



Instituto Português de Oncologia – Porto



Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Universidade do Porto



Thomas Jefferson University - USA

CURSO DE MESTRADO EM ONCOLOGIA

***STRESS E COPING* NOS ENFERMEIROS DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA**

Dissertação de Mestrado da Licenciada:

PAULA MANUELA PIRES MARQUES MIGUEL BATISTA

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Oncologia, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, sob orientação do Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós.

PORTO, 2008

Ao Joaquim Júlio e M^a Conceição, a quem devo a vida
Ao Manuel e à Cátia, a minha razão de viver

AGRADECIMENTOS

Ao orientador desta tese, Professor Doutor Paulo Queirós, pela disponibilidade, sugestões e apoio incansável, que sempre demonstrou.

À Dr^a Piedade, pela ajuda e atenção oferecidas.

Ao Conselho de Administração do Hospital onde este estudo foi efectuado, pelas facilidades concedidas na recolha de dados para a realização desta investigação.

A todos os enfermeiros que se disponibilizaram a participar neste estudo.

Aos colegas e amigos, M^a Odete Borges, Conceição Jasmins, Eduardo Seixas, pela ajuda prestada.

Um obrigada especial à pequena Cátia Batista pela compreensão das ausências e pouca disponibilidade da mãe, enquanto realizava este trabalho.

E a todos os que de algum modo, possibilitaram e contribuíram para que este estudo fosse uma realidade.

A todos, muito obrigada.

RESUMO

. As situações que representam uma ameaça podem ser causadoras de *stress*. Os enfermeiros, devido ao trabalho complexo e rigoroso que desempenham, principalmente ao cuidar de doentes oncológicos em fase terminal, encontram estas situações frequentemente.

Com a realização deste trabalho, pretendemos alcançar os seguintes objectivos: conhecer os sentimentos e as emoções dos enfermeiros perante doentes oncológicos em fase terminal; saber quais os aspectos que consideram indutores de *stress*; conhecer as suas estratégias de *coping*; e identificar as necessidades sentidas para evitar ou minimizar as situações de *stress*. Este estudo foi realizado num Serviço de Cuidados Paliativos, sendo a amostra constituída por onze enfermeiros. Optamos por uma pesquisa descritiva inserida numa abordagem etnometodológica e a recolha de dados foi feita através de entrevista semi-estruturada.

Os resultados deste estudo, mostram-nos que os enfermeiros experimentam sentimentos e emoções variados, tanto positivos como negativos, durante a sua prática de cuidar. Reconhecem que se envolvem emocionalmente e consideram que é um desafio trabalhar neste serviço, no entanto, são unânimes na satisfação profissional.

Os factores de *stress* referidos pelos enfermeiros estão relacionados com: conflitos na equipa, nomeadamente em relação aos médicos; conflitos organizacionais, sobretudo a sobrecarga de trabalho; desgaste físico e emocional, particularmente os cuidados à família. As técnicas de *coping* mais usadas são os *hobbies*, a partilha das vivências com a equipa, familiares e amigos, e o distanciamento do pensamento.

No que diz respeito às necessidades sentidas pelos enfermeiros, sublinham a necessidade de um psicólogo na equipa, reuniões multidisciplinares, promoção de actividades lúdicas por parte da instituição e diminuição da carga horária.

Reconhecer os factores de *stress* e saber preveni-los é fundamental, pois, é primordial que os enfermeiros cuidem de si, para poderem cuidar dos outros. Também as instituições devem ter um conhecimento cabal destes factores e das estratégias de *coping* disponíveis, para que possam ajudar os seus profissionais a ser produtivos.

ABSTRACT

Situations that represent stress can be the cause of stress. Due to the complex and rigorous work that nurses have, especially caring for cancer patients in a terminal phase, they come into contact frequently with these situations.

While elaborating this research, we intend on achieving the following goals: have knowledge of the emotions and feelings of nurses who work with cancer patients in a terminal phase; know which aspects they consider stress inducers, know their coping strategies, and identify the needs they feel in order to avoid or minimize stress situations. This study was performed in a Palliative Care Unit, and the population was 11 nurses. We chose a descriptive research inserted in an ethnomethodological approach and the gathering of data was made through a semi-structured interview.

The results of this study show that nurses experience different feelings and emotions, both negative and positive, during their practice. They realize that they get emotionally involved and consider that it is a challenge to work in this unit, but are however unanimous in revealing professional satisfaction.

Stress factors referred by the nurses are related with: conflicts within the team, specifically in relation with the doctors; organizational conflicts, specially the work overload; physical and emotional distress, particularly related with care to the family.

The most frequently used coping techniques are hobbies, sharing experiences with the working team, family members and friends, and distancing thought.

In relation to the needs felt by nurses, we enhance the need for a psychologist as part of the team, multidisciplinary meetings, the promotion of leisure activities by the institution and reducing the working hours.

It is fundamental to recognize factors that induce stress and know how to prevent them, for it is of utmost importance that nurses take care of themselves in order to care for others. The institutions should also have profound knowledge of these factors and the available coping strategies in order to help their professional health staff be more productive.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1 - O ENFERMEIRO E A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	21
2 - O DOENTE ONCOLÓGICO	28
3 - CUIDADOS PALIATIVOS	32
3.1 - EQUIPA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS	36
3.2 - O DOENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL	38
3.3 - ALTERAÇÕES BIOPSISSOCIAIS DO DOENTE <i>VERSUS</i> SOFRIMENTO	42
3.4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DO DOENTE EM FASE TERMINAL	44
3.5 - NECESSIDADES DOS FAMILIARES DO DOENTE TERMINAL	47
3.6 - RELAÇÃO ENFERMEIRO / DOENTE / FAMÍLIA	50
4 - O <i>STRESS</i>	56
4.1 - CONCEITO DE <i>STRESS</i>	56
4.2 - HISTÓRIA	57
4.3 - A INEVITABILIDADE DO <i>STRESS</i>	58
4.4 - <i>STRESS</i> <i>VERSUS</i> ANSIEDADE	60
4.5 - MODELO COMPREENSIVO DE <i>STRESS</i>	61
4.6 - SITUAÇÕES OU CIRCUNSTÂNCIAS INDUTORAS DE <i>STRESS</i>	62
4.7 - RESPOSTA AO <i>STRESS</i>	66
4.8 - MANIFESTAÇÕES DO <i>STRESS</i>	67
4.9 - CUSTOS DO <i>STRESS</i>	68
4.10 - <i>STRESS</i> OCUPACIONAL E ENFERMAGEM	69

4.11 - O ENFERMEIRO E O <i>STRESS</i> EM ONCOLOGIA E NOS CUIDADOS PALIATIVOS	74
5 - <i>COPING</i>	84
5.1 - <i>COPING</i> EM ONCOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS	89
 PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	 99
 1 - METODOLOGIA	 101
1.1- OBJECTO DE ESTUDO, OBJECTIVOS, MODELO DE ESTUDO E LIMITAÇÕES	102
1.2 - POPULAÇÃO / AMOSTRA	105
1.3 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	106
1.4 - ÉTICA NA INVESTIGAÇÃO	106
1.5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS / ENTREVISTA	107
1.5.1 - Guião para a entrevista	109
1.6 – ANÁLISE INTERPRETATIVA DOS DADOS	111
 PARTE III - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	 113
 1 - SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELO ENFERMEIRO QUE CUIDA DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL NUM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS.	 115
1.1 - SENTIMENTOS E EMOÇÕES	115
 2. - FACTORES DE <i>STRESS</i> PRECEPCIONADOS PELOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL NUM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS.	 128
2.1 - CONFLITOS NA EQUIPA	128
2.2 - CONFLITOS ORGANIZACIONAIS/ INSTITUCIONAIS	137
2.3 - DESGASTE FÍSICO E EMOCIONAL	139

3 - ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA PREVENIR OU ALIVIAR O <i>STRESS</i>, PROVOCADO ENQUANTO CUIDADORES DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL.	145
3.1 - ESTRATÉGIAS FOCADAS NA EMOÇÃO	145
3.2 - ESTRATÉGIAS FOCADAS NA INTER-ACÇÃO SOCIAL	149
3.3 – ESTRATÉGIAS FOCADAS NO PROBLEMA	150
 4 - NECESSIDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL NUM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS., EM RELAÇÃO A FACTORES REDUTORES OU MINIMIZANTES DE <i>STRESS</i>.	154
4.1 – A NÍVEL DA ORGANIZAÇÃO / INSTITUIÇÃO	154
4.2 – A NÍVEL DO SERVIÇO	159
4.3 - A NÍVEL DA EQUIPA	160
 5 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES	164

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama - 1	Sentimentos vivenciados pelo enfermeiro que cuida de doentes oncológicos em fase terminal num serviço de cuidados paliativos.	127
Diagrama - 2	Factores de <i>stress</i> percebidos pelos enfermeiros que cuidam de doentes oncológicos em fase terminal num serviço de cuidados paliativos.	144
Diagrama - 3	Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos enfermeiros para prevenir ou aliviar o <i>stress</i> , provocado enquanto cuidadores de doentes oncológicos em fase terminal.	153
Diagrama - 4	Necessidades sentidas pelos enfermeiros que cuidam de doentes oncológicos em fase terminal num serviço de cuidados paliativos, em relação a factores redutores ou minimizantes de <i>stress</i> .	163

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização da amostra	106
Quadro 2	Guião da entrevista semi-estruturada	110

INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem, com ênfase dado aos cuidados de enfermagem individualizados, exige que o enfermeiro ultrapasse as relações superficiais com o doente de forma a avaliar as suas necessidades individuais.

A prestação de cuidados a doentes do foro oncológico em situação terminal, atendendo às suas características próprias, é fonte de desgaste, pelo que decidimos que este trabalho se iria relacionar com o *stress* do enfermeiro numa Unidade de Cuidados Paliativos. É um assunto que nos desperta particular interesse, pelas importantes repercussões que podem daí advir.

O doente oncológico espera muito mais do pessoal de saúde do que a execução de técnicas mais ou menos sofisticadas. Ele procura no enfermeiro o suporte humano na busca desesperada de alívio para a sua doença e para o seu sofrimento. Esta procura aumenta quando o doente se encontra numa fase terminal.

As exigências a que os enfermeiros estão sujeitos são muitas, tanto físicas como emocionais, consequência de um trabalho complexo e rigoroso.

O lidar com situações que de algum modo representam uma ameaça, tal como a comunicação que o enfermeiro mantém com o doente, o lidar com as emoções manifestadas por estes e seus familiares e o confronto com a morte e com sofrimento podem ser causadores de *stress*.

Mobily *et al.* (1992), comprovaram que um dos factores que podem induzir níveis elevados de *stress* é a exposição continua a doentes com uma patologia física e emocional e com desenlace fatal.

Vaz Serra (2002), por sua vez, refere que as perdas de vida de doentes oncológicos constituem uma fonte assinalável de *stress*, sendo a morte, para quem a observa, um facto existencial que realça a natureza finita do ser humano.

Este problema é importante e reconhecido, já que a actual Carreira de Enfermagem publicada no D.L. 437/91 de 8 de Novembro contempla no seu artigo 57º, compensações pelo exercício de funções em condições particularmente penosas, nomeadamente o exercício de funções em unidades de internamento de doentes do foro oncológico. Estas compensações referem-se ao direito a cinco dias úteis ao fim de um

ano de trabalho efectivo nestes serviços; e ao benefício de uma redução no horário de trabalho de uma hora semanal, por cada triénio de exercício efectivo, até ao limite de 30 horas semanais e sem perda de regalias.

As situações indutoras de *stress* têm sido objecto de estudo em diversas categorias profissionais. No âmbito da profissão de enfermagem constatamos existirem estudos sobre este tema em diversas áreas, sendo escassas no âmbito dos cuidados paliativos. Deste modo, parece-nos que o problema é pertinente.

Sendo o Serviço de Cuidados Paliativos uma unidade que cuida essencialmente de doentes oncológicos em fase terminal da sua vida, e no intuito de estudar o *stress* e os mecanismos de *coping* nos enfermeiros, partimos de uma questão central que orienta esta pesquisa, que é: quais os factores relacionados com o cuidar destes doentes, vivenciados no serviço, que os enfermeiros consideram que provocam ou poderão provocar *stress* e quais são os mecanismos de *coping* que eles desenvolvem e utilizam para aliviar ou prevenir o *stress* enquanto cuidadores de doentes oncológicos em fase terminal?

Assim, no âmbito desta dissertação, precisámos e circunscrevemos o objecto de estudo – *Stress* e *coping* nos Enfermeiros dos Cuidados Paliativos em Oncologia.

Os objectivos que visamos atingir com este estudo são os seguintes:

- Conhecer e descrever os sentimentos e emoções que os enfermeiros vivenciam perante um doente em fase terminal de vida.
- Saber quais os aspectos que os enfermeiros consideram indutores de *stress*, relacionado com a prática de cuidar de doentes em fase terminal de vida.
- Conhecer as estratégias de *coping* praticadas pelos enfermeiros para combater o *stress* provocado pela prática directa de cuidar de doentes em fase terminal.
- Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros para que as situações de *stress* sejam evitadas ou minimizadas, enquanto cuidadores de doentes oncológicos em fase terminal.

Posto isto, a apresentação deste estudo será feita em três partes, que constitui um todo.

Numa primeira parte, consta o enquadramento teórico do tema que pretendemos estudar. Nela procurámos incluir concepções teóricas que constituem uma base de apoio para a análise e discussão dos dados. Esta parte integra conceitos e teorias sobre o

enfermeiro e a profissão de enfermagem, o doente oncológico, os cuidados paliativos, e por fim focaremos o *stress* e os mecanismos de *coping*.

Na segunda parte, apresentamos e descrevemos as opções metodológicas utilizadas e o percurso realizado, tentando ilustrar a problemática do estudo, justificando a nossa opção pela abordagem descritiva do tipo etnometodológico e as principais etapas do processo de investigação, destacando as limitações deste estudo

Na terceira parte, revelamos a análise e a interpretação dos dados obtidos, apresentamos as conclusões e sugestões.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - O ENFERMEIRO E A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

A profissão de enfermagem é uma profissão de ajuda com bases científicas mas que muitos consideram uma arte. *“A sua arte permite ir ao auxílio de uma pessoa, contribuindo para o seu bem-estar e para a sua saúde”* (Fernandes, 2007:39). A enfermagem vê o Homem como um ser biológico e psíquico que vive num meio sócio-cultural capaz de interagir e que é susceptível de ser cuidado quando necessita.

A Associação Americana de Enfermagem (1980), define a enfermagem como: o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas reais ou potenciais de saúde, apresentando uma lista das respostas humanas que constituem o objectivo da intervenção da enfermagem:

- Limitações do auto-cuidado;
- Prejuízo das funções de repouso, sono, ventilação, circulação, actividade, nutrição, eliminação, pele e sexualidade;
- Dor e desconforto;
- Problemas emocionais relacionados à doença e tratamento, eventos que ameaçam a vida, ou experiências diárias tais como ansiedade, perda, solidão e mágoa;
- Distorção de funções simbólicas, reflectidas em processos interpessoais e intelectuais, tais como alucinações;
- Dificuldades na toma de decisões e na capacidade de realizar escolhas pessoais;
- Alterações de auto-imagem ocasionadas pelo estado de saúde;
- Orientações para a percepção disfuncional da saúde;
- Eventos relacionados aos processos de vida, tais como: nascimento, crescimento, desenvolvimento e morte; e
- Relacionamentos problemáticos.

O Enfermeiro tem a responsabilidade de demonstrar e se responsabilizar pelo seu papel como definido anteriormente.

Para Roper *et al.* (1988), ser enfermeiro é ajudar a pessoa a progredir para a sua máxima independência, em cada uma das actividades da sua vida quotidiana e ajudar a manter-se aí.

Gonzalez *et al.* (1997:79) são da opinião que o enfermeiro é “(...) *uma pessoa dedicada à assistência aos doentes. Profissional sanitário que reúne o conhecimento e domínio das técnicas de prestação de cuidados aos doentes. Pessoa que está na posse do título académico e licença profissional que a capacita para prestar cuidados de enfermagem*”.

O ponto 2 do artigo 4º do D.L.161/96 de 4 de Setembro, que regulamenta o exercício profissional dos enfermeiros, postula que o enfermeiro é o um profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científica, técnica e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupo e comunidade aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

No desempenho de suas funções, é comum ao enfermeiro encontrar pessoas bem e mal, em muitas situações clínicas diferentes, vêem pessoas saudáveis tornarem-se doentes e pessoas doentes tornarem-se saudáveis outra vez.

É função do enfermeiro assistir o indivíduo doente ou saudável, no desempenho de suas actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para a morte serena, actividades estas que ele realizaria sem ajuda se possuísse a força, o desejo ou o conhecimento), actuando de maneira a ajudá-lo a ganhar independência o mais rápido possível.

“Ser enfermeiro significa dar uma atenção particular ao outro, prestar ajuda utilizando as competências profissionais que lhe são próprias e compreender a atribuição de uma determinada parte dos benefícios da saúde aos cuidados de enfermagem” (Alínea a) do art. 90º do Código Deontológico dos Enfermeiros) (Nunes *et al.* 2005).

Vieira (2007:87), refere que o *International Council of Nurses* apresentou uma primeira definição para enfermeiros (conhecidos como *Registered Nurse*) em 1965 e que foi revista em 1975 e é actualmente a seguinte:

“A enfermagem inclui os cuidados autónomos e colaborativos, que se prestam a pessoas de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou sãos, em todos os contextos, e incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados aos enfermos, deficientes e pessoas moribundas. As funções essenciais da enfermagem são a

defesa e a promoção de um ambiente seguro, a investigação, a participação na política de saúde e a gestão dos pacientes e dos sistemas de saúde, e a formação”.

Para Watson (1985), citado por Reis e Rodrigues (2002:30) *“os valores da enfermagem situam-se num contexto de responsabilidade, dirigindo-se pela acção para a manutenção, restauração e mobilização da vida humana com vista à preservação da dignidade do ser humano”.*

A enfermagem que se preconiza defende uma perspectiva holística da sociedade e do ser humano e afirma a sua integralidade e valor, da concepção á morte (Vieira, 2007).

O enfermeiro é um profissional que presta cuidados aos doentes tal como outros profissionais, no entanto, distinguem-se pela maneira como dirige e expressa esse cuidado.

A enfermagem é uma ciência humana, em que a sua função tanto na ciência como na sociedade é cuidar da totalidade da pessoa humana (Watson, 2002).

Cuidar, segundo Collière (2003), é a primeira arte da vida, uma verdadeira criação que participa da vida de todos os indivíduos de uma maneira muito presente em todos os momentos da sua vida.

Cuidar é a primeira “arte da vida”, mas cuidar numa perspectiva das necessidades do doente, indica uma maneira de o enfermeiro se ocupar de alguém tendo em consideração as suas necessidades, os seus desejos e os seus projectos (Honoré, 2004).

Hesbeen (2000), citando Watson (1985), refere que a essência dos cuidados é a acção interpessoal entre enfermeiro e do doente com vista a produzir neste, um resultado terapêutico.

Segundo Amendoeira (2006), citando Meleis, o enfermeiro interage com a pessoa numa situação de saúde/doença, tendo em conta que esta pessoa faz parte de um contexto sociocultural e que está em alguma espécie de transição ou antecipação dessa mesma transição. A relação enfermeiro/doente é organizada à volta de um propósito que é: o processo de enfermagem, resolução de problemas e intervenção holística, na qual o enfermeiro usa a intervenção terapêutica para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar da pessoa (Lopes, 2006).

Collière (1999), distingue dois tipos de cuidados: os cuidados quotidianos e habituais, sendo estes um conjunto de acções que asseguram a satisfação das

necessidades humanas básicas; e os cuidados de reparação, que se referem à continuidade da vida que se depara com obstáculos como sejam a doença.

Segundo Honoré (2004), existem duas formas de cuidar: a forma quotidiana e a forma autêntica. A primeira dirige-se ao indivíduo mas esquecendo a pessoa. Trata-se de uma forma que não é considerada autêntica. Para a segunda, o cuidar torna-se um agir com respeito pela vida propriamente humana.

Quando se incorpora nos cuidados o conhecimento do doente, tempo para o atender, compaixão para partilhar o seu sofrimento, disponibilidade para estabelecer uma relação recíproca, confiança na possibilidade de concretização de projectos comuns, coragem para correr risco e um permanente compromisso de presença, está-se a oferecer o cuidado justo a que o doente tem direito (Vieira, 2007).

“Cuidar de alguém requer um compromisso pessoal, moral e social pressupondo um estar com a pessoa como um outro eu” (Frias, 2003:45)

Assim sendo, cuidar, é estar disponível para o outro, caracterizando-se pela abertura, confiança e compreensão e demonstrando atenção e solicitude para o ajudar a promover, manter ou restabelecer o seu bem-estar (Fernandes, 2007). Implica humanismo, de modo a que o doente se sinta rodeado de profissionais competentes, disponíveis para responderem às suas necessidades.

Os cuidados humanos são o ideal moral da enfermagem, apresentando alguns pressupostos da ciência de cuidar, que segundo Neil (2002) são:

O cuidar deve ser baseado numa relação interpessoal, para que o cuidado se torne verdadeiro; O cuidar verdadeiro promove a saúde e permite que o crescimento individual e /ou familiar; o cuidar é o resultado de diversas acções que promovem a satisfação de determinadas necessidades humanas; Num cuidar verdadeiro há aceitação do outro tal como ele é; O verdadeiro cuidar permite que a pessoa desenvolva o seu potencial permitindo que esta faça as suas escolhas e aja beneficemente num dado momento ou situações da sua vida; Cuidar complementa o curar, no entanto o cuidar integra conhecimentos sobre o ser humano; A prática do cuidar é fundamental e indispensável para a enfermagem.

Para Gameiro (2003), a chave para a verdadeira humanização dos cuidados recai no reconhecimento da multidimensionalidade da dor e do sofrimento.

Para Mayeroff citado por Cerqueira (1999), cuidar é ajudar o doente a crescer e a desenvolver-se, num processo em que a amizade e a confiança mútuas vão transformar essa mesma relação. O doente deve ser visto como extensão do enfermeiro, mas simultaneamente, como alguém diferente com direitos próprios, que tem potencialidades a desenvolver, contudo necessitando de apoio. Para se cuidar é necessário devoção. Para ele não há cuidar quando não há devoção, pois a devoção não só avalia a extensão do cuidar, bem como a capacidade de estar presente, tanto intelectual como emocionalmente. Implica ainda obrigações, que são sentidas como tal, desde que haja uma convergência entre o que se sente que deve ser feito e o que se quer fazer. O mesmo autor descreve alguns conceitos, a que chama ingredientes major do cuidar: saber, ritmos alternados, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança e coragem.

Saber: Não é suficiente ter vontade ou desejo de ajudar. São imprescindíveis certos conhecimentos. Uma base de conhecimento teórico é condição necessária para se poder ir ao encontro do doente e ser-se capaz de detectar, diagnosticar e responder às suas necessidades.

Ritmos alternados: este conceito refere-se ao *feed-back* da relação. Corresponde à constante verificação e avaliação do cuidar. O enfermeiro, por um lado, precisa de sentir a resposta da parte do doente para poder avaliar e reformular as suas estratégias. Por outro lado, o doente tem necessidades de se sentir como elemento fulcral da equipa de saúde. A cumplicidade entre ambos é a base necessária para que se construa uma relação terapêutica eficaz.

Paciência: reflecte-se pela capacidade de ajudar o outro no seu próprio tempo e à sua vontade. Cuidar do doente pacientemente é sinal que o enfermeiro acredita no seu desenvolvimento e tem a consciência de que o tempo do doente não é igual ao seu. É no cuidar com paciência que o enfermeiro cria espaço para se descobrir, descobrindo o outro.

Honestidade: quem cuida deve ser honesto consigo próprio, fazer um esforço por ver o outro como ele é, e esforçar-se por ser capaz de avaliar as suas acções e a eficácia do seu cuidar.

Confiança: a confiança no cuidar implica deixar o outro crescer no seu tempo e à sua medida, implicando tomadas de decisão compatíveis com a sua experiência e

habilidades, sentindo que confiam nele. Atitudes e sentimentos de super-protecção impedem que o doente desenvolva a sua auto-confiança e auto-estima, valores fundamentais para o seu desenvolvimento e independência.

Humildade: quando quem cuida reconhece que não conhece tudo ou assume que a sua forma de cuidar não é a única nem a privilegiada.

Esperança: significa reconhecer as possibilidades do presente. Devemos ter em conta todos os meios e avanços tecnológicos postos ao nosso serviço, a competência e empenhamento dos profissionais de saúde e, ainda, ter a consciência de que viver plenamente o presente passa por aceitar a incerteza do futuro.

Coragem: cuidar pode transportar-nos para o desconhecido. Quem cuida deve confiar no outro, na sua habilidade, experiências e conhecimentos para avançar, ainda que não esteja certo do que possa encontrar.

Segundo as ideias do mesmo autor, é fundamental o enfermeiro conhecer-se e entender-se a si próprio para que, entrando no mundo do outro não perca a sua identidade e continue capaz de se orientar. Para ele, este processo é entendida, acima de tudo, como uma relação de “estar com”.

Segundo Lazure (1994), os enfermeiros devem possuir determinadas características inerentes ao acto de cuidar, que podem ser traduzidas pelo dar. O Enfermeiro deve saber dar: do seu tempo; da sua competência; do seu saber; do seu interesse e da capacidade de escuta e de compreensão.

Segundo Frias (2003), citando Pacheco (2000:46): *” cuidar ajuda o enfermeiro como a pessoa que cuida a afirmar-se e requer uma reflexão, uma intencionalidade, uma acção e uma procura de novos conhecimentos que os ajudarão a descobrir novos meios no processo de cuidar, durante a experiência de saúde – doença, esperando-se resultados positivos para ambos”*.

O cuidar de um doente em fim de vida quando a morte é eminente, assenta sobretudo no acompanhamento e no conforto do doente (Pacheco, 2001).

Vieira (2007:116) refere que *“aquele que sofre oferece àquele que cuida a oportunidade de responder ao seu apelo e compensar a sua vulnerabilidade; e mesmo no extremo da desigualdade, que é o momento da agonia, oferece um suspiro que precisa ser escutado, oferece uma mão que se dá para ser tocada”*.

Cuidar do outro, é ajuda-lo a ultrapassar os seus medos, partilhar amor, fidelidade, é aliviar-lhe a dor quanto possível e ensiná-lo a viver com a sua fragilidade seja ela qual for, é garantir que o doente se sinta importante para os outros e que a sua doença não seja a causadora do seu isolamento.

Para cuidar verdadeiramente de alguém, o enfermeiro tem que dar muito de si e gostar do que faz, porque: *“só se cuida verdadeiramente quando se gosta de ser enfermeiro, quando se gosta de si mesmo, quando se gosta do outro e quando estes sentimentos geram em cada dia uma maior auto-estima.”* (Valeriano, 1990: 41)

2 - O DOENTE ONCOLÓGICO

A doença oncológica, vulgarmente conhecida por cancro, continua a ser muito conhecida e igualmente temida pela opinião pública (Ribeiro, 1998).

Apesar de todos os progressos científico-tecnológicos e a incessante busca de cura para esta terrível doença, o cancro continua a ser a segunda maior causa de morte nos países industrializados, sendo responsável, aproximadamente por 60% de todas as mortes que ocorrem em indivíduos com idade superior a 65 anos e a principal causa de mortalidade em crianças até aos 14 anos.

O lugar de destaque que o cancro ocupa na nossa sociedade resulta da sua incidência significativa e crescente entre as causas de morte e porque na realidade é difícil encontrar uma pessoa que alguma vez não tenha tido alguém muito próximo ou um familiar acometido pelo cancro.

Apesar do significado do cancro estar relacionado com as vivências, a idade e os preconceitos culturais de cada pessoa, a morte é a ideia central a ecoar como uma ameaça quando se prenuncia a palavra cancro. Muito dificilmente alguém lida com o cancro sem se deixar perturbar pelo perigo das suas consequências.

O cancro está associado a ideias e representações muito diferentes, algumas delas concebidas de forma errada. As emoções e as imagens suscitadas por ele, sugerem uma doença inexoravelmente mortal, acompanhada de um sofrimento mais ou menos longo e atroz. A imagem mental que habitualmente lhe está associada inclui ansiedade, mutilação, dor, rejeição, debilidade, dependência e morte (Pereira e Lopes, 2005).

Nesta perspectiva, o cancro é uma doença crónica que origina distúrbios não só de ordem física, mas também psíquica, social e espiritual.

O impacto do diagnóstico no doente e família leva as vítimas a acreditarem que nada do que eles possam fazer vai alterar o percurso e o resultado último, a que Sarafino (2002), chama de “*desânimo aprendido*”.

As representações pessoais e sociais do cancro, podem levar o doente a abandonar os projectos e expectativas formadas no decurso da sua vida. O doente pode ter dificuldade em compreendê-lo, sentir que a vida já não tem sentido, que o leva ao desespero.

O cancro não é uma entidade única, com apenas uma causa, mas compreende um conjunto de doenças diversas, com diferentes etiologias, manifestações, tratamentos e prognósticos, atingindo homens e mulheres de todas as idades, raças, religiões e *status* económico.

A resposta ao diagnóstico segundo Belcher (1997) citado por Pais (2004), varia de pessoa para pessoa, mas existem alguns factores que podem condicionar essa resposta tais como: os estágios de desenvolvimento da pessoa, nível socio-económico, maturidade, desenvolvimento psicológico, grau de educação, sistema de apoio e recursos da comunidade.

Cada doente é uma pessoa singular, um caso individual com as suas próprias características, especificidades, competências, dificuldades particulares e preocupações. Pais (2004), citando Macgny (2000), faz referência a sete preocupações predominantes nas pessoas a quem é diagnosticado uma doença oncológica, nomeadamente: preocupação com a saúde (disseminação da doença, efeitos secundários da terapêutica); auto-avaliação (alterações físicas, auto-estima, auto-imagem); trabalho e situação económica; família e amigos (transtornos sexuais, alterações nas relações de amizade); religião (sentimento de abandono ou agarrar-se à fé); amigos e parceiros (limitações que a doença possa trazer em relação aos amigos); e preocupações existenciais (a sua existência é posta em causa).

Os resultados de inúmeras investigações baseadas na prática de diversos profissionais, identificam 3 estádios previsíveis para os doentes oncológicos (Seligman, 1996). O primeiro estágio prolonga-se até ao conhecimento do diagnóstico por parte do doente e subdivide-se em três fases. A primeira fase é a mais difícil de ser ultrapassada e quanto mais demorado for o diagnóstico, maiores são os níveis de ansiedade e de preocupação do doente. A segunda fase surge com o conhecimento do diagnóstico. O doente entra numa fase de choque, apatia e negação (Barraclough, 1994). A notícia surge como devastadora, mesmo representando algum alívio, por finalmente se conhecer a origem dos sintomas. Passado o período de negação e do choque, segue-se uma fase caracterizada por *stress* agudo, em que o doente entra numa fase de ansiedade, raiva e protesto. Começa por ter dificuldade em acreditar nos outros, a ter pena de si próprio e a isolar-se. É uma fase que geralmente é breve e a ansiedade começa a desaparecer

enquanto a depressão e o desespero aumentam (Barraclough, 1994). Durante este período o futuro fica limitado e os pensamentos sobre a morte são uma constante. O doente é invadido por uma forte vontade de desistir e de deixar que a doença siga o seu curso. Passado algumas semanas, as reacções de choque e de *stress* agudo vão dando gradualmente lugar a outra fase em que o doente começa a aceitar o diagnóstico e a integrá-lo na sua vida. Entra, assim, no segundo estágio, que vai desde a aceitação do diagnóstico até ao tratamento.

O doente, durante este estágio, sente-se vulnerável, sozinho, com sentimento de perda da sua vida, as dúvidas em relação ao tratamento e suas consequências, eficácia e procedimentos, o que lhe desencadeia medo (Pereira e Lopes, 2005). A sensação de cansaço, o mal-estar físico e os tratamentos exaustivos das outras pessoas, levam à interrupção da actividade profissional e consequentemente, por vezes, à perda de interesse no contexto social e nas actividades de lazer. Após terminados os tratamentos, o doente e os familiares têm que aprender a conviver com as consequências da doença e dos tratamentos, quer quando estes têm resultados positivos ou negativos. Entram assim, no terceiro estágio. A imagem que o doente tem de si, a representação que tem da sua própria saúde e do seu futuro, assim como das suas capacidades e limitações, veêm-se completamente alteradas após um diagnóstico de cancro, mesmo que este tenha sido alvo de tratamento e tenha tido resultados animadores (Pereira e Lopes, 2005).

Macgny (2000), citado por Pais (2004), descreve a vivência do diagnóstico da doença oncológica em 3 fases, que são caracterizadas em crises já que a sua vivência é uma passagem por uma crise individual e familiar. A primeira crise, denomina-se Pré-crise, e corresponde à fase em que a pessoa tenta adaptar-se às alterações que surgem, encontrando assim o equilíbrio. A segunda crise, é a Crise propriamente dita. Inicia-se com a tomada de consciência da ameaça existente, provocando uma desorganização na pessoa, que por sua vez, tenta resolver a situação, com sucesso ou não. Na terceira crise ou Pós-crise, o doente desenvolve novas competências e, ou fica com mais “força” para lidar com as novas situações, ou então, as perdas e as alterações emocionais foram de tal forma grandes que irá necessitar de ajuda especializada.

Alguns factores como o espírito de luta, evitamento positivo, relações de suporte fortes e habilidades para lidar com o *stress* de forma eficaz, aumentam as possibilidades

de um bom prognóstico. Por outro lado, o fatalismo, sensação de incapacidade, desespero, ansiedade, depressão, supressão de emoções, isolamento, relações familiares problemáticas, baixo nível socio-económico e perdas significativas, influenciam negativamente (Seligman citado por Pereira e Lopes, 2002). De facto, ajudar o doente a adquirir estratégias adequadas, que lhe permitam lidar com o cancro de uma forma menos penosa, podem melhorar a sua qualidade de vida e a dos seus familiares.

Quando o cancro recidiva, a ideia de que não vai escapar mais da doença, provoca um impacto muito superior ao do primeiro diagnóstico, levando a um sentimento de frustração, culpabilização de si mesmo e dos profissionais de saúde, desilusão e perda da esperança (Zimpfei, 1992 citado por Pereira e Lopes, 2005).

3 - CUIDADOS PALIATIVOS

Desde sempre que o cuidar fez parte integrante da vida do ser humano, contudo o cuidar de um moribundo nem sempre foi feito da mesma forma.

Antigamente, a morte era vista como um acontecimento natural e ninguém tinha medo dela. Era vista e falava-se dela como: um sono, uma viagem, um nascimento, um malefício, uma entrada para a morada dos antepassados (Morin, 1988 citado por Frias, 2003). O medo deste “sono” residia no facto da pessoa poder estar sozinha quando esse momento chegasse. A pessoa moribunda quando pressentia o seu fim, aguardava serenamente no seu leito que esse “sono” o invadissem, rodeado de familiares, crianças e amigos.

A morte não era escondida a ninguém, as crianças estavam presentes nesse momento e cresciam sentindo que a morte era tão natural como o nascer.

Com o passar dos tempos e a incessante procura da cura para as doenças, com o evoluir da medicina e com as novas tecnologias começa-se a assistir cada vez menos a uma morte familiar.

A morte começa a ser algo que perturba, provoca medo, muitas vezes ao ponto de nem se pronunciar o nome. Passou a ser transferida para os hospitais, passa-se a vê-la como algo nojento e vergonhoso que as pessoas tentam esconder de todos, principalmente das crianças. Quando está alguém a morrer é negada e encarada como derrota. E é este mesmo Homem, que nega a morte desta forma, que acaba por morrer numa cama de hospital, privado da companhia dos seus familiares, das suas crianças e amigos e, quando muito, morre rodeado de “batas brancas” que cegos pela frustração do falhanço e derrota que sentem, tentam a todo o custo sem olharem a meios segurar-lhe a vida, sem terem em conta muitas vezes a necessidade que o doente tem de morrer num ambiente calmo, tranquilo, acompanhado somente de profissionais e amigos que lhe garantam e promovam um final de vida condigna.

De facto, a morte começou a ser negada e encarada como derrota para muitos profissionais de saúde, como falhanço e frustração, e os cuidados dos profissionais sofreram de algum modo, uma desumanização (Clark, 2002)

Neto (2004:14), refere que, “(...) quando se assume que, por não haver mais nada a fazer para curar, nada mais se pode oferecer a um doente, caímos na armadilha da desumanização crescente, na negação do sofrimento associado à doença terminal, no esquecimento de valores éticos fundamentais inerentes ao ser humano.”

Numa tentativa de combater esta desumanização dos cuidados modernos, e pensando nas pessoas que se encontram numa fase terminal da sua vida, surge em 1968 o movimento dos cuidados paliativos em Inglaterra, tendo como a principal pioneira Cicely Saunders, alargando-se mais tarde até aos EUA, com Kubler-Ross. Actualmente, está largamente difundida a filosofia dos cuidados paliativos, embora o acesso à prática dos mesmos seja ainda bastante assimétrica em todo o mundo, mesmo a nível Europeu (Neto, 2006).

Actualmente, os cuidados paliativos são um conjunto diferenciado de actividades e procedimentos com vista a proteger o doente e a sua família, das consequências deletérias da doença e que pretende estabelecer um campo de relação entre o doente, a família e a equipa de saúde.

Segundo a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (SFAP)(1999:5), “Os cuidados paliativos são cuidados activos numa abordagem global da pessoa atingida por uma doença grave, evolutiva ou terminal. O seu objectivo é aliviar as dores físicas, assim como os outros sintomas, e ter em conta o sofrimento psicológico, social e espiritual. Os cuidados paliativos e o acompanhamento são interdisciplinares. Dirigem-se ao doente enquanto pessoa, à sua família e aos que lhe são próximos, no seu domicílio ou em instituição (...). Consideram o doente como um ser vivo e a morte como um processo natural. Aqueles que prestam os cuidados procuram as investigações e os tratamentos despropositados. Recusam-se a provocar intencionalmente a morte. Esforçam-se por preservar a melhor qualidade de vida possível até à morte e propõem um acompanhamento de suporte às pessoas em luto. Pela sua prática clínica, pelo seu ensino e pelos seus trabalhos de pesquisa, empenham-se para que estes princípios possam ser aplicados”.

Em 2002, a Organização Mundial De Saúde (OMS), definiu os cuidados paliativos como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com

prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso nos problemas não só físicos, como a dor, mas também nos psicossociais e espirituais”.

Doyle (2004), é da opinião que a introdução dos cuidados paliativos deve ser feita precocemente no curso da doença, para que possa maximizar a qualidade de vida do doente. A OMS refere o âmbito e os princípios que informam os cuidados paliativos:

- Afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal;
- Não provocam nem retardam a morte;
- Procuram aliviar a dor e outros sintomas penosos;
- Integram aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados ao doente;
- Oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão activamente quanto possível até à sua morte;
- Oferecem um sistema de suporte que ajuda a família do doente a ter o seu próprio luto, durante a doença do seu familiar.

Twycross (2003), reforça esta ideia, quando refere que os cuidados paliativos se dirigem mais ao doente do que à doença; aceitam a morte, mas também melhoram a vida; constitui uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados; e preocupam-se mais com a «reconciliação» do que com a cura.

Esta mesma definição sobre os cuidados paliativos, foi adoptada pelo Plano Nacional de Cuidados Paliativos em 2004.

Neto (2004), faz referência a alguns aspectos que ressaltam desta definição. Ela salienta que os cuidados paliativos: não pretendem provocar a morte nem atrasá-la através da eutanásia ou de uma “obstinação terapêutica” desadequada; tem como objectivo central o bem-estar e a qualidade de vida do doente, pelo que, se deve disponibilizar tudo aquilo que vá ao encontro dessa finalidade, sem recorrer a medidas agressivas que não tenham esse objectivo em mente; Promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessária formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem: física, psicológica, social e espiritual; São oferecidos com base nas necessidades e não no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença, quando outras terapêuticas cuja finalidade é prolongar a vida, estão a ser utilizadas; Têm a preocupação de abranger as

necessidades das famílias e cuidadores, por isso devem-se prolongar pelo período do luto, pois a unidade receptora de cuidados é sempre o doente e família e não devem considerar-se realidades desligadas; Pretendem ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, pelo que utilizam ferramentas científicas e se integram no sistema de saúde, não devendo existir à margem do mesmo.

“Os cuidados paliativos, estendem-se muito para além do alívio dos sintomas físicos; eles procuram integrar os aspectos físicos, psíquicos, psicológicos e espirituais do tratamento, de modo que os doentes se possam adaptar à sua morte iminente de forma tão completa e construtiva quanto seja possível” (Twycross, 2003:16)

Nesta perspectiva, os cuidados paliativos têm como objectivos o acompanhamento e o apoio do doente no seu caminho, enquanto estiver vivo.

A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo a ser desenvolvida e actualmente é perspectivada na Comunidade Europeia como um direito que todo o ser humano. (EURAG, 2004), no entanto, existe uma grande assimetria na acessibilidade a este tipo de cuidados, quer entre os diferentes países, quer num mesmo país (Neto, 2004).

Se outrora estes cuidados se destinavam apenas aos doentes portadores de uma doença oncológica em fase terminal, hoje, por uma razão de justiça ética de equidade e acessibilidade a cuidados de saúde, muitos doentes portadores de muitas outras doenças poderão beneficiar com os cuidados de palição de qualidade (Hughes, 2005), contudo 95% dos doentes que usufruem os cuidados paliativos são do foro oncológico. (Abiven, 2001).

Twycross (2003) e Neto (2004), referem que existem quatro pilares bases para se poderem aplicar os cuidados paliativos: controlo dos sintomas; comunicação adequada; apoio à família; e trabalho em equipa. Segundo os mesmos autores, estes pilares devem ser respeitados obrigatoriamente, já que não é possível prestar cuidados paliativos de qualidade se algum deles for subestimado.

O objectivo dos cuidados paliativos com já foi dito atrás, é sempre de proporcionar conforto, para tal, deve-se actuar num âmbito do respeito pela vida e da aceitação da inevitabilidade da morte (Twycross, 2003)

Segundo Neto (2000), não basta dizer que se conhecem os princípios dos cuidados paliativos, é necessário integrá-los e aplica-los ao processo de tomada de decisão adequado às necessidades dos diferentes doentes e famílias em seguimento.

Dos aspectos centrais da prestação de cuidados paliativos emerge a necessidade da preparação para o verdadeiro trabalho em equipa, isto pressupõe a definição de objectivos e missão que orientam a actuação no dia-a-dia. Mais do que as hierarquias, os poderes corporativos e as carreiras, são as necessidades do doente e família que orientam a tomada de decisões. Trabalhar desta forma pressupõe a valorização equitativa do trabalho de todos os elementos da equipa e o reconhecimento dos verdadeiros objectivos deste tipo de trabalho.

A mesma autora, refere que a prestação de cuidados paliativos requer uma forma diferente de estar nos cuidados de saúde e a motivação é um factor primordial no desenvolvimento deste trabalho.

3.1 - EQUIPA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidar de um doente em fase terminal de maneira a poder dar resposta a todas as suas necessidades e às da sua família, não pode ser um cuidar individual, pois “(...) *a acção individual não é eficaz senão no meio de acção colectiva*” (SFAP, 1999:52), no entanto, os enfermeiros têm um papel importante no desenvolvimento dos cuidados paliativos. Cecely Saunders (1999) afirma que “*No centro de todo este trabalho, estão certamente os enfermeiros que transmitem aos doentes um grande sentido de conforto e de estabilidade. (...). O resto da equipa é igualmente necessária, mas a sua contribuição não é, em caso algum, tão constante nem tão estreita como a dos enfermeiros*”.

A actuação da equipa de enfermagem no serviço de cuidados paliativos, pretende dar respostas às diversas necessidades do doente e família em todas as suas vertentes (física, psicológica, social e espiritual).

Este tipo de cuidados requer uma determinada atitude pessoal e vocacional, um equilíbrio e maturidade muito maior que em outros campos da enfermagem, de forma a ser mais fácil suportar as diversas vicissitudes que o acompanhamento de uma pessoa tão

perto da morte comporta (Astudillo *et al.* 1996). Isto requer uma nova filosofia de vida e ter presente uma atitude humanista. É importante que o enfermeiro valorize cada indivíduo como um ser único com valor e dignidade únicas.

Qualidade racional, rigor técnico-científico e bom senso são algumas qualidades que, Abiven (2001), refere serem necessárias o uma enfermeiro para trabalhar num Serviço de Cuidados Paliativos.

Também para Neto (2000), a prestação de cuidados paliativos requer uma forma diferente de estar nos cuidados de saúde. A motivação é um factor primordial no desenvolvimento deste trabalho, mas além disso, espera-se dos profissionais de saúde: flexibilidade; auto-conhecimento; idealismo; capacidade de enfrentar a adversidade e a frustração; perspectiva holística ou seja, enquadrar as coisas num contexto; abertura à diversidade; ser subversivo; espontaneidade, isto é, ter capacidade de estar, sem se esconder por trás do papel de médico, de enfermeiro, etc.

Pérez e Reyes (2000), acrescentam ainda, que para se trabalhar num serviço de cuidados paliativos, é necessário que o enfermeiro tenha capacidade de criar uma relação de empatia com o doente e família; de escuta, habilidade na comunicação, seja sincero, honesto, respeitador, compreensivo e possua equilíbrio e maturidade pessoal, especialmente diante da morte.

Torna-se então, imprescindível, que o enfermeiro abandone o modelo biomédico.

Também o Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem reforça a dimensão paliativa dos cuidados no seu artigo 1º do Decreto- Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto- Lei nº 104/98, de 21 de Abril, ao definir que “*Os cuidados de enfermagem têm por objectivo prevenir e avaliar o sofrimento e a angústia das pessoas e participar no seu alívio, acompanhando os doentes em fim de vida e os que lhe são próximos.*”

Na realidade, a equipa de enfermagem, encontra-se numa posição privilegiada no sentido de prestar cuidados que favoreçam o ajustamento e o equilíbrio familiar.

Segundo Martins (2001), o enfermeiro para prestar bons cuidados deve possuir: competência profissional; algum saber ao nível das ciências psicossociais; capacidade de aproximação do doente – «estar com» e não apenas «passar por»; preparação psicológica; e atenção à família do doente terminal.

Qualquer profissional, segundo Beth citado por Pimentel (1993), que esteja interessado pelos cuidados paliativos deve aprofundar os seus conhecimentos em três sentidos: Reflexão pessoal - sobre a problemática da vida e da morte, e a motivação para acompanhar os doentes em fase terminal; Melhor conhecimento da psicologia – para melhor descodificar a linguagem simbólica do doente; e Sólida formação técnico-científica.

3.2 – O DOENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL

Muita da carga negativa da doença oncológica sofrida pelos doentes e familiares deriva do medo que o seu período terminal inspira (Barbosa, 1997).

Entende-se por doente terminal, segundo os Estándards de Cuidados Paliativos, do Servei Catalá de la Salut (1995) citado por Neto (2006), todo o doente portador de uma doença avançada incurável e evolutiva, que não responde aos tratamentos curativos, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que em média, apresenta uma sobrevida entre 3 a 6 meses.

É de salientar que fase terminal não é sinónimo de fase agónica. Um doente em fase agónica, é aquele que encontrando-se já numa fase terminal, pelas características clínicas que apresenta, se prevê que esteja nas últimas horas ou dias de vida (Neto, 2006).

Segundo (Astrudillo, 1996; Neto, 2000), os elementos fundamentais para definir doença terminal são:

- Presença de uma doença em estágio avançado, incurável e progressiva;
- Impossibilidade de resposta ao tratamento específico;
- Presença de numerosos problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifactoriais e em permanente mudança;
- Grande impacto emocional sobre o doente, família e equipa de prestadoras de cuidados, em grande parte relacionado com a presença, explícita ou não da morte;
- Prognóstico de vida inferior a 6 meses (+/-3).

A este respeito, Báron *et al.* (1996), referem que não existem critérios universalmente aceites para definir um doente em fase terminal, no entanto, consideram que para o diagnóstico da fase terminal de um doente, existem sete critérios importantes que devem estar presentes: doença de evolução progressiva; estado geral grave inferior a 40% na escala de Karnofski; perspectiva de vida não superior a dois meses; insuficiência de um órgão; ineficácia comprovada dos tratamentos alternativos para a cura ou para o aumento da sobrevivência; e complicações irreversíveis finais.

A morte por cancro é um processo individual, podendo ser prolongado. Se o medo da morte é inerente ao ser humano, o seu último aspecto, é o medo de morrer sozinho.

São inúmeros os estudos que mostram que os doentes sofrem, não só física como psiquicamente, com a consciência de que a vida lhes escapa e apresentam sentimentos de angústia, temores, revolta, solidão, medo do desconhecido (Neto, 2006). Consequentemente, apresentam um estado psíquico “*sui generis*” perante a morte eminente e têm a necessidade de fazer o luto de todas as perdas, mas sobretudo o luto de si próprio (Kubler-Ross, 1969).

Kubler-Ross (1969), refere que se podem esboçar em cinco estádios as reacções emocionais de um indivíduo enfrentando a morte: negação, raiva, negociação, depressão, e aceitação. Estes estádios não são absolutos nem estanques, porque os indivíduos não as vivenciam na mesma ordem, nem no mesmo ritmo, nem passam necessariamente por todas elas:

Negação - Há uma recusa em aceitar a situação, é um estádio de choque. “*Não é verdade, não posso ser eu*”. É a reacção inicial do indivíduo ao aperceber-se da sua doença. Há alguns comportamentos característicos que acompanham esta fase: o doente pode querer consultar vários médicos, pode querer novos exames, etc. Muitas vezes esta negação vai dar lugar a uma forma de isolamento, onde fala da sua doença, sem que tenha integrado a ideia da morte. O processo de negação serve como “amortecedor” na percepção e no conhecimento da gravidade e da fatalidade da doença.

Cólera ou raiva - Acontece frequentemente, quando o doente ultrapassa a fase de negação e começa a enfrentar-se com a morte próxima e reage com acessos de ira e de raiva sobre os que o rodeiam, manifestando novos sentimentos. Nesta fase, normalmente, o doente torna-se difícil, intolerante, quezilento e agressivo. Dão-se frequentemente

rupturas entre os doentes, os familiares e os membros da equipa de saúde. É importante ajudar o doente a descarregar a sua ira e as suas frustrações. Esta raiva deverá ser exteriorizada, ela é quase inevitável, para que o doente evolua para uma aceitação da sua morte. Terá que se confrontar com a solidão, os seus conflitos, a sua culpabilidade e com a falta de sentido de vida. Com o decorrer do tempo, surge uma paz aparente que vai sobrepor-se á fase tumultuosa da revolta, é a fase de negociação.

Negociação – É uma fase de ajustamento, durante o qual a pessoa tenta estabelecer um pacto, negociar uma transação. Habitualmente isto envolve um trato com Deus, com o médico ou com o enfermeiro “*está bem, mas...eu...*” Nesta fase o doente já aceitou a ideia da morte próxima mas, tenta conseguir um prolongamento da sua vida. É uma etapa que geralmente dura pouco, funciona como reacção perante a morte próxima. Segue-se uma fase de depressão.

Depressão – O doente revive os insucessos e pensa com pena no futuro que abandona. O impacto do inevitável torna-se evidente para o doente, ele denota tristeza e angústia. Nesta fase Kubler – Ross (1969), distingue dois aspectos:

Depressão activa – em que o doente fala das suas perdas passadas, por exemplo, em relação à sua imagem corporal, da sua incapacidade progressiva, de ter de deixar de cuidar da sua família, etc.

Luto preparatório – este luto, é um longo caminho interior, muitas vezes silencioso, em que o doente chora as perdas futuras, começando a desprender-se de tudo e de todos. Este afastamento progressivo pode ser mal entendido pela família que se sente rejeitada. É importante que, o enfermeiro se aperceba da situação e leve o doente a verbalizar e exteriorizar o que o atormenta. Por vezes, o doente não deseja mais do que a companhia de uma pessoa que lhe segure simplesmente a mão. A resolução desta fase leva ao estágio final, a aceitação.

Aceitação – É uma fase em que o doente reconsidera os seus conceitos e valores. A transformação do desejo de viver, por uma aceitação da ideia de morte, é um aspecto do processo de adaptação psicológico destes doentes.

Kubler-Ross (1969), destaca ainda a presença de um sentimento, que é uma constante em todos os doentes - a esperança, visto que, o homem de certo modo, jamais “aceita” a sua morte, daí a esperança intermitente numa cura. Durante toda a evolução da doença, ela encontra-se presente, numa forma mais ou menos nítida, misturadas ou paralela com as diferentes etapas, por vezes muito ténue, mas persistente.

Um doente numa fase terminal necessita de expressar o seu sofrimento, a sua dor, a sua revolta. (Chochinov, 2002). Para o doente, as pequenas coisas assumem um carácter importante, por vezes, um simples sorriso tem uma importância fundamental.

O doente necessita também de saber que os seus familiares recebem apoio da equipa de saúde, e que não ficam exaustos por sua causa, sem qualquer intervenção do pessoal de saúde (Chochinov, 2002).

Alguns doentes encontram um grande apoio nas suas convicções filosóficas ou religiosas, o que lhes transmite uma determinada segurança para enfrentar a morte.

Diferentes estudos (Steinhauser, 2000; Powis, 2004), revelam que diversos grupos de doentes em fase terminal, dão muito valor ao controlo dos sintomas, mas dão igualmente valor, ou dão um valor superior, a aspectos como a manutenção de algum tipo de controlo da situação tais como: o não sobrecarregar os familiares; a comunicação com os profissionais de saúde; a relação de ajuda; a preparação para a morte e a oportunidade de atingir uma paz interior com o sentimento de ter cumprido o seu dever. No entanto, os estudos salientam que os médicos não valorizam da mesma maneira estas questões, centrando-se mais nos aspectos físicos da doença.

Deste modo, os sintomas e a doença são importantes mas, o centro de interesse deve estar no indivíduo e na resposta dele à doença. As acções devem por isso ser planeadas de modo a dar resposta às necessidades do doente no seu todo.

Nesta perspectiva holística, os doentes conservam a responsabilidade e o controlo. Desenvolve-se actualmente um crescente reconhecimento de que, cada doente tem o direito de ser envolvido e participar nas decisões sobre o seu próprio tratamento e permanecer no controlo da sua própria vida, durante o máximo tempo possível (Neto, 2006).

Esta participação no planeamento e na implementação de cuidados é importante, para que os doentes conservem o respeito próprio e um sentido do seu valor. O contrário pode originar sentimentos de solidão e de inutilidade.

Na prática, esta atitude nem sempre faz parte dos protocolos de tratamento e da consequente relação doente / equipa de saúde. Vários estudos revelam que, mais do que o problema do descontrolo dos sintomas, são a perda de dignidade e sentido de vida os maiores responsáveis pelo pedido de eutanásia e de suicídio assistido (Kissane, 2000; Chochinov, 2002).

3.3 - ALTERAÇÕES BIOPSISSOCIAIS DO DOENTE *VERSUS* SOFRIMENTO

São muitas as alterações físicas que as neoplasias produzem no organismo humano, sendo muitas delas perfeitamente visíveis. Na maioria, produzem efeitos muito nefastos no doente, que se confronta com a sua realidade anterior, provocando sofrimento que poderá ser mais ou menos intenso, dependendo de quem o experiencia, tornando-se assim, um problema central para os doentes e para quem os acompanha. (Cassel, 1991; Singer, 1999; Steinhauser, 2000).

O sofrimento associado à doença terminal é um estado de *distress*, experimentado pelo indivíduo que se confronta com a sua morte originando vários sentimentos como: impotência; futilidade; perda de sentido; desilusão; remorsos; medo da morte e de disrupção da identidade pessoal (Kissane, 2000).

A intensidade do sofrimento, depende de uma multiplicidade de factores tais como: dos valores do doente; das suas vivências; das suas crenças e recursos; que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa, única para quem o vivência (Neto, 2006).

A existência de um fácies típico, a perda de peso, a anorexia, a astenia, a dor, as insónias, as dificuldades respiratórias, as náuseas, os vômitos, as úlceras, etc., são alguns

dos transtornos físicos provocados pelo cancro (Ashbury *et al.*, 1998; Fitch e Steele, 2003).

Segundo vários autores, (Steinhauser, 2000; Gameiro, 2003; Powis, 2004), as principais fontes de sofrimento para os doentes são: Perda de autonomia e dependência de terceiros; Sintomas mal controlados; Alterações da imagem corporal; Perda de sentido da vida; Perda de dignidade; Perda de papéis sociais e estatuto; Perda de regalias económicas; Alterações nas relações interpessoais; Modificação de expectativas e planos futuros; e Abandono.

As afecções com características destrutivas, podem provocar uma crise grave no equilíbrio pessoal do indivíduo que delas sofrem (Barbosa, 2003). Como exemplo, temos os tumores da face que são extremamente desfigurantes, fazendo com que o doente se sinta diminuído e incomodado devido à sua aparência. Esse sentimento de diminuição, pode aumentar se ainda estiver associado a odor fétido, que muitas vezes surge na decorrência da necrose dos tecidos, o que conduz à perda da sua “auto-estima”, levando-o ao isolamento.

A perturbação de funções corporais essenciais, consequência da própria evolução da doença ou de alguns tratamentos, pode ter uma repercussão considerável no modo de vida do doente (Twycross, 2003).

A maioria dos doentes, pensa que foi invadido por um mal, muitas vezes doloroso, que ataca a integridade do seu “eu”, revolucionando as estruturas da sua personalidade, pondo em causa os objectivos e valores que até então eram os seus, alterando a imagem interior que o doente faz de si próprio, provocando por vezes graves perturbações psicológicas.

As sucessivas perdas, na sua vasta diversidade, representam uma ameaça real, à integridade do doente, em áreas que vão do físico ao psicológico e espiritual, contribuindo para o aumento do seu sofrimento (Neto, 2006).

Algumas das manifestações psicológicas que podem surgir no doente oncológico são: a ansiedade, o medo, a cólera, a fuga, a depressão, etc. podendo muitas destas manifestações persistir mesmo depois da aceitação da doença, ao longo de todo o seu

processo de evolução. Também no ponto de vista social, se verifica que a doença modifica significativamente os dados das relações familiares e sociais do doente, da sua inserção profissional e económica (Vachon, 1998).

Com o surgimento da doença, com os internamentos sucessivos, o doente deixa o seu mundo habitual, a família, os amigos e a sua vivência social. Há uma alteração no seu estilo de vida, o que pode implicar várias consequências a nível pessoal e familiar (Twycross, 2003).

A ausência de uma mãe de família desorganiza a vida do dia-a-dia; o facto de um dos pais deixar de trabalhar pode criar problemas económicos sérios; a hospitalização de uma criança perturba o universo afectivo da unidade familiar.

3.4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DO DOENTE EM FASE TERMINAL

No acompanhamento de um doente em fase terminal da sua vida, é importante que o profissional tenha atenção às necessidades do moribundo: necessidades específicas de cada um e necessidades gerais (Sebag-Lanoë, 1986).

A necessidade de um indivíduo, de um grupo, ou de um sistema, é a existência de uma condição insatisfeita, necessária para lhe permitir viver e funcionar nas condições normais, realizar-se ou atingir os seus objectivos (D'Hainaut, 1979).

Guerreiro (1998), afirma que *“a necessidade constitui uma realidade dinâmica evolutiva, transformadora, conectada aos fins perseguidos pelos indivíduos ou sistemas”*. Cada indivíduo poderá perceber uma necessidade, ou senti-la de maneira diferente.

O enfermeiro responsável pelo doente, deverá fazer a avaliação dos factores pessoais, ambientais e sociais. Definirá as necessidades sentidas e observadas, os objectivos a alcançar para minimizar as carências verificadas, e programará as acções a realizar. Os enfermeiros têm conhecimentos e técnicas que lhes oferecem a possibilidade de fazer uma avaliação correcta do doente, sendo essencial uma boa técnica de entrevista

e uma observação correcta do comportamento do doente. Deve-se atender às características de cada doente, nomeadamente: idade, sexo, estado civil, profissão ou ocupação diária, experiências anteriores, estilo de vida, resposta do doente ao *stress*, situação económica, relações familiares, o que sabe acerca da doença e a maturidade emocional (Peréz e Reyes, 2000).

Existem várias classificações das necessidades das pessoas doentes, contudo, a que nos parece mais adequada é a clássica “Pirâmide das necessidades” de Maslow (1958) que se adapta a esta situação, devido à sua simplicidade e capacidade operatória.

De acordo com Maslow existem dois grupos de necessidades que estão presentes no ser humano. No primeiro grupo agrupa: a manutenção da vida; a segurança física e psicológica, a pertença e estima. O segundo grupo está associado à auto-realização. As primeiras, manifestam-se por deficiência e as segundas surgem quando as primeiras estão relativamente satisfeitas, e aparecem geralmente, ordenadas segundo a hierarquia das necessidades, contudo, parece que algumas pessoas não respeitam esta ordem.

Segundo o autor, as duas primeiras categorias, (manutenção da vida e segurança), destinam-se ao plano da sobrevivência e as restantes à vida social e espiritual. A não satisfação das necessidades de base origina sofrimento, ansiedade e regressão, podendo traduzir-se em doença somática ou psíquica.

As necessidades de desenvolvimento são de ordem espiritual. Contudo, quando se trata de doentes em fim de vida, é importante não separar os dois níveis dado que estão ligados e interdependentes.

O doente paliativo, qualquer que seja a sua doença, apresenta necessidades humanas que devem ser atendidas com eficiência e eficácia de modo a que o bem-estar lhe seja proporcionado, tendo sempre em conta que foi atingido na condição de pessoa, na sua totalidade e no seu estilo de vida (Cerqueira, 2005).

Podemos dizer que o enfermeiro está numa posição única. É o membro da equipa de saúde que mais tempo passa com o doente e a sua família, adquirindo deste modo um conhecimento bastante completo do doente como indivíduo.

O enfermeiro deve ser capaz de utilizar este conhecimento, não só para melhorar os cuidados de enfermagem, mas também para os partilhar e contribuir para o crescimento dos outros membros da equipa.

Segundo Fitch (2006), para uma actuação assertiva perante as necessidades do doente, é essencial que o enfermeiro:

- Compreenda o modo como o doente entende a sua doença, quais os seus medos, dúvidas e incertezas;
- Compreenda quais as metas que o doente traçou relativamente à sua vida pessoal;
- Faça a avaliação completa das necessidades dos doentes e sua família;
- Compreenda o ponto de vista do doente;
- Não julgue os doentes e seus familiares e que as suas opiniões pessoais não interfiram com os cuidados a prestar aos doentes;
- Entenda que os desejos e vontades dos doentes e dos seus familiares devem ser pontos cruciais a serem considerados.

Diante de tantos sentimentos novos e ameaçadores, é muito frequente o aparecimento do medo, sendo que Esteves (1990) refere que pode ter três vertentes:

Medo do mundo médico – O doente pode ter medo do mundo médico pelos procedimentos terapêuticos que mutilam, alteram a imagem corporal e interferem no estilo de vida.

Medo da própria doença – O medo da própria doença advém das possíveis sequelas, das dores que poderá ter, do isolamento social e da ideia de morte.

Medo da separação da família – O medo da separação familiar resulta das várias hospitalizações a que vai ser sujeito, da diminuição da intervenção social e da diminuição da independência, consequência da evolução da doença.

Mediante o conhecimento da vivência do doente, ele poderá ser ajudado a adaptar-se a realidades, tantas vezes penosas como são a natureza da doença, o seu

prognóstico, a duração da hospitalização, o carácter traumatizante dos tratamentos, os riscos de sequelas e as modificações de algumas funções corporais essenciais.

Moreira (2001:24), refere que a *“doença afecta o indivíduo, o seu todo, em todas as suas dimensões biológicas, psicológicas, espirituais e sociais, repercutindo os seus efeitos na unidade familiar e nos padrões de interacção estabelecidos”*

3.5 - NECESSIDADES DOS FAMILIARES DO DOENTE TERMINAL

Perante uma doença grave, que ameaça a vida da pessoa, muitas são as emoções que o doente e a família vivenciam.

O profissional de saúde não pode esquecer a família, o importante é a assistência do doente, contudo, este ver-se-á favorecido se também dedicarmos algum tempo à família e procurarmos compreender o fundo vivencial que reflectem as suas acções, por vezes incómodas e descabidas (Neto, 2006).

Como temos vindo a referir o doente e a família são considerados a unidade de cuidados em medicina paliativa.

A família é muito mais do que um grupo de pessoas e, quando funciona como família, tem uma força reequilibrante (Guarda *et al.*, 2006)

Moreira (2001:21), define família como sendo *“o agregado doméstico, no sentido de relacionamento com a vida privada e íntima de pessoas, em regras simbolizada “domus” ou lar, composta por pessoas unidas por vínculos de aliança, consanguinidade ou outros laços sociais (...)”*.

Cada família encontra o seu estilo próprio de estar na vida, bem como a forma de manter a sua estabilidade e desempenha um papel fundamental tanto na saúde como na doença dos seus membros (Enelow *et al.*, 1999).

Menley (1989), citando Jones e Dimond refere que a família é a parte mais importante da sociedade e é no seu seio que a doença ocorre e se resolve.

É primariamente a família e outros membros do sistema de suporte, que sofre o impacto emocional da doença e seu tratamento, condicionados pela presença de múltiplos temores. Há um sentimento de tristeza e de perda para todos os que estão envolvidos. *“Quando uma família é confrontada com a doença de um dos seus membros, todos os elementos vão sofrer de ansiedade e stress (...) a doença de um dos membros vai converter-se em doença familiar e todos sentirão a influência negativa do sofrimento e da dor”* (Moreira, 2001:24-25).

Quando um dos membros de uma família adoece e se encontra numa fase terminal da sua vida, a família acaba muitas vezes por esquecer os seus próprios problemas incidindo toda a sua atenção ao elemento doente (Pereira e Lopes, 2005). No entanto, segundo Cerqueira (2005), as reacções variam de família para família, e as alterações que a doença provoca nesta, estão directamente relacionadas com o papel social do doente, a idade, o sexo e com a própria estrutura familiar. Daley (1984) citado por Plowright (1996), afirma que os doentes fazem parte de uma unidade familiar complexa e poderosa, como tal, não podem ser tratados como indivíduos isolados.

A doença oncológica, não afecta somente o doente como afecta cada vez mais a família, assim, sendo, cuidar do doente implica cuidar da família (Gómez e Ojeda, 1999). O internamento no hospital ou numa Unidade de Cuidados Paliativos pode ser considerado pela família como uma derrota (Twycross, 2003), deste modo, o enfermeiro tem de atender às necessidades da família no seu todo e as suas intervenções devem abarcar mais do que a prestação de cuidados de enfermagem ao membro que está doente (Sorensen e Luckman, 1996), uma vez que, o modo como a família lida com a doença e com o doente vai interferir no modo como o doente reage e aceita a aproximação da morte (Pereira e Lopes, 2005).

O enfermeiro é a pessoa mais provável para satisfazer as necessidades da família, principalmente as necessidades de apoio (Curry, 1995). Satisfazer as necessidades dos familiares é importante, se estas são ignoradas pelos profissionais, o papel desempenhado pela família como suporte ao doente pode estar comprometida.

Os profissionais de enfermagem encontram-se melhor capacitados para ajudar os familiares a identificar as suas próprias necessidades, quando as necessidades dos

familiares são reconhecidas pelos profissionais de saúde, tornando-se mais fácil de assistir os familiares na satisfação dessas mesmas necessidades (Wochna, 1997).

Relativamente às necessidades sentidas pelas famílias dos doentes em fase terminal, Lamau (1995), considera como principais necessidades as seguintes:

- Necessidade de informação e de acompanhar a pessoa que está a morrer;
- Necessidade de ajudar a pessoa que está a morrer;
- Necessidade de ser informado quanto ao estado de saúde do doente;
- Necessidade de saber que o doente está o mais confortável possível;
- Necessidade de ser informado quando o doente está prestes a morrer;
- Necessidade de expressar livremente as emoções; e
- Necessidade de ser compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde.

Para Menley (1989:14) *“(...) há uma grande diferença entre o que os profissionais de saúde pensam ser as necessidades das famílias e o que os familiares pensam que são as suas próprias necessidades. Os enfermeiros identificam mais ou menos as mesmas necessidades mas classificam-nas de maneiras muito diferentes tendendo sempre a subestimar as carências de informação por parte da família”*.

Segundo Purce-Joxe (1989), existem certos factores a serem estabelecidos pela equipa que devem ser tomados em conta em função da família:

- Dar tempo para que se estabeleçam relações de confiança que permitam às pessoas verbalizar a dor que sentem;
- Escutar, avaliar e facilitar as queixas e o processo de dor / luto das pessoas;
- Destacar o valor individual de cada membro da família;
- Favorecer a comunicação entre eles e o doente;
- Respeitar as normas internas da família (religião, cultura, moral, etc.);
- Ajudar a estabelecer relações que possam favorecer a situação do doente, com assistentes sociais, psicólogos, grupos de voluntários, pároco, etc.

- Facilitar a aprendizagem da família, tendo em vista o conforto do doente e um maior empenhamento nos cuidados prestados pela família;
- Continuar a apoiar a família durante o luto que se segue à morte; e
- Desenvolver o sentimento de que fizeram tudo para ajudar nos cuidados ao seu doente.

As reacções dos familiares dos doentes em fase terminal num ponto de vista psicológico, segundo Pierre (2000), são semelhantes às dos doentes passando pelas mesmas fases. Estas reacções podem ser divididas em seis fases: ansiedade severa; negação; cólera; remorsos; desgosto; e por fim, reconciliação.

A comunicação assertiva, no ponto de vista afectivo e emocional com a família, ajuda a prevenir a depressão, isolamento, ansiedade. (Pereira e Lopes, 2005).

Os familiares podem desempenhar um papel determinante, desde que não estejam aterrorizados com a situação de doença, que os leve a atitudes super-protectoras ou de rejeição.

Segundo Pereira e Lopes (2005), é crucial que os familiares participem nos cuidados directos ao doente, porque vai permitir que a família tenha uma melhor adaptação ao processo de luto do familiar, uma vez que vai sentir que fez e foi feito tudo pelo seu familiar.

Cabe à equipa desdramatizar as situações, envolver os familiares nos cuidados, mas não forçar-los. Deve sobretudo, fazer ressurgir as capacidades próprias e possíveis de cada familiar, em função do doente.

3.6 - RELAÇÃO ENFERMEIRO / DOENTE / FAMILIA

Na enfermagem a relação estabelecida com o doente tem como objectivo ajuda-lo a satisfazer as suas necessidades fundamentais.

Segundo Chalifour (2008), a relação de ajuda consiste numa interacção entre duas pessoas, o profissional de saúde e o doente, na qual o doente procura ajuda para a satisfação de uma necessidade, e o profissional, adopta um modo de estar e de fazer, para dar resposta ao pedido do doente, comunicando-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do doente e á compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.

Segundo Ribas, Brunet e Tormo (1994), “(...) *a relação de ajuda vai mais além da técnica e conhecimentos. Pressupõe uma concepção unificada da pessoa, da ajuda, das formas de fazer e de ser (...)*”

Os mesmos autores, referem que os objectivos da relação de ajuda são procurar auxiliar o doente a: Diminuir o medo e a ansiedade frente à doença e ao tratamento; Fazer frente com realismo aos problemas à medida que estes vão surgindo; Focar várias possibilidades; Aceitar uma situação difícil, uma doença grave, uma modificação da imagem corporal; Comunicar; Ver com mais clareza a sua situação; e Tomar decisões e encontrar um novo sentido na vida.

Para dar resposta a estes objectivos os enfermeiros devem tomar um determinado tipo de atitudes de forma a compreender a informação que o doente transmite e possam actuar de acordo com o mesmo.

Para Lazure (1994), o enfermeiro, para estabelecer e manter uma relação de ajuda, deve desenvolver algumas capacidades como: Clarificar, ser preciso e concreto, estar centrado no presente tanto no que lhe diz respeito como no que se refere aos outros; Respeitar-se e respeitar os outros; Ser congruente em relação a si e aos outros e ser empático consigo e com os outros.

O mesmo autor refere que para se poder ajudar de forma adequada, o enfermeiro deve em primeiro lugar saber acreditar que o doente é o único detentor dos recursos para resolver os seus problemas, independentemente da natureza dos problemas.

Para ajudar, o enfermeiro deve acreditar e confiar nas capacidades do doente como pessoa.

Fisher (1989), citando um estudo efectuado por Rutherford e Meleod, refere que eles acentuaram a importância da disponibilidade, da coerência e das técnicas de aconselhamento pessoal, relação enfermeiro e doente com uma abertura de espírito e uma abordagem sensata.

A coerência está relacionada com a capacidade de ministrar cuidados continuados. Deve ser objectivo do enfermeiro estabelecer um clima de segurança durante todo o processo de doença. A compreensão e o calor humano proporcionam a segurança que o doente necessita. Nestas condições, o doente deverá ter oportunidade de expressar os seus sentimentos e emoções.

Chalifour (2008), considera que há aspectos fundamentais para se estabelecer uma relação de confiança e ajuda, e para que possa existir essa relação de ajuda é necessário que o profissional:

- Esteja atento ao doente em tudo o que o caracteriza;
- Considere o ambiente humano e físico do doente;
- Reconheça as suas próprias emoções, sentimentos e necessidades;
- Coloque as suas emoções e sentimentos ao serviço do doente
- Reconheça que para haver um verdadeiro cuidar é necessário que seja criada uma relação de qualidade com o doente;
- Ajude o doente a determinar o que o levou a procurar um profissional;
- Ponderar as dificuldades, expectativas e as características pessoais do doente, assim como as características do seu ambiente físico e humano;
- Ajude o doente a envolver-se nesta relação, tendo como finalidade a prevenção ou encontrar solução para o problema que enfrenta.

O desenvolvimento de uma relação de ajuda impõe confiança, pelo que o enfermeiro deverá desenvolver estratégias que lhe permitam escutar o doente integralmente, para que este se sinta ouvido.

Segundo Dias (1995), o enfermeiro deve ter a capacidade de escutar, isto é, deve estar atento não só as palavras pronunciadas pelos doentes, mas também a tudo o que

observa nele (comportamento e postura, os movimentos e os gestos, expressão vocal, a entoação e o timbre da voz, as pausas e os silêncios).

Para Lazure (1994), ouvir pode ser um acto involuntário, no entanto, escutar refere-se já a um acto voluntário, que implica a globalidade da pessoa do enfermeiro em relação com a globalidade da pessoa do cliente. O mesmo autor, sugere a adopção de algumas estratégias para escutar eficazmente:

- Concentração no desejo de escutar em estreita relação com o doente;
- Escolha de um local calmo e favorável;
- Manutenção de uma distância confortável e respeitosa, tendo em consideração a origem étnica e a cultura do doente;
- Adopção de uma posição que demonstre interesse pelo doente e pelas suas palavras;
- Olhar para o doente, sem no entanto fixar o seu olhar para não aumentar a sua ansiedade;
- Fazer silêncio dentro de si e reflectir antes de responder;
- Demonstrar honestidade para o doente;
- Mostrar disponibilidade; e
- Estar atento à linguagem não verbal e valorizá-la.

Para ajudar o doente, o enfermeiro necessita de compreender o significado especial do seu comportamento e dos seus sentimentos expressos, necessita de escutar. O enfermeiro não se deve refugiar nos conselhos estereotipados que permitem uma considerável distância, deve sim, aceitar toda a comunicação verbal e não verbal, relativamente a tudo o que se passa com o doente.

Uma relação de ajuda, implica a presença do enfermeiro junto do doente, não só física, mas também a presença deste com todo o seu ser, e pressupõe a existência de um elo de ligação enfermeiro / doente/ família (Dias, 1995).

A relação de ajuda profissional, segundo Chalifour (2008), exige do profissional conhecimentos científicos, mas também um bom conhecimento de si. A comunicação não verbal é considerada por alguns autores como fundamental para percebermos o estado emocional do doente. Muitas vezes o acompanhar o doente, mesmo em silêncio, de “mão na mão”, e de “olhos nos olhos”, poderá ser um factor de alívio da ansiedade e da dor.

Segundo Martins (1996), o objectivo da comunicação é a resposta à satisfação das necessidades humanas fundamentais.

Gouveia (1997), citando Atkison refere que *“(...) uma comunicação planeada, deliberada, feita com clareza, precisão e objectividade, ajuda o enfermeiro a identificar as necessidades de assistência de saúde do doente e constitui uma arte, é uma técnica de enfermagem cujos princípios devem ser compreendidos”*.

Rosas (1992), salienta que, comunicar com o doente não é somente trocar palavras, mais do que isso é trocar sentimentos e emoções, e um dos meios que o enfermeiro possui para demonstrar ao doente e familiares o seu interesse e disponibilidade é sem dúvida, o seu comportamento não verbal. A comunicação verbal e não verbal, a palavra, o timbre de voz, a postura, a mímica facial, os olhos e as mãos podem ter uma acção terapêutica ou não.

Rodrigues (1984), refere que *“(...) pelo tom de voz, expressão facial, onde nem sempre só o sorriso é importante, os gestos, o andar, a postura, o saber ouvir e até um simples contacto das mãos, o enfermeiro pode exprimir uma relação de respeito, atenção, delicadeza, apoio, simpatia e afecto.”*

Na relação enfermeiro / doente / família, o que se pretende é o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda, cujo primeiro objectivo é o de estabelecer uma comunicação óptima com o doente (Rogers, 1983). Segundo este autor, a relação de ajuda é aquela em que o enfermeiro procura promover em si, no doente ou em ambos, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos dos indivíduos, visando facilitar o crescimento, promover a maturidade, o desenvolvimento e uma maior capacidade para enfrentar a vida.

Na relação de ajuda existem certos princípios que devem ser mantidos como o estabelecimento de uma relação de confiança, uma compreensão empática do doente, o respeito pelo doente e uma escuta verdadeira.

O que se pretende é que a equipa de saúde consiga, através dos meios de comunicação mais convenientes, estabelecer uma relação de ajuda com o doente, e família.

4 - O STRESS

Nesta parte do nosso trabalho iremos abordar alguns aspectos do *stress*, nomeadamente conceito, história, a inevitabilidade do *stress*, *stress versus* ansiedade, modelo compreensivo de *stress*, situações ou circunstâncias indutoras de *stress*, resposta ao *stress*, resposta biológica ao *stress*, manifestações e custos do *stress*, *stress* e vulnerabilidade à doença, *stress* ocupacional e enfermagem e *stress* em oncologia e nos cuidados paliativos. Finalmente teceremos algumas considerações sobre *coping* ou estratégias para lidar com o *stress*.

4.1 - CONCEITO DE STRESS

A origem etimológica da palavra *stress* está no latim *stringo*, *strigere*, *strinxi*, *strictum*, que significa apertar, comprimir, restringir. A palavra inglesa *stress* existe desde o século XVI para exprimir pressão ou constrição (Mazure e Druss, 1995 citado por Vaz Serra, 2002) (conceito da física e da mecânica, bem evidente nos postulados de Hooke) mas só no século XIX, passou a designar também as pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana (Shaffer, 1982 citado por Vaz Serra, 2002).

A transição da palavra *stress* da física para a medicina faz-se com Selye em 1936 e, desde então, o seu êxito foi tal que se traduziu em mais de 200 000 títulos publicados sobre o conceito. O termo *stress* designava a tensão a que os diversos materiais estavam sujeitos. Depois de Selye (1959), este termo passou também a referir-se às tensões a que o ser humano é submetido.

A promiscuidade da palavra *stress* entre a mecânica e a medicina, parece figurar na definição de *stress* que Lazarus (1999) preconiza: *Stress* representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que se desencadeia, se bem que, os conceitos actuais, como veremos mais adiante, não são tão simplistas.

4.2 - HISTÓRIA

No domínio do *stress*, não é só o nome de Selye, que se dedicou ao estudo desta problemática durante 50 anos, que merece ser mencionado, já que como tão bem salientou (Vaz Serra, 2002), outros autores anteriores a Selye, também contribuíram para o estabelecimento do conceito de *stress* como hoje o conhecemos. Desde logo, o grande fisiologista francês Claude Bernard, que no século XIX estabeleceu as bases do modelo experimental e salientava que as ameaças físicas à integridade de um organismo levam-no a desencadear respostas defensivas que tentam contrariar essa ameaça, tentando manter a constância do meio interno perante qualquer modificação do meio externo a que mais tarde, outro fisiologista, Walter Cannon, chamaria de Homeostasia.

A descoberta em 1949, por Moruzzi e Magoum, de uma região cerebral denominada “sistema de alarme” ou “sistema de activação geral” (Ursin e Olff, 1993) ajudou a compreender a resposta biológica ao *stress*, como veremos mais adiante.

Holmes e Rhae (1967), contribuíram para a compreensão do *stress* na medida em que identificaram factores e acontecimentos indutores de *stress*, e estabeleceram o conceito de que acontecimentos negativos, incómodos e penosos podem ter influência no estado de saúde das pessoas.

Também na década de 60, Lazarus e seus colaboradores demonstraram que não há nenhuma situação que, em valor absoluto, se possa reconhecer como indutora de *stress*; e que por outro lado o factor mais importante que leva um indivíduo a sentir-se ou não em *stress* está dependente da avaliação que o mesmo faz das circunstâncias (Vaz Serra, 2002).

Nesta ordem de ideias, Brown (1993), fazia a distinção entre acontecimentos de vida e os factores de vulnerabilidade, que modificam a resposta da pessoa ao *stress*, perante os mesmos acontecimentos e factores, representado a vulnerabilidade, o risco aumentado de reagir de forma negativa perante um acontecimento de vida.

Segundo salienta Vaz Serra (2002), outro ponto histórico importante no âmbito do *stress*, é o conceito de rede social como factor atenuante das situações indutoras de *stress*, já que, as pessoas que pertencem ou têm a percepção de pertencerem a uma rede social que os apoia e auxilia perante acontecimentos penosos, sentem menos *stress*.

4.3 - A INEVITABILIDADE DO *STRESS*

O homem é o único ser capaz de reconhecer-se a si próprio, que procura a sua identidade, tem consciência do seu futuro e sente ameaça de acontecimentos actuais ou vindouros (Porto, 1988). Aquele tem o desejo e a necessidade de se ultrapassar sucessivamente a si próprio em busca do bom e do belo. Este desafio auto-imposto - que o mobiliza - requer respostas que o tranquilizem e satisfaçam, para logo encontrar outro móbil que o agite. Esta visão é defendida por Maslow na sua perspectiva hierárquica das Necessidades Humanas.

O processo constante de querer alguma coisa e agir em consequência, impulsionando o Homem de meta em meta, expõem-no ao desgaste, lutas e emoções e, aparentemente, sem nunca encontrar cabal satisfação. No entanto, esta “onda de *stress*” é necessária e inevitável à vida.

Concordamos com Selye (1959) quando diz que ninguém pode viver sem experimentar algum grau de *stress*. Não há nenhum ser humano que lhe possa fugir, só deixa de existir após a morte (Vaz Serra, 2002).

Dortu (1991) salienta que o *stress* conduz à acção e ao auto-desenvolvimento, pois aquilo que nos desestabiliza, desafia ou ameaça, promove a busca de soluções re-equilibradoras, no entanto, transitórias.

Uma dúvida pertinente está em saber se o *stress* é algo que reside no meio, exterior a nós, ou se depende do modo como interpretamos os acontecimentos desse meio, e é, portanto, um processo interno. A teoria transaccional do *stress* (Lazarus e Folkman, 1984) defende que se trata de um processo que advém da apreciação cognitiva das circunstâncias experimentadas, dos recursos de que se dispõe e das perspectivas de sucesso face a algo excessivo para o próprio, nessa situação. Trata-se de uma resposta não específica do organismo a qualquer estímulo do meio; um estado de tensão fisiológica provocado por estímulos somáticos ou psíquicos. Corresponde a um estado fisiológico de excitação – *arousal* – e envolve a percepção de um agente – *stressor*.

Para Lazarus e Folkman (1984), o *stress* é uma relação particular, dinâmica e bidireccional entre a pessoa e o meio que é avaliada como afectando o bem-estar porque excede os recursos adaptativos pessoais, isto é, para o qual o indivíduo não possui

respostas prontamente disponíveis. *Stressante* é aquilo que cada pessoa, individualmente, considera como tal. Uma pessoa está em *stress* quando o grau de exigência que uma circunstância (interna ou externa) lhe cria, é superior à sua capacidade de resposta em termos de aptidões e recursos pessoais e sociais. Felizmente, a maioria das vezes a vida decorre dentro de padrões controlados de *stress*, em que existe um equilíbrio entre as exigências e aptidões (Vaz Serra, 2002).

Ramos (2005), refere que não existe uma definição universalmente aceite pela comunidade científica, mas no entanto, para este autor, o *stress* define um desajustamento entre as exigências do mundo e a capacidade que a pessoa tem para lhes responder. Assim, as pessoas percebem o *stress* como uma discrepância entre as solicitações do meio e as capacidades, necessidades ou objectivos individuais. Quando existe um desequilíbrio entre os estímulos ou exigências e os recursos pessoais ou sociais para lidar com eles, o *stress* surge como inconveniente e prejudicial. No entanto, em situações intermédias, o *stress* é útil porque constitui um impulso para a tomada de decisões e resolução de problemas, melhorando o seu funcionamento e aptidões (Vaz Serra, 2002). Como tal, o *stress* não deve ser visto sempre como sendo prejudicial, já que na “dose certa” constitui a nossa força motriz.

A este propósito, Selye (1980) fazia a distinção entre situações de *Eustress*, que representavam condições de *stress* que eram dinamizadoras e que contribuíam para a realização do indivíduo; e situações de *Distress*, que possuíam significado negativo, eram desgastantes e improdutivas.

Uma circunstância para ser um *stressor*, deve acarretar para o indivíduo a percepção da necessidade de lutar para a controlar. É portanto uma solicitação, uma situação percebida pela pessoa como difícil ou perturbadora porque gera desconforto ou exige esforço para lidar com ela (Coyne e Lazarus, 1980).

As diferenças interpessoais na percepção daquilo que é ou não é *stressante*, decorre do significado apreciado pela própria pessoa e também do processo de *coping*. Este é o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo, que constituem um processo de lidar com o *stress*. Este processo permite a gestão das circunstâncias, dos recursos pessoais e das emoções emergentes. O *coping* influencia a definição do que é ou

não é *stressante*, já que os recursos disponíveis para lidar com a situação, contribuem para definir (ou não) uma situação como experiência de *stress* (Ramos, 2001).

Segundo Lazarus e Folkman (1984), perante uma situação que a pessoa considere que afecta o seu bem-estar, faz dois tipos de apreciação. Por um lado aprecia as características situacionais (novidade, duração, *timing*, ambiguidade e outras) e as pessoais (empenhamento ou compromisso com a situação, convicções pessoais); e por outro lado, avalia os recursos para lidar com o agente *stressante* (estratégias de *coping*). Nesta dupla apreciação define-se o grau de *stress* percebido e o tipo de emoções que lhe estão associadas.

Assim, na perspectiva da teoria transaccional, as vivências ou experiências de *stress*, dependem muito das condições da situação e das expectativas da pessoa. Os problemas não são mero reflexo do que aconteceu na realidade mas dependem das condições de vida e de como as experiências são apreciadas, ou seja, de como são constantemente avaliadas em função do seu significado para o bem-estar pessoal. Portanto, as situações apreciadas como ameaçadoras, desafiadoras, prejudiciais, que afectam, real ou potencialmente, o bem-estar pessoal, são situações de *stress*.

Em conclusão, o *stress* pode ser determinado por situações ou circunstâncias agradáveis ou desagradáveis, internas ou externas.

4.4 - *STRESS VERSUS ANSIEDADE*

A ansiedade presume-se muitas vezes como sendo equivalente a *stress*, no entanto, segundo Magnusson (1982), ansiedade implica sempre *stress* mas o inverso não é necessariamente observado.

Segundo a teoria cognitiva das emoções (Pagana, 1989), dependendo da apreciação situacional, são produzidos estados afectivos cuja qualidade e intensidade se devem à apreciação quer daquilo que está afectando o bem-estar, quer dos recursos de *coping* e, ainda, dos resultados obtidos por via dos esforços adaptativos.

Cada situação é complexa e por vezes ambígua e pode ter várias implicações no bem-estar, assim, a sua apreciação poderá associar-se a várias emoções e até a emoções

contraditórias (Folkman e Lazarus, 1991). É aquilo que o indivíduo pensa das situações que faz variar a qualidade e intensidade das emoções uma vez que as emoções estão ligadas às ideias, aos valores, aos princípios e aos juízos que a pessoa tem (Damásio, 2004).

Vários autores fizeram uma associação entre a fase antecipatória da situação (ameaça ou desafio) e várias emoções (negativas ou positivas) e entre a fase pós-impacto (resultados de prejuízo ou benefício) com emoções também negativas ou positivas, respectivamente.

Assim, associou-se a ameaça ao bem-estar com emoções negativas como medo, ansiedade, preocupação (Lazarus e Folkman, 1984; Folkman e Lazarus, 1985), apreensão e intimidação (Pagana, 1989).

As situações percebidas como desafio associam-se a emoções positivas como excitação, entusiasmo, estimulação, incentivo, animação (Lazarus e Folkman, 1984; Folkman e Lazarus, 1985), esperança e confiança (Pagana, 1989).

Por outro lado, os resultados percebidos como prejuízo, acompanham-se de emoções negativas como zanga, tristeza, culpa e repugnância; enquanto a apreciação de benefício se caracteriza por emoções positivas do tipo alegria, felicidade, alívio e satisfação (Folkman e Lazarus, 1985; Pagana, 1989).

Perante isto, facilmente se depreende que ansiedade e *stress* não são a mesma coisa. A primeira é apenas um dos possíveis estados afectivos associado a apreciações cognitivas de ameaça, mais raramente, pode estar associada a apreciações cognitivas de desafio, embora se reconheça que frequentemente o indivíduo experimente uma mistura desses sentimentos.

4.5 - MODELO COMPREENSIVO DE *STRESS*

Vaz Serra (2002), salienta bem, que não existe *stress* sem circunstâncias desencadeadoras a que o indivíduo seja sensível. Perante estas circunstâncias e ocorrências cada indivíduo põe em marcha um processo de avaliação (filtro cognitivo) que lhe permita saber se tem ou não controlo sobre a situação. Se considerar a ocorrência

importante e verificar que não possui as aptidões ou recursos (pessoais ou sociais) para a ultrapassar, então entra em *stress*. A intensidade deste, é modelada em função da rede social de apoio a que cada um tem acesso. O *stress* desencadeia vários tipos de respostas nomeadamente, biológica, cognitiva, comportamental e emocional. As emoções, geralmente negativas, têm uma componente motivacional, que nalguns casos inibem as pessoas e noutros incentivam-nas a actuar. Perante situações de *stress* as pessoas colocam em marcha estratégias para lidar com ele – *coping* -. Estas podem estar orientadas para a resolução do problema, controlo das emoções ou relacionamento com a rede social, podendo ser adequadas ou inadequadas. Se ocorre a primeira situação, o *stress* dissipa-se; se ocorre a segunda, o *stress* aumenta e torna-se desgastante.

4.6 - SITUAÇÕES OU CIRCUNSTÂNCIAS INDUTORAS DE *STRESS*

Nas situações indutoras de *stress* é importante termos atenção aos aspectos qualitativos e quantitativos. Os primeiros, referem-se à circunstância em si, a que o indivíduo está sensibilizado; os segundos, referem-se à amplitude ou repetição das circunstâncias desagradáveis (Vaz Serra, 2002).

Os acontecimentos que representam dano ou ameaça são vistos como nocivos, tendo maior probabilidade de afectarem psicologicamente o indivíduo (Lazarus, 1999).

O grau e tipo de resposta de *stress* perante determinada situação, varia de pessoa para pessoa (variação inter-individual) e mesmo na própria pessoa, dependendo das circunstâncias da vida (variação intra-individual), e a presença de determinado estímulo, só por si, não define *stress*, já que existem algumas características que tornam alguns seres humanos vulneráveis a certos estímulos e outros não (Lazarus, 1999; Ramos, 2005). Assim, Pearlin (1978), salientava que não é necessário procurar causas específicas de *stress*, já que é um processo relacionado com os diferentes papéis que o indivíduo tem na sociedade. Por outro lado, pessoas com experiências semelhantes de vida não são igualmente afectadas pelos mesmos factores de *stress*, provavelmente pelos diferentes tipos de *coping* usados (Ramos, 2001).

A mesma condição de *stress* leva as pessoas a reagirem de forma diferente, e as reacções não se podem predizer sem se ter em consideração os traços de personalidade e os processos que explicam as diferenças nas respostas a um estímulo desagradável (Lazarus, 1999). Assim, não há, ou melhor, são muito raras, as situações indutoras de *stress* em absoluto, isto é, que afectam todos os indivíduos, já que as reacções individuais variam. Tudo depende da importância relativa das circunstâncias (Vaz Serra, 2002), e esta depende da educação, experiências de vida, forma de lidar com situações desagradáveis, valores e crenças ou seja, aptidões e recursos pessoais e sociais.

A natureza das circunstâncias indutoras de *stress* é variada. Podem ser de natureza Externa e Interna, em relação ao indivíduo. As de natureza externa podem ser físicas (frio ou calor excessivo, ruído intenso, privação de alimentos); psicológicos (conflitos interpessoais, falar em público); e sociais (desemprego e carências económicas). Quanto às circunstâncias de natureza interna, só são detectados pelo próprio e como exemplos temos, certos pensamentos ou imagens conotadas com emoções fortes (Vaz Serra, 2002). As situações de natureza física e social podem ser fonte de *stress* psicológico e os aspectos psicológicos são determinantes em relação às consequências de uma situação no organismo. Quando as influências psicológicas são minimizadas, agentes que usualmente são nocivos (calor, fome e exaustão) não provocam as respostas hormonais usuais das situações de *stress*, como a libertação de corticosteróides (Mason *et al.* 1976). É necessária uma percepção consciente ou seja uma avaliação do significado psicológico do que está a acontecer, para que ocorra um aumento da actividade do eixo cortico-suprarrenal em condições de *stress* (Lazarus, 1999).

Lazarus e Folkman (1984), dividem as situações indutoras de *stress* em 3 categorias: ameaça, dano e desafio. A primeira, refere-se à antecipação de algo desagradável que poderá vir a acontecer; a segunda, refere-se a algo que já ocorreu, tendo o indivíduo de tolerar o ocorrido ou reinterpretar o seu significado; e a terceira categoria, diz respeito a uma circunstância em que se sente que as exigências podem ser alcançadas ou ultrapassadas. A diferença entre estas 3 categorias é apenas de natureza temporal.

Os malefícios do *stress* intenso advêm do facto de a pessoa negligenciar as suas actividades quotidianas para se preocupar essencialmente com o acontecimento perturbador.

Quando a situação indutora de *stress* é frequente, intensa e / ou prologada, podem ocorrer perturbações físicas e / ou mentais que podem prejudicar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Nas situações em que ocorre doença em consequência de níveis intensos de *stress*, podemos pensar que este desencadeou ou acentuou uma vulnerabilidade preexistente (Cotton, 1990).

Mais uma vez salientamos Vaz Serra (2002), que sistematiza de forma brilhante as circunstâncias indutoras de *stress*. Estas podem consistir em acontecimentos traumáticos, acontecimentos significativos de vida, situações crónicas, micro-indutores, macro-indutores, acontecimentos desejáveis que não ocorreram e traumatismos ocorridos no estágio de desenvolvimento.

Como acontecimentos traumáticos entendem-se situações muito graves, que habitualmente não são previstas e que afectam grande número de pessoas (guerras, terramotos, erupções vulcânicas, naufrágios, acidentes de aviação, etc.) e outras que afectam apenas um indivíduo (violação, incesto, espancamento, testemunha de um homicídio). As primeiras são mais susceptíveis de obter apoio social (Ramos, 2001; Vaz Serra, 2002), mas qualquer destas situações podem induzir transtornos psicopatológicos que se podem prolongar se não forem tratados.

No que se refere aos acontecimentos significativos da vida, também designados por *Major life events* (Holmes e Rahe, 1967), podem-se incluir o óbito do cônjuge ou de um familiar, divórcio, separação, desemprego, acidente, saída de casa de um filho, etc. Constituem ameaças ou danos de grandes dimensões mas sem as proporções dos acontecimentos traumáticos referidos inicialmente, podendo originar uma alteração no estilo de vida do indivíduo, já que pode levar a modificação de hábitos e relações sociais. Sendo acontecimentos traumáticos, podem gerar compreensão e apoio por parte dos outros, aliviando a tensão sentida.

As situações crónicas indutoras de *stress* são problemas e assuntos perturbadores tão frequentes nas actividades diárias que se tornam contínuos (Wheaton, 1994). Os acontecimentos significativos de vida têm um início e um fim, enquanto as situações crónicas se iniciam de forma insidiosa e não têm fim à vista, como por exemplo: ter frequentemente tarefas que têm que ser realizadas num prazo limite; ter várias solicitações para resolver simultaneamente; habitar zonas violentas com risco permanente

de assalto; sentir-se mal remunerado em relação ao trabalho realizado; doença crónica; pensamentos, imagens e sentimentos perturbadores, mantidos por longo tempo, etc.

Os micro-indutores de *stress* ou *hassles*, são as situações do dia-a-dia que se tornam irritantes, frustrantes, maçadoras e exigentes e que perturbam as relações interpessoais (Lazarus e DeLongis, 1983; Ramos, 2001). Como exemplos temos: um vizinho barulhento, trânsito complicado, colegas fumadores, amigos aborrecidos, etc. Muitas vezes estes micro-indutores têm relação com os acontecimentos significativos de vida e dependem não só, das condições sociais, mas também, da predisposição que um individuo tem para reagir de determinada forma e têm fracas repercussões sociais. Os efeitos destas pequenas frustrações diárias podem ser minorados se ocorrerem acontecimentos positivos, compensadores, designados por *uplifts*, como comprar algo que se gosta, um encontro, gozar um dia de descanso, etc. As pessoas com estratégias pobres de *coping* têm tendência a sentir-se inadequadas perante as situações, vendo problemas em tudo (Vaz Serra, 1991).

Os macro-indutores de *stress* referem-se às condições que o sistema socio-económico impõe ao indivíduo, não afectando ninguém em especial, mas atingindo globalmente todas as pessoas. Como exemplos temos a taxa de inflação elevada, impostos elevados, recessão económica, etc. Se limitadas no tempo assemelham-se aos acontecimentos significativos de vida, se se prolongarem igualam-se às situações crónicas indutoras de *stress* (Ramos, 2001).

Os acontecimentos desejados que não ocorrem ou *nonevents*, representam um desejo que não se concretiza. Vários exemplos podem ser dados como, o desejo de ter um filho, uma habitação própria, determinada licenciatura, realizar determinada viagem, progredir na carreira, etc. Geralmente, têm carácter insidioso e persistente, podendo ser considerados uma subdivisão das situações crónicas indutoras de *stress*.

Por último, os acontecimentos traumáticos ocorridos na infância podem ter consequências na vida adulta, se ocorrerem numa fase formativa, com escassas defesas psicológicas e portanto, vulnerável. Os maus-tratos, abuso sexual, ambiente familiar hostil, pais toxicodependentes ou alcoólicos, enquadram-se nesta categoria.

4.7 - RESPOSTA AO *STRESS*

O *stress* desencadeia uma activação que envolve todo o organismo, induzindo emoções, alterando comportamentos e interferindo com processos e mecanismos biológicos e cognitivos (Vaz Serra, 2002). Estes efeitos ocorrem concomitantemente e influenciam-se mutuamente.

Das alterações biológicas fazem parte, nomeadamente modificações no funcionamento do sistema nervoso vegetativo, endócrino e imunitário, condicionando modificações metabólicas e tornando o indivíduo susceptível a infecções. A gravidade destas alterações é proporcional à duração e intensidade do *stress* a que está submetido.

O *stress* não deve ser visto apenas como uma situação incómoda, mas como uma problemática com importantes implicações ao nível do bem-estar e saúde física e psíquica do indivíduo, não sendo no entanto sinónimo de doença, já que é uma condição inerente à vida e todos têm que o enfrentar (Vaz Serra, 2002).

Na nomenclatura de Matarazzo (1984), citado por Vaz Serra (2002), o *stress* faria parte dos factores ou comportamentos patogénicos (factores que tornam a pessoa sensível a doenças) e os mecanismos de lidar com o *stress* - *coping* - , seriam factores ou comportamentos imunogénicos, ou seja, promoveriam a saúde.

A resposta ao *stress* é um processo dinâmico e as pessoas diferem na forma como reagem ao *stress* (McEwen, 1998), tornando-se essas diferenças mais notórias nas situações de *stress* crónico (Velluci, 1997).

O “copo de *stress*” de Powell e Enright (1990), tem capacidade variável de pessoa para pessoa e aquilo que o faz “transbordar”, ou seja, o que produz sintomas físicos, mentais ou comportamentais, também varia. A ocorrência destes, são sinónimo de *stress* excessivo e dependem da nossa constituição fisiológica e da capacidade da pessoa para tolerar o *stress*.

A resposta ao *stress* depende de inúmeras variáveis, nomeadamente: tipo, gravidade e duração do *stress*; constituição genética; equilíbrio hormonal da ocasião; experiências prévias; apoio social disponível; e por último, da forma como lida com os acontecimentos (Velluci, 1997). Daqui se depreende que indivíduos diferentes possam reagir de forma diversa.

Para Ramos (2005), os efeitos do *stress* são cumulativos e serão patogénicos se ultrapassarem a capacidade de resposta individual, podendo predispor a hipertensão e outras doenças cardiovasculares e renais, vários tipos de doenças inflamatórias, alérgicas e de hipersensibilidade, doenças do aparelho digestivo, doenças neurológicas e mentais (depressão, distúrbios de ansiedade e perturbações do sono), distúrbios sexuais, doenças metabólicas e cancro, *burnout*, consumo excessivo de tabaco, álcool e drogas, sendo a morte o extremo das consequências do *stress*.

O *stress* propícia aos mais variados tipos de descompensação humana, desde transtornos emocionais, perturbações psicóticas e doenças psicossomáticas. Quando a situação indutora de *stress* é frequente, intensa e / ou prologada, podem ocorrer perturbações físicas e / ou mentais que podem prejudicar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

A doença determinada pelo *stress* deve-se a uma interacção recíproca entre o indivíduo e o meio ambiente da qual vão depender os comportamentos que se relacionam com a saúde, a activação de mecanismos psicofisiológicos e finalmente a doença (Adler e Mathews, 1994).

Como afirma Vaz Serra (2002), a repercussão de determinado acontecimento no ser humano depende de três factores: da forma com cada indivíduo avalia as situações que enfrenta; da percepção que tem de ter ou não controlo sobre a ocorrência; e finalmente, do apoio social de que dispõe.

Uma forma de evitarmos estes desequilíbrios, é através de mecanismos protectores que nos permitam lidar com o *stress*, ou seja, estratégias de *coping*.

4.8 - MANIFESTAÇÕES DO *STRESS*

Quando uma pessoa julga não dispor de recursos para satisfazer as exigências de uma determinada situação, esta experimenta uma situação de *stress*. Trata-se de um processo automático, involuntário e emocional. Perante esta apreciação o organismo responde ao *stress*, revelando o desequilíbrio em que se encontra.

Segundo Ramos (2001), as manifestações do *stress* podem-se sistematizar em três níveis: manifestações fisiológicas, psicológicas e sociais.

As manifestações fisiológicas incluem: taquicardia, hipertensão, aumento da tensão muscular, subida dos níveis de adrenalina e noradrenalina, aumento do colesterol e dos ácidos gordos, inibição do sistema imunológico, redução da actuação do sistema digestivo, dificuldades respiratórias, alterações do sono e perturbações sexuais.

No segundo grupo de manifestações, estão incluídas as perturbações da memória, dificuldade de concentração e na tomada de decisões, potenciação de pensamentos irracionais e negativos, aumento de erros no processamento de informação, mau humor, hipersensibilidade à crítica, irritabilidade, labilidade afectiva, excitação, tristeza e melancolia, angústia, diminuição do interesse sexual, ansiedade difusa e disfuncional, inquietação motora e tiques nervosos, gaguez, maior tendência para sofrer acidentes, aumento do consumo de drogas legais e ilegais, anorexia ou polifagia e isolamento.

No que diz respeito às manifestações sociais, salienta-se o mau relacionamento conjugal, menor atenção aos filhos, deterioração da comunicação familiar, demissão dos papéis familiares, diminuição do interesse, eficiência e rendimento profissionais, menor qualidade do desempenho, absentismo e abandono da profissão.

4.9 - CUSTOS DO *STRESS*

Perante o exposto, podemos antever que os custos individuais e colectivos do *stress* podem ser tremendos.

É difícil avaliar directamente os custos do *stress*. O seu peso pode geralmente antever-se através de dados indirectos das suas consequências como o mal-estar, incapacidades, mortes prematuras, transtornos físicos e psíquicos e consumo de fármacos, tabaco, álcool ou drogas ilícitas utilizados para tentarem tolerar os efeitos do *stress*.

Nos EUA, 25% dos americanos são vítima dos efeitos negativos do *stress* excessivo e 50% dos doentes que consultam o médico de família, têm problemas relacionados com o *stress* (Everly, 1989).

Segundo Ramos (2001), as consequências do *stress* são particularmente importantes no mundo do trabalho, sobretudo ao nível da organização: indirectamente no comportamento do indivíduo (perda de vitalidade, falhas de comunicação, qualidade das relações interpessoais no trabalho afectada, erros na tomada de decisões e oportunidades perdidas); e directamente no clima da organização (insatisfação com o desempenho, baixa adesão aos objectivos, atrasos na produção, absentismo, acidentes de trabalho, mudanças de emprego, greves, custos de saúde, compensações, indemnizações e reformas antecipadas). O absentismo devido ao *stress*, pode afectar até 10 a 20% da força de trabalho em algumas indústrias americanas (Sutherland e Cooper, 1990), implicando custos astronómicos.

4.10 - *STRESS* OCUPACIONAL E ENFERMAGEM

Segundo Carvalho (1988), o trabalho é um componente fundamental da vida de todas as espécies e possibilita ao Homem a transformação criativa do mundo em que vive. O *stress* ocupacional é uma realidade e as características, os hábitos, as reacções e as experiências individuais explicam diferentes susceptibilidades aos factores de *stress* ocupacional.

O exercício de uma actividade profissional envolve actividades específicas com graus variáveis de responsabilidade, e as tarefas levadas a cabo envolvem, invariavelmente, um certo grau de *stress* (Zupiria *et al.* 2007).

Como já foi referido, o *stress* ocorre quando um indivíduo encara um estímulo como uma ameaça do ambiente (Lazarus e Folkman, 1984). Assim, *stress* ocupacional, laboral ou *stress* no trabalho é a condição em que alguns factores ou uma combinação de factores interfere com o trabalhador e desregula a sua homeostasia física, psicológica ou social (Lou, 1997).

O sistema de saúde é um exemplo de uma organização que funciona com elevados níveis de *stress* e sobrecarga de trabalho há vários anos, sobretudo depois dos anos 90, com diminuição dos níveis de “energia” e de capacidade produtiva (Vahey *et al.* 2004).

Um traço característico da actual fase do capitalismo é a intensificação laboral que pode levar ao consumo desmedido das energias físicas e espirituais dos trabalhadores (Elias e Navarro, 2006).

As organizações de saúde continuam a ser hierarquizadas, com diferenças significativas nas condições de trabalho entre e dentro das diferentes profissões (Ekedhal e Wengstrom, 2008).

Algumas fontes de *stress* no trabalho têm a ver com a organização do trabalho, outras estão relacionadas com a natureza específica das próprias tarefas (Gray-Toft e Anderson, 1981; McGrath *et al.*, 2003). A falta de organização é identificada por alguns, como sendo uma causa importante de *stress* nos enfermeiros (Quattrin *et al.* 2006).

Os factores de *stress* organizacional incluem: tamanho e complexidade dos objectivos da organização, competência e capacidade dos seus líderes e colaboradores, clima de trabalho e eficácia (Aiken *et al.* 2002). A causa mais comum de percepção de *stress* a nível individual é a indefinição de papéis e a não ligação com os colegas de trabalho (Ekedhal e Wengstrom, 2008) Também a insegurança devida ao medo do desemprego, os regimes de trabalho precários, jornadas de trabalho prolongadas, reduzido número de profissionais, baixos salários e condições insalubres de trabalho são geradoras de *stress* (Elias e Navarro, 2006).

Os profissionais de saúde, sobretudo os que trabalham em ambiente hospitalar, estão em risco de *stress* e tensão no trabalho, especialmente os enfermeiros (Garrosa *et al.* 2008), estando nas posições cimeiras no *ranking* das profissões mais stressantes do sector público (Vanagas e Bihari-Axelsson, 2004).

As fontes de *stress* podem variar nas diferentes áreas da saúde. Existem quatro grandes fontes de *stress* como sejam a sobrecarga de trabalho (McGrath *et al.* 2003; McVicar, 2003; Hall, 2004), estilos de liderança e organização, conflitos profissionais e o custo emocional do cuidar (McVicar, 2003).

Peterson *et al.* (1995), reportam que cerca de 80% dos enfermeiros têm níveis elevados ou muito elevados de *stress*, e este é considerado uma importante causa de mal-estar e doença e de redução da eficiência (Kendrick, 2000). Isto mesmo está bem patente em estudos recentes realizados em enfermeiros trabalhando em ambientes variados, nomeadamente oncologia e doenças infecciosas (Wilson *et al.*, 2007), hemodiálise (Ugur

et al., 2007), saúde comunitária (Blake e Lee, 2007), psiquiatria (Ward e Cowman, 2007; Sogaard *et al.*, 2007; Dickinson e Wright, 2008), ou em lares e instituições similares (Lapane *et al.* 2007).

Existem diversos factores que contribuem para isto, nomeadamente o facto de lidarem diariamente com vários factores stressantes ocupacionais, como trabalhar em meios onde a morte faz parte da rotina, especialmente em doentes com doenças severas como HIV/SIDA e cancro (Dorz *et al.* 2003), e com sobrecarga de trabalho e falta de recursos físicos, materiais e humanos.

Segundo vários autores, os factores indutores de *stress* nos enfermeiros podem estar relacionados com o trabalho propriamente dito (stressores ocupacionais) (Jamal e Baba, 2000; Sundin *et al.* 2006; Garrosa *et al.* 2008), ou estão dependentes de factores individuais (variáveis sócio-demográficas e personalidade) (Harrisson *et al.* 2002; Houkes *et al.* 2003; Garrosa *et al.* 2008; Shmitz *et al.* 2000).

No primeiro grupo incluem-se a sobrecarga de trabalho, experiência quotidiana com o sofrimento, a dor e a morte; conflitos interpessoais; falta de clareza e ambiguidade de funções e papéis; e supervisão, sobretudo nos mais jovens (Stordeur *et al.*, 2001; McVicar, 2003). Os factores relacionados com o trabalho, são tão importantes que pode mesmo haver efeito de “contágio” emocional entre vários membros da equipa (Bakker *et al.* 2005). As restrições financeiras e nos quadros de pessoal tornaram as instituições de saúde e em particular no âmbito da enfermagem, altamente susceptíveis a elevados níveis de *stress* (Shaha e Rabenschlag, 2007).

Benoliel *et al* (1990), salientam cinco factores de *stress* nos enfermeiros: reacções pessoais, preocupações pessoais, preocupações com o trabalho, competência no seu papel e preocupação em completar o seu trabalho.

No que diz respeito às variáveis sócio-demográficas, a idade jovem (menos de 30-40 anos), a pouca experiência e o baixo estatuto profissional, são factores de risco para maiores níveis de *stress* e *burnout* (Brewer e Shapard, 2004; Garrosa *et al.* 2008).

Também McVicar (2003), é da opinião que os factores indutores de *stress* são variáveis consoante o grau de experiência (anos de actividade) dos enfermeiros. Os enfermeiros mais jovens, elegem tal como os alunos de enfermagem (Pegano, 1988; Sheu *et al.*, 2002; Zupiria *et al.* 2007), a falta de experiência como o principal factor de *stress*.

No entanto, factores como: contacto com o sofrimento, incerteza, impotência, falta de controlo no relacionamento com os doentes, envolvimento emocional, e relações com colegas, também podem originar *stress* no profissional (Garret *et al* 1976; Beck e Srivastava, 1991; Admi, 1997, Zupiria *et al.* 2007).

Uma fonte potencial de *stress*, para os enfermeiros do sexo masculino, é a ideia estereotipada generalizada de que a enfermagem é uma actividade feminina. Esta fonte de *stress*, e por vezes um sentimento de desigualdade, pode levar ao equacionar do abandono da profissão, como está demonstrado no estudo de Lou *et al.* (2007), realizado em enfermeiros de Taiwan.

Uma das fontes de *stress* na enfermagem é o conflito com o pessoal médico (Tabak e Orit, 2007). Por exemplo uma das fontes de *stress* para os enfermeiros é testemunhar cuidados médicos considerados fúteis ou desnecessários (Ferrell, 2006).

As tácticas usadas para ultrapassar estes conflitos variam com a experiência e o status profissional dos enfermeiros, condicionando o nível de *stress* e a satisfação com o trabalho. A abordagem integradora e de dominância prevalece nos enfermeiros mais experientes; enquanto a abordagem de evitamento predomina nos mais jovens, condicionando maiores níveis de *stress* e menor satisfação com o seu desempenho (Tabak e Orit, 2007).

Também Dickinson e Wright (2008), salientam os conflitos inter-profissionais, a sobrecarga de trabalho e a falta de envolvimento nas decisões, como os 3 principais factores indutores de *stress* em enfermeiros que trabalham em psiquiatria.

Os efeitos negativos do *stress* ocupacional na saúde são bem conhecidos, e as alterações rápidas e profundas nas organizações estão a ter como consequência um aumento no *stress* ocupacional nos profissionais de saúde (McGowan, 2001; Shader *et al.* 2001).

O *stress* nos enfermeiros, foi associado a insatisfação com o trabalho, alteração do bem-estar psicológico e psicossomático (Lambert *et al.* 2004) o que implica um impacto negativo na qualidade da enfermagem (Clegg, 2001). O contacto com o sofrimento desde há muito que é considerado o factor indutor de *stress* mais importante nos enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar.

Diversos autores (Healy e McKay, 2000; Lu *et al.* 2007a; Newbury-Birch e Kamali, 2001; Prosser *et al.* 1997; Stewart e Arklie, 1994), também documentaram uma relação negativa entre *stress* ocupacional e satisfação no trabalho.

A insatisfação com o trabalho é uma causa frequente de *turnover* voluntário (Johnston, 1997), e tal como o *stress*, a insatisfação com o trabalho, pode ser causa de *burnout* ou exaustão, (McNeese-Smith e Crook, 2003; Motoko e Michiko (2001); Stewart e Arklie, 1994).

A satisfação no trabalho, segundo Motoko e Michiko (2001), está dependente de cinco factores: interesse do trabalho, expectativas, volume de trabalho, benefícios de saúde e sociais e finalmente, progressão e desenvolvimento.

Para Lu *et al.* (2007), a satisfação com o trabalho no âmbito da enfermagem pode ser influenciada em certa medida pelo empenho da organização, *stress* ocupacional, empenho profissional, conflito de papéis, ambiguidade de papéis, nível educacional, idade e anos de serviço prestados pelo enfermeiro. O empenho da organização na promoção, tem o maior impacto na satisfação com o trabalho, logo seguido pelo *stress* ocupacional e pelo conflito e ambiguidade de papéis. Assim, a melhoria destas condições aumentará a satisfação no trabalho.

Perante a multiplicidade de factores físicos de *stress*, Booth (1988), classifica-o em *stress* Funcional, quando conduz à aprendizagem e ao aumento da habilidade para enfrentar as situações; ou Não funcional, se leva a um desempenho medíocre e à doença. Por outro lado, perante factores psicológicos, se as exigências feitas excedem a capacidade para os enfrentar então o *stress* é sentido. Se a exigência é satisfeita, resulta uma sensação de realização de algo conseguido.

Uma forma grave, específica e preocupante de *stress* ocupacional crónico é a Síndrome de *Burnout* (Maslach e Jackson, 1981), que nos últimos anos tem recebido muita atenção e tem sido um tema recorrente (Altun, 2002; Brown e Edelman, 2000; Demerouti *et al.*, 2000; Happell *et al.* 2003; Heyns *et al.*, 2003; Kipping, 2000). É o resultado de relações carregadas emocionalmente entre os prestadores de cuidados / serviços e as pessoas que são objecto da sua atenção (Maslach e Shaufeli, 1993) estimando-se que a sua prevalência seja de 25% na população de enfermeiros. Esta

síndrome caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal.

Os factores de risco para *burnout* são os mesmos que os factores de *stress*. No entanto, existem algumas particularidades, sobretudo no que diz respeito a factores organizacionais e factores interpessoais decorrentes sobretudo das exigências emocionais das pessoas a quem se prestam os cuidados (Burisch, 1993; Cherniss, 1980; Maslach e Jackson, 1981).

Nos primeiros, o conflito de papéis e a ambiguidade de papéis são os factores mais importantes (Garrosa *et al.* 2008), considerando Melchior *et al.* (1997), que o conflito de papéis é o factor mais importante de *burnout* entre enfermeiros. A sobrecarga de trabalho também é muito importante, sobretudo para profissionais com contacto emocional intenso, como são os enfermeiros (Garrosa *et al.* 2008; Maslach, 1982; Maslach e Leiter, 1997). Outros factores referidos por diversos autores são: o tempo que os enfermeiros passam com os seus doentes (Cronin-Stubbs e Brophy, 1985), intensidade das exigências emocionais (Lewinson *et al.* 1981), o mau prognóstico dos doentes (Hare *et al.* 1988) e a idade dos enfermeiros (Maslach *et al.*, 2001).

A profissão de enfermagem é muito stressante e embora o seu objectivo seja cuidar da saúde dos outros, a própria saúde dos enfermeiros pode estar em risco.

Assim, um bom profissional só o é, se adquirir as competências necessárias que lhe facilitem a execução das tarefas de forma correcta e saudável (Zupiria *et al.*, 2007).

4.11 - O ENFERMEIRO E O *STRESS* EM ONCOLOGIA E NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Para Thelan (1993), o *stress* é um problema ocupacional da profissão de enfermagem, independentemente da especialidade. No entanto, o trabalho em oncologia e sobretudo na área dos cuidados paliativos, envolve problemas emocionais, acoplados a factores físicos, psicológicos, sociais e espirituais (MacKereth *et al.* 2005). Trata-se de uma área que requer energia suficiente e devoção para lidar com todos os problemas

(Lederberg, 1998). As suas exigências podem conduzir a *stress*, insatisfação, alienação do trabalho, exaustão ou *burnout* dos profissionais (Isikhan *et al.* 2004).

Estudos comparando enfermeiros que trabalham em contextos diferentes, salientam a área da oncologia como aquela em que os níveis de *stress* são mais acentuados. Fenga *et al.* (2007), por exemplo, compararam os níveis de *stress* entre enfermeiros que trabalhavam em doenças infecciosas com um outro grupo da área da oncologia, verificando que estes tinham mais *stress* ocupacional, mais *burnout* e mais patologia psicossomática.

Muitas situações indutoras de *stress* na área da oncologia não podem ser evitadas, como seja o contacto frequente com a morte (Isikhan *et al.* 2004). Mesmo assim, em alguns estudos a maioria dos enfermeiros não acha o seu trabalho demasiado stressante (Bruneau e Ellison, 2004).

Fisher (1989), refere que o pessoal que trabalha com doentes em fase terminal está constantemente exposto ao problema da morte e da manifestação de pesar. Trabalhar com pessoas em fases difíceis da sua existência, pode tornar os enfermeiros pesarosos e apreensivos em relação às próprias perdas e despertar uma ansiedade existencial em relação à sua própria morte. Os doentes por vezes não estão preparados para enfrentar a sua morte, necessitando por isso da ajuda de profissionais preparados, nomeadamente do enfermeiro. De entre todos os membros da equipa multidisciplinar de saúde, o enfermeiro, é quem tem um contacto mais íntimo e duradouro com o doente, sendo a pessoa, para quem este mais frequentemente se volta em busca de compreensão e apoio. A ele recorre quando deseja falar de si, dos seus medos e esperanças. Ser capaz de ouvir e de transmitir coragem, tornam-se qualidades de extrema importância. Esta situação pode ser stressante para o enfermeiro, por recear falar seriamente com o doente, temendo a sua reacção ou que ele faça perguntas difíceis, ou por o confrontar com a realidade da sua situação. Também pode ser stressante não se conseguir ajudar rápida e atempadamente o doente a lidar com a sua dor.

O enfermeiro tem que lidar com a ansiedade e revolta dos doentes e respectivos familiares e, para Gibbon (1988), o enfermeiro tem um importante papel a desempenhar na redução da ansiedade destes últimos ao prestar-lhes informação adequada. A insatisfação dos doentes e familiares muitas vezes advém da falta de comunicação com os

profissionais de saúde. Geralmente reagem com menos raiva às más notícias, quando os profissionais são experientes, humanos e disponíveis para explicações e conforto. A falta destas capacidades nos profissionais de saúde, fá-los reagir com ansiedade, tensão e evitamento, com diminuição da auto-estima e insatisfação no trabalho (Ford *et al.* 1994; Ullrich e Fitzgerald, 1990).

Fisher (1989), salienta que as exigências a que estão sujeitos os enfermeiros são muitas, tanto físicas como emocionais. Estes além de enfrentarem os problemas dos doentes e familiares, têm que lidar com as suas próprias emoções e o receio de as evidenciar ao doente. Não existe tempo, espaço e disponibilidade para o enfermeiro expressar os seus sentimentos, sendo enfatizada e reforçada, pelos padrões profissionais, a necessidade de ser forte e demonstrar auto-controlo.

Desde há muito que a enfermagem oncológica é tida como uma das actividades mais stressantes (Johnson, 1979), mas existe controvérsia (Wilkinson, 1994). Na realidade, lidar com doentes com cancro e sobretudo doentes em estado terminal, é descrito como stressante e exigente emocionalmente para os enfermeiros (Corner, 2003), sobretudo devido à crença que a morte é vista como uma insuficiência do cuidado efectivo e eficaz (Graves e Aranda, 2005). Os profissionais que trabalham na área da oncologia, têm um alto risco de *stress* relacionado com o trabalho, mas a sua relação com a exposição quotidiana à morte não é clara. Pierce *et al.* (2007), mostraram que dos enfermeiros da mesma instituição, uns trabalhando na Unidade de Cuidados Paliativos e outro grupo na enfermaria de radioterapia e oncologia médica, os da primeira tinham menores níveis de *stress* relacionado com o trabalho, maior satisfação com o trabalho e melhor trabalho de equipa, apesar do contacto mais estreito que tinham com moribundos e com a morte. Apesar da dificuldade que existe em trabalhar em oncologia e de os enfermeiros nesta área mostrarem níveis de *stress* moderados a severos, eles usam estratégias de *coping* frequentemente e de forma eficaz; têm elevados níveis de satisfação com o trabalho; grande compromisso com a instituição; e grande coesão como grupo (Hinds *et al.* 2003).

Os enfermeiros da área da oncologia, os professores e os executivos são as classes profissionais com os níveis mais elevados de *stress* ocupacional (McVicar, 2003; Isikhan *et al.* 2004; Medland *et al.* 2004).

A enfermagem oncológica constitui um grupo de profissionais que trabalham com doentes, familiares e outros profissionais em várias situações geradoras de *stress*. Ao lidarem com o sofrimento, doença e morte confrontam problemas existenciais diariamente, tendo que lidar com eles no trabalho e na sua vida privada (Ekedahl e Wengstrom, 2007 e 2008).

Alguns estudos dos anos 90 já apontavam para prevalências de ansiedade e depressão elevadas entre os profissionais de oncologia, e a prevalência da síndrome de *burnout* rondava 44-55% dos profissionais (Canellos, 1991; Whippen e Catalan, 1996).

Sobre este assunto, Faria e Maia (2007), fazem referência que até 70% dos profissionais a trabalhar em oncologia têm ansiedade de intensidade média e 30%, alta. Esta ansiedade, está directamente relacionada com o número de doentes a quem são prestados cuidados (Vanagas *et al.*, 2004; Faria e Maia, 2007) e o facto de trabalharem em outra instituição (segundo emprego) (Stacciarini e Troccoli, 2001; Faria e Maia, 2007). Existem ainda estudos que apontam o número de horas de trabalho (Stacciarini e Troccoli, 2001); a idade (Sobreques *et al.* 2003; Faria e Maia, 2007); e o número de anos a trabalhar numa instituição (Faria e Maia, 2007) como factores de risco para aumentar a ansiedade, tornando o trabalho arriscado em termos de saúde.

Os profissionais de hospitais / enfermarias vocacionados para a oncologia estão submetidos a níveis consideráveis de *stress* devido à intensidade emocional do seu trabalho que envolve sucesso clínico limitado, contacto sustentado com pessoas seriamente doentes e agónicos (Wilson *et al.* 2007).

Segundo Isikhan *et al.* (2004), a interacção com os doentes e o contacto quotidiano com a morte são os principais factores de *stress*, logo seguidos da não manutenção de um distanciamento saudável entre enfermeiro e doente. No entanto, Rodrigues e Chaves (2008), mencionam que os principais factores indutores de *stress* nos enfermeiros que trabalham em oncologia são a morte do doente (28.6%), situações de emergência (16.9%), conflitos interpessoais (15.5%) e situações relacionadas com o trabalho (15.5%).

Os profissionais de saúde que lidam com doentes com cancro apresentam elevados níveis de *stress* a nível da organização e no plano individual, sendo que na

esfera privada esses níveis são muito sérios, obtendo maior expressão nos profissionais mais novos (Isikhan *et al.* 2004).

Não é de estranhar que até 65% dos profissionais a trabalhar em oncologia, sobretudo com doentes terminais, se sintam diferentes (Faria e Maia, 2007). Além do conceito da terminalidade, o estigma de que o cancro é uma doença fatal também é gerador de tensões e ansiedade (Corner, 2002).

As doenças terminais são frequentemente temidas e é frequente que tendam a ser evitadas.

Nos cuidados prestados no fim da vida, encontram-se vários tipos de conflitos, sobretudo relacionados, por ordem decrescente de frequência, com a ética (26,2%), com o cuidar (19,1%), com as tensões entre profissionais, doentes e famílias (11,1%) e com as experiências da equipa (9%) (Mpinga *et al.* 2006). As principais causas de conflito referem-se a dificuldades na comunicação, pedidos de eutanásia e suicídio assistido, autonomia dos doentes, não-respeito pelas directrizes e as diferenças culturais (Mpinga *et al.* 2006). Outras decisões éticas, nomeadamente lidar com a dor, contenção de custos e tomar decisões quanto à qualidade de vida e ao melhor interesse do doente também podem ser geradoras de *stress* (Raines, 2000).

Diferentes tipos de *stress* nos enfermeiros que lidam com doentes oncológicos terminais podem estar relacionados com o indivíduo, grupo ou equipa, instituição / organização e nível cultural. Neste último incluem-se a filosofia dos cuidados e os códigos de trabalho (Ekedahl e Wengstrom, 2007). Estes autores propõem a designação de *stress* multifacetado.

Ainda segundo os mesmos autores a nível individual o *stress* não é apenas vivenciado a nível profissional. Numa visão holística, a transição entre trabalho – vida privada ou seja a transição entre dois mundos diferentes, por um lado o estreito convívio com a morte e por outro a vida real, pode ser problemática. Este problema é ainda maior quando um familiar do profissional sofre de cancro ou é o próprio que está doente (Ekedahl e Wengstrom, 2007).

A nível profissional são considerados factores de *stress*, ter de cuidar de doentes jovens, lidar com a morte, doentes com filhos da mesma idade que os dos profissionais, não conseguir aliviar satisfatoriamente o sofrimento do doente, doentes de ambos os

sexos na mesma enfermaria, falta de tempo, sensação de isolamento e solidão sobretudo à noite e fins-de-semana, necessidade permanente de formação contínua, trabalhar com outros profissionais e cuidar de doentes com necessidades de mais cuidados (por exemplo no período pós-operatório). O *stress* ético relaciona-se com o componente psicológico do *stress* e manifesta-se por exemplo quando existe necessidade de sedar doentes moribundos, não conseguir acompanhar o trabalho dos colegas, ou relacionar-se com familiares que parecem querer tomar controlo (Ekedahl e Wengstrom, 2007). Basicamente o sofrimento é visto como não tendo sentido, resultando em *stress* nos profissionais de saúde.

A nível do grupo ou equipa, factores sociais e culturais, se não compreendidos, podem ser fonte de atritos na equipa. Assim, diferentes identidades e escalões etários podem causar algum nível de *stress*. Os enfermeiros mais novos da equipa, sobretudo a trabalhar sem supervisão, durante mais horas e nos dias e horários incómodos, são os mais susceptíveis.

No plano organizacional o *stress* é multifacetado e são as remodelações e reorganizações dos cuidados e instituições, que mais *stress* geram, envolvendo aspectos sociais (mudanças nos quadros de pessoal), psicológicos (alterações no regime de cuidados prestados), fisiológicos (sobrecarga de trabalho) e também materiais, quando envolvem aspectos económicos. Estas alterações vão ter reflexo ao nível do grupo e individual. Os cortes orçamentais e de pessoal são uma fonte importante de *stress*, pondo por vezes em causa o significado do papel do enfermeiro e, quando muito intenso, pode pôr em causa as estratégias de *coping* que geralmente são eficazes, colocando a saúde do profissional em risco. O *stress* ao nível da organização está relacionado com o tamanho e complexidade dos objectivos da instituição, competência e capacidade da sua liderança e colaboradores, clima de trabalho e eficiência (Ekedahl e Wengstrom, 2007).

Diferentes filosofias de cuidar podem estar implícitas e gerar *stress* se não puderem ser integradas ou alteradas (Ekedahl e Wengstrom, 2007). O *stress* gerado é sobretudo psicológico e diz respeito à aplicação dos dois principais paradigmas do cuidar: o holístico e o mecânico ou biomédico. A aplicação de diferentes ideologias no cuidar por parte de médicos e enfermeiros, também pode levantar problemas éticos.

Isikhan *et al.* (2004), na sua revisão sobre o tema do *stress* em oncologia, sistematizaram os factores de *stress* dos profissionais de saúde na área da oncologia, apontando os seguintes: severidade da condição do doente; expectativas elevadas do doente; prestação de cuidados insatisfatórios; incapacidade de controlar os resultados do seu esforço; morte dos doentes; problemas relacionados com os familiares dos doentes; falta de equipamento e pessoal; responsabilidade excessiva; problemas de comunicação dentro da equipa; sobrecarga de trabalho; problemas administrativos; condições de trabalho; baixos salários e inadequação dos benefícios sociais; falta de formação nos serviços; falta de oportunidades para promoção; e a não apreciação pelos doentes e superiores.

No seu próprio estudo sobre o tema, Isikhan *et al.* (2004), verificaram que as variáveis que mais influenciam o *stress* nos enfermeiros em oncologia são o estado civil, idade, injustiça nas oportunidades de promoção, desequilíbrio entre trabalho e responsabilidade, conflitos com os colegas, falta de reconhecimento pelos superiores hierárquicos, sobrecarga de trabalho, inadequação do equipamento, falta de tempo para a família e vida social e problemas na relação com os doentes e família.

Ullrich e Fitzgerald (1990), referem que dos vários profissionais de saúde a trabalhar na área da oncologia, os enfermeiros são aquelas que têm maiores índices de *stress*. Estes autores, apontam como principais factores: o contacto mais directo com o doente, as relações mais estreitas com eles e o facto de estarem mais sujeitos ao criticismo e queixas dos doentes e familiares. Apesar destes dados, estudos recentes (Isikhan *et al.* 2004) que compararam níveis globais de *stress* entre médicos e enfermeiros, não mostraram diferenças significativas.

Os níveis de *stress* variam de pessoa para pessoa, e nem todos os enfermeiros que trabalham em oncologia apresentem os mesmos níveis de *stress*. Além das características individuais, também o local onde se exerce a actividade parece ter influencia. A prestação de cuidados no domicílio é menos indutora de *stress* do que os prestados no hospital, já que no primeiro os profissionais sentem-se mais livres para expressar os seus pontos de vista e estabelecem uma relação mais sólida (Beck-Friis *et al.* 1993). Ainda assim, mesmo em enfermeiros que prestam cuidados paliativos ao nível da comunidade, a prestação de cuidados em ambientes rurais revelou-se mais geradora de *stress*, devido às

longas distâncias e poucos recursos disponíveis (Wilkes e Beale, 2001), mas tal como os seus colegas do meio hospitalar, também a sobrecarga de trabalho, as relações com outros profissionais de saúde e o sofrimento dos doentes, são os principais factores de *stress* (Newton e Waters, 2001; Wilkes e Beale, 2001).

Os profissionais em oncologia podem ter um sentimento de orgulho e segurança se conseguirem lidar com os vários factores de *stress* ou podem tornar-se alienados e sentir-se cativos na ausência de mobilidade no trabalho, afectando a sua qualidade de vida e a qualidade dos cuidados que prestam (Isikhan *et al.* 2004). A sua formação, raramente os prepara para a problemática interface com o paciente e a sua família, podendo levar à auto-depreciação, diminuição da auto-estima e, muitas vezes, as tentativas para se proteger levam-no a projectar a sua raiva nos superiores hierárquicos, com maior prejuízo para si e para os doentes (Lederberg, 1998).

Alguns factores socio-demográficos podem ter um efeito atenuante do *stress* e limitar ou mitigar os seus efeitos deletérios.

Isikhan *et al.* (2004), referem que os enfermeiros casados ou vivendo maritalmente têm maiores níveis de *stress*. Além dos factores habituais do ambiente de trabalho, também existem os factores relacionados com a vida familiar (falta de tempo para a família, para as tarefas diárias, actividades de lazer, convívio com os amigos, etc.). No entanto, estes dados não são consensuais, já que outros autores (Tyler e Ellison, 1994), mostraram que ser casado e ter pelo menos dois filhos parecem proteger do *stress*.

A idade também é um factor modificador importante do *stress* laboral. Os níveis de *stress* decrescem com o envelhecimento dos profissionais. Os enfermeiros mais jovens têm mais dificuldade em lidar com os doentes, criticam mais o seu trabalho e têm mais *stress* perante a morte (Isikhan *et al.* 2004). Além disso, reportam mais frequentemente rejeição por parte dos familiares e mais *stress* na vida familiar (Ulrich e Fitzgerald, 1990).

Os anos de experiência tornam os profissionais de saúde mais flexíveis à sobrecarga de trabalho e mais capazes de se adaptar à pressão, diminuindo assim o *stress* percebido (Isikhan *et al.* 2004).

Além dos factores socio-demográficos, outros factores podem tornar o trabalho em oncologia menos *stressante*.

O *feedback* positivo por parte dos doentes, tornam a tarefa mais fácil. Igualmente importantes na promoção da diminuição do *stress* e melhoria da qualidade dos cuidados, são as condições físicas da instituição, a qualidade do pessoal auxiliar e as relações entre colegas, resposta do doente ao tratamento, participação em actividades sociais e recreativas, trabalho de equipa harmonioso, sentimento de ser produtivo, incentivos financeiros, reconhecimento pelos seus superiores e delimitação das tarefas e papéis de cada um (Isikhan *et al.* 2004).

O tipo de doentes a quem se prestam os cuidados, nomeadamente no que diz respeito à idade, pode influenciar de forma diferente o nível de *stress* dos profissionais.

O grupo etário de doentes oncológicos terminais que mais *stress* geram, em 77% dos enfermeiros, são as crianças, como se a morte nesta faixa etária fosse inaceitável, e anti-natural. Por outro lado, 42% afirmam que o grupo etário acima dos 65 anos é aquele que menos *stress* gera quando estão terminalmente doentes (Faria e Maia, 2007). A razão principal desta escolha está patente na frase mais frequentemente usada na explicação quando são jovens: “*have still not lived a lot*”. Outra razão é o seu maior envolvimento emocional (Faria e Maia, 2007).

Na prestação de cuidados paliativos a crianças, os factores indutores de *stress* não estão tão bem estudados como nos adultos, mas os principais factores parecem ser os conflitos dentro da equipa, problemas de comunicação e conflito de papéis. No entanto, também uma má relação com a família e a incapacidade de aliviar os sintomas da criança, são fontes frequentes de *stress* (Barnes, 2001). Neste aspecto não há diferença em relação ao cuidado dos adultos e genericamente podemos encontrar as mesmas causas e efeitos do *stress* e estratégias de *coping* idênticas nos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos pediátricos (Barnes, 2001).

Em cuidados paliativos, independentemente da idade e do doente, apenas uma pequena percentagem dos doentes morre com sofrimento não aliviado (White *et al.* 2004). O sofrimento não aliviado dos doentes pode ter um grande impacto nos enfermeiros. Esse impacto pode ser descrito sob a forma de percepção de sofrimento (situação difícil), sentimentos (impotência, incapacidade), suportar o “fardo” (consumo de álcool, cefaleias) e afectar a sua relação com a família. A principal estratégia para lidar

com este problema é a procura de suporte informal por parte dos colegas de trabalho (White *et al.* 2004).

Os principais problemas de saúde nos profissionais em oncologia relacionados com o *stress* são as cefaleias, ansiedade, úlcera péptica, gastrite, distúrbios do sono e fadiga (Isikhan *et al.* 2004).

Os factores de risco para a ocorrência de morbilidade psiquiátrica entre os profissionais dos cuidados paliativos são, segundo Ramirez *et al.* (1998) os seguintes: idade jovem e poucos anos de experiência; níveis de *stress* elevados; insatisfação com o trabalho; treino inadequado em comunicação; *stress* com origem em outros aspectos da vida; e finalmente, problemas psicológicos prévios ou antecedentes psiquiátricos na família.

Isikhan *et al.* (2004), traçaram no seu trabalho o perfil do enfermeiro com mais elevados níveis de *stress*, como sendo casado, entre os 21 e os 36 anos de idade, experiência profissional inferior a 10 anos, com conflitos entre os colegas, não realizado com a sua profissão, trabalha longas horas por dia, numa instituição sem condições de equipamento e com problemas no relacionamento com o doente e os seus familiares.

5 - *COPING*

O *stress* é um fenómeno corrente e crescente com efeitos deletérios no recrutamento e permanência dos profissionais, qualidade dos cuidados e sobretudo com custos humanos reais (McKereth *et al.* 2005).

O facto de a área da oncologia, e sobretudo dos cuidados paliativos, estar ou não, mais sujeita aos efeitos do *stress* é controverso, mas é genericamente aceite que os níveis de *stress* são maiores quando se cuida de indivíduos com necessidades físicas, psicológicas e espirituais complexas (McKereth *et al.* 2005).

Existem ocasiões em que os enfermeiros necessitam de apoio para ultrapassar os desafios da sua vida profissional e pessoal, pelo que uma variedade de intervenções em alturas diferentes ou em conjugação poderão ser benéficas.

O *coping*, ou seja, *lidar com* ou *gerir* em português, é, segundo a teoria transaccional do *stress* de Lazarus e Folkman (1984), o conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo, que constituem um processo para lidar ou gerir solicitações específicas excessivas, independentemente da sua eficácia.

As estratégias de *coping* envolvem minimizar, evitar, tolerar e até aceitar as condições stressantes bem como tentar controlar o meio. Abrange qualquer coisa que a pessoa pense, sinta ou faça, independentemente dos resultados alcançados, adaptativos ou não (Lazarus e Folkman, 1984; Folkman e Lazarus, 1991).

Para estes autores, os esforços para lidar com situações percebidas como excedendo os recursos pessoais disponíveis, isto é, stressantes, são considerados *coping*. Os comportamentos aprendidos e utilizados automaticamente, sem requerer esforço, são também adaptativos mas não devem ser considerados *coping*.

O *coping* tem duas funções principais: lidar com o problema e regular as emoções. Numa perspectiva cognitivista, daqui advêm duas estratégias: o *coping* centrado no problema; e o *coping* centrado nas emoções.

Quando a situação ou o problema são apreciados como passíveis de serem mudados, os esforços são dirigidos a geri-los ou a altera-los. Tenta-se gerar e avaliar alternativas em termos de benefícios e custos, escolher essas alternativas e actuar. Alguns exemplos são: alterar pressões, barreiras e recursos; procurar informação sobre o que

fazer; evitar acções impulsivas ou prematuras; confrontação, etc. As estratégias podem ser dirigidas ao meio e / ou à pessoa, tentando mudar o seu comportamento. Trata-se de *coping* centrado no problema (Folkman, 1984).

O *Coping* centrado nas emoções, visa regular a resposta emocional vivida na situação e aliviar o impacto emocional do *stress*. É aplicável sobretudo quando se faz a apreciação de que nada pode ser feito para modificar as condições de dano, desafio ou ameaça (Lazarus e Folkman, 1984; Folkman e Lazarus, 1991).

Através de pensamentos ou acções tenta-se gerir ou lidar com o estado emocional criado pela situação de *stress*, sem se agir propriamente sobre o problema. Estas estratégias, que visam a diminuição do sofrimento emocional, incluem evitamento, minimização, distanciamento, atenção selectiva, comparações positivas, extrair valor positivo a partir de situações negativas, procura de informação que dê conforto, bom humor, participação em grupos, práticas mágicas, hostilidade, procurar razões aceitáveis para falhar e utilização de tranquilizantes (Lazarus e Folkman, 1984).

Segundo Pearlin e Schooler (1978) o efeito protector das estratégias de *coping* pode exercer-se de três formas diferentes: pela eliminação ou modificação das condições geradoras dos problemas, procurando neutralizar a ameaça; pelo controlo perceptivo do significado da experiência ou das suas consequências, reduzindo o significado da situação de *stress*; pela manutenção ou regulação, dentro de limites razoáveis, das consequências emocionais produzidas pelo problema.

As duas últimas estratégias são designadas paliativas e ocorrem sobretudo em circunstâncias incontroláveis, por exemplo, na adaptação à doença oncológica (Folkman, 1984).

Os mecanismos de *coping* podem, segundo Lazarus e Folkman (1984), ser examinados em três níveis: defesas corporais (fisiológicas), usadas para contra-atacar os agentes nocivos; processos psicológicos, usados para enfrentar situações ou mudanças ameaçadoras; e formas institucionais (sociais) para proteger a unidade social ou o indivíduo.

Shinn *et al.* (1984), citados por Lazarus e Folkman (1984), apontam três tipos de *coping*: *institutional coping* (ajuda da organização); *co-worker coping* (ajuda dos colegas

da mesma categoria); *individual coping* (mobilização dos mecanismos individuais próprios).

Dada a natureza multifactorial do processo de *coping* várias estratégias podem ser utilizadas, simultaneamente ou não, com vista a restabelecer o bem-estar.

A validade de uma estratégia não é incondicional ou seja o seu valor adaptativo deve ter em consideração o contexto situacional específico, já que um comportamento que pode ser efectivo numa perspectiva fisiológica pode ter consequências devastadoras no domínio psicológico ou sociológico. Por outro lado, em qualquer destes domínios, o que é uma resposta benéfica numa situação, num determinado momento, pode ser prejudicial na mesma situação, mas num outro momento (Monat e Lazarus, 1991).

O *coping* centrado no problema ou o centrado nas emoções, são funções potencialmente úteis e adaptativas, dependendo do contexto. As estratégias de *coping* não são em si mesmas, boas ou más, eficazes ou ineficazes, apropriadas ou inapropriadas; isto é determinado pelo contexto da situação (Lazarus e Folkman, 1984).

Existem oito formas de *coping*, segundo a tipologia de Lazarus e Folkman (1984): confrontação, retirada, auto-controlo, suporte social, aceitação da responsabilidade, escape ou evitamento, resolução do problema e reavaliação positiva.

Não existe um estilo pessoal de *coping*. O que existe é uma variabilidade, isto é, as pessoas utilizam diferentes estratégias consoante as situações, embora exista alguma estabilidade ou modos preferenciais no *coping* para as mesmas fontes de *stress* ao longo do tempo. Para estes autores, o *coping* é um processo e é situacional, específico e dinâmico em cada contexto. Há sucessivas mudanças neste processo à medida que evolui a situação stressante ao longo das suas várias etapas (antecipatória, confrontação e pós-impacto), requerendo apreciações e reapreciações da relação pessoa-meio, influenciando o próprio processo e as emoções aí geradas (Lazarus e Folkman, 1984).

O *coping* é, portanto, uma variável mediadora da resposta emocional no processo de transacção com o meio. A apreciação dos recursos para o *coping* (mas também dos factores pessoais e situacionais), influenciam-no, bem como as emoções na situação. A apreciação dos resultados do *coping* podem transformar essas emoções de forma recíproca e dinâmica, afectando o bem-estar físico e psicológico das pessoas (Folkman e Lazarus, 1991). Existe, assim, uma interdependência entre emoções e *coping*. As

emoções negativas associadas a situações de ameaça, requerem regulação para que não interfiram com as formas de *coping* centrado no problema. As emoções positivas, predominantes em situações de desafio, requerem pouca ou nenhuma regulação e podem de facto facilitar o *coping* centrado no problema (Folkman, 1984).

Quando se perde a capacidade de se adaptar às condições, surge o desequilíbrio, que constitui um estado patológico. A resistência psíquica não se mantém constante toda a vida, pode variar de dia para dia; a acumulação de *stress*, que passa a ser crónico, conduz à criação dum estado de esgotamento (Porto, 1988).

O *stress* faz parte da vida dos nossos dias e constitui a resposta global do organismo à acção de factores que exigem adaptação às influências, às modificações, às solicitações e às tensões a que se encontra exposto. Pode ser benéfico, estimulante ou tornar-se indesejável e constituir um risco significativo para a saúde física e mental. Como tal, deve ser reconhecido e controlado, porque a qualidade da vida e da saúde depende da resposta frente aos agentes indutores de *stress* (Levy, 1981).

Os efeitos nocivos do *stress* ocorrem em função da natureza dos processos de *coping* que a pessoa mobiliza para lidar com as situações (Vaz Serra, 1988)

A forma como cada profissional encara a morte do assistido depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face a este processo, da sua maturidade e das suas expectativas profissionais.

Segundo Pines e Maslach (1978), podem-se agrupar as estratégias de *coping* de três formas: transformação do indivíduo, melhoria das relações interpessoais e mudança do ambiente.

O primeiro grupo de estratégias, diz respeito a soluções interiores, mudança de si próprio, sem alterar o meio ambiente. Assenta desde a desconstracção (desporto, tempos livres, férias, etc.) até ao questionar-se a si próprio, muito mais radical.

O segundo grupo de soluções, assenta no poder da palavra e na sua “livre circulação”.

A mudança do ambiente (factores externos) num sentido favorável, consegue-se reduzindo o número de doentes a cargo de cada profissional, diminuindo as horas de trabalho, maior cuidado na elaboração dos horários, distribuição de responsabilidades, transferência de serviço, melhores salários, reconhecimento do nosso desempenho pelos

superiores, discussão dos problemas com os colegas, apoio de profissionais qualificados, etc..

Fawzy *et al.* (1991), propõem uma abordagem bio-psico-social de *coping*, de forma a restabelecer o equilíbrio: aprendizagem e aplicação de princípios de manejo de *stress*; participação em grupos de apoio (apoio do pessoal, reuniões de pacientes, grupos de apoio familiar); pedido de tratamento adequado para o abuso de substâncias; e pedido de terapia familiar adequada.

Burger (1997), refere que as formas de prevenir o *burnout* não dizem apenas respeito à instituição mas também ao profissional, no que diz respeito à aquisição de aptidões específicas que têm a ver com a formação, a experiência e a maturação profissional.

Na mesma linha Vachon (1997), propõe quatro caminhos: observar-se, fazer cortes, estabelecer tempos e locais de recurso, e trabalhar de uma forma diferente.

O primeiro item, refere-se a “olharmos” para nós próprios, atendendo aos estados interiores de conforto e desconforto; estado de fadiga, tensões e alertas do organismo; estados de satisfação ou insatisfação e as suas necessidades de lazer.

O segundo caminho, aponta para a necessidade de adoptarmos “rotinas de descompressão”, optando por um “investimento” controlado em distrações (desporto, arte, leitura, natureza, cozinha, etc.), em repouso (sono, relaxamento, férias) e no cuidar da sua saúde.

O terceiro ponto, refere-se a aprender a partilhar as emoções, aprender a gerir os seus conflitos e aumentar a sua auto-estima.

Por último, devemos trabalhar de forma diferente. Isto consegue-se aumentando os sentimentos de competência, de controlo e de prazer em trabalhar; cultivar a justa distância entre identificação projectiva e evitamento; cultivar o espírito de equipa; pedir ajuda e oferecê-la; redefinir as suas motivações e o seu estilo de trabalho e saber mudar de orientação e de ritmo.

É necessário reduzir, portanto, as situações de risco, objectivas e subjectivas e modificar formas de comportamento e ideias responsáveis por estados emocionais de excitação crónicos (Porto, 1988).

As intervenções no que diz respeito ao *stress* podem ser considerados ao nível primário, secundário e terciário. A prevenção primária do *stress* é difícil, por exemplo é difícil prever o sucesso de um indivíduo avaliando a sua personalidade. Por outro lado a intervenção terciária, nomeadamente o envio aos serviços médicos do pessoal, quando o indivíduo já está sintomático, não parece eficaz. Assim, a intervenção secundária, que incluiria alterações organizacionais e mecanismos de suporte contínuos parece a abordagem com mais resultados (Murphy *et al.* 1994).

5.1 - *COPING* EM ONCOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS

MacKereth *et al.* (2005), propõem um modelo de lidar com o *stress* em oncologia / cuidados paliativos, baseado em três vertentes: aconselhamento, supervisão clínica e terapêuticas complementares.

O aconselhamento, que no passado foi estigmatizado e visto como uma fraqueza é, agora, cada vez mais tido em consideração. Esta abordagem permite ao indivíduo lidar melhor com os factores pessoais e profissionais de *stress*, através de um processo que implica retroceder, reflectir onde chegaram, como é que lá chegaram, olhar para onde gostava de ir e decidir o que terá de mudar de forma a lá chegar. O aconselhamento pode ser uma boa forma de lidar com o *stress*, como intervenção primária ou secundária.

A supervisão clínica, confere aos profissionais a oportunidade de limpar os “detritos” deixados pelo trabalho, oferecendo tempo, espaço e uma relação de suporte que facilitaria a reflexão acerca da sua prática e desenvolvimento profissional. Basicamente é o mesmo processo usado pelos enfermeiros em relação aos seus doentes quando os estimulam a partilhar aquilo que os preocupa. Alguns autores, como Grant (2000), põem em causa a forma como a supervisão clínica é usada e implementada. A sua principal aplicação deve fazer-se na forma de intervenção secundária.

No que diz respeito às terapêuticas complementares, estas obtiveram uma grande notoriedade na última década, nomeadamente a aromaterapia, acupunctura, massagens e reflexologia (FIM, 1997; Fisher e Ward, 1994).

O uso destes métodos em doentes e seus familiares já é prática corrente em alguns hospitais (Kohn, 1999; Stringer, 2000; McKereth e Campbell, 2002), e a constatação da sua eficácia, levou os profissionais destes hospitais a requerem também o acesso a estes métodos como forma de aliviar o *stress*.

A modalidade de massagem em cadeira é muito popular em várias instituições e vários estudos mostraram os seus benefícios. Field *et al.* (1997), verificaram que sessões de apenas 15 minutos eram suficientes para se verificar redução dos níveis de ansiedade, redução do cortisol plasmático, melhoria da capacidade de alerta e melhores resultados em testes matemáticos. Outros autores demonstraram redução da tensão arterial sistólica e diastólica e da frequência cardíaca (Cady e Jones, 1997). Os benefícios são físicos e sobretudo psicológicos, com redução da ansiedade, depressão e fadiga, e aumento da sensação de bem-estar, melhor controlo emocional e diminuição dos distúrbios do sono (Field *et al.* 1997).

Além das massagens em cadeira, outras modalidades de massagem, reflexologia, *reiki*, massagem indiana da cabeça, etc. podem ser igualmente benéficas (McKereth *et al.* 2005). Em algumas instituições, os enfermeiros são os principais utilizadores destes serviços (30% do total), apontando várias razões para o seu uso, nomeadamente cervicalgia, lombalgia, ansiedade e fadiga (McKereth *et al.* 2005).

Buckley (2002), sublinha os aspectos benéficos para os doentes, da massagem e da aromaterapia nas unidades de cuidados paliativos. Ora os mesmos efeitos benéficos da aromaterapia, massagem e música foram também demonstrados num estudo realizado na Austrália em Enfermeiros dos Cuidados Intensivos, verificando-se que estas estratégias reduziam significativamente os níveis de ansiedade e de *stress*, facilitando o relaxamento. (Cooke *et al.*, 2007).

As formas de obter relaxamento são muitas vezes triviais. As quatro formas mais frequentes, relatadas no estudo de Kash *et al.* (2000), foram: falar com colegas de trabalho; o humor; beber café e comer; e finalmente, ver televisão.

Uma das técnicas de *coping* é a criação de grupos de reflexão. O fomento do auto-conhecimento e encorajar o desenvolvimento das aptidões para a detecção de sentimentos relacionados com o *stress*, são considerados de grande importância para Evans e Kelly (2004). Aprender a lidar com o inevitável, aceitar as limitações e renunciar às ilusões e

omnipotência, são atitudes importantes, sendo mais importante aprender a lidar com o problema do que evitá-lo. O relaxamento, a partilha, o sentir-se apoiado e aprender a contrariar e a digerir os sentimentos que geram *stress*, deve ser fomentados (Zupiria *et al.*, 2007). Os grupos de supervisão e de reflexão de tarefas são, segundo estes autores, meios eficazes para atingir estes fins.

Na opinião de Ekedhal e Wengstrom (2008), o facto de o sistema de saúde se basear em rotinas, torna a diversificação de técnicas de *coping*, nomeadamente as estratégias recreativas, um entrave à permanência dos enfermeiros neste sistema.

No entanto, nos últimos anos tem havido um interesse crescente no ambiente psicossocial no trabalho dos profissionais de saúde, uma vez que estes estão sujeitos a graus variáveis de *stress* físico, psicológico / emocional, com grande risco de *burnout*, conflito de papéis e insatisfação com o trabalho (Fenga *et al.* 2007).

Muitos países, como o Canada, têm programas como o *Care for the Professional Caregiver*, cujo objectivo é oferecer aos enfermeiros que trabalham em oncologia, a oportunidade de aprenderem a lidar com o *stress* (estratégias de *coping*) na sua prática diária (Fitch *et al.* 2006). Este tipo de intervenção, tenta que os enfermeiros que trabalham em oncologia estabeleçam entre si inter-relações, se suportem uns aos outros, partilhem histórias acerca da sua vida profissional, tentando enriquece-los como indivíduos, como membros de uma equipa e como profissionais. As estratégias deste tipo têm benefícios a curto e a médio prazo (Fitch *et al.* 2006).

Na Inglaterra, o projecto *Improving Working Lives Standards*, utilizado pelo *National Health Service*, para detectar *stress* ocupacional e *burnout*, sobretudo em enfermeiros que trabalham em contexto de oncologia, permitiu através da aplicação de terapias complementares, reduzir significativamente o *stress* ocupacional, ansiedade, depressão e os níveis de tensão arterial, melhorando o bem-estar e qualidade de vida dos profissionais (Wilson *et al.* 2007).

No Japão foi, inclusivamente, testado um sistema de treino para lidar com o *stress* através da Internet que mostrou algum êxito na redução do *stress* profissional (Yamagishi *et al.* 2007).

O acesso do pessoal a sistemas de apoio, incluindo supervisão clínica; a promoção por parte dos líderes e supervisores de um ambiente aberto e honesto, facilitador da

expressão dos sentimentos de uma forma aberta e confiante; a aprendizagem de formas de lidar com as frustrações; a rotação de enfermarias para promover o desenvolvimento pessoal e profissional; e finalmente, o encorajamento da formação contínua, que poderá incluir o treino de intervenções psicossociais, são segundo Dickinson e Wright (2008), formas de reduzir o *stress* entre os enfermeiros.

Muitas estratégias são sugeridas para tentar aliviar o *stress* relacionado com o trabalho, umas mais ortodoxas do que outras, sendo o humor uma delas. Dean e Gregory (2005), consideram que o humor e o riso, sendo tão generalizados nas relações humanas, adquirem no âmbito dos cuidados paliativos uma importância maior, devido à ansiedade, medo e tristeza que estão associados a este tipo de cuidados. Na prestação destes cuidados, a qualidade de vida e as relações humanas são de sobremaneira relevantes que o humor combinado com sensibilidade e cuidado pode ser uma ferramenta importante, não devendo no entanto, ser tomada como garantida nem considerada trivial. Apesar do entusiasmo daqueles autores, uma revisão de Chinery (2007) acerca do uso do humor em contexto pré-operatório para tentar aliviar o *stress*, não permitiu tirar conclusões definitivas.

Alguns programas com este último tipo de medidas podem ter sucesso em termos de alterações adaptativas na resolução de problemas, capacidades de auto-ajuda, bem-estar afectivo e *performance* no trabalho (Jones e Johnston, 2000).

As atitudes positivas para com o trabalho de equipa e resolução de conflitos devem ser desenvolvidas, representando, oportunidades para crescer. Técnicas de resolução de problemas, técnicas de tomada de decisão e trabalho de equipa devem ser fomentadas desde os tempos da formação, com vista a diminuir o *stress* durante a vida profissional (Zupiria *et al.* 2007).

Jones e Johnston, (2000), também advertem para o facto da necessidade de se clarificar a estrutura dos stressores percebidos e de se desenvolver modelos causais do processo de *stress*, de forma a identificar as características do trabalho que condicionam *stress*. A sua identificação numa fase de aprendizagem e de treino, nomeadamente nos estudantes de enfermagem, e nos enfermeiros mais novos e com menos experiência (uma vez que têm menos estratégias de *coping* em relação aos mais experientes), pode ter bastante importância (Zupiria *et al.* 2007).

A forma como os indivíduos escolhem a estratégia de *coping* é determinada pelos seus recursos internos e externos, que incluem saúde, crenças, responsabilidade, suporte, capacidades sociais e recursos materiais (Rodrigues e Chaves, 2008)

No entanto, a aquisição dos aspectos da personalidade resistente conferem protecção contra o *stress*, são designados por “*Hardiness*” ou “*Hardy personality*” (Kobasa, 1979), e podem facilitar a redução do *stress*. Este autor, propôs este conceito como uma forma de compreender a relação de uma pessoa com os outros, com os objectivos e com os problemas. Trata-se de um modelo de psicologia positiva que envolve três variáveis: compromisso, controlo e desafio. A primeira refere-se ao envolvimento com a vida e as actividades diárias, a segunda ao reconhecimento da nossa influência nos acontecimentos e a terceira, à orientação e abertura para a mudança.

A presença de uma *Hardy personality* nos enfermeiros, mais do que as acções ao nível dos factores de *stress* ocupacional (ambientais / organizacionais), pode reduzir os níveis de *stress* e de *burnout*, já que permite aumentar o sentimento de realização pessoal e diminuir a exaustão emocional e a despersonalização (Garrosa *et al.* 2008). Esta abordagem tem implicação ao nível da organização, promovendo a cooperação, credibilidade e criatividade (Maddi, 2000).

Na vida profissional do enfermeiro, o doente tem um papel central para a significância do seu trabalho. O enfermeiro quer que o doente tenha a melhor qualidade de vida possível e que se sinta satisfeito e bem cuidado. A significância inclui, também, esperança e conforto quando falam com os doentes acerca de assuntos difíceis. Trata-se de uma vontade de fazer bem, que se estende ao domínio privado do enfermeiro (saúde, filhos, etc.) (Ekedhal e Wengstrom, 2008).

O desenvolvimento de capacidades para lidar com o *stress*, facilitará aos profissionais de saúde uma forma saudável de trabalhar, contribuindo para que permaneçam saudáveis e capazes de oferecer um trabalho com maior qualidade (Zupiria *et al.* 2007).

Ekedhal e Wengstrom (2006), fazem referência a uma orientação de vida potente e funcional para o enfermeiro em oncologia lidar com o *stress* relacionado com o trabalho. Assim, estes autores, dividem esta orientação em três componentes: orientação para o cuidar (cujo papel é central na sua actuação), orientação religiosa e orientação

geral ou secular.

Diferentes orientações podem ser fonte de *coping*, mas podem criar situações de *stress* dentro da equipa se não forem compreendidas.

As estratégias de *coping* podem ser divididas em várias categorias: preservação, reconstrução e reavaliação (Ekedhal e Wengstrom, 2008). Em enfermeiros a trabalhar em oncologia a primeira é a mais usada. Nesta, a demarcação de fronteiras, limites ou papéis é a técnica mais utilizada, incluindo ventilação ou espaço para respirar e *caritas oblivion*. Esta última, permite ao enfermeiro esquecer os pacientes que faleceram e focar-se nos que estão vivos. Os enfermeiros usam as técnicas de *coping* tanto no trabalho como na sua vida privada (Ekedhal e Wengstrom, 2008).

As estratégias de *coping* geral também são usadas e podem consistir por exemplo no auto-cuidado do enfermeiro na sua vida privada, praticando regularmente actividade física. O *coping* religioso envolve, regra geral, diferentes formas de oração, por exemplo quando está com o doente. Esta forma de *coping* também é usada na zona de transição entre o tempo de trabalho e a vida privada (por exemplo no retorno a casa ou ida para o trabalho) (Ekedhal e Wengstrom, 2008). Uma das formas de reduzir o *stress* no local de trabalho em cuidados paliativos é o recurso à espiritualidade, já que como Holland e Neimeyer (2005) demonstraram, as experiências espirituais diárias podem mitigar as formas físicas, cognitivas e emocionais de *burnout* e podem servir como uma forma de *coping* construtivo.

Nos profissionais que trabalham na área da oncologia diversos mecanismos de *coping* são adoptados, nomeadamente: a criação de ligações positivas com os colegas de trabalho (Isikhan *et al.* 2004; Hertting *et al.* 2004), actividades sociais com os colegas, partilha dos problemas com outros membros da equipa e actividades de lazer com a família e amigos (Isikhan *et al.* 2004). Na classe dos enfermeiros, adquire particular importância a resposta do doente ao tratamento e o sentimento de ser produtivo e útil (Isikhan *et al.* 2004). Em alguns trabalhos, a maioria dos enfermeiros identifica a família e os amigos como a principal fonte de apoio, em vez dos colegas de trabalho (Bruneau e Ellison, 2004).

Consoante as causas de *stress*, o enfermeiro tende a usar diferentes formas de *coping*. Perante a sobrecarga de trabalho, usa o *coping* centrado no problema; perante as

exigências dos pacientes e perante conflitos entre as actividades no trabalho e em casa, tende a favorecer o uso de estratégias de suporte social (Tyler e Cushway, 1992); se o factor é a insatisfação com o trabalho, então o evitamento é a estratégia usada (Tyson e Pongruenphant, 1996).

Outras formas potenciais de lidar com o *stress*, segundo Hulbert e Morrisson (2006), são as intervenções no ambiente de trabalho que visam a promoção do optimismo, da auto-eficácia e o suporte social dos profissionais de cuidados paliativos.

O poder stressante de algumas situações pode ser diluída ao longo do tempo e aliviada à medida que se desenvolvem capacidades, treino, experiência e competências. Por outro lado, o poder stressante de outros factores como a incerteza e impotência, envolvimento emocional e o contacto com o sofrimento permanece elevado ao longo do tempo, mesmo em enfermeiros com muitos anos de experiência (McGrath *et al.* 2003; Zupiria *et al.* 2007). Estes factores são designados, segundo McVicar (2003), por custo emocional do trabalho. Alguns destes factores podem ser alterados, mas outros não, e têm que ser aceites, podendo o seu reconhecimento reduzir a ansiedade e contribuir para uma abordagem mais saudável do *stress* e uma enfermagem de melhor qualidade.

O empenho e compromisso profissional têm um papel importante na satisfação com o trabalho e consequentemente no grau de *stress* laboral e menor *turnover* no emprego (Lu *et al.* 2002; Lu *et al.* 2007).

Para a satisfação no trabalho são necessárias comunicação e liderança, pelo que os directores / supervisores (lideres) representam fontes de suporte e de incentivo para os seus enfermeiros, existindo uma relação directa entre ambos (McGilton *et al.*, 2007). Os lideres devem promover uma cultura de abertura e de honestidade para facilitar que os membros da equipa expressem os seus sentimentos abertamente e com confiança e aprendam a lidar com as suas frustrações (Dickinson e Wright, 2008).

A eficácia das intervenções para reduzir o *stress* dos enfermeiros no local de trabalho, parece ser maior para as medidas de suporte pessoal, do que para as medidas que visam o ambiente de trabalho (Mimura e Griffiths, 2003). No entanto, Isikhan *et al.* (2004), referem que o método de *coping* mais frequentemente usado é a abordagem auto-confiante e a menos usada é a submissiva.

Apesar das condições difíceis no exercício da profissão, a idealização da prática

da enfermagem, como inicialmente conceptualizada, vista como devoção, abnegação e dedicação, permite também, criar mecanismos de defesa de forma a tolerar a convivência quotidiana com a dor, o sofrimento e a morte (Elias e Navarro, 2006). Contudo, a relação enfermeiro-doente não deixa de ser um factor de *stress* importante, principalmente se a pessoa a ser cuidada for portadora de uma doença grave e terminal. Uma má adequação da distância na relação enfermeiro-doente pode ser um factor causador de *stress* (McGrath *et al.* 2003; McVicar, 2003). A adequação da distância na relação enfermeiro-doente é determinada principalmente pela natureza da tarefa, devendo ser tão próxima quanto necessário e o mais distante possível. Deve ser tida sempre em consideração a noção de distância segura. A diminuição do poder stressante deste factor pode ser devido às defesas oferecidas pela serviços de enfermagem institucionalizada, no entanto, estas defesas tendem a criar uma relação enfermeiro-doente menos humana. Segundo McGrath (2003), para que os enfermeiros ofereçam cuidados holísticos aos pacientes, é necessário que desenvolvam uma série de habilidades sociais e de relacionamento interpessoal.

O *stress* relacionado com os cuidados paliativos a crianças, tal como nos adultos, pode ser aliviado com o recurso a trabalho de equipa, boa comunicação e criar no hospital um ambiente o mais aproximado possível do familiar (Barnes, 2001).

A experiência e o treino em cuidados paliativos, também permitem reduzir o *stress*, sobretudo evitando as manifestações físicas e cognitivas do *burnout* (Holland e Neimeyer, 2005).

Alguns autores salientam o facto de, em comparação com os médicos, os enfermeiros, apesar de estarem estreitamente associados com elevados níveis de *stress*, não têm tanto sucesso com a aplicação dos métodos de *coping* (Kivisto e Couture, 1997).

A relação entre *stress* ocupacional e *burnout* está bem estabelecida, pelo que a prevenção do segundo passa pela prevenção do primeiro. Isto pode ser conseguido através do *redesign* do trabalho, incluindo atenção aos horários e oferecendo programas de educação para a saúde ocupacional (Wu *et al.* 2007).

Frequentemente se ouve dizer que o futuro é dos jovens. Já salientamos atrás que, os enfermeiros mais novos e com menos experiência têm menos estratégias de *coping* em relação aos mais experientes, sendo a resignação uma estratégia frequentemente usada (Hinds *et al.* 1994). Assim, os enfermeiros mais novos necessitam de apoio para

desenvolverem conhecimentos, capacidades e estratégias de *coping* de forma a permitir-lhes a prestação de cuidados no final da vida com qualidade e com compaixão (Caton e Klemm, 2006). A falta de formação, as restrições financeiras e a falta de pessoal, muitas vezes impedem uma preparação adequada. O convívio com profissionais experimentados e a formação contínua, podem auxiliar o enfermeiro mais jovem a interessar-se e a permanecer na área da oncologia e sobretudo dos cuidados paliativos. As acções em equipa têm um papel importante no manejo de situações stressantes em enfermagem (Shaha e Rabenschlag, 2007). Para os mais jovens, como já foi referido, o trabalho em equipa pode ser visto tanto como uma estratégia de *coping* ou um factor *stressante* (Ekedahl e Wengstrom, 2007).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1 - METODOLOGIA

O método científico é o método mais sofisticado de aquisição de conhecimentos criado pelo ser humano. Ele combina aspectos de raciocínio lógico com outros para criar um sistema de solução de problemas que embora falível, merece mais confiança do que a tradição, a autoridade, a experiência ou a tentativa de certo e erro, por si só (Polit e Hungler, 1995).

Nesta fase do trabalho, pretendemos abordar aspectos relacionados com a metodologia que vamos utilizar, em conformidade com os objectivos visados.

Preocupados com as situações stressantes que os enfermeiros que trabalham com doentes terminais evidenciam e também como enfrentam essas situações, vamos desenvolver um estudo que tem a investigação qualitativa como referencia.

Segundo Pope *et al.* (2007), os métodos usados neste tipo de investigação incluem: a observação directa, entrevistas, análise de textos ou documentos e de discursos ou comportamento gravados.

O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-lo (Morse, 2007).

No paradigma qualitativo, a realidade é construída a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo de fenómenos sociais.

Este tipo de investigação é holística, uma vez que se concentra geralmente em indivíduos específicos e não em grupos ou tipos de indivíduos (Hicks, 2006). Estuda as pessoas nos seus ambientes naturais, estando relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e como elas compreendem esse mundo. A mensuração é geralmente relacionada à taxonomia (Pope *et al.*, 2007), buscam o significado e a intencionalidade dos actos, das relações sociais e das estruturas sociais. (Queiroz *et al.*, 2007).

(Hicks, 2006), considera que para se descrever fenómenos como a cultura hospitalar, ou a dos centros de saúde; as técnicas qualitativas são aplicadas assertivamente. Esta metodologia vem ao encontro do nosso objectivo. Com ela,

procuramos conhecer fenómenos que não são mensuráveis como sentimentos, emoções e comportamentos dos enfermeiros que trabalham num Serviço de Cuidados Paliativos.

1.1 - OBJECTO DE ESTUDO, OBJECTIVOS, MODELO DE ESTUDO E LIMITAÇÕES

Da análise da literatura apresentada na parte I, retivemos alguns conceitos que recordamos:

O *stress* é um problema ocupacional da profissão de enfermagem, independente da especialidade.

A área da oncologia é uma das especialidades, com aspectos particulares, que podem criar situações geradoras de *stress* para o enfermeiro resultante do cuidar de doente oncológico em situação hospitalar.

A morte por cancro é um processo que pode ser bastante prolongado e dá-se, preferencialmente, dentro das instalações hospitalares.

A fase terminal da doença é outra fonte potencial de *stress*, traduzida pela progressão da doença, degradação do estado geral e aproximação da morte.

Os factores relacionados com a morte e com as doenças graves parece que são os que causam mais *stress* aos enfermeiros. Contudo o enfermeiro deverá estar preparado para apoiar o doente em fase terminal e a sua família, numa ampla gama de dificuldades marcadas por transtornos físico, emocional, social e culturais. As exigências a que estes profissionais estão sujeitos são muitas, podendo ser tanto de ordem física como emocional.

Sendo o Serviço de Cuidados Paliativos uma unidade que cuida especialmente de doentes oncológicos em fase terminal, por isso, e de acordo com o até aqui exposto, emerge a questão central que orienta esta pesquisa: Quais os factores relacionados com o cuidar destes doentes, vivenciados no serviço, que os Enfermeiros consideram que provocam ou poderão provocar *stress* e quais são os mecanismos de *coping* que eles desenvolvem e utilizam para aliviar ou prevenir o *stress* enquanto cuidadores de doentes oncológicos em fase terminal?

É neste contexto que o presente estudo se insere, visando contribuir para o diagnóstico da situação, conforme os objectivos da pesquisa, ou seja:

- Conhecer os sentimentos e emoções que os enfermeiros vivenciam perante um doente em fase terminal de vida.
- Saber quais os aspectos que os enfermeiros consideram indutores de *stress*, relacionados com a prática de cuidar de doentes em fase terminal de vida.
- Conhecer as estratégias de *coping* praticadas pelos enfermeiros para combater o *stress* provocado pela prática directa de cuidar de doentes em fase terminal.
- Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros para que as situações de *stress* sejam evitadas ou minimizadas, enquanto cuidadores de doentes oncológicos em fase terminal.

Salientamos que, a presente pesquisa não cuidará de realidades objectivas que possam ser apreendidas independentemente dos sujeitos que as percebem e dos contextos que as geram e que viabilizam a sua consciencialização.

Assim, no âmbito da dissertação, circunscrevemos como objecto de estudo: *stress* e *coping* nos Enfermeiros dos Cuidados Paliativos em Oncologia

Estabelecidas estas balizas, adoptámos as opções e os procedimentos metodológicos que passaremos a descrever em seguida.

Este estudo enquadra-se numa abordagem descritiva das narrações dos participantes, tal como foram expressos verbalmente pelos enfermeiros que entrevistámos, e tal como foram por nós recolhidas, mediante a realização da entrevista

Os estudos de investigação qualitativa, no decurso dos quais são utilizados métodos de entrevista, tomam geralmente o nome de estudos exploratório-descritivos (Fortin, 2000).

Esta pesquisa será orientada pelos referidos objectivos de natureza descritiva, dado que os dados serão recolhidos no seu *habitat* natural, e serão agrupados e registados de uma forma ordenada.

Assim, para a análise e interpretação da realidade dos participantes, optámos por uma pesquisa descritiva que se insere numa abordagem do “tipo etnometodológico”, visto que o nosso objectivo é conhecer como os Enfermeiros percebem o *stress* e os meios que utilizam para o combater. Isto vai de encontro ao objectivo desta abordagem - A

busca empírica dos métodos que os indivíduos utilizam para dar sentido e, ao mesmo tempo, construírem as suas acções quotidianas: comunicar, tomar decisões e raciocinar (Coulon, 1995; Garfinkel, 1992).

Esta pesquisa é caracterizada por se centrar no aqui e no agora e a realidade social é construída na prática do dia a dia, valorizando as descrições e compreensão que o indivíduo faz da realidade que o cerca, tendo em conta que o papel que ele representa não é imposto pela sociedade, mas construído por ele mesmo, a partir das interacções no seu dia a dia (Silva, 1998). O indivíduo é um sujeito activo na construção da realidade, contudo, apesar de cada individuo ter um modo próprio de interpretar as experiências, levando a que os indivíduos nunca tenham experiências idênticas, não impede que um conhecimento compartilhado do real seja possível, pois pode haver sempre um ajuste que permite que as divergências sejam dissipadas e que, por conseguinte, possa surgir uma interacção que permite a construção do mundo social. *“É através do sentido que os indivíduos atribuem aos objectos, às situações, aos símbolos que os cercam, que os indivíduos constroem o seu mundo social”* (Coulon, 1995:15)

Este estudo realiza-se sob a forma exploratória pelas seguintes razões:

- Para que haja um aprofundamento e detalhe dos dados, uma vez que os dados são recolhidos através da entrevista e por isso se torna mais flexível.
- Para tornar possível a recolha de dados mais pessoais, que seria impossível recolher num estudo quantitativo.

Apesar de, neste estudo, nos parecer mais pertinente e vantajoso seguirmos este método, deparámo-nos com algumas limitações, tais como:

- Limitações humanas, por se tratar de um primeiro momento (pessoal) no percurso da investigação.
- Ser um trabalho exaustivo e confrontando-nos, muitas vezes, com algumas dúvidas em relação ao nosso próprio viés.

Para além das limitações já referidas, podemos assinalar como debilidade deste estudo, o facto de não podermos inferir os resultados encontrados a toda a população profissional, por não se tratar de amostras representativas no sentido probabilístico do termo (Nicole e Francine, 2000). No entanto, como sublinha Morse (1991, 2007), é mais

pertinente em investigação qualitativa ter uma amostra não probabilística mas apropriada, do que ter uma amostra probabilística que não o seja.

1.2 - POPULAÇÃO / AMOSTRA

Para Fortin (2000), universo ou população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.

A população que nós pretendemos abordar na nossa pesquisa envolve os enfermeiros que trabalham num Serviço de Cuidados Paliativos, num total de dezassete enfermeiros.

O serviço caso, onde se irá realizar o estudo, foi seleccionado por ser um potencial causador de *stress*, uma vez que presta cuidados apenas a doentes oncológicos em fase terminal.

A nossa amostra será constituída por onze enfermeiros, tendo sido excluídos do estudo: o Enfermeiro-chefe, por não estar directamente ligada aos cuidados ao doente; os enfermeiros com menos de três anos de exercício no referido serviço, afim de evitar viés dos dados; e os enfermeiros que se recusaram participar no estudo.

A amostra, segundo Fortin (2000), é um subconjunto de uma população ou de um grupo de pessoas que fazem parte de uma mesma população, e que deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.

Morse (1991), é da opinião que nos estudos exploratórios de natureza qualitativa cujo objectivo é a descoberta de novos conhecimentos num domínio, pequenas amostras são geralmente suficientes para obter informação sobre o fenómeno estudado

1.3 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Quadro 1 – Caracterização da amostra

Participantes entrevistados (E)	Tempo de experiência profissional (Anos)	Tempo de experiência no serviço (Anos)	Trabalha no Serviço por opção própria
E1	12	6	sim
E2	10	4	meio por meio
E3	10	6	Sim
E4	8	6	sim
E5	11	5	Sim
E6	11	6	sim
E7	9	6	Sim
E8	10	5	Sim
E9	13	6	Sim
E10	13	6	Sim
E11	6	4	Sim

1.4 - ÉTICA NA INVESTIGAÇÃO

Qualquer investigação feita em seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação direcciona a natureza dos problemas que se podem colocar.

Na persecução da aquisição de conhecimentos, existe um limite que não pode ser ultrapassado. O respeito pelo indivíduo, o seu direito de viver livre e com dignidade enquanto pessoa jamais deverão ser violados.

O método de colheita de dados e a divulgação dos resultados podem contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas se a investigação, não respeitar o

direito do indivíduo ou de alguma forma lhe causar prejuízo é moralmente inaceitável, tanto para os indivíduos como para o investigador ou para a comunidade em geral.

A amostra em estudo é constituída por um grupo de participantes que partilham uma dada realidade profissional, podendo não causar danos nos direitos e liberdade das pessoas, mas mesmo assim, para salvaguardar o entrevistado e o pesquisador, submetemos o projecto ao parecer da comissão ética da instituição, premissa para o pedido de autorização de investigação às autoridades competentes.

Todos os participantes serão convidados previamente e será dado o conhecimento da finalidade do trabalho, seus objectivos, metodologia e os aspectos inerentes à sua confidencialidade e anonimato. O estudo irá desenrolar-se de um modo honesto e aberto.

1.5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS / ENTREVISTA

São vários os instrumentos que podem ser utilizados para a recolha de dados como formulário, questionário, entrevista e observação, e cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses ou pressupostos formulados (Fortin, 2000).

Neste estudo iremos optar por utilizar a técnica da entrevista semi-estruturada. De acordo com Fortin (2000), a entrevista permite colher informações junto dos participantes, relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes.

Em termos técnicos a entrevista pode ser definida como um procedimento de investigação científica que utiliza um processo de comunicação verbal para recolher informações em relação a um fim fixado (Grawitz, 1990).

Segundo Bingham e Moore, citados por Ghiglione e Matalon (2001), a entrevista é uma conversa que tem como objectivo a recolha de informação e o nível da informação exprime-se pela riqueza e pela complexidade das respostas obtidas.

Lakatos e Marconi (2001), referem ainda que a entrevista é um encontro entre duas pessoas, que tem como objectivo a obtenção de informações do entrevistado, a

respeito de determinado assunto ou problema, mediante uma conversa de natureza profissional.

Pope *et al* (2005), ainda sobre a entrevista, referem que a maioria dos entrevistados desejam fornecer o tipo de informação que o pesquisador quer, mas precisam de receber orientações claras sobre a quantidade de detalhes requerida. Segundo a mesma autora, as perguntas nas entrevistas qualitativas devem ser abertas, neutras, sensíveis e claras para o entrevistado.

A entrevista semi-estruturada é aquela em que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à livre exposição do entrevistador (Fortin, 2000). Segundo Pope *et al.* (2005), as entrevistas semi-estruturadas, consistem em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, são conduzidas com base numa estrutura solta e a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir, a fim de prosseguir com uma ideia ou com uma resposta em maiores detalhes.

À técnica da entrevista são reconhecidas vantagens mas também limites. Entre as vantagens, Fortin (2000), salienta que é um método de utilização geral em quase todos os sectores da população; há uma taxa de resposta mais elevada; os erros de interpretação são mais facilmente detectáveis; há uma maior eficácia na descoberta de informação sobre temas complexos e carregados de emoções; assim como, na análise de sentimentos. Para Festinger e Katz (1974), a entrevista é um instrumento único quando se pretende apreender fenómenos como pensamentos do sujeito sobre o real, suas representações, desejos e expectativas.

Como limites à entrevista apontam-se os seguintes:

- A ausência de regras precisas que possam orientar o entrevistador (Roethlisberger e Dicrson, 1943, citados por Blanchet, 1987);
- Os menos preparados podem pensar que a relativa flexibilidade do método, os autoriza a conversar de qualquer maneira com os seus interlocutores (Quivy e Campenhoudt, 1988).

Como o presente trabalho pretende recolher informações a nível das atitudes, sentimentos e emoções dos enfermeiros face às situações stressantes ao cuidarem de doentes terminais, justifica-se a opção pela entrevista na modalidade semi-estruturada.

Normalmente a técnica da entrevista está associada a métodos de controlo metodológico: análise de conteúdo. A entrevista deverá fazer emergir o máximo de elementos de informação e de reflexão que servirão de material a uma análise de conteúdo sistemática, que corresponde às exigências de explicação, de estabilidade e de inter-subjectividade dos intervenientes (Quivy e Campenhoudt, 1988).

A preparação das entrevistas envolveu o cumprimento de alguns requisitos metodológicos que foram cumpridos. Os entrevistados foram contactados num primeiro momento para lhes ser pedido a sua participação no estudo a efectuar, foi-lhes referido o propósito pretendido e pedido autorização para a gravação das entrevistas; numa segunda fase, entrámos em contacto com cada um dos participantes, para concretizar a entrevista, que foi individual, tendo-lhes sido descrita a finalidade e a temática.

Na condução desta entrevista procurou-se seguir os princípios recomendados pela bibliografia, evitando as barreiras geradas pelo nosso estatuto de entrevistador.

1.5.1 - Guião para a entrevista

Foi construído um guião de entrevista semi-estruturada com o objectivo de, no final da entrevista, todos os temas propostos terem sido abordados. Construímos o guião da entrevista em torno de quatro blocos temáticos (Quadro - 2):

Geralmente o entrevistador dispõe de uma série de questões-guia relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo que ele receba informação da parte do entrevistado (Quivy e Campenhoudt, 1988).

A comunicação é focalizada, com perguntas abertas, e devem estar escritas num guia ou roteiro flexível. (Queiroz *et al.* 2007).

O guião da entrevista foi elaborado por nós, depois de uma revisão bibliográfica, com base em conhecimentos previamente adquiridos do serviço e visando os objectivos já apresentados.

Quadro 2 - Guião da entrevista semi-estruturada

Questões orientadoras	Objectivos específicos
Como se sente quando cuida de um doente oncológico em fase terminal?	Conhecer os sentimentos e emoções que os enfermeiros vivenciam perante um doente em fase terminal de vida.
Quais os factores relacionados com o cuidar do doente terminal vivenciados neste serviço que lhe provocam ou poderão provocar <i>stress</i> ?	Saber quais os aspectos que os enfermeiros consideram indutores de <i>stress</i> , relacionados com a prática de cuidar de doentes em fase terminal.
Que tipo de estratégias utiliza para aliviar ou prevenir o <i>stress</i> provocado, enquanto cuidador de doentes oncológicos em fase terminal?	Conhecer as estratégias de <i>coping</i> praticadas pelos enfermeiros para combater o <i>stress</i> provocado pela prática directa de cuidar de doentes em fase terminal.
O que considera ser necessário para minimizar ou aliviar o <i>stress</i> enquanto cuidador de doentes oncológicos em fase terminal?	Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros para que as situações de <i>stress</i> sejam evitadas ou minimizadas, enquanto cuidadores de doentes oncológicos em fase terminal.

Morse (2007), refere-nos que, apesar de ser importante que o investigador aprenda o máximo possível sobre o assunto a investigar, é necessário que este mantenha a literatura em “suspensão” e sempre separada dos dados para que possa prevenir a contaminação da informação.

Depois dum primeiro conjunto de questões destinadas prioritariamente a criar um cenário de conversa informal e centrada nos dados biográficos e profissionais do entrevistado, passámos então aos tópicos mais difíceis e sensíveis.

1.6 – ANÁLISE INTERPRETATIVA DOS DADOS

Após a colheita de dados, há em todas as abordagens qualitativas, uma fase preliminar à análise do conteúdo propriamente dita, a organização dos dados. (Fortin, 2000).

A análise de conteúdo, segundo Bardin (2004), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Vala (2005), é da opinião que a análise de conteúdo pode ser utilizada em pesquisas empíricas, e em muitos casos funciona como uma técnica não obstrutiva.

Transcritas as entrevistas na totalidade, foram lidas atentamente cada uma das descrições obtidas e procurámos identificar categorias desses dados, de modo a “visualizar”, neste mesmo texto, “ideias e conceitos” que Bardin (2004), classifica de método das categorias. Este método consiste *“numa espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem (...) classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir uma certa ordem na confusão inicial”* (Bardin, 2004).

Ainda sobre este assunto, Vala (2005:110-111), refere que *“uma categoria é habitualmente composta por um termo – chave que indica significação central do conceito que se apreende, e de outros indicadores que descreve o campo semântico do conceito”*.

A categorização é uma técnica que tem por finalidade a redução da complexidade, a estabilização, identificação, ordenação e atribuição de um sentido (Vala, 2005).

A análise de conteúdo deste trabalho tem por base uma análise de categorias, contudo não fizemos referencia às frequências, nem objectivámos ou racionalizámos através de números ou percentagens, uma vez que isso é irrelevante neste trabalho.

Na tentativa de reduzir distorções na identificação das categorias e subcategorias, foi solicitado a colaboração de outro investigador e posteriormente recorremos a dois entrevistados para a validação dos resultados e da análise interpretativa dos dados.

Numa fase seguinte os resultados desta análise foram resumidos numa descrição do fenómeno que passaremos a descrever.

PARTE III - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

1 - SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELO ENFERMEIRO QUE CUIDA DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL NUM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Com as entrevistas efectuadas, um dos pontos que pretendemos conhecer são os sentimentos dos enfermeiros perante um doente em fase terminal. Neste sentido considerámos pertinente colocar a seguinte questão: Como se sente quando cuida de um doente oncológico em fase terminal de vida?

Da questão colocada emergiram vários sentimentos e emoções (Diagrama 1, página 127).

1.2 - SENTIMENTOS E EMOÇÕES

Os enfermeiros participantes, na prática do seu cuidar evidenciaram vários sentimentos e emoções, tendo estes sido inferidos em 14 subcategorias que são: bem-estar; sofrimento; impotência; desvalorização por parte da instituição; tristeza; desalento; revolta; diversificação de sentimentos; alívio; satisfação profissional; angústia; frustração; desafio e decepção.

Levenson (1994), define as emoções como fenómenos psico-fisiológicos de curta duração que representam modos eficazes de adaptação às exigências do meio ambiente.

Para Damásio (2004), as emoções são um conjunto complicado de respostas químicas e neuronais que formam um padrão; dizem respeito à vida de um organismo usando o corpo como “teatro” cuja finalidade é manter a vida. As emoções são o fundamento da personalidade do ser humano e o que este tem de mais íntimo; são uma verdadeira entidade capaz de assegurar o estabelecimento de relações interpessoais (Cunha, 2000). Podem-se considerar como forças motivacionais que influenciam os processos de percepção, pensamento e acção (Izard *et al.* 1998).

Goleman (2002), é da opinião que as emoções são essencialmente, impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida que a evolução instilou no ser humano. As emoções surgem em dois tipos de circunstâncias: quando o organismo processa

determinados objectos ou situações através de um dos seus dispositivos sensoriais; e quando a mente dum organismo recorda certos objectos e situações e os representa, enquanto imagens, no processo do pensamento (Damásio, 2004). No entanto, as emoções poderão não ser conscientes para a pessoa enquanto não se tornarem sentimentos. (Damásio, 2003). As emoções estão alinhadas com o corpo enquanto que os sentimentos estão alinhados com a mente (Diogo, 2006). Os sentimentos denotam um estado interior, a experiência íntima de alguém (Diogo, 2006), e é através destes que são dirigidos para o interior e são privados, enquanto que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente (Damásio, 2004). Segundo o mesmo autor, os sentimentos não podem ser observados, mas alguns aspectos das emoções que estão na base desses sentimentos são manifestamente observáveis pelos outros. As emoções não podem ser controladas, no entanto o ser humano tem a capacidade de disfarçar algumas manifestações externas dessa mesma emoção. Ao contrário das emoções, os sentimentos não são observáveis, apenas se pode observar o efeito de um sentimento ou os sinais que indicam os sentimentos de alguém, já que os sentimentos se localizam na mente e as emoções no corpo. (Diogo, 2006)

Damásio (2003), refere que as emoções e sentimentos são irmãos gémeos; que permitem uma avaliação dos estados internos e das circunstâncias externas, mas tudo indica que a emoção nasce primeiro, seguida pelo sentimento. As emoções e sentimentos são processos que permitem que o ser humano se concentre em qualquer problema que surja e que mude de rota se necessário (Oatley e Jenkins, 2002). Quando os sentimentos são reprimidos, estes rapidamente crescem e se transformam nas desconfortáveis sensações de tensão, *stress* e ansiedade, podendo as emoções não cuidadas esgotar a mente e o corpo (Bradberry e Greaves, 2008). Tanto as emoções como os sentimentos estão omnipresentes nas situações de cuidados e influenciam muito mais do que aquilo que os profissionais habitualmente percebem (Diogo, 2006).

Alguns dos sentimentos e emoções referenciados por um enfermeiro participante, traduzem **sentimentos e emoções positivos e de bem-estar**:

“Quando cuido de um doente oncológico em fase terminal, habitualmente sinto-me bem.” (E10)

De facto, como salienta Fernandes (2007), o enfermeiro para poder ajudar o outro nas suas necessidades e a recuperar a sua harmonia, necessita de vivenciar um sentimento de adequação e bem-estar, influenciado pelos seus valores e pelos daqueles com quem interage. Segundo (Bradberry e Greaves, 2008), para que a pessoa possa sentir um bem-estar é fundamental que esta preste atenção às suas emoções, que permaneça consciente delas e as use para conduzir o seu comportamento. Isto vai permitir-lhe reduzir o nível de stress percebido.

Outro sentimento referenciado por alguns dos Enfermeiros participantes foi o **sofrimento**.

O sofrimento é entendido por Damásio (2004), como um sentimento que traduz um desprazer que pode variar desde um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até a uma profunda angústia que pode evoluir para uma fase de desespero (Meleis, 1991). O enfermeiro na prática do seu cuidar sofre porque o sofrimento é inerente ao cuidar, e o acto de cuidar de pessoas em situação de doença avançada, incurável e progressiva é um constante confronto com o sofrimento do outro.

O sofrimento sentido pelos enfermeiros participantes no estudo é intenso, conforme podemos observar na seguinte citação:

“(...) é um sofrimento grande vermos o doente a sofrer, sabermos que não conseguimos aliviar esse sofrimento, físico principalmente”(E3).

Alguns participantes verbalizam o sofrimento de uma forma implícita. Sendo a expressão «mexer com a pessoa» um modo de sentir o seu sofrimento:

“(...) quando são doentes muito novos mexem muito connosco”(E7).

Um dos participantes concretiza um pouco mais esta vivência emocional, aludindo que mexe com o ser dos profissionais e com os sentimentos e que isso se torna doloroso:

“Às vezes assistir à morte do doente também se torna doloroso para nós. Não conseguimos fazer nada para lhe aliviar esse sofrimento (...) tratar de uma pessoa que está em sofrimento (...) mais directa ou indirectamente mexe um pouco com o nosso ser, com os sentimentos (...)”(E1).

Mercadier (2004), faz referência a estudos realizados por ergonomistas e médicos de saúde ocupacional que revelam que as enfermeiras são profundamente afectadas pelo

sofrimento dos doentes graves. Segundo Hesbeen (2004), o sofrimento na vida profissional das pessoas é algo que acontece todos os dias. A sua experiência é um fenómeno individual, sendo a sua intensidade, duração e profundidade variável de indivíduo para indivíduo (Diogo, 2006). Nos profissionais cuidadores o sofrimento deve-se à compaixão, que consiste na participação do sofrimento do outro, o facto de não conseguir libertar o doente do seu sofrimento constitui um limite pelo qual o profissional sofre (Honoré, 2004).

Nos participantes do estudo, denotamos que este sentimento está relacionado com alguns factores como: a idade do doente; o sentimento de impotência que eles sentem perante o sofrimento do doente, principalmente quando este é físico; e com o assistir à morte do doente.

Na realidade, a **impotência** foi outro sentimento referido pelos enfermeiros:

“(...) quando o doente passa por uma fase agónica muito dolorosa, e nós não conseguimos fazer nada para lhe aliviar esse sofrimento (...) por eles sinto-me impotente perante o descontrolo de sintomas e também pela inevitabilidade da morte.”(E1)

“(...) Acho que todo o apoio que nós damos é pouco para aquilo que eles estão a sofrer, mas não temos mais tempo para dar. ” (E2)

“Há dias que não conseguimos aliviar totalmente o doente.” (E8)

O termo impotência designa, segundo o Grande Dicionário Universal da Língua Portuguesa (actualização on-line, 2004), falta de força, falta de poder para fazer algo.

Constatamos que este sentimento de impotência, é vivenciado pelos enfermeiros participantes neste estudo quando se sentem incapazes de: aliviar o sofrimento do doente; proporcionar uma morte serena ao doente quando este está a passar por uma fase agónica dolorosa; dar resposta positiva, por falta de tempo, à necessidade de apoio que o doente sente; e proporcionar ao doente a aceitação da inevitabilidade da morte

Um outro sentimento que um participante referiu foi **decepção**:

“Sinto-me pessoal e profissionalmente decepcionada sempre que vejo “partir”doentes que se deixaram morrer antes da morte chegar (...)” (E11)

Este é um sentimento que nos parece estar associado ao sentimento de impotência e culpa que o enfermeiro sente por não conseguir satisfazer as necessidades do doente, de modo a que este mantenha o gosto pela vida.

Segundo Vaz Serra (2002), a culpa ocorre quando a pessoa não alcança o imperativo moral com que se sente comprometida e que se encontra associada à emoção de vergonha, desgosto, remorsos e humilhação. Também para Damásio (2003), a culpa é uma emoção que ocorre quando uma pessoa sente que não alcançou um imperativo moral com que se sente comprometido, podendo, segundo Vaz Serra (2002), motivar comportamentos de expiação susceptíveis de criarem desejos de auto-punição. As pessoas que sentem culpa são vistas como sendo simpáticas, empáticas e interessadas pelo doente em causa.

Nos profissionais de saúde, a impotência é um sentimento que parece advir das emoções de tristeza e compaixão quando este não consegue evitar algo negativo no doente; e das emoções de vergonha, embaraço e culpa porque denota o assumir da incapacidade de dar resposta perante o pedido de ajuda do doente (Diogo, 2006).

Isto parece ir ao encontro dos relatos dos participantes no estudo, uma vez que eles também referem sentir **tristeza** quando não conseguem alcançar os objectivos traçados.

Para Damásio (2004), a tristeza é uma emoção. É experimentada quando a pessoa se encontra em situações de perda e de desapontamento (Vaz Serra, 2002), o que parece ir ao encontro do relato dos enfermeiros estudados:

“Por vezes sinto-me um pouco triste, pelo facto de nem sempre ser possível fazer tudo aquilo que gostaríamos de fazer e nem sempre conseguimos alcançar os objectivos traçados para aquela pessoa doente e para a sua família (...)” (E10)

A idade da pessoa a cuidar, parece-nos que é outro factor responsável da vivência de tristeza do enfermeiro:

“Às vezes os sentimentos são de (...) tristeza porque são doentes jovens (...)” (E5)

Este sentimento perante o doente jovem pode surgir devido à capacidade que o enfermeiro tem de se identificar com o doente e conseqüentemente sentir a sua dor. A mesma opinião é partilhada por Mercadier (2004), quando refere que no hospital, a

tristeza está relacionada com a morte, e tanto mais o estará quanto a pessoa a cuidar for jovem ou de algum modo se identifique com o prestador de cuidados.

O confronto constante do enfermeiro com a perda e morte no cuidar, leva a que este conviva de uma forma mais presente e a um nível mais íntimo com a sua própria finitude. Como referia um participante:

“(...) A vida é muito curta, é isso que eu sinto” (E2)

Diogo (2006), refere que das emoções de tristeza podem surgir o sentimento de angústia.

Podemos averiguar que os enfermeiros, participantes neste estudo, também sentem **angústia**:

“(...) outras vezes, há aquele sentimento (...) que poderemos ser nós (...) que às vezes produz angústia (...) transponho às vezes para mim, sem querer, as situações dos doentes (...) ” (E5)

“(...) sentimentos (...) angústias, mas qualquer doente oncológico fazia-me sentir também isso, não é só o doente em fase terminal, qualquer doente com quem me identifique mais.” (E6)

Diogo (2006), refere que a angústia é uma forma de desespero que está ligado à ira, mas também está ligada à aflição e ao desgosto, que é algo simbólico que oprime e provoca a sensação de aperto.

Este sentimento vivenciado pelos enfermeiros participantes, parece-nos estar mais ligado à aflição e ao desgosto, uma vez que este sentimento emerge pela consequência do enfermeiro se identificar com o doente e transpor para a sua vida pessoal as situações destes, acabando por sofrer a sua própria morte antecipadamente e causar-lhe dúvidas:

“(...) começo a pensar (...) como sou mãe e tenho um filho penso muitas vezes que poderei morrer, que poderei estar numa situação dessas e deixar o meu filho (...) Se calhar não pensaria tanto nisso se não trabalhasse neste serviço”. (E5)

“...se por algum motivo qualquer te identificas mais com ele [doente](...) provoca-te sentimentos, dúvidas e angústias (...) ” (E6)

O sofrimento percebido e sentido pelo enfermeiro em relação à doença e à morte, provocam um sentimento de **revolta**, que também é relatado pelos participantes.

Segundo Damásio (2003), a revolta é um sentimento que advém da emoção de indignação e prende-se com a impotência.

Alguns participantes dirigiram a revolta sentida contra os médicos, censurando-os pelo modo como cuidam dos doentes:

“(...) às vezes [sentimentos] de revolta, porque achamos que o doente devia ser tratado de outra forma, mas as coisas não dependem só de nós (...) os médicos continuam a ser os prescritores” (E5)

Denota-se que esta revolta sentida pelos enfermeiros é dirigida contra os outros, na defesa da dignidade do doente:

“(...) quando há algum outro membro que vai ao desencontro da nossa filosofia (...) que recusam a morte e que fazem técnicas interventivas e dolorosas a doentes que não vão usufruir disso (...) claro que nos revolta, que nos chateia (...)” (E7)

Um participante associou a revolta sentida com a fase da doença em que os doentes se encontram e com a proximidade que tem que estabelecer com ele, no entanto inferimos aqui, uma certa revolta talvez contra uma entidade transcendente:

“(...) há alturas que me sinto revoltada porque penso que o doente terminal não deveria estar naquela fase (...) temos alguma afeição com aquele doente e sentimos uma certa revolta em determinadas alturas e situações, porque nos aproximamos de mais do doente e não gostamos de o ver a sofrer ” (E3)

Cada emoção tem uma intensidade variável e conjuga-se com outras emoções (Mercadier, 2004), de facto perante o doente terminal e a evidência da morte, a revolta sentida pelos participantes no estudo parece também estar acompanhada de uma profunda tristeza, e de uma certa **frustração** associada aos cuidados prestados aos doentes que são: inúteis, fúteis e desadequados à filosofia dos cuidados paliativos:

“(...) atitudes que não são coerentes... acho que é a nossa maior frustração (...)” (E7)

“ É um factor de stress, mas ficamos um bocado transtornados porque vemos que só alguns é que estamos mais dentro da filosofia (...)” (E8)

A frustração surge quando na presença de um obstáculo a satisfação de uma necessidade ou uma motivação é bloqueada (Collete, 1979). Ainda segundo o mesmo

autor, a frustração pode ocorrer de três fontes: as barreiras do meio, os obstáculos pessoais, e o conflito de motivação. Sendo este último, uma fonte primária do *stress* e de ansiedade. Inferimos, no entanto, que a frustração que os participantes do estudo sentem advém das barreiras do meio, já que a única fonte que eles referem são as atitudes que não são coerentes e não estão dentro da filosofia dos cuidados paliativos. Contudo, os enfermeiros referem ser um factor de *stress*.

Os participantes referem ainda sentirem uma **diversificação de sentimentos** e emoções, perante o doente com uma doença grave:

“(...) há alturas que sinto uma mistura de sentimentos (...)” (E3)

“Sentimentos variados. São variados, dependendo da doença, da patologia de origem, da idade do doente, o estado terminal (...)” (E5)

Os enfermeiros na sua prática de cuidar, vivenciam sentimentos positivos e outros negativos.

Damásio (2003), explica que as emoções se conjugam umas com as outras, encaminham-se para sentimentos, e misturam-se com outros sentimentos. Por vezes o indivíduo pode sentir duas emoções ou sentimentos opostos ao mesmo tempo e vivenciar uma experiência de ambivalência. Reconhecer a ambivalência dos sentimentos permite compreender a multiplicidade de objectivos que a pessoa tem nas várias dimensões da sua vida (Oatley e Jenkins, 2002).

José (2002), no seu estudo sobre o Humor nos Cuidados de Enfermagem, chegou à conclusão que os sentimentos dos enfermeiros dependem do estado de espírito dos doentes e de outros profissionais. Estes têm sentimentos negativos quando, o comportamento do doente e dos outros profissionais lhe causam mal-estar e vivenciam sentimentos positivos quando conseguem cuidar a pessoa doente no seu todo e promover-lhe a boa disposição e o seu o bem-estar.

Constatamos que os participantes deste estudo comungam dos mesmos sentimentos:

“ Sinto-me profissionalmente feliz, realizada, tranquila cada vez que auxilio o doente ou familiar nesta etapa tão melindrosa e difícil, contudo muitas vezes sou assaltada por sentimentos como angústia, tristeza, impotência (...) quando sinto

que não aliviei ou auxiliei o doente ou a família (...) dignificando-a e fazendo o doente sentir-se vivo enquanto a vida lhe pertença.” (E11)

A emoção de **alívio** foi também expressa pelos enfermeiros participantes.

Segundo Golemen (2002), o alívio é uma emoção. Para Lazarus (1999), trata-se da emoção mais simples de todas, que ocorre após não se ter concretizado uma ameaça, ou as condições terem sido modificadas para melhor. Isto mesmo, parece ir ao encontro do relato de um dos participantes:

“Noutras alturas também sinto um alívio (...) é um alívio por podermos dizer assim: ele [doente] neste momento está a ser bem cuidado (...) desde que eu posso ajudar, já me sinto um bocadinho mais tranquilo”. (E3)

A emoção de alívio, segundo Goleman (2002), advém da família do prazer. Este alívio no enfermeiro participante parece-nos estar relacionado com a satisfação profissional e a percepção que o enfermeiro tem de si próprio em conseguir proporcionar bons cuidados aos doentes e poder ajudá-los.

No entanto, cuidar de doentes em fase terminal e da sua família é um **desafio emocional**, como relatam alguns enfermeiros:

“(...) acho que há uma grande entrega de nós (...) nós temos que nos entregar de corpo e alma a estes doentes que estão a sofrer.” (E2)

“Trabalhar nesta área [cuidados paliativos] é enfrentar os nossos limites emocionais, trabalhar no limite das nossas emoções e nas dos outros, o que nem sempre é fácil.” (E11)

Os participantes demonstram-nos, que trabalhar em cuidados paliativos requer um envolvimento físico e emocional intenso por parte do enfermeiro, o que por vezes se torna difícil de suportar. No entanto, parece-nos que os enfermeiros são unânimes no que diz respeito à **satisfação profissional**:

“(...) foi o que sempre quis, foi tentar ajudar pessoas e daí sentir-me também realizada” (E3)

“Sinto-me realizada, aqui trabalho com gosto, sinto-me útil ao trabalhar com pessoas assim” (E4)

“(...) lido bem e gosto de trabalhar cá, porque lido bem com esta situação (...) sempre gostei (...) nunca me importei de trabalhar com doentes em fase terminal.” (E6)

“Aqui sinto-me realizada, pessoal e profissionalmente.” (E7)

“Sinto que sou uma pessoa útil ao cuidar destes doentes, nem toda a gente gosta de trabalhar com doentes oncológicos em fase terminal (...) por acaso, gosto (...) sinto uma satisfação e realização pessoal e profissional, também.” (E8)

“(...) é uma área de predilecção em termos pessoais e profissionais, cuidar da pessoa com doença oncológica em fase terminal e da sua família (...) Faz com que eu me sinta útil, especialmente quando consigo atingir os objectivos traçados e o doente usufrui da melhor qualidade de vida possível.” (E10)

“Sinto-me realizada a nível profissional porque me sinto útil, sinto-me realizada cada vez que auxilio o doente ou familiar nesta etapa tão melindrosa e difícil (...)” (E11)

Parece-nos que os participantes deste estudo, partilham a mesma opinião de Neto (2004), quando afirma que trabalhar em cuidados paliativos constitui um enorme privilégio, pois partilham-se momentos únicos com os doentes e familiares numa fase de grande ingenuidade e riqueza, em que as relações humanas se intensificam. A mesma autora, refere que o *burnout* não é mais elevado nesta área de prestação de cuidados que noutras. Segundo ela, este facto poderá ser devido ao elevado nível de motivação dos que a escolhem. O que poderá também justificar a elevada satisfação profissional sentida pelos enfermeiros participantes neste estudo, uma vez que praticamente todos eles trabalham neste serviço por opção própria e não por imposição da instituição, apesar de sentirem por vezes uma certa **desvalorização** por parte desta:

“(...) por vezes o sentimento de não valorização das pessoas que trabalham na instituição, por parte da instituição.” (E1)

“(...) acho que exigem [instituição] muito de nós em muitas coisas e nós não temos tempo suficiente para prestar os cuidados que queríamos.” (E2)

No que diz respeito à morte, os enfermeiros consideram-na como algo inevitável, natural, enquadrando-a no ciclo de vida:

“Acho que é assumir uma parte de nós naturalmente, assumir a morte como ela é, é estar com alguém que está para morrer (...) a morte (...) é uma coisa como (...) Inevitável (...) Nascer (...) Viver (...) Morrer (...) Temos que lidar com ela e aceitá-la (...) também é uma grande lição de vida Temos que aproveitar todos os nossos momentos porque nós não somos nada.” (E2)

“(...) É encarar a morte de forma natural, enquadrando-a no ciclo de vida” (E11)

Parece-nos que os enfermeiros participantes têm bem presente a limitação humana, havendo aceitação da morte por parte deste, o que poderá ser um factor responsável pelo facto de conseguirem cuidar do doente em fase terminal numa visão holística e de sentirem satisfação profissional. Hennezel (2001), partilha da mesma ideia. Segundo ela, acompanhar o «tempo de morrer» de alguém, exige do profissional de saúde o reconhecimento dos seus limites humanos e uma aceitação perante o inelutável, o inevitável que é a morte.

Da análise e interpretação dos dados das entrevistas efectuadas aos participantes, constatamos que estes, em alguns momentos tiveram dificuldade em exprimir os seus sentimentos, não conseguindo por vezes separar o cuidar da emoção e dos sentimentos sentidos, chegando mesmo a referenciar o acto de cuidar e de ajuda como sento sentimentos:

“Sinto que estou perante uma pessoa, que tem sentimentos, que tem vontades, desejos...é o que eu sinto (...) que está ali uma pessoa em sofrimento, mas sinto que estou a dar apoio, que estou a ajudar essa pessoa que está com a sua saúde debilitada, que estou a ajuda-la a ultrapassar esta fase” (E1)

“(...) gostava de ter mais tempo (...) sinto que neste momento não tenho tempo suficiente par dar o apoio que os doentes necessitam.” (E2)

“(...) há alturas que sinto que sou uma grande ajuda (...) que por poder ajudar a doente a morrer de forma mais tranquila, com menos sofrimento possível (...) sofrimento a todos os níveis, sofrimento físico, (...) psicológico (...)” (E3)

“... sinto que posso fazer muito pelo doente, sinto que posso dar alguma qualidade de vida, algum bem-estar, algum conforto(...)” (E4)

“(...) sentimos que (...) perante um doente em fase terminal, cuido dele da mesma forma que cuidava se fosse um doente não terminal” (E9)

“Quando cuido, sinto que estou a fazer algo que deve ser feito, que faz parte das minhas funções como Enfermeiro” (E10)

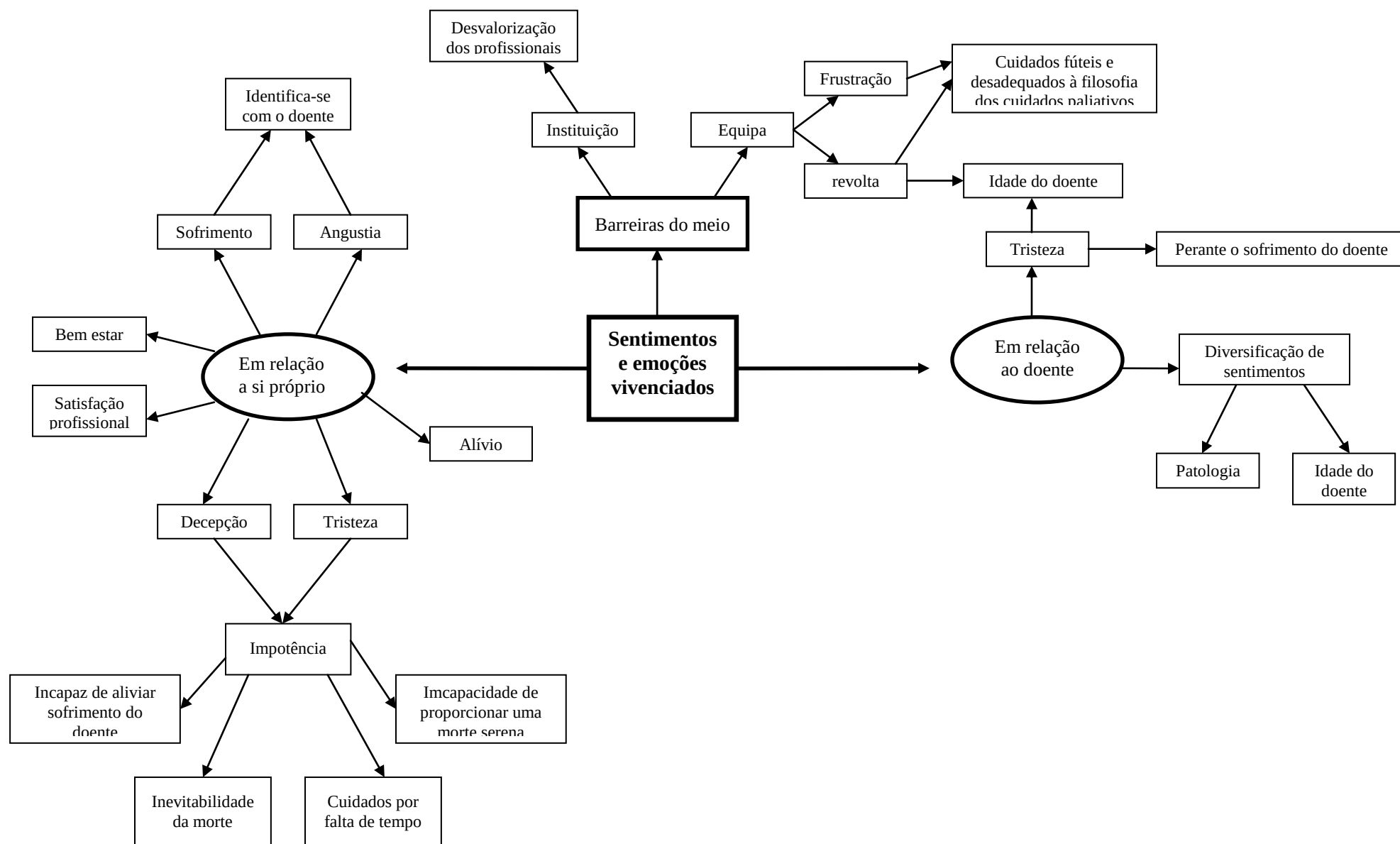
“Sinto-me profissional (...)” (E11)

Estes dados estão de acordo com Honoré (2004), quando refere que o sentimento é uma característica essencial do cuidar, e a percepção das suas implicações nos cuidados revela a reflexão sobre o agir e a análise das situações.

Parece-nos que podemos alegar que os sentimentos e as emoções são uma constante na vida dos enfermeiros participantes e têm implicações em todos os cuidados que prestam.

Constatamos, após a análise e interpretação dos dados, que muitas das emoções e sentimentos experimentados pelos enfermeiros participantes estão directamente relacionados com a sua pessoa, enquanto ser humano; e outros estão relacionados com a vivência do outro enquanto pessoa doente. Como podemos ver no Diagrama – 1

Diagrama 1: Sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros que cuidam de doentes em fase terminal num serviço de cuidados paliativos.



2. - FACTORES DE *STRESS* PRECEPCIONADOS PELOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL NUM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Procurámos saber quais os factores que provocam *stress* aos enfermeiros, quando cuidam dos doentes em fase terminal. Para tal, consideramos apropriado colocar a seguinte questão: Na sua opinião quais os factores relacionados com o cuidar do doente terminal, vivenciados neste serviço, que lhe provocam ou poderão provocar *stress*?

Da análise de conteúdos emergiram três categorias: conflitos na equipa multidisciplinar; conflitos organizacionais / institucionais; e desgaste físico e emocional (Diagrama – 2, página 144).

2.1 - CONFLITOS NA EQUIPA

Relativamente a esta categoria, os enfermeiros centram-se em torno de treze subcategorias, que são: défice comunicacional entre a equipa; comunicação ineficaz entre a equipa; inexistência de objectivos comuns dentro da equipa; falta de aplicabilidade da filosofia dos cuidados paliativos; desacordo entre a equipa multidisciplinar; trabalho em equipa; falta de autonomia dos enfermeiros dentro da equipa; conflito de papéis; desgaste da equipa; falta de educação em cuidados paliativos por parte da equipa médica; distanásia; falta de vocação para trabalhar em cuidados paliativos por parte da equipa médica e falta de apoio e compreensão entre colegas.

Segundo Bernardo, Rosado e Salazar (2006), uma equipa forma-se quando as pessoas que a constituem colocam a suas competências ou capacidades ao serviço de um interesse comum, através de uma livre expressão e partilha de opiniões, com o objectivo de realizar uma determinada tarefa.

O conflito pode surgir sempre que duas ou mais pessoas partilham ideias ou actividades incompatíveis ou aparentemente incompatíveis e que ocupam o mesmo espaço ao mesmo tempo, no entanto este só ocorre se existir interdependência (Riley, 2004).

Segundo Lewin (1935), o conflito é uma fonte de *stress* e de ansiedade, podendo ser também uma fonte de frustração. Bernardo, Rosado e Salazar (2006), são da opinião que o conflito pode ser uma forma de atingir um melhor objectivo após a análise dos vários pontos de vista, no entanto, podem ser muito destrutivos sempre que tenham carácter pessoal.

Bradberry e Greaves (2008), salientam que os conflitos no trabalho tendem a inflamar-se à medida que as pessoas evitam passivamente os problemas ou os confrontam tão agressivamente que as situações crescem de forma excessiva. A agressividade é uma forma rude, violenta e conflituosa de tentar obter o que se pretende. (Riley, 2004).

Os participantes deste estudo, referem o **défice comunicacional entre a equipa** como sendo um factor de *stress*:

“ (...) às vezes há falta de diálogo entre os profissionais (...)” (E4)

“ O facto de em Cuidados Paliativos ser fundamental a comunicação (...) a sua inexistência faz com que as pessoas andem stressadas” (E10)

“ Devia-se falar (...) os objectivos para os doentes (...) às vezes não é discutido, nem sequer é pensado. Talvez ficássemos um pouco mais aliviados se ouvíssemos a parte clínica a falar, para não haver tanta discórdia entre nós (...) ” (E3)

Os enfermeiros salientam que há falta de diálogo, de comunicação entre os profissionais, essencialmente com a parte médica. No entanto, um participante mencionou que essa falta de comunicação já se estende aos enfermeiros, o que nos parece que anteriormente não acontecia:

“Falta de comunicação na equipa, leva ao stress (...) por parte médica (...) agora já verifico que há falta de comunicação a nível de enfermagem.” (E5)

A par da deficiente comunicação, os enfermeiros relatam que a **comunicação é ineficaz** dentro da equipa:

“...má comunicação (...) que existe na própria equipa multidisciplinar (...)” (E1)

“ (...) vem um doente novo e nós nunca sabemos (...) no que consiste o tratamento daquele doente (...) não sabemos o que podemos neste momento fazer pelos doentes (...) daí um bocado de stress.” (E3)

“ (...) há falta de se sentarem na mesma mesa e falarem todos a mesma linguagem (...)” (E8)

Segundo Sundeen (1998), a comunicação pode facilitar o desenvolvimento de uma relação ou pelo contrário pode criar barreiras à relação.

Parece-nos que nesta equipa, a deficiente comunicação e a não existência de comunicação eficaz está a tornar-se uma barreira entre os elementos da equipa.

Segundo Rodrigues e Zago (2006), para que ocorra a interdisciplinaridade, é imprescindível que haja diálogo entre os profissionais e que a comunicação seja clara e franca, mesmo quando as situações são difíceis e existe conflito entre os membros.

Um outro factor stressante para os enfermeiros, é **a inexistência de objectivos comuns dentro da equipa**, como referem:

“ (...) nem toda a equipa trabalha com o mesmo objectivo (...)” (E1)

“ (...) às vezes parece que a equipa não tem o mesmo objectivo (...)” (E4)

“ (...) o facto de não sermos unânimes naquilo que traçamos enquanto projecto de cuidar terapêutico para o doente e família (...) provoca stress” (E11)

Os participantes mencionam que dentro da equipa nem todos os elementos têm os mesmos objectivos, que não são unânimes no projecto de cuidar do doente e família, e isso é um factor que provoca *stress* para eles.

Segundo Bernardo, Rosado e Salazar (2006), as equipas multidisciplinares devem funcionar como um grupo de profissionais distintos, trabalhar com uma metodologia comum, partilhando um projecto assistencial e objectivos comuns.

Posto isto, parece-nos que não existe equipa multidisciplinar, mas vários grupos a trabalhar no mesmo local, para o mesmo fim, mas com objectivos no cuidar diferentes e por vezes contraditórios, o que poderá justificar o *stress* provocado aos enfermeiros.

A par de não haver objectivos comuns entre a equipa, os enfermeiros referem a **falta de aplicabilidade da filosofia dos Cuidados Paliativos**:

“ (...) nem toda a equipa trabalha (...) com a filosofia dos Cuidados Paliativos (...) nomeadamente a equipa médica” (E1)

“ (...) como nós temos (...) uma filosofia que aprendemos relacionada com os Cuidados Paliativos, quando há algum, outro elemento (...) [médico] que vai ao desencontro da nossa filosofia (...) claro que nos chateia (...)” (E7)

“ (...) atitudes que não são coerentes com a filosofia dos Cuidados Paliativos, acho que é a nossa maior frustração (...)” (E7)

“ (...) nos Cuidados Paliativos deviam deixar morrer os doentes descansados. Aliviar e não tentar curar (...) se calhar, as prioridades não estão muito certas (...) médicos, nossa não, dos enfermeiros não (...)” (E10)

Os enfermeiros referem que nem toda a equipa actua de acordo com a filosofia dos Cuidados Paliativos, nomeadamente a médica. Salientam ainda, que o facto das atitudes tomadas, não serem coerentes com a referida filosofia, conduz à vivência de emoções negativas, tais como a frustração.

Um participante, faz alusão ao facto de nem toda a equipa trabalhar com base na mesma filosofia, faz com que haja uma luta entre a própria equipa:

“ (...) só alguns estamos mais dentro da filosofia e estamos a lutar contra a nossa própria equipa e isso não devia acontecer (...) nós devíamos caminhar no mesmo sentido.” (E8)

Do exposto, inferimos que neste grupo de profissionais, nem todos estão por dentro da filosofia preconizada pelos Cuidados Paliativos, levando a um conflito interno da equipa, e a que cada profissional actue de forma individualizada:

“ (...) acho que as pessoas isolam-se cada vez mais nas suas funções, parte médica na parte médica, a parte do serviço social na parte do serviço social, nós enfermeiros na nossa parte e acaba cada um a cingir-se às suas funções e a fazer aquilo que lhe é destinado (...)” (4)

“ (...) dantes preocupavamo-nos mais com a continuidade dos cuidados, agora é cada um por si e isso gera stress” (E5)

Estes comentários podem sugerir que neste serviço não se praticam Cuidados Paliativos de qualidade, uma vez que não se cumpre um dos seus pilares básicos, que é o **trabalho em equipa**, como salientam os participantes:

“ (...) trabalho em equipa (...) a sua inexistência faz com que as pessoas andem stressadas” (E10)

“ (...) a falta de trabalho em equipa multidisciplinar (...) causa atritos na equipa” (E11)

Relativamente a este assunto, Neto (2004), refere que o trabalho em equipa é um dos quatro pilares básicos dos Cuidados Paliativos, a par do controlo de sintomas, comunicação adequada e apoio à família, considerando que não é possível praticar cuidados paliativos de qualidade, se algum deles for subestimado.

Constatamos que, o facto dos enfermeiros terem por base uma filosofia de Cuidados Paliativos, e não existir trabalho em equipa causa atritos no seio desta, constituindo um factor de *stress* aos participantes.

Também Abiven (2001), menciona que funcionar em equipa é quase sempre, uma questão de sobrevivência num serviço de Cuidados Paliativos.

Os enfermeiros do estudo destacam ainda, que a classe médica não melhora a qualidade de vida do doente, mas, pelo contrário, prolonga-lhe o seu sofrimento:

“ (...) faz-me pensar, será possível (...) que não veja [médico] que aquilo que está a fazer não é melhorar a qualidade de vida mas é prolongar-lhe o sofrimento” (9)

Alguns dos enfermeiros referem também, como factor de *stress* o **desacordo entre a equipa multidisciplinar**:

“ (...) não estarmos [equipa] todos de acordo (...)” (E3)

“ (...) os motivos de admissão do doente terminal, o tempo útil que o doente pode estar no serviço, isso tudo às vezes é motivo de discórdia entre a equipa (...) e são essas as situações que podem (...) provocar algum stress, algum desacordo, alguma tensão entre a equipa.(...) entre a nossa parte de enfermagem e a parte médica, tento minimizar isso o mais que posso, às vezes não é possível, não há receptividade da parte médica.” (E4)

Os participantes, salientam o desacordo entre os diferentes elementos da equipa, nomeadamente no que diz respeito à admissão dos doentes e o tempo de internamento útil dos mesmos.

A este respeito, Riley (2004), refere que os desacordos têm por base convicções, constituem o tipo de conflito mais complexo e requer das partes envolvidas, um nível elevado de motivação para compreender as crenças de cada um. Estes devem ser analisados e devem ser percebidos como oportunidades e não como inconvenientes (Bernardo, Rosado e Salazar, 2006), referem que os desacordos devem ser analisados e que devem ser percebidos como oportunidades e não como inconvenientes.

Pela análise desta questão, inferimos, que os desacordos nesta equipa provavelmente não serão uma oportunidade, uma vez que na perspectiva dos enfermeiros não existe receptividade da parte médica, o que pode justificar a tensão e o *stress* sentidos pelos participantes

Os participantes referem que **trabalhar em equipa** é outro factor de stress:

“ (...) agora o stress é tanto (...) se calhar por causa da equipa ” (E3)

“ (...) o stress que poderá existir é a nível da equipa multidisciplinar (...) ” (E4)

“ (...) enfermeiros, médicos, assistente social (...) em todas as equipas há divergências mas (...) é de uma forma continuada (...) trabalhar numa equipa multidisciplinar, é um factor de stress ” (E8)

“Pode-se dizer que se calhar a equipa é aquilo que cria mais stress (...) a relação da equipa multidisciplinar é o que provoca mais stress ” (E9)

Os enfermeiros referem o facto de trabalharem em equipa multidisciplinar como um factor gerador de stress, parece-nos que até é o maior factor de stress para estes profissionais, o que vai de encontro com alguns estudos já referenciados neste trabalho.

Um participante, também, fez referência à **falta de autonomia dos enfermeiros** dentro da equipa, como causadora de stress:

“As situações que me causam mesmo stress, são aquelas em que (...) temos meios e formas para ajudar o doente no seu alívio (...) mas em termos práticos não podemos fazer nada (...) em termos clínicos (...) às vezes não podemos avançar ” (E3)

Parece-nos que o facto dos enfermeiros não terem autonomia nalgumas situações, e por isso não poderem ajudar o doente no seu alívio, conduz a uma situação de stress.

Delbrouck (2006), também partilha desta opinião, refere que a falta de participação nas tomadas de decisão, dos enfermeiros, e a fraca autonomia no trabalho, são fontes de stress.

Um outro factor de stress para os enfermeiros é **o conflito de papéis**, como nos narram os participantes:

“ (...) às vezes, achamos que o doente devia ser tratado de outra forma (...) as coisas não dependem só de nós (...) os médicos continuam a ser os prescritores. ” (E5)

“ (...) não temos o poder e somos obrigados a debatermo-nos (...) termos a razão toda do nosso lado mas somos obrigados a proceder a essas atitudes. ” (E7)

“ (...) aceitar as opiniões dos outros profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos (...) ainda têm demasiado enraizado o modelo biomédico (...) e nós

enfermeiros temos mais a vocação de cuidar do doente (...) há assim um bocado de colisão nesse aspecto.” (E8)

O conflito de papéis, na perspectiva de Ramos (2001), acontece quando uma pessoa se vê confrontada com expectativas divergentes sobre seu papel. Este autor, é da opinião que esta situação ocorre com frequência no mundo do trabalho, e assume várias formas, consoante os termos do conflito: entre os papéis interpretados por diferentes pessoas; entre papéis desempenhados pela mesma pessoa; e dentro do mesmo papel. O conflito de papéis, é uma situação indutora de *stress*.

Esta ideia é reforçada por Logeais e Gagbois (1985), quando salientam que no meio hospitalar é o medico que toma as decisões e, enquanto não abdica de um processo terapêutico curativo em prol de Cuidados Paliativos, o enfermeiro tem que executar os cuidados, sendo este responsável por uma boa dose de *stress*.

Também os nossos participantes parecem estar unânimes com esta ideia, já que referem que os doentes muitas vezes, deviam ser tratados de outra forma, os enfermeiros que têm mais vocação para o cuidar e têm que estar dependentes dos médicos que por sua vez ainda têm demasiado enraizado o modelo biomédico, causando um certo atrito entre estes dois grupos profissionais.

O facto dos enfermeiros, terem formação e terem sido educados a nível de Cuidados Paliativos e se verificar **falta de educação em Cuidados Paliativos por parte da equipa médica**, é motivo de colisão entre eles, sendo um factor de *stress*:

“ (...) nós enfermeiros também fomos educados para Cuidados Paliativos há pouco tempo, eles [médicos] ainda não foram educados nesse sentido (...) foram educados para tratar.” (E6)

“ (...) médicos que recusam a morte e que fazem técnicas interventivas dolorosas a doentes que não vão usufruir disso, também me provocam stress” (E7)

“ (...) o facto da equipa médica ser tipo, medicina curativa (...) essa intervenção médica causa-me stress, porque aumenta o sofrimento do doente ” (E9)

Os participantes realçam, que os médicos, não abdicam da medicina curativa, executam técnicas interventivas dolorosas aos doentes, das quais estes não beneficiam, apenas aumenta ainda mais o seu sofrimento, sendo também causa de *stress* para o enfermeiro. O que nos leva a inferir que, também é um factor *stressante* para o

enfermeiro, ver o doente a sofrer ainda mais, devido a cuidados desnecessários e fúteis. E á própria **distanásia**, como nos referia um participante:

“ (...) O stress que me é causado pelo facto de os médicos prescreverem certas e determinadas coisas e pedirem certos e determinados exames, fazerem certas e determinadas intervenções (...) porque aumenta o sofrimento do doente. É aquilo que eu gostaria muito de classificar de eutanásia” (E9)

Neto (2006), refere existirem evidencias que os doentes em fase terminal recebem cuidados que estão longe de serem os mais adequados às suas necessidades.

Neste contexto, Hennezel (2001), faz saliência que os médicos pensam que praticam cuidados paliativos só porque prescrevem morfina e barbitúricos, e não aceitam a ideia de que os bons cuidados paliativos, pressupõe uma avaliação correcta do sofrimento do doente e uma aproximação que não é só medicamentosa.

A mesma autora citando Glorion (1999), chama a atenção para o facto de várias gerações de médicos serem simplesmente técnicos, porque, também eles são vítimas da má formação que receberam. No entanto, esta falta de formação e educação vai repercutir-se nos cuidados que o enfermeiro tem que prestar ao doente e consequentemente no *stress*.

Para além da falta de formação e educação médica para cuidados paliativos, os enfermeiros referem a **falta de vocação médica** para trabalharem em Cuidados Paliativos:

“ (...) o facto de nem todos os profissionais da equipa colocarem os paliativos na sua primeira intervenção, causa atrito na equipa, nomeadamente o facto de a nossa equipa médica trabalhar em paralelo na área de medicina curativa e de alguns deles trabalharem nos paliativos por obrigação e não por gosto.” (E11)

O enfermeiro, considera que os médicos que trabalham no serviço, o fazem por obrigação e não por gosto.

Cuidar de doentes oncológicos em fase terminal, requer para além de conhecimentos técnicos-científicos, olhar para a morte como algo natural da vida, e a capacidade de estar com o doente e família nesta fase da vida tão importante e única. Como tal, ninguém pode estar com o outro por obrigação. O facto dos médicos estarem neste serviço por obrigação, ao contrário dos enfermeiros que estão no serviço por opção própria, pode justificar as suas atitudes. Parece-nos, que também não deve ser fácil para

eles trabalharem nestas circunstâncias, contudo, as suas atitudes não só se repercutem nos cuidados aos doentes como também se repercutem no bem-estar dos enfermeiros.

O **desgaste da equipa**, também, foi admitido como sendo um factor de *stress* por um participante:

“A equipa talvez esteja mais cansada, física e psicologicamente e se calhar há situações [conflitos] que deixamos passar e que não devíamos e acaba por nos gerar mais stress.” (E5)

Parece-nos que este enfermeiro tem consciência de que a equipa também possa estar cansada, neste sentido, por vezes, para não se envolverem em situações de conflito há uma fuga ao problema, no entanto, constatamos que o participante tem a noção que essa fuga gera mais *stress*

A **falta de apoio e compreensão entre colegas**, são também referenciadas pelos enfermeiros, como sendo um factor de *stress*:

“ (...) temos os nossos problemas, que os temos, mas temos que os deixar em casa porque a nossa função aqui é dar (...) é natural que haja stress.” (E2)

“ (...) às vezes há falta de apoio e compreensão entre alguns colegas (...) aumenta o nosso stress” (E8)

“ (...) a grande carga de stress não advém propriamente do facto de lidarmos com a pessoa com doença oncológica em fase terminal e a sua família, mas da falta de apoio.” (E10)

Os enfermeiros salientam que eles próprios são seres humanos, como tal, também têm os seus problemas, mas que estes têm que ficar em casa, porque a função deles ali, é dar. Inferimos, mais uma vez, que não existe qualquer tipo de apoio para os profissionais e cada um tem que resolver os seus problemas, sem que isso interfira no trabalho.

Por outro lado, o apoio e a compreensão dos colegas de trabalho nem sempre é a melhor. No entanto, a grande carga de *stress* não é causada pelo facto de cuidarem de doentes oncológicos em fase terminal e da sua família, mas sim, da falta de apoio que os enfermeiros sentem.

A este respeito Hennezel (2001), considera que cada elemento da equipa tem o direito de esperar dos outros membros, o apoio inter-relacional e o encorajamento recíproco.

2.2 - CONFLITOS ORGANIZACIONAIS/ INSTITUCIONAIS

Em relação aos conflitos organizacionais / institucionais, emergiram quatro subcategorias que são: desvalorização dos profissionais, mobilidade dos profissionais de enfermagem, sobrecarga de trabalho, e inexistência de liderança.

Ramos (2001), define a organização como sendo uma unidade social, constituída por pessoas comprometidas entre si, que se coordena de uma forma consciente e que dirigem a suas actividades para a obtenção de determinados objectivos, e é nesta que se encontra o espaço que é consagrado ao trabalho, e as pessoas com quem se convive diariamente na execução das tarefas e na realização do trabalho.

Segundo Frederico (2006, p.47), *“Os hospitais enquadram-se nas organizações mais complexas da sociedade moderna e caracterizam-se pela divisão do trabalho e por um vasto e minucioso leque de aptidões técnicas”*

A cultura organizacional, orienta o modo como os elementos que nela trabalham pensam, sentem, agem e se relacionam entre si, o que frequentemente é indutor de *stress*. (Ramos, 2001).

Um dos factores de *stress* referenciados pelos enfermeiros foi a **desvalorização dos profissionais, por parte da instituição:**

“ (...) a não valorização das pessoas que trabalham na instituição por parte da própria instituição, a instituição por vezes só dá valor a trabalho, a trabalho (...)” (E1)

“(...) exigem [instituição] de nós muito e dão-nos tão pouco.” (E2)

“A carga de stress (...) advém da falta de valorização do nosso desempenho” (E10)

Constatamos que os participantes, sentem-se desvalorizados pela instituição, o que conduz a uma grande carga de *stress*, eles têm a percepção de que dão muito à organização, no entanto, não são reconhecidos por parte desta. Nesta sentido Delbrouk (2006), refere que a ausência de gratificação por parte dos superiores hierárquicos leva a que o profissional experimente sentimentos de abandono e desvalorização crónica, o que pode explicar a vivência de *stress* por parte dos participantes deste estudo.

Outro factor de *stress*, referenciado por um participante foi a **mobilidade dos profissionais de enfermagem:**

“(...) outro aspecto que interfere muito é vermos que há falta de pessoal e o pessoal é encaminhado para outro serviço (...) isso é um gerador de stress e ansiedade (...) depois vermos que esse pessoal que faz falta a nós está noutra serviço” (E5)

A nossa experiência, demonstra-nos que a mobilidade dos profissionais de enfermagem é um aspecto causador de stress, na medida em que habitualmente esta mobilidade tem um carácter obrigatório, não contemplando a vontade do profissional, e não tendo em conta aspectos básicos de gestão, nomeadamente a motivação.

A **sobrecarga de trabalho** foi outro aspecto focado pelos participantes. Segundo Vaz Serra (2002), uma pessoa percepciona sobrecarga de trabalho, quando as tarefas que tem que realizar ultrapassam a sua capacidade percebida de responder adequadamente às suas exigências. O que corrobora, o que os participantes referenciaram:

“(...) gostava de ter mais tempo (...) neste momento não tenho tempo suficiente (...)” (E2)

“(...) queremos cuidar do doente e cuidar da família e vemos que não temos tempo para chegar a tudo. Também gera em nós stress” (E5)

Os enfermeiros participantes, evidenciam a falta de tempo para cuidarem dos doentes e da família, no entanto, inferimos que esta sobrecarga não é somente quantitativa, isto é, demasiado trabalho num período fixo de tempo (Ramos 2001), mas também qualitativa, o que tem para executar excede a sua competência técnica ou intelectual (Ramos, 2001), como mencionam os participantes:

“(...) torna-se apelativo [família e doente] e isso provoca algum cansaço (...)” (E1)

“(...) muitas vezes temos que exigir muito de nós (...) lidar com a morte não é a mesma coisa que lidar com a vida (...) é totalmente diferente ” (E2)

Os participantes, demonstram-nos que cuidar de doentes oncológicos em fase terminal, exige muito do enfermeiro, interferindo não só com o aspecto físico, mas também emocional, estando geralmente estas duas associadas. Como nos relatam:

“(...) é preciso darmos uma grande parte de nós, tanto emocional como física.” (E2)

“ (...) andamos cansados fisicamente porque temos assistido também a falta de pessoal e a sobrecarga física (...) depois, também interfere no aspecto emocional” (E5)

“O doente tem problemas, fala com o enfermeiro (...) com os problemas das famílias é sempre o enfermeiro que está (...) a fazer o elo com todos os outros elementos da equipa multidisciplinar, por isso é também o elemento da equipa mais sobrecarregado e o mais sujeito a stress” (E8)

Os participantes consideram que lidar com a morte, não é a mesma coisa que lidar com a vida. Sentem-se cansados, e salientam que a falta de enfermeiros e a sobrecarga de trabalho são factores de *stress*. Tendo em conta que o enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo passa com o doente e família, também é aquele que é mais solicitado dentro da equipa, pelo que também é o mais sobrecarregado.

O referenciado pelos participantes é corroborado por Delbrouck (2001), quando refere que paralelamente à carga física, a mental, é um factor determinante de exaustão profissional.

A **inexistência de liderança** na equipa foi verbalizada por um enfermeiro:

“(...) a liderança inexistente, também é factor de stress” (E10)

O participante referencia que não existe liderança nesta equipa, o que pode ter implicações negativas nesta, nomeadamente no seu desempenho e no bem-estar.

A referência a este aspecto, vai ao encontro da opinião de Bernardo, Rosado e Salazar (2006), que salientam que, uma equipa multidisciplinar deve funcionar com base numa liderança aceite pelos seus membros, e que deve ter objectivos bem definidos e previamente traçados. Os mesmos autores, ainda referem que o líder tem como finalidade satisfazer as expectativas dos seus membros, no que respeita à realização profissional, bem como, promover um tempo programado para actividades de lazer em grupo, e este deve funcionar como elemento catalizador das dificuldades sentidas pelos profissionais, que possa surgir.

2.3 - DESGASTE FÍSICO E EMOCIONAL

No que diz respeito à categoria desgaste físico e emocional, surgiram seis subcategorias: desconhecimento da situação clínica por parte do doente e família;

cuidados alargados à família; apoio psicológico à família; agressividade dos familiares; sofrimento e o sentimento de impotência no controlo de sintomas do doente; e envolvimento não assertivo.

O desgaste emocional é um sentimento que deriva de outros sentimentos, tais como a fadiga (Diogo, 2006). Esta autora refere ainda que a fadiga alerta a pessoa para os seus limites físicos e psicológicos, podendo levar à situação de *stress*.

Os enfermeiros participantes, referem que **o desconhecimento da situação clínica por parte do doente e família**, é, para eles, um factor gerador de *stress*:

“ (...) o doente nem sempre sabe da sua situação clínica, (...), quando o doente tem conhecimento da doença, torna-se mais fácil para nós, porque podemos falar com ele abertamente sobre a sua doença, mas quando o doente não sabe nada, torna-se muito complicado, exigindo um esforço maior da nossa parte.” (E1)

“ (...) por vezes o doente nem sequer sabe muito bem que está numa fase terminal (...) daí ser um bocado stressante trabalhar” (E3)

“ (...) o que me possa provocar algum mal estar, é quando o doente faz perguntas que à partida quer saber o que se passa com ele, e tu , por algum impedimento, quer seja a família a pedir, ou seja o médico, não podes conversar com ele abertamente. E daí que me provoca mais stress.” (E6)

Os participantes salientam que nem sempre os doentes estão a par da sua situação clínica, ou porque o médico assim o decidiu, ou por vontade da família. No entanto, esta conspiração do silêncio exige do enfermeiro um esforço acrescido, uma vez que não pode falar abertamente com o doente, o que não acontece quando estes estão a par do seu diagnóstico e prognóstico.

A conspiração de silêncio, segundo (Alarcón, 1996), envolve o doente num mar de dúvidas e incertezas, condenando-o à impossibilidade de enfrentar a sua situação, que na maioria das vezes, são mais nocivos que o conhecimento sossegado da verdade.

Parece-nos que nesta equipa os enfermeiros têm essa noção, como tal, para eles, o que lhe provoca *stress* é, o não poderem falar abertamente com os doentes e ficarem impossibilitados de responder às suas perguntas de uma forma aberta.

Noutros casos, a própria família também não está informada, como nos relatam os participantes, o que também constitui um factor de *stress* para eles:

“ (...) às vezes não estão [famílias] devidamente informadas e por isso é que estão constantemente a fazer as mesmas perguntas, que nós não podemos responder (...) que é só o médico” (E5)

“ (...) é stressante (...) por causa da família não saber o prognóstico, isso é que pode causar stress” (E9)

“ A própria família do doente pode levar a um desgaste no profissional de saúde, na medida em que, por vezes, não está esclarecida à cerca da situação do seu familiar (...) e isso provoca algum cansaço, algum desgaste.” (E1)

Os enfermeiros, salientam que, o facto das famílias desconhecerem a situação clínica do seu ente querido, faz com que estas estejam constantemente a fazer as mesmas perguntas aos enfermeiros, que por sua vez, não podem responder abertamente, por ser da responsabilidade e da competência do médico. Esta persistência e insistência podem levar ao cansaço, desgaste e *stress* dos enfermeiros.

Dois dos enfermeiros, fazem referência aos **cuidados alargados à família** do doente, que por sua vez, também eles são um factor de *stress*:

“ (...) também causa stress, porque já não é só o facto de cuidar o doente , mas em paliativos tem que se cuidar da família” (E5)

“ (...) quando os familiares querem por demais fazer as coisas ao doente para o ajudar e por mais que a gente explique (...) que não está a ajudar, eles não entendem e aí é quando também ficas um bocado stressada ” (E6)

“ Torna-se sem dúvida mais stressante cuidar da família do que do doente, pois a família é alargada, e as suas relações com o doente são distintas de elemento para elemento” (E11)

Os participantes fazem referência ao facto, que trabalhar numa filosofia de cuidados paliativos é também cuidar da família do doente, no entanto, inferimos, que se torna mais *stressante* para os enfermeiros, cuidar da família do que do doente, uma vez que a família é alargada e as relações desta com o doente, são distintas de elemento para elemento.

A este respeito, Bernardo, Rosado e Salazar (2006), referem que problemas de comunicação com os doentes e famílias, associados a outros factores (um suporte não eficaz da organização, sobrecarga de trabalho, ter de tomar decisões, problemas de identificação com o doente e família, problemas de comunicação dentro de equipa, falta

de recursos, falta de formação, falta de confiança nos outros elementos, objectivos não comuns e indefinição de funções) podem contribuir para a exaustão emocional do profissional.

Alguns participantes, aludiram, que o **apoio psicológico** que têm que proporcionar **às famílias** dos doentes, é de igual modo, um factor de *stress* para eles:

“(...) quando a família chora, é muito difícil, o que é que a gente lhe diz? Temos simplesmente de apoiar.” (E2)

“(...) o apoio psicológico à família é bastante stressante (...) é fácil nós falarmos, mas quando estamos na situação é muito difícil (...) por mais que seja benéfico nós ajudarmos a família também causa stress (...) Algumas famílias são complicadas e não estão preparadas para o facto do familiar ir morrer, e temos que ser nós a prepara-las devagarinho para esse facto. O que nos causa stress” (E3)

Os enfermeiros verbalizam que apesar de ser benéfico ajudar a família do doente e proporcionar-lhe apoio psicológico, este também é um grande causador de *stress* para o enfermeiro. O que nos leva a inferir que este apoio é dado pelos enfermeiros.

As situações que parecem ser mais stressantes para os participantes são: quando a família chora e o enfermeiro fica sem saber o que dizer; e quando o doente se encontra já na fase agónica e tanto o doente como a família não estão preparadas para esse momento

Ainda relacionada com **a família**, a **agressividade** destes para com os profissionais, foi outro factor de *stress*, referenciado por um participante:

“(...) para mim, é lidar com a família (...) a família também passa (...) por situações diferentes em vários estádios (...) e culpam muitas as vezes os profissionais de saúde pela situação em que o familiar está e às vezes são um bocado agressivos” (E8)

O sofrimento do doente, e o sentimento de impotência perante o descontrolo de sintomas do doente, também foram apontados pelos participantes como causadores de *stress*:

“A morte não me causa stress, o sofrimento sim” (E6)

“(...) o que causa mais stress ao cuidar de um doente em fase terminal, é se este estiver em sofrimento” (E9)

“(...) quando o doente está com dores e infelizmente nalguns casos não conseguimos aliviar, isso causa-me stress” (E6)

Os enfermeiros salientam que a morte não é causadora de *stress*, mas sim o sofrimento, e a impotência de não conseguirem aliviar a dor ao doente.

Estudos feitos por ergonomistas e médicos de saúde ocupacional, salientam que os enfermeiros são um grupo profissional que é profundamente afectado pelo sofrimento dos doentes graves, existindo uma elevada taxa de suicídio. (Estryn-Behar, 1991).

Um participante, fez referência **ao envolvimento na relação terapêutica**, quando este **não é assertivo**, também é um factor que gera *stress*:

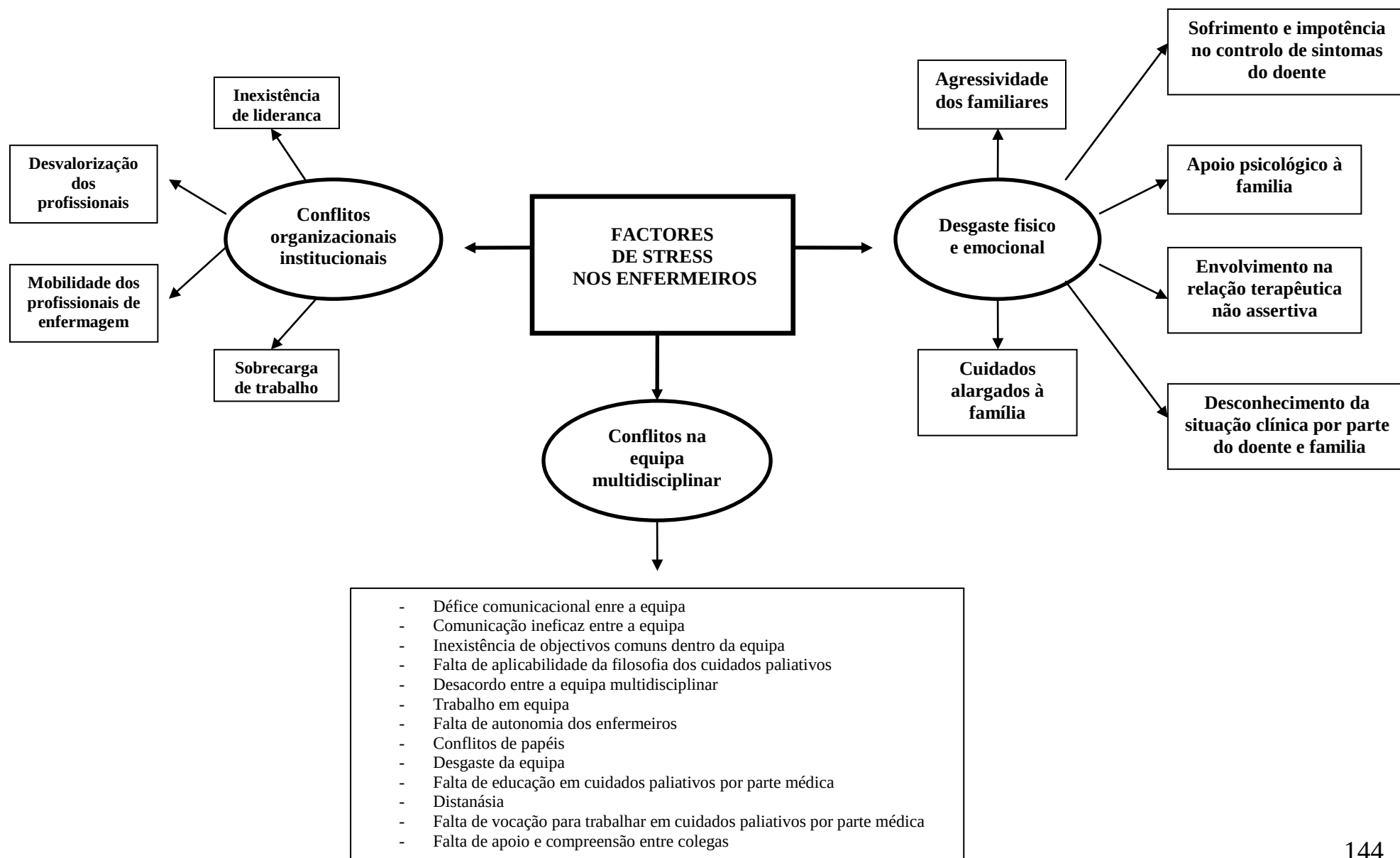
“ O dar-mo-nos enquanto profissionais e pessoa, torna-se difícil quando não conseguimos manter a proximidade suficiente com o doente e família, (...) mas também, a distância exigida para avaliarmos e actuarmos profissionalmente. A dificuldade de gerir esta distância, é por vezes causadora de stress ” (E11)

Monceau (1999), define a distância correcta como um limite protector determinado pela profissão. Segundo o mesmo autor, este limite é tão necessário para que os cuidados aos doentes sejam eficazes, como é necessário para à manutenção das referências pessoais.

A este respeito, Hennezel (2001), salienta, que manter uma distância razoável, de modo a que o profissional fique perto do sofrimento do outro sem, no entanto, se identificar com ele, é o que há de mais delicado em se conseguir.

Parece-nos que o enfermeiro participante tem essa noção, e a dificuldade de gerir essa distância é geradora de *stress*.

Diagrama 2: Factores de stress percebidos pelos enfermeiros que cuidam de doentes oncológicos em fase terminal num serviço de cuidados paliativo



3 - ESTRATÉGIAS DE *COPING* UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA PREVENIR OU ALIVIAR O *STRESS*, PROVOCADO ENQUANTO CUIDADORES DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL.

Procurámos conhecer as estratégias de *coping* praticadas pelos enfermeiros para combater o *stress* provocado pela prática directa de cuidar de doentes em fase terminal. Para tal, consideramos pertinente fazer a seguinte questão: Que estratégias utiliza para aliviar ou prevenir o *stress* provocado enquanto cuidador de doentes oncológicos em fase terminal?

O *coping*, designa o que a pessoa faz para lidar com os problemas de modo a recuperar o equilíbrio e bem-estar de que os problemas o privam. É entendido como pensamentos, sentimentos e comportamentos que permitem manter um estado psicológico satisfatório quando ele é ameaçado (Ramos, 2005).

As estratégias para lidar com o *stress* são consideradas um factor mediador dos efeitos que os acontecimentos sociais podem ter sobre a pessoa (Lazarus, 1999).

A pessoa utiliza as estratégias de *coping* em função da forma como percebe a exigência do meio ambiente e do grau de controlo que pensa deter sobre ela e dos recursos que dispõe (Figueiredo, 2007). Wearing e Hart (1996), são da opinião que as estratégias são seleccionadas em função das características das pessoas e das circunstâncias contextuais das situações.

Da análise de conteúdo surgiram três categorias: Estratégias focadas na emoção, Estratégias focadas na interacção social e Estratégias focadas nos problemas (Diagrama 3, página 153).

3.1 - ESTRATÉGIAS FOCADAS NA EMOÇÃO

Da categoria, estratégias focadas na emoção, emergiram sete sub-categorias: Distanciamento do pensamento, *hobbies*, neutralização da ameaça, evitamento, reflexão e actuação directa sobre a emoção.

As pessoas envolvem-se num *coping* orientado para as emoções quando se concentram em si mesmas, na tentativa de alterar a forma como interpretam os stressores

e de reduzir o mal-estar que os mesmos lhe provocam. É um estilo de evitamento do confronto com os problemas e é escolhido sobretudo quando o stressor é interpretado como incontrollável (Ramos, 2005). Vaz Serra (2002), é da opinião que este mecanismo de *coping* é utilizado quando o *stress* se torna mais grave.

O **distanciamento do pensamento** foi referenciado pelos enfermeiros como um recurso de alívio e prevenção do *stress*:

“(...) quando saio do meu local de trabalho tentar não pensar muito na situação, não pensar no trabalho (...)” (E1)

“(...) procuro não levar situações para casa (...)” (E5)

“(...) tento abstrair-me do meu local de trabalho sempre que possível (...)” (E10)

Hennezel (2001), salienta a importância dos profissionais que trabalham nos serviços de cuidados paliativos, terem uma vida pessoal, não pensarem mais nos doentes após o seu dia de trabalho e enquanto não estiverem com os doentes não pensarem neles.

Parece-nos que os enfermeiros participantes partilham a mesma opinião, sentem necessidade de se abstrair do local de trabalho, não pensar nos doentes nem nos problemas existentes no serviço, ao ponto de tentarem esquecer após o dia laboral, que trabalham no serviço, como nos referia um participante:

“(...) da porta para fora, esquecer-me de tudo o que se passa aqui, é chegar ao fim do dia e esquecer que trabalho neste serviço e que aqui existem os problemas que existem.” (E9)

Os enfermeiros do estudo, admitem no entanto, que por vezes é difícil e nem sempre é possível:

“(...) sair do serviço, tentar nunca levar nada para casa, apesar de às vezes ser um bocadinho impossível (...)” (E3)

“(...) procuro também não levar o trabalho para casa, mas nem sempre é fácil (...)” (E11)

Um participante chegou mesmo a pôr em dúvida se seria humano não pensar mais nos doentes após ter saído do trabalho. No entanto, sente que para o seu bem-estar tem de o fazer:

“(...) vou para casa e muito raramente me lembro de cá. Se ele [doente] está bem, se está mal...pode ser muito fria, não sei se é, mas se for ...é bom para mim...muito raramente me lembro lá fora de um doente daqui (...)” (E6)

A fim de favorecer a renovação do seu bem-estar os participantes referiram os **hobbies** como estratégias de *coping*:

“(...) tentar outras actividades, tais como ir à praia, ouvir música, ver televisão, ler um livro (...)” (E1)

“(...) é ter actividades por fora, coisas que gostamos de fazer: cinema, ginástica, coisas assim. Às vezes uma massagem lá em casa, coisas que deixam bem disposta. Convívio com os amigos, com a família (...)” (E3)

“(...) nós aqui, por vezes, fazemos no serviço jantares (...) esses momentos para mim são óptimos e acho que para toda a gente é bom porque dá para aliviar o stress (...)” (E6)

“(...) depois existe a ginástica (...)” (E7)

“(...) ginástica, o ar livre, acho que relaxa muito (...)” (E8)

“(...) desporto, é a jardinagem, é a agricultura” (E9)

“(...) os passeios, a ida ao cinema, a leitura, são também utilizados como estratégias para aliviar o stress (...)” (E10)

Segundo Delboni (2008), as actividades chamadas *hobbies* são trabalhos de inspiração que as pessoas fazem por gosto e não por obrigação. Estas actividades “mexem” directamente com as emoções, favorecendo a libertação de energias bloqueadas, estimulando a criatividade e favorecendo o equilíbrio mental das pessoas.

Os participantes demonstram-nos como coisas simples como ir à praia, ouvir música, ir ao cinema, ver televisão, ler um livro, passear, fazer desporto, jardinagem, e convívio com as pessoas significativas, são estratégias que proporcionam o bem-estar, a boa disposição e o relaxamento.

Ramos (2005), partilha da mesma opinião e salienta que o relaxamento é considerado como a terapia anti-stress por excelência. O seu sucesso é devido a que qualquer resposta de relaxamento é incompatível com a tensão e portanto imuniza as pessoas dos efeitos negativos do stress. O mesmo autor, refere ainda, que a maneira mais fácil de fazer relaxamento é fazendo as coisas relaxantes que cada pessoa goste de fazer. No entanto, refere que a actividade física é umas das estratégias mais recomendadas para a gestão individual do stress.

Mercadier (2004), também é da opinião que as actividades de lazer são um recurso para a resolução com eficácia de situações de conflitos, porque permitem libertar

as emoções fazendo com que o corpo recupere mais rapidamente da excitação provocada pelas emoções negativas.

Os enfermeiros participantes ainda na tentativa de renovar o seu bem-estar, tentam **neutralizar as ameaças**:

“(...) tento valorizar outras coisas na vida, na amizade(...)” (E2)

“(...) tento andar bem disposta, tentar pensar na minha família, pensar que tenho coisas boas lá fora (...) dar-me bem com a equipa, ser amável, ser prestável, pronto e é as formas que nós tentamos lidar com o stress” (E3)

“O facto de trabalhar com doentes em fase terminal, faz-nos valorizar muito aquilo que nós temos na nossa vida (...)” (E7)

Parece-nos, que o facto dos enfermeiros participantes cuidarem de doentes com uma doença grave e em fase terminal das suas vidas, faz com dêem mais valor às suas vidas, ao que a vida lhes proporciona e às amizades.

Uma outra estratégia que um participante referiu foi a **fuga** ou o **evitamento** das situações stressantes:

“(...) aquele assunto (...) não haver conflitos entre a médica e a enfermeira, essa fuga ou ponto de não haver conflito, a eu não me chatear, se calhar para mim é uma maneira de alívio do stress (...) pronto isso é uma das coisas, tentar não me chatear muito com as situações (...)” (E3)

Inferimos que este evitamento do enfermeiro tem relação com situações de conflitos entre a equipa multidisciplinar e não, fuga ou evitamento perante o doente.

Segundo Ramos (2005), o evitamento define o afastamento da pessoa em relação ao factor stressante e à ameaça que ele encerra. É motivado pela necessidade de protecção em relação ao stressor. As estratégias de evitamento são eleitas quando as pessoas julgam não ter controlo sobre o *stress*, e se sentem incapazes de mobilizar qualquer recurso ou estratégias activas para fazerem frente ao stressor. Contudo, segundo ainda o mesmo autor, este tipo de estratégias não favorece a adaptação e o ajustamento das pessoas ao *stress*, apenas ajuda a piorar as situações.

Latack (1986), partilha da mesma opinião, refere que este tipo de estratégias se tornam prejudiciais se o indivíduo for adiando o confronto e a solução de um problema que precisa ser resolvido.

Parece-nos que por vezes os enfermeiros optam por **actuar directamente sobre a emoção** sentida no momento do conflito:

“(...) às vezes conto até dez, não dá resultado mando vir, é que eu sou muito refilona e depois passa-me (...)” (E5)

Segundo Goleman (2002), a capacidade que uma pessoa tem de se acalmar a si próprio, é a habilidade emocional mais importante na gestão emocional e é uma habilidade fundamental da vida.

Outra estratégia mencionada pelos enfermeiros para obter alívio ou redução do stress foi a **reflexão e análise** diária das atitudes e procedimentos do seu cuidar:

“(...) penso sempre um pouco no final do dia aquilo que fiz (...)” (E6)

“(...) para aliviar esse stress, habitualmente recorro à reflexão (...)” (E10)

Constatamos que estes dois enfermeiros participantes referiram que tentam não levar as situações do serviço, nem os problemas dos doentes para casa, no entanto podemos inferir que apesar dos participantes não quererem pensar nos doentes nem nos problemas do serviço quando estão fora dele, isso nem sempre é possível, já que reflectir sobre as suas acções ajuda a aliviar o stress.

Um participante mencionou que o facto de estar neste serviço por opção é um suporte de alívio do stress:

“...uma forma de conseguir aliviar o stress, estou aqui por opção própria e por isso o meu stress vai sendo aliviado ao longo dos dias” (E4)

O que parece ir ao encontro da opinião de Leidy (1992), quando refere que o stress gerado pelas diversas situações penosas pelas quais a pessoa passa, é absorvido se a prática profissional se tornar agradável.

3.2 - ESTRATÉGIAS FOCADAS NA INTER-ACÇÃO SOCIAL

No que concerne à categoria, estratégias focadas na inter-acção social, os relatos dos participantes centram-se em torno de três sub-categorias: a partilha das vivências com a família e amigos; partilha das vivências com a equipa; e reconhecimento por parte dos doentes / famílias.

Segundo Delongis e Newth (1998), as estratégias focadas na interação social dizem respeito à forma como a pessoa lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situações de *stress*.

Ramos (2005), refere que o suporte emocional é o único que é válido e eficaz em quase todas as situações de *stress*.

Os participantes deste estudo referem adquirir apoio emocional através da partilha das vivências com a família, amigos, equipa:

“(...) quando saímos daqui é quase impossível sair da porta e corta. Conversando com outras pessoas que são directamente amigas e de confiança, ajuda muito.” (E2)

“(...) lá fora, as estratégias são na minha família.” (E5)

“(...) para aliviar esse stress, há a conversa com a família ou com os amigos (...)” (E10)

“(...) desanuvio sobretudo na minha família (...) é nestes últimos que recarrego baterias e alivio todo o stress” (E11)

Ramos (2005), salienta que o apoio se refere à assistência que a pessoa pode encontrar no seio das suas relações interpessoais. Segundo o mesmo autor, as pessoas que têm um bom apoio social são mais resistentes ao *stress*, pois ele é o principal factor atenuador do *stress*, portanto quanto maior for o suporte, menos reactivas as pessoas estão ao *stress* tanto psicológico como fisiológico, sendo capazes de mobilizar mais recursos e apresentarem melhor saúde.

3.3 – ESTRATÉGIAS FOCADAS NO PROBLEMA

A categoria, estratégias focadas no problema deu origem a três sub-categorias: confrontação; formação; e desempenho profissional.

Este tipo de estratégias visa o estabelecimento de um plano de acção e o seu seguimento até que a causa do *stress* seja eliminada (Vaz Serra, 2002). Este tipo de estratégias são sempre aconselháveis pois permite a remoção das fontes perturbadoras e evitam que se prolongue um estado que é desagradável e que se pode tornar prejudicial para a saúde e bem-estar da pessoa. Esta técnica de *coping* é mais usada quando o *stress* é

sentido como sendo pouco intenso e a situação é tida como controlável e resolúvel. Perante situações de *stress* mais grave e situações que não podem ser controladas, actuar sobre as emoções parece ser a técnica mais eficaz (Vaz Serra, 2002; Ramos, 2005).

As pessoas que tendem a usar esta técnica de *coping* têm menor propensão a ficarem deprimidas (Mitchell, Conkrite e Moos, 1983).

Um dos participantes referiu a **confrontação** com as outras pessoas como sendo uma estratégia de alívio do stress:

“(...) procuro tentar saber o que as outras pessoas pensam no seio da equipa multidisciplinar, de modo a evitar conflitos e problemas.” (E8)

Segundo Ramos (2005), a utilização desta estratégia implica enfrentar a ameaça. A confrontação promove a possibilidade de melhor perceber e aproveitar as oportunidades para controlar a situação. O *coping* de confrontação é mais adaptativo que o evitamento e permite às pessoas avaliarem os recursos de que dispõem para enfrentar o *stress*.

Deduzimos que o enfermeiro se preocupa em ter uma comunicação assertiva com os elementos da equipa de modo a conhecer as ideias dos outros, sem criar conflitos ou problemas.

A **formação** foi outra das estratégias *coping* referidas pelos participantes:

“O conhecimento (formação) permite-nos (...) para já, ter a noção de quando estamos sob stress e depois o que havemos de fazer.” (E7)

“O investimento na formação é ainda uma estratégia para mim, pois acredito que, quanto mais sei sobre a área dos cuidados paliativos, mais saberei lidar com situações inesperadas e emocionalmente pesadas.” (E11)

Neto (2006), salienta que é importante que os elementos da equipa aliem a sua motivação pessoal para trabalhar no serviço de cuidados paliativos, a uma sólida formação nesta área.

Por seu lado Carvalho (2006), alerta-nos para a importância da formação, pois é através dela que os profissionais adquirem conhecimentos, competência e segurança nos seus cuidados, levando-os a um melhor desempenho profissional e consequentemente à diminuição do *stress*.

O mesmo autor é de opinião que através da formação, os profissionais desenvolvem habilidades para uma melhor compreensão das situações com as quais estão

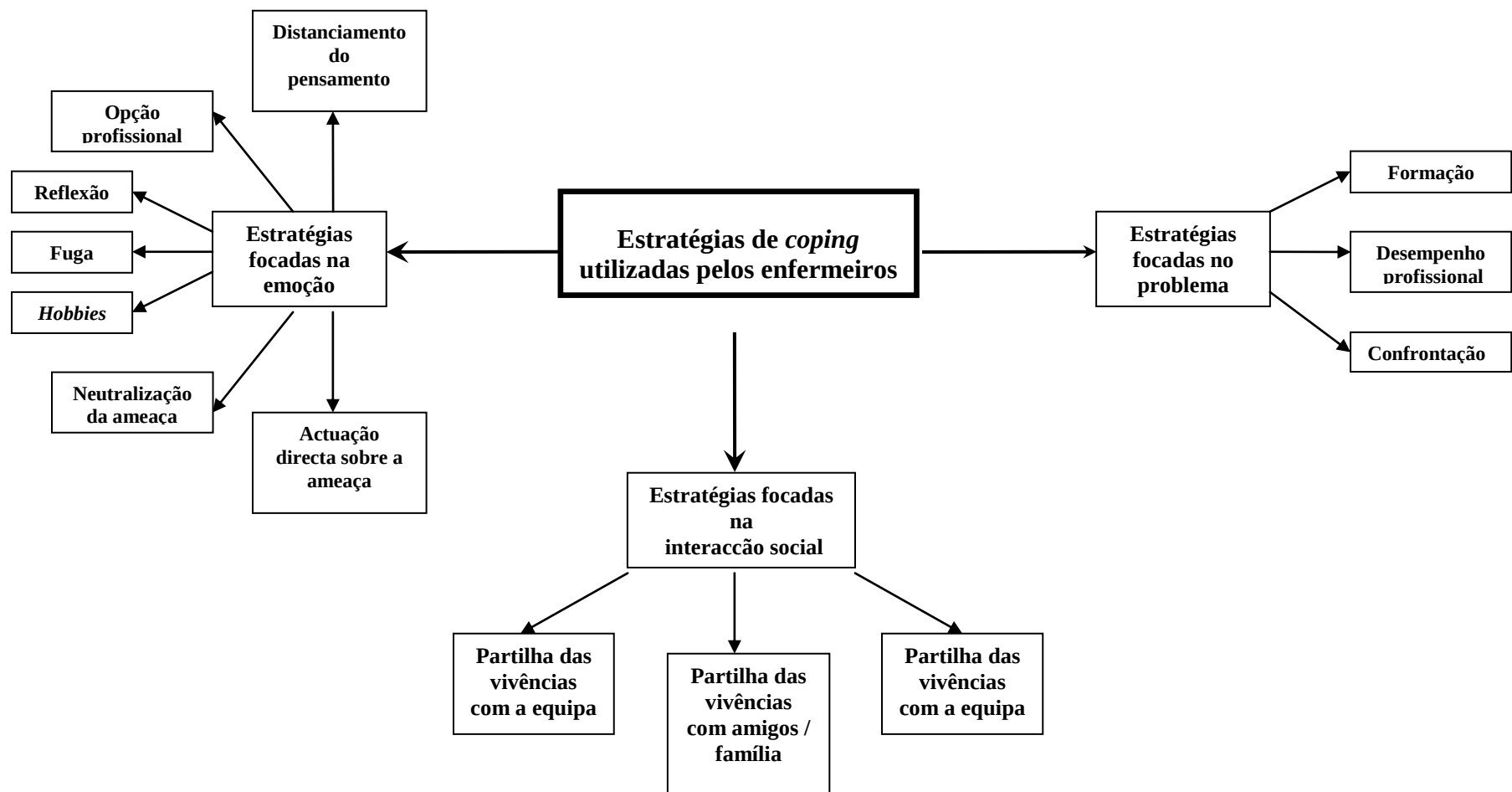
quotidianamente envolvidos e a explorar as suas emoções inconscientes, com vista a um melhor auto-conhecimento.

Um dos enfermeiros do estudo referiu-se ao **desempenho profissional** com uma estratégia de *coping*:

“(...) procuro todos os dias trabalhar o melhor que sei e posso (...) sair do serviço com a certeza que me empenhei e com satisfação profissional.” (E11)

Inferimos que o facto de o enfermeiro sentir que tem um bom desempenho nos seus cuidados diários aos doentes, e o facto de sentir satisfação profissional, podem funcionar como estratégias de suporte para o alívio do *stress*.

Diagrama 3: Estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para prevenir ou aliviar o *stress*, provocado enquanto cuidadores de doentes oncológicos em fase terminal.



4 - NECESSIDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL NUM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS, EM RELAÇÃO A FACTORES REDUTORES OU MINIMIZANTES DE *STRESS*.

Por fim, pretendemos saber quais as necessidades sentidas pelos participantes para combater ou reduzir o *stress* provocado pela exposição contínua ao sofrimento e à morte. Para tal, consideramos pertinente colocar a seguinte questão: O que considera ser necessário para se evitar ou minimizar as situações de *stress* enquanto cuidador de doentes oncológicos em fase terminal?

Desta questão, emergiram três categorias, nomeadamente necessidade a nível da organização / instituição; do serviço; e da equipa (diagrama 4, página 163).

4.1 – A NÍVEL DA ORGANIZAÇÃO / INSTITUIÇÃO

Relativamente à categoria, necessidades sentidas a nível da organização (instituição), os relatos dos enfermeiros centram-se em torno de seis subcategorias: apoio do psicólogo; promoção de formação; promoção de estágios; promoção de actividades lúdicas e convívios; promoção de massagem para os profissionais; diminuição de carga horária.

Frederico (2006), define organização como sendo um sistema inserido no meio social, que tem que ser capaz de encontrar o posicionamento na divisão social do trabalho e formas de motivar os colaboradores para essa tarefa.

As pessoas esperam receber das organizações recursos que satisfaçam as suas necessidades, em troca dos seus conhecimentos, competências e capacidades (Quick *et al*; 1997).

No Decreto-lei 441/91, encontra-se regulamentada a responsabilidade organizacional em promover boas condições de trabalho, no entanto, parece-nos que os enfermeiros percebem algumas falhas relativamente ao apoio por parte da organização:

“(...) Não sinto que a instituição me proporcione assim tantas estratégias [alívio do stress] (...) ou nenhuma, não sinto que a instituição me proporcione estratégias (...)” (E1)

“A instituição nem folgas te dá. Para alívio do stress dá-te cinco dias por ano, que são as férias por causa de oncologia. Acham que num ano inteiro, cinco dias, são realmente suficientes para aliviar o stress, esquecem-se é de nos pagarem uma viagem (risos) (...)” (E2)

“A instituição não nos dá quase nada em relação a isso [alívio do stress] (...) neste momento não vai ao encontro do stress de nenhum enfermeiro (...)” (E3)

“Não estou a ver a instituição a fazer alguma coisa nesse sentido [alívio do stress] porque nunca se preocuparam com a saúde dos profissionais” (E6)

“(...) A [instituição] neste momento não proporciona nada para nos ajudar [a aliviar o stress] (...)” (E8)

Os enfermeiros demonstram-nos que não é uma preocupação da instituição a saúde e bem-estar dos profissionais, como tal não proporciona qualquer tipo de estratégias para a prevenção do *stress* laboral.

Os participantes referem necessitar de ajuda, apoio, acompanhamento e orientação de um **psicólogo** para o seu bem-estar e este profissional de saúde não existe na instituição:

“(...) Haver apoio por parte de um psicólogo para a equipa (...) porque neste momento desconheço a existência desse profissional de saúde nesta casa.” (E1)

Num contexto de cuidados paliativos, que supõe uma tomada a cargo global, da pessoa doente e família, a especificidade do psicólogo, segundo Hennezel (2001), é de estar sobretudo atento à dimensão inconsciente da psique (o que nos torna humanos), principalmente em dois domínios: perante o doente e perante os prestadores de cuidados. No entanto, a autora perante a sua experiência como psicóloga de um serviço de cuidados paliativos, é da opinião que uma só pessoa (um único psicólogo) não consegue assumir o acompanhamento dos doentes e das suas famílias e ainda o apoio da equipa. Segundo a mesma autora, a psicologia contribui para identificar as componentes psíquicas e sociais das situações e intervir se necessário para permitir o desenvolvimento do processo de maturação e de crescimento. Neste contexto, alguns participantes no estudo referem:

“Precisávamos, se calhar, um psicólogo que acompanhasse a equipa e que nos desse algumas dicas como lidar com algumas situações que acontecem no serviço.” (E5)

“(…) Também seria benéfico (…) uma psicóloga (…) nós nunca tivemos apoio de nenhuma psicóloga, mas também nunca fiz apoio de psicólogo, não sei (…)” (E6)

“Aqui nós precisávamos ou terapia de grupo (…) é sempre bom termos alguém que nos oriente ... numa conversa de grupo e que faça aqueles jogos todos (…)
Com o apoio de um psicólogo (…)” (E8)

Parece-nos, que os enfermeiros não só sentem falta do apoio deste profissional em relação a eles, como sentem falta dele para acompanhar os doentes:

“Um psicólogo para vermos se nós estamos bem, nós somos seres humanos (…)
talvez pudéssemos receber um bocadinho mais de apoio, (…)
nem para os doentes. Somos nós que temos que fazer essas funções.” (E2)

“A existência de um psicólogo no serviço para dar apoio ao doente e família e à própria equipa (…)” (E10)

“(…) deveria ser promovida terapia e dinâmica de grupo, havendo um psicólogo na instituição (…)
que para além de trabalhar com o doente, trabalhasse com a equipa multidisciplinar.” (E11)

Os participantes expressam também, falta de **formação** promovida por parte da organização (instituição):

“(…) A instituição, nem o curso de formação que devia dar dá (…)
nunca propôs um curso.” (E9)

“(…) A instituição deve promover ou incentivar a formação (…)” (E11)

Delbrouck (2006), refere que, qualquer instituição que contrate profissionais de saúde deveria considerar uma obrigação moral o facto de os iniciar e de os formar correctamente para o trabalho com os doentes.

Os critérios (23 e 24) de Qualidade para as Unidades de Cuidados Paliativos da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) dirigidos à organização de Serviços de Cuidados Paliativos, são bem explícitos em relação a este assunto. Referem que todos os profissionais que trabalham na equipa multidisciplinar devem possuir formação em Cuidados Paliativos e haver um plano anual de formação contínua de todos os elementos

da equipa, que deveriam incluir, no mínimo, uma sessão de formação mensal inter-equipa.

A Associação de Medicina Britânica citado por Vaz Serra (2002), alega que para se prevenir o *stress* nos profissionais estes devem ter formação suficiente e adequada. O que vai ao encontro da necessidade sentida por um participante:

“(...) [necessidades] de Formação adequada aqui no serviço, (...) técnicas de gerir o stress, técnicas de como lidar com a morte (...) mas formação que as pessoas (equipa) quisessem e gostassem. (...) tivemos uma formação há um ano, mas foi às custas dos esforços do serviço (...) a instituição neste caso de stress não tem (...) dado facilidades nenhuma para os enfermeiros (...)” (E3)

Da análise inferimos que apesar dos enfermeiros sentirem necessidade de formação, a instituição não só não proporciona a formação adequada às necessidades dos enfermeiros, como não disponibiliza tempo para esse fim. A formação adquirida pelos enfermeiros tem sido da responsabilidade e no tempo destes.

“(...) Talvez tivesse necessidade de fazer mais alguma formação, a instituição também não dá tempo para se fazer, (...) a formação tem de ser no nosso tempo.” (E1)

Relativamente a este assunto, Neto (2004), refere que a exposição contínua à doença terminal e à morte por parte dos profissionais, pode conduzir à perda de motivação e insatisfação profissional, sintomas físicos associados habitualmente ao *stress*, se não for devidamente enquadrada numa formação profissional credível.

Bernardo, Rosado e Salazar (2006), são da opinião que a formação interna constitui um elemento primordial na aquisição de competências dentro da equipa e para completar essa formação é importante adquirir conhecimentos através da formação externa.

Neste sentido, dois participantes fazem alusão à **promoção de estágios** noutros serviços:

“(...) [necessidades] Às vezes uns estágios (...) basta às vezes passar por outros serviços para reconhecer o bem que nós aqui fazemos, a forma boa como nós trabalhamos (...) A nível institucional era bom que os outros profissionais passassem por cá, para todos termos comportamentos idênticos, não faz sentido

que no edifício ao lado, o doente esteja num sofrimento atroz por não ser cuidado da mesma forma que neste serviço” (E7)

“(…) A instituição deve promover (...) os estágios de observação noutros serviços de paliativos, para analisarmos outras formas de trabalhar (...)” (E11)

Parece-nos que seria outro meio importante para aquisição de novos conhecimentos à cerca de outras formas de trabalhar e de haver um reconhecimento das boas práticas de cuidar prestadas naquele serviço.

A **promoção de actividades lúdicas e convívio** entre a equipa multidisciplinar é assinalado pelos participantes como sendo também necessária para se minimizar ou aliviar o stress:

“(…) Termos uma equipa lúdica de alívio de stress (...) de coisas boas que nos fizessem bem. (...) Um convívio maior entre os elementos da equipa, se calhar isso também poderia ajudar.” (E3)

“(…) Isto (massagem) associado com outras actividades lúdicas (...) danças de salão (...) era agradável que a instituição criasse essas actividades.” (E8)

“Considero ainda que seria importante a implementação de actividades lúdicas onde a equipa multidisciplinar pudesse conviver fora do ambiente de trabalho.” (E10)

Vaz Serra (2002), refere que o convívio social ajuda a atenuar os efeitos do stress, no entanto os aspectos do apoio emocional que promovem uma melhor saúde, são os que contribuem para formar sentimentos de respeito próprio, aceitação social ou competência (Rabin, 1999).

Os participantes sugerem ainda, que a instituição podia proporcionar uma **diminuição da carga horária de trabalho** e as horas em falta deveriam ser contabilizadas no horário, e dadas ao enfermeiro para se auto-cuidar:

“(…) Poderia ser contabilizado o trabalho e depois ao fim de um ano, de um mês, pronto a instituição depois geria, eram dadas horas para o enfermeiro fazer algumas actividades que gostasse.” (E3)

“(…) Acho que devia ser mesmo obrigatório a instituição dar algumas horas, incluídas no horário, para nos divertirmos.” (E6)

“(…) promover uma hora por semana, incluídas no serviço, para relaxamento.” (E11)

Bernardo, Rosado e Salazar (2006), comungam da mesma opinião, referem que é muito importante o profissional ter tempo para si, ter um espaço dentro e fora do trabalho para si e ter um suporte social onde os profissionais estejam e gostem de estar com os outros.

Por fim, em relação às necessidades de apoio por parte da organização os participantes referem que era benéfico se a instituição promovesse uma equipa de **massagem para os profissionais**:

“(...) a ideia das massagens eu acho que era muito benéfica (...) termos uma equipa de massagens para nós (enfermeiros).” (E3)

“Seria interessante desenvolver o projecto das massagens para os profissionais de saúde (...)” (E11)

Segundo Delboni (2008), em situação de *stress* é frequente o indivíduo apresentar a região das costas e dos ombros muito tensos e dolorosos e nesses casos a técnica de relaxamento através da massagem auxilia a libertação das tensões. A modalidade de massagem em cadeira é muito popular em várias instituições e vários estudos mostraram os seus benefícios físicos e psicológicos (Cady e Jones, 1997; Field *et al.* 1997) o que vai de encontro às necessidades sentidas pelos nossos participantes.

4.2 – A NÍVEL DO SERVIÇO

Quanto ao apoio que o Serviço podia dar para aliviar o *stress*, um participante fez referência à distribuição justa e equitativa dos doentes, pelos enfermeiros:

“(...) [haver] distribuição de doentes justa e equitativamente por todos os enfermeiros.” (E10)

Um outro participante referiu ainda:

“(...) quando há doentes que mexem mais com um elemento, tirar esse elemento desse doente” (E7)

Parece-nos que uma distribuição justa e equitativa dos doentes pelos enfermeiros, e um *feed-back* positivo por parte do serviço perante uma reacção emocional negativa do enfermeiro em relação ao doente, poderão ser também factores preventivos do *stress*.

4.3 - A NÍVEL DA EQUIPA

Da análise das entrevistas efectuadas, emergiram cinco subcategorias, nomeadamente: trabalho em equipa; reuniões multidisciplinares; comunicação assertiva; informação médica aos doentes e famílias sobre o diagnóstico e prognóstico do doente; e mecanismos de *coping* na equipa.

Os participantes referem necessidade de terem **reuniões de equipa multidisciplinares**:

“(...) haver mais reuniões de equipa multidisciplinar para que as pessoas entrem em acordo, para que não haja um distanciamento entre a equipa.” (E3)

“(...) se calhar, estruturar as equipas (...) era o diálogo, era as reuniões (...)” (E4)

“Reuniões semanais, onde pudéssemos dar a nossa opinião (...)” (E9)

“(...) as reuniões multidisciplinares estruturadas ou não, ocupam nesta área um papel de destaque (...)” (E10)

É notável a importância que os enfermeiros dão às reuniões. Denotamos que os participantes sentem o distanciamento entre a equipa pouco benéfico; desacordos entre ela que não são reflectidos; falta de comunicação e de espaço para poderem expressar as suas opiniões. Situações estas, que segundo eles deviam ser faladas em reuniões de equipa.

Os critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos recomendados pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) referem que as reuniões interdisciplinares são um dos pilares que garantem a qualidade do trabalho em equipa, aconselhando mesmo que a periodicidade ideal seja a semanal.

Constatamos que os participantes têm a noção da importância e do papel de destaque que as reuniões multidisciplinares têm na área de cuidados paliativos, estas só têm valor se houver abertura de espírito da própria equipa, como nos referia um participante:

“(...) As reuniões são boas se houver abertura de espírito das pessoas (equipa) e às vezes há essa falta de espírito (...)” (E6)

O papel da formação contínua no meio hospitalar é o de permitir aos elementos da equipa partilhar as suas experiências e tomarem consciência que cabe a cada um empenhar-se num processo de reflexão e de desenvolvimento pessoal (Hennezel, 2001).

Bernardo, Rosado e Salazar (2006), referem que a equipa que esteja vocacionada para cuidar de doentes em fase terminal, necessita de uma contínua atenção ao seu funcionamento, incentivar a diminuição das tensões e conflitos interpessoais (muitas vezes são inevitáveis) e um bom suporte para ultrapassarem essas dificuldades, é a harmonia e a aproximação do grupo.

Um outro factor importante, para a prevenção do *stress* referenciado pelos participantes era a existência de **comunicação assertiva** entre a equipa:

“(...) acho que as coisas devem ser faladas, esclarecidas, só assim é que as coisas funcionam.” (E3)

“(...) acho que há falta de comunicação entra a equipa toda (...)” (E4)

“(...) haver mais comunicação entre a equipa multidisciplinar (...)” (E5)

“(...) [haver] uma eficaz e eficiente comunicação entre a equipa multidisciplinar (...)” (E10)

Da análise, parece-nos que os enfermeiros percebem a existência de comunicação assertiva entre toda a equipa, como um bom suporte para o alívio do *stress*, o que vai ao encontro da opinião de Cornell (1993), quando refere que comunicar de forma aberta e sincera e ouvir de maneira atenta, são mecanismos que aliviam o *stress*.

Em cuidados paliativos a comunicação assertiva, é um importante veículo na relação da equipa, pois é através dela que é possível a partilha de informação, emoções e atitudes.

A assertividade implica que a pessoa tenha uma atitude positiva sem julgar os outros, e consiste na capacidade que ela tem em exprimir pensamentos, ideias e sentimentos sem ansiedade (Communication in Nursing Vídeo Séries, 1995).

Em relação a este assunto, Riley (2004), também é da opinião que comunicar assertivamente, ou seja, comunicar de forma clara, directa, sem ameaças ou ataques, salvaguardando os seus direitos e sem negar os dos outros, permite um relacionamento saudável entre os elementos da equipa, desenvolver a autoconfiança dos profissionais e promover o respeito mútuo e a confiança entre a equipa. A mesma autora refere ainda que se existir um sentimento de entreajuda e comunicação entre os membros de uma equipa,

surge um sentimento de bem-estar nos seus elementos que tende a reflectir-se no doente; se esse sentimento não existir, os enfermeiros não se sentirão suficientemente realizados e satisfeitos para que o sentimento de cuidar envolva os doentes.

Uma outra necessidade referenciada por um participante foi ter **doentes e famílias a par da situação clínica (diagnóstico e prognóstico) do doente:**

“(...) [necessidade] o doente e família estarem informados da situação: da patologia, do diagnóstico, prognóstico, acho que seria muito bom.” (E5)

Segundo a nossa experiência o facto dos doentes e das famílias terem a noção correcta da situação clínica do doente permite ao enfermeiro, apesar de muitas vezes ser doloroso, falar com eles de uma forma aberta, sincera e honesta, e inclui-los no plano terapêutico traçado para o doente. Isto permite um sentimento de bem-estar por parte do enfermeiro por poder ajudar aquela família.

Um participante também salientou a necessidade de existência de **mecanismos de coping dentro da equipa:**

“(...) deviam existir os mecanismos de coping para ultrapassar situações (...) a equipa não tem.” (E7)

Sobre este assunto, a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) salienta que as equipas, têm necessidade e o dever de se auto-cuidarem e verificar que as intervenções para a prevenção do *burnout* deverão estar formalmente estabelecidas

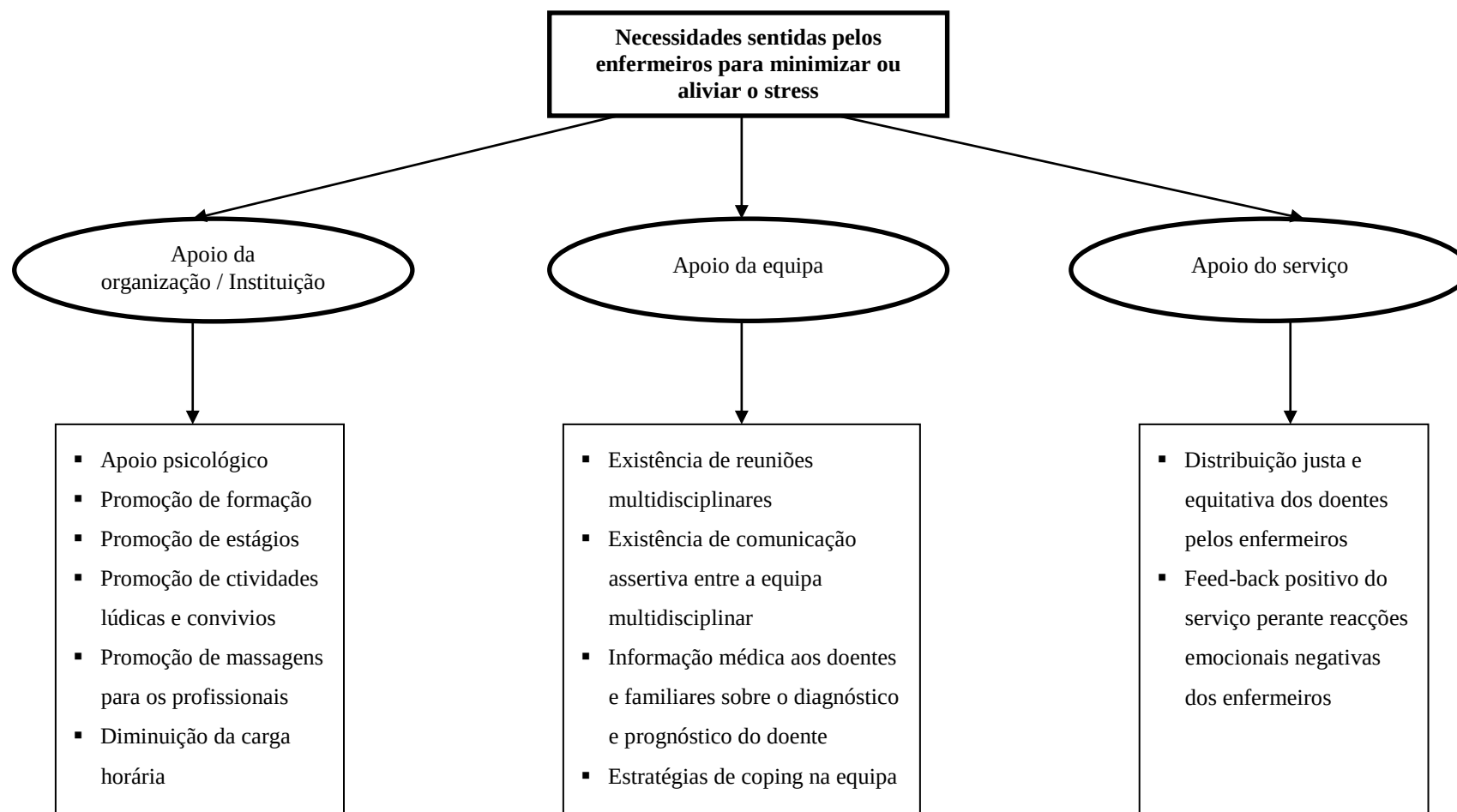
Também, Bernardo, Rosado, e Salazar (2006), salientam que os elementos de uma equipa se devem manter atentos e responder eficazmente ao aumento do *stress* dos companheiros de equipa; e promover a introspecção e a avaliação dos níveis de *stress*.

A necessidade dos profissionais conhecerem o seu nível de *stress*, também foi referenciado por um participante:

“(...) cada profissional deveria conhecer o seu nível de stress e saber como lidar com ele” (E11)

Ramos (2005), é da opinião que é fundamental as pessoas terem a consciência e um correcto conhecimento do seu *stress*, para saberem lidar adequadamente com ele e para que possa existir um maior acerto entre as estratégias de *coping* e os factores *stressantes*.

Diagrama 4: **Necessidades sentidas pelos enfermeiros que cuidam de doentes oncológicos em fase terminal num serviço de cuidados paliativos, em relação a factores redutores ou minimizantes de stress.**



5 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A Enfermagem é uma ciência e uma arte. Os Enfermeiros além de profissionais deverão ser artistas exímios na capacidade de auxiliar as pessoas, estejam doentes ou saudáveis, promovendo a sua saúde e prevenindo a doença, contribuindo para o seu bem-estar bio-psico-social. A sua função visa fomentar a maior independência possível dos doentes em todas as suas actividades. A preservação da dignidade humana, através da adopção de uma visão holística do doente, é um dos pilares essenciais da sua prática. Cuidar, é estar disponível para o outro, é uma forma de relação, em que a abertura, o conhecimento, paciência, honestidade, humildade, esperança, coragem, confiança, compreensão, atenção e solicitude devem estar sempre presentes. No fundo implica humanismo.

A prestação de cuidados, seja em que contexto for, deve estar balizada pelos valores atrás referidos, no entanto maior importância adquirem no contexto da oncologia e dos cuidados paliativos. Sobretudo nesta última, em que o cuidar assenta no acompanhamento e no conforto do doente.

O cancro continua a ser a segunda maior causa de morte nos países industrializados e está, às vezes erradamente, associado a ideias e representações muito diferentes, nomeadamente morte, sofrimento, ansiedade, angústia, medo, mutilação, dor, rejeição, debilidade e dependência.

Trata-se de uma doença que tem implicações de ordem física, psíquica, social e espiritual no doente, e com grandes repercussões na família, amigos e mesmo nos prestadores de cuidados. Ajudar o doente a vivenciar o cancro da forma menos penosa possível, pode melhorar a sua qualidade de vida e a dos seus familiares.

Muita da carga negativa da doença oncológica sofrida pelos doentes e familiares deriva do medo que o seu período terminal inspira.

Quando a cura já não é possível, nem tudo está perdido e o recurso aos cuidados paliativos surge como a melhor opção. A filosofia inerente a este tipo de cuidados afirma a vida e considera a morte como um processo normal; Defende que não se deve provocar nem retardar a morte; Promove o alívio da dor e dos outros sintomas penosos, tendo atenção não só aos aspectos físicos, mas também aos psíquicos, psicológicos e espirituais; Defende a integração dos aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados ao doente; Oferece um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão activamente quanto possível até à sua morte; Apoiam a família do doente a ter o seu próprio luto,

durante a doença do seu familiar. No fundo, os cuidados são mais dirigidos ao doente do que à doença e aplicados consoante as necessidades, segundo uma visão global e holística. O controlo dos sintomas, a comunicação adequada, apoio à família e o trabalho em equipa são os pilares fundamentais inerentes aos cuidados paliativos. Dentro da equipa, cabe aos enfermeiros um papel fundamental, transmitindo ao doente um grande sentido de conforto e de estabilidade.

A prestação de cuidados a doentes em fase terminal, onde o contacto com o sofrimento e a morte são uma constante, pode ter efeitos nefastos nos profissionais de saúde e podem ser geradores de *stress*. É imperioso que os enfermeiros aprendam a desenvolver técnicas e aptidões – *coping* -, para lidar com o *stress* que experimentam ao lidar com este tipo de doentes.

O nosso estudo permitiu tirar algumas conclusões quanto aos sentimentos e emoções experimentados pelos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Paliativos, os factores ou circunstâncias indutoras de *stress* percebidos pelos mesmos, as estratégias de *coping* mais usadas e as necessidades sentidas pelos mesmos profissionais.

Encontramos uma grande diversidade de sentimentos e emoções mencionados pelos enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos estudada, nomeadamente: bem-estar; sofrimento; impotência; desvalorização por parte da instituição; tristeza; desalento; revolta; diversificação de sentimentos; alívio; satisfação profissional; angústia; frustração; desafio e decepção.

Apenas um enfermeiro se referiu ao sentimento de bem-estar ao cuidar de doentes terminais, relacionando-o com a ajuda prestada para a satisfação das necessidades do doente e promoção da sua harmonia.

No que diz respeito ao sofrimento, foi referido pela maioria dos enfermeiros, e relacionaram-no principalmente com a prestação de cuidados a doentes jovens, o não alívio do sofrimento doente e o facto de terem de assistir à sua morte.

Intimamente relacionado com o anterior está o sentimento de impotência que os enfermeiros relacionaram com a incapacidade de: aliviar totalmente o sofrimento do doente, por vezes por falta de tempo; e amenizar a morte. Decorrente desta impotência, surge associado a decepção e tristeza por não conseguirem atingir os objectivos traçados e mais uma vez relacionável com a idade jovem dos doentes.

Estreitamente relacionado com a tristeza está o sentimento de angústia, uma forma de desespero, sobretudo quando projectam ou transpõem para si as situações do doente e se identificam com ele.

A impotência e indignação são o caminho que leva à revolta, muitas vezes dirigida a outros membros da equipa, nomeadamente os médicos, sobretudo quando são postos em prática cuidados que contrariam e não são coerentes com a filosofia dos cuidados paliativos. Estas mesmas atitudes são o *primum movis* para a frustração.

Uma das constatações do nosso estudo foi a diversidade e ambivalência de sentimentos, uns positivos e outros negativos, evidenciados por alguns enfermeiros.

Apesar da maioria dos sentimentos e emoções referidos até aqui terem conotação negativa, os enfermeiros salientaram que também experimentam emoções de alívio quando tem a consciência de que fizeram tudo o que podiam ter feito pelo doente e que prestaram cuidados de qualidade.

Além das exigências físicas do trabalho em cuidados paliativos, os enfermeiros do nosso estudo salientaram o afã emocional que as suas tarefas encerram, levando-os por vezes ao limite.

Um dos pontos em que evidenciamos unanimidade foi a revelação de satisfação profissional na prestação dos cuidados, relacionada com o facto de se sentirem realizados, de trabalharem numa área que escolheram e que não lhes foi imposta e por sentirem que são úteis aos doentes e suas famílias.

Apesar da satisfação profissional, alguns dos enfermeiros desta unidade revelam insatisfação com a pouca valorização que a própria instituição lhes confere, mas encontram alento nas reacções positivas dos doentes e dos seus familiares.

O sentimento é uma característica essencial do cuidar, e a percepção das suas implicações nos cuidados revela a reflexão sobre o agir e a análise das situações.

O nosso estudo parece revelar que os sentimentos e as emoções são uma constante na vida dos enfermeiros participantes e têm implicações em todos os cuidados que prestam. Muitas das emoções e sentimentos experimentados pelos enfermeiros participantes estão directamente relacionados com a sua pessoa, enquanto ser humano; e outros estão relacionados com a vivência do outro enquanto pessoa doente.

No que se refere aos factores de *stress* nos enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos estudada, verificamos que os conflitos na equipa multidisciplinar, conflitos organizacionais / institucionais, desgaste físico e emocional foram as categorias de factores mencionadas.

Relativamente aos conflitos na equipa multidisciplinar, diversos factores foram apontados, nomeadamente o défice comunicacional entre a equipa; comunicação ineficaz entre a equipa; inexistência de objectivos comuns; falta de aplicabilidade da filosofia dos cuidados paliativos; desacordo entre a equipa multidisciplinar; trabalho em equipa; falta de autonomia dos enfermeiros dentro da equipa; conflito de papéis; desgaste da equipa; falta de educação em cuidados paliativos por parte da equipa médica; distanásia; falta de vocação para trabalhar em cuidados paliativos por parte da equipa médica e falta de apoio e compreensão entre colegas.

No que concerne ao défice comunicacional e comunicação ineficaz, os enfermeiros do estudo apontam falhas sobretudo aos elementos da equipa médica, havendo, no entanto, alguns que salientam que já no seio dos enfermeiros esse défice também é notório. As principais causas são a falta de diálogo e, sobretudo, a não delineação de objectivos em relação ao doente em concreto e a pouca disponibilidade da equipa médica para, em conjunto com o resto da equipa, debater todas as temáticas relativas ao doente.

A inexistência de objectivos comuns na equipa tem reflexo na falta de unanimidade no modo de cuidar, levando a que não exista verdadeiramente uma equipa multidisciplinar, mas vários grupos a trabalharem no mesmo local, para o mesmo fim, e com objectivos no cuidar diferentes que, por vezes, são contraditórios, originando *stress* aos enfermeiros.

Um outro factor indutor de *stress* e grande frustração, mencionado pelos enfermeiros, foi a falta de aplicabilidade da filosofia dos Cuidados Paliativos. Mais uma vez imputam à equipa médica a principal responsabilidade quanto a esta falha, o que é gerador de conflitos dentro da equipa, como já foi referido atrás.

O trabalho de equipa, ou como os enfermeiros do estudo fizeram questão de sublinhar, a falta dele, é gerador de conflitos dentro da equipa já que apesar do objectivo ser comum, as vias para o alcançar não são unânimes, e as orientações dentro da equipa parecem ser diferentes. Sendo o trabalho de equipa, um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos, facilmente se depreende que a sua não consumação possa ser geradora de *stress*.

Segundo alguns dos enfermeiros, o trabalho de equipa pode ser fonte de *stress*, devido à incessante tarefa de conciliação entre as diferentes visões dos vários membros da equipa: enfermeiros, médicos, psicólogo, assistente social, etc.

O desacordo entre os vários elementos da equipa diz respeito sobretudo ao critério de admissão; informação acerca da admissão dos doentes; e o tempo de internamento útil dos mesmos. Os desacordos devem ser analisados e devem ser percebidos como oportunidades e não como inconvenientes, mas no caso desta unidade, os enfermeiros identificam a pouca receptividade dos médicos como um entrave ao consenso.

A falta de autonomia dos enfermeiros foi salientada, por um dos participantes, como uma causa de *stress*.

O conflito quanto ao papel a desempenhar, também pode ser fonte de *stress*, como salientam alguns dos participantes, quer em relação ao seu papel, quer em relação ao papel dos outros. Mais uma vez, a assunção por parte da equipa médica de uma visão biomédica em vez da visão dos cuidados paliativos, é a principal fonte do conflito de papéis do enfermeiro e assim geradora de *stress*.

Uma das principais causas apontadas para a visão globalmente diferente em relação ao doente (modelo biomédico e modelo dos cuidados paliativos) entre enfermeiros e médicos, é a falta de formação nesta área, sobretudo nos últimos. Parece, segundo os intervenientes do estudo que, a não aceitação da morte como inevitável, parece ser encarada pelos médicos do serviço como um insucesso.

A aplicação de cuidados desnecessários e fúteis – Distanásia -, é uma frequente fonte de discórdia entre os enfermeiros e médicos neste serviço.

Associada à falta de formação, por parte dos médicos em cuidados paliativos, os enfermeiros do estudo, referem a falta de vocação dos mesmos para os cuidados paliativos, como factor de conflitos e de *stress*, salientando o facto de alguns exercerem simultaneamente funções na medicina curativa e de alguns estarem no serviço contra a sua vontade. Realçam, ainda que, pelo contrário, todos os enfermeiros do serviço, estão lá por opção e não por obrigação.

Outra possível fonte de *stress* identificada foi o desgaste físico e emocional da equipa, que muitas vezes motiva a fuga aos problemas em vez da tentativa da sua resolução.

A falta de apoio e compreensão entre os próprios colegas foi outro factor de *stress* percebido por alguns enfermeiros. Salientam a falta de apoio dos colegas e da instituição como sendo mais desgastantes do que o facto de lidarem com doentes terminais.

Em relação aos conflitos organizacionais / institucionais, os enfermeiros do estudo elegeram quatro factores essenciais que são: desvalorização dos profissionais, mobilidade dos profissionais de enfermagem, sobrecarga de trabalho e inexistência de liderança.

A desvalorização do trabalho dos profissionais por parte da instituição é uma fonte de *stress*, sentindo aqueles que dão muito à instituição, em troca de quase nada. Existe um sentimento de abandono por parte dos superiores, que facilmente conduz à desmotivação.

A mobilidade dos profissionais, devido á escassez de pessoal na instituição, também pode ser causa de *stress*, sobretudo quando feita de forma obrigatória e não voluntária, contribuindo, por vezes, para a descaracterização do serviço e sendo causa frequente de desmotivação.

O enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo passa com o doente e família, também é aquele que é mais solicitado dentro da equipa, pelo que também é o mais sobrecarregado. Os participantes do estudo referem a sobrecarga de trabalho, quer física, quer emocional, a que estão sujeitos, salientando o aspecto quantitativo do seu trabalho (número de horas de serviço, número de doentes a cargo e suas famílias e tipo de doentes) e o aspecto qualitativo (contacto frequente com o sofrimento e a morte). Tanto a sobrecarga física como a emocional, contribuem para a exaustão dos profissionais.

Outro factor institucional indutor de *stress* mencionado por um participante foi a falta de liderança na equipa, com consequências no desempenho e bem-estar da equipa. A falta de líder leva que não se satisfaçam as expectativas dos membros da equipa, no que respeita à realização profissional; não se promovam nem programem actividades de lazer em grupo; e que não se tentem resolver as dificuldades sentidas pelos profissionais.

No que diz respeito ao desgaste físico e emocional, os enfermeiros do estudo reconheceram seis factores que podem induzir *stress*: desconhecimento da situação clínica por parte do doente e família; cuidados alargados à família; apoio psicológico à família; agressividade dos familiares; sofrimento e o sentimento de impotência no controlo de sintomas do doente; e envolvimento não assertivo.

O desconhecimento da situação clínica por parte do doente e ás vezes pela família, por vontade do médico, ou por vontade da família, gera uma conspiração do silêncio, que exige do enfermeiro um esforço acrescido, já que não pode falar

abertamente com o doente, o que não acontece quando estes estão a par do seu diagnóstico e prognóstico. O desconhecimento não lhe permite enfrentar a sua situação e pode ter consequências nefastas superiores ao conhecimento da verdade.

Na filosofia de cuidados paliativos, cuidar também implica alargar os cuidados à família do doente. Os enfermeiros do estudo salientam o facto de se tornar mais *stressante*, cuidar da família do que do doente, uma vez que a família é alargada e as relações desta com o doente, são distintas de elemento para elemento. Por vezes a comunicação é difícil.

Na relação com a família do doente é sobretudo a prestação de apoio psicológico e a preparação para a morte do seu ente querido que mais *stress* causa na opinião dos participantes.

A agressividade da família, muitas vezes canalizada na direcção dos profissionais, foi outro factor de *stress* identificado.

Curiosamente, os enfermeiros do estudo salientam que a morte em si não é causadora de *stress*, mas sim o sofrimento, e a impotência de não conseguirem aliviar a dor ao doente.

O estabelecimento de relações não assertivas é gerador de *stress*, devendo o profissional manter uma distância razoável, de modo a que fique perto do sofrimento do outro sem, no entanto, se identificar com ele.

Perante a multiplicidade de factores que os enfermeiros identificam como factores de *stress*, é necessário que desenvolvam estratégias de *coping* de forma a conseguirem lidar com eles.

Genericamente são usadas três estratégias de *coping*: Estratégias focadas na emoção, Estratégias focadas na interacção social e Estratégias focadas no problema.

No primeiro grupo, conseguimos identificar as seguintes estratégias usadas pelos enfermeiros participantes no estudo: distanciamento do pensamento, *hobbies*, neutralização da ameaça, evitamento, reflexão e actuação directa sobre a emoção.

Com o distanciamento de pensamento os enfermeiros do estudo tentam abstrair-se das situações do seu trabalho, quando estão fora do serviço, tentando não levar o trabalho para casa. Um dos enfermeiros pôs em causa se seria humano tomar tal atitude, mas reconhece que o seu bem-estar assim o exige.

No que respeita aos *hobbies*, ou seja, trabalhos de inspiração que se fazem por gosto e não por obrigação, os enfermeiros referiram as mais variadas formas,

nomeadamente: leitura, televisão, cinema, música, praia, jardinagem, agricultura, ginástica, massagens, jantares entre colegas e o convívio com a família e amigos.

O facto dos enfermeiros participantes cuidarem de doentes com uma doença grave e em fase terminal das suas vidas, faz com que dêem mais valor às suas vidas, ao que a vida lhes proporciona e às amizades. Assim, a neutralização das ameaças são uma técnica frequente de *coping*, valorizando sobretudo os amigos e a família.

A fuga ou evitamento, sobretudo perante situações de conflito, e não em relação ao doente, é uma outra técnica de *coping* referida por um enfermeiro, apesar de esta técnica não favorecer o ajustamento e a adaptação ao *stress*.

Actuar directamente sobre a emoção sentida no momento do conflito, nomeadamente a capacidade que uma pessoa tem de se acalmar a si próprio, é a habilidade emocional mais importante na gestão emocional e é uma habilidade fundamental da vida.

A reflexão e análise diária das atitudes e procedimentos do seu cuidar é outra das formas de tentar amenizar o *stress*. Também trabalhar num serviço por opção e não por obrigação ou necessidade, parece contribuir para a redução dos níveis de *stress*.

No que diz respeito às estratégias focadas na interacção social, os enfermeiros do estudo salientaram como sendo mais importantes os seguintes factores: a partilha das vivências com a família e amigos; partilha das vivências com a equipa; e o reconhecimento por parte dos doentes e suas famílias. Desta forma, obtêm apoio emocional suficiente para conseguirem lidar com o *stress*.

Relativamente às estratégias focadas no problema, a confrontação, a formação e o bom desempenho profissional também foram salientadas.

O grupo de enfermeiros estudados identificou várias necessidades relativamente aos factores redutores ou minimizadores de *stress*, que podemos sistematizar em três grupos: necessidades a nível da organização / instituição; do serviço; e da equipa.

No que respeita ao primeiro grupo de factores, os enfermeiros identificaram o apoio do psicólogo (apoio individual ou de grupo); promoção da formação em cuidados paliativos; promoção de estágios em outras instituições e serviços; promoção de actividades lúdicas e convívios; promoção de massagem para os profissionais; e diminuição de carga horária, como as principais medidas a tomar para a redução do *stress*.

Relativamente aos factores relacionados com o serviço, uma distribuição equitativa dos doentes foi salientada com a principal necessidade, além de atentar ao impacto que os doentes têm em determinados elementos da equipa.

No que se refere às necessidades sentidas ao nível da equipa para reduzir os níveis de *stress*, os enfermeiros participantes salientaram a promoção do trabalho em equipa; reuniões multidisciplinares, de preferência semanais; comunicação assertiva; informação médica aos doentes e famílias sobre o diagnóstico e prognóstico do doente de forma a se poder falar com eles abertamente; e promover mecanismos de *coping* dentro da equipa.

No campo da investigação, este trabalho sugere novas interrogações e novas linhas de investigação, nomeadamente a necessidade da observação *in locu* dos profissionais durante a sua prática, e a forma como interagem dentro da equipa, de forma a identificar as situações que mais stress causam e a forma como lidam com elas; e a extensão do estudo aos restantes membros da equipa multidisciplinar, onde se incluem médicos e pessoal auxiliar de forma a definir se estes identificam os mesmos factores de stress e técnicas de *coping* usadas pelos enfermeiros. Outro aspecto relevante a considerar em investigações futuras, seria a comparação dos factores indutores de *stress* e as estratégias de *coping* dos enfermeiros deste serviço, com as de outros enfermeiros de outros serviços da mesma instituição; bem como em relação aos enfermeiros de outras Unidades de Cuidados Paliativos.

No campo do cuidar, pensamos que seria útil que a instituição, para além de proporcionar apoio psicológico e técnicas de relaxamento aos profissionais de saúde, seria benéfico que criasse programas para detecção de *stress* ocupacional e oferecesse aos profissionais a oportunidade de aprenderem a lidar como ele. Neste contexto, a monitorização contínua dos níveis de *stress* dos profissionais seria benéfica.

A nível da equipa seria vantajoso que a equipa assumisse os problemas existentes no seu seio; que cada profissional sentisse receptividade por parte dos outros elementos para partilhar as suas angústias, preocupações, dúvidas, etc., sem que fosse julgado por isso.

Pensamos que também pudesse ser um factor redutor de stress, se quando existe conflito dentro da equipa, esse pudesse ser discutido, analisado e avaliado pelas partes envolvidas, de modo a que estes fossem resolvidos de uma forma saudável.

Também no âmbito do cuidar, pensamos que a qualidade deste pode melhorar se a comunicação franca e aberta dentro da equipa for uma regra, de maneira que todos sigam o mesmo caminho em direcção ao objectivo comum que é o bem-estar do doente.

A resolução dos conflitos entre os vários membros da equipa não se consegue se não houver uma consciencialização, tolerância e capacidade de escutar os outros e sem partir do princípio que a sua ideia é que tem valor.

Finalmente, no campo do ensino os *curricula* deveria incluir formação pré e pós graduada que ajudasse os estudantes de enfermagem e os enfermeiros a reconhecer os factores geradores de *stress* e apresentar-lhes o variado espectro de soluções existentes para poderem lidar com ele, de forma a gerirem melhor os seus sentimentos e emoções que o contacto com o doente, nomeadamente o oncológico em fase terminal de vida, desencadeia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Abiven, M. (2001). Cuidados paliativos. Para quem? Porquê? In: Abiven, M. (Ed.) Para uma morte mais humana – Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos. 2ª Edição, Lusociência, Loures, pp.17-37.

Adler, N., Mathews, K. (1994). Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Rev Psychol*, 45:229-259.

Admi, H. (1997). Nursing student's *stress* during initial clinical experience. *J Nurs Educ*, 36(7):323-327.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Inter J Quality Health*, 14:4.

Alarcón, W.A. (1996). El voluntariado en la enfermedad terminal. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastian.

Allred, K.D., Smith, T.W. (1989). The hardy personality: cognitive and physiological responses to evaluate threat. *J Personality Social Psychol*, 56:257-266.

Altun, L. (2002). Burnout and nurses' personal and professional values. *Nursing Ethics*, 9:269-278.

Amendoeira, J. (2006). Uma biografia partilhada da enfermagem. A segunda metade do século XX – 1950-2003. Um contributo sócio-histórico. Formasau, Coimbra.

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Recomendações para a organização de serviços de cuidados paliativos. Disponível em: www.ancp.pt. Consultado em 2007.

Ashbury, F.D. *et al.* (1998). A Canadian survey of cancer patients experiences: are their needs being met? *J Pain Symptom Mang*, 6(5):298-306.

Astudillo, W. (1996). El voluntariado en la enfermedad terminal. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastian.

- Bakker, A.B., Le Blanc, P.M., Schaufele, W.B. (2005). *Burnout contagion among intensive care nurses*. J Adv Nursing, 51:276-287.
- Barbosa, A. (1997). O doente em estágio terminal – Contributo para o ensino. Disponível em www.fm.ul.pt/estrutura/Geditora/revista/1997/departa.html.
- Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, XXXVIII, pp. 166.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lisboa, pp.32-33.
- Barnes, K. (2001). Staff *stress* in the children's hospice: causes, effects and coping strategies. *Int J Palliat Nurs*, 7(5):248-254.
- Barón, M.G. *et al.* (1996). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo com cancer*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- Barraclough, J. (1994). *Cancer and emotion*. John Wiley & Sons, New York.
- Beck, D.L., Srivastava, R. (1991) Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *J Nurs Educ*, 30(3):127-133.
- Beck-Friis, B., Strang, P., Sjoden, P.O. (1993). Caring for severely ill cancer patients: a comparison of working conditions in hospital-based home care and in hospital. *Supportive Care in Cancer*, 1(3):145-151.
- Benoliel, J.Q., McCorkle, R., Georgiadou, F., Denton, T., Spiter, A. (1990). Measurement of stress in clinical nursing. *Cancer Nursing*, 13:221-228.
- Bernardo, A., Rosado, J., Salazar, H. (2006). Trabalho em equipa. In: Neto, I., Barbosa, A. (Eds.) *Manual de cuidados paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, pp.463-473.
- Blake, H., Lee, S. (2007). Health of community nurses: a case for workplace wellness schemes. *Br J Community Nurs*, 12(6):263-267.
- Blanchet, A. *et al.* (1987). *Les techniques d'enquete en sciences sociales*. Dunod, Paris.

- Booth, K.(1988). O stress e a enfermagem. *Nursing*, 11:7-11.
- Bradberry, T., Greaves, J. (2008). Guia prático de inteligência emocional. Bertrand Editora, Lisboa.
- Brewer, E.W., Shapard, L. (2004). Employee *burnout*: a meta-analysis of the relationship between age and years of experience. *Human Resource Develop Rev*, 3:102-123.
- Brown, G.W.(1993). The role of life events in the aethiology of depressive and anxiety disorders. In: *Stress – From synapse to syndrome*. Stanford, S.C., Salmon, P. (Eds.), Hartcourt Brace & Company, Publishers – Academic Press, pp.23-50.
- Brown, H., Edelman, R. (2000) Project 2000: a study of expected and experienced *stressors* and support reported by students and qualified nurses. *J Adv Nursing*, 31:857-864.
- Bruneau, B.M., Ellison, G.T. (2004). Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a *stress*-reduction programme. *Int J Palliat Nurs*, 10(6):296-304.
- Buckley, J. (2002). Massage and aromatherapy massage: nursing art and science. *Int J Palliat Nurs*, 8(6):276-280.
- Bujdoso, Y.L.V., Cohn, A. (2008). University as coping for dealing with care work of nursing Master's students. *Rev Saúde Pública*, 42(2):1-5.
- Burger, A. (1997). Les enjeux du burnout. *Eur J Palliat Care*, 2(1).
- Burisch, M. (1993). In search of Theory: Some ruminations on the nature and etiology of *burnout*. Professional burnout. Recent developments in Theory and Research. Taylor & Francis, Washington, D.C.
- Cady, S.H., Jones, G.E. (1997). Massage therapy as a workplace intervention for reduction of *stress*. *Perceptual Motor Skills*, 84(1):157-158.
- Caton, A.P., Klemm, P. Introduction of novice oncology nurses to end-of-life care. *Clin J Oncol Nurs* 2006;10(5):604-608.

- Carvalho, R. (1995). *Stress profissional*. Revista de Segurança, 120:31-34.
- Carvalho, R.(1988). O médico do trabalho e o stress ocupacional. *Psiquiatria Clínica*, 9(4):293-300.
- Carvalho, V. (2006). A equipe de saúde e suas vicissitudes emocionais. In: Pimenta, C.A.M., Mota, D.D., Cruz, D.A. (Eds). *Dor e cuidados paliativos- Enfermagem, Medicina e Psicologia*. Manole, São Paulo, pp. 103-123..
- Cassel, E.J. (1991). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford University Press, New york.
- Catalan, J. Burgess, A., Pergami, A. (1996). The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. *J Psychosomatic Res*, 40(4):425-435.
- Cerqueira, C. (1999). Uma perspectiva filosófica do cuidar. *Enfermagem Oncológica*, 9:41-45.
- Cerqueira, M.M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Formasau, Coimbra.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Volume 1, Lusodidacta, Loures.
- Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in human service organizations*. Praeger, New York.
- Chinery, W. Alleviating stress with humour: a literature review. *J Perioper Pract* 2007;17(4):176-179.
- Chochinov, H.M. (2002). Dignity – Conserving care – A new model for palliative care. *JAMA*, 287(17):2253-2260.
- Clark, D. (2002). Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *BMJ* 324:905-907.

Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: a review of the literature. *J Nurs Manag*, 9(2):101-106.

Collete, A. (1979). Introduction à la psychologie dynamique. 7^e Ed. Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles.

Collière, F. (1999). Promover a vida. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2^a Tiragem, Lisboa.

Communication in nursing video series (1995). Communicating with clients and colleagues. Mosby, St. Louis.

Cooke, M., Holzhauser, K., Jones, M., Davis, C., Finucane, J. (2007). The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses: comparasion between summer and winter. *J Clin Nurs*, 16(9):1695-1703.

Corner, J. (2002). Nurse's experience of cancer. *Eur Cancer Care*, 11:193-199.

Cotton, D.H.G. (1990). Stress management: an integrated approach to therapy. Brunner & Mazel Publishers, New York.

Coulon, A. (1995). Etnometodologia. Vozes Editora, Petrópolis.

Coyne, J.C., Lazarus, R.S. (1980). Cognitive style, stress perception and coping. In Kutash, I.L., Schlesinger, L.B., *et al.* (Eds.) - Handbook on *stress* and anxiety. Jossey-Bass Publishers, pp.144-158.

Cronin-Stubbs, D., Brophy, E.B. (1985). Burnout: can social support save psychiatric nurse? *J Psychosocial Nursing Mental Health*, 23:8-13.

Cunha, M. (2000). As emoções no contexto da vida de relação. *Sinais Vitais*, 31:10-14.

Curry, S. (1995). Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente na UCI. *Nursing*, Novembro, 26-30.

D'Hainaut, L. (1979). Les besoins en éducation. In: D'Hainaut, L. Programme d'études et éducation permanente. UNESCO, Paris, pp.62-80.

Damásio, A. (2003). Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a Neurologia do sentir. Publicações Europa-América, Mem Martins.

Damásio, A. (2004). O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurologia da consciência. 15ª Edição, Publicações Europa-América, Mem Martins.

Dean, R.A., Gregory, D.M. (2005). More than trivial: strategies for using humor in palliative care. *Cancer Nurs*, 28(4):292-300.

Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril.

Decreto-Lei 161/96 de 4 de Setembro

Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro

Decreto-lei 441/91

Delboni, T.H. (2008): Dê a volta ao *stress* – Como recuperar a sua qualidade de vida e sentir-se melhor. 1ª Edição, Ariana Editora, Quinta do Conde.

Delbrouck, M. (2006). Síndrome de exaustão (burnout). Climepsi editores, Lisboa.

DeLongis, A., Newth, S. (1998). Coping with stress. In: Friedman, H.S. (Ed). *Encyclopedia of mental health* (Vol. 1). Academic Press, pp.583-593.

Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nursing*, 32:8-13.

Dias, A.D. (1995). Saber escutar. *Servir*, 43(2):89-95.

Dickinson, T., Wright, K.M. (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. *Br J Nurs*, 17(2):82-87.

Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro. Formasau, Coimbra.

Dortu, J.C. (1991): Combater o *stress* do estudante. Porto Editora, Porto.

Dorz, S., Novara, C., Sica, C., Sanavio, E. (2003). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychol Health*, 18(5):677-84.

Doyle, D., Hanks, G.W:C., Cherney, N., Calman, K (Eds.).(2004). Oxford textbook of palliative medicine. 3th ed., Osford University Press, London.

Dubrecq, J.L. (1990). O desgaste dos enfermeiros. *Servir*, 38(2):90-92.

Ekedahl, M., Wengstrom, Y. (2006). Nurses in cancer care – Coping strategies when encountering existential issues. *Eur J Oncol Nursing*, 10(2):128-139.

Ekedahl, M., Wengstrom, Y. (2007). Nurses in cancer care – Stress when encountering existential issues. *Eur J Oncol Nursing*, 11:228-237.

Ekedahl, M., Wengstrom, Y. (2008). Coping processes in a multidisciplinary healthcare team – a comparasion of nurses in cancer care and hospital chaplains. *Eur J Cancer Care*, 17:42-48.

Elias, M.A., Navarro, V.L. (2006). A relação entre trabalho, saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(4):517-525.

Enelow, A.J. *et al.* (1999). Entrevista clínica e cuidados ao paciente. Climepsi Editores, Lisboa.

Esteves, M.R. (1990). A especificidade dos cuidados em enfermagem oncológica. *Divulgação*, 14:2-7.

Estrela, A. (1986). Teoria e prática de observação de classes: Uma estratégia de formação de Professores. 3^a Edição, Estampa, Lisboa.

Estryn-Behar, M. (1991). Guide des risques professionnels du personnel des services de soins. Lamarre, Paris.

EURAG (2004). Making palliative care a priority topic on the European health agenda. Graz, January.

Evans, W., Kelly, B. (2004). Pre-registration diploma student nurse stress and coping measures. *Nurs Educ Today*, 24:219-228.

Everly, G.S. (1989). A clinical guide to the treatment of the human stress response. Plenum Press, New York.

Faria, D.A.P., Maia, E.M.C. (2007). Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(6):1131-1137.

Fawzy *et al.* (1991). Burnout in health professions. In Judd, Burrows e Lipsitt (Eds): *Handbook of studies on general hospital psychiatry*. Elsevier Publishers, Amesterdam.

Fenga, C., Faranda, M., Aragona, M. Micali, E., Di Nola, C., Trimarchi, G., Crimi, B., Cacciola, A. (2007). Burnout and ocupational stress in nurses. *Med Lav*, 98:(1)55-63.

Fernandes, I.M.R. (2007). Factores influenciadores da percepção dos comportamentos do cuidar dos enfermeiros. Fornasau, Coimbra.

Ferrell, B.R. (2006) Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. *Oncol Nurs Forum*, 33(5):922-930.

Festinger, L., Katz, D.(1974). *Les méthodes de recherche dans les sciences sociales*. 2^{eme} tomos, P.U.F., Paris.

Field, T., Quintino, O., Wells-Keife, L.H., Delvecchio-Feinberg, G. (1997). Job stress reduction therapies. *Alternative Therapies*, 3:54-56.

Figueiredo, D. (2007): *Cuidados familiares ao idoso dependente*. 1^a Edição, Climepsi Editores, Lisboa.

Fillion, L., Fortier, M., Goupil, R.L. (2005). Educational needs of palliative care nurses in Quebec. *J Palliat Care*, 1(1):12-18.

FIM. (1997) *Integrated healthcare: a way forward for the next five years?* Foundation for integrated health. London.

Fisher, M.(1989). A enfermagem em instituições para doentes terminais. *Nursing*, 18:6-12.

Fisher, M.(1989). A enfermagem em instituições para doentes terminais. *Nursing*, 18:6-12.

Fisher, P., Ward, A. (1994). Complementary medicine in Europe. *British Med J*, 309:1070-1071.

Fitch MI, Matyas Y, Robinette M. (2006). Caring for the caregivers: Innovative program for oncology nurses. *Can Oncol Nurs J*, 16(2):110-22.

Fitch, M.I. (2006). Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. In: Pimenta, C.A.M., Mota, D.D., Cruz, D.A. (Eds). *Dor e cuidados paliativos - Enfermagem, Medicina e Psicologia*. Manole, São Paulo, pp. 67-85.

Fitch, M.I., Steele, R. (2003). Supportive care needs of cancer patients: looking beyond the obvious. *Support Care Cancer*, 11(6):423.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Personality Social Psychol*, 46(4):839-852.

Folkman, S., Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotions and coping during three stages of a college examination. *J of Personality and Social Psychology*, 48(1):150-170.

Folkman, S., Lazarus, R. (1991). Coping and emotions In: Monat, A., Lazarus, R.. (Eds): *Stress and coping: an anthology*, third ed., Columbia University Press, New York, p.183-227.

Ford, S., Fallowfield, L.J., Lewis, S. (1994). Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer*, 70:767-770.

Fortin, M.F. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª Edição, Lusociência, Loures.

Frederico, M. (2006). *Organizações, trabalho e carreira*. Lusociência, Loures.

Frias, C.F.C. (2003). *Aprendizagem do cuidar e a morte*. Lusociência, Loures.

Gameiro, M.H. (2003). *O sofrimento na doença*. Quarteto Editora, Coimbra.

Garfinkel, H. (1992). *Studies in Ethnometodology*. Blackwell pub., New York.

Garret, A., Manuel, D., Vicent, C. (1976). *Stressful experiences identified by student nurses*. J Nurs Educ, 15:9-21.

Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Liang Y, González JL. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job *stressors*, *burnout*, and hardly personality in nurses: an exploratory study. Int J Nurs Stud, 45(3):418-427.

Ghiglione, R., Matalon, B. (2001). O inquérito: teoria e prática. 4ª Edição, Celta Editora, Oeiras.

Gibbon, B.(1988). O stress nos familiares dos doentes. Nursing, 11:46-48.

Goleman, D. (2002). Inteligência emocional. 11ª Edição, Temas e Debates, Lisboa.

Gómez, S.M., Ojeda, M.M. (Eds) (1999). La família y el paciente em cuidados paliativos: Control de sintomas. Asta Médica, Madrid, pp. 143-147.

Gonzalez et al. (1997): Dicionário de ciências da saúde. McGraw-Hill, São Paulo.

Gouveia, O.M. (1997). Percepção dos utentes face ao acolhimento feito pelos enfermeiros em dois hospitais do barlavento algarvio. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas no âmbito da conclusão do Curso de Mestrado. Lisboa, S. Edição, p.202.

Grant, A. (2000). Why clinical supervision is not so super in reality. Nursing Times, 96:42.

Graves, S., Aranda, S. (2005). When a child cannot be cured: reflections of health professionals. Eur Cancer Care, 14(2):132-140.

Grawitz, M. (1990). Méthodes des sciences sociales, 8^{ème} éd., Cerf, Paris.

Gray-Toft, P., Anderson, J.G. (1981). The nursing stress Scale: development of an instrument. J Behav Asses, 3(1):11-23.

Guarda, H., Galvão, C., Gonçalves, M.J. (2006). Apoio à família. In: Barbosa, A., Neto, I. (Eds.) Manual de cuidados paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, pp.453-461.

Guerreiro, A.C.M. (1990). *Stress ocupacional*. *Psiquiatria na Prática Médica* 3(3):114-115.

Guerreiro, J.F.T. (1998): A família com idosos dependentes: Que vivência? – Trabalho final da unidade curricular de investigação do II CESE em enfermagem na comunidade em Geriatria e Gerontologia. Beja.

Hall, D. (2004) Work-related stress of registered nurses in a hospital setting. *J Nurs Staff Development*, 20(1):6-14.

Happell, B., Martin, T., Pinikahana, J. (2003). Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and mainstream mental health service. *Int J Mental Health Nursing*, 12:39-47.

Hare, J., Pratt, C.C. Andrews, D. (1988) Predictors of burnout in professional and para professional nurses working in hospitals and nursing homes. *Int J Nursing Stud*, 25:105-115.

Harris, R.B. (1989) Reviewing nursing stress according to a proposed coping adaptation framework. *Science*, 11(12):12-28.

Harrison, M., Loiselle, C.G., Duquette, A., Semenic, S.E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *J Adv Nursing*, 38:584-591.

Healy, C.M., McKay, M.F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian. *J Adv Nursing*, 31:681-688.

Hennezel, M. (2001). O papel do psicólogo. In: Abiven, M. (Ed.) *Para uma morte mais humana – Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. 2ª Edição, Lusociência, Loures.

Hennezel, M., Leloup, J-Y. (2001). *A arte de morrer*. 2ª Edição, Editorial Notícias, Lisboa.

Hertting, A., Nilsson, K., Theorell, T., Satterlund, U.(2004). Downsizing and reorganization, demands, challenges and ambiguity for registered nurses. *J Adv Nursing*, 45:145-154.

Hesbeen, W. (2000): Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lusociência, Loures.

Hesbeen, W. (2004). Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador. Lusociência, Loures.

Heyns, P., Venter, J.H, Esterhuyse, K.G., Bam, R.H., Odendaal, D.C. (2003). Nurses caring for patients with Alzheimer's disease: their strengths and risk of burnout. *South African J Psychol*, 33:80-85.

Hicks, C.M. (2006). Métodos de investigação para terapeutas clínicos, concepção de projectos de aplicação e análise. 3ª Edição, Lusociência, Loures.

Hinds, P.S., Quargnenti, A.G., Hickey, S.S., Magnum, G.H. (1994). A comparison of the stress-response sequence in new and experienced pediatric oncology nurses. *Cancer Nurs*, 17(1):61-71.

Hinds, P.S., Srivastava, D.K., Randall, E.A., Green, A., Stanford, D., Pinlac, R., Tong, X., Tyc, V., Davis, J., Taylor, K. (2003). Testing the revised stress-response sequence model in pediatric oncology nurses. *J Pediatr Oncol Nurs*, 20(5):213-232.

Holland, J.M., Neimeyer, R.A. (2005). Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: the role of daily spiritual experiences and training. *Palliat Support Care*, 3(3):173-181.

Holmes, T.H., Rhae, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *J Psychosomatic Res*, 11:213-218.

Honoré, B. (2004). Cuidar: persistir em conjunto na existência. Lusociência, Loures.

Houkes, L., Janssen, P.P., de Longe, J., Bakker, A.B. (2003). Personality, work characteristics and employee well-being: a longitudinal analysis of additive and moderating effects. *J Occupat Health Psychol*, 8:20-38.

Hughes, J.C., Robinson, L., Volicer, L. (2005). Specialist palliative care in dementia. *BMJ* 330:57-58.

Hulbert, N.J., Morrisson, V.L. (2006). A preliminary study into *stress* in palliative care: optimism, self-efficacy and social support. *Psychol Health Med*, 11(2):246-254.

Isikhan, V., Gomez, T., Danis, Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *Eur J Oncol Nursing*, 8:234-244.

Izard, C.E., Schultz, D., Levinson, R.L. (1998). Emotions and mental health. In: Friedman, H.S. (Ed.), *Encyclopedia of mental health*, Vol. 2, Academic Press, pp.113-125.

Jamal, M., Baba, W. (2000). Job stress and burnout among Canadian managers and nurses. *Canadian J Public Health*, 91:454-458.

Johnson, M.N. (1979). Anxiety / stress and effects on disclosure between nurses and patients. *Adv Nurs Sci*, 1:1-20.

Johnston, C.L. (1997) Changing care patterns and registered nurse job satisfaction. *Holistic Nurs Practice*, 11:69-77.

Jones, M.C., Johnston, D.W. (2000). Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *J Adv Nurs*, 32(1):66-74.

José, H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem*. Lusociência, Loures.

Kalvemark, S., Hoglund, A., Hansson, M., Westerholm, P., Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science Medicine*, 58(6):1075-1084.

Kash. K.M., Holland, J.C., Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J., Oullette-Kobasa, S., Lesko, L. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology*, 14(11):1621-1633.

Kendrick, P. (2000). Comparing the effects of stress and relationship style on student and practicing nurse anesthetists. *AANA Journal*, 68:15-22.

Kipping, C.J. (2000). Stress in mental health nursing. *Int J Nurs Studies*, 37:207-218.

Kissane, D.W. (2000). Psychospiritual and existential distress: the challenge for palliative care. *Austral Fam Physician*, 29(11):1022-1025.

Kivisto, J. Couture, R.T. (1997). Stress management for nurses: controlling the whirlwind. *Nursing Forum*, 32(1):25-33.

Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and social health: an inquiry into hardiness. *J Personality Social Psychol*, 37:1-11.

Kohn, M. (1999). Complementary Therapies. In *Cancer Care*. McMillan Cancer Relief, London.

Kubler-Ross, E. (1969): *On death and dying*. Collier Books, New York.

Lakatos, E.M., Marconi, M.A. (2001). *Fundamentos da metodologia científica*. 4ª Edição, Atlas, São Paulo.

Lamau, M.L. (1995). *Manuel de soins palliatifs*. Privat, Paris.

Lambert, V.A., Lambert, C.E., Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *Int J Nurs Stud*, 41:85-97

Lambert, V.A., Lambert, C.E., Petrini, M., Li X.M., Zhang, Y.J. (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nurs Health Sci*, 9(2):120-126.

Lapane, K.L., Hughes, C.M. (2007). Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*, 8(1):8-13.

Latack, J.C. (1986). Coping with job stress: measures and future directions for scale development. *J Applied Psychology*, 71(3):377-385.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.

Lazarus, R.S. (1991). *Stress and emotion: a new synthesis*. Springer Publishing Company, New York.

Lazarus, R.S. (1993). Why we should think of stress as a subset of emotion. In: Glodberger, L., Breznitz, S. (Eds.) - Handbook of stress – Theoretical and clinical aspects. 2nd Ed. Free Press, New York, pp.21-39.

Lazarus, R.S. (1999). Stress and emotion: a new synthesis. Springer, New york.

Lazarus, R.S., DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. Am Psychologist, 38:245-254.

Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lusodidacta, Loures.

Lederberg, M.S. (1988). Oncology staff stress and related interventions. In: Holland, J.C. (Ed.), Psycho-Oncology Oxford University Press, New York, pp.1035-1048.

Lee, V., Henderson, M.C. (1996). Occupational stress and organizational commitment in nurse administration. J Nurs Administration, 26:21-28.

Lemaire, G. (2006). Exaustão dos enfermeiros ao domicilio assalariados. In: Delbrouek, M. (Ed.) Síndrome de Exaustão (*Burnout*). Climepsi, Lisboa, pp.177-183.

Levenson, R.W. (1994). Human emotion: a functional view. In: Erman, P., Davidson, R.J. (Eds.) The nature of emotion: fundamental questions. Oxford University Press, New York, pp.123-126.

Levy, L. (1981). Society, stress and disease. Working Life. Oxford University Press, New York.

Lewin, K. (1935). A dynamic theory of personality. McGraw-Hill, New York, pp.89-94.

Lewinson, N.J., Conley, J., Blessing-Moore, J. (1981). Measurement of hypothetical burnout in cystic fibrosis caregivers. Acta Pediatr Scand, 70:935-939.

Logeais, P., Gabois, C. (1985). L'agression psychique de la mort dans le travail infirmier. In Psychopathologie du travail. Entreprise Moderne d' Editions, Paris.

Lopes, M.J. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Formasau, Coimbra.

- Lou, J.H. (1997). The process of work stress: A dialogue between theory and research. *Chinese J Mental Health*, 10:19-25.
- Lou, J.H., Yu, H.Y., Dai, H.D. (2007). A study of role stress, organizational commitment and intention to quit among male nurses in southern Taiwan. *J Nurs Res*, 15(1):43-53.
- Lovullo, W.R. (1997). *Stress and health – Biological and psychological interactions*. Thousand Oaks, London.
- Lu, H., While A.E., Barriball, K.L. (2007a). A model of Job satisfaction of nurses: a reflection of nurses' working lives in Mainland China. *J Adv Nurs*, 58(5):468-479.
- Lu, K.Y., Chang, L.C., Wu, H.L. (2007). Relationships between professional commitment, job satisfaction and work stress in public health nurses in Taiwan. *J Professional Nurs*, 2:110-116.
- Lu, K.Y., Lin, P.L., Wu, C.M., Hsieh, Y.L., Chang, Y.Y. (2002). The relationships among turnover intentions, professional commitment and job satisfaction of hospital nurses. *J Prof Nurs*, 18:214-219.
- MacIntosh, J. (2003). Reworking professional nursing identity. *Western J Nurs Res*, 25(6):725-741.
- MacKereth, P.A., White, K., Cawthorn, A. Lynch, B. (2005). Improving stressful working lives: complementary therapies, counselling and clinical supervision for staff. *Eur J Oncol Nurs*, 9:147-154.
- Maddi, S.R. (2000). The story of hardiness: twenty years of theorizing, research and practice. *Consulting Psychological Journal*, 54:173-185.
- Magnusson, D. (1982). Situational determinants of stress: an perspective. In: Goldenberg, L., Breznitz, S. (Eds): *Handbook of the stress: theoretical and clinical aspects*. Free Press, New York, p.231-249.
- Martins, M.L. (1996). A comunicação interdisciplinar. *Servir*, 40(2):64-65.

- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, NJ.
- Maslach, C., Jackson, S. (1981) The measurement of experienced Burnout. *J Occup Behavior*, 2:99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *J Occup Behavior*, 2:99-113.
- Maslach, C., Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout*. Josey Bass Publishers, San Francisco.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In Schaufeli, W.B., Maslach, C. e Marek, T. (Eds): *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis, London. pp.199-215.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Rev Psychol*, 52:397-422.
- Mason, J.W., Maher, J.T., Hartley, L.H., Mougey, E., Perlow, M.J., Jones, L.G. (1976). Selectivity of corticosteroid and catecholamine response to various natural stimulus. In: Serban, G. (Ed.), *Psychopathology of human adaptation*. Plenum, New York.
- McEwen, B.S. (1998). Stress, adaptation and disease – Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci*, 840:33-41.
- McGilton, K.S., McGills Hall, L., Boscart, V. (2007). Brown, M. Effects of director of care support on job stress and job satisfaction among long-term care nurse supervisors. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 20(3):52-66.
- McGowan, B. (2001). Self-reported stress and its effects on nurses. *Nursing Standard*, 15:33-38.
- McGrath, A., Reid, N., Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *J Nurs Stud*, 44(6):555-565
- McKereth, P.A., Campbell, G. (2002). Chair massage: attention and touch in 15 minutes. *Palliative and Cancer Matters*, 25:2-6.

- McNeese-Smith, D.K., Crook, M. (2003). Nursing values and a changing nurse workforce: values, age and job stages. *J Nurs Administration*, 33:260-270.
- McVicar, A. (2003) Workplace *stress* in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*, 44(6)633-642.
- Medland, J., Howard-Ruben, J., Whitaker, E. (2004). Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the work place. *Oncol Nurs Forum*, 31(1):47-54.
- Melchior, M.E., Bours, G.J., Scmitz, P., Wittich, Y. (1997). Burnout in psychiatric nursing: a meta-analysis of related variables. *J Psych Mental Health Nursing*, 4:193-201.
- Meleis, A.L. (1991). *Theoretical Nursing: development and progress*. 2nd, J.B. Lippincott Company, New York.
- Mennley, K. (1989). As carências e o apoio dos familiares. *Nursing (Lisboa)*, 18:13-17.
- Mercadier, C. (2004). O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar – o corpo, amãgo da interacção prestador de cuidados – o doente. Lusociência, Loures.
- Mimura, C., Griffiths, P. (2003). The effectiveness of current approaches to workplace *stress* mamagement in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occup Environ Med*, 60:10-15.
- Mitchell, R.E., Cronkite, R.C., Moos, R.H. (1983). Stress, coping and depression among married couples. *J Abnormal Psychol*, 92:433-448.
- Mobily, P.R., Maas, M.L., Buckwalter, K.C., Kelley, L.S. (1992). Staff stress on an Alzheimer's unit. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 30(9):25-31.
- Monat, A., Lazarus, S.R. (1991). *Stress and coping: an anthology*. Columbia University Press, New York.

- Monceau, M. (1999). Faut-il s'accommoder des violences à l'hôpital? *Santé Mental*, 42:16-20.
- Moreira, I.M.P.B. (2001). O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Formasau, Coimbra.
- Morse, J.M. (2007). Aspectos essenciais da metodologia da investigação qualitativa. Formasau, Coimbra, pp.299.
- Morse, J.M.(1991). Strategies for sampling. In MORSE, J.M. (Ed): *Qualitative nursing research, A contemporary dialogue*. Newbury Park, CA, Sage.
- Motoko, H.H., Michiko, H. (2001). Job satisfaction of Japanese career women and its influence on turnover intention. *Asian J Social Psychol*, 4:23-38.
- Mpinga EK, Chastonay P, Rapin CH. (2006) End of life conflicts in palliative care: a systematic review of the literature. *Rech Soins Infirm*, 86:68-95
- Murphy, R. (1994). Work redesign: a return to the basics. *Nursing Management*, 25:37-39.
- Neil, R.M. (2002). Filosofia e ciência do cuidar. In: Tomey, A.M., Alligood, M.R. *Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição, Lusociência, Loures.
- Neto, I.G. (2004). Para além dos sintomas: a dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. In: Neto, I.G., Aitken, H-H., Paldron, T-A. *A dignidade e o sentido da vida – uma reflexão sobre a nossa existência*. Pergaminho, Cascais, pp.13-40.
- Neto, I.G. (2006). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In: Barbosa, A., Neto, I. (Eds.) *Manual de cuidados paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, pp.17-52.
- Newbury-Birch, D., Kamali, F. (2001). Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction and personality characteristics in pre-registration house officers. *Postgraduate Medical J*, 77:109-111.

Newton, J., Waters, V. (2001). Community palliative care clinical nurse specialists' descriptions of stress in their work. *Int J Palliat Nurs*, 7(11):531-540.

Nicole, R., Francine, S.(2000): Abordagens da investigação qualitativa. In M.F. Fortin, M.F: O processo de investigação: da concepção à realização. 2ª Edição, Lusociência, Loures, p.147-159

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (Coord.) (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Oathey, K., Jenkins, J. (2002) : Compreender as emoções. Instituto Piaget, Lisboa.

Pacheco, S. (2001). Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética. Lusociência. Loures.

Pagana, K.D. (1988). Stresses and threats reported by baccalaureate students in relation to an initial clinical experience. *J Nurs Educ*, 27(9):418-424.

Pagana, K.D. (1989). Psychometric evaluation of the Clinical Stress Questionnaire (CSQ). *J Nurs Educ*, 28(4):169-174.

Pagana, K.D. (1990). The relationship of hardiness and social support to student appraisal in an initial clinical nursing situation. *J Nurs Edu*, 29:255-261.

Pais, F. (2004). O impacto da doença oncológica no doente e família. In: Bilro, M.E.S., Cruz, A.G. (Coord.). *Enfermagem oncológica*. Formasau, Coimbra.

Pearlin, L.I., Schooler, C. (1978). The strutures of coping. *J Health Social Behavior*, 19:2-21

Pearlman, L.A., Saakvitne, K.W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic *stress* disorders. In: Fingley, C.R. (Ed.), *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner & Mazel, New York, pp. 150-177.

Pereira, M.G., Lopes, C. (2005). O doente oncológico e a sua família. 2ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa

Perez, M.C.G., Reyes, C.R. (2000). La enfermeria em cuidados paliativos. In: Gomez, M.S. *et al.* (Orgs.). Medicina paliativa en la cultura latina, ARAN, Madrid, pp. 973-978.

Petereson, L., Arnetz, B.B., Arnetz, J.E., Horte, L.G. (1995). Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses: results from a national questionnaire study. *Psychotherapy and Psychosomatization*, 64:20-31.

Pierce, B., Dougherty, E., Panzarella, T., Le, L.W., Rodin, G., Zimmermann, C. (2007). Staff stress, work satisfaction, and death attitudes on an oncology palliative care unit, and on a medical and radiation oncology inpatient unit. *J Palliat Care*, 23(1):32-39.

Pierre, C. (2000). Assistência aos familiares e doentes terminais. Disponível em: www.clariecepierre.psc.br/artigos/n2/html.

Pimentel, J.C. (1993). Que formação para as pessoas que lidam com doentes terminais? *Divulgação*, Porto, 7:25, Janeiro.

Pines, A., Maslach, C. (1978). Characteristics of Staff burnout in Mental Health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, April:233-237.

Pires, A.P.M. (2006). O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem. *Lusociência*, Loures, pp.11.

Plowright, C.I. (1996). Necessidades das visitas na Unidade de Cuidados Intensivos. *Nursing*, 102:30-32.

Polit, F.D; Hungler, B.(1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª Edição, Artes Médicas, Portalegre, p.319.

Pope, C., Mays, N. (2005). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2ª Edição, Artemed Editora, Porto Alegre, pp.11-26.

Porto, A. (1988): Stress e afecções médicas – Stress e tubo digestivo. *Psiquiatria Clínica*, 10:205-208.

Powell, T.J., Enright, S.J. (1990). Anxiety and stress management. Routledge, London & New York.

Powis, J., Etehels, E., Martin, D.K. (2004). Can a good death be made better? A preliminary evaluation of a patient-centred quality improvement strategy for severely ill in-patients. BMC Palliative Care

Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004). Circular Normativa, Direcção Geral da Saúde, Lisboa, 13 de Julho

Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P., Thornicroft, G. (1997). Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff and their relation to mental health burnout and job satisfaction. J Psychosomatic Res, 43:51-59.

Purce-Joxe, C. (1989). Acompanhar les familles. Revue de l'Infirmière, 10 :32-34.

Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M., Calligaris, L., Brusaferrro, S. (2006). Level of burnout among nurses working in oncology in na Italian region. Oncol Nurs Forum, 33(4):815-820.

Queirós, A.A. (1999). Empatia e respeito. Quarteto editora, Lisboa, pp.30-31.

Queiroz, A. (2007). Fenomenologia da perícia em Enfermagem pediátrica. In: Queiroz, A., Meireles, M.A., Cunha, S. (2007). Investigar para compreender: Comparação entre metodologias qualitativas e quantitativas. Lusociências, Loures, pp.41-114..

Quick, J.C., Quick, J.D., Nelson, D.L., Hunnel, J.R. (1997). Preventive stress management in organizations. American Psychological Association, Washington, D.C..

Quivy, R., Canpenhoudt, L.V. (1988). Manuel de recherche en sciences sociales. Dunod, Paris.

Rabin, B.S. (1999). *Stress, immune function and health: the connection*. Wiley-Liss Inc., New York.

Raines, M.L. (2000). Ethical decision making in nurses. Relationships among moral reasoning, *coping* styles and ethics stress. JONAS Healthc Laws Regul, 2(1):29-41.

Ramirez, A., Addington-Hall, J., Richards, M. (1998). ABC of palliative care. The carers. Br Med J, 316:208-211.

Ramos, M. (2001). Desafiar o desafio – Prevenção do *stress* no trabalho. RH Editora, Lisboa.

Ramos, M. (2005). Crescer em *stresse*: Usar o *stresse* para envelhecer com sucesso. Âmbar, Porto.

Reis, F.F., Rodrigues, V.M. (2002). A axiologia de valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem. 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa.

Ribeiro, L.F. (1995). Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Co-edição Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Riley, J.B. (2004). Gerir com assertividade e responsabilidade os conflitos da equipa. In: Riley, J.B. (Ed.) Comunicação em enfermagem. Lusociência, Loures, pp.320-341.

Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognition appraisal and coping. J Adv Nurs, 31:172-180.

Rodrigues I.G., Zago, M. (2006). O papel do enfermeiro nos cuidados paliativos. In: Pimenta, C.A.M., Mota, D.D., Cruz, D.A. (Eds). Dor e cuidados paliativos - Enfermagem, Medicina e Psicologia. Manole, São Paulo, pp. 434-449.

Rodrigues, A.B., Chaves, E.C. (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. Rev Latino-am Enfermagem, 16(1):24-28.

Rodrigues, O.A. (1984). A humanização e os cuidados de enfermagem nos hospitais. Servir, 32(4):208-213.

Rogers, C.R. (1983). Tornar-se pessoa. 6ª edição, Moraes editores, Lisboa.

Roper, N., Logan, W.W., Tierney, A.J. (1988). Modelo de Enfermagem. 3ª edição, Guanabara – Koogan, Rio de Janeiro, p.3-46.

Rosas, M.(1992). Comunicação em Enfermagem. Nursing, Março:27-30.

- Sarafino, E.P. (2002). Health psychology: biopsychosocial interactions. 4th Ed, John Wiley & Sons, New York.
- Saunders, C. (1999). Prefácio do livro Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos, SFAP. Lusociência, Loures.
- Schmitz, N., Neuman, R., Opperman, R. (2000). Stress, burnout and loss of control in German nurses. *Int J Nursing Stud*, 37:95-99.
- Schultz, A. (1987). *Le chercheur et le quotidien*. Méridiens-Klincksieck, Paris.
- Sebag-Lanoë (1986). *Mourir accompagné*. Desclée de Brouwer, Paris.
- Seligman, L. (1996). Promoting a fighting spirit – Psychotherapy for cancer patients, survivors and their families. Jossey-Bass Inc, San Francisco.
- Selye, H. (1959). *Stress: a tensão da vida*. Ibrasa, São Paulo, Brasil.
- Selye, H. (1980). The stress concept today. In Kutash, I.L., Schlesinger, L.B., et al. (Eds.) - *Handbook on stress and anxiety*. Jossey-Bass Publishers, pp.127-143.
- Shader, K., Broome, M.E., Broome, C.D., West, M.E., Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31:210-216.
- Shaha, M., Rabensclag, F. (2007). Burdensome situations in everyday nursing: an explorative qualitative action research on a medical ward. *Nurs Adm Q*, 31(2):134-145.
- Sherman, A.C., Edwards, D., Simonton, S., Metha, P. (2006). Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*, 4(1):65-80.
- Sheu, S., Lin, H.S. Hwang, S.L. (2002). Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: the effect of coping behaviours. *Int J Nurs Stud*, 39:165-175.
- Silva, C.A.F. (1998). As regras do jogo e o jogo das regras. In: Votre, S.J. (Org). *Representação social do esporte e da actividade física: Ensaio introdutório*. Ministério da Educação e do Desporto / INDESP, Brasília, pp.29-51.

Sinclair, H., Hamill, C. (2007). Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A Literature review. *Eur J Oncol Nurs*, 11:348-356.

Singer, P.A., Martin, D.K., Kelner, M. (1999). Quality end of life care: patients' perspectives. *JAMA*, 281:163-168.

Skinner, V., Agho, K., Lee-White, T., Harris, J. (2007). The development of a tool to assess levels of stress and burnout. *Aust J Adv Nurs*, 24(4):8-13.

Sobreques, J., Cebria, J., Segura, J., Rodriguez, C., Garcia, M., Juncosa, S. (2003). Job satisfaction and *burnout* in general practitioners. *Atención Primaria*, 31(4):227-233.

Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (1999). *Desafios de enfermagem em cuidados paliativos*. Lusociência, Loures.

Sogaard, K.W., Ryan, P., Hill, R., Dawson, I., OSCAR Group (2007). Sources of stress and burnout in acute psychiatric care: inpatient vs community staff. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 42(10):794-802.

Sorensen e Luckman (1996). *Enfermagem fundamental – Abordagem psico-fisiológica*. Lusodidacta, Lisboa, p.397-471.

Stacciarini, J.M.R., Troccoli, B. (2001). O estresse na atividade ocupacional do Enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem*, 9(2):17-25

Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C. (2000). Factors considered important at the end of life by patients family physicians and other care providers. *JAMA*, 284:2476-2482.

Stewart, M.J., Arklie, M. (1994). Work satisfaction stress and support experience by community health. *Canadian J Public Health*, 85:180-184.

Stordeur, S., D'Hoore, W., Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *J Adv Nurs*, 35(4):533-542.

Strenbert, H.J., Carpenter, D.R. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2ª Edição, lusociência, Loures, pp.37.

Stringer, J. (2000). Massage and aromatherapy on a leukaemia unit. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 6:72-76.

Sundeen, S.J. et al. (1998). *Nurse-client interaction: implementing the nursing process*. Mosby, St. Louis.

Sundin, L., Hochwalder, J., Bildt, C., Lisspers, J. (2006). The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 43:99-105.

Sutherland, V.J., Cooper, C.L. (1990). *Understanding stress: a psychological perspective for health professionals*. Chapman & Hill.

Tabak, N., Orit, K. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *J Nurs Manag*, 15(3):321-331

Tattersall, J.A., Paul, B., Stirling, P. (1999). Stress and coping in hospital doctors. *Stress Medicine*, 15:109-113.

Teasdale, K., Brockelhurst, N., Thom, N. (2001). Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. *J Adv Nurs*, 33:216-224.

Thelan *et al.* (1993). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lusodidacta, Loures.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. 2ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa.

Tyler, P.A., Cushway, D. (1992). Stress, coping and mental wellbeing in hospital nurses. *Stress Medicine*, 8:91-98.

Tyler, P.A., Ellison, R.N. (1994). Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *J Adv Nurs*, 19(3):469-76.

Tyson, P.D., Pongruengphant, R. (1996) Avoidance as a coping strategy for nurses in Thailand. *Int J Nurs Stud*, 41:247-254.

Ugur, S., Acuner, A.M., Goktas, B., Senoglu, B. (2007). Effects of physical environment on the *stress* levels of hemodialysis nurses in Ankara Turkey. *J Med Syst*, 31(4):283-287.

Ullrich, A., Fitzgerald, P. (1990). Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. *Soc Sci Med*, 31(9):1013-1022.

Ursin, H., Olff, M. (1993). The stress response. In: *Stress – From synapse to syndrome*. Stanford, S.C., Salmon, P. (Eds.), Hartcourt Brace & Company, Publishers – Academic Press, pp.3-22.

Vachon, M. (1997). Stress des soignants en soins palliatifs: dernières recherches. *Eur J Palliat Care*, 4(3)

Vachon, M. (1998). Psychosocial needs of patients and families. *J Palliat Care*, 14(3):49-56.

Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42:1157-1166.

Vala, J. (2005). A análise de conteúdo. In: Silva, A.S., Pinto, J.M. (Org.). *Metodologia das ciências sociais*. 13ª Edição, Edições Afrontamento, Porto, pp.101-127.

Valeriano, M.J.G. (1990). A auto-imagem no contexto do cuidado. *Nursing (Lisboa)*, 3(30):40-41.

Vanagas, G., Bihari-Axelsson, S. (2004). Interaction among general practioners age and patient load in prediction of job strain, decision latitude and perception of job demands. A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 4(59):1-6.

Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. 2ª Edição, Edição do Autor, Coimbra.

Vaz Serra, A.S. (1988). Um estudo sobre *coping*: O inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9(4):301-316.

Velluci, S. (1997). The autonomic and behavioural responses to *stress*. In: Buckingham, J.C., Gilles, G.E., Cowell, A.M. *et al.* (Eds.) - *Stress, stress hormones and the immune system*. John Wiley & Sons.

Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro – Da compaixão à Proficiência*. Universidade Católica Editora, Lisboa.

Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D., Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: revision and psychometric qualities. *Multivariate Behav Res*, 20:3-26.

Ward, M., Cowman, S. (2007). Job satisfaction in psychiatric nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(5):454-461.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Lusociência, Loures.

Wearing, A.J., Hart, P.M. (1996). Work and non-work coping strategies: their relation to personality, appraisal and life domain. *Stress Medicine*, 12(2):93-103.

Westman, M. (1990). The relationships between stress and performance. The moderating effects of hardiness. *Human Performance*, 3:141-155.

Wheaton, B. (1994). Sampling the stress universe. In: Avison, W.R., Gotlib, L.H. - *Stress and mental health: Contemporary and prospects for the future*. Plenum Press, New York.

Whippen, D.A., Canellos, G.P. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. *J Clin Oncol*, 9(10):1916-1920.

White, K., Wilkes, L., Cooper, K., Barbato, M. (2004). The impact of unrelieved suffering on palliative care nurses. *Int J Palliat Nurs*, 10(9):438-444.

Wiebe, D.J. (1991). Hardiness and stress moderation: a test of proposed mechanisms. *J Personality Social Psychol*, 60:89-99.

Wilkes, L.M., Beale, B. (2001). Palliative care at home: stress for nurses in urban and rural New South Wales, Australia. *Int J Nurs Pract*, 7(5):306-313.

Wilkinson, S.M. (1994) Stress in cancer nursing: does it really exist? *Adv Nurs*, 20:1079-1084.

Williams, P.G., Wiebe, D.J. Smith, T.W. (1992) Coping processes as mediators of the relationships between hardiness and health. *J Behav Med*, 15:237-255.

Wilson, K., Ganley, A., Mackereth, P., Rowswell, V. (2007). Subsidized complementary therapies for staff and volunteers at a regional cancer centre: a formative study. *Eur J Cancer Care*, 16(3):291-299.

Wochna, V.(1997). Anxiety, needs and coping in family members of the bone marrow transplant patient. *Cancer Nursing*, 20(4):244-250

Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *J Adv Nurs*, 59(3):233-239.

Yamagishi, M., Kobayashi, T., Kobayashi, T., Nagami, M., Shimazu, A., Kageyama, T. (2007). Effect of web-based assertion training for stress management of Japanese nurses. *J Nurs Manag*, 15(6):603-607.

Zangaro, G.A., Soeken, K.L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' Job satisfaction. *Res Nurs Health*, 30(4):445-458.

Zupiria, X., Huitzi, X., Alberdi, M.J., Uranga, M.J., et al. (2007). Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training. *Nurse Education Today*, 27:777-787.