UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

ESTRATÉGIAS DE COPING EM ESTUDANTES DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM FACE À MORTE E AO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS EM FASE TERMINAL

Carlos Lopes Alves Henriques Pina David

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Stress e Bem-Estar

2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

ESTRATÉGIAS DE COPING EM ESTUDANTES DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM FACE À MORTE E AO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS EM FASE TERMINAL

Carlos Lopes Alves Henriques Pina David

Dissertação orientada pela Professora Doutora Alexandra Marques Pinto

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Stress e Bem-Estar

2007

Dedico este trabalho á Rosário ao Tiago e à Margarida, pelo carinho, dedicação, sobretudo pela compreensão demonstrada, pela minha pouca disponibilidade durante o tempo que decorreu a sua realização.

AGRADECIMENTOS

Todos os nossos desejos são passíveis de serem concretizados, no entanto é necessário que nos dêem o poder de os realizar, contudo é possível que tenhamos que lutar por eles...

A todos um especial agradecimento por terem proporcionado a realização e concretização deste desejo.

À Professora Doutora Alexandra Marques Pinto, pela paciência demonstrada e por não me ter permitido interromper este percurso, assim como por todas as orientações que me proporcionou e que contribuíram largamente para a reflexão e elaboração da tese

À minha mulher pela sua colaboração, carinho e amor demonstrado ao longo deste extenso trabalho.

Aos meus filhos pela sua compreensão e pelo tempo que não lhes foi dedicado um especial agradecimento.

A todos os meus colegas que persistente e insistentemente me pressionaram para concluir este trabalho, assim como pela sua colaboração directa e indirecta para a concretização do mesmo.

A todos os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem que prontamente colaboraram com a amostra do meu estudo, um especial obrigado, pois sem eles a realização deste trabalho não teria sido possível.

ÍNDICE

RESUMO 1

INTRODUÇÃO 3

PARTE I : ENQUADRAMENTO TEÓRICO 14

CAPITULO I – STRESS E COPING 15

Perspectivas sobre o stress 15

Respostas ao stress 32

Moderadores do stress 39

Coping: conceitos, modelos e estratégias 44

CAPITULO II – ACOMPANHAMNETO DE PESSOAS EM FASE TERMINAL 53

A morte ao longo do tempo 53

Acompanhar pessoas em fim de vida 62

CAPITULO III – O STRESS NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM 65

A realidade dos profissionais de enfermagem 65

A realidade dos estudantes de enfermagem 72

PARTE II: INVESTIGAÇÃO EMPIRICA 84

CAPITULO IV – METODOLOGIA 85

Hipóteses de trabalho 86

Tipo de estudo 87

Amostra 88

Instrumentos de colheita de dados 91

CAPITULO V – APRESENTAÇÃO DOS DADOS 94

Fontes de stress 94

Acompanhamento de pessoas em fase terminal 99

Estratégias de coping 104

Depressão 108

CAPITULO VI – DISCUSSÃO DOS DADOS 111

Fontes de stress 111

Acompanhamento de pessoas em fase terminal 113

Estratégias de coping 115

Depressão 117

CONCLUSÕES 119

BIBLIOGRAFIA 126

ANEXOS 141

ANEXO A - Instrumento de colheita de dados 142

ANEXO B - Correlação de Pearson das variáveis fontes de stress - intensidade e frequência 158

RESUMO

O tema desta investigação é sobre as estratégias de coping utilizadas pelos estudantes de Enfermagem face à morte e ao acompanhamento de pessoas em fase terminal. Esta investigação nasceu de questões que emergiram da nossa experiência na área do ensino, e mais concretamente com estudantes de Curso de Licenciatura em enfermagem, assim e tendo em conta que nos ensinos clínicos uma das questões que é levantado se refere à morte e acompanhamento de pessoas em fim de vida, e existindo uma lacuna quanto ao conhecimento das estratégias de coping utilizadas pelos estudantes pareceu-nos pertinente levantar a questão "Quais as estratégias de coping que os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem utilizam ao longo da sua formação para lidar com as situações de morte e de acompanhamento de pessoas em fase terminal?"

Para dar resposta a esta questão optou-se por uma metodologia do tipo exploratório e descritivo e um plano correlacional, de forma a compreender as relações existentes entre as variáveis não só sócio-demograficas e estratégias de coping, mas também as relações entre as questões que se prendem com a morte e o acompanhamento de pessoas em fim de vida com estratégias de coping utilizadas nestas circunstancias. No final utiliza-se uma medida que nos permite avaliar as repercussões na saúde dos estudantes nestas situações.

Como principais conclusões temos que as experiências anteriores de perda não influenciam na avaliação da fonte de stress; as estratégias de coping predominantemente utilizadas estão centradas no problema, não havendo diferenças quanto ao sexo e não variam ao logo do curso; um elevado número de estudantes apresenta sintomatologia depressiva

No final do trabalho também se reflecte sobre novos hipóteses de estudo.

Palavras-chave: estudantes de enfermagem; morte e fim de vida, estratégias de coping, depressão

ABSTRACT

The objective of this inquiry is to give of some form a reply the questions that had emerged of our experience in the area of education, and more concretely with nursing students, thus and having in account that in clinical educations one of the questions that are raised if relates to the death and accompaniment of people in life end, and existing a gap how much to the knowledge of the strategies of coping used by the students the question seemed us pertinent uprising Which the strategies of coping that the nursing students use long of its formation to deal with the situations of death and accompaniment of people in terminal phase?

To give reply to this question it was opted to a boarding study, descriptive and correlational of existing form to not only understand the correlation between the 0 variable partner-demographics, but also the correlations between the questions that if the death and the accompaniment of people in end of life with used strategies of coping in these situations arrest with. In the end a measure is used that in allows them to evaluate the repercussions in the health of the students in these situations.

As main conclusions we have that the previous experiences of loss do not influence in the evaluation of the source odf stress the predominantly used strategies of coping are centered in the problem, not having differences how much to the sex and they do not vary to soon of the course;one raised number of students presents depressive sintomatologia

In the end of the work also if reflecte on new hypotheses of study.

Key- words::nursing students;death and end of life, strategies of coping, depression

INTRODUÇÃO

O stress é uma palavra que entrou no nosso vocabulário e na nossa vida e que é transversal às nossas vivências familiares, escolares, familiares e sociais. O stress é parte integrante daquilo a que todas as pessoas estão sujeitas, sendo uma experiência vital inevitável, sendo desejável a construção de formas eficazes de o gerir.

Actualmente o stress é um termo que faz parte do vocabulário das pessoas em geral. É contudo um termo algo impreciso, que as pessoas relacionam com situações que provocam fadiga mental, sofrimento psíquico, medo, queixas somáticas e outros sintomas fisiológicos, psicológicos ou comportamentais (Graça, 1993).

O significado que pode ser atribuído ao stress pode ser diferente. Assim, segundo Mendes (2002) este tema tem sido abordado segundo três perspectivas: como estudo das respostas da pessoa a nível biológico, psicológico e / ou social; como estudo dos factores sociais, psicológicos e /ou biológicos, potencialmente indutores de stress; e numa perspectiva transaccional, em que é analisada a forma como a pessoa percepciona as exigências do meio e observa as suas capacidades para lhes dar resposta.

Na perspectiva do stress como resposta, de acordo com Selye o stress é o resultado não específico a uma qualquer exigência sobre um organismo, cujo resultado seria um efeito mental ou somático (Silva, 1995). O modelo de stress de Selye (1956), é um modelo baseado na resposta, tendo em conta que cada pessoa reage a estímulos do ambiente a que está sujeita, e que esses estímulos vão exercer o seu efeito na pessoa, irão originar stress. Este pode ser fisiológico ou psicológico e irá desencadear no organismo aquilo que Selye denominou de Síndrome Geral de Adaptação. Este é caracterizado por três fases: fase de reacção ou alarme; fase de resistência e fase de exaustão.

Holme e Rahe (1967) efectuam uma tentativa para avaliar a importância dos acontecimentos de vida como indutores de stress (Mendes, 2002). Segundo a perspectiva destes autores, os acontecimentos de vida tidos como indutores de stress, foram considerados como tendo efeitos negativos nas pessoas. Posteriormente, a partir de estudos de Brown e Harris (1978), é introduzido o conceito de contexto, sendo contemplado o significado que cada acontecimento tem para a pessoa. Em investigações subsequentes, nesta linha de orientação, Elliot e Esdorfer (1982), citados por Mendes (2002) distinguem diferentes categorias de estímulos, de acordo com a capacidade de gerar stress – stress agudo; stress continuado e crónico e stress crónico.

Numa perspectiva transaccional, Lazarus e Folkman (1984), desenvolvem um modelo que se caracteriza como sendo cognitivo, motivacional e relacional. Assim estes autores definem o stress como a relação entre a pessoa e o meio, e que é percebida como prejudicial ou à qual a pessoa não se sente capaz de dar resposta, ameaçando assim o seu bem-estar.

Para que a pessoa se sinta em stress, segundo Lazarus e Averill (1972) é necessário que se desenvolvam três etapas no processo de avaliação cognitiva: a avaliação primária, em que a pessoa tenta perceber a relevância ou irrelevância do acontecimento; a avaliação secundária, em que avalia os meios de que dispõe para lidar com a situação; e a reavaliação, em que a pessoa faz um balanço das possibilidades que tem para resolver o problema, em função dos elementos recolhidos. Se se reconhecer que o acontecimento é nocivo, e que não se dispõem de meios para lidar com ele, então entra-se em stress.

Para Lazarus e Folkman (1984), as componentes da avaliação primária estão relacionados com os aspectos motivacionais de uma transacção, isto é, com a relevância do objecto e com a sua congruência. Relativamente às componentes da avaliação secundária, estas encontram-se relacionadas com as opções de coping, ou seja com a culpa e crédito, potencialidades de coping e com as expectativas futuras.

Sendo o stress um fenómeno que afecta todas as pessoas, pode no entanto manifestar-se de diferentes formas, e associa-se a diferentes estratégias de coping. Assim, para lidar com o stress, as pessoas terão que utilizar / mobilizar estratégias para que de alguma forma, possam anular ou diminuir os efeitos que lhe estão subjacentes.

O coping, tal como o stress, não é um conceito simples de definir, mas existe algum consenso que nos sugere que no coping estão envolvidos de diferentes comportamentos, cognições e percepções que resultam em alguma protecção face ao stress, e que estão relacionadas com o bem-estar da pessoa (Mendes, 2002).

Lazarus e Folkman (1984), referem-nos que o coping representa os esforços comportamentais e cognitivos, desenvolvidos pela pessoa para lidar com as exigências específicas internas ou externas, que são avaliados como ultrapassando os seus recursos. Monat e Lazarus (1985) afirmam que o coping se relaciona com os esforços feitos para lidar com situações de dano, ameaça e de desafio, quando a pessoa não tem disponível uma rotina ou resposta automática para se confrontar com a situação. Já Moos e Shaefer (1993) utilizam o termo "recursos de coping", quando se referem a factores pessoais e sociais relativamente estáveis e que influenciam a forma como a pessoa lisa com as transições e crises de vida. O termo "processos de coping" é utilizado quando se referem aos esforços cognitivos e comportamentais, que as pessoas usam em situações específicas de stress.

Entre os recursos pessoais, estes autores destacam: desenvolvimento de Eu; auto-eficacia, optimismo e sentido de coerência; estilos cognitivos; mecanismos de defesa e coping; e aptidões de resolução de problemas.

Quanto às estratégias de coping salientamos duas estratégias de coping essenciais; reguladoras das emoções – coping centrado nas emoções; e actuando na solução do problema indutor da perturbação – coping centrado no problema (Lazarus e Folkman, 1984).

No que se refere ao coping centrado nas emoções, é uma estratégia mais introspectiva, debruçando-se sobre o sofrimento interno que a maior parte das situações podem despoletar, sendo que o objectivo não é alterar a situação, mas sim gerir os sentimentos e emoções que são provocadas (Oliveira, 1998). Relativamente ao coping centrado no problema, existe uma intenção de alterar o problema, podendo esta alteração ser feita através da antecipação, mudança da situação em si ou do comportamento da pessoa (Oliveira, 1998).

Serra (1989), citado por Mendes (2002), refere-nos que existem essencialmente quatro tipos de estratégias que podem ser utilizadas para lidar com as fontes indutoras de stress: busca de informação, que se pode basear na procura de experiências anteriores do próprio, ou em experiências de outras pessoas; acção directa, em que se tenta mudar a relação perturbadora da pessoa com o ambiente; inibição da acção, em que não existe envolvimento na acção porque a pessoa se reconhece sem competências; e estratégias cognitivas, em que se altera o significado dos acontecimentos ou das consequências, de forma a reduzir o impacto emocional.

A enfermagem é uma profissão na qual o stress já foi identificado, e que segundo Heim (1992) os enfermeiros cruzam-se directamente com condições de stress intensas, provenientes em grande parte da atenção e dos cuidados que tem de prestar às pessoas doentes, assim como da sobrecarga de trabalho, insegurança, falta de autonomia e conflitos laborais. No que concerne aos estudantes de enfermagem, Pitts (2000) refere-nos que o stress surge muito antes de estes iniciarem a sua actividade profissional, e que os enfermeiros se encontram entre os profissionais de saúde mais afectados pelo stress.

Os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem são jovens potencialmente saudáveis, no entanto da nossa observação e partilha de experiências com docentes nesta área, sugere-nos a existência de pontuais mas significativas alterações nas condições de bem-estar dos estudantes ao longo do curso.

O início do curso é acompanhado para muitos estudantes de uma saída do seu meio social habitual e do início de novas responsabilidades (Mendes, 2002). O aumento da complexidade dos novos conteúdos, a adesão a um modelo profissional, constitui sem duvida um contributo para a necessidade de mobilização de mais recursos adaptativos. O contacto precoce com situações de doença bastante complexas, com que se deparam desde o início do curso nos ensinos clínicos, e o esforço que por elas é exigido, não só em termos de mobilização de conhecimentos teórico-práticos, mas também do ponto de vista com ético e relacional, constituem só por si, situações propícias a momentos de grande tensão (Mendes, 2002).

É com alguma frequência que observamos durante os ensinos teóricos e clínicos, que os estudantes apresentam sinais de medo, tensão e de intranquilidade. Apresentam por vezes alguma agitação, dificuldade em se expressarem verbalmente, tremor da voz e das mãos, entre muitos outros, sinais os quais que segundo Blainey (1980) são a expressão de sentimentos de stress e ansiedade.

Os estudantes de enfermagem vivem assim situações de grande desgaste ao longo do curso, representando estas períodos de grande tensão na aprendizagem, face às actividades que têm de desenvolver e à constante avaliação a que estão submetidos (Ramos, 1995). No entanto, segundo Mendes (2002), os estudantes de enfermagem tendem a experimentar maiores níveis de stress no primeiro ano, com um posterior decréscimo ao longo do curso. Num estudo de Oliveira (1998), conclui-se que em estudantes do segundo ano predominam as estratégias de coping centradas nas emoções, onde prevalecem a procura de suporte social, distanciamento e as estratégias de fuga / evitamento; relativamente aos estudantes do terceiro ano também prevaleceram as estratégias centradas nas emoções, sendo que as mais referidas são o suporte social, o exercício de auto-controlo das emoções e a fuga / evitamento.

A nossa reflexão parece assim ser apoiada pela revisão da literatura realizada, segundo a qual que os estudantes de enfermagem estão sujeitos a inúmeras fontes de stress, e que de alguma forma desenvolvem estratégias para lidar com as situações com que se deparam ao longo do curso. Os estudantes referem que à medida que vão progredindo ao longo do curso, o stress sentido em relação aos ensinos clínicos vai decrescendo, indicando desta forma uma progressão nas capacidades adaptativas (Mendes, 2002). Assim, pensamos conforme o stress vai decrescendo ao longo do curso, de tal forma que as estratégias de coping utilizadas irão diferir nesse percurso, esperando-se que os estudantes adoptem estratégias mais adaptativas.

De uma maneira geral os estudos científicos deverão ter reflexo em termos evolutivos e de alguma forma clarificar / ajudar a solucionar áreas problemáticas. Com este estudo pretende-se identificar e analisar as estratégias de coping usadas pelos estudantes para lidar com a morte e com os doentes em fase terminal, esperando que possa contribuir para o fomento de formas adaptativas de coping, formas estas que se poderão reflectir não só no bem-estar do estudante, mas também em formas mais eficazes do cuidar de pessoas em enfermagem.

O stress na profissão de enfermagem é já um facto conhecido. Estes profissionais são um grupo particularmente propenso a experimentar as consequências do stress, estando expostos a um amplo leque de stressores, nomeadamente expectativas irreais em relação ao trabalho, baixa auto-estima, autoritarismo, falta de apoio por parte das administrações e chefias, falta de autonomia, baixo poder de decisão, conflitos e ambiguidade de papeis, relações com os doentes (Gil Monte, 1991), lidar com a morte e o morrer, conflitos com os médicos (Spence, 2001). Já relativamente aos estudantes de enfermagem, que muitas vezes em contexto de ensino clínico se deparam com situações semelhantes às dos profissionais, são também acrescidas outras fontes de stress, que se prendem com o seu contexto académico. Assim para Jones e Johnston (1997) as principais fontes de stress em estudantes de

enfermagem estão também relacionadas com o medo de falhar; pouco tempo disponível; longas horas de estudo e as respostas das escolas às necessidades dos estudantes.

Já no que concerne aos estudos em escolas de Enfermagem Portuguesas, Silva (1995) refere-nos que os principais factores de stress na população estudantil dizem respeito à sobrecarga de trabalho, relação professor aluno durante os ensinos clínicos; e o desfasamento entre exigência e tempo disponível, concluindo ainda que elevada percentagem de estudantes experimentam elevados níveis de stress, tendo este forte impacto no seu bem-estar. Oliveira (1999) conclui que os factores de stress identificados são intensos e estão relacionados com a organização do trabalho e com a interacção professor aluno; a interacção com os doentes surge com pouca frequência mas com grande intensidade enquanto factor de stress. Por sua vez, Mendes (2002), conclui que os factores geradores de stress são a sobrecarga de trabalho, sentimentos de insegurança e inaptidão experimentados durante o ensino clínico; na apreciação subjectiva dos sujeitos, estes referem pioria do seu estado geral em período de frequências.

Como fontes de stress em contextos de ensino clínico, Jones e Johnston (1997) comentam-nos o relevo do ensino clínico como contexto que surge consistentemente associado à experiência de stress no caso dos estudantes de enfermagem, assim referem-nos como principais fontes o acompanhamento de doentes em fase terminal, conflitos interpessoais com os enfermeiros, insegurança face às suas competências, medo de falhar, problemas interpessoais com os doentes, sobrecarga de trabalho e os cuidados de enfermagem prestados aos doentes. Pelo contrário Timmins e Kaliszer (2002) num estudo sobre absentismo em estudantes de enfermagem, ao abordarem as variáveis de stress identificam que as relações com a equipe dos serviços onde efectuam ensinos clínicos, assim como a relação com os professores orientadores não constituem fontes de stress, no entanto como factores de stress moderado referem as frequências, e o pouco tempo disponível para os

estudos; como principais fontes de stress referem o trabalho nocturno e as responsabilidades associadas, assim como as intervenções de enfermagem a pessoas com neoplasia e em fase terminal.

Relativamente às estratégias de coping, Jones e Johnston (1997), descreve-nos que os estudantes que utilizam estratégias de coping directas apresentam baixos níveis de distress, sendo desta forma mais adaptativas; em contrapartida as estratégias não-directas, tais como a hostilidade, estão associadas a níveis mais elevados de distress, sendo como tal menos adaptativas. Lo (2002) identifica no seu estudo quatro estratégias de coping, três das quais directamente centradas no problema e uma centrada nas emoções. Oliveira (1999), identifica que as estratégias de coping mais utilizadas pelos estudantes em ensino clínico, no segundo ano do curso, visam lidar com ou alterar a situação perturbadora quer isoladamente quer em associação com estratégias que visam gerir as emoções inerentes à situação de stress. Em contrapartida, os estudantes do terceiro ano utilizam estratégias de gestão das emoções, optando menos por estratégias centradas no problema, podendo este facto ser justificado pelo predomínio de emoções negativas e por um nível de stress muito elevado.

Tendo em conta a natureza da sua intervenção, os enfermeiros pertencem a um dos grupos profissionais que mais se encontram expostos a situações de morte e de acompanhamento de pessoas em fase terminal, deparando-se frequentemente com a dor e o sofrimento. Sentindo-se por vezes desarmados, consideram que geralmente este sofrimento ultrapassa o limite das suas competências (Xavier, 1999).

Perante a degradação física e psicológica de que os doentes em fase terminal são alvo, os enfermeiros constatam que os seus saberes e os seus cuidados não impedem a evolução da doença nem asseguram a manutenção da vida da pessoa, desencadeando sentimentos de frustração e impotência (Henriques, 1995). Para o mesmo autor o medo de sofrer leva a um menor investimento a nível afectivo, evitando estar na presença do doente ou mantendo um

contacto superficial. Contudo é de referir que o modo como cada enfermeiro acompanha os doentes nesta fase de vida, depende igualmente de factores como a representação que este tem do ser humano e da concepção que tem da vida e da morte (Xavier, 1999).

Relativamente aos estudantes de enfermagem as expectativas prendem-se com as dificuldades de cuidar de pessoas em fase terminal; com a dificuldade em lidar com os familiares dessas pessoas na vertente emocional, dizem respeito ao sofrimento em ver o sofrimento do outro; à frustração que eventualmente poderão sentir por não serem capazes de fazer algo por alguém que vai morrer (Kiger, 1994). A mesma autora refere-nos que alguns estudantes indicam não ter lidado com as situações de morte com que se depararam durante os seus ensinos clínicos. Estes estudantes parecem sentir que de alguma forma deveriam ser mais afectados por estas circunstâncias, demonstrando alguma preocupação por não estarem a gerir eficazmente os seus sentimentos. No entanto referem sentimentos de satisfação, pelos esforços das equipes que lhes forneceram apoio para lidarem com as experiências relacionadas com a morte.

As nossas percepções subjectivas no contexto do ensino de enfermagem e a reflexão sobre a literatura existente na área do stress e coping em estudantes de enfermagem leva-nos a explorar o tema das estratégias de coping dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem face à morte e ao acompanhamento de pessoas em fase terminal, e mais especificamente levanta-nos a questão: Quais as estratégias de coping que os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem utilizam ao longo da sua formação para lidar com as situações de morte e de acompanhamento de pessoas em fase terminal?

Tendo em conta a área problemática em estudo, e numa primeira etapa, pretendemos compreender as relações existentes entre as variáveis de stress designadamente associado ao contacto com a morte e ao acompanhamento de pessoas em fase terminal; e as estratégias de coping predominantemente utilizadas para lidar com essas situações. Numa segunda etapa

pretende-se identificar e analisar as relações entre estas experiências de stress e coping e indicadores de bem-estar / saúde do estudante do curso de licenciatura em enfermagem.

Assim, traçamos com objectivos para este estudo:

- Identificar os principais factores de stress experienciados pelos estudantes e estratégias de coping por eles utilizadas;
- Explorar a relação entre os factores de stress, sua intensidade e frequência e as estratégias de coping;
- Explorar qual a relação da morte e do acompanhamento de pessoas em fase terminal enquanto factor especifico gerador de stress;
- Explorar a relação entre as experiências de contacto com morte e acompanhamento de pessoas em fase terminal e as estratégias de coping utilizadas para lidar com este factor de stress;
- Identificar as relações existentes entre os diferentes factores de stress e estratégias de coping e indicadores de bem-estar / saúde dos estudantes;

Para conceber este trabalho organizamo-lo em duas partes e desenvolvemo-lo ao longo de seis capítulos. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, e que se divide em três capítulos relativos à revisão da literatura e na qual se abordam: as diferentes perspectivas de estudo do stress, coping e moderadores do stress; as questões mais pertinentes sobre a morte e as suas repercussões no cuidar na profissão de enfermagem; e por ultimo as questões do stress no contexto da profissão de enfermagem, e no contexto dos estudantes dos Cursos de Licenciaturas em Enfermagem.

Na segunda parte, que é constituída pela investigação empírica, optou-se por uma divisão em três capítulos, sendo que o primeiro é relativo à definição das hipóteses e questões de investigação do nosso estudo; à metodologia pela qual se optou para dar resposta às hipótese e questões colocadas, à pela caracterização do tipo de amostra que se utilizou e por ultimo, à caracterização, descrição e avaliação psicométrica dos instrumentos de colheita de dados que se utilizaram no estudo.

Seguidamente e correspondendo ao quinto capitulo descrevem-se e organizam-se os resultados obtidos em torno das hipóteses e questões colocadas na nossa investigação.

No capítulo seguinte, o sexto capítulo, efectuamos a discussão e reflexão sobre os resultados obtidos de acordo com os pressupostos teóricos explorados ao longo do trabalho.

Por ultimo, na conclusão apresentamos as principais conclusões que emergiram da investigação, e reflectimos sobre as suas repercussões na prática e os seus reflexos nos estudantes, assim com reflectimos sobre as diferentes formas de promover o bem-estar na comunidade estudantil.

Por fim referimo-nos às limitações do presente estudo, e sugerimos algumas hipóteses de estudos que poderão ser importantes para uma maior clarificação desta temática e deste estudo em particular.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta primeira parte reflectimos e exploramos os fundamentos teóricos do presente trabalho.

Esta parte do trabalho encontra-se organizada nos seguintes capítulos:

1. Stress e coping
2. Acompanhamento de pessoas em fase terminal
3. O stress no contexto da enfermagem

CAPITULO I – STRESS E COPING

O stress é um dos conceitos científicos mais amplamente utilizados no quotidiano, quer por leigos, quer por especialistas. Contudo, este termo é frequentemente usado com significados distintos, o que origina bastante confusão, mesmo dentro da comunidade científica (Barros, 1999).

Assim importa definir e delimitar o conceito, Lazarus (1993 e 1999), ao aproveitar os contributos da Física, nomeadamente a nomenclatura utilizada, propõe uma definição simples e de fácil compreensão, referindo que stress não é mais que a relação que se estabelece entre a pressão sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que, perante a mesma, o indivíduo desencadeia. A pressão exercida sobre o ser humano faz com que este lhe resista com uma força de tensão de resposta proporcional à intensidade da pressão exercida.

No entanto o autor realça o facto do stress não se resumir a algo tão simples. O Homem, sendo um ser pensante e em constante transformação e adaptação, não permanece estático quando submetido a uma força de tensão, existindo portanto uma interacção de duplo sentido entre a pessoa e o meio ambiente, de onde resulta a consequente evolução da resposta e suas consequências. Além disso, o ser humano pode ainda contar com outras forças para além das suas, sendo ajudado por outros que podem atenuar as consequências e os efeitos da carga sentida (Serra, 2002).

O stress parece, deste modo, ser algo inevitável e difícil de controlar, que nos destabiliza, desafia ou nos ameaça, que testa as nossas capacidades, que nos faz ir mais além na busca de mais e melhores soluções (Oliveira, 1998). Ninguém vive sem experimentar algum nível de stress (Selye, 1980) porque é este que nos conduz à acção e ao auto desenvolvimento (Dortu, 1991). O stress é, portanto, uma situação que nos afecta a todos,

desde o início da vida até à morte, mas que não tem que ser algo obrigatoriamente pernicioso mau e penoso como veremos através das teorias de stress seguidamente abordadas.

Tendo em conta os actuais contextos, os avanços da sociedade actual, as inovações, técnicas e tecnologias, associadas ao aumento progressivo e relevante do stress, têm exigido às pessoas adaptações constantes, requerendo simultaneamente uma grande habilidade para enfrentar as constantes modificações, assim como para serem capazes de gerir o stress a que estão frequentemente sujeitas. Assim, a pertinência da temática torna-se relevante, existindo desta forma um interesse particular, já que o stress é um aspecto que afecta as várias esferas da vida quotidiana de cada um de nós, sendo importante estudá-lo assim como prevenir, não só o seu aparecimento, mas também as suas repercussões negativas na saúde e bem-estar das pessoas.

Perspectivas sobre o stress

O conceito de stress, tal como o conhecemos na actualidade, é relativamente recente. No entanto esta palavra existe há bastante tempo sendo encontrada no latim na forma de *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum*. Podemos ainda encontrar esta expressão nos estudos da física, na língua inglesa, sendo que nesse contexto é utilizada para exprimir uma pressão ou constrição de natureza física (Serra, 2002).

Contudo e apesar do nascimento contemporâneo deste conceito se ter dado na área da física (Bauk, 1985), onde ainda hoje é amplamente utilizado, o seu significado foi transposto e adaptado para o mundo das ciências sociais e humanas através de um conjunto de estudos, que possibilitaram a actual compreensão do conceito.

Claude Bernard em 1879, um fisiologista Francês percursor da Biologia Moderna, deixa-nos a concepção de que ameaças físicas à integridade de um organismo evocam respostas da parte deste e que contrariam esta ameaça, sendo que, de certa forma, a vida está dependente da capacidade do ser vivo manter constante o meio interno perante qualquer modificação do meio externo, através da sua capacidade de protecção e defesa face às adversidades do ambiente em que vive. Assim sendo, aqueles que melhor se protegerem serão aqueles que terão maiores probabilidades de sobreviver (Schmitt, 1997; Serra, 2002).

Walter Cannon em 1932, seguindo as reflexões de Claude Bernard, tentou clarificar mais objectivamente quais os mecanismos específicos que levam às resposta do organismo face às adversidades tendo em vista o funcionamento óptimo, focalizando-se nas respostas mediadas pelo sistema simpático-medular. Para tal, desenvolveu o conceito de homeostase que traduz a capacidade que o organismo tem em manter estável o ambiente interno, apesar das modificações que enfrenta em relação ao ambiente externo. Este equilíbrio é conseguido através de um complexo conjunto de processos fisiológicos (Schmitt 1997).

Foi justamente Cannon quem primeiramente introduziu o termo stress na Biologia. Para este autor, o stress manifesta-se pela activação da parte central das glândulas supra-renais, de onde se liberta a adrenalina necessária à manutenção da homeostase através de comportamentos de confronto ou fuga (Schmitt, 1997).

Contudo, foi a partir de 1936 que o conceito se popularizou com os estudos de Hans Selye, médico e investigador que dedicou grande parte da sua vida ao estudo desta matéria. Este investigador estudou particularmente a actividade do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, concluindo que determinadas modificações anatomo-fisiológicas se devem a uma reacção orgânica não específica, dirigida ao restabelecimento da homeostase perturbada por agentes stressantes. Selye evidenciou ainda outra ideia importante: o carácter patogénico do stress não vive no agente agressor mas sim na reacção excessiva ou insuficiente do organismo face ao mesmo (Seley, 1956)

Em 1949, Moruzzi e Magoun deram mais um passo na compreensão da resposta total de stress, ao repararem na existência no encéfalo de áreas específicas que activam a resposta do organismo a acontecimentos stressantes. Esta descoberta acabou por potencializar a investigação rumo a uma melhor compreensão da resposta biológica do stress, englobando agora o papel desempenhado pelas vias aferentes, que são responsáveis pelo transporte de informação ao cérebro, a análise feita a essa informação, a génese das emoções e a repercussão sobre os vários sistemas vegetativos, endócrinos, imunitários e do comportamento em geral (Schmitt, 1997).

Os trabalhos de Holmes e Rahe vieram, em 1967, focalizar a questão do stress segundo uma perspectiva diferente. Os seus estudos acabaram por concluir que há acontecimentos que têm, mais que outros, maior probabilidade de causar stress nos seres humanos e que estes acontecimentos podem afectar a saúde do indivíduo. A partir destas novas descobertas, o estudo do stress tomou um novo caminho, sendo que a resposta

biológica passou para segundo plano, constituindo a compreensão do modo como as circunstâncias antecedentes influenciam o stress, o objectivo principal das investigações.

Lazarus e colaboradores lançaram, na década de 60 do séc. XX, uma perspectiva interpretativa igualmente diferente e que teve um grande impacto no estudo acerca do stress. Através dos seus estudos, estes investigadores concluíram que factores cognitivos, antecedentes, por via dos quais são avaliadas psicologicamente as situações – estímulo, constituem determinantes das respostas emocionais subsequentes. Desta ideia, emergem dois pressupostos: nenhuma situação pode ser reconhecida como indutora de stress de forma universal e absoluta; e o factor preponderante que faz com que o indivíduo se sinta em stress é consequência directa da avaliação que o próprio faz da circunstância (Serra, 2002).

Esta abordagem do stress permitiu o desenvolvimento de novas terapias e obrigou à distinção entre acontecimentos de vida e factores de vulnerabilidade, que interagem, influenciando a resposta da pessoa perante a situação stressante. A vulnerabilidade representa assim um risco aumentado em se reagir de forma negativa perante um dado acontecimento de vida (Brown, 1993).

Todos estes estudos vieram contribuir para uma nova visão do binómio saúde/ doença que actualmente é considerado como um produto de factores diversos, entre os quais o stress tem um contributo considerável. Assim podemos afirmar que o stress afecta a pessoa no que concerne ao seu bem-estar, saúde física, e à sua saúde mental (Serra, 2002).

Da análise do conceito, podemos inferir que o stress tem sido investigado e abordado fundamentalmente segundo três grandes perspectivas:

- Como o estudo das respostas das pessoas ao nível biológico, psicológico e/ou social;
- Como o estudo dos factores sociais, psicológicos e/ou biológicos potencialmente indutores de *stress;*

- Numa perspectiva transaccional, que analisa a forma como a pessoa percepciona as exigências do meio e avalia as suas capacidades para lhes fazer face.

De seguida analisamos com mais detalhe estas três perspectivas e em particular a perspectiva transaccional em que se enquadra este trabalho.

O stress de acordo com o estudo das respostas é definido como uma reacção do organismo às solicitações externas (estímulos ou agressões, físicas ou psicológicas) destinadas a protegê-lo contra todos os perigos e a assegurar a homeostase (Seley, 1980). As respostas fisiológicas aos mais variados acontecimentos e estímulos exteriores, sejam eles uma má notícia ou uma grande alegria, conduzem sempre ao mesmo tipo de reacção. Essa resposta fisiológica por parte do indivíduo só é conseguida através de um gasto em energia que permite a adaptação do indivíduo ao meio. Assim, esta adaptação pode assumir dois aspectos distintos (Selye, 1980): Síndrome Local de Adaptação, que se traduz por uma resposta localizada do organismo, numa pequena parte da sua extensão. É um exemplo a formação de um abcesso local como resposta biológica à agressão de um germe na camada subcutânea; Síndrome Geral de Adaptação, que corresponde a reacções orgânicas gerais à agressão e ao stress, e que se traduzem por um conjunto de alterações biológicas. O síndrome Geral de Adaptação é composto por três fases distintas:

- *Reacção de Alarme*: esta fase inicia-se quando a pessoa, ao ser sujeita a uma agressão ou ameaça, entra em estado de alerta. Nesta fase acontecem um conjunto de reacções fisiológicas com o intuito de aumentar a disponibilidade de energia (é um exemplo deste tipo de reacção, o estímulo lançado pelo hipotálamo e pela hipófise, que leva as glândulas supra-renais a libertarem catecolaminas e corticóides que, por sua vez, irão aumentar a produção de açúcar, a partir das reservas existentes no fígado e pelo catabolismo de

2001proteínas) de modo a que a pessoa possa responder da melhor forma ao agente causador de stress, mantendo o seu equilíbrio interno.

- *Fase da Resistência*: se a agressão persiste, o organismo intensifica as suas reacções hormonais, recorrendo ainda a outro tipo de estratégias. Contudo, a intensificação destas reacções leva a um gasto rápido de energia que, se as fontes de stress não forem debeladas, levará a pessoa ao desgaste.
- *Fase do Esgotamento*: a continuidade da agressão leva ao esgotamento do organismo expondo-o, desta forma, ao aparecimento de doenças.

Embora o Síndrome Geral de Adaptação seja descrito como ocorrendo em três fases, estas não ocorrem de forma delimitada, visto que a simultaneidade e a rapidez da sua evolução são uma das suas características (Peniche, 2001). Normalmente durante esta ocorrência a pessoa fica pela fase de alarme ou, quando muito, chega à fase de resistência. Porém, a saturação poderá acontecer, ou por um único acontecimento trágico e inesperado de grande intensidade, ou pelo efeito cumulativo de vários acontecimentos de vida de pequena intensidade que, muitas vezes sendo ignorados, levam à exaustão da pessoa.

Posteriormente e tendo em conta algumas das criticas, Selye (1980) reconhece a importância da dimensão de avaliação psicológica no mecanismo de regulação orgânica, perante a multiplicidade de factores a que o organismo está exposto. Assim face a esta situação introduz os conceitos de eustress e de distress. Define o eustress como positivo uma vez que nem todos os estímulos são prejudiciais e por isso nem todos resultam em distúrbios. Existem aqueles que são desencadeadores da acção, sendo fonte de satisfação e equilíbrio. São exemplos: as alegrias da vida; os acontecimentos positivos; os pequenos desafios, entre outros. Estes acontecimentos levam a reacções orgânicas mobilizadoras de energia e geradoras de motivação, aumentando o grau de vigilância, a capacidade adaptativa do indivíduo e a sua produtividade; Em oposição, define distress como negativo, tendo origem

em tudo aquilo que a pessoa entende como adversidades, e das quais são exemplos as discussões, as doenças, os lutos, etc. Implica, portanto, sofrimento e causa insatisfação, frustração e ansiedade, desorganizando o indivíduo e impossibilitando-o de uma relação equilibrada com o meio.

No decorrer do percurso de vida de cada pessoa surgem interacções de um conjunto extenso de factores, sendo estas únicas na sua especificidade. Desta forma, cada um de nós possui um conjunto exclusivo de estratégias e cada um de nós reage de maneira diferente a determinada situação. *Eustress* e *Distress* são portanto conceitos moldáveis à singularidade de cada um, existindo, por isso, um nível de stress óptimo para cada indivíduo, adequado ao seu funcionamento. Se o nível de stress for inferior surge o tédio e a frustração por estimulação insuficiente. Se por outro lado for excessivo surge a sobrecarga física e psíquica pela incapacidade de adaptação. Portando, o nível óptimo de stress é aquele que permite à pessoa mover-se em bem-estar no seu meio (Serra, 2002).

Apesar de a obra de Selye ser uma referência nesta área, esta é criticada, segundo Phipps, Sands e Marek (2003), por não reconhecer a especificidade e unicidade pessoal do stress e a influência que aspectos psicossociais e emocionais têm na sua génese. No entanto, tendo ainda em conta a abordagem do *stress* como resposta, foram sendo estudadas progressivamente não só as respostas fisiológicas mas também respostas do tipo psicológico e/ou social ao stress (Mendes, 2002).

Holmes e Rahe (1967) perspectivaram o stress segundo o estudo dos **factores indutores**, tentando de alguma forma avaliar a importância de diferentes acontecimentos de vida como geradores de stress na pessoa. Os acontecimentos da vida, geradores de stress, começaram por ser considerados a partir das suas características negativas, isto é, potencialmente prejudiciais e preciosos para a pessoa; no entanto posteriormente foram

definidos como qualquer acontecimento passível de alterar o padrão usual de vida, induzindo a pessoa a uma adaptação à nova circunstância de vida; assim estes acontecimentos passam a englobar não só uma dimensão negativa, mas também uma positiva, dependendo do acontecimento em causa (Mendes, 2002).

A perspectiva do stress segundo os factores que o induzem baseia-se no pressuposto de que o esforço de reajustamento ao ambiente exigido ao indivíduo por mudanças significativas na vida, cria um desgaste (stress) que pode, inclusivamente, proporcionar o aparecimento de doenças. Os estudos de Holmes e Rahe (1967) resultaram na construção de uma Escala de Reajustamento Social, onde consta uma lista de acontecimentos considerados como eventos significativos ("*life events*"), tais como o divórcio, o nascimento de uma criança na família, a morte de alguém, mudanças no trabalho, etc. A cada um destes acontecimentos é atribuída uma pontuação de forma decrescente (consoante o grau de stress que supostamente provoca) que no final é contabilizada. Consoante a pontuação total, pode calcular-se o grau de probabilidade de um indivíduo desenvolver problemas de saúde. Contudo, este procedimento foi bastante criticado pela impossibilidade de nessa lista estarem presentes todos os acontecimentos importantes para uma determinada pessoa. Holmes e Rahe (1967), tal como Selye, também não tiveram em consideração que cada acontecimento tem um significado e um impacto único para cada pessoa. Outra crítica que lhes é apontada é que esta escala apenas considera as grandes ocorrências da vida da pessoa e não os pequenos eventos do dia-a-dia. Em suma, esta escala desprezava o papel preponderante que o indivíduo tem em todo o processo (Mendes, 2002).

Com o objectivo de minimizar as desvantagens apontadas, a escala de Holmes e Rahe (1967) tem sido objecto de vários estudos. Em muitos trabalhos, os pesquisadores fizeram modificações quanto à ordem ou número dos eventos nela incluídos mas, basicamente, conservaram a sua forma original. Embora a maioria das suas fragilidades se mantenha, as

escalas propostas inicialmente por Holmes e Rahe (1967) são ainda hoje amplamente utilizadas, pela sua notória utilidade em pesquisas de campo ou pela sua rapidez de utilização (Mendes, 2002).

Apesar da evolução dos estudos sobre o stress e da ampla aceitação dos conceitos referidos pelas diferentes teorias, vários autores têm criticado as suas interpretações, especialmente no que se refere ao stress ser tido como resposta fisiológica não específica (Monat e Lazarus, 1991). Para estes autores consideram o stress é tido como um processo em que as variáveis cognitivas interferem na compreensão e análise dos eventos stressores. No entanto também nos referem que a natureza das relações de stress ainda não se encontra claramente definida.

Lazarus e Folkman (1984) propuseram um modelo distinto que caracterizaram como sendo cognitivo, motivacional e relacional, e a que deram o nome de **teoria transaccional** do stress. Esta nova teoria é considerada como um modelo relacional porque aceita que as emoções se formam a partir das relações da pessoa com o meio; motivacional porque tem em conta o facto de ser a motivação da pessoa a força hierarquizadora dos seus objectivos, influenciando o seu comportamento e as emoções subsequentes; cognitivo porque se refere ao conhecimento e avaliação que o indivíduo continuamente realiza em busca da melhor adaptação ao seu meio, do seu equilíbrio, bem-estar e felicidade.

Da análise do modelo, é facilmente reconhecível o importante papel que a pessoa e suas emoções desempenham em todo a génese do stress, o que o distingue de anteriores modelos que, ora se centravam na acção do stress sob a pessoa, ora se centravam nas características dos factores indutores de stress. Contudo, estes aspectos, tidos em conta em teorias anteriores, são também considerados na teoria transaccional.

De acordo com a teoria transaccional o stress resulta de um processo em que ocorre uma apreciação cognitiva das circunstâncias experimentadas, dos recursos de que se dispõe e das perspectivas de sucesso face a algo que se afigura excessivo para o indivíduo (Oliveira, 1998).

Assim o stress é a relação existente e particular, bidireccional e dinâmica entre a pessoa e o meio, sendo avaliada como tendo repercussões no bem-estar porque ultrapassa os recursos de adaptação, e para o qual a pessoa não dispõe de respostas disponíveis (Lazarus e Folkman, 1984), isto é, o stress é uma discrepância entre o que nos é solicitado pelo meio e os objectivos, necessidades e capacidades individuais (Goldenberg e Wadell, 1990). O stressor será, deste modo, uma ocorrência percebida pela pessoa como difícil ou perturbadora, porque lhe provoca mal-estar ou porque exige um esforço para a gerir (Coyne, 1981)

A importância do problema surge da avaliação feita pela própria pessoa e também da qualidade do processo de coping em questão no contexto, dependendo das condições da situação e das expectativas das pessoas, das condições de vida e de como as experiências são constantemente avaliadas (Oliveira, 1998). O stress torna-se, assim, numa experiência pessoal, residindo neste facto a razão das diferentes reacções individuais face à mesma situação.

É neste contexto que surge, inevitavelmente, o conceito de Coping, que designa o conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais próprios de cada indivíduo, e que este aplica quando enfrenta situações de stress, na tentativa de manter o seu bem-estar (Oliveira, 1998).

É da interacção das características situacionais (de novidade, duração, timing e ambiguidade, entre outras) com as características pessoais (nomeadamente o empenhamento ou compromisso na situação e as convicções pessoais, recursos pessoais para lidar com o stressor, estratégias de *coping* disponíveis e suas consequências), envoltas em experiências

emocionais, emergentes e influentes, que surge, finalmente, a apreciação da situação como stressante (Oliveira, 1998).

Pagana (1984) refere que, "*dependendo da apreciação situacional, são produzidos estados afectivos cuja qualidade e intensidade se devem à própria apreciação, quer daquilo que está em jogo afectando o bem estar, quer dos recursos disponíveis para lidar com a situação, quer ainda dos resultados obtidos por via dos esforços adaptativos*", o que vai de encontro à teoria cognitiva das emoções.

Esta teoria postula, segundo Mendes (1998), que primeiramente avaliamos os acontecimentos quanto à sua potencial ameaça tendo como principal finalidade evitar os perigos. Quando estes são identificados inicia-se, de forma quase imediata, um plano de como os enfrentar, de modo a que o malefício seja evitado ou os seus efeitos negativos minimizados.

São estes dois níveis de avaliação – primária e secundária – que determinam as respostas cognitivas, comportamentais, emocionais e neurofisiológicas (autónomas ou endócrinas), de stress.

Segundo Lazarus (1999) a *avaliação primária* é um processo egocêntrico, centrado no indivíduo, na medida em que este tenta perceber os aspectos positivos que interessam alcançar e os negativos que é necessário evitar. Este processo é influenciado por um extenso conjunto de variáveis existentes no meio ambiente que, por sua vez, influenciam todo o processo de apreciação. Segundo o autor, estas variáveis podem dividir-se em *exigências*, *restrições*, *oportunidades* e *influências culturais*:

- as *exigências* correspondem a pressões implícitas ou explícitas do ambiente social para que a pessoa actue de determinada maneira e manifeste atitudes socialmente correctas;

- as *restrições*, por seu lado, referem-se àquilo que uma pessoa não deve fazer e que, se fizer, pode ser punido;
- as *oportunidades* surgem quando estão reunidas as condições para tomar uma determinada deliberação ou acção;
- as *influências culturais* referem-se a princípios genéricos que afectam um largo número de pessoas ao mesmo tempo, podendo ter também, a nível individual, uma repercussão significativa.

Posto isto, uma situação que é percebida pela pessoa, de uma forma antecipatória, e à luz das suas crenças, experiências, e dados situacionais, como uma ameaça ao seu bem-estar (porque violam as crenças acerca do mundo ou impedem o seu rumo de acção) e em que algo está em risco, caracterizar-se-á por emoções negativas de *ameaça* como por exemplo o medo, ansiedade, preocupação, ou em situações mais graves por emoções de *dano irreparável* como a cólera. Ao mesmo tempo são desencadeadas respostas comportamentais e psicológicas assim como de activação fisiológica. Por outro lado, uma situação que é entendida como *desafiante* caracterizar-se-á por emoções de *mudança* de índole positiva, como por exemplo, excitação, entusiasmo, estimulação, incentivo, avidez animação (Lazarus e Folkman, 1984 e 1985).

Uma situação idêntica, conforme já foi realçado anteriormente, pode ser avaliada de várias formas por diversas pessoas, ou pela mesma pessoa em momentos diferentes, fruto da acumulação de êxitos ou fracassos que a pessoa vai adicionando em relação a esse tipo de tarefa/situação (Serra, 2002).

Segundo Serra (2002), a educação influencia severamente o modo como a *avaliação primária* é realizada, podendo mesmo levar a uma apreciação distorcida. Isto porque a percepção é um processo complexo, onde as memórias afectivas e as experiências influenciam

a forma como a pessoa selecciona informação e traduz o mundo que o rodeia. O que é percebido não é, preferencialmente uma realidade indiferenciada, mas sim o que é percebido depende da selectividade que o observador faz em relação ao ambiente (Beck, 1985).

Na *avaliação secundária* a pessoa avalia a suas capacidades, os seus recursos e as suas opções face à situação que enfrenta. Este processo, segundo Serra (2002), pode, por si só, ser influenciado por:

- novidade / familiaridade do problema;
- pela possibilidade ou não da previsão do seu aparecimento;
- pela recordação de experiências prévias em situações semelhantes;
- por aquilo que outros fizeram em circunstâncias idênticas;
- pela clareza ou ambiguidade do significado;
- pela proximidade, a ocasião, a duração e a frequência do acontecimento;
- pelo custo e probabilidade de êxitos das várias opções disponíveis bem como dos recursos que possui;
- pelo estado de ânimo, temperamento, personalidade, estado físico.

Quando a pessoa identifica a circunstância como lhe sendo familiar, quando é possível prever a sua ocorrência e o seu significado, a pessoa tende a considerar o acontecimento indutor de stress como um desafio. Quando a ocorrência é considerada próxima, existem ao mesmo tempo mais circunstâncias desagradáveis, e se prevê que o acontecimento vá ter uma longa duração, então a pessoa tende a senti-lo como uma ameaça (Lazarus, 1999).

A *avaliação secundária* relaciona-se estreitamente com o conceito de *locus de controlo*. Este conceito, introduzido por Rotter em 1966, evidencia a importância das expectativas que o indivíduo tem acerca do resultado do seu comportamento na explicação do mesmo (Barros, 1993).

Rotter defende que os indivíduos possuem uma expectativa generalizada acerca do grau de dependência entre as ocorrências da vida diária e dos seus próprios comportamentos. Assim sendo, diz-se que o indivíduo tem *locus de controlo interno* quando este possui, geralmente, a expectativa de poder autonomamente controlar as situações que lhe surgem. Quando, pelo contrário, a pessoa sente que o controlo da situação depende mais de factores como a sorte, o acaso, o destino, ou da acção de outras pessoas ou instituições poderosas, em vez da sua única intervenção, diz-se que o indivíduo tem *locus de controlo externo* (Mendes, 2002).

Segundo Rotter (1966) a pessoa com *locus de controlo interno*, sendo uma pessoa com forte crença de que é capaz de controlar os acontecimentos que lhe surgem, tem maior probabilidade de: a) estar mais atento ao mundo que o rodeia, tentando adquirir informações úteis que lhe possibilitem reagir de forma mais adequada; b) de procurar melhores condições ambientais, c) atribuir maior importância às suas competências e capacidades, aos acontecimento positivos do que particularmente aos seus insucessos; d) mostrar maior resistência as tentativas de o influenciar. Logo, é uma pessoa que possui maiores hipóteses de realizar uma *avaliação secundária* positiva.

Por outro lado, a pessoa com *locus de controlo* predominantemente *externo*, tem maior tendência em mostrar-se agressivo (devido à impotência social e à frustração), dogmático, desconfiado, usando mais mecanismos de defesa, tendo, por isso, menores hipóteses de avaliar as suas capacidades de confronto da situação stressante de forma positiva.

O *locus de controlo* é uma característica relativamente permanente na pessoa que resulta da sua idade e desenvolvimento, das suas competências, da sua experiência e da sua história individual, sendo parte constituinte da personalidade de cada um (Mendes, 2002). Relvas (1985) refere, contudo, que a formação do *locus de controlo* é extremamente influenciado pela qualidade das relações familiares: pais consistentes, carinhosos,

encorajadores, não ameaçadores, que estimulem a independência, a afirmação e a autonomia estão a favorecer a formação de um *locus interno*; pais inconsistentes, imprevisíveis, punitivos, controladores, e já por eles bastante "externizados" estão, por outro lado, a estimular o *locus* predominantemente *externo* na criança.

De acordo com Mendes (2002), o conceito de *locus de controlo* está também intimamente relacionado com outro conceito, o de *percepção de controlo*. Se os recursos disponíveis forem superiores às exigências da situação, o indivíduo tem a percepção de ter controlo sobre a situação, portanto este terá uma maior expectativa de auto-eficácia. Se acontecer o inverso, o indivíduo sentir-se-á menos capaz de ultrapassar eficazmente a situação

Ao analisarmos cuidadosamente todos estes conceitos, percebemos que a avaliação da situação está associada ao conjunto de emoções que ela própria provoca no indivíduo, sendo que, por vezes, estas podem ser contraditórias. Efectivamente, aquilo que pensamos das situações configura a qualidade e a intensidade das emoções, ou seja, as emoções são geradas pelo processo de pensamento (Folkman e Lazarus, 1991 e 1994).

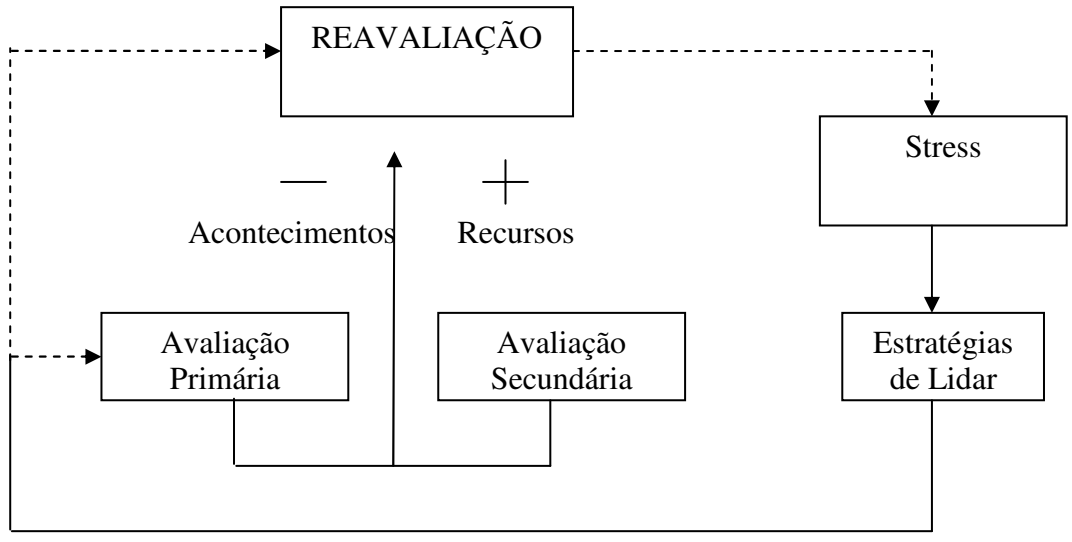
Deste modo, e conforme nos refere Oliveira (1998), é evidente a influência cognitiva, *à priori* e/ou *à posteriori* nos estados afectivos, e consequentemente na avaliação das situações. Ao balanço que se estabelece no interior do indivíduo entre as exigências criadas pela situação (*avaliação primária*), e os seus recursos e capacidade de resposta (*avaliação secundária*) dá-se o nome de *reavaliação* (Serra, 2002). Este processo não é estático, porque o indivíduo encontra-se constantemente a receber *feedback* da eficácia, ou por outro lado, ineficácia, das estratégias que aplicou na tentativa de resolver o problema encontrado.

A aplicação eficaz de estratégias pode assim ter um efeito desdramatizante em relação à *avaliação primária* entretanto realizada, dado que o significado do acontecimento pode, entretanto, ser alterado favoravelmente. O contrário é observado se houver fracasso das estratégias aplicadas.

As emoções geradas influenciam, deste modo, a estratégia subsequente (adequada ou inadequada) que o indivíduo demonstra face ao acontecimento que enfrenta. O processo de *reavaliação* é ainda produtor de emoções, na medida do significado atribuído pelo indivíduo à sua própria percepção da situação e dos seus recursos face a ela (Serra, 2002).

De acordo com Houston (1987), estas respostas estão dependentes, não só do processo de *reavaliação*, mas também de outros factores como a *constituição genética*; *vulnerabilidades pessoais* (facilitadas pelos factores genéticos e constituídas ao longo do desenvolvimento, pela educação, cultura); *sensibilização* (adquirida em relação a acontecimentos específicos); *repetição* e *intensidade*; *previsão do aparecimento*; *percepção de controlo*; *da sensação de capacidade ou incapacidade face ao acontecimento*; *estado emocional*; *activação vegetativa* e *estado hormonal* no momento; da *atribuição causal* (por exemplo, por má intenção de alguém); e do *tipo* e *qualidade* do *apoio social*.

À semelhança do processo de avaliação, a *reavaliação* também pode ser sujeita a distorções na tentativa de a pessoa minimizar ou ignorar os efeitos de dano ou ameaça que a situação contém, escapando, deste modo, ao stress. (Serra, 2002). O esquema seguinte esquematiza o processo de *reavaliação*:



Esquema 1: O Processo de Reavaliação (Serra, 2002)

Respostas ao stress

Após termos analisado as várias teorias do stress e as suas componentes, focalizando mais atentamente a *perspectiva transaccional* (dado que esta, pela sua conceptualização integrante da pessoa humana, revela-se melhor adaptada ao âmbito deste trabalho), partimos agora para a descrição das diversas componentes da resposta ao stress. Devido à abordagem de cariz emocional, cognitivo, definida para este trabalho, os tipos de resposta que mais nos interessam são necessariamente as desse tipo, sem contudo deixar de descrever, de forma sucinta e relacionada, a resposta fisiológica.

Não podemos tratar o stress e a emoção como dois campos que não estão interligados sem prestar a devida atenção a ambos. Existem mais particularidades comuns do que divergências, pela forma como afectam o bem-estar psicológico, o funcionamento da pessoa e a saúde física (Lazarus, 1999). Posto isto, torna-se necessário conhecer o conceito de emoção e o modo como estas se repercutem no comportamento humano.

Levenson (1994) define emoções como fenómenos psico-fisiológicos de curta duração que representam formas de adaptação às exigências do meio ambiente. São consideradas pelos autores como sendo de extrema importância, quer sob a perspectiva biológica (induzem modificações corporais como a contracção muscular, activação do sistema nervoso vegetativo, e certas secreções hormonais), quer na perspectiva psicológica (afectando a percepção, o pensamento, a memória, a atenção, a consciência crítica e as fantasias) e social (influenciando aspectos variados que vão desde a personalidade até às relações sociais).

Dada emoção predispõe a pessoa a pensar e a agir de determinada maneira, constituindo uma motivação para a acção do indivíduo (Izard et al, 1998). Por isso, Lazarus

(1999) refere que se percebermos o que significa cada estado emocional e se verificarmos qual a emoção experimentada por uma pessoa em determinado momento, ficamos a perceber o grau de adaptação dessa pessoa.

Lazarus (1999) considera que há quinze tipos de emoções que podem ocorrer durante o stress. O medo, a tristeza e cólera são consideradas inatas e por isso estão presentes em qualquer idade. No entanto, a sua expressão ou inibição depende do desenvolvimento cognitivo e do contexto cultural em que vive (Serra, 2002). Algumas das restantes, como a inveja, o ciúme, a ansiedade, a culpabilidade, a vergonha, o alívio, a esperança, a felicidade, o orgulho, o amor, a gratidão e a compaixão podem não estar presentes nas crianças pela complexidade cognitiva que exigem. Seguidamente, é realizada uma pequena explicitação das emoções habitualmente expressas tendo como referência Whaley e Wong (1997):

- cólera: surge quando a pessoa enfrenta uma ofensa depreciativa para si e/ou para os seus. Tem como objectivo principal preservar a auto-estima e a liberdade da pessoa. Pode originar agressividade verbal ou física;
- inveja: surge quando a pessoa deseja algo que outra pessoa tem;
- ansiedade: emoção difusa que surge na presença de uma ameaça sentida. Esta emoção é bastante frequente, podendo ser identificada, quer pelo seu comportamento da pessoa quer por expressões faciais;
- medo: surge quando a pessoa se depara com um perigo físico imediato e concreto. Pode originar estratégias de fuga e evitamento, que permitem evitar ou fugir de uma ameaça real;
- vergonha: surge quando a pessoa não é capaz de atingir os objectivos a que se propôs. Pode-se tornar particularmente difícil e desgastante se esse objectivo representar uma faceta da sua personalidade e carácter;

- alívio: ocorre quando a ameaça que o indivíduo sentia não se concretizou ou quando a situação que este vive se modificou para melhor.
- tristeza: surge quando a pessoa avalia a situação como irreparável. Suscita uma estratégia de inacção que tem finalidades reparadoras.
- orgulho: ocorre quando a pessoa tem a percepção de se ter saído bem em determinada situação, ou quanto esta sente ter atingido algum objectivo que tem especial importância, sobretudo, para outra pessoa.

Uma situação de stress, qualquer que ela seja, provoca uma alteração de maior ou menor grau no padrão intelectual do indivíduo. Uma das capacidades essenciais afectadas é a percepção, já que o indivíduo passa a ver o ambiente que o rodeia de uma forma distorcida fazendo, deste modo, avaliações incorrectas, tornando-se intelectualmente menos produtivo.

A tolerância à frustração também diminui e o indivíduo torna-se mais facilmente irritável, impaciente e ansioso. Este estado apreensivo e dramatizador da situação contribui para a diminuição da capacidade de atenção, concentração e memória, e consequente comprometimento da capacidade de percepção acima descrita. Este círculo de situação de stress – pensamentos dramatazidores, pode concorrer para a manutenção e agravamento dos factores de stress iniciais, já que a pessoa, não conseguindo fazer face ao mesmos, poderá distorcer a percepção da situação ansiosa em que vive (Serra, 2002).

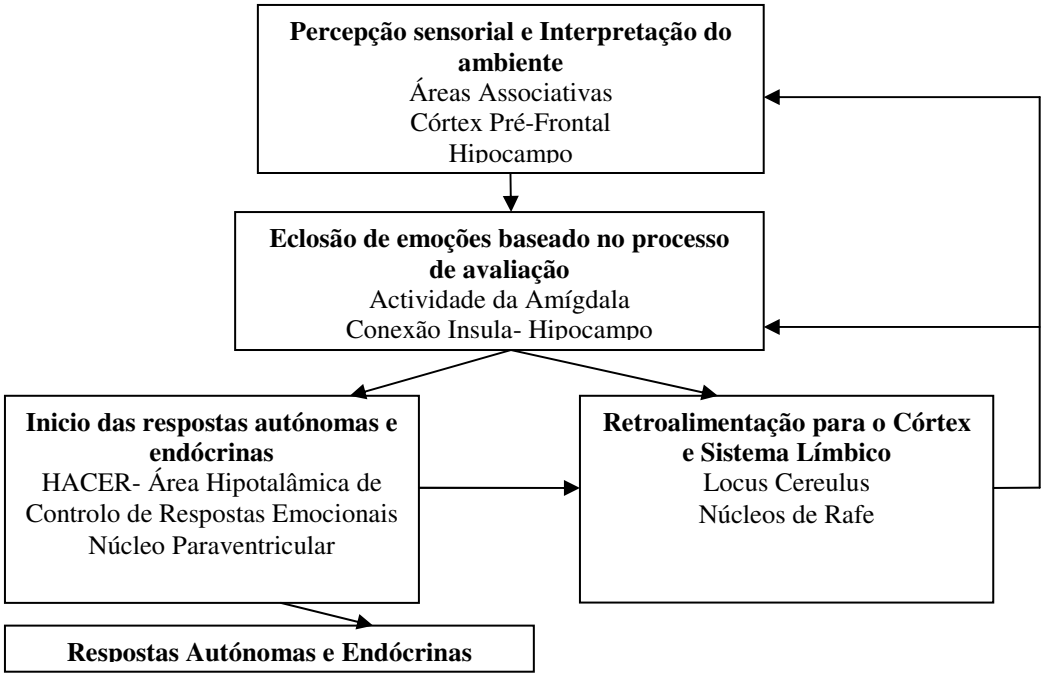
Além das componentes de carácter emocional e cognitiva a reacção ao stress inclui também componentes fisiológicas. Segundo Phipps et al (2003), a intensidade desta reacção depende essencialmente de três factores: *intensidade do estímulo*: grandes catástrofes e desastres provocam reacções de stress em quase todos os indivíduos enquanto pequenos

acontecimentos podem provocar stress somente a alguns; *duração do estímulo*; e *percepção de controlo.*

Segundo Phipps et al (2003), as substâncias libertadas pela hipófise – as catecolaminas, o ACTH, o cortisol, o ADH, os opiáceos endógenos e a hormona do crescimento – possibilitam uma reacção orgânica abrangente que permite à pessoa ultrapassar os factores de stress que se lhe colocam ou, por outro lado, afastar-se deles. A reacção orgânica total traduz-se em:

1. Aumento, a nível sanguíneo, de substratos necessários à energia – glucose – para o tecido nervoso e ácidos gordos para outros tecidos;
2. aumento da captação de oxigénio, para o fornecimento dos processos metabólicos;
3. manutenção do volume vascular e aumento da função cardíaca, para transporte de nutrientes e oxigénio até aos tecidos e para remoção de produtos de excreção;
4. aumento na actividade respiratória, para eliminação do dióxido de carbono em excesso produzido durante o período que o indivíduo está a lidar com o factor de stress, e para o aporte de mais oxigénio;
5. aumento da actividade muscular e do estado vigil, que poderá permitir o enfrentamento ou a fuga ao factor de stress;
6. aumento no aporte sanguíneo ao cérebro, que poderá permitir a tomada de decisões, a activação de mecanismos de defesa psicológicos, ou a resolução de problemas.

Mendes (1998) representa, de uma outra forma, a reacção fisiológica a situações stressantes, considerando a importância dos factores emocionais e cognitivos em todo o processo.



Esquema 2: Reacção Fisiológica ao Stress (Mendes, 1998)

Para Mendes (1998), e conforme o esquema, os cinco principais passos deste processo são: estimulação Sensorial e interpretação do ambiente; eclosão de emoções baseadas nos processos de avaliação; *início das respostas do sistema nervoso autónomo e endócrino retro alimentação para o córtex e sistema límbico*; e *respostas do sistema nervoso autónomo e endócrino*.

Segundo Lovallo (1997), é evidente a associação entre a *avaliação primária* da teoria de Lazarus e as funções do lobo frontal, responsável pela atribuição de significados aos acontecimentos. Em relação à *avaliação secundária*, parece existir uma relação entre as estratégias de *coping* escolhidas e o grau de actividade do córtex pré-frontal (responsável pela génese das emoções) e de outras estruturas especializadas na formação de respostas emocionais. Ambos os passos do processo de avaliação envolvem actividade do sistema

límbico, incluindo a amígdala e o hipocampo que tendem a alcançar o equilíbrio (Mendes, 1998).

Estes dados vêm corroborar a *teoria transaccional* que defende uma forte conexão entre emoções, comportamentos e *homeostase* interna.

Moderadores do stress

A questão de perceber como diferentes acontecimentos podem na sua globalidade determinar a situação de saúde das pessoas é o coentro de discussões sobre o stress. As investigações parecem confirmar que não è a mudança em si que tem importância, mas sim o significado que é atribuído a esses acontecimentos vivenciados pelas pessoas que é crucial (Mendes, 2002). Isto poderá explicar porque é que acontecimentos aparentemente menos significativos podem desencadear crises, no entanto ao ter este aspecto em consideração e no sentido de perceber os factores de vulnerabilidade e de resistência ao stress desenvolveram-se investigações para a explicação e compreensão destes acontecimentos (Mendes, 2002), desta forma iremos reflectir sobre alguns aspectos considerados como moderadores de stress.

Segundo Serra (2002), o processo de avaliação inclui como etapa essencial a *percepção de controlo*, que permite ao indivíduo apreender a situação que vive como benéfica ou prejudicial. Como já foi dito anteriormente, as emoções e as alternativas resultantes da percepção interagem mutuamente, sendo que as emoções possuem uma influência motivacional, afectando a forma como o indivíduo reage e põe em prática as alternativas que possui. Deste modo, o comportamento adoptado face à situação stressante poderá alterá-la, informação que retornará ao indivíduo em forma de *feedback*, advertindo-o da eficácia das suas opções e interferindo com o desenrolar subsequente dos acontecimentos.

Depreende-se desta forma, que a *percepção do controlo* da situação é um factor chave rumo à libertação do stress por parte do indivíduo, daí a sua extrema importância a nível clínico. Ter o controlo ou apenas a percepção de controlo sobre um factor nocivo, acreditando que se pode influenciar a relação com o factor através da alteração de algumas partes do meio

ambiente que lhe dizem respeito, diminui o impacto do stress, havendo efeitos profundos em relação à resposta vegetativa, endócrina e imunológica (Gatchel, Baum e Krantz, 1989).

Posto isto, um dos principais passos que um profissional de saúde pode dar para ajudar uma pessoa que sofra de stress exagerado é desenvolver junto dela um conjunto de instrumentos que lhe dêem sensação de controlo (nem que seja ilusória) sobre determinada circunstância. Isto irá melhorar o sentido de competência e de predictabilidade face à presença ou ausência de situações adversas, apetrechando o indivíduo de novos instrumentos que facilitarão o confronto de situações futuras ainda mais complexas (Serra, 2002).

De acordo com Morling e Fiske (1998) existem três tipos de estratégias relacionadas com o controlo, que seguidamente são descritas:

1) *Controlo centrado na Situação ou controlo Primário*: corresponde aos esforços usualmente utilizados para lidar com o stress. Tem como variedades:

- *Controlo do Comportamento*: ocorre quando a pessoa possui uma alternativa de resposta que lhe permite lidar adequadamente com o acontecimento indutor de stress. Mesmo que essa alternativa não seja posta em prática, só o facto de existir a percepção de que há uma alternativa possível, pode ser diminuidora da sensação de stress;
- *Controlo Cognitivo*: advém da possibilidade que o indivíduo sente de se distanciar das ocorrências desagradáveis atrás de processos de interpretação e de avaliação;
- *Controlo de Decisão*: relaciona-se com as oportunidades que um indivíduo tem de poder escolher entre diversas opções para lidar com determinado acontecimento;

- *Controlo da Informação*: refere-se à informação pormenorizada que se obtém acerca de determinada ocorrência desagradável. As informações recolhidas reduzem a ambiguidade da ocorrência e ajudam geralmente a pessoa a lidar e a ajustar-se melhor à situação;
- *Controlo Retrospectivo*: diz respeito à modificação das crenças sustentadas sobre as causas de dado acontecimento, depois de este ter ocorrido.

2) *Controlo Centrado no Indivíduo ou controlo Secundário*: neste tipo de controlo, os esforços realizados não têm por finalidade intervir sobre a circunstância, sendo antes orientados pelo indivíduo na forma da modificação dos seus objectivos, expectativas, percepções ou interpretações. Tem a vantagem de permitir que a pessoa sinta controlo sobre a situação mesmo que não tenha oportunidade de intervir sobre ela. Contudo, segundo Serra (2002), em situação de doença ou acidente grave, dificilmente uma pessoal adulta conseguirá intervir de forma satisfatória sobre a circunstância. Este é, aliás, o motivo que o leva a recorrer aos cuidados em serviço de urgência.

3) *Ausência de Controlo*: na situação de ausência de controlo, a pessoa impelida a desenvolver um conjunto de estratégias. São exemplos: a busca mais detalhada de informação (que costuma ocorrer quando a pessoa não controla os resultados de determinado tipo de acontecimento); a reacção contra a privação de controlo, caracterizada, muitas vezes, por emoções de cólera e hostilidade (que costuma ocorrer quando a pessoa sente que o controlo sobre si e a liberdade está posta em causa); e o desespero (quando a pessoa sente que o que lhe está a acontecer ultrapassa os limites possíveis do seu controlo pessoal).

De acordo com Bergman et al. (1990), apoio social é um termo abrangente que se refere: 1) à *quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa*; 2) à *força dos laços estabelecidos*; 3) à *frequência do contacto*; 4) *ao modo como é percebido que existe e pode ser útil esse apoio*.

Uma pessoa que por si só não consegue colmatar as necessidades, pelo menos em certas circunstâncias, precisa dos outros (Cutrona, 1996).

Hobfoll e Vaux (1993) reforçam a ideia de Bergman de que o importante não é a existência de laços de apoio social, mas sim a percepção por parte do indivíduo da ajuda efectivamente fornecida por estes. Deste modo, os autores desdobraram o conceito de apoio social em três constructos:

1) *Recursos da rede social*: consiste nas relações sociais disponíveis e que podem ser chamadas a prestar ajuda em caso de necessidade;

2) *Comportamento de apoio*: consiste na troca de recursos entre pelo menos dois indivíduos, em que um é o dador, e outro é o receptor, e em que a troca tem o intuito de aumentar o bem-estar do receptor;

3) *Avaliação subjectiva de apoio*: consiste na percepção do indivíduo e no significado que este atribui ao auxílio prestado.

As diferentes relações sociais significativas e a prestação de apoio social vão evoluindo ao longo da vida à medida do desenvolvimento do indivíduo (Newman e Newman, 1995).

De acordo com Cutrona e Russel (1990), Powell e Enright (1990), pode referir-se que existem seis tipos de apoio social:

1) *apoio afectivo*: em que as pessoas se sentem estimadas e aceites pelos outros apesar dos seus defeitos e limitações, promovendo assim a melhoria da auto-estima;

2) *apoio emocional*: que é representado pelos sentimentos de apoio e segurança que um indivíduo pode receber;

3) *apoio perceptivo*: que é aquele que ajuda o indivíduo a realizar uma avaliação mais correcta do problema, dar-lhe outro significado e a estabelecer objectivos mais realistas;

4) *apoio informativo*: que incluem os conselhos e as informações que ajudam o indivíduo a clarificar a situação;

5) *apoio instrumental*: que consiste na recepção de ajuda em termos de materiais ou serviços para a atenuação ou resolução de um problema;

6) *apoio de convívio social*: que baseia-se na distracção e alívio de tensões acumuladas conseguido através da sensação de integração e pertença.

Weiss (1974, citado por Serra, 2002), menciona que o apoio social, quando prestado, cumpre com um conjunto de funções, entre elas, o estabelecimento de elos afectivos proporcionadores de maior segurança, a integração social, o reconhecimento do valor e competência do indivíduo, e o desenvolvimento de atitudes solidárias.

Deste modo, pode dizer-se que o apoio social constitui um elemento atenuante das condições agressivas do meio ambiente sobre o indivíduo, funcionando como um factor de resistência ao stress (Mendes, 2002).

Coping: conceitos, modelos e estratégias

Coping e Mecanismos de Defesa são dois conceitos que normalmente surgem quando se fala de stress e que muitas vezes se confundem. No entanto, têm definições e origens diferentes: o *coping* é um conceito que deriva das teorias cognitivas enquanto que os mecanismos de defesa derivam das teorias psicanalíticas. Deste modo, e feito este esclarecimento, partimos para o de ponto de vista do coping, na concepção do stress.

O *coping* é um processo que está intimamente relacionado com o stress. É um termo em inglês de difícil tradução mas que significa em português "lidar com" ou "gerir". A *Teoria Transaccional do Stress* de Lazarus descreve-o como o conjunto de diligências comportamentais e cognitivas por parte de uma pessoa e que constituem um processo para gerir ou lidar solicitações especificas ou excessivas, independentemente da sua eficácia (Oliveira, 1998), podendo essas solicitações provir de situações internas – pensamentos, sentimentos, doença física; ou externas – estímulos físicos, relações interpessoais, acontecimentos comunitários, etc. (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Este processo abrange um conjunto extenso de atitudes que visam minimizar, evitar, tolerar e aceitar as condições stressantes ou constituem mesmo tentativas de controlo do meio.

Abrange ainda, segundo Lazarus e Folkman (1984 e 1999), qualquer coisa que a pessoa pense, sinta ou faça face ao stress, independentemente dos resultados adaptativos que daí resultam.

Da definição de *coping* estão excluídos todos os comportamentos adaptativos automatizados e aprendidos, que não requerem esforço e gasto de energia por parte do indivíduo na sua aplicação (Lazarus e Folkman, 1984 e 1991).

Embora haja um grande consenso em relação às funções que lhe estão atribuídas – lidar com o problema que cria o desequilíbrio e com as emoções negativas que daí decorrem –

o *Coping* tem sido classificado de modos distintos consoante os autores (Oliveira, 1998). De qualquer modo, para Oliveira (1998) e para Phipps et al. (2003) as duas grandes áreas estratégicas de *coping* são:

- Lidar com o Problema – *Coping Centrado no Problema* – em que os esforços e a energia são deslocados para a gestão, alteração ou dissolução do problema. Este tipo de *coping* acontece, normalmente, quando a situação é avaliada como passível de alteração por parte do indivíduo. Este tipo de estratégias, dirigidas para a resolução do problema, geram e avaliam alternativas em termos de custos e benefícios, escolhem uma alternativa e actuam. São exemplos de estratégias deste tipo: procurar informação sobre o que fazer, evitar acções impulsivas ou prematuras, confrontar a pessoa ou pessoas responsáveis pela própria dificuldade e alterar crenças próprias e compromissos. As estratégias podem ser dirigidas ao meio e/ou à própria pessoa no sentido de mudar o seu próprio comportamento ou na tentativa de obter um resultado favorável (Mendes, 1998). Estratégias centradas nos problemas aumentam o alerta, o nível de conhecimento e o alcance das opções cognitivas e comportamentais.
- Regular as Emoções – *Coping Centrado nas Emoções* – em que a energia do indivíduo é focada no controlo da resposta emocional vivida na situação, com o intuito de aliviar o seu impacto no bem-estar do indivíduo. Esta situação é mais provável de acontecer já que, segundo Lazarus e Folkman (1984 e 1991), o indivíduo tem maior tendência para, numa situação de stress, achar que nada pode fazer para modificar as condições de *dano*, *ameaça*, ou *desafio*. Este tipo de estratégias não visa a acção sobre a fonte do problema, mas sim as suas consequências. São exemplos, estratégias dirigidas à diminuição do sofrimento emocional como o evitamento, minimização, distanciamento, atenção

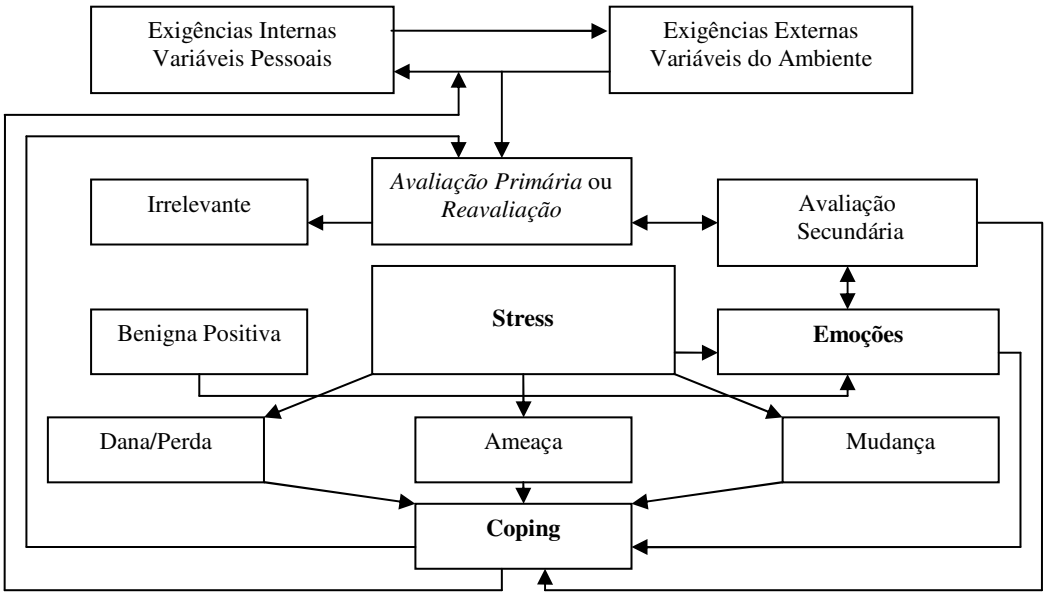
> selectiva, comparações positivas, e extrair valor positivo de situações negativas, procura de informação que conforte de alguma forma, humor, partilha de experiências em grupo, práticas mágicas e culturais, hostilidade, procura de justificação para os actos e/ou situações, uso de tranquilizantes, transferência de responsabilidade (Lazarus e Folkman 1984). São, portanto, estratégias intra-psíquicas, em grande medida cognitivas (Phipps et al., 2003) que, apelando a mudanças psicológicas, recontextualizam o problema de modo a que este se torne menos incómodo para o indivíduo.

Cada uma das estratégias de *coping* tem os seus custos e benefícios. Aquelas centradas nos problemas são geralmente as que despendem mais energia e que precisam de mais tempo para se tornarem eficazes, mas são potencialmente mais efectivas na diminuição da ameaça causada pelo acontecimento. Por outro lado, as outras centradas nas emoções consomem menos energia e proporcionam ao indivíduo um alívio imediato, embora mais curto, o que pode provocar o desgaste pelo uso e gasto de energia consecutivo (Mendes, 1998).

A classificação da estratégia de *coping* em centrada no problema ou centrada nas emoções depende não do seu resultado mas da intenção para que foi usada. De qualquer modo, essa função depende do contexto situacional em que é utilizado e pode mesmo ser considerado simultaneamente como tendo os dois tipos de funções (Lazarus e Folkman, 1991.

A validade de uma estratégia nunca é incondicional visto que são tarefas úteis e adaptativas, mas que dependem do contexto, porque as estratégias só por si não são boas ou más, eficazes ou ineficazes, apropriadas ou inapropriadas; isto é, a sua eficácia só é determinada pelo efeito que têm na situação, a curto e longo prazo e em campos específicos como o moral, social e a saúde (Lazarus e Folkman, 1984). O *coping* é, por isso, em grande parte, um processo situacional, específico e dinâmico, que se altera perante o contexto e perante o desenvolvimento da situação stressante, em virtude das constantes avaliações da

pessoa acerca da mesma e do sucesso das estratégias de *coping* que aplica. É deste modo evidente que o *coping* está intimamente relacionado com as sucessivas apreciações e reapreciações da inconstante relação pessoa – meio ao longo das etapas do encontro stressante – fase antecipatória, de confrontação e fase de pós impacto, ou seja, com a *avaliação primária*, *secundária* e *reavaliação* (Oliveira, 1998).



Esquema 4: O Coping e o Modelo Transaccional do Stress. (Mendes, 1998)

Lazarus e Folkman (1984) acrescentam ainda que é esta constante avaliação e reavaliação do desenrolar da situação que influencia o próprio processo de emoções aí gerado. O *coping* é, por isso, uma variável mediadora (porque é gerado na própria situação, mudando a relação do precedente com o resultado) da resposta emocional no processo de transacção com o meio, transformando as emoções de forma dinâmica e recíproca e afectando decisivamente o bem-estar físico e psicológico do indivíduo.

Os estudos de Lazarus e colaboradores vêm defender que, embora haja alguma estabilidade ou modos preferências de uso de *coping* para as mesmas fontes de stress durante a vida (Lazarus e Folkman, 1984), não existe concretamente o que se pode chamar de estilo pessoal de *coping*.

O estilo e a eficácia das estratégias de *coping* são influenciadas pela situação em questão, pelo estado de desenvolvimento da pessoa, pelo ambiente social e cultural, pelos recursos físicos e interpessoais existentes (Small, 2002; Phipps et al., 2003). Deste modo, facilmente se compreende por exemplo a criança em idade pré-escolar, condicionada pelo seu grau ainda primitivo de desenvolvimento cognitivo, social e cultural, está fracamente capacitada de estratégias de coping, sendo que a maioria delas são baseadas no controlo de emoções e caracterizadas por uma grande simplicidade.

Como forma de explicar o processo de coping encontraram-se na revisão da literatura, algumas abordagens distintas. A primeira delas, denominada Teoria da Evolução, baseia-se no modelo de experimentação animal, segundo o qual a sobrevivência individual e da espécie depende das actividades comportamentais para a resolução de problemas. Foi fortemente influenciada pela Teoria de Darwin, já que a sobrevivência depende de o animal descobrir o que é previsível e controlável no meio ambiente, de modo a evitar, escapar ou dominar agentes nocivos. Outro modelo tem origem na psicanálise, em que o coping é definido como pensamentos realistas e flexíveis de acções que resolvem problemas, reduzindo assim o stress. Este modelo é apoiado nas formas de pensar e perceber sobre o relacionamento da pessoa com o meio ambiente. Sendo assim, os comportamentos baseiam-se na reflexão e na cognição da pessoa e, também, em comportamentos adoptados por ele de forma inconsciente (Moos e Billings 1982).

Existe, ainda, uma abordagem do processo de coping que decorre do modelo interacionista cognitivo. Segundo esse modelo, ocorrem processos contínuos de avaliação e de categorização dos fatos, além da análise do significado especifico de um evento para cada pessoa. Os processos de avaliação cognitiva dependem da percepção subjectiva e da interpretação de um evento determinam a qualidade e a intensidade de uma reacção emocional e constituem a base para as actividades de coping, (Lazarus e Folkman 1984).

Antoniazzi, DeU'Aglio e Bandeira (1998) destacam quatro conceitos principais em torno do coping: coping é um processo ou uma interacção que se dá entre a pessoa e o ambiente; a função do coping é de gestão da situação stressora, ao invés de controlo ou domínio desta; o processo de coping pressupõe a noção de avaliação, verificando como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado para a pessoa; o processo de coping constitui-se com uma mobilização de esforço, pela qual as pessoas irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para gerir a s exigências internas e externas, da sua relação com o ambiente.

Lazarus e Folkman (1984) apresentam informações sobre coping e destacam a importância do estudo do significado dos acontecimentos para cada pessoa, como factor que interfere no bem-estar de cada um. Para os autores, o stress está vinculado à relação existente entre a pessoa e o seu meio ambiente. Cabe dizer que o princípio transaccional fundamenta-se em dois pontos centrais e determinantes para o desencadear de todo o processo de stress: a avaliação cognitiva do acontecimento e o controle do stress. À semelhança de Lazarus e Folkman, Nyamathi (1989) aborda o coping como um processo transaccional e enfatiza que a intensidade com que cada pessoa experimenta sentimentos de ameaça ou de desafio, é determinada pelo processo de conhecimento cognitivo e pela avaliação do stressor, sendo ambos mediados e simultâneos.

Mais recentemente, Taylor (1992) afirma que coping corresponde a um mecanismo mental que protege a pessoa de aspectos considerados ameaçadores, oriundos do ambiente ou de pensamentos. Este mecanismo baseia-se em comportamentos e sentimentos vivenciados anteriormente e considerados eficazes pela pessoa.

Para Miller (1992) coping é o modo das pessoas lidarem com situações que representam ameaça e/ou desencadeiam sensações desagradáveis e a forma de procurarem uma resolução. Mc Haffie (1992) refere que a maioria dos conceitos de coping diz respeito à tentativa de restabelecimento do equilíbrio em resposta ao stress, sendo vista como um processo dinâmico.

Para Dressler (1980), os mecanismos de coping podem ser divididos em acção directa e defensivo. Na acção directa, o indivíduo, com base na realidade subjectiva, identifica a situação stressante e desenvolve estratégias visando eliminar ou diminuir os efeitos produzidos pelo stressor. Os mecanismos defensivos se referem ao uso de uma opção de defesa psicodinâmica, como o suporte social.

Moss e Billings (1982) classificam os mecanismos de coping, conforme o enfoque principal em: focalizados na avaliação, no problema e na emoção. Os autores destacam que essas categorias não são processos exclusivos e podem, conjuntamente, participar do mecanismo de coping de um mesmo stressor. No coping avaliativo, os autores incluem a identificação da causa do problema; a pessoa recorre a experiências passadas e reflecte sobre possíveis acções e suas consequências, ou seja, avalia e reavalia situações; no coping centrado no problema, os autores destacam a busca de informações ou de conselhos sobre determinada situação (da realidade), o indivíduo solicita ajuda para a resolução do problema; no coping sob enfoque emocional, os autores lembram que estão envolvidos esforços dirigidos ao controle das emoções geradas por um problema, a pessoa trabalha com os seus sentimentos.

Os mecanismos de coping, segundo Daniels (1985), podem ser divididos em quatro áreas: auto domínio; domínio da carreira; uso de sistemas de apoio; e aprimoramento do sistema de organização e familiar. O autor destaca a importância da prática de exercícios, de uma alimentação moderada e regular, assim como de um planeamento de actividades individuais, estruturais e organizacionais de forma clara, coerente e objectiva.

Para Mc Connel (1982), a eficácia do coping não depende somente do que a pessoa faz, ou seja, do mecanismo utilizado, mas também do contexto onde está; assim sendo, o autor destaca a eficácia de um mesmo mecanismo quando usado em diferentes áreas.

Bianchi (1990) refere que diversos autores acreditam que um único mecanismo de coping não seja eficaz, sendo necessários vários mecanismos, para se obter um resultado favorável.

De maneira estratégica, Lazarus e Folkman (1984) abordam o coping de duas formas distintas: centrado no problema e centrado na emoção. No coping centrado no problema, a preocupação maior está na resolução. É necessário definir o problema, enumerar as alternativas, comparando-as em termos de custo e beneficio e escolher uma acção. São as estratégias voltadas para a realidade, consideradas mais adaptativas, pois são capazes de modificar as pressões ambientais, de diminuir ou eliminar a fonte de stress. Na realidade, essas estratégias podem estar dirigidas ao ambiente (fonte externa de stress), ou à própria pessoa (fonte interna de stress), sendo necessária a modificação dos estados motivacionais e cognitivos da pessoa.

No coping centrado no problema, as exigências do ambiente são identificadas e podem resultar na acção da pessoa e na mobilização dos sistemas fisiológicos para o confronto da situação (Lazarus e Folkman, 1980).

O coping centrado na emoção corresponde a estratégias que derivam, principalmente, de processos defensivos, o que faz com que os indivíduos evitem confrontar-se com a ameaça,

não modificando então a situação Esse tipo de coping pode ser considerado como um processo de *"reavaliação cognitiva",* uma vez que a pessoa realiza uma série de manobras cognitivas (fuga, distanciamento, aceitação, entre outras) com o objectivo de modificar o significado da situação, não importa se de forma realista, ou com distorção da realidade.

No coping centrado na emoção o objectivo é alterar a emoção da pessoa diante da situação, e assim, reduzir a sensação desagradável causada pelo stress (Lazarus e Folkman, 1984).

A redução da tensão, a manutenção de estados físicos, psicológicos e sociais estáveis, o controle de significado dos stressores são algumas das razões destacadas por Lazarus e Folkman (1984) como importantes para o uso de estratégias de coping.

Cada pessoa recorre aos seus recursos internos e externos, elege as suas estratégias de coping, conciliando-as, procurando, por intermédio delas, o controle ou a adaptação aos eventos identificados como stressantes. Se as estratégias de coping não forem efectivas para amenizar ou eliminar o evento, a pessoa entra em estado de exaustão.

Convém notar que a exposição continua a um ou a vários stressores eleva o nível de stress e nem sempre a capacidade ou habilidade de adaptação é possível.

CAPITULO II – ACOMPANHAMNETO DE PESSOAS EM FASE TERMINAL

A morte ao longo do tempo

A morte é um tema abordado com alguma dificuldade pela maioria das pessoas, tendo em conta tudo o que está implícito nesta fase tão importante da vida, especialmente por nos confrontar com a nossa própria finitude, assim como toda a carga emocional e sentimental, carregada com uma conotação dolorosa.

Sendo a morte e o luto uma situação de carácter peculiar e única, pode desencadear várias reacções, fazendo emergir problemas reais e potenciais na pessoa e na dinâmica familiar, assim como nos profissionais que cuidam de pessoas em fase terminal, constituindo por si só uma situação de crise.

A morte é a etapa final da nossa vida, sendo uma certeza que nos acompanha a partir do momento em que nascemos. Como tal, nada mais quotidiano e universal do que a morte. Contudo esta não pode ser apresentada perante nós próprios, apenas através do contacto com a morte do outro. É a doença e a velhice que nos dão o sinal de alarme para a tomada de consciência desta realidade imutável (Sousa, 1993).

Em épocas passadas a morte era vista como algo tão natural como o nascimento, uma vez que éramos confrontados com frequência com os familiares que morriam em casa, sendo os corpos tratados e velados pelos familiares. Desta forma o sentido da perda era então mais natural, a convivência com a morte era revestida de uma maior simplicidade, como algo que é inerente à condição humana (Ferreira, 1999). Actualmente, e ao contrário do que acontecia noutras épocas, a morte está a tornar-se cada vez mais impessoal, solitária, uma vez que as pessoas na fase terminal da sua vida são retiradas frequentemente do seu contexto socio-

familiar e levados para instituições hospitalares. A institucionalização da morte surge em grande parte como consequência das novas condições de vida e de habitação, à forma como se estrutura a família, normalmente reduzida, de uma sociedade preocupada com o seu bem-estar profissional e económico (Oliveira, 1999).

Tudo é feito para que se esconda a morte, incitando-nos a viver sem que pensemos nela, nos moldes de um projecto, voltados para objectivos a atingir, sustentados por valores de efectividade na procura de uma felicidade material (Xavier, 1999), pelo que a proximidade com a morte surge muitas vezes como uma ameaça ou injustiça. É com alguma frequência que nos apercebemos que as pessoas hospitalizadas morrem isoladas, muitas vezes sem a presença das pessoas que lhes são significativas e sem que os profissionais de saúde os consigam ajudar numa etapa tão importante da vida.

Este problema reflecte frequentemente o objectivo assumido pelas instituições hospitalares ao longo da sua história, nomeadamente o tratar a doença, desenvolver a saúde, reabilitar e contribuir para uma integração na família, no trabalho e na comunidade (Sapete, 1997), estando por esse motivo mais habilitadas para os processos de cura.

A morte faz parte de todos nós e o seu poder passa pelas pessoas doentes que sabem que o seu fim está próximo. Quando a morte está presente, as pessoas sentem-se perturbadas e a relação com o meio altera-se profundamente (Thomas, 2001). Na verdade, não é necessário saber que estamos condenados, para que tenhamos consciência de que vamos morrer, pois a morte do outro remete-nos para a nossa própria morte, interpelando-nos e lançando-nos para uma prova da nossa fragilidade, forçando-nos a ver e ouvir o que até então nos tinha escapado (Thomas, 2001).

A morte nem sempre foi encarada da mesma forma ao longo da história. As vivências variam de acordo com a época, cultura, sociedade, família e indivíduo. As alterações surgem

de forma lenta e apesar da morte ser alvo de reflexão empírica desde há muito tempo, os trabalhos científicos desenvolvidos são relativamente recentes. Não obstante o homem tem sempre procurado enfrentar a morte, desenvolvendo estratégias de forma a prolongar a vida pelo máximo de tempo que lhe for possível.

Na idade média as taxas de mortalidade atingiam valores tão elevadas que a morte era encarada com algo do quotidiano, fazendo parte da vida das pessoas, portanto algo com que estas se encontravam familiarizadas, sendo os rituais e cultos apenas processos que se julgavam facilitadores do acesso à vida eterna (Ariès, 1989).

No final do século XVIII a morte ultrapassa o dia a dia das pessoas pela associação que é feita com a peste. Sem ser negada a morte é afastada; a higienização e a ciência iniciam a sua influência. Surge um novo sentido da morte e então dramatiza-se, pensando mais na morte do outro, recordando-o com alguma saudade; assim o envolvimento afectivo da parte dos familiares mais próximos emerge com outro significado que se vai acentuando ao longo dos tempos (Ariès, 1989).

No século XIX, a aceitação da morte é mais difícil do que em tempos anteriores por parte de quem fica, porque pensar na morte do outro era como confrontar-se com a própria morte e deparar-se com dificuldades para a contornar (Ariès, 1989). Este sentimento é intensificado a partir de 1930, em que se evita à sociedade e ao círculo de relações o incomodo e a emoção intensa, causadas pela agonia e pela simples da presença da morte em plena vida (Ariès, 1989). Assim a morte transforma-se em algo vergonhoso, não familiar e interdito, representando uma temida ruptura com a vida (Oliveira, 1999).

Os rituais de morte mantêm, na sua essência, a aparência, mas despojam-se da sua carga dramática. Esta evolução consiste essencialmente na deslocação do local da morte, isto é, já não se morre em casa acompanhado pelos familiares e amigos, mas morre-se isolado num hospital sem a oportunidade de controlar as circunstâncias da morte (Oliveira, 1999). De

facto os médicos e os enfermeiros adiam o mais possível o momento de avisar a família, assim como lhes é extremamente difícil avisar a própria pessoa do seu estado. Tal deve-se ao receio de se envolverem numa cadeia de reacções sentimentais que os farão perder, tal como ao doente e família, o controlo de si mesmos (Ariès, 1989).

A par de uma morte institucionalizada, actualmente as cerimónias fúnebres e quase todas as suas formalidades ficam usualmente sob a responsabilidade dos profissionais da morte, capazes de realizar este acto de forma discreta e asséptica (Oliveira, 1999).

A partir do momento do nosso nascimento dá-se início ao percurso da nossa indubitável morte. Tal como o nascimento marca o inicio da vida, a morte marca o seu final, representando a passagem de um estado para outro, sendo uma realidade que nos segue constantemente em tudo o que somos.

O nascimento é um momento de alegria, e em contrapartida a morte transformou-se num dos grandes medo da nossa sociedade, evitando-se de várias forma falar sobre ela, mas como não a podemos evitar, temos a audácia de não pensar sobre ela (Oliveira, 1999).

Esta atitude é atribuída em parte ao seu carácter inevitável, e ao facto de permanecer incógnita quanto à forma com irá ocorrer. A morte significa romper com os laços afectivos, com projectos de vida e muitas vezes é também, independentemente das convicções religiosas ou filosóficas que se teve durante a vida, ver-se confrontado com a interrogação da pós-vida (Abiven, 2001).

Compreender que a morte é uma necessidade, que nos espreita e em breve nos atingirá, deixa-nos de alguma forma uma porta aberta. Para não nos angustiarmos, apoiamo-nos na vida, com a esperança de sobreviver, enquanto que a pessoa em fase terminal, não tem essa possibilidade, pois sabe que a sua existência tem um limite previsível (Thomas, 2001). No entanto é importante ter presente que estas pessoas são acometidas por um manancial de

receios e angustias, associadas muitas vezes a um medo bastante intenso face ao decurso da sua situação.

O medo pode ser definido como uma inquietude perante um perigo real, sendo este universal, inseparável da condição humana e pensa-se que será uma das primeiras emoções que o ser humana expressa (Andrés, 1995). O sentimento de finitude surge como antagónico ao sentimento de omnipotência do homem actual; como tal surgem medos associados à perda de pessoas significativas ou de bens materiais, à não realização de projectos, à solidão, à perda da auto-estima e auto-controlo, à alteração da auto-imagem, às dores, ao sofrimento e à perda de capacidades mentais (Grilo, 2001).

De acordo com Andrés (1995), são várias as razões que levam as pessoas a ter medo da morte, nomeadamente o facto de a morte ser entendida como um fracasso na busca constante da eternidade. O medo do que poderá acontecer após a morte pode levar a mudanças significativas na vida de uma pessoa, a par do medo de sofrimento associado ao processo de morte. Embora a ideia da morte, e de que se morrerá um dia, esteja presente intelectualmente desde a primeira metade da infância, inconscientemente a maioria das pessoas acreditam que irão viver até à velhice, devendo-se este facto, em grande parte, à influência da sociedade em que nos encontramos inseridos (Stederford, 1989).

A nossa morte e o medo de morrer podem ser experienciadas apenas de duas formas, de forma imaginária ou real e verdadeira. A morte do outro é a forma como usualmente experimentamos a morte imaginária (Andrès, 1995; Thomas, 2001), sendo este momento por excelência facilitador de reflexão sobre esta condição. É a partir deste momento que nos apercebemos das nossas fragilidades e limitações enquanto seres humanos e organismos vivos, surgindo a consciencialização de que também nós somos mortais e por conseguinte o medo de morrer.

Este medo é muito maior nos jovens e nas pessoas que têm uma vida preenchida ou com projectos de vida futura. Segundo Stederford (1989), nestes casos não há tanto o medo de morrer, mas sim relutância em morrer e raiva de uma morte prematura.

No caso de pessoas que experimentaram uma situação em que a sua vida correu riscos, a proximidade da morte pode levar a uma ansiedade intensa e à activação de mecanismos de defesa, reprimindo a lembrança desses acontecimentos, por outro lado a pessoa que enfrenta essas lembranças poderá sentir a necessidade de definir novas estratégias e prioridades na sua vida (Stederford, 1989).

No entanto, e independentemente das experiências de vida face à morte, e ao contrário do que durante muitos séculos acontecia, e em que as pessoas em fase terminal aguardavam o desfecho da sua vida no seio da sua família, actualmente e tendo em conta a valorização da saúde e da vida face à morte, as pessoas em fase terminal normalmente terminam esta etapa da vida em instituições hospitalares (Oliveira e Simões, 2000).

A par das evoluções tecnológicas e cientificas a que se tem assistido a partir do século XX, a cultura e a organização do hospital sofreu profundas alterações, deixando de ser considerada uma instituição de caridade, para se converter numa instituição centrada na cura, onde a morte pode ser encarada como um fracasso da ciência. Paradoxalmente tem vindo a transformar-se no local privilegiado da morte (Ariès, 1989), sendo cada vez mais frequente a prestação de cuidados a pessoas que estão a viver a sua etapa final da vida.

A crença por vezes exagerada na eficácia da medicina, a existência de tecnologias mais sofisticadas, as alterações nas estruturas e dinâmicas familiares, a dificuldade ou diminuta resposta das estruturas sociais de apoio, são alguns factores a ter em conta no fenómeno da institucionalização da morte, isto é, muitas vezes morre-se no hospital, pois é neste que se proporcionam os cuidados que já não são viáveis em casa (Ariès, 1989).

Esta temática é um assunto que no hospital, tal como na sociedade em geral, é pouco explorado, muitas vezes receado e disfarçado por acarretar o medo e a incerteza e interpelar as crenças, os valores e as atitudes pessoais (Alba et al, 1993). Facilmente constatamos que a morte é escondida a todo o custo. Escondemos a morte como se de algo sujo se tratasse, vendo nela apenas o horror, absurdo, sofrimento inútil e penoso, como um culminar da vida, retirando-lhe o que lhe confere sentido e valor (Hennezel, 2000).

Para além da dor física e psicológica inerente ao processo da morte, a pessoa em fase terminal tem de enfrentar a maior das dores, o sentimento de ficar à parte na vida dos outros (Grilo, 2001). É com alguma frequência que estas pessoas passam a ser um numero entre tantas outras, sendo vistas e cuidadas como um objecto, rodeando-a de tecnologias que visam o prolongamento da vida, mas sem serem alvo de acções que visem a sua dignidade nos últimos momentos da sua vida (Oliveira, 1999).

Cuidar de pessoas que estão a morrer constitui só por si uma situação extremamente difícil para o profissional de ajuda. No entanto estas pessoas precisam de profissionais que tenham a capacidade de se despojar da armadura do seu profissionalismo e consigam estabelecer uma verdadeira relação, um envolvimento positivo (Sousa, 1993), nesta fase tão importante da vida. Talvez seja este um dos maiores desafios que se coloca aos profissionais de saúde, o de contribuir para a ressocialização da morte (Oliveira e Simões, 2000).

A pessoa em fase terminal apesar de se encontrar perto de morte, continua a apresentar as mesmas necessidades que outro qualquer doente, no entanto, é imperativo ter presente a especificidade decorrente da sua situação (Barros, 1988). Quando se prestam cuidados, as actividades que os técnicos desenvolvem, e mais especificamente os enfermeiros, não devem visar a cura, mas sim visar a ajuda para que a vida decorra com a melhor qualidade possível, prestando uma assistência humana e compreensiva, assegurando a qualidade na vida que ainda lhe resta viver, ajudando-o a melhor viver para melhor morrer (Barros, 1988).

Acompanhar pessoas em fim de vida

O contacto quase permanente por parte dos profissionais de enfermagem, com pessoas ao seu cuidado em fase terminal e com a morte, os problemas de identificação, culpabilidade e de identidade que daí advêm, traduzem-se habitualmente num elevado nível de stress, que se torna desgastante do ponto de vista emocional (Hennezel, 2001). A mesma autora refere-nos ainda como um factor que contribui para o desgaste a morte como um problema sem solução, incutindo nos profissionais sentimentos de frustração, impotência, agressividade, etc.

Tendo em conta a natureza da sua intervenção, os enfermeiros pertencem a um dos grupos de profissionais que mais se encontram expostos a situações de morte e de acompanhamento de pessoas em fase terminal, deparando-se frequentemente com a dor e o sofrimento. Sentindo-se por vezes desarmados, consideram que geralmente este sofrimento ultrapassa o limite das suas competências (Xavier, 1999).

Perante a degradação física e psicológica de que os doentes em fase terminal são alvo, os enfermeiros constatam que os seus saberes e os seus cuidados não impedem a evolução da doença nem asseguram a manutenção da vida da pessoa, desencadeando sentimentos de frustração e impotência (Henriques, 1995). Para o mesmo autor o medo de sofrer leva a um menor investimento a nível afectivo, evitando estar na presença do doente ou mantendo um contacto superficial. Contudo é de referir que o modo como cada enfermeiro acompanha os doentes nesta fase de vida, depende igualmente de factores como a representação que este tem do ser humano e a concepção que tem da vida e da morte (Xavier, 1999).

Relativamente aos estudantes de enfermagem as expectativas relacionam-se com as dificuldades envolvidas no cuidar de pessoas em fase terminal na dificuldade em lidar com os familiares dessas pessoas e na vertente emocional, o sofrimento em ver o sofrimento do outro,

com, e numa outra vertente que é a frustração que eventualmente poderão sentir por não serem capazes de fazer algo por alguém que vai morrer (Kiger, 1994). Kiger, 1994 refere-nos que alguns estudantes indicam não ter lidado com as situações de morte com que se depararam durante os seus ensinos clínicos. Estes estudantes parecem sentir que de alguma forma deveriam ser mais afectados por estas circunstâncias, demonstrando alguma preocupação por não estarem a gerir eficazmente os seus sentimentos, no entanto expressam um sentimentos de satisfação, pelos esforços das equipes que lhes fornecerem apoio para lidarem com as experiências relacionadas com a morte.

A morte de alguém que está ao nosso cuidado usualmente é perturbadora, porque no fundo esta faz-nos lembrar que também somos mortais, confrontando-nos com os nossos sentimentos em relação à morte e ao morrer (Fontes, 1995). Cuidar de uma pessoa em fim de vida impõe ao enfermeiro a realização de uma profunda reflexão sobre este fenómeno. Analisar os seus medos e angústias permite-lhe desenvolver uma maturidade facilitadora da compreensão da morte como etapa do ciclo de vida e do recurso a diferentes formas de comunicação com o objectivo de diminuir a ansiedade, a insegurança e garantir uma presença reconfortante para si e para o outro (Maia e Lopes, 2000).

Os enfermeiros ao acompanharem estas pessoas atravessam processos psicológicos e emocionais, os quais segundo Bohner e Nolan (1978) podem ser considerados em cinco categorias: reconforto; negação; mudança de assunto; fatalismo e discussão. Segundo os mesmos autores, o fatalismo, a negação e a mudança de assunto são as reacções mais frequentes.

Faulkner e Maguire (1994) referem-nos que os enfermeiros utilizam algumas técnicas de distanciamento no relacionamento com pessoas em fase terminal, encorajando os doentes a falar sobre assuntos triviais, enquanto que as necessidades reais do doente são colocadas em

segundo plano; da mesma forma quando este tenta expressar os seus sentimentos, o enfermeiro tendencialmente desvia o discurso para outros assuntos. Assim o enfermeiro contribui para que o doente, após uma série de tentativas de comunicação não eficaz, chegue à conclusão de que não é apropriado abordar esta problemática. Segundo os mesmos autores, também surgem situações em que o enfermeiro encoraja o doente a ter atitudes positivas face à sua situação e prognóstico; esta atitude favorece um distanciamento permitindo que o profissional não se envolva nas preocupações emocionais do doente e confere-lhe satisfação por assegurar as necessidades do mesmo.

Os enfermeiros escudam-se por trás do seu papel profissional, limitando por vezes os contactos a actos meramente técnicos; contudo como a morte do outro nos remete para a nossa própria morte, todos os que acompanham estas pessoas, são acometidos de grande angústia, à qual se junta por vezes o desgosto e a estupefacção (Thomas, 2001). É importante aceitar a própria morte para que possamos proporcionar àquele que está a morrer algo importante, nem que seja apenas estender a mão para lhe dar uma ilusão de identificação e proximidade (Thomas, 2001).

As exigências do acompanhamento destas pessoas em fim de vida tornam extremamente difícil o acto de cuidar. Actualmente os profissionais de saúde não vivem os momentos da morte dos doentes de forma positiva. O confronto com estas situações é geradora de stress relacionado a dificuldade em lidar com a morte, levando ao aparecimento de reacções emocionais como o medo, o sentimento de inutilidade, a revolta, a culpa e a fadiga ou de comportamentos de agressividade, comportamentos verbais desadequados, absentismo, ou por outro lado, sacrifício com elevados custos pessoais (Gomes, 1995).

Para que se possa compreender a natureza dos cuidados de enfermagem temos de os situar num contexto que lhes dê sentido, o seu real significado: o contexto da vida, ou mais precisamente o processo de vida e morte (Collière, 1989). O enfermeiro tem assim de estar

preparado para atender às necessidades e aos pedidos que são explícita ou implicitamente formulados no desencadear do processo de cuidar dos doentes, recorrendo a outros profissionais de ajuda, ou a outros recursos disponíveis (Gomes, 1995).

A tendência para pensar na vida da pessoa que se encontra doente como algo que se vai deteriorando deve ser contraposta com a reflexão sobre o valor e a qualidade de vida, mesmo que em fase terminal. Nesse sentido é essencial o desenvolvimento de competências que sejam simultaneamente facilitadoras do acompanhamento destas situações e optimizadoras de consequências para o profissional: que os custos pessoais sejam reduzidos, e idealmente que estas experiências sejam uma mais valia para o seu crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional.

CAPITULO III – O STRESS NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM

A realidade dos profissionais de enfermagem

A enfermagem sendo uma profissão que se encontra em permanente contacto com o ser humano é por si própria uma profissão virada para o outro, para o ajudar, quer nos momentos mais difíceis da vida, que implicam situações de perda significativas, quer em momentos de alegria, como por exemplo o nascimento de um filho.

Embora vários estudos nos permitam identificar a presença de stress, nas suas diferentes variáveis, em profissionais de enfermagem, o conhecimento ainda escasso acerca da forma como estes experimentam e reagem face às situações de stress levou-nos à exploração sobre os factores de stress e as estratégias de coping e suas repercussões em contexto profissional.

As exigências e a pressão a que actualmente muitos dos trabalhos estão sujeitos são potencialmente stressantes para a pessoa. Contudo a actividade profissional pode revestir-se de aspectos positivos, advindos estes daquilo que se consegue obter através do trabalho. Neste sentido o stress não deve ser considerado necessariamente prejudicial pois o desafio é compatível com os mecanismos do indivíduo para lidar com situações de tensão, possibilitando à pessoa respostas positivas, e repercussões benéficas em termos do seu desenvolvimento.

Contudo o trabalho também se reveste de aspectos negativos. Serra (1999) refere-nos que as condições de stress profissional surgem a partir de uma determinada interacção entre a pessoa, o trabalho e a organização, surgindo a personalidade como mediadora da adaptação da pessoa ao trabalho. Para o mesmo autor as características do trabalho que poderão ter

repercussões negativas sobre a pessoa dizem respeito à sobrecarga de trabalho, baixa autonomia de decisão, trabalho por turnos, e condições físicas adversas, assim como situações que poderão ser indutoras de stress, nomeadamente o trabalho exigente associado a uma baixa autonomia, conflitos e ambiguidade de papeis, comunicação deficiente, carreira profissional e a própria organização da empresa.

Quando em demasia, o stress pode afectar a saúde, assim como a capacidade de tomar decisões, tomando um sentido prejudicial, pois houve um estímulo que gerou tensão dando origem à criação de um obstáculo à manutenção do equilíbrio.

Contudo o stress associado ao exercício profissional dos enfermeiros o stress é já um facto conhecido. Estes profissionais são um grupo expostos a um amplo leque de stressores, nomeadamente expectativas irreais em relação aio trabalho, baixa auto-estima, autoritarismo, falta de apoio por parte das administrações e chefias, falta de autonomia, baixo poder de decisão, conflitos e ambiguidade de papeis, relações com os doentes (Gil Monte, 1991), lidar com a morte e o morrer, conflitos com os médicos (Spence, 2001) e particularmente propenso a experimentar as consequências do stress. Stordeur (2000), refere-nos que os factores de stress em enfermeiros parecem ser de natureza organizacional, podendo as situações geradoras de stress no trabalho de enfermagem, ser de natureza física, psicológica ou social. No entanto, independentemente da sua natureza, os factores de stress estão presentes e que são passíveis de provocar alterações negativas na pessoa, a nível pessoal, laboral ou a nível familiar.

Muncer et al (2001), referem-nos que um dos factores mais importante que afecta os enfermeiros é o stress profissional, existindo evidências de que os efeitos do stress também podem ter repercussões negativas nas intervenções de enfermagem.

Sendo que a maioria dos estudos nesta área se debruça sobre os factores causadores de stress em enfermagem, é importante que também se reflicta e investigue a forma como estes

interagem. Muncer (2001), identificou factores directos passíveis de causar stress, assim como factores indirectos que interligados também podem causar stress. O mesmo autor refere-nos que o stress percebido em enfermeiros se relaciona com questões que impedem estes de terem uma boa performance no desempenho das suas funções, sendo que o nível de desenvolvimento inadequado de uma equipe, a adopção de múltiplas regras, o baixo suporte social, e as chefias / supervisores são encarados como causas directas de stress; como causas indirectas surge-nos a impotência face às situações com que se deparam, sofrimento dos doentes, as atitudes e competências dos profissionais.

Para Taylor et al (1999), o comportamento das chefias / supervisores inicialmente foi identificado como uma causa indirecta No entanto no estudo de Muncer (2001), este é identificado também como um factor de stress que pode ser simultaneamente directo e indirecto, podendo contribuir como uma das causas que leva a um inadequado suporte social. No entanto é importante ter presente, tal como Taylor et al (1999) nos referem, que a maioria dos enfermeiros trabalha com um baixo nível de suporte social, sendo que as exigências excessivas, as regras, e ausência de suporte por parte das chefias levam a que os enfermeiros tenham sentimentos de isolamento adoptem estratégias de coping de forma solitária e individual. Quanto ao sofrimento dos doentes, os estudos sugerem que não é a natureza dos cuidados que é stressante, mas sim as barreiras que impedem o desenvolvimento das actividades; como tal não é a prestação de cuidados, mas sim o ambiente de trabalho na organização que é stressante (Adomat e Killinworth, 1994).

De acordo com o que refere Lopes et al, (1992, p.61) citando Lees e Ellis"... o stress está presente nas profissões que detém uma baixa autonomia e uma grande exigência física e psicológica", nas quais se enquadra a profissão de enfermagem. Relativamente às situações vividas nas unidades em que a gravidade dos utentes é frequente e a taxa de mortalidade é elevada, podem causar nos enfermeiros vários tipos de reacções, ou sentimentos

nomeadamente a negação, a raiva e depressão, a culpa e a ambivalência (Campbel, Glasper, 1995).

Desta forma podemos constatar que o enfermeiro se encontra constantemente submetido a vários estímulos que podem ser geradores de stress, passíveis de provocar alterações no seu funcionamento profissional, familiar e pessoal, pelo que a par dos factores que poderão induzir ao levar ao stress, é importante pensar-se nas consequências que daí poderão advir para a pessoa. Com o tempo, as sensações de ambiguidade, frustração podem afectar a estabilidade física, e emocional, levando ao esgotamento emocional, despersonalização das suas tarefas e reduzida realização pessoal, existindo uma desvalorização pessoal, e das tarefas desempenhadas com os doentes (Gil-Monte, 1991). Em burnout o enfermeiro está exausto, apresentando muitas vezes sintomatologia, tais como palpitações, enxaquecas, alterações gastrointestinais, nervosismo, irritabilidade, etc. e o seu desempenho adequado das actividades laborais é afectado. (Gil-Monte, 1996).

Outras respostas individuais poderão surgir face ao stress, nomeadamente a percepção do problema, dificuldades nas tomadas de decisão, diminuição da tolerância à frustração, acréscimo da ansiedade, perturbações na atenção e concentração e na memória, tornando-se assim um potencial factor para a ocorrência de incidentes (Serra, 2001). Como tal torna-se necessário intervir ao nível dos profissionais e das organizações com a finalidade de prevenir as situações e reduzir os factores de stress, assim como dotar os profissionais de competências para que possam fazer face de forma eficaz aos diferentes factores de stress a que estão sujeitos. Tal como nos diz Lynn citando House (1995, p. 989) numa tentativa de implicar as instituições nesta problemática, as mesmas devem acreditar... "que a sua responsabilidade principal é a de ajudar os indivíduos a aprender a lidar com o stress". No entanto não deve ser esquecido que cada enfermeiro tem a responsabilidade pessoal de se prevenir no sentido de combater o stress.

Como o stress é algo que é sentido pelo pessoa e que existe no meio, as intervenções podem ser direccionadas quer para o indivíduo, quer para o meio onde ele está inserido. Taylor (1999) refere que uma das abordagens para combater o stress e prevenir o burnout, consiste em encorajar os profissionais para que desenvolverem estratégias para lidar com o seu próprio stress.

Taormina (2000) propõe-nos uma série de intervenções, quer a nível individual, quer a nível organizacional que permitem prevenir as situações de burnout, associadas ao stress crónico:

O desenvolvimento de competências interpessoais terá repercussões positivas nas relações interpessoais com os doentes, e diminuirá a exaustão emocional;

O desenvolvimento da gestão das competências permite uma menor exaustão emocional, menor despersonalização, e o indivíduo poderá experimentar um compromisso pessoal com a sua experiência;

O desenvolvimento de uma preparação psicológica permite diminuir a exaustão emocional assim como a despersonalização.

A nível organizacional Taormina (2000) identifica quatro áreas onde se deve intervir: treino de competências, compreensão das regras do meio organizacional, apoio por parte da organização como forma de apoio social, assim como a existência de perspectivas futuras, permitindo oportunidades de carreira dentro da organização.

É importante que a par destas intervenções, o enfermeiro desenvolva igualmente a capacidade de reconhecer as suas limitações, e que seja capaz de reconhecer e solicitar ajuda, pois o stress, além de o afectar como pessoa também pode afectar a sua capacidade de desempenho profissional, correndo-se o risco de diminuição da qualidade dos cuidados prestados.

Todos os enfermeiros devem contribuir para a definição e aplicação de estratégias que permitam aos enfermeiros das unidades lidar com o Stress decorrente das situações de perda que vivem e vêem viver, gerindo as exigências e necessidades que lhes advêm do mesmo, através da criação de estratégias que visem, a prevenção e a aprendizagem de mecanismos de coping eficazes para enfrentar e reduzir os níveis de stress".

A realidade dos estudantes de enfermagem

Inicialmente o ensino de enfermagem começou por ser centrado na prática, e esta acontecia principalmente nos hospitais onde os alunos tinham o estatuto de praticantes aprendendo com as enfermeiras mais antigas e detentoras de mais experiência. Estas, sem autonomia nem independência, limitavam-se praticamente a cumprir as ordens do médico e na orientação dos alunos valorizava-se mais o "fazer"que o "ser", (Coliére, 1989).

Muitos dos professores transmitiam aos alunos mensagens difíceis e geradoras de grandes níveis de tensão e ansiedade verbalizando frequentemente reforçando para que não se cometessem, algo que era de todo impossível nesta profissão, assim com deveriam ser generosos e obedientes (Blainey, 1980). A enfermeira era vista como uma pessoa generosa, desinteressada, empática, cheia de boas intenções, com espírito de sacrifício e praticamente perfeita. A estudante de profissional devia ter um conjunto de qualidades morais passíveis de inventariar e quantificar (Colliére, 1989).

O ensino de enfermagem evoluiu bastante ao longo dos anos e a sua frequência na actualidade, dadas as exigências de acesso, é feita praticamente por um grupo muito jovem de estudantes. Já em 1954 Macken, citado por Lindop (1989) afirmava que as pessoas que estão envolvidas no ensino de enfermagem devem ter em conta que muitos dos problemas que se encontram, se devem ao facto do os enfermeiros em formação serem simultaneamente estudantes que necessitam de formação e enfermeiros que têm de cumprir as suas tarefas. Com efeito, a grande maioria dos estudantes de enfermagem encontram-se numa faixa etária que corresponde ao final da adolescência e segundo Erickson (ano) durante este período, os adolescentes ainda na tentativa de estabelecer a identidade do ego entram facilmente em confusão. Isto acontece porque os adolescentes são confrontados com múltiplas exigências sociais e com várias funções que tem que desempenhar para conquistar o estatuto de adulto.

A adolescência é considerada uma etapa do desenvolvimento humano, que pressupõe a passagem de uma situação de dependência para a inserção social e a formação de um sistema de valores que definem a idade adulta e que é caracterizada por uma certa instabilidade emocional (Sampaio 1994). Também nesta etapa o jovem confronta-se com uma certa confusão de identidade, que oscila entre a intimidade e a procura de novos relacionamentos por um lado e o isolamento por outro. De uma forma geral, os estudantes de enfermagem provêm das Escolas Secundárias onde as regras e os regulamentos habitualmente são mais flexíveis, onde têm mais tempo livre para se envolver nas actividades sociais, do que nas instituições de ensino superior. Aqui as restrições são maiores assim como as exigências e a sobrecarga de horários (Lindop 1989).

A ansiedade sentida pelos estudantes de enfermagem durante as práticas clínicas pode interferir seriamente com a aprendizagem, (Blaney, 1980). Este autor considera que na orientação clínica é da maior importância identificar sinais de ansiedade e dar apoio aos estudantes para que estes aprendam a controla-la. Para este autor, a existência de uma ligeira ansiedade durante a qual a pessoa é capaz de se concentrar na experiência que está a viver não é de todo prejudicial. Um estado de moderada ansiedade pode servir até como motivação positiva podendo influenciar e até aumentar as aprendizagens. O mesmo não se passa quando a intensidade desta é moderada ou elevada. Nestas situações, a ansiedade modifica as capacidades de concentração e de aprendizagem da pessoa. Aqui o professor tem um papel particularmente importante ao ensinar o estudante a reconhecer, examinar e lidar com situações de ansiedade, aproveitando também experiências em que se cometeram erros. Reconhecer sentimentos de ansiedade num estudante não é difícil se o mesmo apresentar sintomas habituais de apreensão. Lesse citado por Blainey (1980) divide os componentes da ansiedade em quatro componentes: Motor, afectivo, autónomo e verbal. Os indicadores que sugere podem servir para reconhecer a ansiedade em estudantes de Enfermagem durante as

práticas clínicas exemplos de manifestações comportamentais de ansiedade no domínio motor são: tremor das mãos, maior tensão muscular e a incapacidade de permanecer numa posição durante um certo período de tempo. Quanto às manifestações afectivas podem expressar-se por: fácies apreensivo, aumento do tom, da intensidade e tremor da voz. Exemplos observáveis de manifestações de ansiedade no sistema nervoso autónomo são: aparecimento de manchas vermelhas na pele da cara e pescoço, pupilas dilatadas e artérias carótidas pulsáteis. As manifestações verbais descritas por Less incluem ainda: um discurso rápido e intermitente com bloqueios ocasionais que revelam a presença de ansiedade moderada.

Os estudantes podem tentar disfarçar a ansiedade talvez como um meio de lidar com ela. Esta atitude dificulta de algum modo a tarefa do professor no ensino clínico. Outros comportamentos que podem ser o resultado de sentimentos de ansiedade são: o evitamento das situações, o tédio, irritação que pode evoluir para a raiva, atitudes defensivas, crises de pânico e de choro.

Uma sensibilidade elevada e a compreensão por parte do professor de que a ansiedade severa e mantida tem repercussões graves no desenvolvimento da aprendizagem dos estudantes ajudarão certamente na resolução do problema. O esforço consciente por parte do professor e estudantes na identificação de comportamentos e factores individuais desencadeantes dos sintomas de ansiedade será benéfico para ambos.

Segundo Blainey (1980), se o estudante continuar permanentemente exposto à fonte de stress sem conseguir fazer progressos na forma de lidar com o mesmo, deve desistir do estágio e tentar resolver primeiro através de terapia, os seus problemas individuais. Permitir que um estudante continue na prática clínica em estado de grande ansiedade só vai gerar maiores níveis de ansiedade porque além deste não conseguir aprender eficazmente, a sua ansiedade pode constituir uma ameaça potencial para a segurança dos doentes. Por outro lado,

o dispêndio de tempo que este estudante exige impede o professor de fazer um acompanhamento correcto de outros que estão aptos a avançar na aprendizagem.

Quando a fonte específica de ansiedade consegue ser identificada podem ensaiar-se estratégias que permitam lidar com ela. Por exemplo: execução de algumas técnicas como preparação de infusões intravenosas, administração de injecções intramusculares, elaboração de planos de cuidados e cuidar dos doentes é frequentemente referido pelos estudantes como fonte de stress geradora de ansiedade.

O professor pode ajudar o estudante a superar estas causas de ansiedade pedindo-lhe que faça repetidamente aquela tarefa ou preste determinados cuidados até que ele se sinta confortável e seguro ao executá-las. É mais importante que o professor ajude o estudante a identificar e resolver as dificuldades pontuais que apresenta, do que tentar ultrapassá-las, obrigando-o a que pratique outras técnicas em maior número ou de maior complexidade. O psicólogo David Premack descobriu que quando um indivíduo é reforçado (recompensado) por realizar determinada acção antes considerada difícil essa acção tende a tomar-se fácil e, após algum tempo, a tornar-se automática, desde que o reforço seja algo que a pessoa considere fácil e agradável (Dryden, 1993).

Outro motivo de ansiedade é referido na experiência clínica dos estudantes, são as relações inter-pessoais. Os estudantes ficam preocupados e receosos de que algum médico, enfermeiro do serviço, doente ou professor lhe possa falar duma forma agressiva ou humilhante (Oliveira, 1998). Os estudantes referem ainda outros como: serem vexados perante os doentes e os restantes elementos da equipa, lidar com doentes terminais e o problema da avaliação entre outros.

Parques citado por Lindop (1989), descobriu grandes níveis de ansiedade e depressão assim como baixos níveis de satisfação, e baixo rendimento no trabalho em estudantes de enfermagem e de medicina quando constantemente confrontados com o sofrimento e a morte.

Ainda segundo este autor, episódios geradores de stress nos estudantes são também: são conflitos pessoais com os enfermeiros de serviço, insegurança acerca da sua competência profissional, medo de falhar, entre outros.

No entanto Lindop (1989), a amostra é constituída por 23 estudantes de enfermagem que abandonaram os estágios por motivos de stress, os entrevistados revelaram ter tido pouco apoio quando precisavam. Uma estudante refere não ter tempo para cuidar da sua saúde:

" *Eu sentia-me muito doente, tive de ir de urgência para* o *dentista enquanto devia estar na enfermaria* e *ela chamou* a *enfermeira responsável dos serviços de enfermagem que* me *disse* «Não volte a fazer isto» *registando de seguida na minha ficha de serviço. É suposto que* a *enfermagem seja uma profissão* em *que* se *cuida, mas eles simplesmente não querem saber da pessoa!"* (Lindop, 1989 p.173).

O autor refere ainda que as atitudes negativas que as enfermeiras assumem para com os estudantes são um dos factores responsáveis pelo abandono. Birch (1979) chegou a conclusões semelhantes. 60% das razões do abandono das práticas clínicas por parte dos estudantes relacionam-se com atitudes pouco correctas do pessoal. Os factores de stress referidos são a morte dos doentes e dificuldades pessoais em enfrentar a doença e sofrimento. Os estudantes que desistem referem que se tivessem sido ouvidos e ajudados não teriam desistido, mas o elevado nível de stress e ansiedade e a falta de apoio recebido não lhes permitiu outra alternativa.

Um estudo feito por Simukonda e Rappsilber (1989) em estudantes de enfermagem do sexo masculino do Malawi revelou que os estudantes apresentavam altos níveis de ansiedade. A relação com os orientadores clínicos era o mais cotado factor de ansiedade enquanto que o menos cotado correspondia à relação com os colegas. Já Oliveira (1998) refere no seu estudo que os professores são sentidos como uma fonte de stress, embora também sejam

identificados como um eventual recurso para a gestão do mesmo, revelando assim alguma ambivalência perante a forma como este é representado para o estudante.

No estudo de Simukonda e Rappsilber (1989) verificou-se que a supervisão clínica realizada pelos professores origina altos níveis de ansiedade. Isto pode dever-se à rigidez do corpo docente ou ao facto de a aquisição de conhecimentos se desenrolar num ambiente altamente stressante. Provavelmente o stress provocado pelas críticas frequentes ou as avaliações negativas é o responsável por estes níveis elevados de ansiedade. Como conclusão o autor considera que é importante criar um bom clima na universidade que ao contrário de utilizar as ameaças facilite a aprendizagem. O ambiente onde decorre a aprendizagem é tanto ou mais importante que os conteúdos abordados no curso.

Para Gilly (citado por Antunes, 1992), o professor de um modo geral dá mais importância aos valores ligados aos objectivos da instituição, e à transmissão de conhecimentos, enquanto que para o estudante a representação de professor ideal privilegia as ligações afectivas e relacionais.

O estudante tem necessidade que o professor mostre interesse por ele, que lhe dê apoio, e a segurança dos conhecimentos necessários para prosseguir no seu processo de aprendizagem. Espera que os seus esforços sejam reconhecidos não só no que se refere à avaliação, mas também na forma como está a evoluir na aprendizagem (Antunes 1992).

O processo educativo deve assim ser organizado de forma a estimular a autoformação dos estudantes e transmitindo-lhes, não só conhecimentos científicos mas um conjunto de atitudes e valores que os ajudarão a desempenhar a profissão de enfermagem de uma forma humana, coerente, autónoma e crítica. As atitudes são a base das relações humanas e guiam, em grande medida, a forma como nos situamos em relação a nós próprios e aos outros. Assim as atitudes que o professor assume no decorrer do processo ensino aprendizagem, devem privilegiar toda a dinâmica que envolve o "cuidar" como um valor a ser assimilado com

outros valores, que não é aprendido no simples ensino teórico, (Dickinson, 2005). Os professores devem assumir comportamentos de ajuda nas suas interacções com os estudantes, como experiência facilitadora da aprendizagem. O apoio dado pelos professores aos sentimentos de stress e ansiedade dos estudantes, a oportunidade de exprimirem as suas opiniões e preocupações e a prioridade no atendimento das suas necessidades, são aspectos muito valorizados pelos estudantes. Ainda no ensino clínico os estudantes valorizam o facto de serem estimulados sentindo que são capazes de dar resposta às necessidades dos utentes, sentindo-se a si próprios como agentes que cuidam (Dickinson, 2005). Dado que o professor não ensina só o que sabe, mas age por inteiro, os valores, normas, interesses e atitudes pelos quais se rege transparecem na sua actuação.

Num estudo realizado por Garcia (1995) numa escola superior de enfermagem, os estudantes consideram que a relação professor / estudante é uma relação paternalista e dependente do professor não facilitadora do processo ensino – aprendizagem. Segundo os estudantes: "... Há *professores que* têm *de deixar de ter uma ideia muito paternalista* em *relação aos estudantes* (...) *nós já estamos nervosos* à *frente do doente,* se *formos repreendidos, então ficamos muito pior...";* "... Há *vários tipos de professores, há* os *que* a *gente tem* a *noção de que nos tentam ajudar* (...) *há* os *outros que nos metem medo"* (Garcia 1995 p.148).

Parece não haver grandes progressos no ensino de enfermagem ao longo dos anos, já que um estudo de Layton de 1969 evidenciou queixas semelhantes por parte dos estudantes. No seu trabalho a autora constatou que as atitudes do professor influenciam mais a aprendizagem dos estudantes do que dificuldade da matéria dada: *"A barreira do medo que* o *estudante constrói* em *frente do professor, vendo-o* como *um observador atento ou como um juiz, tem de ser destro/da";"O que atrofiou* a *minha aprendizagem foi* o *medo com que fiquei sempre que cometia um erro. Ao invés de nos mostrar* as *coisas correctamente esperam que*

nós já as *saibamos,* e *depois* se *nós perguntamos eles dizem-nos que nós* já *dever/amos saber. Eu penso que eles estão lá para nos ajudar* e não *para nos assustar de morte".*

Blainey (1980) salienta a importância de criar um clima de aprendizagem em que o estudante não tenha que ser logo perfeito no seu desempenho e no seu comportamento e que é importante o professor aceitar e compreender isso. O medo que se incute no estudante de que os seus procedimentos podem originar erros gravíssimos é desaconselhável. Devemos ensinar as margens de segurança com que um estudante pode trabalhar depois de ter validado com ele a melhor actuação a ter em determinado momento.

Quando se prestam cuidados seguindo um plano cuidadosamente elaborado e discutido, as probabilidades de cometer um erro são menores. No entanto os estudantes aprendem bastante mesmo quando as coisas correm mal e se forem capazes de lidar e ultrapassar as dificuldades que se lhe depararam, essa experiência pode ter sido proveitosa.

O acompanhamento e a calma por parte do professor é de grande importância na redução da ansiedade e na aquisição de confiança por parte dos estudantes. Um erro cometido por um estudante pode ser encarado como uma catástrofe ou como uma oportunidade importante na aquisição de novas aprendizagens. Depois da crise passada e de tomadas as medidas correctivas, avisadas as pessoas devidas, deve-se registar a ocorrência e informar o estudante que o incidente não vai constituir uma "nódoa" no seu curriculum. Deve-se promover o diálogo e a discussão sobre o que aconteceu de modo que outros estudantes não cometam o mesmo erro. Isto algumas vezes pode ser feito de imediato, mas outras vezes o estudante necessita de tempo entre o incidente e análise do mesmo. Esta análise deve detectar onde aconteceram as decisões e as acções incorrectas, mas também deve descobrir e enfatizar as aprendizagens que daí podem resultar (Blainey 1980).

Se o docente optar por repreender agressivamente o estudante humilhando-o em público, este sentir-se-á como um falhado ficando comprometida a sua aprendizagem. Se o

estudante não estiver permanentemente aterrorizado talvez consiga minimizar o erro, identificando a causa dessa falha conseguindo progredir depois dessa reflexão. O objectivo do professor deve ser, estar ao lado dos estudantes nos momentos mais stressantes e interpretar com eles os acontecimentos: O que é que correu mal? Porquê? Se poderia ter sido evitado, como é que poderia ter sido evitado? Que acções correctivas deveriam ter sido tomadas? Como e porquê outros colegas lidaram com a situação? (Blainey 1980).

Enquanto o estudante procurar crescer, arriscar e aprender é provável que cometa erros. No entanto é mais proveitoso arriscar podendo cometer erros num esforço para proporcionar ao doente melhores cuidados, do que colocar todo o empenho em não fazer nada mal.

Flager (1988) destaca a importância de encorajar o auto conceito positivo do aluno para a socialização profissional. A expectativa do professor quanto ao sucesso do estudante cria um ambiente de aprendizagem positiva em que os estudantes terão mais probabilidades de serem bem sucedidos. O sucesso, por sua vez, aumenta a confiança e melhora o desempenho dos estudantes. Pelo contrário, centrar a atenção na avaliação em detrimento de outros aspectos do ensino clínico pode impedir o desenvolvimento profissional dos estudantes de enfermagem. A autoconfiança na prestação dos cuidados de enfermagem não é habitualmente aprendida na sala de aula, mas sim no desenrolar das práticas clínicas. Só tentando pôr em prática as suas capacidades, os estudantes podem ultrapassar as sensações de ansiedade e incompetência iniciais. Os professores têm um papel importante ao promover e reforçar as experiências bem sucedidas dos estudantes.

Jones (1978) refere-se à situação de conflito vivida pelos estudantes de enfermagem, quando os profissionais que trabalham no hospital lhes dão ordens contrárias às que aprenderam na escola. Isto provoca muita insegurança e elevados níveis de stress. Na formação em enfermagem dá-se grande ênfase ao estudo do ambiente envolvente do homem,

à psicologia e à sociologia. A noção de cuidados personalizados é com frequência referia. No entanto há um fosso muito grande entre as teorias das escolas e as práticas desenvolvidas pelas unidades de saúde. Muitos estudantes confrontam-se com a incompreensão do pessoal hospitalar ao tentar prestar cuidados de acordo com os modelos aprendidos na escola.

Uma vez hospitalizado o doente sofre uma desagregação da sua imagem corporal, e é frequente ouvirem-se reflexões do género: "é o fémur da cama 4" ou "o que está no bloco é uma vesícula". Estas atitudes por parte das equipas hospitalares "chocam" com frequência os estudantes. Devido a estas experiências, os estudantes podem acabar por desenvolver atitudes e comportamentos pouco adequados e adoptar práticas de enfermagem incorrectas. Segundo Jones (1978), o estudante de enfermagem encontra-se continuamente sujeito a situações de stress e ansiedade, e na sua opinião é importante que se organizem serviços de apoio e aconselhamento que ajudem aqueles que trabalhem no complexo ambiente do hospital. O facto dos estudantes serem jovens, de se encontrarem fora de casa alguns pela primeira vez, e poderem ter problemas familiares, sociais e económicos deve ser tido em consideração. Os estudantes durante as práticas clínicas têm ainda de se confrontar com um grande número de situações inerentes a essa actividade: o poder do médico, a doença mental, a complexidade dos meios tecnológicos, a ansiedade provocada pelo manuseamento de drogas perigosas, a tensão permanente das unidades de cuidados intensivos e os problemas éticos tais como o aborto e as transplantações, entre outros. Por vezes as decisões têm que ser tomadas de forma rápida e segura em momentos de crise.

Estas situações são frequentes no dia a dia do estudante de enfermagem, e o facto de aprender fazendo sem poder cometer erros, origina altos níveis de tensão. Esta pode levar o estudante a usar técnicas defensivas numa tentativa de aliviar a situação primária e geradora de ansiedade (Lindop, 1991).

Outro conflito que também surge nos estudantes de enfermagem é o que diz respeito à definição do seu papel. Este pode ser resultante da diferença entre o comportamento real e o comportamento que esperam dele. Por vezes, dificuldades de comunicação potenciam ainda mais este problema. Santon (citado por Jones, 1978), refere que a posição do enfermeiro estudante pressupõe um comportamento particular esperado que é o de principiante. Mas este é frequentemente confrontado com exigências complexas quanto ao seu papel, possivelmente porque a definição do mesmo é incerta e por vezes contraditória (Tumer, 1987). A posição do estudante de enfermagem permanece bastante nublada o que decorre também do facto de, na profissão de enfermagem não se encontrarem ainda claramente definidas as atribuições específicas. Esta situação segundo Mason (citado por Jones, 1978) origina ansiedade, que poderia ser de alguma forma resolvida com o serviço de apoio de aconselhamento. Mas pedir ajuda, é uma das atitudes mais difíceis de tomar, na medida em que pedir pressupõe admitir a vulnerabilidade e arriscar a rejeição. É muito difícil aos profissionais de enfermagem integrarem-se em programas de apoio onde passam a ser reconhecidos como um utente. A necessidade de se sentir necessário, a culpa, a vergonha e o controlo das emoções, são factores quantas vezes impeditivos de um auto crescimento, (Summers, 1992).

PARTE II

IVESTIGAÇÃO EMPIRICA

Nesta segunda parte reflectimos e exploramos os aspectos centrais da investigação empírica desenvolvida e que constituem o núcleo essencial deste trabalho.

Esta parte do trabalho encontra-se organizada pelos capítulos:

4. Metodologia
5. Apresentação dos dados
6. Discussão dos dados

CAPITULO IV – METODOLOGIA

A necessidade de uma atitude científica e sistemática em enfermagem é algo que se revela de extrema importância e pertinência para a evolução da profissão enquanto ciência. Longe vai o tempo em que o raciocínio clínico efectuado por outros era inquestionável.

Actualmente a dominância desse mesmo raciocínio tem sido substituída pela intervenção baseada na evidência (Sackett, 1995). As directrizes clínicas, que representam um conhecimento autoritário terão que ser abandonadas para dar lugar a uma atitude de justificação das práticas de enfermagem, tendo por base padrões de investigação fidedignos.

O presente trabalho pretende estudar os factores de stress e as estratégias de coping em estudantes do curso de licenciatura em enfermagem designadamente os que se relacionam com a morte e o acompanhamento de pessoas em fase terminal.

Tendo em conta a área problemática em estudo, e numa primeira etapa, pretendemos compreender as relações existentes entre as variáveis stress e estratégias de coping predominantemente utilizadas para lidar com essas situações. Numa segunda etapa pretende-se identificar e analisar as relações entre as variáveis e indicadores de bem-estar / saúde dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem.

Hipóteses de trabalho

Da revisão da literatura efectuada emergiram as seguintes hipóteses:

- As experiências relacionadas com a morte / acompanhamento de pessoas em fase terminal são avaliadas como um factor de stress muito intenso;
- As experiências pessoais de perda anteriores não influenciam na avaliação da morte enquanto factor de stress, em relação à sua intensidade e frequência;
- As estratégias de coping utilizadas pelos estudantes face às situações de morte / acompanhamento de pessoas em fase terminal são predominantemente centradas na emoção;
- As estratégias de coping utilizadas pelos estudantes são tendencialmente mais adaptativas à medida que o curso decorre;
- Os estudantes que utilizam mais frequentemente estratégias de coping centradas na emoção apresentam maiores níveis de depressão do que aqueles que utilizam menos frequentemente estas estratégias;
- Os estudantes que utilizam mais frequentemente estratégias de coping centradas no problema apresentam menores níveis de depressão do que aqueles que utilizam menos frequentemente estas estratégias;
- Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes do sexo feminino e masculino, quanto às estratégias de coping utilizadas

Tipo de estudo

Tendo em conta os objectivos e as hipóteses por nós colocadas optamos em termos de abordagem metodológica por um estudo exploratório, descritivo e correlacional, pretendendo-se desta forma descrever as relações existentes entre as diferentes variáveis em estudo (Polit e Hungler, 1995).

Dado a sua complexidade qualquer estudo sobre o comportamento humano e social, reveste-se de grande exigência, na medida em que procura compreender o fenómeno em estudo assim como a sua natureza. A forma como podemos alcançar a sua compreensão pode ser classificada em três categorias: experiência, raciocínio e investigação (Mouly, citado por Cohen e Manion, 1990). Assim podemos afirmar que o investigador é uma pessoa que aplica no seu trabalho uma série de procedimentos formais e sistemáticos, de forma a obter a informação de que necessita, podendo esta ser obtida de várias fontes, comuns a todos os seres humanos (Polit e Hungler, 1995).

Relativamente à opção metodológica, por um estudo descritivo correlacional, podemos afirmar que este tipo de estudo se adequa particularmente à investigação educacional e social (Cohen e Manion, 1990). Este tipo de estudo apresenta algumas vantagens, nomeadamente porque permite a medição de várias variáveis, assim como estabelecer relações entre elas; uma outra vantagem prende-se com o facto de permitir ao investigador perceber o grau de relação que existe entre as variáveis. No entanto este método também apresenta algumas limitações, não permitindo necessariamente estabelecer relações de causa / efeito, assim como é um tipo de investigação menos rigorosa que um estudo experimental, pois exerce-se um menor controlo sob as variáveis independentes (Cohen e Manion, 1990).

Amostra

A amostra deste estudo é constituída por trezentos e três estudantes do ensino superior, do Curso de Licenciatura em Enfermagem, provenientes de duas escolas superiores de enfermagem da região Sul e Vale do Tejo, e dos diferentes anos pelos quais o curso é constituído. A nossa intenção foi encontrar uma amostra suficientemente ampla para nos permitir a análise e discussão dos dados de cariz quantitativo com alguma confiança.

Sendo a nossa população alvo os estudantes do Curso de licenciatura em Enfermagem, optamos pelo método de amostragem por conveniência. Optou-se por seleccionar duas escolas que tinham não só um programa de estudos muito similar, mas também uma operacionalização que na sua essência não diferia grandemente; e em cada escola a opção foi também a selecção de amostras no primeiro, segundo, terceiro e quarto ano do curso de forma a contemplar o maior número de contextos que constituem o referido curso.

As Comissões Coordenadores dos respectivos cursos e de ambas as escolas foram contactadas directamente e informalmente para solicitar autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados. Posteriormente e após aprovação foram combinados os respectivos tempos para aplicação do respectivo instrumento de colheita de dados aos estudantes. A aplicação dos instrumentos decorreu em sala de aula, tendo o seu preenchimento demorado entre os vinte e os trinta minutos.

Por nossa opção, e por nos parecer mais adequado os instrumentos foram aplicados no final do segundo semestre dos respectivos anos curriculares, tendo em conta que neste período os estudantes já concluíram todas as suas actividades lectivas, designadamente os ensino clínicos, que nos interessam em particular, pois só nestas unidades curriculares é que existe alguma probabilidade de terem experiências, em contexto académico, relacionadas com a morte e acompanhamento de pessoas em fim de vida.

A amostra final resultou em trezentos e três estudantes, distribuídos pelas diferentes escolas e da seguinte forma:

Quadro nº 1

Distribuição de alunos por escola

Escola	Percentagem de alunos por escola	Frequência de alunos por escola
Escola 1	59,7	181
Escola 2	40,3	122
Total	100	303

No que concerne à distribuição pelos diferentes anos do curso podemos constar que a nossa amostra se encontra distribuída da seguinte forma:

Quadro nº 2

Distribuição de alunos por ano de curso

Ano de curso	Percentagem de alunos por ano de curso	Frequência de alunos por ano de curso
1º Ano	27,1	82
2º Ano	32,3	98
3º Ano	26,4	80
4º Ano	14,2	43
Total	100,0	303

Quanto à caracterização dos estudantes por sexo podemos constatar que a nossa amostra é constituído por 44 estudantes do sexo masculino (correspondendo a 14,5%) e por 259 estudantes do sexo feminino (correspondendo a 85,5% da nossa amostra).

Os estudantes da amostra apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 47 anos, encontrando-se a grande maioria (87,5%) entre os 19 e os 22 anos; relativamente à média de idades, esta situa-se nos 21 anos

Quanto ao estado civil a grande maioria dos estudantes (97,7%) é solteiro, os restantes encontram-se casados (1,7%), ou noutras situações (0,6% da nossa amostra).

Apenas uma parte dos estudantes se encontra no mercado de trabalho, correspondendo a 7,6 % da amostra. No que concerne ao local de residência, 37% encontram-se deslocados do seu local habitual de residência, enquanto que 60% se mantêm na sua residência habitual. Desses estudantes 97% residem acompanhados por alguém, e apenas 3% residem sozinhos.

Instrumento de colheita e de análise de dados

Para a elaboração do estudo construiu-se um questionário que se encontra dividido em cinco partes, sendo a primeira constituída pelos dados sócio-demográficos, a segunda pelo questionário de avaliação de indicadores de stress profissional; a terceira parte pelo questionário de avaliação da morte enquanto stressor; a quarta parte pela avaliação dos processos de coping - Ways of coping questionnarie, de Lazarus e Folkman (1984), e uma quinta parte constituída pala avaliação cognitiva de sintomas depressivos - Beck depression inventory, de Beck (1961).

Quanto à descrição dos instrumentos é de referir que n primeira parte, constituída pelos dados sócio-demográficos, são englobadas as variareis sexo, idade, estado civil, escola que frequenta, ano de curso, além de alguns dados que se poderão revestir de alguma importância, nomeadamente o local de residência, isto é, se reside no local em que habitualmente residia, e se é trabalhador estudante ou não.

Relativamente à segunda parte, o questionário de indicadores de stress é um instrumento desenvolvido e adaptado por Marques Pinto. Este instrumento solicita a identificação de cinco fontes de stress por parte do respondente, e sendo avaliado com uma escala de tipo Likert, e classificando-as quanto à frequência de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente); e quanto à intensidade de 1 (nula) a 5 (extremamente forte).

Como procedimento de investigação optamos pela análise de conteúdo segundo Vala (1986). Para este autor uma das estratégias possíveis para o investigador, é que este pode partir para um trabalho exploratório, em que estabelece um plano de categorias que demonstre simultaneamente a problemática teórica e as características dos materiais em análise. A partir

das propostas de Vala, a partir do corpus das declarações emergiram quinze categorias de factores, assim temos:

- Stressor 1 – avaliações / frequências;
- Stressor 2 – ensinos clínicos;
- Stressor 3 – gestão de tempo;
- Stressor 4 – rotina escolar;
- Stressor 5 – conflitos interpessoais;
- Stressor 6 – conflitos intra pessoais;
- Stressor 7 – alterações psicossomáticas;
- Stressor 8 – sentimentos negativos;
- Stressor 9 – doença / morte de pessoa significativa;
- Stressor 10 – vivências inerentes ao sofrimento e morte de doentes;
- Stresso11 – afastamento de familiares / pessoas significativas
- Stressor 12 – competências pessoais;
- Stressor 13 – expectativas;
- Stressor 14 – recursos económicos;
- Stressor 15 – outros.

No entanto, e por razões pragmáticas no presente estudo optou-se não analisar e trabalhar as categorias que eventualmente emergiriam da estratégias de coping utilizadas pelos estudantes e que dizem respeito a cada um dos factores de stress identificados.

Na terceira parte, relativa à avaliação da morte avaliação da morte enquanto factor de stress, inclui-se um questionário direccionado para a temática onde se questiona sobre perdas de pessoas significativas do estudante e acompanhamento de pessoas que morrem ou em fase

terminal durante os ensinos clínicos, sendo ambas avaliadas com uma escala de tipo Likert quanto à frequência de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente), e quanto à intensidade de 1 (nula) a 5 (extremamente forte). A par desta questão foi introduzida uma outra pedindo a quantificação de ocorrências de este tipo de experiências em ensino clínico, assim como por quem foram acompanhadas na situação à qual se reportam.

Na quarta parte, referente à avaliação de processos de coping, encontra-se o questionário "Ways of coping questionnarie" de Lazarus (1984), o qual se reporta à avaliação de estratégias de coping usada face a um stressor em particular. Esta escala avalia o coping utilizado para lidar com o stress vivido no dia a dia, sendo baseado numa perspectiva transaccional (Bowling, 1995). Esta escala de avaliação de estratégias de coping é classificada em duas grandes categorias de coping: focado no problema e focado nas emoções (Folkman & Lazarus, 1984). O coping focado no problema refere-se aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora da pessoa com o ambiente, que é fonte de stress, enquanto que o coping focado nas emoções refere-se aos esforços desencadeados pelo sujeito para regular emoções stressantes.

Segundo a teoria de coping de Lazarus e Folkman (Lazarus, 1992) a maior parte das pessoas recorre a cerca de oito estratégias de coping em todos os acontecimentos de stress assim, esta escala de 66 itens e segundo Lazarus e Folkman (1988) reportam-se ao:

- **Coping Confrontativo,** que descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco.
- **Distanciamento**, que descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação;
- **Auto-Controlo**, que descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções;

- **Procura de Suporte Social**, que descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional;
- **Aceitar a Responsabilidade**, em que existe o reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas;
- **Fuga / Evitamento,** que descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema (os itens desta escala, contrastam com os da escala de "distanciamento", que sugerem desprendimento);
- **Resolução de problemas**, que descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação;
- **Reavaliação Positiva,** que descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal (tem também uma dimensão religiosa).

Esta escala, com referido anteriormente oito sub-escalas que correspondem a estratégias de coping centrada no problema e centrada na emoção e que se encontram distribuídas pelos 66 itens que a constituem.

A resposta a cada item é dada de acordo com uma escala de Likert em que o respondente identifica a utilização das diferentes estratégias de 0 (não usada) a 3 (usada quase sempre). Na sua versão original a escala apresenta uma consistência interna com um alpha que variou entre 0.80 e 0.81 (centradas na emoção / centradas no problema), sendo a sua consistência interna confirmada num estudo de Redeker (1992), em que obteve alfas de 0.72 e 0.91 (Bowling, 1995). Para as sub-escalas no estudo de adaptação do "ways of coping questionnarie" ao contexto e amostras Portuguesas, os alfas de Cronbach das oito sub-escalas variaram maioritariamente entre os 0,65 e os 0,80 (Pais-Ribeiro, 2001).

Para a apresentação e análise de dados obtidos através do inventário de estratégias de coping, foram respeitadas as oito sub-escalas propostas por Lazarus e Folkman (1984) e

correspondem a seis itens para Coping Confrontativo, seis itens para Distanciamento, sete itens para Auto-Controlo, seis itens para procura de Suporte Social, quatro itens para Aceitar a Responsabilidade, oito itens para Fuga / Evitamento, seis itens para Resolução de problemas, e sete para Reavaliação Positiva. Com o objectivo de realizar a análise de dados obtidos com este questionário, efectuou-se a soma dos scores atribuídos a cada item de uma mesma sub-escala e dividiu-se pelo número total de itens que a constituem, identificando assim as estratégias de coping utilizadas pelos estudantes.

Para verificar a fiabilidade do questionário, efectuou-se uma análise de consistência interna da escala total e das oito sub-escalas pela qual é composta de acordo com Lazarus (1986). Para o total de 66 itens obteve-se um alfa de Cronbach de 0,89, e para os restantes factores obtiveram-se os alfas de Cronbach descritos no quadro 3.

Quadro nº 3

Alfa de Cronbach dos factores do "ways of coping questionnarie"

Factores "Ways of coping"	Alfa de Cronbach
Factor 1 – confronto	0, 54
Factor 2 – distanciamento	0,54
Factor 3 – auto controlo	0,47
Factor 4 – procura de suporte social	0,68
Factor 5 – aceitação de responsabilidade	0,70
Factor 6 – fuga e evitamento	0,68
Factor 7 – resolução de problemas	0,67
Factor 8 – reavaliação positiva	0,56

Realizando-se, então a análise do coeficiente de alfa de Cronbach, podemos constatar que o factor1, factor 2, factor 3 e factor 8 apresentam valores de consistência interna baixos pelo que não serão considerados e analisados no presente estudo, embora alguns autores na área das ciências sociais consideram valores de alfa de Cronbach mais baixos (Bailer e Mosteller, 1992). Posteriormente e na tentativa de obter alfas acertáveis, eliminaram-se alguns dos itens do diferentes factores excluídos, no entanto não se conseguiram obter valores significativos e aceitáveis

Na quinta parte, avaliação cognitiva de sintomas depressivos, utiliza-se o questionário "Beck depression inventory", desenvolvido pela mesma autora em 1961. A opção por este questionário prende-se com a pertinência de avaliar as repercussões nos estudantes, das vivências inerentes às situações de morte, e em que muitas vezes são susceptíveis de desencadear alguma sintomatologia depressiva. Este inventário deriva da clínica e engloba a tristeza; pessimismo; sentimento de fracasso; insatisfação; culpa; "auto-acusação"; "baixa auto-estima"; ideação suicida; choro; irritabilidade; isolamento social; indecisão; distorção da auto-imagem; insónia; diminuição da libido; preocupações somáticas; fadiga; anorexia; "lentidão" no trabalho; perdas. Apresenta itens que avaliam sintomatologia de natureza psicológica e de natureza física.

O questionário "Beck depression inventory" é um instrumento composto itens referentes a sintomas e atitudes cognitivas, em que cada item varia em uma escala de 0 a 3 pontos (Beck, 1961), em que a soma total desses scores permite identificar o grau de severidade da depressão. A escala é constituída por 21 itens, em que constam sintomas de depressão, e a resposta é dada de acordo com uma escala de do tipo Guttman, com 4 tipos de resposta organizadas por ordem de severidade, sendo cotada após a soma dos diferentes itens, sendo a depressão classificada de ausente, ligeira, moderada e severa. Segundo a severidade

da depressão, utilizando-se os mesmos pontos de corte propostos pela autora a depressão é classificada de acordo com a pontuação obtida pela soma total e que corresponde a ausência de depressão com valores inferiores a dez; ligeira de dez a dezoito; moderada de dezanove a vinte e nove e severa com pontuações superiores a trinta.

Este instrumento tem sido amplamente utilizado para avaliar cognições associadas à depressão em pessoas com doença psiquiátrica (Marton et al., 1991) e em populações normais (Beck e Steer, 1993), sendo um dos instrumentos mais aceites para avaliar a intensidade de depressão (Silveira e Jorge, 1998).

A consistência interna revelada para esta escala varia com um alpha de 0.73 a 0. 91 (Bowling, 1985), sendo que para o presente estudo, na análise da sua confiabilidade obteve-se um valor de alfa de Cronbach de 0,88.

CAPITULO V – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Fontes de stress

Para que possamos compreender e analisar melhor os dados obtidos nesta colheita, optamos primeiro por analisar as fontes de stress identificadas pelos estudantes no seu contexto académico de forma a melhor percebermos o que por eles é prioritariamente considerado como fonte de stress.

No entanto e porque a partir da identificação da fontes de stress, estas são classificadas com uma escala tipo Likert quanto à frequência e intensidade, e tendo em consideração as correlações de Pearson que variaram entre os 0,850 e os 0,963 para $p < 0,01$ entre os respectivos itens (anexo B) procedeu-se então com o objectivo de analisar os dados obtidos, à soma dos scores dos respectivos itens, dividindo-se pelo número de itens, obtendo-se desta forma uma única variável para estudo e análise.

Após a análise de conteúdo e sua categorização, efectuada a partir das declarações dos estudantes podemos concluir que as principais fontes de stress se prendem com questões de avaliação e frequências com uma representação de 67,3% da nossa amostra; gestão do tempo com 50, 2%; conflitos interpessoais com 48,8% e relativamente aos ensinos clínicos com alguma redução em termos percentuais apenas 38,0% referem como fonte de stress.

Relativamente às restantes fontes de stress apresentam valores percentuais abaixo dos 22,5%, no entanto e como ressalva do interesse do nosso estudo por serem as questões que estão mais directamente ligadas à morte e ao acompanhamento de pessoas em fim de vida, temos vivências inerentes ao sofrimento e morte de doentes e a doença / morte de pessoa significativa respectivamente com percentagens de 9,6% e 9.3%. (Quadro 4)

Quadro nº 4

Distribuição das fontes de stress identificadas pelos estudantes

Fontes de stress	Frequência	Percentagem
Stressor 1 – avaliações / frequências	204	67,3
Stressor 3 – gestão de tempo	152	50,2
Stressor 5 – conflitos interpessoais	145	48,8
Stressor 2 – ensinos clínicos	115	38,0
Stressor 4 – rotina escolar	68	22,5
Stressor 15 – outros	68	22,5
Stressor 6 – conflitos intra pessoais	57	18,87
Stressor 11 – afastamento de familiares / pessoas significativas	49	16,2
Stressor 10 – vivências inerentes ao sofrimento e morte de doentes	29	9,6
Stressor 9 – doença / morte de pessoa significativa	28	9,3
Stressor 7 – alterações psicossomáticas	26	8,6
Stressor 12 – competências pessoais	26	8,6
Stressor 13 – expectativas	23	7,6
Stressor 8 – sentimentos negativos	17	5,6
Stressor 14 – recursos económicos	8	2,7

Relativamente à intensidade e frequência das fontes de stress podemos constatar que de acordo com as médias obtidas através da análise descritiva, que as fontes de stress

identificadas pelo maior número de estudantes são na sua totalidade sobreponiveis com as médias superiores de intensidade / frequência da fonte de stress (quadro nº5).

Quadro nº 5

Média e desvio padrão da intensidade / frequência das fontes de stress

Fontes de stress	Média	Desvio padrão
Stressor 1 – avaliações / frequências	2,9833	1,45332
Stressor 3 – gestão de tempo	2,5485	1,60750
Stressor 5 – conflitos interpessoais	2,2809	1,40397
Stressor 2 – ensinos clínicos	2,0334	1,39530
Stressor 4 – rotina escolar	1,6672	1,27855
Stressor 15 – outros	1,6040	1,18389
Stressor 6 – conflitos intra pessoais	1,5251	1,12187
Stressor 11 – afastamento de familiares / pessoas significativas	1,4348	1,02318
Stressor 10 – vivências inerentes ao sofrimento e morte de doentes	1,2752	,87220
Stressor 9 – doença / morte de pessoa significativa	1,2391	,77536
Stressor 7 – alterações psicossomáticas	1,2274	,76858
Stressor 12 – competências pessoais	1,2207	,74282
Stressor 13 – expectativas	1,1856	,67418
Stressor 8 – sentimentos negativos	1,1421	,59980
Stressor 14 – recursos económicos	1,0719	,45504

Seguidamente pretendemos verificar como as fontes de stress estão distribuídos de acordo com o sexo e escola de origem, isto é, se existem diferenças significativas quanto ás fontes de stress de acordo com as características da nossa amostra. Para tal procedeu-se à comparação das médias recorrendo à análise de variância (ANOVA) a um factor (*one-way*) para as variáveis sexo e escola.

Relativamente ao sexo podemos constatar através da análise efectuada que apenas encontramos diferenças estaticamente significativas em relação ao sexo para a fonte de stress gestão de tempo, em que é mais experimentada pelo sexo feminino, e para a fonte de stress expectativas em que é mais experimentada pelo sexo masculino (quadro nº 6).

Quadro nº 6

Diferenças de médias entre o sexo e fontes de stress

	Média (desvio padrão)			
	Masculino	**Feminino**	**F**	**Sig**
Stressor 3 - Gestão de tempo	2,09 (1,44)	2,63 (1,62)	4,226	0,041
Stressor 13 - expectativas	1,38 (1,03	1,15 (0,58)	4,630	0,032

Relativamente à escola de origem podemos constatar que existem diferenças significativas na fonte de stress rotina escolar em que os estudantes da escola 2 experimentam com maior frequência e intensidade, assim como para a fonte de stress “outros” (quadro nº 7).

Quadro nº 7

Diferenças de médias entre o sexo e fontes de stress

	Média (desvio padrão)			
	Escola 1	**Escola 2**	**F**	**Sig**
Stressor 4 – rotina escolar	1,53 (1,14)	1,86 (1,42)	4,985	0,026
Stressor 15 - outros	1,49 (1,07)	1,76 (1,30)	3,924	0,049

Já no que diz respeito ao ano de curso que os estudantes frequentam, optamos por verificar a existência de relações entre as variáveis através da análise de correlação de Pearson em que podemos constatar a existência de correlações negativas para as avaliações / frequências com um valor de -0,120 para $p < 0,05$, para conflitos intra pessoais com um valor de -0,116 para $p < 0,05$ e para a fonte de stress doença / morte de pessoa significativa com um valor de -0,134 para $p < 0,05$; relativamnete á existência de correlações positivas encontramos para a fonte de stress doença / morte de pessoa significativa com um valor de 0,243 para $p < 0,01$ e para a fonte de stress competências pessoais com o valor de 0,146 para $p < 0,05$.

Acompanhamento de pessoas em fase terminal

De acordo com o nosso objecto central de estudo e que são as estratégias de coping face à morte e ao acompanhamento de pessoas em fim de vida, importa analisar os dados por nós obtidos nesta dimensão, assim ao analisar os dados obtidos podemos constatar que 21,8% dos estudantes não tiveram experiências de perdas significativas, por sua vez um elevado numero de estudantes (77,9%) já tiveram essas experiências.

Relativamente à frequência das perdas significativas podemos constatar que 24,8% refere as perdas significativas como acontecendo raramente, 41,7% como acontecendo algumas vezes, 18,3% frequentemente e 12,6 como um acontecimento muito frequente.

Quanto à intensidade com que esta perda é avaliada podemos observar que a consideram com uma intensidade ligeira e moderada respectivamente 5,6% e 12,9%, já no que diz respeito a sentir como uma intensidade forte e extremamente forte apresentam uma percentagem significativa do nossa amostra, respectivamente com 30,0% e 50,6%.

Relativamente ás experiências ligadas ao acompanhamento de pessoas em fase terminal ou que tivessem morrido, 85,5% dos estudantes já foram confrontados com esta situação, estando estas situações ao cuidado do próprio estudante em 41,9% dos casos, 31,4% ao cuidado de um colega e em 30,4% ao cuidado do próprio serviço onde se encontram em ensinos clínicos. No que diz respeito ao número de ocorrências podemos constatar que variou entre uma e vinte situações, obtendo-se desta forma uma média de 2,69, um desvio padrão de 2,89 e com uma moda de 2.

Seguidamente pretendemos verificar como é que as variáveis perdas significativas e experiências de acompanhamento de pessoas em fase terminal ou que tivessem morrido estão distribuídas de acordo com o sexo, escola de origem e ano de curso, isto é, se existem diferenças significativas de acordo com as características da nossa amostra. Para tal procedeu-

se à comparação das médias através do *t-student* para as variáveis sexo e escola e recorreu-se à análise de variância (ANOVA) a um factor (*one-way*) para a variável ano de curso.

Relativamente ao sexo podemos constatar através da análise efectuada que apenas encontramos diferenças estaticamente significativas em relação ao sexo para as perdas significativas e relativas à intensidade com que são experimentadas, surgindo com uma média superior no sexo feminino (quadro nº 8).

No que concerne á comparação de médias em relação á escola não foram encontrados valores de significância com valor estatístico significativo. Na análise de variância para comparação de médias relativas ao ano de curso também não foram encontrados valores de significância com valor estatístico significativo

Quadro nº 8

Diferenças de médias entre o sexo perdas significativas

	Média (desvio padrão)			
	Masculino	**Feminino**	**t**	**Sig**
Perdas significativas – frequência	2,82 (,950)	3,19 (1,015)	-,148	,414
Perdas significativas – intensidade	3,79 (1,269)	4,32 (,854)	-1,95	,000

Posteriormente procedeu-se á comparação de médias entre as variáveis relativas à experiência de perda de doentes, onde podemos, de acordo com a análise dos dados afirmar que existem diferenças significativas para a perda de doente enquanto factor de stress relativamente à sua frequência e intensidade em que podemos observar que no sexo feminino este stressor pontua com médias mais altas (respectivamente com M=2,93 com um dp=0,90 e com M= 3,73 e dp=0,881). Nas restantes variáveis não se observaram diferenças, do ponto de vista estatístico (quadro nº 9).

Quadro nº 9

Diferenças de médias entre o sexo e fonte de stress – perda de doente

	Média (desvio padrão)			
	Masculino	**Feminino**	**t**	**Sig**
Perda doente – stress/frequência	2,51 (,746)	2,93 (,900)	-2,771	,006
Perda doente – stress/intensidade	3,15 (1,038)	3,73 (,881)	-3,803	,000
Perda doente – stress/nº ocorrências	2,26 (1,534)	2,77 (2,411)	-1,288	,199

Quanto à escola de proveniência podemos concluir que existem diferenças significativas para a fonte de stress perda de doente quanto à sua intensidade, sendo que na escola 1 é sentida com uma maior intensidade (M=3,76; dp=0,896), para a diferença de médias observamos que na escola 2 a média de número de ocorrências é superior, com uma M=3,08 e um dp=2,751 (quadro nº 10).

Quadro nº 10

Diferenças de médias entre escolas e fonte de stress – perda de doente

	Média (desvio padrão)			
	Escola 1	**Escola 2**	**t**	**Sig**
Perda doente – stress/frequência	2,92 (,910)	2,78 (,856)	1,327	,186
Perda doente – stress/intensidade	3,76 (,896)	3,49 (,959)	2,280	,023
Perda doente – stress/nº ocorrências	2,40 (1,854)	3,08 (2,751)	-2,351	,020

Quanto ao ano de curso podemos observar que para a fonte de stress perda de doente não existem diferenças significativas quanto à sua intensidade e frequência, no entanto quanto ao número de ocorrências podemos observar a existência e diferenças significativas no 2º e 4º ano do curso, em que no 2º ano nos apresenta uma Média de 3,01 e desvio padrão e 2,34; no 4ºano a Média é de 3,17 com um desvio padrão de 2,323 (quadro nº 11), podendo-se desta forma concluir que o maior número de perdas e acompanhamento de pessoas em fim de vida ocorre nos anos do curso anteriormente referenciados.

Quadro nº 11

Diferenças de médias entre ano de curso e número de ocorrências de perda de doentes

	Perda doente – stress/nº ocorrências		
	Diferença de médias (desvio padrão)	**F**	**Sig**
2º Ano	1,129* (2,354)	5,280	,022
4º Ano	1,288* (2,323)		

* Diferença de médias significativa para 0,05

Finalmente e para que possamos compreender se existem repercussões das experiências de perda anteriores, recorreu-se novamente à análise estatística através do *t-student* de forma a perceber se existem diferenças significativas entre os estudantes que tiveram perdas significativas e os que não tiveram, quanto á forma como a experiência de perda de doentes é avaliada enquanto factor de stress quanto á sua intensidade e frequência. Após análise podemos concluir que os valores de significância não revelaram valores com significado estatístico conforme se pode observar no quadro 12.

Quadro nº 12

Diferenças de médias entre perdas significativas fonte de stress – perda de doente

	Média (desvio padrão) Perdas significativas			
	Sim	**Não**	**t**	**Sig**
Perda doente – stress/frequência	2,85 (,881)	2,91 (,925)	,415	,679
Perda doente – stress/intensidade	3,63 (,927)	3,70 (,952)	,501	,617

Estratégias de coping

Para a análise das estratégias de coping a partir do questionário "Ways of coping questionnnairie" de Lazarus (1984) e conforme o descrito na metodologia apenas se irão considerar para análise as sub-escalas "procura de suporte social", "aceitação de responsabilidade", "fuga e aviltamento" e resolução de problemas", por estas serem as que apresentam alfas de Cronbach com valores aceitáveis.

Desta forma para que possamos perceber quais as estratégias de coping utilizadas pelos estudantes face ao acompanhamento de pessoas em fim de vida e na morte procedeu-se à comparação de médias das respectivas sub-escalas através do *one simple t test.* Assim e de acordo com a análise dos dados podemos constatar que existem diferenças significativas em todas as sub-escalas e em que respectivamente e por ordem decrescente temos o suporte social (M=2,75, dp=0512); resolução problemas (M=2,55, dp=0,488); responsabilidade (M=2,21, dp=0644) e por fim a fuga e evitamneto (M=1,78, dp=0,438). Desta forma podemos concluir de acordo com os dados observados que existe uma predominância no uso de estratégias de coping centradas no problema (quadro nº 13).

Quadro nº 13

Diferenças de médias entre sub-escalas de estratégias de coping

	Média (desvio padrão)		**t**	**Sig**
Suporte social	2,75	(,512)	91,724	,000
Responsabilidade	2,21	(,644)	58,592	,000
Fuga e evitamento	1,78	(,438)	69,394	,000
Resolução de problemas	2,55	(,488)	88,905	,000

Quanto às estratégias de coping utilizadas pelos estudantes do sexo feminino e masculino podemos observar que não apresentam diferenças significativas quanto à sua utilização (quadro nº 14).

Quadro nº 14

Diferenças de médias entre o sexo e estratégias de coping

	Média (desvio padrão)			
	Masculino	**Feminino**	**t**	**Sig**
Suporte social	2,66 (,529)	2,77 (,509)	-1,332	,184
Responsabilidade	2,31 (,643)	2,19 (,644)	1,169	,244
Fuga e evitamento	1,70 (,416)	1,80 (,441)	-1,332	,184
Resolução de problemas	2,63 (,523)	2,54 (,481)	1,173	,242

No que concerne à diferença entre a predominância do uso de estratégias entre a s escolas podemos observar que apenas existem diferenças na estratégia de coping resolução de problemas (M=2,64, dp=0,451) em que os estudantes da escola 2 recorrem com maior que os estudantes da escola 1 (quadro nº15).

Relativamente á comparação de médias entre estratégias de coping e ano do curso frequentado pelos estudantes procedeu-se á análise de variância ANOVA (one way) tendo obtido para os respectivos anos de curso e estratégias níveis de significância sem significado estatístico, isto é, todos os valores de significância foram superiores a 0.05.

Interessou-nos igualmente perceber se existiam diferenças entra as estratégias de coping utilizadas pelos estudantes com ou sem perdas significativas, tendo sido possível observar também a inexistência de valores com significado, isto é, todos os valores de significância foram superiores a 0.05

Quadro nº 15

Diferenças de médias entre escolas e estratégias de coping

	Média (desvio padrão)			
	Escola 1	**Escola 2**	**t**	**Sig**
Suporte social	2,74 (,538)	2,78 (,474)	-,798	,426
Responsabilidade	2,15 (,656)	2,30 (,618)	-1,992	,047
Fuga e evitamento	1,80 (,462)	1,75 (,400)	1,050	,295
Resolução de problemas	2,49 (,504)	2,64 (,451)	-2,629	,009

Já no que diz respeito às experiências de acompanhamento de pessoas em fim de vida e na morte podemos constatar que existem diferenças significativas nas sub-escalas fuga e evitamento em que os estudantes sem experiência de acompanhamento de pessoas em fim de vida utilizam mais esta estratégia (M=1,97, dp=0,457) em detrimento dos que a experimentam e que utilizam mais estratégias de coping centradas na resolução de problemas (M=2,58, dp=0,461) do que os restantes estudantes (quadro nº 16).

Por final e para analisar as estratégias de coping revelou-se de importância explorar as relações entre as variáveis relativas ao acompanhamento de pessoas em fim de vida ena morte, com tal procedeu-se á analise através das Correlações de Pearson para o fonte de stress perda e pessoa significativa, quanto á intensidade e frequência e para a fonte de stress experiência de perda de doente, quanto à frequência e intensidade, tendo-se apenas observado correlações positivas para a sub-escala suporte social com as variáveis experiência de perda de doente relativas à frequência (0,154 para $p < 0,01$) e frequência (0,211 para $p < 0,05$).

Quadro nº 16

Diferenças de médias entre experiência de acompanhamento de pessoas em fim de vida e na morte

	Média (desvio padrão) Exp. acompanhamento de pessoas em fim de vida		t	Sig
	Sim	Não		
Suporte social	2,77 (,516)	2,62 (,474)	-1,607	,109
Responsabilidade	2,19 (,641)	2,34 (,660)	1,255	,210
Fuga e evitamento	1,76 (,430)	1,97 (,457)	2,743	,006
Resolução de problemas	2,58 (,461)	2,36 (,630)	-2,484	,014

Depressão

A utilização do questionário "Beck depression inventory" permitiu-nos efectuar a avaliação cognitiva de sintomas de depressivos na população estudantil revelando-nos factos importantes.

Assim da análise descritiva dos dados podemos observar que os estudantes que apresentam ausência de sintomas de depressão são 35,6% da nossa amostra, seguidos de presença de sintomas ligeiros para 45.9%, presença de sintomas moderados 11,2% e presença de sintomas severos em 6,9%. Perante este facto podemos concluir que a maioria da dos estudantes da nossa amostra apresentam sintomatologia depressiva (64,0%)

Quadro nº 17

Distribuição dos níveis de depressão dos estudantes

Depressão	Frequência	Percentagem
Ausenta	108	35,6
Ligeira	139	45,9
Moderada	34	11,2
Severa	21	6,9
Não responde	1	,3
Total	303	100,0

Relativamente à análise mais aprofundada comparamos as médias quanto ao sexo quanto á escola de origem através do *t-student,* e que de acordo com observação não se identificaram diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito aos estudantes que tiveram perdas significativas podemos constatar que existem diferenças com significado estatístico, em que as pessoas com sintomatologia depressiva correspondem aos estudantes que tiveram perdas significativas (M=1,96, dp=0730), e que relativamente ás experiências de perda de doentes, inversamente, os estudantes que não tiveram essas experiências (M=2,18, dp=0864) apresentam médias superiores (quadro nº 18).

Quadro nº 18

Diferenças de médias entre depressão e perda de pessoa significativa / experiência de perda de doentes

		Média (desvio padrão)		
		Depressão	**t**	**Sig**
Perdas significativas	**Sim**	1,96 (,730)	-2,443	,015
	Não	1,67 (,886)		
Exp. perda de doentes	**Sim**	1,84 (,786)	2,421	,016
	Não	2,18 (,864)		

Para perceber se existem relações entre a depressão pesquisou-se inicialmente as relações entre a depressão, as fontes de stress perda de pessoa significativa (intensidade e frequência), fonte de stress experiência de perda de doente (intensidade e frequência) e número de ocorrências, isto é, o número de vezes com que os estudantes se confrontaram com perda de doentes. De acordo com a observação da análise dos dados não existiram quaisquer relações com a depressão.

Quanto às estratégias de coping por nós analisadas e consideradas para este estudo procedemos de igual forma para o estudo das relações entre variáveis, tendo-nos sido possível identificar correlações positivas para a estratégia de coping responsabilidade (0,276 para $p < 0,01$) e correlações positivas para a estratégia de coping fuga e evitamento (0,267 para $p < 0,05$) o que nos permite afirmar que existem correlações positivas da depressão com as estratégias centradas na emoção.

Para terminar a análise da variável depressão procedeu-se ao estudo das relações entre a depressão e as fontes de stress de forma a ser possível identificar a existência de outra s variáveis que possam estar relacionadas com a depressão. Assim recorrendo novamente à análise de correlações de Pearson podemos observar que apenas existe correlação positiva com a fonte de stress frequências / avaliação (0,115, para $p < 0,05$).

CAPITULO VI – DISCUSSÃO DOS DADOS

Fontes de stress

Como se pode observar pela leitura dos dados os estudantes da nossa amostra referem diferentes fontes de stress, no entanto podemos constatar que uma eivada percentagem, superior a metade da amostra considera como principal fonte de stress, vivida com grande frequência e intensidade, as frequências / avaliações, seguidos da fonte de stress gestão de tempo, conflitos interpessoais e ensinos clínicos.

Considerado que factor de stress é um estimulo percepcionado pela pessoa como difícil, perigoso ou desafiador e que é susceptível de ser determinado por situações agradáveis ou desagradáveis, interna ou externas (Serra, 2002), os estudantes, como qualquer pessoa não estão isentos de experiências potências ou reais de stress.

As experiências reportam-se frequentemente a dificuldades emergentes do seu contexto académico, sendo que as frequências são avaliadas na generalidade como principal fonte de stress (Mendes, 2002).

Já no que concerne à gestão de tempo, parece ser também uma importante fonte de stress, tendo que os estudantes na sua globalidade têm dificuldade em gerir o tempo de que dispõe no seu contexto académico. Oliveira (1999), a este propósito refere-nos que os estudantes de enfermagem, ao analisar os factores de stress, que estes se encontram relacionados com áreas como cansaço físico e psicológico, falta de tempo e pressão para realizar trabalho no horário de estágio e extra estágio.

Não considerando apenas estes aspectos, há igualmente que ter em consideração que os estudantes encontram-se permanentemente sob avaliação, em especial se estiverem em estágio, sendo a avaliação responsabilizada pelo stress em estágio (Oliveira, 1998).

Relativamente aos conflitos interpessoais é importante referir que este podem diferentes origens e que no contexto académico podemos pensar e analisar de acordo com os intervenientes, assim, se por um lado a presença do professor pode ser uma fonte de stress, a insegurança e a responsabilidade sentida pelo estudante torna-se relevante, sendo passível de causar ansiedade, na medida em que o desenvolvimento de competências, constitui preocupação do aluno, pelo que se torna numa fonte de vulnerabilidade ao stress (Valadas, 1995).

O sentir receio de prejudicar os doentes durante o desempenho em estágio pode surgir como duplamente stressante, sendo um factor frequente e intenso (Oliveira, 1999). A mesma autora refere-nos que também a par deste aspecto, também são factores de stress o ter que prestar cuidados a doentes cujo estado se agrava, em sofrimento e em fase terminal, ideia que poderá estar implícita na seguinte afirmação:

Apesar destas situações também são considerados como factores de stress as frequências, assim como a relação com alguns professores. Pelpel (1986), citado por Oliveira (1999), refere-nos que o orientador pode ser percebido com uma “mãe boa” ou uma “mãe má”, sentindo-se o estudante super protegido ou policiado.

No que diz respeito às diferenças encontradas na nossa amostra podemos ainda constatar que existem diferença entre sexos e que os estudantes sentem com maior intensidade e frequência a fonte de stress expectativas, e as estudantes do sexo feminino sentem com maior intensidade e frequência a fonte de stress gestão de tempo. Já no que concerne ás escolas podemos constatar que os estudantes da escola 2 sentem com maior frequência e intensidade a fonte de stress rotina escolar, o que hipoteticamente e se poderá prender com razões especificas de contexto, já que factores culturais, crenças e valores de terminado local podem concorrer para diferença na interpretação de uma situação stressante (Aldwin, 1994).

Acompanhamento de pessoas em fase terminal

De acordo coma nossa análise podemos afirmar que um elevado número de estudantes já teve experiências de perdas significativas ao longo da sua vida, no entanto parece que sempre ser avaliada como uma frequência e intensidade elevadas. Relativamente ás experiências de perda de doentes encontramos um elevado número de estudantes com experiência de acompanhamento de pessoas em fim de vida e na morte, assim como é sentido com bastante intensidade e frequência e que a propósito deste facto Hennezel (2001) nos refere a existência quase permanente de contactos com os profissionais de enfermagem com pessoas em fase terminal e em que os problemas que daí emergem traduzem-se usualmente num elevado nível de stress. A par desta situação a nossa a realidade de hoje mostra-nos que por norma as pessoas internadas estão maior frequência em situações clínicas mais complexas, assim como hoje a morte ocorrer essencialmente em contexto hospitalar.

Relativamente ás experiências á fonte de stress perda de doente encontramos diferenças significativas no que diz respeito à intensidade e frequência do stressor, em que as estudantes do sexo feminino pontuam com um média superior, no entanto nos estudos por nas pesquisados não encontramos nenhuma referencia que nos pudesse dar suporte a este achado. Quanto às diferenças entre escolas encontramos diferença quanto à sua intensidade, em que na escola 1 esta experiência é sentida com maior intensidade e na escola 2 podemos encontra uma diferença significativa com médias superiores, e que atribuímos este facto a razões de operacionalização dos ensinos clínicos, isto é, na escola 2 os estudantes estão acompanhados unicamente por enfermeiros da prática clínica, estando estes integrados na totalidade do serviço, enquanto que na escola 1 estes são acompanhados também por docentes, sendo que neste contexto por norma os estudantes só ficam responsáveis por acompanhar parte dos doentes que se encontram no serviço, no entanto no quarto ano a situação é sobreponivel com

a da escola 2. No que concerne às diferenças entre anos de curso podemos constatar que existem diferenças significativas e que o maior número de ocorrências surge no segundo e quarto ano do curso, o que se prende com as características dos ensinos clínicos que decorem nos respectivos anos de curso, isto é, durante estes anos os estudantes efectuam os seus ensinos clínicos em serviços que pelas suas características apresentam taxas de mortalidade, nomeadamente os serviços de medicina, cuidados intensivos, etc.

Finalmente podemos constatar que não existem diferenças entre os estudantes que tiveram perdas significativos e a forma como avaliam a fonte de stress perda de doente e que a este propósito Kiger (1994) no estudo sobre o envolvimento com a morte em que se debruçou sobre a forma como esta situação é experimentada e vista pelos estudantes, chega a algumas conclusões, nomeadamente a que as experiências anteriores dos estudantes face à morte não influência a forma como eles vêem e experiênciam a morte no contexto académico.

Estratégias de coping

Com se pode observar nos resultados as estratégias de coping utilizadas face á morte e ao acompanhamento de pessoas em fim de vida encontram diferenças significativas em que podemos encontrar por ordem decrescente a utilização de estratégias de suporte social, resolução de problemas, aceitação da responsabilidade e por fim estratégias de fuga e evitamento, revelando-nos desta forma uma predominância de estratégias de coping focadas no problema, e que quando eficaz está associado a sentimentos de controlo da situação (Moskowitz e Folkman, 2004). Por outro lado e como estratégia predominante o suporte social, Machado e Almeida (2000) referem-nos que esta estratégia é utilizada para lidar com situações adversas e em que os jovens se socorrem quer da família, quer dos pares como fonte de apoio e partilha de sentimentos, sendo que é uma das estratégias de coping mais utilizadas pelos estudantes do ensino superior (Costa e Leal, 2006), o que vai de encontro às relações encontrados no nosso estudo entre o suporte social e experiências de perda de doentes. No que diz respeito e por oposição as estratégias de fuga e evitamento estão ligadas a aspectos por norma como evitamento do stressor, como motivo o fracasso e a situações de vulnerabilidade (Ramos, 2005).

No que diz respeito à diferença entre sexos na utilização das estratégias de coping não foram encontradas diferenças significativas, embora os homens recorram mais a um coping orientado para o problema e as mulheres parecem utilizar mais um coping orientado para a emoção (Kudielka, 2000), entanto os estudos também indicam que os estudantes dos sexo feminino utilizam com maior frequência as estratégias de coping de suporte social (Costa e Leal, 2005), facto que não constatámos na nossa amostra.

Ao longo do curso podemos também constar que as estratégias de coping utilizadas não variaram, podendo-se assim de alguma forma concluir que provavelmente existe uma manutenção forma de lidar perante a situação de acompanhamento de pessoas em fim de vida.

No que diz respeito à escola de origem, encontramos diferenças significativas com uma predominância do uso de estratégia de coping centradas na resolução de problemas e responsabilidade na escola 2, o que provavelmente se prenderá com a diferença de contextos e cultura organizacional e eventualmente com as estratégias pedagógicas utilizadas nas escolas. Podemos ainda constatar que os estudantes que utilizam menos estratégias de fuga e evitamneto face à morte são os que tem experiência de acompanhamento destas pessoas, o que revela que provavelmente recorrem a outras estratégias com maior eficácia, nomeadamente e de acordo com os nossos resultados, recorrem a estratégias centradas no problema que pelas suas características são tendencialmente mais adaptativas (Ramos, 2005)

Depressão

Os níveis de depressão encontrados na nossa amostra apresentam valores bastante elevados para a presença de sintomatologia depressiva, em que ressalva de esta se centrar essencialmente em sintomatologia moderada. Num estudo efectuado por Rafati e Ahmadi (2004) revela-nos que 60,0% dos estudantes apresentam sintomatologia depressiva, concentrando-se também a maioria com sintomatologia moderada, e não encontraram diferenças significativas relativas ao sexo, o que está de acordo com os dados por nós encontrados. No entanto na realidade Portuguesa podem encontrar-se diferenças com uma maior prevalência de depressão em estudantes de enfermagem do sexo feminino (Claudino e Cordeiro, 2005).

No que diz respeito às diferenças entre perda significativa e experiências de perda de doente podemos concluir que os estudantes que tiveram perdas significativas apresentam maiores níveis de depressão e que por sua vez os estudantes que não tiveram experiências de perda de doentes também apresentam maiores níveis de depressão, desta forma podemos colocar a hipótese de que provavelmente a depressão não terá por si só como causa directa e predominante o acompanhamento de pessoas em fim de vida e na morte.

No entanto e de acordo com os dados obtidos existe uma correlação positiva entre estratégias de coping de fuga / evitamento e aceitação da responsabilidade com a depressão, isto é existe uma relação positiva entre as estratégias centradas na emoção e a depressão, em que quanto maior for o recurso a estas estratégias de coping, maior serão os níveis de depressão, ou então o inverso, em que quando existe depressão existe uma maior mobilização de estratégias de coping centrado na emoção. A este propósito Ramos (2005) diz-nos que o uso de estratégia centradas na emoção, nomeadamente as de fuga e evitamento são potencializadoras da patogenese.

Tendo em conta a hipótese colocada nesta discussão e em que a depressão não se prenderia prioritariamente com o acompanhamento de pessoas em fim e vida, e de acordo com os dados encontrados podemos também concluir que existe uma relação positiva entre a fonte de stress frequências / avaliações, o que está de acordo com as conclusões obtidas por Mendes (2002), em que os estudantes de enfermagem que identificam e avaliam como stressor as frequências, apresentam maiores níveis de depressão.

Relativamente ao ano do curso podemos concluir que à medida que o curso decorre os estudantes apresentam menores níveis de depressão, isto é, existe uma relação positiva entre o ano de curso, em que ao ano de curso superior corresponde um menor nível de depressão. Não havendo nos estudos consultados dados que nos permitam confirmar ou aferir esta situação, é de referir no entanto que os estudos nos revelam que existe uma tendência para menores níveis de stress à medida que o curso de enfermagem decorre (Mendes, 2002; Oliveira, 1999).

CONCLUSÕES

Este trabalho surgiu do nosso interesse em particular em compreender as estratégias de coping utilizadas pelos estudantes do curso superior de licenciatura em enfermagem face à morte e ao acompanhamento de pessoas em fim de vida, tendo em conta que a morte é uma temática recorrente que os estudantes trazem para discussão com os professores, e por não se terem encontrado estudos especificamente nesta área tornou-se de importância relevante o seu estudo.

Assim debruçamo-nos sobre as questões da morte no contexto dos estudantes de enfermagem, procurando identificar algumas fontes de stress e principalmente reflectir e analisar as estratégias de coping predominantemente utilizadas para lidar com este acontecimento em particular. Foi de nosso interesse particular perceber igualmente se existiam repercussões no bem-estar / saúde dos estudantes.

Para a consecução deste projecto procuraram-se bases de suporte teórico e empírico que nos serviram para a orientação deste estudo. A partir deste construto foi possível clarificar os objectivos a que nos propusemos, no entanto só não nos foi possível explorar as estratégias de coping utilizadas especificamente para as fontes de stress identificadas pelos estudantes, conforme explicitado no capítulo da metodologia.

Não obstante a análise dos dados obtidos permitiu-nos analisar e aferir as hipóteses de trabalho colocadas para esta investigação

Desta forma e em termos de conclusão iremo-nos debruçar sobre cada uma das hipóteses colocadas para as clarificar assim com para apresentar as principais conclusões que daí emergiram.

Assim passaremos a enumerar as respectivas hipóteses e conclusões:

As experiências relacionadas com a morte / acompanhamento de pessoas em fase terminal são avaliadas como um factor de stress muito intenso

De acordo com a discussão e análises de dados podemos confirmar esta hipótese, tendo em conta que maioritariamente os estudantes acompanharam pessoas em fim de vida, experimentando uma intensidade na maioria entre o forte e extremamente forte com uma representação de metade da amostra, quanto á intensidade podemos concluir que è avaliada com acontecendo raramente ou algumas vezes pela maior parte da amostra.

As estudantes do sexo feminino vivenciam esta fonte de stress com maior intensidade do que os dos sexo masculino.

Os estudantes da escola 1 experimentam esta fonte de stress com maior intensidade, no entanto quanto são número de ocorrências os estudantes da escola 2 tem médias superiores de acompanhamento de pessoas em fim de vida e na morte,

As experiências ocorrem maioritariamente no segundo e quarto ano do curso de licenciatura em enfermagem, sendo que o número de ocorrências é mais elevado.

Embora esta fonte de stress seja avaliada com bastante intensidade só cerca de um décimo dos estudantes, quando solicitados, a identifica com fonte de stress

As experiências pessoais de perda anteriores não influenciam na avaliação da morte enquanto factor de stress, em relação à sua intensidade e frequência

Podemos concluir e confirmar a hipótese tendo em conta que os estudantes que tiveram experiências prévias de perdas significativas não avaliam esta fonte de stress de forma diferente, apresentando médias semelhantes.

As estratégias de coping utilizadas pelos estudantes face às situações de morte / acompanhamento de pessoas em fase terminal são predominantemente centradas na emoção

Perante esta hipótese somos levados a concluir que este não se confirma, tendo em conta que os estudantes utilizam predominantemente as estratégias de coping suporte social e resolução de problemas, que se referentes há estratégias de coping focadas no problema.

Com média inferiores surgem as estratégias de coping da aceitação da responsabilidade e a fuga e evitamento, que se reportam a estratégias de coping focadas na emoção.

Assim podemos concluir que os estudantes utilizam prioritariamente estratégias de coping focadas no problema.

As estratégias de coping utilizadas pelos estudantes são tendencialmente mais adaptativas à medida que o curso decorre

A hipótese de que os estudantes ao longo do curso são tendencialmente mais adaptativas, isto é, em estratégias de coping focadas na resolução de problemas não se verifica, tendo em conta que os estudantes utilizam sempre e predominantemente as mesmas estratégias ao longo do curso.

Os estudantes que utilizam mais frequentemente estratégias de coping centradas na emoção apresentam maiores níveis de depressão do que aqueles que utilizam menos frequentemente estas estratégias

Relativamente a esta hipótese podemos concluir que existe uma relação entre as estratégias centradas na emoção, e mais especificamente as estratégias de coping da sub-escala fuga e evitamento, e que não existem diferenças quanto ao sexo e escola de origem.

Os estudantes que utilizam mais frequentemente estratégias de coping centradas no problema apresentam menores níveis de depressão do que aqueles que utilizam menos frequentemente estas estratégias

Quanto à hipótese de que a utilização de estratégias de coping centradas no problema resultaria num menor nível de depressão não se confirma tendo em conta a inexistência de relações entre as variáveis de estratégias de coping nas sub-escalas de suporte social e resolução de problemas.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes do sexo feminino e masculino, quanto às estratégias de coping utilizadas

Relativamente à última hipótese colocada por nós podemos concluir que esta se confirma, dado que da análise efectuada não surgiram diferenças quanto ao recurso de estratégias de coping relativas ao sexo assim como para escola de origem.

Tendo as conclusões obtidas neste estudo e face ás hipóteses colocadas, foi-nos também possível retirar outras conclusões que poderão ser importantes para compreensão da realidade estudantil do curso de licenciatura em enfermagem, assim passamos a enumerar algumas destas conclusões:

- Um elevado número de estudantes apresenta sintomatologia depressiva, correspondendo a mais de metade da nossa amostra, e destes a maioria apresenta sintomatologia depressiva. Sendo este um facto relevante, não só pela predominâncias desta sintomatologia, mas por se inserir num curso que também visa a promoção da saúde, o que se reveste de especial preocupação com as problemáticas vivenciadas pelos estudantes;
- Da análise dos dados conclui-se que existe uma relação positiva entre a depressão e a fonte de stress frequências / avaliações, e de acordo com o descrito na literatura os estudante que apresentam maiores níveis de stress nesta fonte também apresentam maiores níveis de depressão;
- À medida que o curso decorre podemos concluir que os níveis de depressão diminuem, o que também se encontra descrito na literatura;
- Finalmente a conclusão anterior permite-nos afirmar com alguma segurança que provavelmente existiram outras causa que não o acompanhamento de pessoas em de vida e na morte que condicionam os elevados níveis de sintomatologia depressiva.

Quanto às limitações referentes ao estudo importa-nos reflectir sobre algumas questões em termos de operacionalização da colheita de dados em que como medida para avaliação do bem-estar / saúde dos estudantes seria de maior pertinência a avaliação da saúde mental dos estudantes através de escalas apropriadas, nomeadamente o instrumento de avaliação

"Menthal Helth Inventory", que também nos permite avaliar a depressão Um outro aspecto seria a introdução de instrumentos que nos possam avaliar os moderadores de stress. Por ultimo um factor de grande importância e que se prende com a forma com que estas situações são vivenciadas pelos estudantes.

Para terminar a conclusão é importante que possamos pensar e reflectir mais aprofundadamente a partir das conclusões obtidas.

Ao sermos confrontados diariamente com a problemática do acompanhamento de pessoas em fim de vida e na morte, constatamos que ainda existem inúmeras intervenções a efectuar. Tendo em conta as conclusões relevantes, pensamos que este trabalho será apenas um início de uma longa caminhada, mas no entanto, este proporciona-nos um conjunto diversificado de projectos passíveis de serem concretizados no futuro.

A diversidade de temas que caracterizam as estratégias de coping em estudantes do curso de licenciatura em enfermagem face à morte e ao acompanhamento de pessoas em fase terminal é do nosso ponto de vista, motivo para o desenvolvimento de trabalhos que permitam o sua exploração e aprofundamento. Parece-nos ser viável, que através das conclusões obtidas surjam hipóteses, confirmadas por estudos com amostras de maiores dimensões, usando metodologias de investigação diversas e que se julguem de maior pertinência ou eficácia em relação à área problemática a desenvolver.

Desta forma, sugerimos as seguintes hipóteses de estudo:

- A replicação deste estudo, nomeadamente com os estudantes que participaram neste estudo e que actualmente se encontram no quarto ano, o que nos permitiria efectuar uma aferição dos dados obtidos mas também nos permitiria efectuar uma leitura longitudinal;

- A elaboração de um estudo qualitativo que nos permitisse explorar aprofundadamente a forma como estas situações de acompanhamento de pessoas em fim de vida e na morte são vivenciadas pelos estudantes;
- Como ultima sugestão e tendo os elevados níveis de depressão encontrados seria também externamente importante perceber a dinâmica deste acontecimento que seguramente tem repercussões na vida pessoal e académicos estudantes.

Estas são algumas das hipóteses que achamos serem pertinentes, das quais poderiam ser desenvolvidos estudos para que se procedesse à verificação destas hipóteses.

Dadas as características metodológicas deste trabalho, foi-nos possível obter novas perspectivas das estratégias de coping utilizadas face à morte e ao acompanhamento de pessoas em fase terminal, facto pela qual consideramos importante a sua divulgação.

BIBLIOGRAFIA

Adomat R., K. A. (1994). Care the critical ill patient. the impact of stress on touich in intensive therapy. *Journal of advanced nursing, 19*, 919-922.

Alba, J. M.-L. (1993). A morte no hospital. *Servir, 41 (4)*, 217-219.

Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: an integrative perspective*. New York: Guilford Press.

Andrés, S. M. (1995). Morrir: tabués, miedos, negociones... *Rol, 201*, 17-21.

Antoniazzi, A., Dell´Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica *Estudos de Psicologia, 3 (2)*, 273-294

Ariès, P. (1989). *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média* (2ª ed.). Lisboa: Teorema.

Barros. (1988). Cuidar do doente moribundo é antes de mais assistir um doente com vida. *Servir, 36 (5)*, 231-240.

Barros. (1993). *Psicologia do controlo pessoal. Aplicações educacionais, clínicas e sociais*. Braga: Instituto de Educação, Universidade do Minho.

Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista* (1ª ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Bauk, D. A. (1985). Stress. *Revista Brasileira de saúde ocupacional, 13 (50)*, 28-36.

Beck, A. T., & Steer, A. R. (1993). *Beck depression inventory: manual*. San Antonio: The Psychological Corporation,.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1985). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology, 40*, 1365-1367.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory formeasuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53-63.

Bergman, C. S., Plomin, R., & Pederson, N. L. (1990). Genetic and environmental influences on social suport: the Swedish adaptation/twin study of aging. *Journal of Gerontology: Psychological sciences, 45*, 101-106.

Bianchi, E. (2000). Comparação do nível de stress do enfermeiro do centro cirurgico e de outras unidades fechadas. *Sobecc, 5 (4)*, 28-30.

Blaney, C. G. (1980). Anxiety in the undergraduete medical-surgical. *Journal of advanced education, 19*, 33-36.

Bohner, M. N., Thomas (1978). *Le cheminement vers la mort*. Montreal: McGraw-Hill.

Bowling, A. (1995). *Measuring disease*. Suffolk: St. Edmundbury Ltd.

Brown, G. W. (1993). The role of life events in the aetiology of depressive and anxiety disorders. In S. C. S. e. P. Salmon (Ed.), *Stress* (pp. 23-25). New York: Hartcourt Brace & Company, Publisher.

Brown, H. (1978). *Social origins of depression*. New York: Free Press.

Campbel, I. E., Day, R. A., Field, P. A., & Reutter, L. (1995). Students' evolving beliefs about nursing: from entry to graduation in a four-year baccalaureate programme. *Nurse Education Today, 15 (5)* 357-364.

Claudino, J., & Cordeiro, R. (2005). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem, o caso particular dos alunos da escola superior de saúde de Portalegre. *educação, ciência e tecnologia*, 197-210.

Cohen, J. H. (1990). Community nurse executives psychologic well-being: relationships among stressors, social support, coping, and optimism. *Public Health Nurses, 7 (4)* 194-203.

Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros Portugueses.

Connel, E. A. M. (1982). Burnout in the nursing profession: coping stratigies, causes and costs. In *Coping stratigies for preventing burnout* (pp. 1-8). Saint Louis: Mosby.

Costa, E. S. L., Isabel Pereira. (2006). Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica, 2 (XXIV)*, 189-199.

Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). Cognitive style, stress preception and coping. In I. L. Kutash, L. B. Schelesinger & Associates (Eds.), *handbook on stress and anxiety*. London: Jossey-Bass publisher.

Cutrona, C. E. (1990). Stress and social suport: in search optimal matching. *Journal of social and clinical psychology, 9*, 3-14.

Cutrona, C. E. (1996). *Social suport in couples*. New Delhi: Sage Publications.

Daniels, L. A. (1985). How to understand and control stress. *Hosp Top, 63 (4)*, 12-15.

Dickinson, J. (2005). Liberating the potential: The role of non-nurses in adding value to nurse education. *Nurse Education Today, 26 (1)*, 31-37.

Dortu, J.-C. (1991). *L'anti-stress de l'étudiant*. Paris: Les Editions d'Organisation.

Dressler, W. (1980). Coping dispositions, social suports and health status. *Ethos, 8 (2)*, 146-171.

Dryden, G., & Vos, J. (1993). *Revolucionando o aprendizado*. New York: Makron Books.

Erickson, E. (1976). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Faulkner, A. (1994). *Talking to cancer patients and their relatives*. New York: Oxford University Press.

Ferreira, L. (1999). Luto. Quem dá vida aos que ficam? *Pensar em Enfermagem, 3 (2)*, 41-44.

Flager, S. (1988). Maternal role competence. *Journal of Health Sciences, 10 (3)*, 274 -290.

Fontes, F. (1995). O enfermeiro perante a morte. *Nursing, 85*, 7-10.

Garcia, A. (1995). Mejora de la calidad asistencial. *Revista de Enfermeria Rol, 18 (199)*, 19-22.

Gatchel, R. B., Baum, A., & Krantz, D. S. (1989). *An introdution to health psychology*. New York: MacGraw Hill Book Company.

Gil-Monte, P., Peiro, J., Valcáracel, P., & Grau, R. (1996). La incidencia del sindrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profissionales de enfermaría. *Psiquis, 17 (4)*, 190-195.

Gil-Monte, P., & Shadeen, W. (1991). Burnout en enfermarìa: un estudo comparativo España-Holanda. *psicología del tabajo y de las organizaciones, 7 (14)*, 121-130.

Goldenberg, D., & Waddell, J. (1990). Occupational stress and coping strategies among female baccalaureate nursing faculty. *Journal of Advanced Nursing, 15 (5)*, 531-543.

Gomes, C. A. A. (1995). O enfermeiro na ajuda à familía com um doente terminal. *Sinais Vitais, 3*, 29-32.

Graça, L., & Reis, M. J. (1993). Os factores psicossociais no trabalho e os seus efeitos na saúde. *ENPS*.

Grilo, A. M. (2001). Reacção psicológica à doença terminal. Implicações para os enfermeiros. *Acontece enfermagem, 1 (1)*, 8-11.

Haffie, H. E. M., & Benbow, M. (1992). Keeping the pressure off. *Nursing the Elderly, . May/June*, 17-19.

Heim, E., Valach, I., & Scnhaffner, I. (1992). Coping and psychological adaptation: longitudinal effects over time and stages of brast cancer. *Psyosomatic medicine, 59*, 408-418.

Hennezel, M. (2001). *Para uma morte mais humana - experiência de uma unidade de cuidados paliativos*. Loures: Editorial Notícias.

Henriques, M. (1995). O Enfermeiro e o Morrer. *Servir, 43*, 9 -17.

Hobfoll, S. E., & Vaux, A. (1993). *Social suport: social resources and social context*. New York: Free press.

Holmes, T. H., & Rahe, R. K. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 4*, 189-194.

Jones, M., & Johnston, D. (1997). Distress, stress and coping in first-year student nurses. *Journal of advanced nursing, 26*, 475-482.

Kiger, A. (1994). Student nurses involvement with death: the image and experience. *Journal of Advanced Nursing, 20*, 679-686.

Kiger, A., & Watson, L. (1994). Clinical staff and the new student nurse: Anticipating change. . *Nurse Education Today., 10*, 457-464.

Lazarus. (1993). *Why we should think of stress as a sbset of emotion*. New York: Free Press.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, apprasial and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer.

Lazarus, R. S., & Averill, J. R. (1972). Emotion and cognition: with special reference to anxiety. In C. D. Spielberg (Ed.), *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1985). If it Changes it Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 150-170.

Levenson, R. W. (1994). Human emotion: a functional view. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: fundamental questions*. New York: Oxford University Press.

Lindop, E. (1989). Individual stress and its relationship to termination of nurse training. *Nurse education Today, 9*, 172-179.

Lindop, E. (1991). Individual stress among nurses in training: why some nurses leave and some stay. *Nurse Education Today, 11*, 110-120.

Lipp, M. (1984). Stress e Suas Implicações. *Estudos de Psicologia, 1*, 5-19.

Lo, R. (2002). A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergradutate students: an Australian case study. *Journal of advanced nursing, 39 (2)*, 119-126.

Lopes, M. d. A. P. (1992). Como estou eu a cuidar? *Servir, 41 (2)*, 59-67.

Lovallo, W. R. (1997). Psychosocial modeles in health and disease. *W R Lovallo org. Stress and Health*, 11-29.

Maia, O., & Lopes, W. (2000). O enfermeiro e a morte. *revista informar - revista de formação contínua em enfermagem, 4 (21)*, 30-32.

Marton, P., & al., e. (1991). Diagnostic utility of the Beck Depression Inventory with adolescent psychiatric outpatients and impatients. *Canadian Journal Psychiatric, 6 (3)*, 428-431.

McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: loss, threat and challenge. *Journal Person Soc Psychol, 46 (4)*, 919-928.

Mendes, A. (1998). Stress , estratégias de lidar com o stress e Imunidade? *Referência, 1*, 49-59.

Mendes, A. C. (2002). *Stress e imunidade*. Coimbra: Formasau.

Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness, overcoming powerlessness* (2ª ed.). Philadelphia: F A Davis.

Monat, A., & Lazarus, R. (1991). *Stress and coping: an anthology* (3ª ed.). New York: Columbia University.

Monat, A., & Lazarus, R. S. (1985). Stress and coping - some current issues and controversis. In A. Monat & R. Lazarus (Eds.), *Stress and coping - an anthology*. New York: Columbia University Press.

Moos, R. H., & Billings, S. (1982). *Conceptualazing and measuring coping resources and process*. New York: Free Press.

Moos, R. H., & Shaefer, J. A. (1993). *Coping resources ond processes: current concepts and measures*. New York: Free Press.

Morling, B. A., & Fiske, S. T. (1998). Control. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 1): Academic Press.

Moskowitz, & Folkman, L. R. S. S. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual review, 55*, 745-774.

Muncer, S., Taylor, S., MacManus, C., & Green, D. (2001). Nurses representations of the perceived causes of work-related stress: a networck drawing approach. *Work & stress, 15 (1)*, 40-52.

Nyamathi, A. M. (1989). Comprehensive health seeking and coping paradigm. *Joumal of Advanced Nursing, 14*, 281-290.

Oliveira, C. M. S. (1998). O stress e coping dos alunos em estágio e a relação com o cliente. *Servir, 47 (6)*, 286-294.

Oliveira, C. M. S. (1999). O stress e coping dos alunos em estágio e a relação com o cliente - II. *Servir, 48 (6)*, 178-184.

Oliveira, P., & Simões, S. (2000). A morte no hospital - um desafio para a enfermagem. *Enfermagem oncológica, 14 (4)*, 35-38.

Pais-Ribeiro, J., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica02., 4 (19)*, 491-495.

Peniche, A. (2001). Stress -ansiedade do enfermeiro em sala de recuperação anestésica. *Sobecc, 6 (3)*, 19-23.

Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem médico-cirurgica: conceitos e prática clínica* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Pits, P. (2000). Research helps nursing students reduce stress levels. Retirado a 24 de Janeiro, 2003, de http://communications.uvic.ca/Ring/00july14/young.html

Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Powel, T. J., & Enright, S. J. (1990). *Anxiety and stress management*. London: Routledge.

Rafati, F., & Ahmadi, J. (2004). Depression in Nursing Students of Shiraz University of Medical Sciences. *Journal of Research in Medical Sciences, 1*, 39-41.

Ramos, M. (2005). *Crescer em Stress*. Porto: Ambar - Ideias no Papel S.A.

Ramos, M. F. V. (1995). *Vivências expressas pelos alunos do Curso Superior de Enfermagem no primeiro contacto com o utente.* Unpublished Dissertação para a obtenção de grau de mestre em Ciências da Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa.

Rappsilber, C., & Simukonda, F. S. (1989). Anxiety in male nursing students at Kamuzu College of Nursing. *Nurse Education Today, 9*, 180-185.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 33 (1)*, 300-303.

Sackett, D. L., & Cook, R. J. (1995). The number needed to treat: a clinically useful measure of treatment effect *BMJ, 310*, 452-454.

Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais* (3ª ed.). Lisboa: Editorial caminho.

Savoia, M. G., Santana, P., & N.P. Mejias. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Revista de Psicologia USP 6*.

Schmitt, M. H., Baggs, J. G., Mushlin, A. I., Eldredge, D. H., Oakes, D., & ., A. D. H. (1997). Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three critical care unitsEldredge DH, Oakes D, Hutson AD. *Am J Crit Care, 6 (5)*, 393-399.

Selye. (1956). *The Stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Selye. (1980). *Selye's Guide to Stress Research.* New York: Van Nostrand Reinhold Company.

Serra, A. V. (2002). *O Stress na vida de todos os dias* (2ª ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Silva, M. N. S. (1995). *O stress em estudantes de enfermagem.* Unpublished Dissertação no âmbito do curso de pedagogia aplicada ao ensino de enfermagem, escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, Lisboa.

Silveira, D. X., & Jorge, M. R. (1998). Propriedades da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em população clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. *Revista Psiquiatria Clínica, 25 (5)*, 251-262.

Simukonda F. (1989). Anxiety in male nursing students at Kamuzu College of Nursing. *Nurse Education Today, 9 (3)*, 180-185.

Small, L. (2002). Early Predictors of Poor Coping Outcomes in Children Following Intensive Care Hospitalization and Stressful Medical Encounters. *Pediatric Nursing, 28 (4)*, 393-401.

Sousa, E. (1993). Atribuição: da interferência à estratégia de comportamento. In *Psicologia Social*. Lisboa: Gulbenkian.

Spence, L. (2001). Promoting nurses health: effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing economics, 19 (2)*, 42-53.

Stederford, A. (2000). A comunicação em caso de doença terminal e de morte. In R. Corney (Ed.), *O desenvolvimento das perícias decomunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi.

Stone, J. A., & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results. *Journal Person Soc Psychol, 46*, 891-906.

Taormina, R., & Law, C. (2000). Aproaches to preventing burnout: the effects of personal stress management and organizational socialization. *Journal of nursing management, 8*, 89-99.

Taylor, C. M. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica* (13ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Taylor, S., White, R., & Muncer, S. (1999). Nurse´s cognitive structural models od stress. *Joumal of Advanced Nursing, 29*, 974-983.

Thomas, L.-V. (2001). *Morte e poder* (1ª ed.). Lisboa: Temas e debates.

Timmins, F., & Kaliszer, M. (2002). Absenteeism among nursing students - fact or fiction? *Journal of Nursing Management. , 10 (14)*, 251 -264.

Tumer, R. J., & Roszel, P. (1994). *Psychosocial resources ond the stress process*. New York: Plenum Press.

Vala, J. (1986). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Afrontamento.

Valadas, A. M. C. F. (1995). *Ansiedade nos alunos. A experiência dos estágios.* Não Publicada. Mestrado em Ciências da Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Whaley, L., & Wong, D. (1997). *Whaley & Wong: Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva* (5ª ed.). .Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Xavier, S. (1999). Morte! Uma passagem da vida. *Servir, 47 (2)*, 75-78.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de colheita de dados

O questionário, para cujo preenchimento pedimos a sua colaboração integra-se num estudo que visa a elaboração de uma tese de mestrado em Psicologia, área de Stress e Bem-estar, versada ao tema **estratégias de coping em estudantes do curso de licenciatura em enfermagem** e que se destina exclusivamente a fins de investigação.

Em todas as respostas que solicitamos garantimos o anonimato.

Pedimos também que responda de acordo com aquilo que faz, ou sente, não havendo respostas correctas ou incorrectas, nem boas ou más respostas. O que interessa é conhecer os factos envolvidos nesta temática. Pedimos igualmente que responda ao questionário na ordem que lhes é apresentado, isto é, não deverá responder à parte seguinte sem ter concluído a anterior.

No final do trabalho comprometo-me a divulgar os resultados aos estudantes da sua Escola.

Por favor verifique se respondeu a todas as questões colocadas.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Carlos Pina David

PARTE I

Escola: Escola Superior de Enfermagem Artur Ravara ☐

Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa ☐

Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil ☐

Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende ☐

Ano do curso que está a frequentar ☐

Sexo: Masculino ☐

Feminino ☐

Idade: ☐

Estado Civil: Solteiro ☐

Casado ☐

Divorciado ☐

Outro (especifique) ☐

Reside: Sozinho ☐

Acompanhado ☐

Local residência (origem):

Local residência (actual):

Trabalhador estudante Sim ☐

Não ☐

Outros dados que considere relevantes:

PARTE II

Instruções: Nos espaços que encontra em baixo faça uma lista das situações / dificuldades, problemas com que se confronta e que considera como fonte de stress para si. De seguida, e utilizando as escalas de avaliação fornecidas, avalie cada uma das fontes de stress listadas do ponto de vista da sua frequência e da intensidade de stress associado, assim como a ordem de relevância que atribui aos factores de stress por si identificados.

Frequência: 1. nunca; 2. raramente; 3. algumas vezes; 4. frequentemente; 5. muito frequentemente

Intensidade: 1. nula; 2. ligeira; 3. moderada; 4. forte; 5. extremamente forte

Fontes de stress

1.	Frequência	
	Intensidade	
2.	Frequência	
	Intensidade	
3.	Frequência	
	Intensidade	
4.	Frequência	
	Intensidade	
5.	Frequência	
	Intensidade	

Do conjunto de fontes de stress atrás referidas seleccione as três principais fontes de stress para si – que pela sua frequência e / ou intensidade de stress associado considera mais relevantes para si.

Para cada uma das fontes de stress seleccionadas (cujo número de identificação deve indicar), e utilizando os espaços em baixo, faça uma listagem das estratégias que habitualmente utiliza para lidar com o stress sentido. De seguida, e utilizando a escala de avaliação fornecida, avalie cada uma das estratégias listadas do ponto de vista da frequência e da eficácia da sua utilização.

Frequência: 1. nunca; 2. raramente; 3. algumas vezes; 4. frequentemente; 5. muito frequentemente

Eficácia: 1. nula; 2. ligeira; 3. moderada; 4. muito; 5. extrema

Fonte de stress nº ____ – estratégias

1.	Frequência	
	Eficácia	
2.	Frequência	
	Eficácia	
3.	Frequência	
	Eficácia	
4.	Frequência	
	Eficácia	
5.	Frequência	
	Eficácia	

Fonte de stress nº ____ – estratégias

1.	Frequência	
	Eficácia	
2.	Frequência	
	Eficácia	
3.	Frequência	
	Eficácia	
4.	Frequência	
	Eficácia	
5.	Frequência	
	Eficácia	

Fonte de stress nº ____ – estratégias

1.	Frequência	
	Eficácia	
2.	Frequência	
	Eficácia	
3.	Frequência	
	Eficácia	
4.	Frequência	
	Eficácia	
5.	Frequência	
	Eficácia	

PARTE III

Instruções: Preencha o seguinte questionário e utilize as escalas de avaliação fornecidas, para a avaliação das perdas por si referidas.

Frequência: 1. nunca; 2. raramente; 3. algumas vezes; 4. frequentemente; 5. muito frequentemente

Intensidade: 1. nula; 2. ligeira; 3. moderada; 4. forte; 5. extremamente forte

1.Teve perdas de pessoas significativas ao longo da sua vida? Não ☐ Sim ☐

Se sim, especifique:

Avalie essa perda, enquanto factor de stress, quanto a: Frequência ☐ Intensidade ☐

2. Ao longo da sua experiência, enquanto estudante, teve contacto com algum doente que tivesse morrido ou que estivesse em fase terminal? Não ☐ Sim ☐

Se sim, especifique:

3. Se experiênciou a situação descrita anteriormente, essa pessoa estava ao cuidado de: Próprio ☐ Colega ☐ Serviço ☐

Avalie essa perda, enquanto factor de stress, quanto a: Frequência ☐ Intensidade ☐ Número de vezes em que ocorreram estas situações ☐

PARTE IV

Nesta lista apresentam-se diversas maneiras de lidar com várias situações problemáticas ou perturbadoras. Por favor indique em que medida utilizou as várias maneiras para lidar com os aspectos mais problemáticos ou situações mais perturbadoras que encontrou na situação problemática em causa (Parte III do questionário – situações de morte e acompanhamento de pessoas em fase terminal).

	Não usada	Usada por vezes	Usada frequen-temente	Usada quase sempre
1. Concentrar-me apenas no que tenho de fazer a seguir – o próximo passo	**0**	**1**	**2**	**3**
2. Tentar analisar o problema de modo a compreende-lo melhor.	**0**	**1**	**2**	**3**
3. Voltar-me para o trabalho ou outras actividades de modo a desviar o meu espírito das coisas.	**0**	**1**	**2**	**3**
4. Sentir que o tempo ajuda – a única coisa a fazer é esperar.	**0**	**1**	**2**	**3**
5. Negociar ou entrar em compromissos para obter qualquer coisa positiva da situação.	**0**	**1**	**2**	**3**
6. Fazer algo que eu penso que resulta, mas pelo menos estou a fazer algo.	**0**	**1**	**2**	**3**
7. Tentar que a pessoa responsável mude de opinião.	**0**	**1**	**2**	**3**
8. Falar com alguém para saber mais coisas acerca da situação.	**0**	**1**	**2**	**3**
9. Criticar-me ou auto-censurar-me.	**0**	**1**	**2**	**3**
10. Não tapar todas as saídas, mas deixar uma porta aberta.	**0**	**1**	**2**	**3**
11. Esperar que aconteça um milagre.	**0**	**1**	**2**	**3**
12. Aceitar o destino; às vezes é má sorte.	**0**	**1**	**2**	**3**
13. Continuar como se nada tivesse acontecido.	**0**	**1**	**2**	**3**
	Não usada	Usada por vezes	Usada frequen-	Usada quase

			temente	sempre
14. Tentar guardar os meus sentimentos para mim próprio.	**0**	**1**	**2**	**3**
15. Tentar ver o lado positivo das coisas.	**0**	**1**	**2**	**3**
16. Dormir mais do que o costume.	**0**	**1**	**2**	**3**
17. Expressar ira ou raiva para com a(s) pessoa(s) que causou (causaram) o problema.	**0**	**1**	**2**	**3**
18. Aceitar o apoio e compreensão de alguém.	**0**	**1**	**2**	**3**
19. Dizer a mim próprio(a) coisas que ajudam a sentir melhor.	**0**	**1**	**2**	**3**
20. Ficar inspirado(a) para fazer coisas criativas.	**0**	**1**	**2**	**3**
21. Tentar esquecer tudo.	**0**	**1**	**2**	**3**
22. Procurar ajuda profissional.	**0**	**1**	**2**	**3**
23. Mudar para melhor como pessoa.	**0**	**1**	**2**	**3**
24. Esperar para ver o que acontece antes de fazer qualquer coisa.	**0**	**1**	**2**	**3**
25. Pedir desculpa ou fazer algo para compor as coisas.	**0**	**1**	**2**	**3**
26. Traçar um plano de acção e segui-lo.	**0**	**1**	**2**	**3**
27. Aceitar a segunda melhor solução para o que eu queria.	**0**	**1**	**2**	**3**
28. Deixar expressar, deitar cá para fora os meus sentimentos.	**0**	**1**	**2**	**3**
29. Tomar consciência que tinha sido eu o(a) causador(a) do problema.	**0**	**1**	**2**	**3**
30. Sair desta experiência melhor do que quando entrei.	**0**	**1**	**2**	**3**
31. Falar com alguém que possa fazer algo de concreto acerca do problema.	**0**	**1**	**2**	**3**
32. Afastar-me temporariamente das coisas, tentar descansar ou tirar féria.	**0**	**1**	**2**	**3**
33. Tentar sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	**0**	**1**	**2**	**3**
34. Fazer uma grande aposta ou uma coisa arriscada.	**0**	**1**	**2**	**3**
	Não usada	Usada por vezes	Usada frequen-	Usada quase

			temente	sempre
35. Tentar não actuar precipitadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	**0**	**1**	**2**	**3**
36. Encontrar uma nova fé	**0**	**1**	**2**	**3**
37. Ficar com o meu orgulho e manter-me senhor(a) do meu nariz.	**0**	**1**	**2**	**3**
38. Redescobrir o que é importante na vida.	**0**	**1**	**2**	**3**
39. Mudar algo para que as coisas resultassem bem	**0**	**1**	**2**	**3**
40. Evitar estar com pessoas em geral.	**0**	**1**	**2**	**3**
41. Não me deixar apanhar pelas coisas, recusar-me a pensar muito sobre o assunto.	**0**	**1**	**2**	**3**
42. Pedir concelho a um familiar, amigo(a) que tenho em grande consideração.	**0**	**1**	**2**	**3**
43. Evitar que os outros saibam como as coisas estão más.	**0**	**1**	**2**	**3**
44. Não exagerar a situação; recusar-me a levá-la demasiado a sério.	**0**	**1**	**2**	**3**
45. Falar com alguém acerca de como me sinto.	**0**	**1**	**2**	**3**
46. Marcar a minha posição e lutar pelo que eu quero.	**0**	**1**	**2**	**3**
47. "Descarregar" noutras pessoas.	**0**	**1**	**2**	**3**
48. Servir-me da minha experiência passada; já estive numa situação semelhante.	**0**	**1**	**2**	**3**
49. Saber o que tenho a fazer, por isso duplicar os meus esforços para que as coisas resultem.	**0**	**1**	**2**	**3**
50. Recusar-me a acreditar no que aconteceu.	**0**	**1**	**2**	**3**
51. Prometer a mim próprio(a) que as coisas serão diferentes da próxima vez.	**0**	**1**	**2**	**3**
52. Arranjar várias soluções diferentes para o problema.	**0**	**1**	**2**	**3**
53. Aceitar a situação, já que nada pode ser feito.	**0**	**1**	**2**	**3**
54. Tentar que os meus sentimentos não interfiram demasiado com as outras coisas.	**0**	**1**	**2**	**3**
55. Desejar ter podido mudar o que aconteceu ou a maneira com me senti.	**0**	**1**	**2**	**3**
	Não usada	Usada por vezes	Usada frequen-	Usada quase

			temente	sempre
56. Mudar alguma coisa em mim.	**0**	**1**	**2**	**3**
57. Sonhar acordado(a) ou imaginar um tempo ou lugar melhores do que aqueles em que estou.	**0**	**1**	**2**	**3**
58. Desejar que a situação acabe ou que de alguma forma seja ultrapassada.	**0**	**1**	**2**	**3**
59. Ter fantasias ou desejos do que poderá acontecer.	**0**	**1**	**2**	**3**
60. Rezar.	**0**	**1**	**2**	**3**
61. Preparar-me par o pior.	**0**	**1**	**2**	**3**
62. Pensar no que hei-de fazer ou dizer.	**0**	**1**	**2**	**3**
63. Pensar como é que uma pessoa que eu admiro enfrentaria esta situação e usá-la como exemplo.	**0**	**1**	**2**	**3**
64. Tentar ver as coisas do ponto de vista de outra pessoa.	**0**	**1**	**2**	**3**
65. Relembrar-me de como as coisas podiam ser piores.	**0**	**1**	**2**	**3**
66. Correr ou fazer exercício.	**0**	**1**	**2**	**3**

PARTE V

Neste questionário há grupos de frases que se referem a estados de espírito. Leia cuidadosamente cada grupo e escolha a frase (ou as frases) que melhor descreve(m) a maneira como se sente presentemente. Faça um círculo no número que se encontra antes da(s) frase(s) que escolheu. Certifique-se de que leu todas as frases de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

A.

1. Não me sinto triste
2. Sinto-me triste
3. Ando sempre triste e não consigo evitá-lo
4. Ando tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais isto

B.

1. Não me sinto particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro
2. Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro
3. Sinto que não tenho nada a esperar do futuro
4. Não tenho qualquer esperança no futuro e sinto que a minha situação não pode melhorar

C.

1. Não me sinto falhado(a)
2. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
3. Quando olho para a minha vida passada tudo o que vejo é uma quantidade de falhanços
4. Sinto que sou uma pessoa completamente falhada

D.

1. Sinto-me tão satisfeito(a) com as coisas como anteriormente
2. Não me sinto satisfeito(a) com as coisas que anteriormente me satisfaziam
3. Não me consigo sentir realmente satisfeito(a) com nada
4. Sinto-me descontente e aborrecido(a) com tudo

E.

1. Não me sinto culpado(a) de nada em particular
2. Sinto-me culpado(a) uma grande parte das vezes
3. Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte das vezes
4. Sinto-me sempre culpado(a)

F.

1. Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo
2. Sinto que posso vir a ser castigado(a)
3. Espero vir a ser castigado(a)
4. Sinto que estou a ser castigado(a)

G.

1. Não me sinto desiludido(a) comigo
2. Estou desiludido(a) comigo mesmo
3. Estou desgostoso(a) comigo mesmo
4. Odeio-me

H.

1. Não sinto que seja pior do qualquer outra pessoa
2. Critico-me a mim mesmo(a) pelas minhas fraquezas ou erros
3. Estou constantemente a culpar-me pelas minhas faltas
4. Acuso-me de todo o mal que acontece

I.

1. Não penso suicidar-me
2. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não consigo concretizá-las
3. Gostaria de pôr termo à vida
4. Gostaria de pôr termo à vida se tivesse oportunidade

J.

1. Não choro mais do que é habitual
2. Choro mais, agora, do que era costume
3. Passo o tempo a chorar
4. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo quando me apetece

K.

1. Não ando mais irritado(a) do que é costume
2. Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que era costume
3. Sinto-me constantemente irritado(a)
4. Não fico irritado(a) com o que anteriormente me irritava

L.

1. Não perdi o interesse pelas outras pessoas
2. Interesso-me menos pelas pessoas do que era costume
3. Perdi quase todo o meu interesse pelas outras pessoas
4. Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas

M.

1. Sou capaz de tomar decisões tão bem como anteriormente
2. Evito tomar decisões como fazia anteriormente
3. Agora tenho mais dificuldade em tomar decisões do que tinha anteriormente
4. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão

N.

1. Acho que o meu aspecto é o do costume
2. Preocupo-me por poder parecer velho(a) ou pouco atraente
3. Sinto que há constantes mudanças no meu aspecto que me tornam pouco atraente
4. Acho que tenho um aspecto horrível

O.

1. Sou capaz de trabalhar tão bem como é costume
2. Agora, preciso de um esforço maior do que dantes para começar a fazer qualquer coisa
3. Tenho de fazer um grande esforço para fazer qualquer coisa
4. Não consigo fazer nenhum trabalho

P.

1. Consigo dormir tão bem como é habitual
2. Não durmo tão bem como dantes
3. Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que era costume e custa-me voltar a adormecer
4. Acordo muitas horas antes do que era costume e não consigo tornar a adormecer

Q.

1. Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual
2. Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes
3. Fico cansado(a) quando faço seja o que for
4. Sinto-me demasiado cansado(a) para fazer seja o que for

R.

1. O meu apetite é o mesmo de sempre
2. O meu apetite não é tão bom como costumava ser
3. O meu apetite piorou ultimamente
4. Não tenho apetite absolutamente nenhum

S.

1. Não tenho perdido peso ultimamente
2. Perdi mais de 2,5 Kg de peso
3. Perdi mais de 5 Kg de peso
4. Perdi mais de 7,5 Kg de peso

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não_____

T.

1. Não me tenho preocupado com a minha saúde mais do que é habitual
2. Estou preocupado(a) com problemas de saúde tais como dores, problemas de estômago ou prisão de ventre
3. Estou tão preocupado(a) com os meus problemas de saúde que me é difícil pensar noutra coisa
4. Estou tão preocupado(a) com os meus problemas de saúde que não consigo pensar em absolutamente mais nada

U.

1. Não notei qualquer mudança no meu interesse pela vida sexual
2. Estou menos interessado(a) pela vida sexual do que anteriormente
3. Estou muito menos interessado(a) pela vida sexual, agora
4. Perdi completamente o interesse pela vida sexual

ANEXO B - Correlação de Pearson das variáveis fontes de stress intensidade / frequência

Correlação de Pearson das variáveis fontes de stress - intensidade / frequência

	Int. 1	Int. 2	Int. 3	Int. 4	Int. 5	Int. 6	Int. 7	Int. 8	Int. 9	Int. 10	Int. 11	Int. 12	Int. 13	Int. 14	Int. 15
Freq. 1	,892(**)														
Freq. 2		,927(**)													
Freq. 3			,937(**)												
Freq. 4				,963(**)											
Freq. 5					,850(**)										
Freq. 6						,932(**)									
Freq. 7							,908(**)								
Freq. 8								,944(**)							
Freq. 9									,863(**)						
Freq. 10										,915(**)					
Freq. 11											,888(**)				
Freq. 12												,919(**)			
Freq. 13													,881(**)		
Freq. 14														,962(**)	
Freq. 15															,892(**)

** Correlação significativa para p < 0,01

Licença Creative Commons:

This work is in the Public Domain.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo