de vida

Alguns entrevistados descrevem o trabalho em Cuidados Paliativos como **expressão identitária e propósito de vida**, uma prática que define quem são como pessoas e profissionais. A vocação assume contornos de missão pessoal, traduzida no prazer e na plenitude em cuidar: “Eu acabei por escolher o lado dos paliativos, porque a mim faz-me muito mais sentido providenciar o conforto e a dignidade” (E1); “É um propósito da minha vida, ajudar os outros. Acho que sempre fui assim. Querer ajudar” (E2); e “Acima de tudo... realiza-me muito ser enfermeiro em Cuidados Paliativos... Sinto que eu não sou só aquilo, mas sou muito aquilo” (E4).

Na entrevista E7, essa entrega é reconhecida, mas sem idealização: “Não lhe chamaria vocação, mas tem de haver muita entrega. Só quem gosta desta área aguenta todas as vicissitudes a que estamos sujeitos.”

Em síntese, a identidade profissional constrói-se na confluência entre experiência pessoal, compromisso ético e sentido existencial. Ser enfermeiro em Cuidados Paliativos é um modo de ser e de estar, onde o cuidar confunde-se com a própria forma de viver.

## **Dimensão Emocional e Regulação do Cuidar**

Todos os participantes reconhecem que o contacto contínuo com a finitude desencadeia uma exposição emocional intensa, vivida entre empatia, desgaste e gratificação. O impacto inicial, frequentemente marcado por vulnerabilidade, evolui gradualmente para a construção de estratégias de regulação emocional que permitem equilibrar o envolvimento afetivo e a eficácia profissional. Entre as estratégias mais referidas destacam-se o distanciamento adaptativo, a partilha com colegas ou família e os rituais pessoais de reflexão e reequilíbrio. Apesar da exigência e do peso emocional, prevalece a perceção de crescimento pessoal e profissional, emergindo a ideia de que “sofrer com o outro” é também “aprender a estar com o outro”. O equilíbrio entre empatia e autocuidado revela-se, assim, condição essencial de um cuidar sustentável.

### Envolvimento emocional

O **envolvimento emocional** é descrito como uma das dimensões mais paradoxais e transformadoras da prática. A fase inicial é marcada por vulnerabilidade e até choque perante o sofrimento extremo dos doentes. E1 refere que “a minha saúde emocional é um *rollercoaster... uns loops* estranhos”, enquanto E2 admite: “Afeta-me emocionalmente, sim. Há dias que sim... eu tento nem falar muito às vezes.” Em alguns casos, essa intensidade emocional transforma-se em angústia e frustração: “Para mim foi uma busca incessante. Uma busca incessante do que é que poderá resultar com aquela pessoa. E nestes casos, isso sim, deixa-me muito frustrada, porque eu saio ao fim do dia e sinto que não ajudei aquela pessoa como eu gostaria” (E2). E5 descreve dias em que “se traz as histórias para casa, que se chora em casa..., mas depois fica um sentido positivo”. A exposição continuada pode, contudo, conduzir ao esgotamento emocional e à despersonalização. E6 relata: “Ano passado tive burnout (...) cheguei a um ponto que eu não sentia nada”, enquanto E8 reconhece: “No dia em que me deixar de impactar, tenho que pensar bem o que é que ando aqui a fazer.” Estas experiências mostram como o contacto reiterado com a morte exige o desenvolvimento de estratégias de regulação e autoproteção.

### Estratégias de *coping*

Com o tempo, a vulnerabilidade inicial dá lugar a mecanismos de ***coping* emocional**, que permitem preservar o equilíbrio e a funcionalidade. E10 sintetiza este processo: “Por vezes

é muito difícil, mas vamos ganhando estratégias para lidar.” Uma das suas formas de regulação passa por garantir o sentido do dever cumprido: “Uma das estratégias que arranjei... foi ficar sempre com a certeza que eu fiz tudo o que aquela pessoa me pediu.”

Outros enfermeiros mencionam a importância do distanciamento adaptativo, que não significa indiferença, mas uma forma de proteção necessária. E3 afirma: “Se trago essas coisas para casa, já não trago... tento muito não trazer isso para a minha família.” Na mesma linha, E4 considera essencial “ter alguma distância... senão não consigo ser profissional.” E8 explica: “Eu não trago o telefone para casa (...) tenho as minhas lógicas e regras para não fritar”, e E9 acrescenta: “Tenho de sempre definir o limite de... estou a chorar por quem?”

A partilha com colegas e família surge também como uma via privilegiada de suporte emocional. “Há dias que se traz as histórias para casa, que se chora em casa, que se tem que falar com a família e amigos” (E5), enquanto E10 salienta o papel das equipas de “muito diálogo”, onde “acabamos por expressar também entre todos o que é que estamos a sentir.” Alguns participantes recorrem ainda a rituais pessoais para reencontrar equilíbrio: “Ao início... tinha que parar e fumar um cigarro, beber um café, respirar fundo e rezar” (E1).

### Gratificação

Apesar da exigência emocional, a maioria identifica nesta dimensão um espaço de **gratificação e crescimento pessoal**. O sofrimento é contrabalançado pela sensação de missão cumprida e pela consciência do impacto positivo do cuidar. E2 expressa essa dualidade com serenidade: “Quando eles morrem comigo, sinto que fiz tudo aquilo que devia ter feito... é uma sensação de gratidade e de serenidade... É muito gratificante, porque eu sei que aquela pessoa, quando esteve comigo naquele turno, esteve tranquila, esteve serena.” E3 partilha que “considero muito gratificante ser enfermeira”, e E4 reforça: “É gratificante, em qualquer uma das áreas, mas para mim é em paliativos especialmente.” Para E5, o balanço é positivo: “Claro que tem impacto... olhando para a perspetiva maior é muito gratificante trabalhar na área.” E6 sublinha o significado transformador da prática: “Eu acho que é uma das áreas mais gratificantes exatamente por isso, porque sabemos que o que nós vamos fazer vai de facto fazer a diferença.” Também E7 reconhece que, apesar das situações complexas, o trabalho é “caracterizado por um contacto altamente gratificante com a família e com os doentes”, acrescentando que “há situações muito complexas, mas que também nos trazem um crescimento pessoal muito importante.” E8 resume a sua vivência de forma

enfática: “A minha experiência acima de tudo é que é gratificante, porque eu tenho o prazer, o benefício... é muito gratificante mesmo.” E9 associa o sentimento de gratidão ao reconhecimento das famílias: “A gratidão dos familiares é quase como um reforço de que foi bem feito.” Por sua vez, E10 destaca a satisfação de acompanhar e aliviar o sofrimento: “É muito gratificante conseguir ajudar pessoas que estão em sofrimento... conseguir moldar esse caminho e conseguir moldar a família e o doente para esse caminho ser mais leve e mais gratificante.”

O fenómeno revela-se, assim, como uma aprendizagem emocional contínua — estar com o sofrimento sem se perder nele. A regulação afetiva assume um carácter simultaneamente técnico, ético e humano, constituindo uma arte de equilíbrio entre empatia e autoproteção. O sofrimento é compensado pela sensação de missão cumprida e pela oportunidade de tocar a vida de outros, tornando o cuidar uma experiência de crescimento e sentido.

### **Relação com Doentes e Famílias**

O encontro relacional constitui o núcleo fenomenológico da prática paliativa. Os enfermeiros descrevem a relação com o doente como uma presença terapêutica, onde a escuta, o toque e a disponibilidade emocional são tão importantes quanto a técnica. A família é reconhecida como parte integrante do processo de cuidado, e o enfermeiro assume frequentemente um papel de ponte comunicacional e afetiva entre o doente, a família e a equipa. O cumprimento de pequenos desejos e a criação de momentos de significado — uma despedida, uma visita, um gesto simbólico — são percebidos como formas de restaurar dignidade e sentido. Esta relação prolonga-se, muitas vezes, para além da morte, traduzindo-se em vínculos, memórias e gratidão que reforçam o valor humano da profissão.

#### Presença autêntica como cuidado terapêutico

A **presença autêntica** surge como elemento central do cuidar. Estar com o outro — “segurar a mão”, “ouvir”, “simplesmente estar presente” — é descrito como um ato terapêutico em si mesmo, que ultrapassa o domínio técnico e materializa a essência do cuidar centrado na pessoa. E1 exprime-o claramente: “...estou presente, que estou disposto a ouvir, que estou aqui para ajudar, ... Às vezes, só segurar a mão, pôr uma mão no ombro, estar presente”, acrescentando: “Mesmo quando já não podemos fazer nada, podemos estar.”

Para E3, o cuidado exige uma atenção profunda aos desejos do doente: “Há essa tentativa sempre de perguntar o que é que ela quer, o que é que a pessoa quer dizer com isso e o que é que ela procura... Muitas vezes ela quer só ser deixada em paz, a descansar, a fazer o que quer que seja.” Este foco na escuta ativa é também sublinhado por E5 — “Um aspeto positivo é termos tempo para ouvir tudo o que a pessoa queira partilhar e ir a fundo nas questões” — e por E6, que descreve o seu papel como o de “fazer as pessoas voltarem a acreditar que elas têm valor (...) mostrar que sim, interessa, que sim, importa.” A presença, assim, é entendida como forma de reconhecimento existencial, um cuidado que dá lugar à vulnerabilidade do outro e o legitima na sua humanidade.

### Cumprimento de desejos e pequenos gestos simbólicos

O **cumprimento de desejos e pequenos gestos simbólicos** é um dos aspetos mais significativos da prática, funcionando como expressão concreta de respeito pela individualidade de cada pessoa. Estes gestos — casamentos, idas à praia, reencontros familiares — traduzem o esforço por devolver sentido e dignidade à experiência de morrer. E1 recorda “desejos e coisas muito simples, como, por exemplo, tomar um banho no chuveiro... poder ir à rua e ouvir os passarinhos e sentir o sol na cara.” Em E2, “o casal queria casar-se e proporcionou-se o casamento lá no hospital.” E3 reforça: “Querem estar com a família e com as pessoas que gostam ou querem resolver assuntos com pessoas que não resolveram... tivemos um casamento, uma senhora queria muito casar. (...) nós tentamos sempre... deixamos uma luz acesa. Ou deixamos que as visitas fiquem 24 horas.” Outros participantes partilham experiências semelhantes: “Um dos objetivos era conseguir estar minimamente bem para ir ao casamento de uma filha” (E5); “Às vezes basta coisas pequeninas... que fazem toda a diferença” (E6). E7 confirma essa postura: “Se forem coisas simples que estejam nas nossas possibilidades, claro que sim. E tentamos ao máximo que se sigam esses pedidos.” E8 refere que esses desejos variam “desde concerto dos Metallica a poder vir à rua apanhar sol.” Para E9, “a capacidade de poder cumprir certos desejos é diferente de um sítio para o outro... cabe ao profissional de saúde tentar reinventar-se... idas a Fátima... jantares... fim de semana em família.” E10 acrescenta: “O que eu já vi mais na minha experiência foi idas à praia... é muito à volta da praia, é muito à volta dos animais e das casas. A casa de uma vida.” A realização destes desejos transforma o ato de cuidar em restituição de humanidade, em que o enfermeiro se torna facilitador de sentido e testemunha daquilo que o doente considera essencial.

### Mediação de conflitos e “advocacy”

A relação com a família é igualmente central e, por vezes, desafiante. Os participantes reconhecem que os familiares atravessam fases de negação e resistência, exigindo escuta, paciência e mediação. “Muitas vezes o familiar é o mais difícil de gerir (...) porque por muito que tentemos ajustar as expectativas, eles estão sempre em negação” (E2). E4 recorda que “o apoio à família é um dos quatro pilares dos Cuidados Paliativos”, ainda que “as famílias tenham muitas questões e sejam muito exigentes.” E5 acrescenta que “já tive famílias muito proativas... e outras que dá vontade de abanar”, evidenciando a diversidade emocional e relacional dos contextos familiares. Para E7, a relação é de proximidade e coautoria: “Na minha equipa em particular, a família faz parte da equipa, por isso a interação é sempre de grande proximidade.”

Estas narrativas revelam o papel do enfermeiro como **mediador e defensor**, traduzindo a linguagem técnica para o universo emocional da família e defendendo o que é melhor para o doente. E1 afirma: “Passa um bocado por nós também chegar ao pé do médico e dizer: ‘Olhe doutor, mas se calhar é mesmo muito importante fazermos algo mais neste sentido...’” E2 reforça essa função: “Há doentes de outras especialidades que... já podiam estar em Paliativos e não estão a receber esse cuidado porque o médico acha que não faz sentido.” E4 sublinha a dimensão proativa do papel do enfermeiro: “Muitas vezes é o enfermeiro a detetar e a encaminhar.” Em E5, o enfermeiro é solicitado para “mediar a conversa” entre equipa e família, e E8 sintetiza: “Quantas vezes nos predispomos a ser o tradutor da mensagem? N vezes.”

O enfermeiro torna-se, assim, ponte comunicacional e emocional, mediando conflitos e garantindo que o cuidado permaneça fiel às necessidades e desejos do doente.

### Acompanhamento no pós-morte

Em muitos casos, a **ligação ultrapassa a morte**, prolongando-se em relações de gratidão que ficam impressas na memória. E8 reconhece que “maior parte das vezes, quando um doente morre, eu ganho sempre dois ou três familiares. Eu tenho familiares que acompanho quase tanto como acompanho doente.” O mesmo participante descreve o processo de separação como um desmame afetivo: “Eu encaminhei esta senhora para falar com uma psicóloga (...) é como se estivesse a fazer o desmame dela de mim.” E4 refere que, após a morte, “há depois a questão de contactar a família e dar apoio à família.” E10 acrescenta: “Aqueles pessoas, quando

se lembrarem daquele momento, vão dizer — ‘olha, ainda bem que tinha aquela equipa comigo, ainda bem que tive a sorte de passar por aquela unidade ou por aquelas pessoas.’” Noutro momento, refere ainda que “na unidade... familiares de pessoas que faleceram lá há mais de 10 anos ainda lá vão deixar coisas.” Estas narrativas evidenciam uma continuidade relacional que transcende a morte, revelando o cuidar como processo de acompanhamento, despedida e memória.

Em síntese, a experiência relacional é vivida como um espaço de reciprocidade, onde cuidar e ser tocado emocionalmente coexistem. Mais do que uma intervenção técnica, é a presença autêntica — o estar, o escutar, o reconhecer — que confere sentido ao cuidar paliativo e sustenta a dimensão humana da profissão.

### **Comunicação e Verdade Compassiva**

A comunicação é unanimemente reconhecida como a principal ferramenta terapêutica dos Cuidados Paliativos. Para os enfermeiros, comunicar é cuidar: exige presença, empatia e clareza, mas também a capacidade de dosear a informação consoante a disponibilidade emocional do doente e da família. Falar com verdade, mas com compaixão, é considerado um ato ético que respeita a autonomia e a vulnerabilidade do outro. A comunicação é entendida como um processo contínuo, que requer paciência, repetição e escuta ativa. Muitos participantes referem o uso de linguagem simbólica e metáforas para suavizar a dureza das mensagens, bem como a importância de reconhecer os limites do próprio saber. Dizer a verdade “sem ferir” emerge, assim, como expressão máxima da ética do cuidar.

#### Comunicação clara, repetida e honesta

Os participantes sublinham a necessidade de **comunicação clara, repetida e honesta**, entendida como um exercício pedagógico e de presença constante. A insistência na explicação é vista como forma de promover confiança e compreensão, mesmo quando o discurso é doloroso. “Às vezes explicamos 40 000 vezes qual é o objetivo de x terapêutica... e a pessoa continua a perguntar” (E1). De forma sintética, E2 define o essencial: “Comunicação, comunicação, comunicação... com a família e com o doente.” Para E3, a transparência é um valor central: “A comunicação com a família tem muito a ver com a verdade que se transmite, que é só uma.” No mesmo sentido, descreve as conferências familiares como rituais de partilha: “No hospital onde eu trabalho, fazemos um género de uma conferência familiar. Chamamos as

peças quando as coisas estão a piorar muito e os técnicos que passam mais tempo com essa pessoa... falam com a família e dizem: ‘Isto está mesmo a ficar mal.’” E4 reforça a dimensão pedagógica deste processo: “É preciso conversar muito com as famílias. É preciso estar muito presente. É preciso repetir muitas vezes a mesma coisa, pois vem outro familiar que não está dentro da situação.” Para este participante, a comunicação implica “explicação persistente e paciência perante resistências.” Ainda assim, nem sempre a palavra é suficiente, como reconhece E9: “Não nos vale a pena às vezes estar três horas com uma família para explicar o que é inexplicável...” Estes relatos revelam a comunicação como exercício de continuidade e humildade, em que repetir, escutar e reformular são expressões de cuidado, não de insistência.

A honestidade comunicacional inclui também o reconhecimento da incerteza. Alguns enfermeiros salientam que assumir o não-saber é parte da integridade profissional. E2 afirma: “O prognóstico vale o que vale. É uma arte de adivinhar. (...) Não lhe sei dizer se será hoje, amanhã, daqui a uma semana. Não acredito que seja daqui a um ano.” E9 reforça esta postura ética: “Informo que não tenho uma bola de cristal.” E3 refere também esta incerteza: “... digo que não sei porque eu nunca morri.” Ao admitir os limites do seu saber, o profissional mantém a autenticidade da relação e protege a confiança depositada pelo doente e pela família.

#### Metáforas e linguagem simbólica

Vários participantes referem o recurso a **metáforas e linguagem simbólica** como forma de comunicar verdades difíceis sem magoar. E4 descreve a importância de reconhecer o momento certo: “Se o doente faz uma pergunta destas, é um momento mágico... não pode ser desperdiçado.” Para E8, a comunicação é dialógica e interpretativa: “Eu vou lhe responder, ok? O melhor que eu sei, mas diga-me lá, o que é que me quer perguntar com isso?” E10 sintetiza esta prática relacional: “É preciso ter muito jogo de comunicação para conseguir não magoar, dizer a verdade não magoando.” Noutra passagem, utiliza uma metáfora suave e empática: “Oxalá que eu lhe pudesse dizer algo diferente..., mas infelizmente estamos aqui a chegar ao fim do caminho.” Estas expressões revelam uma linguagem que procura acompanhar a dor com humanidade, oferecendo à verdade uma forma simbólica que o outro possa suportar.

#### Evitar paternalismo, respeitando ritmo do outro

Os enfermeiros também refletem sobre a importância de **evitar o paternalismo e respeitar o ritmo de cada pessoa** no processo de comunicação. E1 explica:

“Dizer-lhes as coisas exatamente como elas são. Não digo de uma forma fria, mas se calhar crua, para a pessoa poder cozinhá-la na sua cabeça e depois também estar junto quando as pessoas estão a cozinhar as ideias.” E2 acrescenta: “Dá para a própria pessoa fazer o seu caminho. Mas depois realmente tem o seu próprio ritmo.” E4 reconhece que “o paternalismo não pode ser feito... o doente está à procura de validação”, enquanto E5 afirma: “Sou muito pela perspetiva do partilhar e de dizer as coisas como elas são, de ajustar a expectativa à realidade.” A verdade, portanto, não é apenas dita, mas partilhada e construída no encontro — ajustada ao tempo emocional de quem a escuta e mediada pela sensibilidade de quem a comunica.

A comunicação compassiva é vivida como ato ético e relacional, em que a palavra e o silêncio coexistem num mesmo espaço terapêutico. Dizer a verdade ao ritmo do outro é mais do que transmitir informação — é um gesto de cuidado, um modo de estar que conjuga honestidade e ternura, técnica e humanidade. No discurso dos enfermeiros, comunicar com verdade e compaixão significa honrar a vulnerabilidade do outro, transformando a linguagem num instrumento de presença, respeito e dignidade.

### **Vivência da Morte e Finitude**

A morte é experienciada pelos enfermeiros como uma parte natural e inevitável do processo de cuidar. Para a maioria, o momento da morte é associado a alívio e serenidade, tanto para o doente como para a equipa. Fala-se frequentemente de “boa morte”, entendida como aquela em que o sofrimento é controlado e a pessoa parte com dignidade e presença afetiva. Mesmo perante limitações clínicas, a morte é percebida como culminar do cuidar — um espaço de sentido e transcendência. Esta convivência contínua com a finitude leva os profissionais a olhar a morte com respeito e familiaridade, reconhecendo nela um momento de humanidade partilhada.

#### Morte como alívio/missão cumprida vs. frustração

A morte é muitas vezes vivida como **alívio e concretização de uma missão** por ser entendida como libertação do sofrimento. E1 descreve: “Na maior parte dos casos há alívio porque nós acompanhamos o caminho de sofrimento que foi feito até agora (...) uma vez que já não há sofrimento por via de morte, não é? A nossa missão está um bocado cumprida junto do doente.” Também E2 expressa esse sentimento de plenitude: “Quando eles morrem comigo,

sinto que fiz tudo aquilo que devia ter feito... é uma sensação de gratitude e serenidade.” Para E3, o fim não é negação da vida, mas parte dela: “A morte é um dia que vale a pena viver.” E4 acrescenta: “É vista com bastante apaziguamento. Se de facto a morte foi serena e tranquila, com controlo sintomático efetivo.” De forma semelhante, E6 refere que, “sendo mortes esperadas e, esperemos, bem controladas em termos de sintomas... missão cumprida, se for bem feito. (...) E às vezes alívio, porque foram pessoas muito desafiadoras ou situações que foram mais pesadas e então quando morrem é um alívio porque já não vamos ter que lidar.” E7 reforça: “Se faleceu tranquilo e sem sofrimento, e a família ficou em paz, então a nossa função foi cumprida.” Em E9, a sensação é de dever cumprido e serenidade: “É um bocado naquela do missão cumprida... esta pessoa morreu bem e, portanto, fico tranquila.” E10 resume essa vivência comum: “Há ali uma sensação de alívio... a pessoa foi em paz e a família ficará em paz também.”

Contudo, em certas situações este alívio pode dar lugar à **frustração e desconforto emocional**, especialmente quando o enfermeiro sente que algo falhou no processo. E2 reconhece: “Sinto que não ajudei aquela pessoa como eu gostaria. Então, nesses casos é muito difícil e frustrante.” Para E4, a frustração surge quando o controlo sintomático não é alcançado: “Se for uma morte difícil, onde houve descontrolo sintomático, etc., aí pode haver um sentimento de frustração se percebermos que a pessoa morreu, mas que morreu mal.” E5 partilha o mesmo sentimento: “Lido pior é quando sinto que avaliei alguma coisa que da minha atuação falhou e que podia ter sido melhor.” E9 reforça: “Quando são as mortes, digamos, más (...) descontrolo sintomático, muita agitação, alguma coisa mais intensa (...) talvez frustração por não ter sido possível mais.” Estas experiências revelam uma dialética entre a “boa morte” e a “má morte”, em que o controlo do sofrimento é critério ético e emocional para os profissionais. Uma morte tranquila, “com paz e controlo sintomático”, traduz-se em serenidade; já a morte difícil, marcada por dor e descontrolo, gera frustração e impotência. Como sintetiza E9, “foi uma morte boa, sei lá, foi uma morte bonita”, expressão que traduz a reconciliação entre finitude e sentido.

### Fenómenos inexplicáveis

Em vários discursos emergem **fenómenos inexplicáveis**, que desafiam a racionalidade médica e reforçam a dimensão simbólica da morte. E1 confessa: “Tenho cá para mim que... as pessoas decidem quando é que querem morrer.” E5 partilha uma perceção semelhante: “Há pessoas que só partem mesmo depois de cumprirem algumas questões, seja quezilas

familiares...” E6 descreve o mistério destes momentos: “Às vezes há um fascínio também (...) chegam não sei quem e dali a minutos morre. (...) Aceita só que é assim, acontece vezes o suficiente para sabermos que é verdade.” E9 recorda uma situação marcante: “Tinha uma senhora brasileira que esperou por um filho vir do Brasil.... teve semanas em estado agônico e foi mesmo inexplicável.” E10 acrescenta: “Muita gente morre ao ver uma pessoa que estava longe. E essa pessoa chega, despede, diz o que quer dizer e a pessoa falece depois.” Noutro relato, descreve: “O outro filho disse-lhe tudo o que tinha a dizer, saiu aliviado, ele esperou que o filho saísse, aguentou mais umas horinhas e acabou por falecer (...) eles esperam, eles esperam por pessoas.”

Estes episódios, frequentemente narrados com espanto e reverência, revelam uma abertura ao mistério da morte, em que o enfermeiro aceita o inexplicável como parte da experiência humana e espiritual do morrer.

#### Rituais de despedida

A convivência com a finitude também desperta **rituais pessoais e coletivos de despedida**, que ajudam o profissional a elaborar o luto antecipatório e a encerrar simbolicamente cada relação. E1 partilha: “Digo isso muitas vezes quando já morreram: ‘Faz boa viagem. Obrigado por teres vindo cá.’” e descreve ainda: “Quando eles estão muito próximos do fim, costumo ficar um bocadinho mais... às vezes só estar ali ao lado.” E7 refere: “Há um momento em que todos sentimos que está a chegar, e às vezes ficamos ali só em silêncio.” E8 descreve o seu próprio ritual: “Eu não vou-me embora sem despedir de um doente.” Noutra passagem, ilustra o simbolismo da linguagem: “Eu sempre me despedia dela dizendo ‘até já’. E naquele dia disse-lhe ‘adeus’.” E9 fala da importância de promover reconciliações e afetos antes da partida: “Esta é a fase de falar sem querer obter resposta, ou seja, dizer que ama, perdoar...” Estes gestos, silenciosos ou verbais, funcionam como ritos de passagem que humanizam o momento final e ajudam tanto o doente como o profissional a integrar a perda.

A convivência diária com a morte desperta emoções paradoxais — alívio, frustração — mas, sobretudo, um profundo respeito pela vida. Para estes profissionais, a morte não é o oposto da vida, mas a sua continuidade no campo do sentido. No conjunto das narrativas, ela é compreendida como transição e não como perda. O enfermeiro torna-se guardião da serenidade

e do significado no limiar entre vida e morte. O seu papel não termina com o último suspiro, mas prolonga-se no gesto, na palavra e na memória, acompanhando até ao limite da existência.

### **Transformação Existencial e Sentido de Vida**

O contacto reiterado com a finitude conduz os enfermeiros a uma profunda reorganização das prioridades pessoais e existenciais. A maioria refere ter aprendido, através dos doentes, a valorizar o presente, as relações e o tempo vivido com autenticidade. A experiência profissional transforma a perspetiva sobre o que é “viver”: mais do que a duração, importa a qualidade e o sentido. Esta aprendizagem traduz-se em mudanças concretas — redefinição de relações, maior equilíbrio entre vida pessoal e profissional — e num sentimento de crescimento humano e espiritual. Cuidar do outro em fim de vida torna-se, assim, um espelho existencial, onde o profissional reconhece o próprio sentido de existir.

#### Reavaliação das prioridades

As narrativas revelam uma clara **reavaliação das prioridades**, na qual as relações e o tempo de vida ganham primazia sobre o trabalho e o consumo. E2 afirma: “A minha vida é perfeita comparada com a delas... eu relativizo muito”, acrescentando: “Decidi fazer a redução de horário para poder tentar aproveitar mais o tempo com a minha família.” E6 partilha um processo semelhante de reposicionamento de valores: “Valorizo muito mais as minhas relações com as pessoas do que as minhas posses”, reconhecendo ainda que “aprendi a perceber que, se eu não estiver bem, também não consigo cuidar bem.” A mudança traduz-se também em sabedoria prática, na consciência de que cuidar dos outros requer cuidar de si. E7 sintetiza: “Aprendemos a dar valor ao que realmente importa.” Já E8 acrescenta: “Dou mais valor, não sei se à vida ou ao tempo de vida... fico contente se pudermos estar juntos.” Estas expressões refletem um movimento de recentragem ética e afetiva, no qual o essencial passa a ser o estar presente e o viver com coerência.

#### Vivência intensa do presente

Muitos participantes referem ter aprendido, com os próprios doentes, a **viver intensamente o presente**, reconhecendo a brevidade e a fragilidade da vida. E1 afirma: “Vivo a minha vida como quero que os meus doentes vivam a vida deles”, mostrando como o cuidar se torna modelo de autenticidade. E3 partilha: “Não tenho medo de morrer... tenho a sensação de ser mais autêntica nos dias de hoje.” E4 reconhece que “o facto de lidar diariamente com a

finitude humana desperta-me muito mais e apela à reflexão acerca da minha própria finitude, fazendo com que se viva e sinta mais intensamente.” E9 sintetiza a mesma consciência de urgência: “Eu não tenho medo da morte, eu tenho medo de não viver até lá.” Estas narrativas revelam uma mudança de paradigma existencial, onde o foco se desloca da permanência para a presença, e da sobrevivência para a plenitude.

### Aprendizagens com os doentes

A convivência com o sofrimento e a finitude é também fonte de **aprendizagem**. Os doentes são descritos como verdadeiros mestres de vida. E1 recorda: “... obrigado por teres vindo cá, pelo que nos ensinaste.” E6 reconhece o poder pedagógico destas experiências: “Nunca ninguém disse — ‘Quem me dera ter trabalhado mais.’ (...) Tenho tentado aprender com as lições deles.” O mesmo participante descreve ainda o desejo de partilhar publicamente essas aprendizagens, referindo: “À medida que vou aprendendo, comecei a partilhar também no Instagram (...) os ensinamentos deles vão chegando a mais pessoas.” E8 reforça essa ideia de reciprocidade: “Poder contactar com pessoas na sua fase mais frágil e que me ensinam imenso sobre a vida... é algo para o qual temos que estar disponíveis para acolher.” De forma semelhante, E9 sublinha que “a maioria das pessoas dão te ensinamentos muito bons. Da vida.” Estas experiências mostram que o cuidar em fim de vida não é apenas dar — é também receber e transformar-se através da presença do outro.

### Mudanças identitárias e relacionais

Os enfermeiros descrevem ainda **mudanças identitárias e relacionais** que se estendem para além do espaço profissional, conduzindo à redefinição de valores, vínculos e modos de estar. E3 reconhece: “Não tenho medo de morrer... tenho a sensação de ser mais autêntica nos dias de hoje.” E4 partilha a urgência que o contacto com a finitude desperta: “Muitas vezes penso que devo fazer ou dizer algo porque não sei se estarei cá amanhã e não sei se terei oportunidade de o voltar a fazer.” E6 afirma: “Eu acho que gosto muito mais da vida desde que comecei a trabalhar com a morte, mas também vejo tudo com mais serenidade.” E10 sintetiza essa transformação identitária: “Dentro da Mafalda pessoa, há uma Mafalda antes dos paliativos e há uma Mafalda depois dos paliativos.” Noutra passagem acrescenta: “Aprendi a olhar mais para o que é isto que eu quero... vou mudar”, concluindo que “começamos a viver a vida de uma maneira completamente diferente... começamos a perceber realmente a finitude da vida e que ela pode acontecer a qualquer momento.” Estas mudanças traduzem

uma reconstrução de identidade em que o contacto com a morte torna-se um catalisador de autenticidade, autoconhecimento e reconciliação consigo e com os outros.

No conjunto das narrativas, o contacto constante com a morte desperta uma consciência ampliada do valor da vida. O cuidar em fim de vida torna-se um espelho existencial: ao acompanhar a morte dos outros, os enfermeiros aprendem a viver com autenticidade, plenitude e gratidão. Esta transformação é simultaneamente pessoal e profissional — uma verdadeira aprendizagem de sentido, que redefine o modo de estar no mundo.

### **Formação, Competência e Desenvolvimento Profissional**

Os enfermeiros consideram que os Cuidados Paliativos exigem competências técnicas e humanas altamente especializadas, ainda pouco valorizadas no contexto académico. A formação inicial é descrita como insuficiente, o que obriga a que a aprendizagem seja construída sobretudo através da experiência prática, da reflexão pessoal e do trabalho em equipa. O desenvolvimento profissional é contínuo, sustentado pela necessidade constante de melhorar a comunicação, o controlo sintomático e a gestão emocional. Esta aprendizagem vivencial traduz o ideal aristotélico de *phronesis* — a sabedoria prática — em que o saber técnico e o saber ético se fundem na ação quotidiana. O cuidar em fim de vida é, assim, um exercício permanente de aprendizagem e autorreflexão.

#### Formação insuficiente

A maioria dos participantes manifesta **insatisfação com a formação formal** em Cuidados Paliativos, apontando lacunas significativas na formação inicial. E3 denuncia de forma clara essa ausência: “A Faculdade de Medicina tem atualmente 06h00 num curso de seis anos para Cuidados Paliativos. (...) Se falta na formação, eu acho que falta na formação de todos os que trabalham... devia ser uma coisa obrigatória.” E4 reconhece a importância de aprofundar esse conhecimento: “Nós percebemos que podíamos ser melhores se tivéssemos mais formação, e que ela é precisa.” E5 critica a facilidade com que se assume competência sem especialização: “Qualquer médico com algumas horas de formação pode trabalhar em paliativos.” E10 reforça essa perceção, sublinhando a gravidade da omissão: “Mesmo na medicina é facultativo, que é uma coisa impensável.” Estas vozes convergem na ideia de que o ensino

formal não prepara adequadamente os profissionais para a complexidade técnica, emocional e ética do cuidar em fim de vida.

### Aprendizagem contínua como necessidade

Esta carência formativa conduz à consciência de que a **aprendizagem é contínua e experiencial**, construída na prática e na partilha. E1 descreve o seu percurso autodidata: “Quanto mais lia, mais me apaixonava pela visão que oferecem.” Para E2, a aprendizagem é um processo permanente de aperfeiçoamento: “Sinto que posso sempre melhorar a minha comunicação (...) e procurar sempre saber mais.” E4 expressa uma “sede de formação” constante: “Acabei o mestrado há dois anos em paliativos e ainda este ano fiz um curso de paliativos integrativos... Portanto, vai havendo muita sede de formação.” De forma semelhante, E5 reconhece a diversidade de caminhos possíveis: “É uma área que, se nós quisermos, em muitos anos de trabalho, temos muitas áreas em que nos podemos dedicar a procurar informações.” Estas narrativas ilustram a aprendizagem como movimento vital e inacabado, sustentado na curiosidade e no desejo ético de cuidar melhor.

### Saber prático vs. protocolos biomédicos

Para além da formação, os enfermeiros descrevem um **conflito constante entre o saber prático e os protocolos biomédicos**. O cuidar em Cuidados Paliativos exige discernimento e autonomia para questionar práticas automatizadas e ajustar a intervenção à realidade singular de cada doente. E1 afirma: “Apesar de não termos o poder de prescrever, por assim dizer, temos o conhecimento para saber o que é que é necessário”, acrescentando: “Não penso muito sobre as estratégias de comunicação que vêm nos livros.” E3 ilustra a tensão entre a experiência clínica e o protocolo institucional: “Se eu concordo que um doente não precisa de um antibiótico, mas o médico continua a prescrever, é muito difícil para o enfermeiro em início de funções dizer que não.” E recorda ainda situações concretas em que é preciso “lutar contra o protocolo”: “O meu colega que vinha a seguir colocava tubos para comer, porque está interiorizado que as pessoas têm que comer... às vezes é lutar contra o protocolo.” E5 confronta também a visão reducionista do papel do enfermeiro: “As pessoas pensam que é só dar morfina, mas é um trabalho desafiante, temos que saber muito de patologia, comunicação e trabalhar em equipa.” Estas narrativas revelam a afirmação de um saber prático e ético que se opõe à lógica mecanicista do modelo biomédico, defendendo um cuidar que privilegia a reflexão, a intuição e o sentido ético da ação.

### Competências essenciais

O exercício profissional é descrito como altamente exigente, requer certas **competências** e combinando domínio técnico com sensibilidade relacional. E2 reconhece a importância da competência comunicacional: “Eu gostaria de melhorar a minha comunicação... estudar e procurar sempre saber mais.” E3 reforça: “Tem que ser muito bom a comunicar, tanto com o doente, com a família, como com o resto da equipa (...). Acho que é isso: comunicar e gostar. (...) A parte da psicologia ajudou-me um bocadinho a desenvolver outras competências.” E5 enfatiza a necessidade de integrar ciência e humanidade: “Temos que saber muito de patologia, comunicação e trabalhar em equipa. Exige muito... das nossas faculdades humanas, da nossa capacidade de empatia.” E6 destaca a presença autêntica como competência essencial: “Ter disponibilidade mental e disponibilidade emocional (...) para estar ao lado do outro e para o ouvir verdadeiramente, sem ser só a sorrir e a sonar.” E7 sintetiza o equilíbrio necessário: “Sobretudo saber ouvir, saber trabalhar em equipa e saber cuidar de si, pois só assim cuidamos dos outros.” Estas reflexões mostram que a competência em Cuidados Paliativos ultrapassa o domínio técnico: envolve consciência ética e empatia.

No conjunto das narrativas, a competência é compreendida como sabedoria em ação: um conhecimento que se renova no gesto e se afina na experiência. Aprender a cuidar é também aprender a ser, num processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional. Mais do que acumular técnicas, o enfermeiro em Cuidados Paliativos constrói um saber que une ciência, ética e humanidade — um saber que se faz presença.

### **Equipa, Instituições e Estruturas**

A prática paliativa é vivida num contexto coletivo que combina solidariedade de equipa e limitações institucionais. Os enfermeiros descrevem as equipas como comunidades horizontais, baseadas na cooperação, confiança e partilha emocional, onde o diálogo e a entajuda sustentam o cuidar. Contudo, identificam barreiras estruturais persistentes — escassez de recursos, desigualdade de acesso e falta de reconhecimento político e social — que condicionam a concretização plena da filosofia paliativa. Estas dificuldades reforçam a percepção de que o modelo biomédico curativo continua a dominar a organização dos cuidados, relegando a dimensão humana e relacional para um plano secundário.

Apesar disso, prevalece um forte sentimento de orgulho e pertença a uma comunidade profissional que resiste e humaniza a saúde, devolvendo sentido à vida até ao último momento.

### Trabalho em equipa e horizontalidade

A dimensão coletiva atravessa praticamente todos os discursos. O trabalho em equipa é vivido como uma experiência de **horizontalidade e colaboração**, na qual o conhecimento se partilha e a hierarquia é atenuada. E1 sublinha a importância de um diálogo mais equitativo: “Tem que caber um bocado ao médico ouvir aquilo que nós temos para dizer.” E4 reforça a necessidade de complementaridade: “Temos de trabalhar em conjunto, porque cada um vê um lado que o outro não vê.” Para E7, o trabalho de equipa é uma prática quotidiana de cooperação: “Na nossa equipa as visitas são feitas nas casas dos doentes e são feitas em equipa. Ninguém está na retaguarda de ninguém, por isso todos temos conhecimentos das mesmas coisas”, acrescentando: “Entre nós não há hierarquia — trabalhamos lado a lado.” E8 descreve essa dinâmica de forma descontraída e solidária: “Eu sempre tive em todas as equipas... epá hoje não quero esse, roda aí. (...) metade-metade até ao jantar fico eu, depois do jantar vais lá tu.” E10 destaca o mesmo espírito colaborativo: “Mas não há tanta superioridade médica, digamos assim. Temos mais liberdade... para aceitarmos a opinião uns dos outros.” Estas narrativas revelam a equipa como núcleo relacional e ético do cuidar, um espaço de partilha que sustenta emocionalmente o profissional e assegura coesão no acompanhamento ao doente e à família.

### Reconhecimento do papel do enfermeiro

O **reconhecimento do papel do enfermeiro** surge como tema transversal. Os participantes destacam a presença contínua junto do doente e o contacto direto com o sofrimento, o que lhes confere uma posição central e privilegiada no cuidar. E1 ilustra essa proximidade: “Eu digo muitas vezes aos meus doentes: ‘Quantas vezes viu médicos e quantas vezes já me viu a mim? Somos nós que estamos lá. Somos nós que ouvimos os gritos de dor. Somos nós que volta e meia levamos uma dentada.’” E2 acrescenta que o reconhecimento mais genuíno vem dos próprios doentes e famílias: “E depois temos muitos agradecimentos... Bolos e chocolates nunca faltam no serviço! (...) Agradecimentos, agradecimentos também são muito gratificantes.” E4 reforça o valor dessa presença constante: “Nas noites, quem está lá é o enfermeiro. Somos nós que estamos ao lado deles.” Noutra passagem, reconhece: “O enfermeiro está num momento privilegiado, onde o doente tem mais confiança, portanto, às vezes pode verbalizar mais.”

E10 confirma esse reconhecimento tácito: “Eles (os médicos) reconhecem que somos nós que estamos com o doente 24 horas sobre 24 horas.” Estas experiências revelam que o enfermeiro é simultaneamente elo afetivo e eixo operativo da equipa, aquele que traduz o sofrimento e o sentido, e que sustenta o cuidado quando a técnica já não basta.

#### Escassez de recursos e marginalização

Apesar deste reconhecimento relacional, os discursos são marcados por **críticas à escassez de recursos e à marginalização institucional** dos Cuidados Paliativos. E4 lamenta a “falta de investimento” e o facto de os “Cuidados Paliativos ainda serem vistos como terminais”, acrescentando: “Estamos numa fase em que a ordem dos médicos acha que os Cuidados Paliativos podem realmente ser feitos por qualquer um.” E5 denuncia desigualdades territoriais: “Se eu morar em Benfica não tenho equipa comunitária; se morar em Marvila já tenho.” E acrescenta: “A ordem dos médicos não reconhece a especialidade.” E7 refere a falta de interesse institucional: “As chefias não estão minimamente interessadas em Paliativos.” E10 sintetiza: “A falta de reconhecimento... precisa de pessoas especializadas e espaço físico.” Estas declarações convergem na perceção de injustiça estrutural e desvalorização política, onde o ideal paliativo é mantido à custa do esforço pessoal e da vocação dos profissionais.

#### Crítica ao modelo biomédico

Muitos participantes dirigem ainda uma **crítica aberta ao modelo biomédico curativo**, considerado uma barreira estrutural que compromete a filosofia centrada na pessoa. E1 observa: “Os médicos têm muita tendência de curar..., mas há situações em que é mais preciso ajustar expectativas do que injetar esperança.” E2 acrescenta: “Dificuldade da aceitação da morte (...) a medicina cura e salva tudo. E é o que eu sinto. Isto ficou muito entranhado na sociedade”, reconhecendo ainda que “algumas decisões me revoltam... pessoas foram ao Bloco e eu não concordava.” E3 denuncia o fenómeno de “procrastinação terapêutica”, afirmando que “as pessoas têm medo de deixar os doentes morrer.” E6 partilha uma experiência extrema: “Já tivemos que banir pessoas do hospital porque estavam a alimentar pessoas à força.” E8 reflete sobre a limitação do paradigma curativo: “Uma das coisas que eu rapidamente percebi nos estágios foi que, em boa verdade, nós conseguíamos atrasar o desenvolvimento de algumas doenças, mas em termos de cura, mesmo cura, curávamos infeções respiratórias e algumas ficavam com muita dificuldade para a pessoa...” Estas narrativas revelam a tensão entre duas

éticas — a ética da cura e a ética do cuidar —, na qual os enfermeiros se posicionam como defensores de uma prática centrada na dignidade e no sentido da vida, mesmo no seu fim.

Apesar das barreiras estruturais e das contradições institucionais, prevalece um sentimento de orgulho coletivo e pertença. As equipas são descritas como comunidades de resistência e esperança, capazes de humanizar a finitude e dar voz à dignidade no fim de vida. Neste contexto, o cuidar é simultaneamente um ato clínico e um ato político — uma forma de afirmação ética dentro de sistemas que nem sempre reconhecem o seu valor. O enfermeiro, enquanto membro e guardião dessas equipas, torna-se símbolo de uma prática que persiste em colocar a pessoa acima do protocolo, a vida acima da técnica e a humanidade acima da hierarquia

### **Capítulo 3. Discussão**

A análise das dez entrevistas realizadas permitiu compreender, de forma profunda e multifacetada, a experiência de ser enfermeiro em Cuidados Paliativos. Nesta secção, os resultados serão discutidos de forma interpretativa e integrada, à luz da Abordagem Fenomenológica Interpretativa (IPA) e da literatura científica existente, procurando evidenciar de que modo os significados emergentes confirmam, ampliam ou desafiam o conhecimento prévio sobre o cuidar em fim de vida.

A discussão dos resultados tem, assim, como objetivo aprofundar a compreensão dos constituintes essenciais identificados, explorando as suas interligações e implicações no contexto da prática e da formação em enfermagem em Cuidados Paliativos.

#### **Vocação e Identidade Profissional**

A experiência dos enfermeiros em Cuidados Paliativos revela uma vocação vivida como expressão do sentido de ser e de cuidar, em que valores pessoais e profissionais se entrelaçam. O cuidar é compreendido não como tarefa, mas como forma de vida — um modo de estar com o outro na vulnerabilidade.

A vocação surge frequentemente associada a experiências pessoais de perda ou dor, confirmando estudos qualitativos que identificam o percurso biográfico como catalisador da

escolha profissional em paliativos (Royani et al., 2024; Salvage, 2014; Webster & Kristjanson, 2002), ou associada a figuras de referência que marcaram o seu percurso (Okyere, 2023).

A identidade profissional constrói-se, assim, na coerência entre ser e cuidar, confirmando a ideia de Frankl (1946/2012) de que o sentido emerge do encontro com o outro. Ser enfermeiro em Cuidados Paliativos é “estar para o outro”, num compromisso ético e existencial que dá forma à própria vida. Esta vocação traduz o que Frankl (1946/2012) descreve como a realização do sentido através do serviço ao outro, sustentando o cuidar diante da finitude.

Em consonância com Benner (2004) e Watson (2008), os participantes descrevem a enfermagem paliativa como percurso de autotransformação ética, no qual a competência técnica se integra na presença compassiva.

### **Dimensão Emocional e Regulação do Cuidar**

Os enfermeiros descrevem uma prática emocionalmente intensa, marcada pela ambivalência entre empatia e desgaste. O contacto constante com a dor leva a um processo de aprendizagem emocional que transforma o modo de ser profissional.

Tal como refere Figley (1995) e Sinclair et al., (2017), a exposição contínua ao sofrimento pode gerar “*compassion fatigue*”. Para os enfermeiros, a fadiga por compaixão é um fenómeno relacional resultante da conexão terapêutica com pacientes e famílias. Caracteriza-se por fadiga, estresse, tristeza e a conseqüente diminuição do moral e do desempenho no trabalho. (Potter et al., 2010; Sabo, 2008).

Este impacto emocional, tal como expresso pela maioria dos entrevistados, exige estratégias de regulação emocional e autocuidado. No entanto, conforme Rushton et al. (2015), Rushton, (2023) e Van der Cingel (2011), esta vulnerabilidade não é apenas risco, mas também espaço de desenvolvimento de resiliência moral.

Assim, as principais estratégias de *coping* adotadas pelos enfermeiros entrevistados, estão de acordo com os dados recolhidos por Azevedo et al., (2018), que também identificaram o apoio e partilha de emoções junto dos colegas de trabalho e a necessidade de distanciamento emocional como principais estratégias de regulação emocional. Os enfermeiros reconhecem estas necessidades através da sabedoria prática (Benner, 2004), aprendendo a equilibrar

envolvimento e distância, e encontrando no autocuidado e na partilha com colegas formas de preservar a presença compassiva (Sinclair et al., 2017).

Apesar da exigência emocional, todos os enfermeiros relatam um sentimento de gratificação e crescimento pessoal associado à sua profissão, tal como registado por Festic et al. (2012). Confirmando o que Yalom (2008) descreve no seu trabalho, um sentimento de gratidão pela aprendizagem e enriquecimento que a pessoa lhe transmitiu, um legado que fica, é reconhecido e será transmitido aos outros em gesto de agradecimento.

Esta gratidão, pode ser entendida também ela, como uma estratégia de *coping*, na medida em que, pelo seu desempenho profissional, o enfermeiro entende que pode fazer algo de significativo por quem está em sofrimento e numa situação vulnerável (Azevedo et al., 2018). Tal como nos dizem Ong & Chow (2017), é precisamente o confronto com a finitude humana que permite ao trabalho em Cuidados Paliativos transformar-se numa fonte de sentido existencial, atenuando sintomas como burnout e vazio existencial. Deste modo, o sofrimento é contrabalançado pela sensação de missão cumprida e pela consciência do impacto positivo do cuidar.

### **Relação com Doentes e Famílias**

A relação com o doente e a família constitui o núcleo humano e ético do cuidar em Cuidados Paliativos. Os enfermeiros descrevem-na como uma presença terapêutica, onde escuta, toque e disponibilidade emocional têm o mesmo valor que a técnica. Tal como defendem Yalom (2008) e Van der Cingel (2011), o cuidar é antes de tudo um “ser-com” o outro — uma presença autêntica que sustenta o sofrimento sem o negar e que se traduz numa conexão fundamental. Como refere Yalom (2008), “não há cuidado maior que se possa oferecer a alguém que enfrenta a morte do que oferecer-lhe a sua mera presença.”

O vínculo é construído através da escuta ativa e da empatia (Van der Cingel, 2011), permitindo que o doente expresse desejos e preserve autonomia. Pequenos gestos — como cumprir um último pedido ou proporcionar um momento simbólico — são entendidos como formas de restaurar dignidade e sentido, corroborando investigações que identificam o impacto de ações simples no fim da vida e o valor atribuído pelos doentes aos seus últimos desejos como expressões de significado pessoal (Kıraç Utku & Şengür, 2025; Ullrich et al., 2022).

A família é reconhecida como parte do processo, mas também como espaço de tensão emocional. O enfermeiro atua frequentemente como mediador e tradutor entre o discurso clínico e o sofrimento familiar, o que se evidencia em vários estudos atuais (Alanazi et al., 2024; Paterson & Maritz, 2024). Acima de tudo, atua como defensor das necessidades do doente tal como referem Bach et al. (2009), este é um aspeto nuclear dos cuidados de enfermagem no fim da vida. Assim, o enfermeiro desempenha um papel de “*advocacy*” (termo utilizado pelos entrevistados) que requer equilíbrio entre verdade e compaixão (Hebert et al., 2011). Essa comunicação ética e adaptada ao ritmo do outro respeita a dimensão relacional, comunicativa e recíproca do cuidar defendida por Watson (2008).

Mesmo após a morte, o vínculo tende a prolongar-se através de rituais de despedida, contacto com as famílias e práticas de memória, revelando a continuidade do cuidar para além da vida. Estudos recentes confirmam que esta ligação persistente entre profissionais e famílias constitui uma forma de luto partilhado e de manutenção de laços significativos, que contribui para o ajustamento emocional e para a dignidade do processo de morrer (Hewson et al., 2023; MacEachen et al., 2023).

Assim, o cuidar em Cuidados Paliativos é vivido como um encontro de co-humanização, onde cuidar e ser tocado coexistem.

### **Comunicação e Verdade Compassiva**

A comunicação é reconhecida pelos enfermeiros como o instrumento terapêutico e ético central dos Cuidados Paliativos. Ao mesmo tempo que falar sobre a morte com doentes e fim de vida é uma das maiores dificuldades destes enfermeiros (Azevedo et al., 2018). Mais do que transmitir informação, comunicar é cuidar através da palavra e da escuta, criando um espaço de encontro autêntico com o outro. Tal como referem Watson (2008) e Van der Cingel (2011) o diálogo é uma forma de presença compassiva, onde o profissional acolhe o sofrimento e sustenta o sentido.

Os participantes destacam a importância da comunicação contínua e pedagógica, baseada na repetição paciente e na escuta ativa, que nasce de uma “*sabedoria prática*” (Benner, 2004), em que a atuação do profissional vai se adaptando ao ritmo emocional do doente e da família. A verdade é comunicada com cuidado e sensibilidade, segundo o princípio da “verdade compassiva”, que procura informar sem destruir a esperança, respeitando a autonomia e o

tempo emocional de cada pessoa. Estudos atuais sublinham que a comunicação em fim de vida exige equilíbrio entre veracidade e compaixão, sendo o modo como a verdade é partilhada determinante para preservar a dignidade e o sentido do doente (Kıraç Utku & Şengür, 2025; Zolkefli, 2018).

O uso de metáforas e linguagem simbólica — como “o fim do caminho” — traduz uma forma de mediação afetiva e espiritual, que permite dizer a verdade com compaixão e acompanhar o outro na sua compreensão da finitude (Kıraç Utku & Şengür, 2025; Semino et al., 2018). Ao mesmo tempo, os entrevistados reconhecem o valor da incerteza, admitindo humildemente os limites do saber (“não tenho uma bola de cristal”), numa postura ética de autenticidade e transparência. Sendo mesmo estas competências consideradas críticas e fundamentais para qualquer profissional de saúde (Zolkefli, 2018).

A comunicação é, assim, entendida como ato de coautoria e partilha, onde o enfermeiro acompanha o outro no seu próprio processo de compreender e aceitar. Rejeita-se o paternalismo e privilegia-se o respeito pelo ritmo do doente.

### **Vivência da Morte e Finitude**

Nos Cuidados Paliativos, a morte é vivida pelos enfermeiros não como falha, mas como parte natural e significativa do cuidar. As narrativas evidenciam uma relação íntima com a finitude, marcada por serenidade, respeito e, por vezes, frustração. Tal como refere Van Manen (2007), esta convivência constante com a morte conduz a uma compreensão sensível da experiência humana, na qual o tempo e o sentido adquirem nova profundidade.

A ideia de “boa morte” — uma morte tranquila, com controlo sintomático, uma morte digna — é central e traduz o ideal ético do cuidar paliativo, em linha com diversos autores que defendem que morrer bem é morrer com mínimo sofrimento e intervenções invasivas, preservando a autonomia, dignidade e respeito, alcançando objetivos existenciais e espirituais, mantendo relações significativas e recebendo cuidados humanos num ambiente sereno e seguro (Guo & Jacelon, 2014; Meier et al., 2016). Para os participantes, acompanhar uma morte serena, com controlo sintomático, é alcançar o objetivo máximo do seu cuidado, culminando com o sentimento de “missão cumprida”, confirmando a visão de Frankl (1946/2012) de que o sofrimento pode transformar-se em significado. Contudo, a morte “difícil”, com descontrolo

sintomático, gera sentimentos de impotência e frustração, revelando o desafio ético de conciliar ideais de cuidado com as limitações institucionais (Van der Cingel, 2011).

Vários enfermeiros relatam fenômenos espirituais — doentes que “esperam alguém” ou “escolhem quando partir” — interpretando-os como expressões de transcendência. Esta dimensão espiritual, entendida como forma de ligação e sentido, confirma as reflexões de Puchalski (2002), Timmins e Caldeira (2019), e Delgado-Guay et al. (2011), que reconhecem a espiritualidade como componente intrínseca e humanizadora do cuidar em fim de vida. Os enfermeiros que abordaram este subtema nas suas entrevistas, fizeram-no com um certo fascínio pela mística e desconhecimento associado. Apesar de estas situações não serem, ainda, explicados pela ciência, a sua ocorrência está documentada como por exemplo em Dalcolmo et al. (2025) em que 89.4% da amostra reportou ter presenciado pelo menos um “fenômeno paranormal”, como falecimentos logo após uma visita de alguém muito significativa.

Os profissionais descrevem ainda rituais de despedida e luto antecipatório, formas simbólicas de encerrar o vínculo e transformar a perda em serenidade.

### **Transformação Existencial e Sentido de Vida**

Cuidar do outro no limiar da morte é também um modo de confrontar a própria finitude (Azevedo et al., 2018), conduzindo a um amadurecimento existencial e vivência mais autêntica (Heidegger, 1962; Yalom, 2008). O confronto diário com o sofrimento desperta uma reavaliação das prioridades e um novo olhar sobre o valor da vida (Papadatou, 2009; Yalom 2008). Tal como expõe Frankl (1946/2012), é no sofrimento que o ser humano encontra a possibilidade de sentido, e este estudo confirma essa vivência ao mostrar profissionais que passam a valorizar o tempo, as relações e a autenticidade.

Os enfermeiros descrevem ter aprendido com os doentes a viver intensamente o presente, a “dar valor ao que realmente importa”, ecoando o que Todres, et al., (2014) designam como autenticidade existencial — viver de forma mais consciente e alinhada com o essencial. Esta aprendizagem é igualmente sublinhada por Van Manen (2014) e Puchalski et al. (2014), que reconhecem no encontro com a vulnerabilidade do outro uma oportunidade de crescimento humano e de renovação do sentido da própria vida.

Esta transformação traduz também uma espiritualidade prática (Puchalski, 2002), entendida como busca de sentido e ligação ao outro. O cuidar em fim de vida traduz

um amadurecimento ético, em que o enfermeiro aprende a aceitar a incerteza e a reconhecer a vulnerabilidade partilhada entre todos os seres humanos. Esta aprendizagem é também evidenciada por Arman e Rehnsfeldt (2006), que descrevem o cuidar como experiência de interdependência e crescimento moral, emergente do encontro compassivo com o outro, no qual podemos aprender a ser “melhores seres humanos”.

Cuidar dos outros torna-se, assim, uma forma de autoformação (Steger et al. 2012). Tal como observa Benner (2004), a experiência transforma o profissional, ampliando o seu saber ético e emocional. Para muitos, acompanhar o fim de vida é um “espelho” onde se reconhecem a vulnerabilidade e a gratidão de existir. No fundo, o contacto diário com a morte faz com que os enfermeiros tenham maior consciência da sua finitude, o que conduz os enfermeiros a desenvolver uma filosofia de vida que lhes permita dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte, permitindo uma nova postura perante a vida (Yolanda et al., 2019). Deste modo, esta busca de sentido e transformação existencial, é considerada também uma estratégia de *coping* uma vez que com ela, estes profissionais conseguem regular as suas emoções e viver o seu dia-a-dia com maior tranquilidade. Neste amadurecimento ético, o enfermeiro aprende a aceitar a incerteza e a reconhecer a interdependência humana. Como nos diz Watson (2008), é “a conexão entre humanos que expande nossa compaixão e cuidado e mantém viva nossa humanidade comum.”

### **Formação, Competência e Desenvolvimento Profissional**

Os enfermeiros em Cuidados Paliativos reconhecem que a competência nesta área se constrói para além da técnica, num processo contínuo de aprendizagem experiencial e reflexão ética. A formação académica é percebida como insuficiente, sendo a prática quotidiana o principal espaço de aprendizagem. Tal como defende Benner (2004), o desenvolvimento do enfermeiro é um percurso de “novato a perito”, em que o saber emerge da experiência e do julgamento clínico contextual.

Esta aprendizagem refletida confirma o modelo do profissional reflexivo proposto por Schön (1983), segundo o qual a competência se adquire “pensando na ação e sobre a ação”. Os participantes referem aprender com os desafios, com as perdas e com o contacto com o sofrimento, transformando a prática em espaço formativo. A reflexão sobre o vivido — seja durante o cuidado, seja após ele — permite transformar a experiência em sabedoria prática e sustentar um cuidar mais ético e consciente (Schön, 1983).

Estudos recentes confirmam que a escassez de conteúdos formativos nesta área compromete a preparação dos profissionais para lidar com a morte e o sofrimento, evidenciando a urgência de uma abordagem pedagógica mais humanista e reflexiva (Azevedo et al., 2018; Fernandes, 2012). Destacam a necessidade de integrar dimensões éticas, emocionais e comunicacionais na formação em enfermagem. Assim, o aperfeiçoamento contínuo surge como exigência moral — cuidar bem implica continuar a aprender.

A competência é entendida como sabedoria prática (*phronesis*), resultado da fusão entre conhecimento técnico e sensibilidade ética e moral (Benner, 2004; Eraut, 2000; Rushton, 2023). Inclui a capacidade de decidir com discernimento, de escutar com empatia e de sustentar o sofrimento do outro sem perder integridade moral.

Como sublinha Watson (2008), a verdadeira competência inclui disponibilidade emocional e presença compassiva. Em linha com Arman & Rehnsfeldt, (2006) os enfermeiros descrevem o desenvolvimento profissional como um processo de autoformação e humanização: aprender a cuidar é também aprender a ser.

### **Equipa, Instituições e Estruturas**

Nos Cuidados Paliativos, a prática é vivida num contexto coletivo em que o trabalho em equipa assume papel central. As equipas são descritas como espaços de cooperação, confiança e partilha emocional — verdadeiras comunidades de cuidado. Esta visão confirma o que Clark (2016) tem fundamentado no seu trabalho, nomeadamente a evolução histórica dos Cuidados Paliativos como uma área inter e multidisciplinar.

Contudo, os enfermeiros reconhecem as limitações institucionais: falta de recursos, desigualdades territoriais e ausência de reconhecimento formal. Estudos internacionais e nacionais confirmam esta tensão. Morley et al. (2019) e Pimenta (2015) descrevem que, contextos dominados pelo modelo biomédico, paradigmas curativos e hierarquias rígidas conduzem à frustração ética e desumanização do cuidado.

Apesar das dificuldades, o espírito de equipa é fonte de resiliência e aprendizagem Rushton (2023). À semelhança de Schön (1983), os enfermeiros aprendem uns com os outros, desenvolvendo um saber coletivo sustentado na reflexão e na experiência partilhada. Essa dinâmica confirma a ética relacional de Morin (2000), baseada na inteligência do vínculo e na cooperação. O cuidar em equipa é também um ato espiritual e político, funcionando como uma

resistência silenciosa dentro de sistemas que priorizam a técnica em detrimento da humanidade. (Watson, 2008). Deste modo, reconhecimento mais significativo surge do contacto com doentes e famílias (Tan et al., 2025), onde a validação afetiva compensa a falta de valorização institucional.

A abordagem fenomenológica e utilização do modelo IPA mostrou-se bastante adequada e eficiente, pois de acordo com Van Manen (2014), compreender a experiência vivida implica acolher o seu carácter sensível e relacional, explorando como o fenómeno é vivido no corpo, no tempo e na relação com o outro. Esta visão sustenta a interpretação fenomenológica da experiência de ser enfermeiros em Cuidados Paliativos, para quem o cuidar é um modo de presença.

Os resultados deste estudo revelam uma experiência profissional e humana coerente com o que tem sido descrito pela literatura nacional e internacional. As vivências relatadas pelos enfermeiros marcadas por vocação, aprendizagem, regulação emocional e sentido existencial, confirmam e ampliam o conhecimento existente sobre o cuidar em fim de vida. A convergência entre os achados deste trabalho e as evidências provenientes de diferentes contextos reforça a validade interpretativa dos resultados e sublinha a universalidade dos valores que sustentam a prática paliativa: compaixão, dignidade e presença (World Health Organization, 2018).

#### **Capítulo 4. Limitações e Estudos Futuros**

Podem ser apontadas como limitações deste estudo a heterogeneidade das experiências analisadas e a diversidade do perfil profissional dos participantes. A amostra integra enfermeiros com e sem especialização em Cuidados Paliativos, exercendo funções em contextos distintos — tanto em equipas intra-hospitalares como em equipas de apoio domiciliário. Esta diversidade, ainda que enriqueça a amplitude de perspetivas, poderá ter atenuado a homogeneidade experiencial desejável num estudo de natureza fenomenológica interpretativa. A nível metodológico, destaca-se como limitação o facto de apenas duas das entrevistas terem sido realizadas presencialmente, sendo as restantes conduzidas por videoconferência (Zoom). Esta discrepância pode ter condicionado a riqueza fenomenológica do contacto direto e, por conseguinte, a profundidade da interpretação hermenêutica, aspeto central na abordagem IPA. Não posso deixar de referir que aquando da identificação dos

constituintes essenciais, foi possível identificar uma certa correspondência com algumas das questões presentes no guião da entrevista.

Este trabalho contribui para o reforço da compreensão sobre o impacto ético do cuidado paliativo, propondo novas pistas para a formação de enfermeiros nesta área. Os resultados apoiam a pertinência do estudo, uma vez que os entrevistados sentem, de facto, que os Cuidados Paliativos são, de certa forma, “marginalizados” em Portugal. O investimento é percecionado como insuficiente, o que agrava desigualdades territoriais e não alicia profissionais a entrar ou permanecer na área, principalmente quando falamos numa população envelhecida onde a falta destes profissionais é bastante sentida. Neste sentido conhecer cada vez melhor esta experiência torna-se não só pertinente, mas também necessário.

Futuras investigações poderão colmatar as limitações apresentadas e explorar a experiência de outros profissionais da equipa multidisciplinar, ampliando a compreensão da interdisciplinaridade em Cuidados Paliativos.

## **Capítulo 5. Conclusão**

O presente estudo procurou compreender a experiência subjetiva dos enfermeiros em contextos de Cuidados Paliativos, na tentativa de perceber qual o impacto da exposição ao sofrimento. Os resultados permitiram alcançar este objetivo, evidenciando que apesar da exposição contínua ao sofrimento do outro, os enfermeiros fazem um balanço bastante positivo. O impacto positivo que retiram desta experiência sobrepõem-se largamente ao impacto negativo, pois tal como nos diz Frankl (1946/2012) - “*man is not destroyed by suffering; he is destroyed by suffering without meaning.*” - e estes enfermeiros atribuem muito sentido à sua experiência.

Os resultados mostram que a vocação constitui o eixo identitário do cuidar: um chamamento ético e humano que dá significado à prática. A dimensão emocional traduz-se num equilíbrio entre empatia e autoproteção, permitindo ao enfermeiro permanecer próximo do sofrimento sem se perder nele. A relação com doentes e famílias surge como espaço de encontro autêntico, onde a escuta, o toque e a presença se tornam terapêuticos, e a comunicação é compreendida como expressão ética da verdade dita com compaixão. A morte é integrada como

parte natural do processo, vivida com serenidade e transcendência. A convivência com a finitude conduz a uma transformação existencial, despertando maior consciência do valor da vida, das relações e do tempo presente. O enfermeiro aprende a viver com autenticidade, encontrando no cuidar uma via de crescimento pessoal e espiritual. A competência profissional emerge como sabedoria prática construída na experiência, onde técnica, reflexão e ética se fundem. As equipas constituem espaços de aprendizagem, partilha e resistência moral, sustentando o ideal humano do cuidar em contextos institucionais por vezes adversos.

A experiência dos enfermeiros em Cuidados Paliativos é, acima de tudo, um processo de construção de sentido que integra dimensões pessoais, éticas, emocionais e espirituais. O cuidar é vivido como forma de ser e de estar no mundo, atravessando a técnica e constituindo-se como um processo existencial de construção de sentido, no qual o profissional se transforma através do encontro com a finitude.

Em suma, ser enfermeiro em Cuidados Paliativos é habitar o limiar entre vida e morte, técnica e presença, dor e sentido. Cuidar do outro no fim da vida torna-se também um modo de cuidar da própria humanidade, descobrindo significado mesmo na fragilidade e na impermanência.

## Referências

- Alanazi, M. A., Shaban, M. M., Elsayed, M., Zaky, M. E., Mohammed, H. H., Amer, M., & Shaban, M. (2024). Navigating end-of-life decision-making in nursing: a Systematic Review of Ethical Challenges and Palliative Care Practices. *Biomed Central Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02087-5>
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). The Presence of Love in Ethical Caring. *Nursing Forum*, 41(1), 4–12. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2006.00031.x>
- Azevedo, V., Capelas, M. L., & Coelho, S. P. (2018). Estratégias de coping utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer. *Revista Portuguesa de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 5(2), 10–18.
- Bach, V., Ploeg, J., & Black, M. (2009). Nursing roles in end-of-life decision making in critical care settings. *Western Journal of Nursing Research*, 31(4), 496–512. <https://doi.org/10.1177/0193945908331178>
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188–199. <https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Brocki, J. M., & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology & Health*, 21(1), 87–108. <https://doi.org/10.1080/14768320500230185>
- Clark, D. (2016). *To comfort always : a history of palliative medicine since the nineteenth century*. Oxford University Press.
- Dalcolmo, U., Bertão, M., Castro, L., & Rego, F. (2025). Study of End-of-Life Paranormal Phenomena Recognized by Palliative Care Health Professionals in Portugal. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228251347052>
- Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S., & Bruera, E. (2011). Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer

- Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 986–994. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.09.017>
- Durmuş Sarıkahya, S., Gelin, D., Çınar Özbay, S., & Kanbay, Y. (2023). Experiences and Practices of Nurses Providing Palliative and End-of-Life Care to Oncology Patients: A Phenomenological Study. *Florence Nightingale journal of nursing*, 31(Supp1), S22–S30. <https://doi.org/10.5152/FNJV.2023.23042>
- Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70(1), 113–136. <https://doi.org/10.1348/000709900158001>
- Fernandes, M. A. B. (2012). *Formação em Cuidados Paliativos* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Festic, E., Wilson, M. E., Gajic, O., Divertie, G. D., & Rabatin, J. T. (2012). Perspectives of physicians and nurses regarding end-of-life care in the intensive care unit. *Journal of Intensive Care Medicine*, 27(1), 45–54. <https://doi.org/10.1177/0885066610393465>
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Frankl, V. E. (2012). *O homem em busca de um sentido* (I. Sá-Chaves, Trad.). Lua de Papel. (Obra original publicada em 1946)
- Guo, Q., & Jacelon, C. S. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine*, 28(7), 931–940. <https://doi.org/10.1177/0269216314528399>
- Hebert, K., Moore, H., & Rooney, J. (2011). The Nurse Advocate in End-of-Life Care. *Ochsner journal*, 11(4), 325–329.
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time* (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.). Blackwell. (Original work published 1927)

- Hewson, H., Galbraith, N., Jones, C., & Heath, G. (2023). The impact of continuing bonds following bereavement: A systematic review. *Death Studies*, 48(10), 1–14. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2223593>
- Kıraç Utku, İ., & Şengür, E. (2025). Truth-Telling to Palliative Care Patients from the Relatives' Point of View: A Türkiye Sample. *Healthcare*, 13(14), 1644. <https://doi.org/10.3390/healthcare13141644>
- Langdrige, D. (2007). *Phenomenological Psychology: Theory, Research and Method*. Harlow: Pearson Education.
- Larkin, M., Eatough, V., & Osborn, M. (2011). Interpretative phenomenological analysis and embodied, active, situated cognition. *Theory & Psychology*, 21(3), 318–337. <https://doi.org/10.1177/0959354310377544>
- Laverty, S.M., (2003). Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 1, 1–29
- MacEachen, D., Johnston, B., & McGuire, M. (2023). Memory making in critical care: A qualitative thematic synthesis. *Nursing in Critical Care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.12983>
- Manen, M. V. (2007). Phenomenology of Practice. *Phenomenology & Practice*, 1(1). <https://doi.org/10.29173/pandpr19803>
- Meier, E. A., Gallegos, J. V., Thomas, L. P. M., Depp, C. A., Irwin, S. A., & Jeste, D. V. (2016). Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(4), 261–271. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.01.135>
- Ministério da Saúde. (2016). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – 2017-2018*. Lisboa.
- Morin, E. (2000). *Os sete saberes necessários à educação do futuro* (2ª ed.). São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO

- Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2019). What is “moral distress” in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing Ethics*, 27(5), 1297–1314. <https://doi.org/10.1177/0969733019874492>
- Observatório Português de Cuidados Paliativos. (2024). *Relatório de Outono 2023*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/13116/file>
- Okyere, J. (2023). “Completely by accident”: a qualitative analysis of service providers motivations to practice palliative care. *Palliative Care and Social Practice*, 17. <https://doi.org/10.1177/26323524231201869>
- Papadatou, D. (2009). *In the face of death: Professionals who care for the dying and the bereaved*. NY: Springer
- Paterson, L. A., & Maritz, J. E. (2024). Nurses’ experiences of the family’s role in end-of-life care. *Health SA Gesondheid*, 29(1), 2565. <https://doi.org/10.4102/hsag.v29i0.2565>
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O’Connor, M., McDermott, F., Hood, K., & Morphet, J. (2013). How death anxiety impacts nurses’ caring for patients at the end of life: A review of literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14–21. <https://doi.org/10.2174/1874434601307010014>
- Pietkiewicz, I. & Smith, J.A. (2012) Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 361–369.
- Pimenta, S. A. R. (2015). *Cuidados paliativos: Perspetivas dos enfermeiros sobre o cuidar em fim de vida* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56–E62. <https://doi.org/10.1188/10.cjon.e56-e62>
- Puchalski, C. M. (2002). Spirituality and End-of-Life Care: A Time for Listening and Caring. *Journal of Palliative Medicine*, 5(2), 289–294. <https://doi.org/10.1089/109662102753641287>

- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Royani, Z., Yazdi, K., & Reza, G. (2024). Motivations behind end-of-life care: a qualitative study of Iranian nurses' experiences. *BMC Palliative Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01582-5>
- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412–420. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>
- Rushton, C. H. (2023). Transforming Moral Suffering by Cultivating Moral Resilience and Ethical Practice. *American Journal of Critical Care*, 32(4), 238–248. <https://doi.org/10.4037/ajcc2023207>
- Sabo, B. (2008). Adverse psychosocial consequences: Compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: Are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable? *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), 23. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.41929>
- Salvage, A. (2014). Caring towards Death: A Phenomenological Inquiry into the Process of Becoming and Being a Hospice Nurse. In *SAGE Publications Ltd eBooks*. SAGE Publishing. <https://doi.org/10.4135/978144627305014535357>
- Saunders, C. (2001). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, 41(1), 7–13. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00110-5)
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books
- Semino, E., Zsófia Demjén, Hardie, A., Payne, S., & Rayson, P. (2018). *Metaphor, Cancer and the End of Life*. <https://doi.org/10.4324/9781315629834>
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare

- literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69(69), 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2), 261–271. <https://doi.org/10.1080/08870449608400256>
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39–54. <https://doi.org/10.1191/1478088704qp004oa>
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (pp. 51–80). London: SAGE.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications.
- Steger, M. F., Dik, B. J., & Duffy, R. D. (2012). Measuring Meaningful Work. *Journal of Career Assessment*, 20(3), 322–337. <https://doi.org/10.1177/1069072711436160>
- Tan, L., Sheri, S., Goh, Y. Y., Fong, R., Ranitha Govindasamy, Ong, Y. T., Binte, A., Li, T., & Krishna. (2025). Experiences of healthcare professionals providing palliative care in home settings - a scoping review. *BMC Palliative Care*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01728-z>
- Timmins, F., & Calderia, S. (2019). *Spirituality in healthcare : perspectives for innovative practice*. Springer.
- Todres, L., Galvin, K. T., & Dahlberg, K. (2014). “Caring for insiderness”: Phenomenologically informed insights that can guide practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 21421. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.21421>
- Ullrich, A., Hollburg, W., Schulz, H., Goldbach, S., Rommel, A., Müller, M., Kirsch, D., Kopplin-Foertsch, K., Messerer, J., König, L., Schulz-Kindermann, F., Bokemeyer, C., & Oechsle, K. (2022). What are the personal last wishes of people with a life-limiting

- illness? Findings from a longitudinal observational study in specialist palliative care. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00928-1>
- Van der Cingel, M. (2011). Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics*, 18(5), 672–685. <https://doi.org/10.1177/0969733011403556>
- Watson, J. (2008) *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Revised Edition, University Press of Colorado, Boulder.
- Webster, J., & Kristjanson, L. J. (2002). "But isn't it depressing?" The vitality of palliative care. *Journal of palliative care*, 18(1), 15–24.
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2nd ed.). Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. World Health Organization. <https://www.who.int/serviceeliverysafety/en>
- Yalom, I. D. (2008). *Staring at the sun : overcoming the terror of death*. Jossey-Bass
- Yolanda, A., Pereira, E. R., Mary, R., Carla, R., & Luís, F. (2019). El sentido de la vida como recurso espiritual para el cuidado en oncología. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4).
- Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2017). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e39–e49. <https://doi.org/10.1111/jocn.13975>
- Zolkefli, Y. (2018). The Ethics of Truth-Telling in Health-Care Settings. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 25(3), 135–139. <https://doi.org/10.21315/mjms2018.25.3.14>