



Universidade Católica Portuguesa

## O LUTO PROFISSIONAL NOS ENFERMEIROS

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por

Maria Georgeana Marques da Gama

Instituto de Ciências da Saúde

Janeiro, 2013





Universidade Católica Portuguesa

## O LUTO PROFISSIONAL NOS ENFERMEIROS

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por Maria Georgeana Marques da Gama

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

Janeiro, 2013



## RESUMO

O crescente contacto do enfermeiro com a morte em contexto profissional tem sido muitas vezes perspectivado num sentido negativo pelas dificuldades emocionais que desencadeia e pelas consequências de sobrecarga nos profissionais de saúde, conducentes a processos de evitamento relacional e de isolamento social e profissional. A exposição diária à morte e ao processo de morrer, para além da sobrecarga de luto, pode constituir-se num desafio ao crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

Lidar com a morte e o processo de morrer traduz-se fundamentalmente num trabalho de confronto de perdas através de um processo que oscila entre o evitamento e intrusão.

A forma como os profissionais de saúde desenvolvem o processo de luto profissional é modelado por variáveis sociodemográficas, pessoais, situacionais, organizacionais, experiência e formação profissional, vivências pessoais e profissionais marcantes.

Estas várias determinantes da vida pessoal e profissional dos profissionais de saúde modelam crenças e perspectivas pessoais e existenciais sobre o significado da vida, sobre o medo/ ansiedade e a atitude geral perante a morte influenciando o processo de luto profissional.

O estudo tem como finalidade avaliar as consequências do luto profissional com vista a elaborar estratégias formativas com incidência na prevenção da sobrecarga de luto, mas também no estímulo ao crescimento pessoal e profissional e assume duas vertentes essenciais. A construção e validação de um instrumento de medida da sobrecarga de luto profissional (SLP) a que designámos luto insulado e de cuja factorização emergiram 4 dimensões fundamentais: confinamento atormentado, esforço emocional no cuidar, perda nostálgica e partilha incompreendida. Numa segunda fase procurou-se identificar os factores que interferem no processo de luto profissional.

O estudo é de natureza quantitativa, transversal, descritivo, correlacional. Foi estudada uma amostra acidental de 360 enfermeiros, respondendo a 70.6% da totalidade de enfermeiros dos serviços de medicina interna, oncologia, hematologia e cuidados paliativos de cinco instituições de saúde do Distrito de Lisboa.

Na recolha de dados foram utilizados um questionário sociodemográfico e profissional (QSDE), a versão portuguesa da Death Attitude Profile Scale (DAP-R), a Escala sobre o

Sentido de Vida (PIL), a escala de Estilo de Vinculação (EVA), a Escala de Sobrecarga do Luto Profissional (SPL), o Burnout Maslach Inventory (MAS).

Pudemos concluir que a escala de sobrecarga de luto profissional (SLP) constitui um instrumento com bons argumentos de fidelidade (coeficiente alpha de Cronbach = .81) e de validade convergente e discriminante para medir o luto profissional em contexto clínico e epidemiológico.

Verificámos como factores determinantes na sobrecarga de luto profissional: idade, o baixo sentido de vida, um estilo de vinculação ansiosa e atitude de medo perante a morte para além da idade, e como factores de crescimento pessoal: um alto sentido de vida e uma vinculação segura. Estes últimos factores apresentavam níveis significativamente mais elevados nos enfermeiros integrados em equipas de cuidados paliativos quando comparados com outros tipos de serviços hospitalares.

A constatação de que estas variáveis se sobreponham como factores determinantes aos anos de formação e de experiência profissional suscitam a proposição de estratégias de formação específicas na área do luto profissional.

**Palavras-chave:** luto, perda, morte, sentido da vida, crescimento pessoal, enfermeiro

## **ABSTRACT**

The increasing contact of nurses with death, in a professional context, has often been perceived in a negative way because of the emotional difficulties involved and the overload consequences on health professionals that lead to processes of relational avoidance and of social and professional isolation. Over and above mourning overload, daily exposure to death and to the dying process may be a challenge to nurses' personal and professional growth.

Dealing with death and the dying process is essentially a task of facing loss through a process that sticks between avoidance and intrusion.

The way the health professionals develop the process of professional mourning is shaped by sociodemographic, personal, situational and organizational variables, practice and professional training, meaningful personal and professional life experiences.

These different determinants of health professionals' personal and professional life shape their personal and existential beliefs and perspectives on the meaning of life, on anxiety and the general attitude towards death. Thus it influences the process of professional mourning.

This study aims at evaluating the consequences of professional mourning in order to build training strategies focused on overload mourning prevention; it also faces professional mourning as an incentive to personal and professional growth. In a first phase we constructed and validated an instrument for measuring overload of professional mourning (SLP), we called insulated mourning. Four fundamental dimensions emerged from the factor analysis: tormented confinement, emotional effort to care, nostalgic loss and misunderstood sharing. In a second phase we tried to identify the factors that interfere in the process of professional mourning.

This is a quantitative, transversal, descriptive, correlative study. We have studied an accidental sample of 360 nurses: they are 70.6% of all nurses in services of internal medicine, oncology, hematology and palliative care of five health institutions in the District of Lisbon.

The data was collected through a sociodemographic and professional questionnaire (QSDE), the Portuguese version of Death Attitude Profile Scale (DAP-R), the Scale

about the Purpose in Life (PIL), the Scale of Style of Attachment (SSA), the Scale of Overload of Professional Mourning (SPL), and the Burnout Maslach Inventory (MAS).

We could conclude that the scale of overload of professional mourning (SLP) is an instrument with good arguments for fidelity ( $\alpha$  Cronbach = .81) and for convergent and discriminating validity to measure professional mourning in a clinical and epidemiological context.

As determinative factors in what concerns overload of professional mourning we found: age, low purpose in life, a style of anxious attachment and attitude of fear towards death, and as factors of personal growth: a high purpose in life and a safe attachment style. These last factors showed significantly higher levels in nurses integrated in teams of palliative care when compared with other types of hospital departments.

We found that these variables, as determinative factors, superposed years of training and of professional practice. Therefore, they lead us to purpose specific training strategies in the area of professional mourning.

**Keywords:** mourning, loss, death, sense of life, personal growth, nurse

## **SIGLAS**

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

MBI – Maslach Burnout Inventory

PIL – Purpose in life test

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

EVA – Estilo de vinculação

CP – Crescimento Pessoal

QSDE – Questionário sociodemográfico e experiencial

DAP – Death attitude profile

DAP-R – Death attitude profile – revised

FATCOD – Attitude toward care of dying scale

MFODS – Multidimensional Fear of Death Scale

DAS – Death Anxiety Scale

SLP – Sobrecarga de Luto Profissional

ELNEC – End of life nursing education curriculum



## **UMAS PALAVRAS DE APREÇO**

Um trabalho desta natureza envolve necessariamente múltiplos contributos, colaborações e parcerias a que estou particularmente reconhecida.

À Professora Dra. Margarida Vieira, orientadora da tese, pela abertura no acolhimento deste projecto desde o 1º momento, pela sua objectividade, sabedoria e dedicação profissional que será sempre uma referência na reflexão e no fazer como docente e como enfermeira.

A minha profunda gratidão a todos os colegas dos vários serviços de saúde pela generosa e lúcida colaboração na fase de colheita de dados e incentivos posteriores, fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Dr. Filipe Barbosa pela persistente dedicação e competência na análise estatística dos dados.

À Dr<sup>a</sup>. Vivelinda Guerreiro pelo inestimável apoio na edição.

À minha família e às minhas amigas pelo apoio incondicional em todos os momentos do trabalho, agradeço a amizade, companheirismo e incentivo.

A Todos os que de uma forma ou doutra contribuíram para este trabalho,  
um Sentido Muito Obrigado!



## Índice

INTRODUÇÃO .....	15
1 O ENFERMEIRO FACE À MORTE HOSPITALAR .....	19
1.1 A institucionalização da morte.....	19
1.2 A profissão de enfermagem e a morte hospitalar .....	27
1.3 Stress profissional dos enfermeiros face à morte .....	35
2 LUTO EM ENFERMAGEM E CRESCIMENTO PESSOAL .....	57
2.1 Cuidar em enfermagem – processo interactivo .....	57
2.2 O processo de luto em enfermagem .....	68
2.3 Crescimento pessoal e profissional em enfermagem .....	89
3 FORMAÇÃO SOBRE A MORTE E O MORRER EM ENFERMAGEM .....	101
3.1 Necessidades de formação .....	101
3.2 Metodologias educativas .....	106
3.3 Impacto da formação sobre a morte .....	113
4 DESENHO DO ESTUDO E OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	117
4.1 Finalidade do estudo.....	118
4.2 Questões de investigação .....	118
4.3 Objectivos .....	118
4.4 Hipóteses .....	119
5 METODOLOGIA .....	121
5.1 Tipo de Estudo .....	121
5.2 População .....	121
5.3 Procedimentos .....	122
5.4 Instrumentos .....	123
5.5 Tratamento estatístico dos dados.....	147
6 RESULTADOS/DISCUSSÃO .....	149
6.1 Ansiedade perante a morte .....	149
6.2 Sentido da vida.....	157
6.3 Crescimento pessoal.....	161
6.4 <i>Burnout</i> .....	165
6.5 Sobrecarga do luto profissional.....	173
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	177
8 CONCLUSÕES .....	179
9 CONTRIBUTO PARA A FORMAÇÃO EM LUTO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM	183
9.1 Fundamentação teórica geral.....	183
9.2 Fundamentação sobre a formação em luto profissional .....	186
9.3 Estratégias de formação em luto profissional.....	190
10 BIBLIOGRAFIA .....	199
ANEXOS I .....	237
ANEXOS II.....	243
ANEXOS III .....	256

## **Índice de Quadros**

Quadro 1 - Diferenças na construção do cuidar em enfermagem .....	24
Quadro 2 - Modelos explicativos das atitudes face ao processo de morrer .....	29
Quadro 3 - Factores de stress dos enfermeiros (Rub, 2000) .....	41
Quadro 4 - Manifestações psicológicas do luto segundo os vários autores .....	76
Quadro 5 - Três teorias do cuidar na prática de enfermagem .....	185
Quadro 6 - Perspectivas teóricas e metodológicas com vista à prevenção do luto insulado	188
Quadro 7 - Organização pedagógica na formação pré-graduada .....	193
Quadro 8 - Organização pedagógica na formação pós-graduada .....	195
Quadro 9 - Organização pedagógica na formação em serviço .....	196

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Modelo Integrativo de Sanders .....	84
Figura 2 - Modelo de processo de sobrecarga de luto .....	88
Figura 3 - Modelo de Luto de Hogan .....	97
Figura 4 - Perda cumulativa e o cuidador: 5 estágios experienciados pelos enfermeiros hospitalares enquanto cuidam de pessoas a morrer .....	98
Figura 5 - Quadro teórico e analítico do processo de luto profissional .....	117

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da população de enfermeiros .....	122
Tabela 2 - Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal com 4 factores .....	139
Tabela 3 - Correlação entre os factores da SLP .....	140
Tabela 4 - Matriz de correlações entre as dimensões do MAS e o SLP .....	141
Tabela 5 - Valores do SLP consoante os serviços .....	141
Tabela 6 - Correlações entre as variáveis sociodemográficas com as dimensões da SLP...	142
Tabela 7 - Comparação do $\alpha$ Cronbach entre as amostras norte-americana e portuguesa ..	147
Tabela 8 - Atitude perante a morte nos vários serviços .....	150
Tabela 9 - Regressão múltipla por cada uma das dimensões da DAP-R .....	151
Tabela 10 - Características demográficas de estudos que utilizaram PIL (média e coeficiente fidelidade – alpha Cronbach) .....	157
Tabela 11 - Valores totais do PIL em toda amostra e por serviço .....	158
Tabela 12 - Scores médios de Crescimento Pessoal no total da amostra e por serviço .....	161
Tabela 13 - Regressão múltipla em relação ao crescimento pessoal .....	162
Tabela 14 - Scores do MAS nos diferentes Serviços .....	165
Tabela 15 - Correlações entre Atitudes perante a morte e MAS .....	167
Tabela 16 - Análise de regressão múltipla – MAS .....	167
Tabela 17 - Valores do SLP consoante os serviços .....	173
Tabela 18 - Correlações entre as variáveis sociodemográficas com as dimensões da SLP ...	174
Tabela 19 - Análise de regressão múltipla: Luto Profissional, na amostra global .....	175
Tabela 20 - Análise de regressão múltipla: Luto Profissional, por Serviço .....	175



## INTRODUÇÃO

A minha prática profissional em diferentes tipos de serviços de saúde e como docente em enfermagem despertou-me para a forma como os profissionais de saúde em geral e os enfermeiros em particular lidavam com as suas perdas profissionais. Observei, também, que a forma como um pessoa vivencia a perda de alguém significativo tem uma enorme influência no modo como ela dá continuidade à sua vida.

Acompanhar alguém no momento da morte pode ser uma dádiva e ao mesmo tempo, um privilégio para o enfermeiro assim como uma satisfação e oportunidade de crescimento pessoal e profissional, mas também uma situação de desgaste pelas dificuldades emocionais que desencadeia, podendo conduzir a situações de sobrecarga e exaustão emocional.

Os enfermeiros frequentemente consideram difícil e emocionalmente pesado os cuidados aos doentes em fase terminal, procurando um equilíbrio entre o empenho e a distância com vista à sobrevivência emocional. Como qualquer grupo profissional nesta área, nem sempre se sentem preparados para este acompanhamento. É neste contexto que a perda de doentes se pode constituir num fardo paralizante ou evitativo mas também numa oportunidade de atribuição de sentido e estímulo ao crescimento pessoal e profissional.

Numa preocupação de contextualização da problemática faremos um percurso descritivo sobre a institucionalização da morte nas sociedades contemporâneas e a evolução dos modelos assistenciais como resposta às mudanças científico-tecnológicas e sociodemográficas ocorridas nas últimas décadas, bem como sobre o modo como sociedades diversificadas reagiram a esses desafios especificando o movimento dos cuidados paliativos.

Perante a transferência generalizada, nas sociedades ocidentais, da morte em família para a morte hospitalar desenvolveram-se essencialmente dois modelos assistenciais com que se enquadram o acompanhamento do processo de morte. O modelo biomédico que acaba por sitiar e interditar uma abordagem mais personalizada do fim de vida e o modelo biopsicossocial que cria condições para uma maior humanização dos cuidados e do protagonismo dos profissionais de enfermagem. Este último modelo aplicado aos doentes no período terminal insere-se no movimento dos cuidados paliativos com

consequências relevantes para a prática de enfermagem nomeadamente na abordagem multidisciplinar no seio de uma equipa como pilar fundamental da filosofia de cuidados. Apontaremos alguns problemas suscitados na profissão de enfermagem pela atitude em relação à morte. O contacto com o doente moribundo vulnerável mobiliza também a vulnerabilidade dos enfermeiros perante o sofrimento, a perda e a finitude e questiona-os sobre o que é uma boa morte, promovendo a atribuição, paulatina ou brusca, de significados pessoais e profissionais ao sentido da vida.

O contacto com doentes e familiares nestas circunstâncias cria condições de stress profissional face à morte pelo que o seu enquadramento nas teorias de stress ocupacional se torna uma exigência sobretudo quando aplicado à prática da enfermagem de cuja investigação se faz uma síntese organizada para depois analisarmos os diferentes impactos da morte nos enfermeiros e de como o trabalho em equipa se pode revelar um “amortecedor” transformador essencial.

A evolução das práticas de enfermagem nas últimas décadas tem sido pontuada pelo desenvolvimento de várias teorias que enquadram a filosofia do cuidar em enfermagem. Centrando-nos na perspectiva aprofundada por Watson para os cuidados de enfermagem explicitaremos as principais dimensões da relação enfermeiro/doente especificando depois a particularidade da relação com o doente em fase terminal com ênfase nos aspectos relacionados com o luto profissional.

A actividade relacional dos enfermeiros faz com que grande número de perdas profissionais redundem em processos de luto alguns dos quais prolongados em que os processos de vinculação envolvidos, entre outros factores, são muito relevantes.

Nesse sentido serão revistos os aspectos mais importantes da teoria da vinculação bem como as principais teorias do processo de luto que nos darão elementos para acompanhar as fases habituais do luto adaptativo mas também as disfuncionalidades neste processo determinando sofrimento exagerado nos enfermeiros para finalmente sugerir o modelo de sobrecarga de luto profissional, a que designámos “luto insulado” centrado no constructo de “enclausuramento existencial” e que partindo dos vários modelos sobre o luto procura definir os determinantes específicos do processo de luto em enfermagem.

Se um processo de luto pouco atento ao auto-cuidado ou sem apoio significativo de suporte social e mal gerido nas transições entre intrusividade e evitamento poderá

conduzir a um luto insulado, um luto profissional bem desenvolvido conduz quase sempre a modalidades de crescimento pessoal e profissional.

A experiência de perda do enfermeiro em contacto com a morte dos seus doentes, agudiza a consciência dos seus limites e promove estímulo ao crescimento pessoal e profissional. Explicitam-se as principais dimensões do crescimento pessoal nas suas vertentes espirituais, psicológicas e sociais.

São descritos alguns enquadramentos teóricos para conceptualizar as modalidades deste processo de crescimento perante condições adversas e propor-se-á o modelo de crescimento pessoal em enfermagem.

Explicitado o nosso quadro teórico são definidas as finalidades do estudo, os principais problemas de investigação e respectivos objectivos gerais e específicos e descrita a sua operacionalização, bem como os instrumentos de medida utilizados mediante a descrição dos seus fundamentos, características psicométricas e critérios de medida utilizados. Nesta rubrica será dada ênfase à construção de um novo instrumento para avaliação da sobrecarga de luto profissional, um dos contributos originais deste estudo, e os procedimentos psicométricos essenciais para a sua criação.

Após a caracterização da amostra e do tratamento estatístico dos dados são reportados os resultados referentes a cada uma das variáveis intermédias e dependentes bem como os resultados finais que serão discutidos e sintetizadas as conclusões que nos pareceram mais pertinentes.

São também sugeridos alguns contributos educacionais que amplifiquem o horizonte normativo do ensino de enfermagem para um esforço constante de reconstrução pessoal e profissional dentro de um espaço de intersubjectividade em que se constrói o quotidiano da actividade do enfermeiro.

Fica a certeza de que a morte retornará sempre para nos ensinar, que na sua presença a complexidade técnica, científica e normativa se retira para deixar mais inevitável o encontro com o outro que desejavelmente permitirá um crescimento pessoal mútuo e que evitará a sobrecarga de luto profissional que aqui procurámos caracterizar para melhor os prevenir.



# **1 O ENFERMEIRO FACE À MORTE HOSPITALAR**

A evolução científico-tecnológica trouxe importantes mudanças para a sociedade, significativos processos foram obtidos nas áreas da biotecnologia, medicamentos, equipamentos, procedimentos de diagnóstico e tratamento, conduzindo a novos cenários de morbidade e mortalidade. Os progressos das ciências da saúde na segunda metade do século XX ocasionaram não apenas no aumento da longevidade como das doenças crônicas e alterações na duração do processo da doença (Santos, FS 2011). Estes progressos da medicina permitiram aumentar a esperança de vida do ser humano, deixando falsamente instalar-se a convicção de que a medicina pode controlar a vida, adiando quase indefinidamente o momento da morte.

Neste contexto a morte surge muitas vezes associada à derrota, perda e frustração.

O contexto cultural e histórico da vivência da morte tem acelerado a transição do local da morte em casa para uma morte institucional despertando respostas profissionais como a do movimento dos Cuidados Paliativos.

A crescente exposição do enfermeiro à morte convida ao estudo das suas atitudes perante a morte e ao impacto pessoal e grupal desta.

## **1.1 A institucionalização da morte**

### **A morte no Hospital**

A morte é um acontecimento natural, universal, inevitável, que incomoda e desafia a pretensa onipotência humana, podendo-lhe ser atribuídos vários significados, de acordo com a formação estrutural, cognitiva, espiritual e religiosa de cada um.

A morte convoca muitos atributos e associações: dor, ruptura, desconhecimento, tristeza, negação, ansiedade e medo (Neimeyer, Fortner, 1997), podendo acarretar consequências psicológicas e sociais que o homem tem procurado sempre enfrentar e combater, desenvolvendo cada vez mais meios técnicos para o seu adiamento ou alívio.

É amplamente assumido que as sociedades ocidentais negam a morte, hipótese que foi reforçada pela obra do historiador francês Áries (1974, 1981) ao estudar as

representações e gestão da morte na Europa, desde do início da Idade Média até aos nossos dias. A morte é geralmente uma questão silenciada e escondida no seio das sociedades modernas e industrializadas.

Paralelamente há também quase uma supressão do luto, escondendo-se as suas manifestações ou até mesmo a experiência da dor. Há uma exigência de domínio, de controlo, não se suportando encarar os sinais de morte (Kovács, 1991). Na sociedade contemporânea ocidental, a finitude é pouco discutida, excluída do âmbito social, tornando-se muitas vezes tabu. A comunidade já não ensina a morrer, tudo é feito para esconder a morte, incita-se a viver sem nela pensar.

De facto, o desenvolvimento das práticas de saúde no séc. XX provocou grandes alterações nos padrões do adoecer e morrer. Se no passado a morte e a vida caminhavam juntos, hoje com os novos meios tecnológicos criou-se a ilusão de que a vida poderá ser estendida infinitamente (Leis, 2000).

Para Ariés (1977) o facto da evolução da medicina ter contribuído para que o homem “escapasse” cada vez mais a doenças potencialmente fatais, criou a ideia de que a medicina seria capaz de resolver todos os problemas. Este desenvolvimento aumentou o sentimento de impotência nos profissionais de saúde também perante um moribundo por medo de se confrontarem com os seus próprios limites. A morte transformou-se num fenómeno para ser vivido discretamente, tornando-a técnica e institucional, mas também um acto solitário e impessoal. Morrer deixou de ser um acto íntimo, sereno e em família e o hospital converteu-se no lugar da morte moderna (Ariés, 1977).

Kovács (1991) defendeu que a institucionalização da morte tornou-a triste, mas sobretudo muito solitária, muito mecânica e muito desumana. “O hospital é um lugar hostil, os ambientes hospitalares são despersonalizados e, como tal, são percebidos como ameaçadores” (Cerqueira, 2005).

No hospital, a crescente resistência em admitir abertamente a morte, o isolamento imposto ao doente em fase terminal e a ausência de comunicação que daí resulta, tendem a destituí-lo de qualquer dignidade. A morte em si nem sempre é o maior problema para o doente, mas o medo de morrer pode advir do sentimento de desespero, isolamento e falta de esperança que o acomete (Barbosa, 2003).

Ao longo deste processo assiste-se a uma concomitante mudança do local da morte e à centralização dos cuidados de saúde em locais como os hospitais ou os centros de saúde o que veio permitir dois grandes factores de melhoria e avanço na prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população: a disponibilidade em permanência, num mesmo local, de pessoas especializadas e tecnologias avançadas, para a prestação de cuidados de saúde e uma maior acumulação de experiência e conhecimento decorrente da investigação aí concentrada (Oliveira, A. 1999).

Com a transição do local da morte, de casa para o hospital, generaliza-se a ideia que este era o local onde mais recursos humanos e tecnológicos estavam disponíveis, para evitar que a morte ocorresse prematuramente. Quanto mais a ciência avança, mais se nega e se teme a realidade da morte. O hospital incorpora o cientificismo emergente da medicina e transforma-se de instituição acolhedora a terapêutica.

Instalou-se um sentimento de maior segurança nos doentes e famílias por se saberem acompanhados num hospital, não para aí sofrerem e morrerem mas precisamente, para que não tivessem de sofrer nem de morrer naquele momento (Krakauer, 1996).

Paulatinamente, as famílias, com a maior parte dos seus membros a trabalhar fora de casa e sem tempo disponível para cuidar dos seus entes queridos em fase final de vida, perderam o hábito de lidar proximamente com a morte e a sentir que era uma tarefa para a qual não se encontravam preparados.

Gerou-se um movimento que fez com que as famílias acreditassem que o melhor que podiam fazer era trazer os seus familiares, em fase final de vida, para morrer no hospital, com menor sofrimento e menor impacto na vida familiar.

Estudos sociológicos sobre a morte (Ariés, 1989, Canseco, 2012), apontam que são raros os familiares que mantêm a tradição de levar a qualquer custo o doente para casa, para que morra em paz e com os seus; a morte no hospital é mais “conveniente” (Ariés, 1989). A morte deixa de ser um problema familiar, afectivo e de solidariedade, para passar a ser um problema técnico (Ariés, 1989).

Nuland em 1995, verificou que cerca de 80% da população morria nos hospitais, enquanto na década de 50 apenas 50% das mortes aconteciam neste local. Também em Portugal, a partir dos anos 90, se observa uma tendência crescente para os familiares se

libertarem de obrigações e “embaraços” no que diz respeito aos doentes, não tendo outra alternativa senão o hospital, como um local de acolhimento para o seu familiar, muitas vezes, já moribundo (Frias, 2008). Em Portugal em 1969, 76,6% da população morria em casa e apenas 17,9% morria em instituições hospitalares, em 1993, a posição modifica-se, 42,6% das pessoas morrem em casa, enquanto 47,2% morre em meio hospitalar (Cunha, 1999), tendo vindo a aumentar sucessivamente: de 54,2% em 2000 a 61,4% em 2008 (Machado et al., 2011).

Com o deslocamento do processo de morrer de casa para o hospital, aos profissionais de saúde é pedido o desempenho de funções tão variadas quanto complexas: diagnosticar, tratar, aplicar procedimentos técnicos, cuidar da higiene, conforto e alimentação do utente, aliviar o seu sofrimento, ouvir e relacionar-se com o doente e sua família, dar notícias difíceis, ajudar a morrer da melhor maneira possível, estar a seu lado no momento da morte, ajudar a família a lidar com o impacto da morte de um ente querido, lavar e preparar o corpo depois da morte, tratar dos procedimentos burocráticos associados à confirmação da morte, organizar a transição do corpo para outros profissionais de saúde responsáveis pelas autópsias e por outras averiguações relativas às causas de morte ou para as agências funerárias, entre tantas outras (SFAP, 2000).

Os profissionais de saúde e os hospitais tornaram-se assim, fruto das circunstâncias apontadas, nos maiores responsáveis pelo curso da vida e da morte, “o maior desafio posto aos profissionais de saúde, é o de contribuir para a ressocialização da morte” (Pinto, 1991).

O morrer e a morte, agora já não encarada como um momento mas um verdadeiro processo, engloba uma sequência de fenómenos que gradualmente se vão operando nos vários aparelhos e sistemas da manutenção de vida que é, cada vez mais, o território do “profissional”, seja médico, enfermeiro ou outro (Oliveira, 1991).

Assistir de forma integral o ser humano implica acolher, confortar, proporcionar bem-estar aos doentes em fim de vida e tem como objectivo último o alívio do sofrimento e a procura da serenidade.

## **Modelos assistenciais e cuidados paliativos**

A doença, a saúde e a morte não são somente ocorrências orgânicas, naturais e objectivas, mas adquiriram significados relacionados com as características de cada sociedade. A doença é assim, uma realidade construída e o doente possui uma identidade social (Kowalski e Sousa, 2002). Cada sociedade constrói o seu próprio sistema referencial de vida e morte, que afecta as formas e as experiências de lidar com a morte.

Apesar da história da aceitação da morte se ter modificado ao longo dos tempos, o acompanhamento do doente, outrora como agora, nunca se fez “de uma forma pacífica, sem medos e sem sentimentos ambivalentes” (Tager, 2001). A morte desperta sempre uma ampla variedade de emoções e atitudes, é geralmente encarada como um mal, sendo o medo e a ansiedade os seus mais fortes correlatos (Kastenbaum e Aisenberg, 1983).

Os profissionais de saúde são por isso desafiados a prestar cuidados assistenciais de forma significativa para os doentes e seus familiares, para os próprios profissionais e para a sociedade em geral. A maneira de lidar com a morte e com as doenças mudou muito a partir dos grandes avanços científicos e tecnológicos das ciências da saúde. A imagem da morte vem acompanhada da ideia de fracasso do corpo e do sistema de cuidados médicos (Kovács, 2003).

O modelo biomédico e o modelo biopsicossocial ou holístico são os dois principais modelos paradigmáticos que norteiam as acções dos profissionais de saúde e orientam a sua prática clínica. Cada um deles oferece um contexto de cuidados que consequentemente afecta a experiência com a morte e o morrer, daqueles que procuram os serviços e daqueles que os fornecem.

O movimento da institucionalização e reorganização da estrutura hospitalar exerceu uma grande influência na natureza e forma de trabalho do enfermeiro, promovendo cuidados com o objectivo de promover a cura, o tratamento a “partes da pessoa”, tão característico no modelo biomédico (Papadatou, 2009; Watson, 2002).

O trabalho de enfermagem floresce “colado” ao domínio médico que, pela força do seu reconhecimento no processo científico da cura, assume o trabalho colectivo,

determinando as tarefas a serem cumpridas (Lima Basto, 1998), existindo sempre um risco de sobredeterminação do aspecto curativo subestimando os outros aspectos do cuidar.

Os enfermeiros ficam muitas vezes numa posição intermediária entre a objectividade da actuação com as intervenções cirúrgicas ou farmacológicas e o cuidado do quotidiano do doente diante das suas necessidades físicas e psíquicas, oscilando entre o desempenho técnico e a dedicação.

Os cuidados de enfermagem são considerados cuidados de saúde pressupondo-se que a complexidade dos processos de saúde individual e colectiva exige um trabalho em equipa, em que há zonas de sobreposição e outras de iniciativa de cada profissional colocando aos enfermeiros a necessidade de obterem informações diferentes de forma a responder às exigências da sociedade para providenciar técnicas de qualidade superior e conhecimento científico mas também da mesma qualidade no contacto humano.

No quadro seguinte apresenta-se uma comparação entre o que pode ser considerado uma visão mais tradicional de enfermagem e uma perspectiva actual (Quadro 1).

**Quadro 1- Diferenças na construção do cuidar em enfermagem**

	<i>Enfermagem “actual”</i>	<i>Enfermagem “tradicional”</i>
<b>Função</b>	Autónomo/Parceiro do médico	Dependência do médico
<b>Actividade</b>	Evidência de práticas profissionais testadas. Pensamento criativo, crítico, reflexivo.	Práticas de enfermagem Perícias técnicas/tarefas
<b>Informação</b>	Construída activamente. Base teórica racional/Investigação sistemática	Recebida passivamente
<b>Trabalho</b>	Dinâmico, holístico, centrado no doente/família	Rotineiro, centrado nas tarefas
<b>Desempenho</b>	Envolvimento com o doente/família alargado às necessidades físicas/psicossociais e espirituais	Evita envolvimento. Restrito às necessidades físicas

Adaptado de Queiroz, A. A., 2004, p. 27

Neste contexto, a dor, a doença e a morte foram interditas num pacto de costumes, aprisionadas e privatizadas no espaço hospitalar sob novos códigos e formas de relação.

O modelo biopsicossocial dos cuidados de saúde surge nos finais do século XX, como um modelo alternativo à desumanização dos cuidados de saúde. A carta sobre os

direitos da pessoa doente é uma referência para os profissionais de saúde na redefinição dos seus objectivos e valores e na definição dos pressupostos de um modelo que teve em conta as necessidades psicossociais dos utentes (Engel, 1997). Este modelo adopta uma abordagem centrada no doente como pessoa, como ser humano único, entendido na sua plenitude e integridade ao invés de se centrar na doença ou no “caso” clínico. O conceito de integridade remete para a unidade indivisível de um ser de corpo e mente, que está em interacção recíproca com o ambiente físico e social (Balint, 1969).

Os princípios deste modelo holístico foram implementados e desenvolvidos em várias situações e ambientes mas, particularmente, nos cuidados em fim de vida por vários profissionais. Saunders (1991), Kubler-Ross (1991), Parkes (1986) Twycross (2003) foram líderes carismáticos que contribuíram para o desenvolvimento dos cuidados paliativos.

Esta abordagem foi baseada num novo conjunto de valores, num atendimento humanizado em que a pessoa doente é convidada a participar activamente nos cuidados e num apoio à família antes e depois da morte do seu familiar.

São os doentes e suas famílias que devem identificar o que é importante quando a vida chega ao fim e não apenas o profissional a decidir o que é “melhor” para os doentes (Egan, 1998).

A humanização do morrer apoia-se na concepção de que a morte não é algo a ser combatido, mas a ser integrado no ciclo de vida e do adoecer e tem como objectivo o bem-estar da pessoa e sua família mesmo quando a cura não é possível. Os cuidados paliativos constituem num tipo de assistência activa, global e integral dos doentes e famílias. Baseiam-se em serviços e cuidados que visam diminuir ou suprimir os sintomas de uma doença sem agir sobre ela e consistem na assistência proporcionada, a nível da saúde, no sentido de dar uma resposta eficaz às necessidades dos doentes e famílias, que devido à gravidade e progressão da doença de que padecem, não têm perspectivas de cura (Twycross, 2003; Pereira, 2010).

Os cuidados paliativos adoptando a abordagem integral do doente, incorporando a família na sua estratégia, promovendo o princípio da autonomia e da dignidade da pessoa doente e remetendo para um cuidado personalizado e continuado poderão

instaurar-se como um recomeço de uma renovada forma de entender e praticar a medicina (Barbosa, 2003).

Os cuidados paliativos atribuem um papel activo tanto aos profissionais como aos doentes em fim de vida e suas famílias, esperando-se que ambos desenvolvam uma parceria para a realização de uma boa morte ou para a recuperação de perdas dela decorrente.

Promovem também a abordagem multidisciplinar entre vários profissionais (com diferentes formações, experiências técnico científicas e competências profissionais) que cooperam entre si, em vez de compartimentarem os cuidados e os serviços.

O objectivo da equipa é integrar os vários cuidados num plano global de cuidados paliativos (físico, psicológico, social e espiritual) que garanta uma morte digna, que corresponda aos valores, desejos e preferências de cada pessoa e da família (Tywcross, 2003). A mudança de foco tem o efeito de reconfigurar as interacções entre o enfermeiro e o doente e sua família.

Segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2006) os cuidados paliativos dirigem-se a doentes com intenso sofrimento, que deriva de uma doença incurável, progressiva e com prognóstico limitado, visando a promoção do seu bem-estar e qualidade de vida. A prática dos cuidados paliativos assenta nos seguintes princípios: afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural; considerar que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser técnica e humanamente apoiadas; considerar que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal. Abordam de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente, centram-se na procura do bem-estar do doente e sua família, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim.

Também a Ordem dos Enfermeiros editou em 2010 um catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) sobre os “cuidados paliativos para uma morte digna”. O conjunto de enunciados de problemas/necessidades, intervenções e resultados pode ser utilizado como ponto de partida para a documentação dos cuidados e para a reflexão da sua prática sem substituir a avaliação clínica do enfermeiro.

## **1.2 A profissão de enfermagem e a morte hospitalar**

### **Modelos explicativos da ansiedade e medo da morte**

O ser humano entendido como uma unidade orgânica e estrutural que goza de uma integridade corporal, psicológica, social e espiritual e como realidade pluridimensional e inter-relacional que incorpora várias dimensões e estabelece diferentes vínculos com os seus semelhantes. Quando a doença põe em risco este equilíbrio desenvolve-se uma transformação na vida pessoal, uma mudança que não atinge somente a estrutura somática, mas também a sua integridade global. Como único ser vivo que é consciente de sua morte e finitude, tudo no seu ser é vulnerável, não só a sua natureza de ordem somática, mas também cada uma das suas dimensões fundamentais. É vulnerável fisicamente, porque está sujeito à doença, à dor e ao sofrimento; é vulnerável psicologicamente porque a sua mente é frágil e necessita de cuidado e atenção, é vulnerável socialmente porque é susceptível a tensões sociais e é vulnerável espiritualmente, pelo que necessita de encontrar um sentido para o seu sofrimento (Roselló, 2009). Esta vulnerabilidade condiciona a sua angústia perante as suas limitações e a incapacidade para evitá-la.

Vários autores debruçaram-se sobre as atitudes perante a morte no doente e sua família e ao procurarem sistematizar as suas observações formularam vários modelos explicativos (de que explicitaremos cinco) contribuindo para uma melhor compreensão das reacções dos doentes e famílias permitindo um quadro de orientação para lidar com as reacções à morte.

Modelo de Pattison - Pattison (1977) desenvolve o seu modelo para compreensão do processo de morrer, baseando-se em três fases diferentes: a fase aguda, caracterizada com sentimentos de negação, raiva e negociação e crescente ansiedade; a fase crónica/medo do abandono, o temor do desconhecido (sofrimento e dor), da perda de controlo e da identidade pessoal e a fase terminal em que a pessoa, à beira da morte, sente uma aceitação de sinais vindos do próprio corpo, afastando-se dos outros (morte social).

Modelo Multidimensional do Medo da Morte - Florian e Kravetz (1983) sugerem que o medo da morte possui três componentes: 1- a componente intrapessoal que se refere ao

impacto da morte no corpo e na mente, 2- a componente interpessoal que diz respeito ao impacto da morte daqueles que amamos e que nos são próximos e 3- a componente transpessoal que está associada à preocupação com a possibilidade de ser punido no outro mundo pelos comportamentos terrenos.

Modelo de Kubler-Ross - Para Kubler-Ross (1998), a adaptação à morte faz parte de um processo de socialização. Com base em estudos realizados com doentes terminais no contexto hospitalar, apresentou um padrão específico de reacções psicológicas que o ser humano desenvolve à medida que a morte se aproxima. Concluiu que a maioria dos doentes passaria pelas seguintes fases, de forma sequencial: negação e isolamento; raiva, negociação; depressão; aceitação. A autora enfatiza que a persistência da esperança aparece em todos os estádios, de várias maneiras.

Modelo de Buckman (1993) - É um modelo de três estádios que propõe que os indivíduos quando confrontados com a ameaça de morte iminente reagem de forma consistente ao seu carácter e à forma como lidaram com as dificuldades no passado. A fase inicial (enfrentando a ameaça) é uma mistura de reacções que são características do indivíduo e que pode incluir medo, ansiedade, choque, descrença, raiva, negação, culpa, humor, esperança; a fase crónica (estar doente) usualmente as reacções da fase inicial estão resolvidas e surge uma diminuição da intensidade de todas as emoções, a depressão é muito comum nesta fase; a fase final (aceitação) caracterizado pela aceitação do doente da morte, em que o doente não está angustiado, comunica e toma decisões normalmente.

Modelo da Ansiedade da Morte - Tomer e Eliason (2000) apresentaram um modelo integrado sobre a ansiedade face à morte, postulando a existência de três antecedentes imediatos do medo da morte: 1- uma lamentação do passado, com objectivos que não foram atingidos, 2- uma lamentação do futuro com a constatação de que não se podem atingir todos os objectivos dada a finitude da vida e 3- o significado que atribuem à morte e o que representa para si.

Estes modelos, que acabam por ser complementares, propõem no fundo três grandes modalidades de atitudes reacção face ao processo de morrer:

- Reacção aguda à ameaça

- Sentimento da inevitabilidade da morte
- Aceitação e significação

Todos estes modelos devem ser utilizados como guias orientadores, de forma flexível e intuitiva, tornando-se úteis para a compreensão global do doente (Quadro 2).

**Quadro 2 - Modelos explicativos das atitudes face ao processo de morrer**

<b>Tommer e Eliason (2000)</b>	<b>Florian e Kravetz (1983)</b>	<b>Kubler-Ross (1998)</b>	<b>Pattison (1977)</b>	<b>Buckman (1993)</b>
<i>3 antecedentes:</i>	<i>3 componentes:</i>	<i>5 estadios:</i>	<i>3 fases:</i>	<i>3 fases:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lamentação do passado</li> <li>• Lamentação do futuro</li> <li>• Significado pessoal da morte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intrapessoal</li> <li>• Interpessoal</li> <li>• Transpessoal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negação e isolamento</li> <li>• Raiva</li> <li>• Negociação</li> <li>• Depressão</li> <li>• Aceitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aguda</li> <li>• Crónica</li> <li>• Terminal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial</li> <li>• Crónica</li> <li>• Final</li> </ul>

### **Enfermagem e atitudes perante a morte**

A crescente institucionalização da morte, faz emergir a seguinte questão: Estarão os profissionais de saúde preparados para conviver com os doentes na fase terminal, compreendê-los e proporcionar-lhes o melhor acompanhamento?

Por força da profissão escolhida, os profissionais de saúde confrontam-se no seu quotidiano com situações de sofrimento e dor e terão necessariamente que lidar com a morte e o processo de morrer em qualquer fase do seu percurso profissional, para as quais não estão naturalmente preparados. As atitudes para cuidar no processo de morrer, são desenvolvidas a partir de experiências de vida e socialização de uma cultura global e de cuidados.

Kovács (2003) explicou que os profissionais de saúde adoptam muitas vezes atitudes de negação da situação, manutenção de relações superficiais com os doentes, estabelecimento de rotinas e protocolos, como um mecanismo de protecção próprio, justificando com a falta de tempo e de disponibilidade para ouvir e estar com os doentes.

Várias são as estratégias de negação que podem ser observadas tanto no contexto organizacional do hospital, como no comportamento dos profissionais de saúde (Ziegler, 1977). Segundo este autor a primeira forma de negação é caracterizada com o

excesso de medidas terapêuticas, impondo um intenso sofrimento e dor ao doente e seus familiares. A outra evidência de negação da morte pode ser constatada no processo de despersonalização ou estigmatização imposta ao doente, designando-lhe outra identidade (pode ser um número da cama e sala) ou uma entidade clínica (neo da mama, politraumatizado...) ou adjectivando-a estereotipadamente (como submissa, dependente ou irritante).

De facto o hospital é relatado pelos doentes como um ambiente muito movimentado, barulhento, local onde há falta de respeito pela dignidade pessoal (Magnusson, 1996). Num estudo elaborado por Costello (2001), com o objectivo de explorar a percepção de 74 doentes idosos com os cuidados de enfermagem e a percepção de 29 enfermeiros sobre cuidados em fim de vida, concluiu-se que a principal prioridade dos enfermeiros era o cuidado físico, demonstrando até alguma relutância na comunicação sobre o diagnóstico e a morte. Por outro lado os doentes referiram que as suas necessidades psicossociais não eram na maioria das vezes satisfeitas. Thompson e Thompson (1999) afirmam que os idosos são vulneráveis para muitos problemas psicossociais associados às múltiplas perdas e muitas vezes os seus sentimentos são tratados de forma estereotipada, reduzidos a um mero processo de envelhecimento.

A investigação sobre as atitudes dos enfermeiros no cuidar de doentes em fim de vida (Rooda et al, 1999; Argenta et al, 2008) demonstra que a morte gera medo e ansiedade nos profissionais de saúde e o contacto com os doentes terminais é um forte preditivo das atitudes dos enfermeiros e uma parte substancial do stress vivido pelos profissionais de saúde advém do contacto com doentes que estão a morrer (Maslash e Jackson, 1982).

Um dos temas mais estudado no âmbito do cuidar em final de vida reporta-se ao medo/ansiedade perante a morte ainda que por vezes com resultados contraditórios (Oliveira, 1998).

Etxburu e Zárraga (2005) numa revisão bibliográfica sobre a ansiedade dos profissionais de saúde face à morte concluíram que a maior experiência profissional e percentagem de tempo no cuidar em fim de vida, bem como a idade e o excesso de trabalho, influenciam os níveis de ansiedade e a comunicação entre os técnicos e o doente.

No estudo das atitudes perante a morte nos profissionais de saúde podem-se delimitar duas linhas principais: a que estuda e descreve as atitudes observadas ou inferidas num único momento e a que procura avaliar os processos conducentes a mudança atitudinal através da comparação de medidas anteriores e posteriores a diversos tipos de processos de formação.

Alguns exemplos de estudos incidindo sobre a medida das atitudes de profissionais de saúde num único momento são por ordem de realização os estudos de: Feifell (1969) sobre atitudes de evitamento e medo da morte em médicos, e o de Fang e Howell (1976) que revelou nos estudantes de medicina valores significativamente mais elevados de medo da morte, medidos pela Collet - Lester Fear of Death Scale (Colett-Lester, 1969), do que os encontrados em estudantes da mesma idade de um curso de direito; o estudo de Lester, Getty e Kneisl (1974) concluindo que o grau de medo da morte decrescia significativamente quando se comparavam estudantes de enfermagem do primeiro ano com os que já estavam a terminar o seu curso e o estudo de Lester (1972) encontrando correlações negativas entre os valores de medo da morte na escala de Colett-Lester (1969), a idade e o número de anos de experiência dos enfermeiros; o estudo de Eakes (1985) em 159 enfermeiros na área de geriatria, verificando que quanto mais elevados os valores de ansiedade perante a morte, obtidos pela DAS (Templer, 1970), maiores as dificuldades reportadas no relacionamento com os seus pacientes em fase final de vida, e o estudo de Brockopp, King e Hamilton (1991) que comparou grupos de enfermeiros a trabalhar em psiquiatria, ortopedia e cuidados paliativos e constatou qualitativamente que ocorriam atitudes mais positivas face à morte em quem trabalhava em cuidados paliativos.

O estudo de Rooda, Clements e Jordan (1999), incluindo mais de 400 enfermeiros a trabalhar em cuidados paliativos, evidenciou que as atitudes de medo da morte e de evitamento da morte, medidas pela DAP-R (Wong et al, 1994) eram as que mais afectavam negativamente as atitudes face ao cuidado a prestar ao doente em fase final de vida, medidas pela FATCOP (Frommelt, 1991). O estudo de Ulla, Coca et al (2003) que demonstrou atitudes face à morte globalmente mais negativas em médicos e enfermeiros que trabalhavam em cuidados intensivos pediátricos quando comparados com os que trabalhavam em cuidados intensivos de adultos, usando a UAB-99 (Bayés, 2000), e o estudo de Dunn, Otten e Stephens (2005) que, usando igualmente a DAP-R

(Wong et al, 1994) e a FATCOD (Frommelt, 1991), constatou que o tempo de exercício profissional, o nível educacional e as formações já realizadas na área da morte, eram os melhores preditores das atitudes positivas face à morte.

O estudo de Chen, Del Ben, Fortson e Lewis (2006) que comparou três grupos: enfermeiros recém-licenciados, enfermeiros experientes e não enfermeiros usando a MFODS (Hoelter, 1979) e verificou que o grupo de enfermeiros experientes era o que apresentava maior medo do processo de morrer, e que ambos os grupos de enfermeiros (experientes e recém-licenciados) apresentavam valores mais elevados de medo do desconhecido face ao grupo de não enfermeiros. O estudo de Miyashita et al (2007) em enfermeiros usando o FACTOD (Frommelt, 1991) e o DAI (Lester e Templer, 1992-93) juntamente com medidas relativas à sua autonomia para tomar decisões, demonstraram que os enfermeiros que sentiam maior autonomia no seu desempenho profissional eram os que apresentavam valores significativamente mais positivos de atitudes face ao cuidado do paciente em fase final de vida, quer perante a morte.

### **Enfermagem e significado da morte**

O enfermeiro, porque é habitualmente o profissional de saúde que mais tempo passa com o doente, enquanto prestador directo de cuidados, tem um papel preponderante no cuidar em fim de vida uma vez que muitas vezes o enfermeiro é o principal vínculo com o doente; é o enfermeiro que além do conforto físico, ocupa a posição privilegiada para ajudar o moribundo, ficando com ele nas horas mais difíceis e penosas do seu fim.

A relação no cuidar de um doente em fim de vida confronta um enfermeiro como ser também mortal a uma exploração e exposição à morte que tem um impacto profundo, quer no seu reconhecimento quer na consciencialização da liberdade para se determinar como viver uma vida que vale a pena viver. Neste contexto o profissional de saúde, quer como pessoa quer como prestador de cuidados, tem necessariamente de reflectir sobre o que é uma “boa” morte e enfrentar a sua própria mortalidade. A morte não é algo que acontece só aos outros, mas uma realidade que afecta a todos e como tal não pode ser ignorada.

A atribuição de múltiplos significados para a morte pode reflectir quer um estado de confusão temporária, quer um nível de maturidade avançada, com uma compreensão da complexidade da realidade da morte. Para alguns profissionais a morte digna está associada a uma fase terminal em que se está consciente, sem dores, preparado para morrer e rodeado dos seus familiares, que respeitam as suas necessidades, desejos e preferências. Para outros, a morte deverá ser um processo que ocorre numa “redoma”, isto é, a morte num ambiente que protege a pessoa duma consciência lúcida da sua fase terminal e poupa a família da angústia do momento da morte.

É necessário pensar a morte uma vez que a vida e a morte coexistem mais ou menos pacificamente e os nossos melhores mestres poderão ser os moribundos que muitas vezes nos ensinam o essencial da vida (Kubler-Ross, 1988). De facto a consciência aprofundada da morte e do processo de morrer pode ajudar os profissionais a viver diferentemente, dando mais sentido à vida, dando um sentido ético à vida e à morte.

Os enfermeiros ao serem submetidos diariamente a situações de tensão face aos doentes hospitalizados em estadio terminal, defrontam-se no seu quotidiano com situações que mobilizam intensamente a sua dimensão emocional, dificultando e interferindo muitas vezes com o seu trabalho, acarretando-lhes um grau considerável de sofrimento pessoal e muitas vezes impotência e frustração perante a imprevisibilidade da trajectória da morte.

A doença intensifica o medo da morte, o que implica que os enfermeiros tenham maturidade para lidar com o sofrimento humano, nem sempre possível pelo desproporcionado ênfase formativo nos cuidados físicos.

Martins et al. (1999) num estudo sobre as reacções e sentimentos dos enfermeiros, que cuidavam de doentes em fase terminal, concluiu que os enfermeiros apresentam dificuldades pessoais e profissionais, que acabam por interferir na dinâmica da prestação de cuidados e Silva (2009) numa revisão sistemática da literatura sobre o sofrimento dos profissionais de saúde no cuidar do doente oncológico, concluiu que face à fragilidade e vulnerabilidade do doente, os profissionais também estão expostos com mais frequência e intensidade à sua própria vulnerabilidade.

Por outro lado, a relação do cuidar é uma interacção entre as duas pessoas em que ambas se envolvem e se influenciam positivamente (Watson, 1985). Quem penetra no

mundo do outro para o compreender e ajudar acaba por se encontrar consigo mesmo. Isto é, o contacto com a vulnerabilidade da pessoa em final de vida desperta, frequentemente a vulnerabilidade do próprio cuidador (Bermejo, 2001). É no contacto com o outro que o “eu” se constrói, se diferencia e se reconhece. Contactar com a dor do outro, com a sua finitude é encontrar a sua própria dor, a sua própria finitude. Ser vulnerável é estar aberto e permeável às experiências e às pessoas e ser flexível às suas necessidades individuais.

Todos os profissionais são mais ou menos vulneráveis face à perda e ao sofrimento. No entanto, muitas vezes sustentam a ilusão de invulnerabilidade, construindo limites rígidos à sua volta, e tornam-se impermeáveis às experiências dos outros, através de várias modalidades, ora, posicionando-se de forma distante e muito formal nas suas interações, ora concentrando-se nas tarefas e metas tentando provar um cuidado profissional, que resolve e controla tudo (Stedeford, 1986).

Frias (2003-2008) num estudo sobre a aprendizagem do cuidar e a morte, entrevistou 8 enfermeiros para tentar compreender o cuidar em fim de vida, tendo concluído que o medo dos profissionais de saúde está presente, através de atitudes de fuga, realização de raras visitas aos doentes em fim de vida, focando as dificuldades na interação enfermeiro/doente em fim de vida: a morte despoleta medo, ansiedade e frustração, levando os enfermeiros a sentir-se moralmente perturbados para administrarem determinados tratamentos.

No contacto diário com a morte do outro, ao compreender que o lidar com a morte e que o contacto directo com o significado deste processo se configuram como elementos basilares na compreensão das condições de trabalho e de vida dos enfermeiros, muitos referem a sua impotência e frustração perante a imprevisibilidade da trajetória da morte, exigindo-lhes um olhar sobre a sua própria fragilidade e sentimentos, recordando a sua terminalidade, conduzindo a uma identificação com os doentes (Vachon, 1982). Vieira et al. (2006) num estudo sobre o significado da morte nos enfermeiros que trabalham numa UCI, concluíram que a morte faz parte do quotidiano destes profissionais, mas encaram-na como um resultado accidental uma vez que o objectivo da profissão é a procura da saúde e a cura da doença.

Em síntese pode-se concluir com Férez (1998) que as atitudes perante a morte tem origem fundamentalmente em três causas: pessoais, a morte é um mistério existencial do ser humano não resolvido; culturais, a sociedade evita tudo o que está relacionado com o fim de vida e profissionais, a maioria dos profissionais de saúde não têm formação para cuidar dos doentes terminais.

### **1.3 Stress profissional dos enfermeiros face à morte**

A institucionalização da morte e a profissionalização dos cuidados nesta área determinaram fontes de stress acrescidas para o profissional de enfermagem que importa caracterizar em geral e tipologizar no que concerne as modalidades específicas de cuidados de enfermagem em fim de vida, bem como, caracterizar os principais impactos da morte nos enfermeiros e o papel da equipa face à morte.

#### **Stress ocupacional**

Falar de stress em geral, significa falar de um estado patológico do organismo ou de uma situação psico-orgânica com especial intensidade. Nenhuma destas concepções é completamente errada, porque como afirma Seyle (1976) stress é “uma resposta inespecífica do organismo a qualquer exigência que lhe é feita”. O stress é a resposta de cada um às pressões que encontra na vida quotidiana. O stress é inevitável e surge como resposta a uma exigência não específica (Rub, 2000).

Fisiologicamente, o stress é o resultado de uma reacção que o organismo desenvolve quando estimulado por factores externos ou internos desfavoráveis. A primeira reacção do organismo, nestas circunstâncias, é uma descarga de adrenalina, sendo os sistemas mais afectados os aparelhos circulatório e o respiratório.

O stress como um processo bio-psico-social, pela forma como se manifesta, dependente de características individuais e do ambiente social, está directamente relacionado com a homeostase, que é um estado de equilíbrio dos vários sistemas do organismo entre si e do organismo como um todo com o meio ambiente. Para Lipp (1996), "Stress é definido como uma reacção do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos,

causado pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrita, amedronta, excita, confunde ou mesmo que o faça imensamente feliz".

O stress é uma resposta reactiva comportamental que ocorre quando se tem de lidar com situações que requerem mudança e adaptação, perante vivências conflituais, internas ou externas ou quando é exigido um nível de actividade diferente do habitual.

Existem estímulos internos ou do meio ambiente, que são capazes de alterar a homeostase e representam as fontes do stress, referidas como agudas, quando ocorrem num curto momento, e crónicas, quando actuam sobre o organismo por um tempo prolongado, de forma contínua ou repetitiva.

Uma situação indutora de stress pode ser definida como toda aquela em relação à qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparado comportamentos automáticos de resposta e que, por isso, lhe exige uma nova adaptação (Cohen, Lazarus, 1979).

Numa perspectiva biopsicossocial, França e Rodrigues (1997) afirmam que o stress constitui-se numa relação particular entre pessoa, seu ambiente e as circunstâncias as quais está submetida, que são avaliadas como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem-estar. Cabe salientar, no entanto, que o stress por si só não é suficiente para desencadear uma doença orgânica ou para provocar uma disfunção significativa na vida da pessoa. Para que isso ocorra é necessário que outras condições sejam satisfeitas, tais como a vulnerabilidade orgânica ou uma forma inadequada de avaliar e enfrentar a situação stressante.

O stress é por isso uma experiência vivida por todos os indivíduos e corresponde a um processo de transacção entre a pessoa e o meio, que pode ter efeitos positivos ou negativos, de acordo com conceitos de eustress e distress (Frasquilho, 2005). O stress no trabalho ocorre quando as atitudes e as capacidades dos trabalhadores não vão de encontro às exigências da actividade profissionais ou quando esta não corresponde às necessidades do indivíduo sendo fundamental considerar o modo como ele avalia a sua situação de trabalho (Cox, Griffiths, Rial-González, 2000). O stress surge quando o indivíduo avalia determinada situação como sendo importante para o próprio e percebe

que não consegue lidar com as exigências impostas ou com as ameaças ao seu bem-estar, o que gera ansiedade e depressão.

Quanto ao stress ocupacional (França e Rodrigues, 1997), consideram-no decorrente daquelas situações em que o indivíduo percebe o seu ambiente de trabalho como ameaçador, quando as suas necessidades de realização pessoal e profissional, e/ou sua saúde física ou mental, prejudicam a interacção desta com o trabalho e este ambiente tenha exigências excessivas, ou que a pessoa não tenha recursos adequados para enfrentar tais situações.

O stress é pois condicionado pela percepção de que as exigências excedem os recursos ou aptidões do indivíduo o que vem a ser manifestado pelo próprio nível fisiológico, psicológico e social (Cox, Griffiths, Rial-González, 2000). Ross e Altmaier (1994) conceptualizam o stress como “como a interacção das condições de trabalho com características do indivíduo, de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade de lidar com as mesmas”.

Alguns factores de stress mais comuns relacionados com o trabalho estão já bem identificados: carga horária; trabalho por turnos; cultura organizacional; áreas/serviços de oncologia e urgência; conflitos de papel; indefinição ou ambiguidades de responsabilidades; má preparação para as funções a desempenhar; contacto com doentes em situação de sofrimento agudo ou crónico; contacto com a morte; trabalhos por turnos; funções mal definidas (Felton, 1998; Lundberg, 2000; McIntyre, 1994; Peiró et al, 2001; Vaz Serra, 2000).

Assim, o trabalho, além de possibilitar crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal e profissional também causa problemas de insatisfação, desinteresse, apatia e irritação. Dejours (1998) afirmava que não existe trabalho sem sofrimento.

Do ponto de vista psicológico, o trabalho provoca diferentes graus de motivação e satisfação, principalmente, quanto à forma e ao meio no qual se desempenha a tarefa (Kanaane, 1994): mesmo o trabalho que motiva e gratifica, quando realizado com afinco, exige esforço, capacidade de concentração, de raciocínio, implica desgaste físico e/ou mental, actuando na qualidade de vida.

A exposição aos stressores emocionais e inter-pessoais do trabalho pode resultar numa resposta prolongada ou *burnout*. O *burnout* assemelha-se ao stress crónico relacionado com o trabalho. Todavia o fenómeno é mais complexo e específico, pois é constituído pelos componentes de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional, em que a componente de exaustão emocional é em tudo semelhante ao distress crónico relacionado com o trabalho (Schaufeli, 1999)

O conceito de *Burnout* surgiu nos Estados Unidos em meados dos anos 70, para dar explicação ao processo de deterioração nos cuidados e atenção profissional nos trabalhadores de organizações. Ao longo dos anos esta síndrome de “queimar-se” tem-se definido como uma resposta ao stress laboral crónico integrando atitudes e sentimentos negativos. (Maslach, 1976).

A síndrome de *burnout* surgiu como característico das “Profissões de ajuda”, daquelas em que o indivíduo trabalha e interage com pessoas, e é consequência da tensão emocional crónica e do excessivo esforço que supõe o contacto contínuo e exaustivo com outras pessoas, particularmente quando estas têm problemas.

Freudenberger (1974) o primeiro autor a utilizar o termo referindo-se à sua própria prática, afirma que o *Burnout* é o resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pela actividade no trabalho, como consequência de um desajuste entre as necessidades do profissional e os interesses da organização.

Apesar da variedade de definições do conceito, a proposta mais consensual é a de Maslach e Jackson (1982) que considera o burnout como um prolongamento do stress profissional, sendo o resultado de um processo longo em que o indivíduo sente que os seus recursos para lidar com as exigências organizacionais já estão “esgotadas” (Maslach e Schaufeli, 1993).

Maslach e Leiter (2000) definem *Burnout* com uma síndrome de exaustão, despersonalização e ineficácia no local de trabalho. Segundo este autor o *Burnout* é uma síndrome tridimensional e surgirá como uma experiência pessoal num contexto de complexas relações sociais envolvendo as concepções pessoais e dos outros no trabalho, caracterizado por um sentimento de falta de realização pessoal e incompetência.

Maslach e Jackson (1981) estudaram as dimensões subjacentes ao *burnout* com uma amostra de 1025 sujeitos que trabalhavam com pessoas, através do seu instrumento de 22 itens, o Maslach *Burnout* Inventory (M.B.I.). Este instrumento através da análise factorial, revelou 3 factores que caracterizam o *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. Esta definição multidimensional de *Burnout* tem sido largamente utilizada em vários estudos.

Na definição de Maslach e Jackson (1981) encontramos constructos como esgotamento nervoso e despersonalização, onde o primeiro pode ser entendido pela situação que os trabalhadores sentem quando já não podem dar mais de si mesmo afectivamente. É uma situação de esgotamento da energia e dos recursos emocionais próprios, uma experiência de estar emocionalmente esgotado devido ao contacto diário mantido com pessoas que têm de atender como objecto de trabalho.

A despersonalização pode ser definida como o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativos e cinismo para as pessoas destinatárias do trabalho que são vistas pelos profissionais de forma desumanizada, rotuladas negativamente, devido a um endurecimento afectivo podendo os profissionais ainda os responsabilizar pelos seus problemas. Maslach e Jackson (1981) consideravam que o *Burnout* estava estritamente ligado a profissionais de saúde, que perdiam o interesse, empatia e o próprio respeito pelos seus doentes.

A realização pessoal diz respeito aos sentimentos de competência e aos sucessos profissionais que envolvem as relações com as pessoas. A falta de realização pessoal no trabalho constitui-se como a tendência desses profissionais a avaliarem-se negativamente e, de forma especial, essa avaliação negativa afecta a habilidade na realização do trabalho e na relação com as pessoas que atendem. Os trabalhadores sentem-se descontentes consigo mesmos e insatisfeitos com seus resultados no trabalho.

O *burnout* pode ser considerado como uma resposta complexa e prolongada a factores de origem profissional indutoras de stress, cuja actividade requer elevado envolvimento emocional, surgindo em situações em que o indivíduo percepção as suas capacidades como insuficientes para responder à situação em presença (Jesus, 2005). McIntyre (1994) referindo-se à profissão de enfermagem afirma que situações que causam desafio profissional, a sobrecarga de horas laborais, as situações inesperadas e urgentes, o nível

de responsabilidade, os conflitos de papel bem como o clima organizacional, podem ser factores de stress laboral. Qualquer pessoa pode sentir os efeitos do stress, mas os indivíduos que entram nas suas carreiras com ideais elevados, grande investimento pessoal e motivação podem experimentar o *burnout* caso vejam defraudadas as suas expectativas (Miranda, 2011; Queirós, 2010; Silva e Gomes, 2009; Vaz Serra, 1999).

As consequências do *burnout* podem manifestar-se a nível individual ou a nível organizacional (Maslach e Jackson, 1981), podendo conduzir a consequências extremamente penosas, uma vez que os comportamentos dos profissionais incidem directamente, quer no funcionamento da instituição (aumentando o índice de absentismo) quer na qualidade dos serviços que prestam (diminuição da qualidade) quer dos vários problemas pessoais incluindo os sintomas psicossomáticos.

### **Stress em enfermagem**

A literatura demonstra de forma convincente que o stress é um factor constante na actividades profissionais de enfermagem, independentemente da nacionalidade ou área/serviço/ ou prática clínica (Aiken et al., 2002; Cox e Leiter, 1994, Gomes, Cruz, 2009).

Maslach e Jackson (1981) afirmam que as profissões assistenciais que estabelecem uma relação intensa com os doentes em situações problemáticas, podem conduzir a sentimentos de frustração, medo ou desespero, podem provocar uma tensão nos profissionais, deixando-os emocionalmente predispostos à síndrome de *Burnout*, com uma prevalência de 25% nos enfermeiros (Maslach e Shaufeli, 1993).

O Stress é frequentemente estudado nos profissionais de enfermagem por diversas razões (Edelwich e Bodsky, 1980; Marshall, 1980; Mc Vicar, 2003). Os enfermeiros são um dos grupos profissionais da saúde que de mais perto lida com aspectos problemáticos de ordem física, psicológica e social. O cuidado ao doente em fase terminal é uma das situações mais tensas e exigentes a que estão sujeitos muitos enfermeiros. Estes quando incapazes de se libertarem do seu próprio medo da morte e do sofrimento desenvolvem reacções de stress, bem como sentimentos emocionais de impotência, culpa, frustração, ansiedade, insegurança, angústia, assim como

perturbações somáticas, à medida que são confrontados com a realidade do sofrimento, da morte e da doença terminal.

As causas mais frequentes de stress dos enfermeiros poderão ser agrupadas em três categorias (Rub, 2000):

1. Stressores ambientais/organizacionais, tais como: sobrecarga laboral, falta de pessoal, más condições de trabalho, relações conflituosas com a equipa, falta de reconhecimento e problemas com a gestão.
2. Factores inerentes à função: pressão com o tempo e prazos, tratar do doente e a sua família, lidar com a morte e o sofrimento.
3. Stressores intrapessoais: expectativas pessoais, ameaças pessoais, vulnerabilidade, falta de conhecimentos e aptidões (Quadro 3).

**Quadro 3 - Factores de stress dos enfermeiros (Rub, 2000)**

<b>Stressores ambientais/organizacionais</b>	<b>Factores inerentes à função</b>	<b>Stressores intrapessoais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga laboral</li> <li>• Falta de pessoal</li> <li>• Más condições de trabalho</li> <li>• Relações conflituosas na equipa</li> <li>• Falta de reconhecimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pressão na gestão do tempo e cumprimento dos prazos</li> <li>• Cuidar/tratar do doente e família</li> <li>• Lidar com a morte e sofrimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas pessoais</li> <li>• Vulnerabilidade</li> <li>• Falta de conhecimentos e aptidões</li> </ul>

Noutra perspectiva, Stora (1990) identifica como factores de stress por um lado, a pressão das relações profissionais, particularmente a competição e a rivalidade mas também a falta de suporte dos colegas, nas situações difíceis; o receio de revelar “fragilidades” ao partilhar problemas e as apreensões com colegas. Este autor afirma que cuidar de um doente em fase terminal pode provocar crises de angústia, o que leva a diminuir os cuidados aos doentes.

Já Demerouti (2000), para além de identificar as fontes de angústia, procurou distinguir entre os factores que tinham maior probabilidade de resultar em exaustão emocional em conflitos interpessoais no local de trabalho. Estes dois componentes têm efeitos psicológicos e fisiológicos e como consequência um *burnout* grave.

As características de personalidade serão um factor a considerar nomeadamente em relação à intensidade e frequência de sentimentos de altruísmo e idealismo acentuados com que uma parte importante destes profissionais aborda a sua profissão e que

poderiam facilitar o processo de “queimar-se” (Edelwich e Brodsky, 1980). Esse idealismo e sentimentos altruístas levam os profissionais a implicar-se excessivamente nos problemas dos utentes que convertem numa direcção pessoal para a sua solução. O próprio indivíduo tolera que se sinta culpado das falhas, tanto próprias como alheias, o qual resultará em sentimentos de fraca realização pessoal no trabalho.

O *Burnout* tem origem nas exigências físicas, emocionais ou psicológicas, bem como nas exigências organizacionais. É um tema complexo, que tem sido estudado como um conceito exclusivo, bem como em conjunto com outros factores do ambiente de trabalho (Cordes, e Doudherty, 1993).

A actividade dos enfermeiros e os factores indutores de stress associados a essa actividade podem diferir em relação ao tipo de doentes mais ou menos característicos de cada unidade ou sector do hospital. Além da diferença relativa ao tipo de doentes a quem prestam cuidados, as condições específicas de cada sector ou unidade a nível organizacional, assim como as relações interpessoais existentes, parecem influenciar o nível de stress e a percepção de determinadas circunstâncias como indutoras de stress.

Para Edelwich e Brodsky (1980) o desenvolvimento da síndrome de *burnout* nos enfermeiros é um quadro que se instala progressivamente e tem 4 etapas, nas profissões de ajuda:

- 1ª Fase - Entusiasmo idealista e exagerado, muito frequente nos jovens recém-licenciados, em que há muitas esperanças, quase irreais, em que as expectativas são muito elevadas; o profissional despende energia em muitas tarefas a ponto de inquietar os que o rodeiam, por considerarem o esforço exagerado.
- 2ª Fase - Estagnação. Surgem os primeiros sinais de fadiga com perturbações do sono. Apesar dos esforços o rendimento diminui, a profissão que parecia realizar a pessoa, já não oferece tanta satisfação, surgindo as primeiras queixas psicossomáticas.
- 3ª Fase - Sentimento de frustração, o enfermeiro questiona-se sobre a eficiência e utilidade da profissão, já que a realidade deixou de corresponder às suas expectativas, apresentando perturbações somáticas e emocionais.

4ª Fase - Apatia. O enfermeiro desloca-se para o serviço como uma obrigação pesada, procura fazer o menos possível, resistindo à mudança, limitando-se a fazer as rotinas.

Segundo Spooner-Lane (2004) num estudo com enfermeiros, evidenciou que a síndrome de *Burnout* está positivamente correlacionado com a quantidade de tempo que os enfermeiros passam junto aos doentes, com a intensidade das exigências emocionais destes e com o cuidar de doentes de mau prognóstico, mas também com factores ligados com o clima organizacional, como a sobrecarga laboral, o baixo nível de suporte, os conflitos interpessoais, o contacto com a morte e o processo de morrer e a preparação inadequada. Para além destas reacções podem também surgir alguns comportamentos e atitudes, como: dificuldade de concentração, fadiga, agressividade, sinais de desmotivação, absentismo, desejo de mudança de serviço, comportamentos de fuga, comportamentos aditivos e conflitos familiares (Gomes, 1992; Buchan, 1995).

Os enfermeiros estão diariamente sujeitos a inúmeras situações desgastantes, quer a nível do contacto com os doentes quer com o próprio ambiente de trabalho e confrontam-se regularmente com situações de alterações emocionais e potenciadoras de stress, cujas causas apontadas são o contacto com o medo, doenças e morte do doente, contacto com os familiares (Rentoul et al 1995) e tem sido associado uma alta incidência de *Burnout* (Jones, 1962).

Limonero Garcia (1996) com o objectivo de estudar as emoções presentes no fenómeno morte, verificou que os profissionais de saúde que cuidavam de doentes em fase terminal, para além de terem de enfrentar os medos dos doentes e das suas famílias, têm também de enfrentar os seus próprios medos. Segundo o autor o maior impacto emocional está relacionado com as características da doença (sofrimento, alterações da autoimagem) ou com a trajectória da doença (proximidade da morte, incapacidade para diminuir o sofrimento do doente).

Fillion e Laurent em 2003, com o objectivo de identificar os factores de stress dos enfermeiros que prestam cuidados paliativos em contexto hospitalar e no domicílio, concluíram que os factores de stress organizacionais e as dificuldades de comunicação e colaboração entre os profissionais são importantes factores de stress e insatisfação

profissional. O principal factor de stress para os enfermeiros não está relacionado com a prestação de cuidados a doentes em fim de vida, mas sim, com o facto de se confrontarem constantemente com um sistema desorganizado em que as pessoas não podem viver os seus últimos momentos, com respeito pela sua dignidade e valores pessoais. A nível organizacional é necessário adoptar medidas para melhorar a acessibilidade aos cuidados paliativos, a criação de serviços adaptados às necessidades dos doentes e suas famílias e no plano profissional encorajar a formação de equipas pluridisciplinares numa filosofia comum.

Certos acontecimentos stressantes, constituem ameaças ao equilíbrio emocional e sócio-afectivo dos enfermeiros e ao desempenho profissional assim como o facto de terem de lidar diariamente com a morte e o sofrimento e ainda a responsabilidade do enfermeiro em cuidar de doentes vulneráveis pela situação de saúde/doença. Sintetizaremos os resultados de investigação em quatro contextos de prestação de cuidados: cuidados intensivos, oncologia, saúde mental e cuidados paliativos:

#### *Stress e burnout em enfermeiros de unidades de cuidados intensivos (UCI)*

Têm sido realizados vários estudos em UCI (Garcia et al, 2005; Gentry, Parkes, 1982; Heuer et al, 1996; Hibbert, 1995; Malacrida et al, 1991; Nichols, Springford, Scarle, 1981), apesar de estas unidades não serem, necessariamente, os locais de trabalho onde os profissionais apresentam maior nível de stress (Schaufeli, 1999). Numa investigação que incluiu 2.500 enfermeiros hospitalares, os enfermeiros de enfermarias de medicina ou de ortopedia, percepcionavam mais factores indutores de stress que os enfermeiros das UCI, embora estes tenham identificado mais frequentemente “as dificuldades no tratamento de doentes críticos” como fonte de stress (Dewe, 1988).

Johnson encontrou níveis de ansiedade inferiores em enfermeiros de UCI relativamente aos enfermeiros de enfermarias médicas ou cirúrgicas (Johnson, 1979). Mas outros autores não encontraram diferenças entre a frequência de sentimentos positivos (confiança, satisfação profissional) ou negativos (*distress*, ira) em enfermeiros de UCI e de enfermarias de medicina ou de enfermarias de cirurgia (Nichols, Springford, Scarle, 1981).

A principal fonte de stress parece ser a sobrecarga de trabalho que é na maioria dos casos, consequência de falta de recursos humanos e da pressão do tempo, e que está

muitas vezes associada a picos de intensidade de trabalho (Gentry, Parkes, 1982). A nível explicativo, Garcia et al (2005) identificaram a sobrecarga de trabalho e o sofrimento e a morte dos doentes como os principais factores indutores de stress em 117 enfermeiros de uma UCI.

#### *Stress e burnout em enfermeiros de unidades oncológicas*

Os níveis de stress e de *burnout* em profissionais que trabalham em unidades oncológicas também têm sido estudadas com alguma frequência. Apesar de a maioria dos enfermeiros que trabalham em serviços de oncologia considerar o seu trabalho gratificante, esse trabalho também é avaliado como tendo um elevado nível de exigência emocional. Contudo, o stress entre enfermeiros de serviços de oncologia parece estar mais relacionado com factores organizacionais do que com as exigências emocionais decorrentes da prestação de cuidados àquele tipo de doentes (Corner, 2002), embora aspectos individuais como os traços de personalidade pareçam ser determinantes no tipo de resposta às exigências de natureza emocional (Costantini et al, 1997).

Barnard et al (2006) apenas encontraram níveis de *burnout* ligeiros a moderados em enfermeiros australianos de serviços oncológicos, sendo que os factores indutores de stress mais valorizados por aqueles profissionais foram a incapacidade de ajudar os doentes em sofrimento, a morte de um doente próximo e o receio de cometer erros (Bond, 1994). Num outro estudo realizado com 37 enfermeiros, o stress estava relacionado com o treino inadequado, a falta de tempo para lidar com a componente psicológica na prestação de cuidados a doentes terminais e a existência de conflitos interpessoais com médicos (Escot et al., 2001). Outros factores indutores de stress também identificados, foram o medo de vir a sofrer uma doença oncológica, a ausência de um médico no momento da morte de alguns doentes e a preparação dos doentes falecidos.

#### *Stress e burnout em enfermeiros da área de saúde mental*

Diversos estudos têm identificado, na área da saúde mental, níveis relativamente elevados de stress e de *burnout*. Jenkins e Elliott (2004) identificaram níveis elevados de exaustão emocional em metade dos noventa e três enfermeiros estudados de uma unidade de doentes mentais agudos, sendo a falta de enfermeiros qualificados o principal factor indutor de stress para os enfermeiros especialistas. Para os enfermeiros

não especialistas, o factor indutor de stress mais importante relacionou-se com a dificuldade em lidar com doentes exigentes e clinicamente descompensados.

O stress e *burnout* nos profissionais de saúde mental não parecem ser completamente explicados pelas características dos doentes. Thomsen et al., (1999), num estudo que envolveu 1.051 psiquiatras e enfermeiros, descreveram os factores organizacionais como sendo os que mais contribuíram para a exaustão emocional daqueles profissionais.

#### *Stress e burnout em enfermeiros de unidades de cuidados paliativos*

Os profissionais que prestam cuidados paliativos a doentes terminais lidam frequentemente com a morte e com o sofrimento, pelo que têm sido realizados alguns estudos sobre os seus níveis de stress e *burnout*. Contrariamente às expectativas, Payne identificou níveis reduzidos de *burnout* em 89 enfermeiros de cuidados paliativos de nove hospitais (Payne, 2001), enquanto Slone e Stephany sugeriram que a prestação de cuidados paliativos a doentes terminais com sida poderia causar mais stress do que a prestação de cuidados a outro tipo de doentes terminais (Slone, Stephany, 1995).

Um outro estudo realizado em duas unidades de cuidados paliativos sugeriu que lidar com familiares e com determinados tipos de doentes, tais como doentes com dor muito intensa, crianças, doentes com medo de morrer e doentes com problemas psiquiátricos, era particularmente indutor de stress (Alexander, Ritchie, 1990). A exposição à doença prolongada, à morte de doentes com quem se sentiu proximidade, a morte de doentes jovens e a morte de doentes com uma doença incurável como Redindaugh et al (2001) salientam, encontra-se associada ao aumento do stress e do esgotamento emocional dos profissionais de saúde que trabalham na prestação de cuidados.

Existem muitos estudos sobre o *burnout* em enfermagem, onde são analisadas múltiplas variáveis e apresentados resultados diferenciados, o que demonstra a complexidade deste fenómeno, embora todos os autores são unânimes ao apontar que os profissionais de enfermagem são vulneráveis a este síndrome. A maioria dos estudos parece demonstrar que a proximidade com a morte é uma das maiores fontes de stress mencionadas pelos profissionais de saúde quando se referem ao desgaste provocado pela sua profissão (Irwin, 2000; Parreira e Sousa, 2000; Pereira, 2011; Queirós, 1999; Revicki e Whitley, 1995; Redinbaugh et al, 2001).

## **Impacto da morte da morte nos enfermeiros**

Os enfermeiros são os elementos da equipa interdisciplinar, que mais permanecem em contacto contínuo com o doente e família e que acompanham as situações de morte e luto vivenciadas nos serviços de saúde. Vários estudos realizados no momento da morte, (Chen et al, 2006; Foxall, 1990; Feldstein e Gemma, 1995; Hurtig, 1990; Maeve, 1998; Papadatou, 2002; Spencer, 1994; Valente e Sauders, 2002;) demonstram que a morte de um doente é sempre uma fonte de sofrimento para aqueles que dele cuidaram e para a necessidade de aliviar sentimentos de tensão, que, caso persistam, podem evoluir para uma situação de stress e “*burnout*”.

Cada experiência é nova e única, adquire uma representação exclusiva, por mais que os cuidados e rotinas sejam frequentes e repetidos, cada situação/cada momento requer uma reflexão singular.

O sofrimento que se gera no contacto com a morte e que acompanha todo o processo de luto, expressado com dor, lamentos, aflição ou pesar é definido por alguns autores (Foucault, 1998) de sofrimento psíquico (atinge a mente, corpo ou relações). Surge no dia-a-dia do enfermeiro e repercute-se na saúde dos profissionais e na qualidade do cuidado prestado (Gomes et al, 2006). Segundo esta autora, embora o sofrimento psíquico seja um conceito subjectivo, verificou que a forma como o trabalho de enfermagem está organizado e é realizado, submete os enfermeiros a intensas fontes de tensão emocional e físico, conduzindo a alterações tanto biológicas como psíquicas. Boemer (1986) constatou que os enfermeiros foram de entre os profissionais os que estiveram mais próximos dos doentes e que cuidaram das suas necessidades físicas no período que antecedia a morte. Mas que ao mesmo tempo esse factor tinha efeitos desgastantes para a saúde do profissional de saúde. Goodkin et al (2004) alertaram para um risco acrescido para os profissionais de saúde em contacto com a morte, porque a exposição a um número significativo de perdas diminui a eficiência das respostas imunológicas a infecções.

Cuidar de doentes em fim de vida é uma das situações mais difíceis para o enfermeiro, constituindo um verdadeiro desafio pessoal e profissional. Os enfermeiros ao serem confrontados com a progressiva dependência, fragilidade e vulnerabilidade da pessoa a morrer, reconhecem a complexidade da convivência com essa pessoa (Frias, 2010).

Este confronto sistemático pode gerar um sentimento de insucesso e fracasso acompanhado de sofrimento pelo enfrentar da situação física progressiva do doente (Beth, 1985).

A perda de um doente tende a desencadear sentimentos de fracasso profissional. Segundo Kastenbaum e Aisenberg (1983) o ser humano lida com duas concepções em relação à morte: a morte do outro e a concepção da própria morte, a consciência da finitude, na qual se evita pensar. A morte protagoniza a insegurança, sinaliza a mortalidade e evidencia a forma de ser, pensar, sentir do enfermeiro (Teixeira, 2006). O que mudou foi a forma de conviver e lidar com a morte, com o morrer e com os doentes em fase terminal (Kubler-Ross, 1998) tornando este momento um acontecimento sempre sofrido para os profissionais.

A morte de um doente causa um impacto marcante na identidade pessoal e profissional de toda a equipa de saúde (Papadatou, 2009) e o cuidar em fim de vida provoca nos enfermeiros diversos sentimentos e processos psicológicos, possivelmente porque lhe mostram a sua própria vulnerabilidade como seres humanos, recordando a sua própria morte.

A despersonalização do ambiente hospitalar é um factor que influencia a prestação dos cuidados de enfermagem aos doentes em fim de vida (Cerqueira, 2005). Face à proximidade da morte o enfermeiro constata que o seu saber é inseguro, que a sua formação é praticamente inexistente neste domínio e que não se sente preparado para cuidar do doente em fim de vida uma vez que a destreza e a técnica não são suficientes, uma vez que cuidar em fim de vida é muito mais do que isso, vai além do tratar, do que é palpável, e tem em conta o potencial que cada pessoa tem para crescer e desenvolver-se.

Para Abiven (2001), o sofrimento dos profissionais de saúde que cuidam de doentes em fase terminal, exprime-se de três formas principais: o confronto com a morte, a perda e o luto, o confronto com a equipa multidisciplinar e o confronto com a sua própria vida.

O confronto com a morte, a perda e o luto que os enfermeiros assistem de forma repetida, provoca sempre o confronto com a sua própria mortalidade e finitude. A dificuldade consiste em não denegar o sofrimento sentido, mas ao mesmo tempo manter um razoável distanciamento afectivo. Esta distância é contudo difícil de atingir, pois

implica resentir e compreender o sofrimento do outro sem por isso ficar “envolvido”. Quanto ao confronto com a equipa multidisciplinar, salienta-se que trabalhar em equipa pode necessariamente trazer alguns conflitos entre os profissionais, conflitos esses que devem ser identificados e geridos, pois a qualidade de relação entre os profissionais reflecte-se na qualidade de relação com o doente e família. No terceiro aspecto, o confronto com a própria vida, a autora refere a necessidade de “transformar a nossa relação com a vida”, hierarquizar os valores e fazer do contacto e proximidade com a morte uma escola de vida.

O contacto com a fragilidade humana e com as suas expressões psicológicas de desamparo, medo, desespero, pânico, depressão, agressividade e tantas outras que estão associadas ao fenómeno do adoecer são experiências vividas constantemente no quotidiano do profissional de saúde (Martins, 1991) e há componentes específicos que se podem converter em factores de risco para a saúde mental do profissional entre os quais: o contacto íntimo frequente com a dor, o sofrimento, a perspectiva da morte e o morrer, mas também, o lidar com a intimidade corporal e emocional, doentes difíceis – queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, agressivos, hostis, autodestrutivos, cronicamente deprimidos –, incertezas e limitações do conhecimento científico que se contrapõem aos pedidos e expectativas dos doentes que desejam certezas e garantias.

Por outro lado, Ferreira (1996) num estudo com o objectivo de identificar as emoções nos enfermeiros que trabalham em oncologia, revela que no seu quotidiano, estes profissionais também apresentam sentimentos gratificantes como ver o doente recuperar, ajudá-lo a conhecer a doença e orientá-lo. Contudo, este autor reconhece como principais factores (difíceis de lidar): o sofrimento do doente, os seus múltiplos internamentos, a impotência face à doença, a revolta pela sua morte.

Bradbury (1999) ao entrevistar profissionais que lidam com a morte já consumada, verificou que a maioria afirmava que o contacto com o corpo e a proximidade com os familiares do falecido, os perturbava e interferia com o equilíbrio da sua vida emocional.

Steinhauser, Clipp, Cristakis (2000) entrevistaram vários elementos duma equipa profissional confrontada frequentemente com situações de morte e constataram que em

todos os relatos a expressão de sentimentos de tristeza e culpabilidade face a doentes que morreram em sofrimento.

Moreira e Lisboa (2006) realizaram um estudo sobre as consequências da institucionalização da morte, tendo verificado as dificuldades sentidas pelos enfermeiros em lidar com a morte devido a algumas limitações profissionais e pessoais e à falta de espaço na estrutura organizacional para discutir e elaborar os sentimentos que emergiam dessas vivências.

A confrontação regular com o processo de morrer, com a morte e com o luto é uma realidade constante dos profissionais de saúde, que nem sempre estão preparados para lidar com este fenómeno. Esta dificuldade leva-os a pensar na sua fragilidade e na sua própria finitude a que conduz os enfermeiros, segundo os estudos de Kovacs (2005), a realizar os procedimentos de forma rotineira, super valorizando os aspectos técnicos como forma de evitarem estabelecer vínculos mais intensos e de protecção para o envolvimento com o sofrimento face à morte.

Vários autores (Delisle, 1993; Frias, 2003; Hennezel, 2003; Martins, 2009; Oliveira, 1999; Phanneuf, 2005; Sapeta, 2011; Stepnick, Perry, 1992) referem que o cuidar em fim de vida reveste-se de dificuldades para os enfermeiros, nomeadamente as dificuldades de gerir a negação, a revolta e aceitação do fim.

A incapacidade de lidar com a própria finitude e, a impossibilidade de manifestar as suas emoções face ao doente em fase terminal, leva muitas vezes à solidão do doente. A atitude muitas vezes frequente é o evitar da permanência prolongada junto ao doente, a prestação de cuidados essenciais, rotineiros e apressados, com despersonalização da relação e conseqüente falta de comunicação.

Esta não preparação dos enfermeiros para lidarem com as situações de terminalidade tem duas consequências para os profissionais. A primeira manifesta-se pela sensação de fracasso e impotência, relativamente à cura e restabelecimento da saúde, esquecendo-se que a morte é inerente à condição humana. A segunda consequência manifesta-se pelo afastamento e evitamento que impede o enfermeiro de conhecer o mundo do doente, (problemas, queixas, esperança, desespero), tudo o que ele pensa e sente e cujo conhecimento o ajudaria a se aproximar do doente em fase terminal.

Os profissionais de saúde necessitam de aprender a reconhecer o sofrimento, assim como a identificar mecanismos que intensifiquem a tolerância ao sofrimento e quais as intervenções que interferem neste processo (Morse e Cáter, 1996).

Couden (2001), Costello, (2001) concluíram que os enfermeiros sentem necessidade de suporte e apoio para enfrentar o sofrimento humano.

Os enfermeiros descrevem sensações de angústia, medo, tristeza e insegurança em situações de cuidar de doentes em fim de vida. Por mais frequentes que sejam as situações de morte num serviço, observa-se nos profissionais dificuldades, não só em aceitar, mas também como actuar nessa circunstância. Negar a morte é uma das formas de não entrar em contacto com as experiências dolorosas. Combater a morte pode dar a ideia de força de controlo, mas por outro lado quando não se consegue evitar, adiar a morte ou não se pode aliviar o sofrimento pode levar o profissional a vivenciar os seus limites, impotência, o seu trabalho como frustrante, desmotivador e sem significado, pensando não ter realizado as intervenções adequadas ao doente e/ou abordado de forma correcta a família. Entretanto, quando ocorrem perdas sem possibilidade de elaboração de luto, não permissão para expressão da tristeza e da dor, tendo como consequência o adoecer do profissional de saúde (Barbosa, 2010; Kovacs, 2005).

Franco (2003) salienta que existem doentes especiais com os quais os profissionais de saúde estabelecem uma relação diferenciada e singular e a morte destes doentes pode provocar um processo de luto, caracterizados por sintomas psicológicos e somáticos que causam sofrimento e dor.

Autores como Brosche (2003), Rich (2005) defendem a importância do processo de luto profissional do enfermeiro. Após a morte de um doente o enfermeiro enfrenta a tarefa da integração da perda nos seus conhecimentos pessoais e no seu particular esquema de circunstâncias.

A morte nem sempre é bem aceite pelos profissionais, já que o seu desempenho é muitas vezes essencialmente vocacionado para prolongar a vida e por outro lado os enfermeiros nem sempre recebem formação adequada nem suficiente para lidar e acompanhar o doente em final de vida e ajudarem a família no processo de luto.

## **Papel da equipa de saúde face ao processo de morrer**

Para além do significado pessoal de vida e da morte, cada organização espera que os profissionais de saúde que prestam cuidados aos doentes funcionem como equipa e não como um grupo que presta cuidados individualmente e independentemente uns dos outros. O funcionamento da equipa de cuidados de saúde implica, por isso, uma mútua colaboração entre os vários profissionais e o saber reconhecer o modo como são afectados pelo seu funcionamento e cultura organizacional. Esta cultura é determinada pelos mitos, ideais, principais tarefas, crenças e valores e prioridades no que diz respeito à saúde, à doença, à morte e ao processo de morrer e de luto.

A abordagem do doente em fase terminal e sua família é stressante, exigente emocionalmente (Beckstrand e Kirchhoff, 2005; Corner, 2002; Ki, 2003), desperta emoções como a tristeza (Wallestedt, Andershed, 2007), desamparo e ansiedade (Weigel et al, 2007), sentimentos de frustração e perda (Brajtman et al, 2007) e culpa após a morte do doente (LeSergenta e Haneyb, 2005).

Papadatou (2009) descreve sete princípios sobre a forma como a equipa de saúde é afectada pela morte de um doente:

1 - A cultura organizacional influencia o tipo de cuidados aos doentes.

Embora a cultura da organização reconheça as questões relacionadas com a morte e o processo de morrer, estes aspectos são no entanto reprimidos e sistematicamente evitados através de medidas muitas vezes sofisticadas com o objectivo de salvar a vida e adiar a morte.

2 - As regras que determinam as respostas à perda e ao sofrimento dos profissionais de saúde estão de acordo com a missão/objectivos da equipa.

As regras da equipe determinam a natureza das relações que os profissionais esperam desenvolver no cuidar dos doentes em fase terminal. Cada equipa desenvolve as suas próprias regras, isto é, cada equipa desenvolve o seu próprio código, os valores e as regras, que reconhecem, negam, reprimem o sofrimento que facilitam e promovem padrões mais ou menos funcionais face à perda.

As equipas de profissionais que reconhecem “ a dor e o sofrimento”, estabelecem regras que facilitam a partilha mútua, a participação nas consultas, sessões de supervisão e

actividades que promovam o auto-cuidado. Nestas equipas são também utilizados determinados rituais para comemorar por exemplo, saídas de colegas por reforma ou incentivar a partilha aberta de sentimentos.

Em contrapartida, as equipas que estabelecem regras de privação ou repressão no enfrentar a dor e o sofrimento, adoptam padrões que protegem os profissionais de experimentar qualquer sentimento de perda. Outras vezes as equipas impõem regras de falso optimismo e incentivam os profissionais a lutar pelo prolongar da vida, mesmo contra todas as possibilidades de cura. Estas regras não deixam espaço para o reconhecimento ou gestão do sofrimento.

3 - Não há equipas funcionais ou disfuncionais, apenas há equipas que utilizam padrões funcionais ou disfuncionais para lidar com a perda.

As equipas têm capacidade de reflectir sobre a perda, a morte e o sofrimento. Quando os objectivos da equipa são claros, específicos e realistas e os papéis e funções dos membros da equipa estão definidos, os profissionais desenvolvem padrões funcionais que facilitam a colaboração mútua, os assuntos são tratados em equipa e os recursos são usados para gerir crises e situações desafiadoras.

Os padrões disfuncionais são utilizados ao longo do tempo, como parte do esforço da equipa para lidar com uma situação nova provocando ansiedade e reflectem relações frágeis entre os membros da equipa e uma dificuldade perante uma situação dolorosa impedindo o processo reflexivo sobre essas experiências, tornando a equipa mais vulnerável às diversas formas de desorganização.

4 - O uso crónico de um padrão disfuncional de uma equipa vulnerável reflecte-se em vários tipos de desorganização.

Para evitar o sofrimento de lidar com a perda, ou quando não é reconhecido e aceite, os profissionais não reflectem e distanciam-se da fonte da sua angústia a fim de evitar situações que revivam a situação, fazendo novos investimentos na reorganização e funcionamento da equipa pelo que a morte de um doente é rapidamente esquecida ou suprimida. A fragmentação dos cuidados permite por exemplo dividir uma experiência que é demasiada ameaçadora em aspectos parcelares que são mais gerenciáveis quando se quer controlar os seus efeitos angustiantes. A fragmentação difunde também a

responsabilidade, demasiados prestadores de cuidados são responsáveis por muitos doentes e famílias por outro lado, apesar da disponibilização dos cuidados diversificados, estes são prestados e oferecidos de uma forma padronizada.

O que é paradoxal nestes padrões disfuncionais adoptados pelas equipas é que eles são tolerados e mantidos apesar do sofrimento promovido. Os profissionais reconhecem que estão infelizes e angustiados, mas não procuram padrões ou soluções que efectivamente mudem o modo de funcionamento da equipa.

5 - As crises são inevitáveis na equipa e podem ser potencial ou de crescimento ou de desorganização.

O confronto com a morte pode ser vivido como um desafio, uma crise ou um acontecimento angustiante e stressante, dependendo de várias variáveis. A superação de uma crise depende de como os profissionais a percebem. A morte de um doente pode ser extremamente penosa para uma equipa e para outra não, dependendo do vínculo emocional envolvido e da oportunidade de reflexão e de elaboração dessa experiência, o que permite ao profissional fazer circular informações e utilizá-la construtivamente para aprender a partir das suas experiências, abordar o seu sofrimento e fazer as alterações adequadas ao funcionamento da equipa.

A crise oferece oportunidades para a mudança e inovação, através do desenvolvimento de novas alternativas com vista a criar novos modelos de enfrentar o sofrimento e perda para manter o equilíbrio do seu funcionamento. As mudanças, no entanto, nem sempre são bem acolhidas pela equipa. Porquê? Como Menzies-Lyth (1988) sugere, “mudança é inevitável, em certa medida uma é excursão para o desconhecido”. Implica um compromisso face a acontecimentos futuros, isto explica porque é difícil para uma equipa mudar o seu padrão estabelecido de lidar com a morte, perda ou sofrimento, não obstante do facto dos membros da equipa perceberem a necessidade da mudança. Mudar provoca um aumento de ansiedade e suscita o medo do caos.

Rouchy e Desroche (2004) afirmam que as mudanças exigem uma profunda revisão das metas, objectivos, crenças e valores, estrutura e modo de funcionamento da equipa. Segundo este autor, nenhuma alteração é possível sem a adopção de novas percepções, crenças ou valores que são transformados em novas formas de acção.

6 - Todas as equipas tem potencial para funcionar com competência, independentemente da desorganização em que a equipa se encontra, uma vez que tem o potencial para desenvolver padrões funcionais e cuidar com competência, desde que certas condições sejam promovidas.

Existem três condições básicas para que melhorem a capacidade da equipa para lidar com competência perante situações de morte, perda e sofrimento: compromisso com as funções e objectivos claramente definidos e realistas; um ambiente facilitador de partilha, de inovação de novos modelos de cuidar formalmente o estímulo que a equipa interdisciplinar colabore com outras equipas e profissionais.

O que determina a competência uma equipa são as condições que facilitam o cuidado a todos os que procuram os cuidados e aqueles que o prestam, dando significado e comprometendo-se em satisfazer as necessidades dos doentes e suas famílias, mas também apoiando-se mutuamente como equipa (Vachon, 1987, 1997).

7 - A colaboração interprofissional é o reflexo de uma equipa em desenvolvimento e crescimento.

O ambiente de trabalho pode ser facilitador do bem-estar dos profissionais através do reconhecimento, da oportunidade de assumirem novas responsabilidades, da valorização e acompanhamento dos elementos mais jovens da equipa na prestação de cuidados, oferecendo várias formas de apoio (informação, emocional, prático), da ajuda na aprendizagem, na mudança, no crescimento como indivíduos e como equipa. Esta colaboração implica uma avaliação contínua do processo de cuidados e o seu impacto sobre aqueles que recebem e aqueles que prestam os cuidados.

Abrir a equipa ao exterior facilita novas iniciativas e desenvolvimento, mas também permite aos profissionais valorizar o seu trabalho, ao perceberem o que a sociedade ganha com os seus serviços, ao obterem a satisfação profissional no atendimento que fornecem.

A capacidade de reflectir sobre os cuidados prestados e o trabalho pressupõe um ambiente de trabalho onde os vários elementos da equipa se sentem seguros o suficiente para partilhar as suas opiniões e sentimentos de forma livre, embora perante situações stressantes corram o risco de terem um efeito meramente catártico.

As equipas multiprofissionais podem assumir diferentes formas de articulação que se classificam habitualmente multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar (Payne, 2000, Reese e Sontag, 2001, Rowe, 1996).

Nas equipas multidisciplinares, que normalmente são hierarquicamente organizadas, os prestadores trabalham de forma independente, a informação é transmitida através de reuniões. Em contrapartida as equipas interdisciplinares estão organizadas em torno de problemas comuns que são abordados pelos profissionais, com diferentes formações, mas que partilham informações e responsabilidades na prestação de cuidados. O trabalho da equipa é interdependente, é valorizada a identidade da equipa, a interacção e a comunicação entre os vários elementos são vitais para a realização da tarefa, enquanto que a liderança, a responsabilidade e a responsabilização são partilhadas.

Finalmente, as equipas transdisciplinares correspondem a um estágio avançado de desenvolvimento e funcionamento da equipa (Hall e Weaver, 2001) permitindo que os profissionais de aprendam uns com os outros a expandirem as suas habilidades e saberes, reconhecendo os limites das suas capacidades. A equipa passa por várias fases de desenvolvimento que permite aumentar a reflexão, a aprendizagem e a mais profunda compreensão da experiência humana face à perda, sofrimento e morte.

## **2 LUTO EM ENFERMAGEM E CRESCIMENTO PESSOAL**

As profundas transformações nos padrões de morbidade e mortalidade tem sido acompanhados por um desenvolvimento teórico nas ciências de enfermagem, privilegiando concepções holísticas organizadas em torno do processo de cuidar.

É neste contexto que se explicita o processo relacional enfermeiro/doente e o decorrente processo vincular perante a morte do doente e os seus efeitos de sobrecarga mas também de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

### **2.1 Cuidar em enfermagem – processo interactivo**

#### **Teorias de enfermagem**

A enfermagem e a medicina podem incluir elementos idênticos nas perspectivas de orientação ou nos sistemas de conhecimento, mas o seu alvo, a sua ênfase, objectivos e, por conseguinte, o seu corpo de conhecimentos, teorias e investigação são diferentes, bem como muitas actividades desenvolvidas pelas duas categorias profissionais.

À semelhança de outras, a profissão de enfermagem, tem evoluído com base em diversos contextos sociais, culturais, económicos, políticos, filosóficos e tecnológicos (Vieira, 2007). A Enfermagem passou por várias etapas de evolução, não só a nível do desempenho profissional (Benner, 2001) como na procura de aquisição de novos conhecimentos científicos e de formação.

As transformações ocorridas na ciência e na sociedade apresentam novos desafios para os enfermeiros, no processo de construção de saberes. Ao procurarem dar conta da completude da pessoa como foco central da acção do cuidar sentiram como fundamental pensar e teorizar sobre o “cuidar” em enfermagem, dando origem a vários modelos conceptuais.

Fawcet (2000) salienta que os modelos conceptuais constituem uma forma coerente e referencial de reflectir e de pensar sobre eventos e processos, orientando os enfermeiros sobre a forma de observar e interpretar os fenómenos de interesse da profissão de enfermagem. Os modelos permitem, pela sua orientação explícita, que a sociedade

compreenda a maneira de pensar e de agir de enfermagem, conduzindo a orientações filosóficas e pragmáticas explícitas sobre os cuidados de enfermagem. Segundo esta autora, são os modelos conceptuais que clarificam o domínio da profissão, permitindo alcançar consistência na prática de enfermagem.

As teorias de enfermagem têm, afinal, como objectivo descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever medidas referentes ao cuidado de enfermagem (Marriner Tomey e Alligood, 2004).

Segundo as bases filosóficas e científicas, Kérouac et al (1994) agruparam as concepções da profissão de enfermagem em seis escolas principais: a das necessidades (V. Henderson, D. Orem, F. Abdelah), da interacção (H. Peplau, J. Paterson e L. Zderad, I. Orlando, J. Travelbee, I. King), dos efeitos desejados (C. Roy, M. Levine, B. Neuman), da promoção da saúde (Moyra Allen), a escola do ser unitário (M. Rogers, R. Parse, M. Newman) e do “caring” (J. Watson, M. Leininger, S. Roach).

O desenvolvimento destas teorias é relevante para a valorização da relação, entre quem presta e quem recebe cuidados e fundamental para a realização reflectida e pertinente de determinadas intervenções.

Cada teoria aponta uma filosofia para compreender a enfermagem e os cuidados inerentes, apoiando-se em determinados conceitos que apresentam uma relação de inclusão entre si: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem.

Um aspecto comum aos vários modelos de enfermagem é a valorização da relação interpessoal, do respeito pelos valores e cultura do doente e da promoção do auto cuidado.

Em síntese a existência de vários modelos teóricos de enfermagem revela um esforço de teorização sobre a prática, constituindo-se como um sistema de conceitos básicos, relacionados entre si de forma a explicar a interacção enfermeiro/doente.

Neste estudo, inspira-se nos elementos filosóficos e teóricos do conceito de “caring” de Watson (1985) sobre os cuidados da pessoa em fim de vida e as especificidades do papel do enfermeiro no decorrer da fase terminal de uma doença mortal.

Segundo o pensamento do “caring” de Watson a componente humana dos cuidados de enfermagem paliativos integra uma atenção empática por parte do enfermeiro

relativamente à vivência única e aos sentimentos da pessoa moribunda, um “caring” resultante de uma aliança terapêutica transpessoal, a manutenção de uma esperança realista e um apoio prestado ao doente e aos seus familiares no seu caminho pessoal (Foucault e Mongeau, 2012). O cuidado humano transpessoal ocorre numa relação eu-tu, e este contacto é um processo de reconstituição do “ser”.

A teoria do cuidado transpessoal de Watson (1985) que se apoia no processo do cuidado humano para o qual requer intenção, desejo, inter-relacionamento e acções.

Watson (2002) vê a enfermagem como a prática do cuidar na qual o enfermeiro entra num relacionamento de cuidar transpessoal com o cliente, enfatizando as qualidades interpessoais e transpessoais da congruência, empatia e calor humano já perspectivadas por Carl Rogers.

No seu conceito de Pessoa integra a crença de que o ser humano tem o potencial para aquilo em que pode transformar-se e que é livre para fazer escolhas responsáveis. O ambiente, por seu lado, é considerado um sistema aberto com variáveis internas e externas que estão presentes em simultâneo com a natureza.

O cuidar é um processo humano e interpessoal que demonstra a reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa: o enfermeiro participa com a pessoa. O cuidado começa quando o enfermeiro entra no espaço/vida da outra pessoa e consegue detectar a sua condição, ocorrendo assim, um fluxo de intersubjectividade entre o enfermeiro e a pessoa. O processo transpessoal afirma a subjectividade das pessoas, proporciona mudanças positivas para o bem-estar de outrem e possibilita o crescimento do enfermeiro (Watson, 1985).

Watson começa por o modelo de enfermagem sobre “Human Care”, afirmando que este é o ideal moral da enfermagem, enumerando os sete pressupostos:

1. O cuidar pode ser efectivamente demonstrado e praticado através de uma relação interpessoal;
2. O cuidar é resultado de um conjunto de factores que promovem a satisfação de determinadas necessidades humanas;
3. O cuidar efectivo promove a saúde e o crescimento individual e familiar;
4. As acções de cuidar aceitam a pessoa tal e qual como ela é, mas também como poderá vir a ser;

5. O ambiente de cuidar permite que a pessoa desenvolva o seu potencial de forma a optar e decidir beneficemente num dado momento ou situação da sua vida;
6. A ciência do cuidar é complementar à ciência da cura;
7. A prática do cuidar é essencial e indispensável para a profissão de enfermagem.

Watson (2002) ao afirmar que “O papel humano do cuidado na enfermagem está ameaçado pela crescente tecnologia médica e pelas restrições da administração burocrática institucional numa sociedade na época nuclear. Ao mesmo tempo houve uma proliferação de técnicas radicais de tratamento e de cura, muitas vezes desconsiderando os custos” considera o cuidado como o atributo mais valioso que o enfermeiro tem para oferecer à pessoa, apesar de ter recebido ao longo do tempo, menos ênfase do que outros aspectos da prática de enfermagem. Enfatiza o cuidar com a finalidade de proteger, engrandecer e preservar a dignidade humana.

As intervenções de enfermagem podem passar por acompanhar a pessoa tanto nas suas experiências de saúde como de doença. Os cuidados de enfermagem concretizam-se, através de intervenções que, simultaneamente estão impregnadas, indissociavelmente, de aspectos quer da área instrumental quer da expressiva. Cada intervenção está impregnada em simultâneo de tecnologias e numa relação com o outro. Cuidar é um processo intersubjectivo que só pode ser demonstrado nas interacções e transacções enfermeiro/pessoa. Este processo humano implica que o enfermeiro responda com autenticidade e criatividade às solicitações do doente. Cuidar é um fenómeno complexo que exige respeito, disponibilidade, saber ouvir, olhar e tocar, competência, empatia, amor e criatividade (Watson, 2002).

A teoria de Watson reporta-se a dez factores de cura inerentes à prática dos cuidados de enfermagem (Marriner-Tomey, 2004):

1. Formação de um sistema de valores humanísticos e altruísta;
2. Estímulo da fé e da esperança;
3. Cultivo da sensibilidade para consigo próprio e para com os outros;
4. Desenvolvimento de relação de confiança e de ajuda;
5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos;
6. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas na tomada de decisões;

7. Promoção de ensino e aprendizagem baseado nas relações interpessoais;
8. Providenciar de um ambiente de suporte, de protecção, de correcção da saúde mental, física, sociocultural e espiritual;
9. Assistência com gratidão às necessidades humanas;
10. Abertura a forças existenciais e fenomenológicas.

A enfermagem é essencialmente uma arte que se fundamenta numa relação de pessoa a pessoa e como uma profissão de ajuda, tem como compromisso cuidar, conhecer e respeitar a pessoa na sua individualidade e singularidade.

Pensar no cuidado é pensar no nosso fazer, na nossa existência e responsabilidade como profissional de saúde inserido na sociedade. O acto de cuidar ou acompanhar a pessoa doente constitui a essência da praxis profissional da enfermagem (Watson, 1985). É através dele que o enfermeiro compreende a experiência do sofrimento da pessoa em fim de vida e da família na dimensão biopsicossocial e espiritual.

Watson (2002) refere que a enfermagem, como ciência humana e do cuidar, está sempre ameaçada e frágil, porque o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro. O cuidar não é, por conseguinte, apenas uma emoção, atitude ou simples desejo. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências. O cuidar, cuidar de si, cuidar do outro, cuidar da vida, cuidar da finitude, está na origem da existência, é inerente ao ser humano e é uma atitude de compromisso humanitário.

A mente e as emoções da pessoa são janelas da sua alma. O cuidar pode ser físico, processual, objectivo e factual, mas ao nível mais elevado, as respostas humanas da enfermagem no cuidar, as transacções humanas no cuidar, e a presença do enfermeiro na relação, transcende o mundo físico e material, confinam no tempo e no espaço, e estabelecem contacto com o mundo emocional e subjectivo da pessoa como o caminho para o eu interior e para um sentimento mais elevado do eu.

O cuidar não é algo de imperativo na enfermagem e pode-se definir como um processo interactivo que ocorre entre o enfermeiro e o doente, existindo partilha entre quem cuida e quem necessita cuidado. Faz parte da enfermagem como identidade profissional e inerentemente terapêutica, constituindo um conjunto de acções intencionais ou não, que

visam melhorar aspectos físicos e emocionais, promovendo sentimentos de segurança e de tranquilidade (Wolf, et al, 1998).

Este “cuidar” implica uma interacção entre o enfermeiro e o doente, isto é, envolve atender, física, mental e emocionalmente o outro e assumir o compromisso de dar suporte, promover o crescimento e reparação do outro, que só terminará com a morte do doente (Seymour, 2004).

Cuidar é um tipo de relação interpessoal directa e enfática, isto é, cuidar de alguém é, ajudá-lo a ser, mas a ser na sua singularidade e na sua especificidade e com o objectivo de ajudar a pessoa doente a reconstruir a sua autonomia, a sua identidade pessoal.

Cuidar é mais que um saber técnico ou científico, envolvendo uma relação interpessoal, em que os enfermeiros assumem um relacionamento mais igualitário e menos assimétrico, onde a afectividade se sobrepõe ao tecnicismo e à instrumentalidade, impondo-lhe como um imperativo moral para a sua conduta laboral (Vieira, 1995).

A enfermagem é essencialmente uma arte que se fundamenta numa relação de pessoa a pessoa. O cuidar pode ser demonstrado e praticado eficazmente apenas de forma interpessoal. A teoria do “caring” promove uma abordagem dos cuidados baseada na experiência e orientada para a actualização do potencial de cada pessoa no “continuum” que liga a vida, a doença e a morte. Requer uma maturidade pessoal do enfermeiro que incitará à promoção da dignidade da pessoa (Watson, 1985).

A possibilidade de cuidar remete o profissional para uma relação mais próxima possível, com o doente de quem cuida, de modo que ele possa ser compreendido na sua dimensão humana (Pessini, 2006), “ importa que os enfermeiros demonstrem um comportamento que vise, promova ou respeite a realização de si próprio, na relação constitutiva com e para os outros no quadro de instituições justas, permitindo que a morte do doente que lhe foi confiada decorra com respeito pela dignidade humana que lhe é inerente” (Vieira, 2000).

Os enfermeiros não são apenas profissionais que aplicam os conhecimentos e técnicas nos casos clínicos, nem observadores neutros no cuidar em fim de vida. O cuidar implica uma interacção entre o prestador de cuidados e o doente. Neste cuidar são

participantes activos, que afectam e são afectados por uma experiência partilhada e relacionamentos significativos (Papadatou, 2009).

### **A relação enfermeiro-doente**

A existência de vários modelos teóricos de enfermagem revela um esforço e preocupação na teorização sobre a prática, constituindo-se como um sistema de conceitos básicos, relacionados entre si de forma a explicar a interacção enfermeiro/doente. De acordo com qualquer quadro conceptual de enfermagem a interacção enfermeiro/doente é intencional e centrada no doente, com a finalidade de contribuir para o seu bem-estar.

A natureza dos cuidados de enfermagem tem sido abordada por diferentes autores, onde a interacção enfermeiro/doente é central na relação de ajuda que se pretende (Colliére, 1989; Fitzpatrick et al, 1992; Ramos, 1992; Tanner et al, 1993; Watson, 2002; Weissman & Appleton, 1995).

O que pode tornar a enfermagem uma actividade profissional é o tipo de interacção, isto é, uma interacção deliberada, centrada no cliente, com a intenção de o ajudar a tornar-se independente nas suas actividades ou decisões sobre essas actividades e aumentar o seu conforto (Chalifour, 2008; Lazure, 1994; Lima Basto, 1998).

Com base neste pressuposto, a relação enfermeiro /doente é uma das muitas relações que afectam a forma como se desenvolve a trajectória da vida e da morte de qualquer utente.

Esta relação envolve características humanistas da assistência ao doente que não pode ser substituída por tecnologia: ouvir, prestar atenção, partilhar, envolvimento, compaixão, sinceridade, respeito são elementos essenciais que aumentam o conforto, a identidade e a integridade do doente.

Para Chalifour (2008) a relação vai para além dos conhecimentos técnicos, requer da parte do enfermeiro um auto conhecimento das suas referências pessoais (valores, experiências passadas) e teóricas, sobre as quais apoia as suas observações, o sentido que lhes atribui e as intervenções que decide tomar.

Morse (1991) salientou que a relação entre o enfermeiro e o doente é o resultado da interação ou “negociações secretas” até ser alcançado um relacionamento mutuamente satisfatório. Esta autora identificou quatro tipos de relação (clínica, terapêutica, dependente e de envolvimento) consoante: a duração do contacto entre o enfermeiro e o doente, as necessidades do doente, a percepção da gravidade da situação e do sentimento de vulnerabilidade e dependência, o compromisso do enfermeiro e a vontade do doente confiar no enfermeiro.

Hartrick (1997) descreveu, por outro lado, cinco importantes capacidades relacionais: iniciativa, autenticidade e responsabilidade, reciprocidade e sincronia, honrando a complexidade e ambiguidade das situações. As capacidades relacionais englobam os valores do Cuidar da Enfermagem.

Cuidar envolve relacionamento interpessoal que tem origem na relação de ajuda e de confiança, na empatia mútua e desenvolve-se com base em valores humanísticos e em conhecimento técnico-científico.

O processo de interação é centrado no doente, que é aceite na sua singularidade e assenta numa filosofia holística que tem em conta as dimensões da pessoa e o papel do enfermeiro é ajudá-lo a satisfazer as suas necessidades fundamentais (Lazure, 1994), acreditando que o doente possui os recursos que lhe são necessários para lidar com determinada situação, e não a substituí-lo na resolução dos problemas (Rogers 1977).

Ao criar um ambiente positivo (Queirós, 1999) de forma ajudar o doente a encarar o problema actual de uma forma mais adaptada, que permita o seu crescimento pessoal (Oliveira et al, 1995). Assim, o estabelecimento de uma relação empática centrada no doente, permitirá que o doente verbalize mais facilmente as suas crenças mais negativas e expresse as suas emoções.

Watson (2002) salienta que o cuidar em enfermagem é um processo intersubjectivo e de conhecimento epistémico, que se inicia quando o enfermeiro entra no campo fenomenológico do doente de forma a detectar, sentir e responder às necessidades do doente e ajudá-la a atingir um nível elevado de harmonia entre a sua alma, o seu corpo e o seu espírito.

Kérouac et al, 1994 afirmam que a pessoa é capaz de reconhecer as suas necessidades e, considera a doena como uma experiência humana que permite o crescimento, possui um significado, o qual deve ser tido em conta no processo de cuidados.

A relao de ajuda nasceu do lado da psicologia e rapidamente foi alargada para outros domínios, como a educao, a medicina, a enfermagem. No campo dos cuidados de enfermagem, esta transposio foi muito relevante tornando a relao de ajuda um meio poderoso de interveno (Phaneuf, 1995), assente numa filosofia holística que tem em conta as dimensões da pessoa. Segundo esta autora, baseia-se numa troca, tanto verbal como não verbal que permite criar o clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se aut noma e evoluir para um melhor bem-estar fisco ou psicológico, desta forma favorece o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e maior capacidade de enfrentar a vida.

  uma relao normal, que por vezes poderá ter um impacto extraordinário, com profundos efeitos positivos ou negativos, sobre aqueles que buscam cuidados e aqueles que os prestam, uma vez que no centro do problema está o sofrimento, a morte próxima ou distante, mas em qualquer caso inevitável.

O cuidado envolve uma dimensão ontológica e epistemológica, por isso, é existencial, relacional, contextual, científico e integra simultaneamente emoo, intuio, criatividade, conhecimento e técnica.

### **Relao enfermeiro-doente terminal**

Actualmente a morte ocorre, fundamentalmente não em casa, mas no hospital/instituio de saúde e o período terminal da vida humana pode ser extremamente curto ou prolongar-se por muito tempo, competindo aos enfermeiros dentro da equipa de saúde a prestao de cuidados aos doentes em fim de vida, o alívio de sintomas angustiantes e o apoiar os familiares em processo de luto. O morrer e o processo de luto são trajectórias sociais que adquirem significados pessoais no contexto de uma teia de relaoes humanas e profissionais.

Por isso, investigar os aspectos que permeiam o processo de cuidar na saúde e, em particular no cuidar em fim de vida, envolve muito mais que habilidade técnica e

conhecimento científico, visto que o “cuidar” representa uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento com o outro.

Wenzl (2001), num estudo com doentes em cuidados paliativos, referiu que os enfermeiros para interferirem neste âmbito precisam de desenvolver competências como o escutar activamente, demonstrar confiança e honestidade, realizar o toque pessoal e ajudar o doente a resolver questões passadas.

No contexto do cuidar do doente em situação terminal que aspectos específicos se evocam? Em que difere esta relação doutros contextos de saúde?

Sendo uma relação normal que aborda “experiências limite”, que envolvem questões da vida e da morte relacionadas com a saúde da existência humana, existem, pelo menos quatro aspectos que tornam esta relação enfermeiro/ doente distinta de outra relação de cuidados (Papadatou, 2009): exposição à morte; inevitabilidade do sofrimento versus potencial de crescimento pessoal; experiência distorcida face ao sentido do tempo; envolvimento na relação dos cuidados.

Este facto gera relações estreitas entre os profissionais de saúde, os doentes e suas famílias, que esperam encontrar na equipa de saúde apoio e compreensão para enfrentar as suas angústias e sentimentos presentes e futuros relacionados com o final de vida.

Mok e Pui Chi Chiu (2004) constataram num estudo exploratório sobre os aspectos da relação enfermeiro/doente no contexto dos cuidados paliativos, que os enfermeiros que desenvolveram relações de confiança com os doentes e que demonstraram uma abordagem holística para o cuidar, estavam mais conscientes das necessidades não expressas dos doentes e famílias, proporcionaram um conforto antecipado e os doentes encararam o enfermeiro como alguém digno de confiança.

Muitos deles referem a sua impotência e frustração perante a imprevisibilidade da trajectória da morte, exigindo-lhes um olhar sobre a sua própria fragilidade e sentimentos, recordando a sua própria terminalidade, conduzindo a uma identificação com os doentes (A. Vieira et al, 2006; Vachon, 1982;).

O acompanhamento é, pois uma relação interpessoal, mas de carácter assimétrico, porque não pode haver simetria entre duas pessoas, precisamente porque são distintas, no entanto isso não significa que um tenha mais direitos que o outro, ou que um, mereça

um tratamento diferente em relação ao outro. O que faz esta relação interpessoal assimétrica não são as variáveis idade, género ou nível social, mas a experiência com a vulnerabilidade actual, isto é, o que separa o cuidador e o ser cuidado é a potência e a intensidade da vulnerabilidade (Roselló, 2009). Existe também uma assimetria em relação à informação na medida em que o profissional de saúde sabe de aspectos da doença que o doente desconhece.

Neste sentido, o profissional de saúde deve reduzir esta assimetria na vulnerabilidade e da informação de forma a reconstruir a autonomia do doente para que possa conhecer e decidir, na medida do possível, sobre o seu próprio futuro.

Cuidar de um ser humano em sofrimento ou em processo de morte não é um exercício automático nem pode ser, uma sucessão premeditada de actos, mas, fundamentalmente, trata-se de uma arte que abarca um profundo conhecimento antropológico, ético e estético (Roselló, 2009). Suscita um comportamento de ajuda, de compaixão e de solidariedade no sentido de promover bem-estar (Waldow, 2001), mas também de presença.

Presença é um processo interpessoal que se caracteriza por uma sensibilidade, holismo, intimidade, vulnerabilidade e adaptação às circunstâncias únicas. Envolve maturidade pessoal e profissional, baseando a sua prática em princípios morais de compromisso e respeito pelas diferenças individuais. Osterman e Barcott (1979) salientam que a presença do enfermeiro engloba não só presença física, mas também a presença psicológica e espiritual na qualidade de estar lá e com o outro. Estes autores identificaram quatro formas diferentes de presença:

- A presença que se limita ao estar no contexto do outro, sem que a presença do enfermeiro esteja centrada na interacção com o doente;
- A presença parcial que coloca o enfermeiro fisicamente no contexto do doente, mas o foco da sua atenção centra-se na tarefa;
- A presença plena em que o enfermeiro está física e psicologicamente presente no contexto do doente, centrado nele e a sua atitude manifesta-se através do contacto visual e escuta activa;
- A presença transcendente abrange o campo transpessoal, tendo como resultado a mudança positiva no estado emotivo como a diminuição da ansiedade.

Em síntese, “ na relação há sempre um dar e receber, uma reciprocidade de afectação que se anuncia continuamente como uma experiência humana significativa para ambas as pessoas envolvidas”, (Vieira, 2007, p.88)

## **2.2 O processo de luto em enfermagem**

Uma das situações mais stressantes da prática do profissional de saúde, atendendo a que esta é uma actividade eminentemente relacional, passa pelo lidar com a perda de doentes. Nesta perspectiva a reacção à perda no contexto da prestação de cuidados de saúde é determinada pelo estilo de vinculação do próprio profissional de saúde mas também do estilo relacional que estabelece com o doente e familiar.

Tornou-se assim pertinente deter-mo-nos sobre as modalidades mais importantes dos estilos de vinculação para abordar depois as características gerais do processo de luto e a sua especificidade na prática de enfermagem.

### **Vinculação**

A relação que o enfermeiro estabelece com o doente gera vínculos afectivos, e a morte implica uma ruptura desse vínculo, determinando um processo que pode ser doloroso.

A teoria da vinculação nasceu do trabalho de John Bowlby e de Mary Ainsworth. As origens da teoria datam dos anos trinta e “remontam ao interesse crescente de Bowlby no estabelecimento de uma ligação entre a privação ou a perda da mãe e o posterior desenvolvimento do indivíduo, e à atenção prestada por Ainsworth ao conceito de segurança (Canavarro, 1999).

Para Bowlby (1969) a evolução resolveu o problema da necessidade de protecção e suporte, mais especificamente na espécie humana, provendo-nos com um sistema de comportamentos de vinculação que aumentariam a possibilidade de estabelecer relações próximas. Uma relação de vinculação serviria como uma base para explorar o ambiente, como algo que protegesse das angústias, proporcionando tranquilidade.

O autor define comportamento de vinculação como qualquer forma de comportamento que tem como resultado predizível manter ou estabelecer a proximidade da criança com

essa figura e refere que: “o vínculo da criança à sua mãe é um produto da actividade de um certo número de sistemas comportamentais que estão próximos da mãe como um resultado previsível” (Bowlby, 1969).

Mais tarde, Bowlby (1973) refere que “ 1) se uma pessoa tem confiança na disponibilidade da figura de vinculação, será menos provável que apresente medo e ansiedade crónica; 2) essa confiança básica desenvolve-se durante a infância e as expectativas desenvolvidas persistirão ao longo da vida; por último, 3) as expectativas criadas sobre a disponibilidade da figura de vinculação far-se-ia sentir nas relações estabelecidas posteriormente”.

Curiosamente, ainda que não seja surpresa, Ainsworth e outros passaram a demonstrar que o tipo de vinculação observado nos bebés estava intimamente relacionado com a responsividade das mães, durante o primeiro ano de vida (Bowlby, 1988).

A criança organiza e acumula informação (sob a forma de “working models”), como resultado da primeira experiência de vinculação, sobre si próprio, os outros significativos e o meio social mais vasto. É através destes “working models” que se faz uma regulação dos comportamentos de vinculação (Bowlby, 1980).

A teoria da vinculação pode ser considerada como uma teoria global do desenvolvimento socio-emocional (Canavarro, 1999). Ao defender que os seres humanos nascem munidos de um sistema de vinculação que lhes permite procurar a proximidade de uma figura que lhes forneça protecção e uma base de segurança a partir da qual possam explorar o meio (Ainsworth, 1982) ”.

O comportamento de vinculação tem bases biológicas que só podem ser compreendidas dentro de um contexto evolutivo. Um bebé, ao manter ou estabelecer a proximidade com uma figura adulta que é mais capaz de se confrontar com situações de perigo, protege-se e sobrevive. Para Canavarro (1999), o sistema de vinculação seria uma tendência, com raízes biológicas, para procurar a proximidade da figura de vinculação, e teria uma função, em termos filogenéticos, de protecção da espécie (Ainsworth, et al., 1978; Bowlby, 1980; Main, Kaplan e Cassidy, 1985) ”.

A teoria da vinculação assume como premissa que os seres humanos nascem com padrões inatos de comportamento que promovem e mantêm o relacionamento e “se manifestam numa sequência ordenada na interacção com o ambiente” (Gomez, 2005).

Segundo Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978), “o que caracteriza a vinculação é o comportamento que promove a proximidade ou contacto com uma ou mais figura (s) específica (s) a que o indivíduo está vinculado”.

Vinculação não é o mesmo do que comportamentos de vinculação, sendo que, segundo West e Sheldon-Keller (1994), a primeira é uma construção organizacional, isto é, um sistema, enquanto que a segunda se refere a todos os comportamentos utilizados com o objectivo de manter o sistema de vinculação.

Para Bretherton e Waters (1985) o conteúdo de uma relação de vinculação está centrado na regulação da segurança, isto é, existe uma figura que precisa de protecção e que a procura, e existe outra figura, concebida como sendo mais forte e mais capaz para se confrontar com o mundo, que proporciona segurança, conforto ou ajuda. Desta forma é uma relação assimétrica e complementar.

O comportamento de vinculação tende a ser enfraquecido ou reforçado por factores situacionais, por outro lado, a vinculação é uma ligação que, uma vez estabelecida, tende a persistir, “no sentido em que lança pontes sobre o tempo e o espaço” (Ainsworth, 1969). Bowlby (1980) sugere também as implicações que as primeiras vinculações terão no futuro do indivíduo, em particular, na saúde mental do mesmo.

A maior parte das investigações sobre a vinculação centram-se nos processos de vinculação durante a infância, referindo-se, maioritariamente, à relação entre a criança e a pessoa que cuida dela. Para avaliar o tipo de relação de vinculação estabelecido, a “Situação Estranha” (Strange Situation) é uma das formas mais divulgadas, tendo sido desenvolvido por Ainsworth et al. (1978) e que sumariamente, consiste numa sequência de episódios activadores do sistema de vinculação, com o intuito de observar o comportamento da criança face à figura de vinculação sob condições de stress e ansiedade de separação.

Numa fase inicial, a codificação da “Situação Estranha” levou à classificação do comportamento de vinculação em três tipos de padrões distintos: Padrão A – Inseguro-

Evitante; Padrão B – Seguro; Padrão C – Inseguro – Ansioso. Estes, como refere Cichetti et al. (1995), são “estratégias organizadas pela criança no sentido de gerir a ansiedade causada pela separação e pela reunião”.

No padrão A, inseguro-evitante, a criança faz uma exploração independente da mãe; existe baixa partilha de afectos. Após a reunião existe um evitamento activo da mãe. No padrão B, seguro, “a mãe é uma base de segurança para exploração do ambiente” (Canavarro, 1999). Após a reunião há uma procura activa do contacto e interacção. As mães deste grupo eram as que estavam mais sintonizadas com os bebés, interagindo com eles de modo livre e alegre, recebendo os sinais de forma precisa e respondendo prontamente à sua perturbação (Gomez, 2005). Por último, no padrão C, inseguro-ansioso, há um comportamento exploratório pobre: a criança necessita sempre de contacto, mesmo antes da separação, e tem receio de situações e de pessoas diferentes. Após a reunião existe dificuldade em estabelecer contacto.

Mais recentemente foram identificados padrões atípicos de comportamento de vinculação (Main & Solomon, 1990), o padrão D desorganizado, caracterizado por comportamentos contraditórios, movimentos e expressões incompletas ou indirectos, comportamentos estereotipados e movimentos assimétricos. As crianças que estabelecem este tipo de padrão não têm qualquer estratégia coerentemente organizada para lidar com o stress induzido pela separação da mãe (Main & Solomon, 1990).

“O ponto de chave da tese de Bowlby é que há uma relação significativa entre as experiências de vinculação durante a infância e a adolescência, e a capacidade em estabelecer ligações afectivas mais tarde” (Soares, 1996). Para Bowlby (1988) é importante a integração, na personalidade, de um sentimento de confiança e de segurança de si e no outro, tendo este sentimento origem nas relações de vinculação.

Segundo West e Sheldon-Keller (1994) existem três condições para se definir vinculação do adulto: “ 1) ser teoricamente congruente com a definição de vinculação durante a infância; 2) apontar as diferenças entre a vinculação das crianças e a vinculação dos adultos; e 3) distinguir as relações de vinculação de outro tipo de relações interpessoais”.

Para Bowlby (1969), a vinculação durante a infância é diferente da estabelecida na idade adulta: na primeira, desenvolve-se em resposta directa à relação com a mãe; na

segunda, os padrões de vinculação derivam dos “working models” construídos com base nas experiências de infância.

Weiss (1982) refere algumas semelhanças da vinculação da infância com a vinculação do adulto: a) mantêm-se as propriedades das relações em termos de sentimentos associados à activação dos comportamentos de vinculação – o processo de separação está presente; b) elementos emocionais ligados à vinculação durante a infância são expressos nas relações de vinculação na idade adulta; c) com a diminuição dos progenitores como figuras primárias de vinculação, evidencia-se a formação de relações de vinculação com pares.

O mesmo autor apontou algumas diferenças entre os dois tipos de vinculação, nomeadamente, na idade adulta as relações de vinculação são estabelecidas entre pares e não entre quem recebe cuidados e quem os oferece; não se destacam tanto de outros sistemas comportamentais; e, por último, incluem, muitas vezes, relações de natureza sexual.

Berman, Marcus e Berman (1994), Hinde (1997), Hinde e Stevenson-Hinde (1986) concordam que, durante a idade adulta, as relações de vinculação comportam habitualmente relações de reciprocidade com o par, e as relações de vinculação da criança são de essência complementar. Esta ideia fortalece a constatação de Weiss (1982), de que, nas relações de vinculação na idade adulta, “o parceiro não é percebido como mais forte ou mais capaz de lidar com os problemas” (Canavarro, 1999).

Uma investigação conduzida por West e Sheldon-Keller (1994) sobre a vinculação na idade adulta revela que estas servem propósitos específicos, como a protecção do “perigo” e manutenção da segurança, congruentes com as funções das relações de vinculação durante a infância, e referindo-se ao conceito de “vinculação recíproca do adulto”, estas são “relações diádicas, nas quais a proximidade a uma figura, considerada especial e preferida a outras, é mantida com o objectivo de sensação de segurança”.

Segundo Berman e Sperling (1994), a vinculação do adulto é “uma tendência estável do indivíduo para manter a proximidade e o contacto com uma ou algumas figuras específicas, percebidas como potenciais fontes de segurança física e/ou psicológica”.

Os estudos de Hazan e Shaver (1987) constituem um marco importante no estudo da vinculação, ao concluírem que os estilos de vinculação na idade adulta são influenciadas pelos estilos de vinculação da infância, através dos modelos de funcionamento interno (do self, dos outros e das relações) que asseguram a continuidade da vinculação ao longo de todo o ciclo de vida.

Hazan e Shaver (1987) construíram um instrumento de avaliação da vinculação na idade adulta, com o objectivo de manter a tipologia de vinculação durante a infância até fases avançadas do ciclo da vida. Este instrumento avalia três dimensões, correspondentes às descrições dos tipos de vinculação referidas:

1. Vinculação segura: é fácil aproximar-se dos outros. As pessoas não se preocupam que se aproximem delas e não existe uma preocupação constante em ser abandonado.
2. Vinculação insegura evitante: existem dificuldades em confiar no outro, e em estar próximo dos outros. Mantém uma distância emocional com os outros, querendo estes estar mais próximos do que o indivíduo se sente confortável em estar.
3. Vinculação insegura ansiosa: há uma preocupação, frequente, de que os outros não gostam do indivíduo, e existe um desejo de estar mais próximo dos outros.

### **Processo de luto**

O estilo de vinculação é sempre posto à prova num luto. Como processo essencialmente relacional o luto depende também dos estilos de vinculação dos intervenientes

O luto como uma reacção emocional, psicológica e física à perda, à morte de um ente querido, é universal, mas também individual na sua natureza, intimamente relacionado com a dinâmica do contexto de vida (Parkes, 1998). Todas as definições do processo de luto giram em torno de um sentimento individual de perda ou tristeza. O processo de luto trata de conciliar os sentimentos pessoais de perda. É a maneira como se desenvolve uma paz consigo mesmo e se inicia uma nova vida (Reese, 1996).

Luto é uma palavra derivada do latim “Luctus” e significa morte, perda, dor e mágoa. O luto é uma experiência individual e depende do nível de desenvolvimento de cada um, da sua personalidade e características pessoais, experiências anteriores, da cultura e da adaptabilidade às situações (Parkes, 1998).

O luto representa o estado experiencial após se tomar consciência da perda, sendo um termo global que descreve um vasto leque de emoções, experiências, alterações e condições que aparecem como resultado da perda (Sanders, 1999).

Lidar com a morte e o processo de morrer traduz-se fundamentalmente num trabalho de confronto com perdas. Face a qualquer perda significativa (pessoa/objecto estimado) desencadeia-se normalmente um processo funcional necessário á adaptação da pessoa ao vazio deixado. Designamo-lo por processo de luto e passa habitualmente por várias fases (Parkes, 1998).

A forma como se compreende o processo de luto está relacionado com a forma como se encara a morte, a cultura onde se está inserido, com vivências pessoais de perdas anteriores, no entanto estes dois conceitos evoluíram ao longo do tempo.

A maioria dos modelos e teorias sobre o luto derivam de observações clínicas ou de estudos com amostras de pessoas que perderam uma pessoa significativa nas suas vidas. Estes modelos e teorias propõem um conjunto de pressupostos que nos permitem compreender as experiências das pessoas enlutadas e apoiá-las de forma adequada.

Com base na sua observação clínica, Freud (1917/1957) foi o primeiro a formular alguns pressupostos básicos no que diz respeito ao processo de luto em seres humanos. A sua principal contribuição foi considerar o luto como um processo psicológico, de resposta à perda, ao mesmo tempo consciente e inconsciente, que ajudava o ajustamento à ausência de um ente querido, ao permitir retirar gradualmente o investimento psicológico no falecido, tornando assim possível que tal investimento fosse transferido para novos relacionamentos.

Com base nestes pressupostos, Lindemann (1944) após entrevistar 101 pessoas enlutadas no contexto de um incêndio numa discoteca, distinguiu e descreveu pela primeira vez de uma forma sistematizada as mais importantes reacções a uma perda com sintomas de dor “normal” e “anormal” e de luto patológico.

Noutra perspectiva, Bowlby (1980) a partir dos seus estudos sobre a separação no contexto da observação de órfãos ingleses institucionalizados na altura da guerra contribuiu para uma análise mais aprofundada do processo de luto, ao descrever várias etapas que os enlutados enfrentam quando o seu apego/vínculo foi cortado pela morte

de um ente querido. Defende que a tendência dos seres humanos em estabelecer fortes laços emocionais com outras pessoas provém da necessidade que a pessoa tem de protecção e segurança e só a partir da compreensão do apego é que se poderá entender as fortes reacções emocionais que se desencadeiam, quando esses laços são ameaçados ou se perdem.

Parkes (1971, 1988) por sua vez explica o processo de luto pela teoria dos constructos pessoais, sugerindo que a experiência do luto dá lugar a grandes alterações no espaço vital do indivíduo. O ser humano estabelece vínculos afectivos com os elementos do seu espaço vital vivenciando-os como próprios. No processo de luto, o indivíduo reconstrói um novo esquema de constructos sobre as novas circunstâncias vitais.

Vários outros modelos foram propostos tendo em conta as respostas das pessoas em situação de perda (Kubler-Ross, 1969; Sanders, 1999).

Segundo Worden (1997) o luto representa um desvio do estado de saúde, bem-estar, e do mesmo modo que é necessário curar-se da esfera fisiológica para devolver ao corpo o seu equilíbrio homeostático, é também necessário um período de tempo para que a pessoa regresse ao seu estado de equilíbrio. Worden (2008) descreveu o processo de luto em termos de tarefas a serem realizadas pelos enlutados, e que envolve: (1) aceitar a realidade da perda, (2) tratar a dor do luto, (3) ajustar-se a um mundo sem o falecido e (4) encontrar um meio de investir numa nova vida.

Neimeyer (2001) valoriza o modelo de Rando (1993) pelo carácter activo das tarefas que a pessoa enlutada necessita realizar para superar a perda, isto é, a consciência da perda e o processo de luto normal. Este modelo descreve seis processos que permitam às pessoas enlutadas, sem esquecerem os seus entes queridos, adaptarem-se a um mundo novo e investir em novos relacionamentos e metas: reconhecer a perda e o seu significado; expressar sentimentos sobre a perda; rever e lembrar os aspectos positivos e negativos do relacionamento com o falecido e reviver os seus sentimentos; verbalizar a perda ou as modificações do mundo “antigo” e verbalizar as reacções específicas (choque e entorpecimento, raiva, ansiedade, incredulidade); adaptar-se ao novo estágio a uma nova vida; planear o futuro (sem incluir o falecido), adoptar novos papéis; reinvestir e redireccionar a energia emocional para outras áreas

Barbosa (2010) aponta que as várias etapas/fase de um processo de luto podem ser agrupadas em três grandes períodos: (1) um período inicial de choque e incredulidade; (2) um período de desorientação e desespero; (3) um período de reorganização e adaptação a uma vida em que o falecido está ausente.

As fases ou etapas podem variar de indivíduo para indivíduo, mas a meta é uma resolução saudável da perda para que a pessoa possa continuar a sua vida num processo de crescimento pessoal.

Muitos autores tentaram descrever as manifestações de tristeza e pesar, bem como os estádios pelos quais uma pessoa passa face à perda de um ente querido de que apontaremos a título de exemplo os seguintes autores pioneiros no estudo sobre o luto (Quadro 4).

**Quadro 4 - Manifestações psicológicas do luto segundo os vários autores**

<b>Rando, 1984</b>	<b>Lindemann 1944</b>	<b>Bowlby 1961-1980</b>	<b>Parkes e Weiss 1983</b>
Fase de evitamento choque	Choque ou descrença	Entorpecimento emocional	Reconhecimento Explicação intelectual para a perda
Fase de confronto	Dor aguda	Desejo e procura Desorganização Desespero	Aceitação emocional da perda
Fase de restauração de uma nova identidade	Resolução do luto	Processo de reorganização	Aquisição

### **O Processo de Luto em Enfermagem**

O conceito do processo de luto tem sido estudado amplamente em famílias perante a perda de um ente querido ou perante o sofrimento de um doente ao longo de um diagnóstico de doença terminal, mas os processos de luto também se verificam nos profissionais de saúde?

Em face das teorias e modelos anteriormente expostos, como se poderá compreender melhor a dor dos profissionais de saúde face à perda? Será que estas teorias reflectem o processo de luto profissional?

O processo de morrer e a morte são experiências vividas e gravadas por todos os nossos sentidos – a visão, os sons, os cheiros, bem como o contacto físico do doente a morrer e o cuidar do corpo após a morte – que vão accionar um conjunto de sensações,

percepções, sentimentos, pensamentos e respostas que, na maioria das vezes, deixam marcas profundas nos profissionais de saúde. Meses ou anos depois, o profissional de saúde pode esquecer o nome da pessoa e os pormenores da sua história clínica, mas recorda um olhar, um gesto, um silêncio partilhado ou um cuidado partilhado muitas vezes não só da pessoa a morrer, mas da relação estabelecida com ela durante todo o período terminal.

Os profissionais de saúde que cuidam de doentes em fase terminal estão expostos a um processo doloroso, que ocorre mesmo antes da morte real e que os afecta de forma mais ou menos intensa. O contacto permanente com os doentes em fim de vida poderá reflectir-se num maior sentimento de perda quando o doente morre e o ambiente hospitalar não permite que o enfermeiro viva a sua experiência de luto de uma forma saudável ou que seja reconhecida. Sofrimento que é sistematicamente inibido pode deixar o enfermeiro afastado de si mesmo e dos outros (Papadatou, 2009).

Quando os profissionais de saúde trabalham em serviços onde ocorrem muitas perdas, ficam submetidos a uma grande tensão, produzida não só, pela iminência da morte mas também, pelas condições de trabalho, provocando-lhes sofrimento e incidindo negativamente no estilo de vida e saúde (Potter e Perry, 2006). Limonero Garcia (1996) salienta como manifestações físicas, psicológicas e comportamentais: a fadiga permanente, os problemas gastrointestinais, cefaleias, dores musculares, insónias, conflitos no trabalho, dificuldade em tomar decisões e ter juízo crítico, cólera, irritabilidade, frustração, insegurança, absentismo, automedicação.

Os enfermeiros são, efectivamente os elementos da equipa interdisciplinar, quem mais permanece em contacto contínuo com o doente e a família e acompanha integralmente as situações de morte e luto. A exposição intensa e contínua pode gerar níveis elevados de angústia nos profissionais de saúde. Muitas vezes há uma relação inseparável entre o sofrimento do doente e o sofrimento do profissional, uma vez que nesta relação próxima e intensa, cada parte é vulnerável à outra. Às vezes, a morte ou a perda de um doente traz à superfície lembranças pessoais, muitas vezes traumáticas, que afectam a escolha e trajectória de vida do profissional (Papadatou, 2009).

Apesar dos avanços tecnológicos e terapêuticos em saúde, habitualmente os profissionais nem sempre estão preparados para cuidarem de doentes em fim de vida,

bem como em lidar com os seus próprios sentimentos e emoções nesse contexto (Balsanelli, AP. et al, 2002, Papadatou, 2000).

Boemer (1986) constatou que os doentes iam percebendo que o seu fim estava próximo através de evasivas e afastamento dos profissionais, no entanto, os enfermeiros foram aqueles que estiveram mais próximos dos doentes e cuidavam das suas necessidades físicas no período que antecedia à morte.

Queirós (1999) concluiu que, após a perda de um doente, médicos e enfermeiros necessitavam eles próprios de apoio para conseguir voltar a prestar cuidados a doentes em final de vida, devido ao processo de luto a que estavam sujeitos continuamente.

As dificuldades experimentadas pelos enfermeiros quando cuidam de doentes em fim de vida estão relacionadas com o impacto do sofrimento e degradação dos doentes à medida que a doença evolui até à morte (Barbosa, 2003; Papadatou, 2009).

Spencer, (1994) realizou um estudo com triangulação (qualitativo e quantitativo) sobre a forma como os enfermeiros elaboravam o luto profissional numa unidade de cuidados intensivos. Através de uma entrevista semi-estruturada explorou os seus sentimentos relativos ao luto após a morte de um doente. Concluiu que todos os enfermeiros sentiram que necessitavam de formação sobre como lidar com o seu próprio luto, para além da existência de grupos de apoio.

Moreira e Márcia Lisboa (2006) num estudo sobre as consequências da institucionalização da morte nos enfermeiros verificaram as dificuldades sentidas deste grupo profissional em lidar com a morte devido a algumas limitações profissionais e pessoais e da falta de espaço e tempo, na estrutura organizacional, para discutir e elaborar os sentimentos que emergiam dessas vivências.

Irwin (2000), num estudo com enfermeiros a trabalhar em lares de terceira idade, verificaram que as múltiplas perdas a que estavam sujeitos constituíam um factor de maior desgaste emocional, sobretudo nas mortes dos doentes com quem tinham maior proximidade relacional.

Brunelli, (2005) analisaram o processo de luto dos enfermeiros e concluíram que é necessário que os enfermeiros reconheçam o seu próprio luto, para manter uma boa saúde não só física mas mental e espiritual.

Embora estes estudos demonstrem o quanto o contacto com a morte afecta os enfermeiros, a forma como a dor é expressa varia em intensidade e formas de expressão. É comum encontrar um profundo sentimento de tristeza ou sinais temporários de depressão ou uma sensação de desamparo ou desespero quanto à dúvida e ao valor das intervenções.

O processo de luto tem a característica de ser uma perda que provoca dor mentalmente. A perda é então processada para a aceitação ou a resolução desta perda através de etapas, como a negação, raiva, desorganização, reorganização e depressão. A resolução dos lutos profissionais permite que o enfermeiro possa estar totalmente aberto para novos doentes (Furman, 2002).

Papadatou (2009) sugere um modelo de luto profissional baseado em sete pressupostos:

*1 - Os profissionais que vivenciam a morte de um doente, como uma perda pessoal são susceptíveis de sofrimento*

Nem toda a morte é vivida como uma perda. A morte não espera um significado universal, nem a perda de vidas afectam a todos da mesma maneira. A reacção face à morte depende, em grande parte da forma como nos relacionamos com os outros, da forma como nos esforçamos para atingir os objectivos profissionais e o significado que atribuímos à morte relacionada com a nossa experiência, dada a nossa história pessoal e a consciência da nossa mortalidade e a filosofia dos cuidados.

Não desenvolvemos um apego/vínculo com uma pessoa qualquer e, portanto não sofremos com a morte de todas as pessoas que cuidamos. No entanto, o processo de morrer e a morte de alguns doentes com quem se estabeleceu um vínculo especial podem-nos afectar profundamente.

Mesmo quando o processo de morrer e a morte de um doente é sentida como uma perda para os vários profissionais, que pertencem à mesma equipa, essa perda é única e tem significados diferentes para cada profissional.

*2 - A angústia envolve uma oscilação entre o experimentado e o evitado na perda e no luto*

A angústia na sequência de uma perda é um processo activo que acaba por ser preenchido com várias escolhas. A angústia não é algo que acontece passivamente, à

espera que o tempo passe para curar a dor. Escolhe-se a forma de perceber e enfrentar os desafios que resultam da perda. Escolhe-se a oportunidade de evitar ou enfrentar a morte e as perdas vivenciadas. Escolhe-se quando e como expressar a nossa tristeza. Escolhem-se os significados que se atribuem às experiências de perda.

O processo de luto resultante das perdas profissionais envolve uma oscilação entre a resposta ao sofrimento/dor mental, e a resposta “repressão” da tristeza, resultante de um enfoque ora na perda ora nos evitamentos (Papadatou, 2009). Cada um tem no entanto, uma forma distinta de oscilação entre estas duas condições.

Num estudo, realizado por Papadatou (2002) com o objectivo de comparar as respostas ao luto de um grupo de médicos e enfermeiros gregos que cuidavam de crianças que morreram com cancro, revelou que apesar de todos os profissionais terem experiência do processo de morrer, o lidar com a morte de uma criança é altamente angustiante, e cada grupo profissional tinha uma maneira diferente de perceber e lidar com esta realidade. Os médicos encaravam a morte de uma criança como um fracasso no alcançar dos seus objectivos profissionais, enquanto os enfermeiros apresentavam angústia com a perda do relacionamento pessoal estabelecido com a criança e sua família.

A angústia não envolve sempre ou apenas sentimentos dolorosos, como é geralmente assumido. Pode estar também associada com experiências e expressão de amor, cuidado e afecto, emoções que são igualmente poderosas. Não é incomum, no final de um acompanhamento de um longo e penoso processo de morrer o profissional de saúde experimentar dor e amor, tristeza e alívio, às vezes exaustão mas muitas vezes a profunda satisfação por ter prestado os melhores cuidados possíveis.

*3 - Através do processo de luto, são atribuídos significados à morte, ao morrer e aos cuidados*

A realidade é sempre interpretada através do significado que atribuímos às nossas experiências. O processo de luto ajuda-nos a reflectir sobre como ocorreu a morte, o porquê da morte de um determinado doente, como os serviços contribuíram para o cuidado ao doente e à sua família e qual o sentido dessa morte.

Cada vez que somos confrontados com a morte e com a perda, tendemos a atribuir *significados situacionais* para a nossa experiência, que são comparados e confrontados

com *significados globais* que temos sobre a vida e a morte, em geral, e sobre o valor e a finalidade do nosso trabalho.

Nem todos os enfermeiros desenvolvem um sistema coerente e consistente sobre o significado da morte e do morrer, no entanto, todos se esforçam para fazer sentido sobre os cuidados prestados, bem como sobre todas as tentativas que visam impedir a morte, prolongar a vida e erradicar o sofrimento físico. A morte adquire um significado devido às acções e intervenções para a prevenir e controlar.

*4 - Os significados pessoais são afectados por significados, que são partilhados por colegas de trabalho, e vice-versa*

Os significados atribuídos à morte, ao morrer e aos cuidados prestados não são apenas representações subjectivas da nossa realidade, mas também o resultado de interacções com os outros, particularmente com os colegas de trabalho, que estão igualmente expostos às mesmas situações.

Como afirma Winchester-Nadeau (1998) “os significados são produtos de interacções com outras pessoas ... e simbolicamente representam elementos diversos da realidade”. Partilhar experiências com os colegas de trabalho contribui para a construção de significados colectivos (Papadatou, 2009). Partilhar experiências contribui para a criação de constructos colectivos associados à morte, ao morrer e aos cuidados em fim de vida. De acordo com Seale (1998) transforma-se num ritual, são poucas as equipas que optam por ficar em silêncio face à morte de um doente e continuar como se nada tivesse passado. No entanto nem sempre há um ethos de celebração nas equipas, o que está, também, muito dependente das culturas locais.

*5 - Podem ocorrer complicações no processo perda/ luto quando não existe oscilação entre o experimentado e o evitado*

Quando há descontinuidade ou ausência de oscilação entre a experiência da dor ou da ausência e o evitamento da perda podem surgir sentimentos de tristeza, de dor e de exaustão, que ao tornarem-se crónicos comprometem o bem-estar do profissional e podem comprometer os cuidados prestados (Papadatou, 2009). Geralmente ocorre mais frequentemente quando o profissional está exposto a várias mortes ou perdas dentro de um curto espaço de tempo, e essas reacções de luto complicado muitas vezes

confundidas, mas também podem coexistir, com depressão, ansiedade, fadiga, condições psicossomáticas que prejudicam a saúde física e mental.

Feldstein e Gemma (1995) aplicaram um inventário sobre o luto a 50 enfermeiros de serviços de oncologia de adultos e verificaram que apresentavam níveis de angústia, isolamento social e somatização muito elevado. Parreira e Sousa (2000) levaram a cabo um estudo comparativo com 3 grupos de enfermeiros a trabalhar em oncologia. Concluíram que o intenso contacto com a doença terminal e com a morte se repercutia em níveis mais altos do *burnout*.

#### *6 - O processo de luto profissional oferece uma oportunidade para o crescimento pessoal*

A sobrecarga, que está muitas vezes associada ao luto, pode ser debilitante, ao provocar um efeito global que interfere com o sistema biopsicossocial da vida (Anderson e Gaugler, 2007), mas o processo de luto pode trazer também potenciais benefícios (ajustamento catártico, crescimento pessoal) contribuindo para o crescimento e desenvolvimento pessoal do profissional de saúde.

Yalom (2008) descreve a forma como a vivência do contacto no acompanhamento da morte, e a experiência da dor dela resultante podem fazer despertar para uma vida mais plena ao tornar o profissional de saúde mais consciente de várias dimensões existenciais. Ambas as realidades podem possibilitar um incremento da nossa capacidade de amar, de relação e interacção com doentes e famílias em acompanhamento. A vida não é percebida superficialmente, mas sim valorizada e vivida com um aumento da consciencialização.

O crescimento pessoal está associado a mudanças nos nossos pontos de vista à forma como aceitamos os outros e encaramos a vida e à capacidade para desenvolver relações no cuidar.

De acordo com Davis e Mckearney (2003), crescimento pessoal “ é um processo de procura de novas metas, novas perspectivas, novas identidades testando-as e redefinindo-as face à experiência de vida”. Este processo não se limita à identificação de metas significativas, mas envolve um momento activo para atingir essas metas, que estão interligadas com todos os aspectos da vida, quer pessoal quer profissional.

Ao desenvolver metas realistas e aceitar que não se pode impedir a morte de alguém que está a morrer, não se pode evitar o sofrimento dos familiares e que nem sempre se corresponde às expectativas dos cuidados desejados, aceitamos a morte, mas também ajudamos os outros a fazerem o mesmo (Parkes, 1972).

Quando se reconhece a dor e esta é integrada e transformada numa consciência de vida plena, tornamo-nos mais capazes de ajudar os outros a ultrapassar o medo da morte e aceitar o seu sofrimento. Durante a última década surgiram alguns estudos (Tedeschi e Calhoun, 1995, Papadatou, 2000) que reconhecem as vantagens pessoais e profissionais resultantes do confronto com a morte.

#### *7 - No processo de luto profissional interagem várias variáveis*

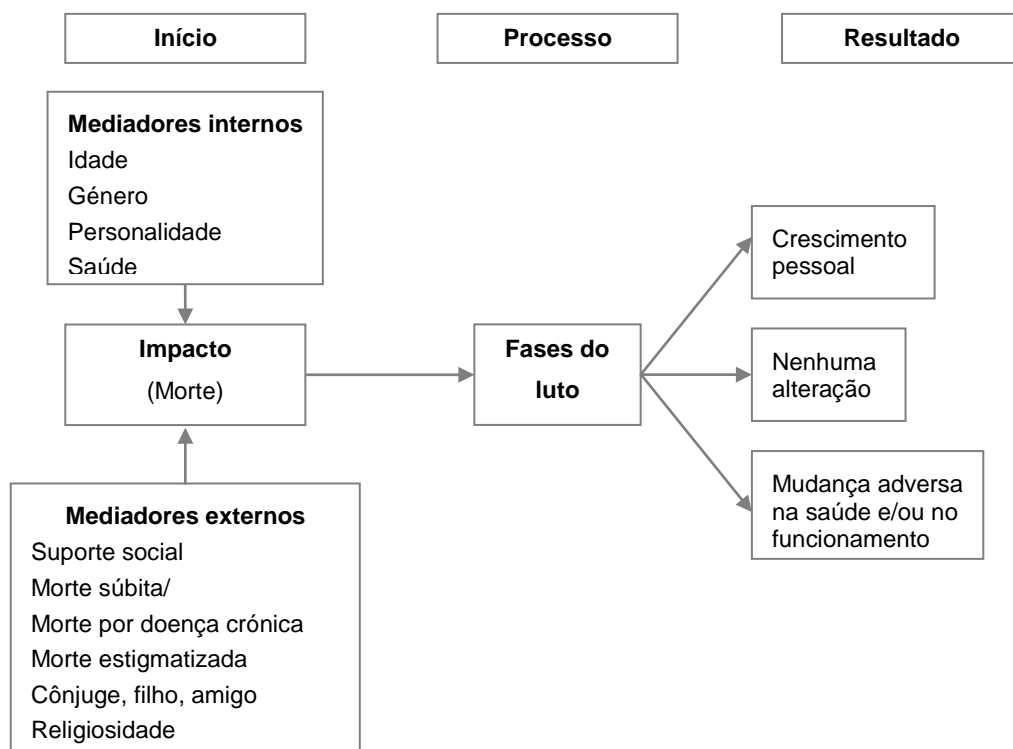
Cada profissional tem uma forma única de experimentar e lidar com a perda e são diversas as variáveis que interferem neste processo. Podemos exercer controlo nas variáveis pessoais, mas podemos tentar compreender como as outras influenciam o nosso estilo de vida.

Papadatou (2001) descreveu e agrupou as variáveis da seguinte forma: pessoais, relacionadas com o trabalho, situacionais, educação, relacionadas com a profissão e sócio-culturais.

A resposta à perda é afectada pela interacção destas variáveis, que podem contribuir para uma desmotivação, tristeza, solidão e alienação, ou podem facilitar a integração da perda e o crescimento pessoal (Papadatou, 2001)

Sanders (1999) propõe uma teoria integrativa, em que as fases do processo de luto perante uma experiência de morte são influenciadas por mediadores externos e internos. A forma como os vários factores (situacionais e pessoais) interagem durante o processo de luto vai, por sua vez, ter um efeito significativo no resultado, influenciando a forma de estar e de viver da pessoa, podendo o processo ter diferentes resultados finais: mudança adversa na saúde ou funcionamento, manutenção do mesmo estado, como se não tivesse passado nada ou crescimento pessoal e seguir com uma vida nova (Figura 1).

**Figura 1 - Modelo Integrativo de Sanders**



Adaptado de Sanders, 1999

### **Sobrecarga de luto profissional em enfermagem**

A prestação de cuidados de saúde de enfermagem é modelada por vários factores pessoais, técnicos, organizacionais, bem como pela natureza e estágio da doença e pelas características pessoais do doente e respectivos familiares. Numa fase inicial da doença, a esperança de cura e de uma sobrevivência prolongada determina certos esforços e satisfações específicos, mas, quando o enfermeiro acompanha situações de fim de vida, outros aspectos específicos dominam a situação.

Nestas últimas condições os enfermeiros frequentemente envolvidos em situações de luto antecipatório são muitas vezes pressionados para procedimentos de futilidade terapêutica com questionamento da adequação e da proporcionalidade de determinados protocolos de tratamento, são também confrontados com desejos de antecipar a morte, com interrogações sobre o significado da vida, com ansiedade perante a morte, mas também com questionamento sobre a sua própria finitude.

As situações podem ser particularmente exigentes se o doente é muito jovem ou do mesmo grupo etário do enfermeiro ou quando este desenvolveu uma identificação que conduza ao receio de vir a ter a mesma doença, ou quando se criou uma relação muito próxima com o doente ou ainda quando muitas mortes ocorreram em pouco tempo (Redinbaugh, et al 2001)

No processo de cuidar, os enfermeiros, ao estabelecerem relações com os doentes e familiares na fase final do contínuo da doença, podem também sentir que não têm/tiveram tempo suficiente para estabelecer a relação que consideravam mais benéfica para ajudar os doentes a lidar com aproximação da morte, ou que não foi possível uma “despedida” (Stebniki, 2000; Wessel, 2005)

Muitas vezes os profissionais confrontam-se também com limitações dos sistemas de saúde e com constrangimentos financeiros impostos aos doentes e famílias, são por outro lado sujeitos a tensões e conflitos de valores interpessoais e profissionais sentidos dentro da própria equipa (French, 2000; Moremen, 2005)

Existem ainda outros factores que podem intervir neste processo como o género do enfermeiro, a sua idade e formação profissional, estado civil e factores de personalidade como a “hardy personality” (Kobasa, 1979) e a capacidade de perceber o seu mundo com significado, controlo e coerência - sense of coherence - (Antonovsky, 1987).

Estas situações e certas condições de trabalho podem gerar uma exagerada sobrecarga e tensão com consequências que podem assumir diferentes modalidades: burnout, fadiga de compaixão ou o que designámos de luto insulado ou sobrecarga de luto.

O burnout, como vimos no capítulo anterior, é referido como um estado de fadiga ou frustração, motivado pela consagração a uma causa (grande envolvimento pessoal, motivação, empenho) ou a um modo de vida, ou a uma relação que não vem corresponder às expectativas (Maslach, 1993). Foi também Maslach em 1996 que o operacionalizou em 3 dimensões fundamentais: a exaustão emocional com esgotamento físico e psicológico, falta de energia, fadiga e sentimentos de frustração e derrota; a despersonalização com estabelecimento de relações frias, distantes, insensíveis e atitudes negativas inapropriadas, indiferentes em relação aos doentes ou utentes; e o sentimento de falta de realização pessoal ou profissional com sentimento de

incompetência, falta de compreensão e de eficácia, falta de capacidade e produtividade de projectos e propósito profissional.

O termo “fadiga de compaixão” foi pela primeira vez descrito por uma enfermeira Joinson (1992), e pode ajudar os profissionais de saúde a categorizar os sentimentos e os estados de esgotamento experienciados, tendo sido associado à designação de stress traumático secundário por Fingley (1995). Refere-se a uma profunda exaustão física, emocional, espiritual acompanhada de dor espiritual, resultado de uma longa exposição ao sofrimento dos outros, à escuta da descrição de acontecimentos traumáticos experimentados pelos outros, habitualmente num contexto de pouco apoio emocional no local de trabalho e auto-cuidado reduzido, manifestando-se habitualmente por evitamento do lugar ou das coisas que relembram os acontecimentos, pensamentos e imagens intrusivas dos acontecimentos, dificuldades em dormir, respostas súbitas de irritação e de susto e um humor deprimido passivo.

Este síndrome poderia ser considerado específico dos profissionais de ajuda, que escutam acontecimentos traumatizantes na história dos seus clientes/doentes; surge, portanto, mais como uma consequência natural do cuidar de pessoas em sofrimento do que uma resposta ao ambiente de trabalho (sobrecarga profissional, sobrecarga e falta de apoio profissional) como o *burnout*.

O início do síndrome de *burnout* é lento, assumindo a forma de um tédio crónico com o local de trabalho, podendo ocorrer em qualquer ramo profissional como consequência de um desequilíbrio entre a expectativa e o investimento inicial num dado trabalho e o resultado entretanto obtido. Durante muito tempo o profissional não se dá conta desta situação de desgaste, contrariamente ao que acontece com a fadiga de compaixão que assume muitas vezes formas mais agudas e conscientes.

Se o *Burnout* se refere predominantemente às profissões ligadas aos serviços, a fadiga de compaixão refere-se especificamente às profissões de ajuda / cuidado; dentro destas, podemos considerar uma particular modalidade de sofrimento o “luto insulado” ou sobrecarga de luto profissional, que diz respeito preferencialmente à vivência do processo de luto profissional nos enfermeiros e outros profissionais de saúde que estão sujeitos a lutos repetidos na sua prática profissional.

A tentativa de suprimir os sentimentos associados com a morte de um doente pode levar os enfermeiros a um processo que Brosche (2003) apelidou “Stress Cascade”. Este quadro inicia-se com a exposição do enfermeiro a um estímulo stressante como é a morte de um doente. A este estímulo associam-se normalmente outros, como as condições clínicas do doente, o ambiente do serviço onde se luta contra a morte (por exemplo unidades de cuidados intensivos) e as respostas rápidas e decisivas fundamentais em momentos de crise. Dado que os enfermeiros para além de viverem este ambiente, têm que continuar a prestar cuidados a outros doentes este estímulo é muitas vezes inevitável e como resultado os enfermeiros não têm suporte adequado ou tempo para fazer o luto da situação, o que os pode levar a um trauma emocional.

Na realidade os profissionais que trabalham em contextos quer de urgência, quer de serviços de oncologia, hematologia, de cuidados paliativos ou outros, acumulam perdas de natureza diversificada que se tornam uma parte integrante da sua vida profissional. Segundo Papadatou, (1994) estas perdas podem-se referir a: uma relação próxima com um doente particular; à identificação do profissional com a dor dos membros da família; à perda de expectativas, finalidade própria não cumprida; perdas de sistema de crenças pessoais e visões do mundo e da vida; perdas antigas não resolvidas; perdas futuras antecipadas.

O estar atento ao significado e consequências destas perdas ocorridas no trabalho dos profissionais de saúde levanta várias questões: como é que os profissionais de saúde processam o seu luto profissional? Como é que esse processo afecta as suas atitudes e procedimentos nos cuidados aos doentes e família? Como é que esse processo afecta as suas vidas pessoais as suas atitudes acerca da sua própria morte futura?

A resposta a estas perdas cumulativas podem ter efeitos na prática profissional que importa identificar, detectar, avaliar, prevenir e superar.

Neste âmbito propusemos construir um instrumento (cujos procedimentos serão descritos no capítulo 6) que respondesse a esses desideratos, no sentido de ser mais uma ajuda com que o profissional de saúde possa contar para prevenir estados de sofrimento elevado.

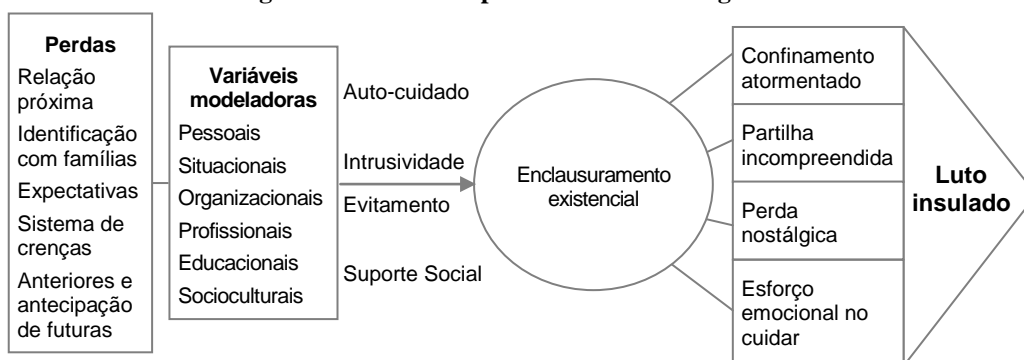
Desse trabalho resultou uma caracterização do “luto insulado” ou sobrecarga de luto profissional que integra especificamente quatro dimensões. A mais relevante

“Confinamento atormentado” refere-se a situações em que o profissional de saúde, exposto a perdas múltiplas cumulativas, manifesta uma restrição na sua vida pessoal, limitando os contactos com a família e os outros, não se dando tempo a si próprio, com preocupações frequentes sobre as perdas de doentes que estiveram ao seu cuidado e sentimento de ter a vida encarcerada, sem liberdade devido às responsabilidades e exigências profissionais. Esta dimensão é reforçada pela “Partilha incompreendida” que exprime a dificuldade ou impossibilidade de validação ou legitimação dos sentimentos experimentados pelo profissional na sequência da morte dos seus doentes, por familiares, amigos e colegas. A dimensão “Esforço emocional no cuidar” dá conta da dor mental ou das dificuldades emocionais sentidas que ocorrem no cuidar destes doentes em fase terminal comparativamente com outros tipos de doentes e finalmente a “Perda nostálgica” contempla os sentimentos de ausência, saudade e/ou vazio relativo aos doentes falecidos.

Ao distinguirmos os síndromas de burnout e fadiga de compaixão do luto insulado procuramos fazer emergir uma área, nem sempre contemplada na prática e na investigação nas ciências da saúde, que explicita os processos de reacção a perdas profissionais e suas consequências na saúde dos profissionais e das organizações.

A nossa proposta é a de que o processo de enfrentar perdas específicas no cuidar em fim de vida determina reacções gerais de coping mas em caso de não superação enquistam os profissionais de saúde no que designamos de “encarceramento existencial” que marca caracteristicamente a sobrecarga de luto profissional que esquematizamos na figura 2.

**Figura 2 - Modelo de processo de sobrecarga de luto**



## **2.3 Crescimento pessoal e profissional em enfermagem**

A forma como o indivíduo lida com a perda e o luto pode ser uma oportunidade de crescimento, um catalisador de criatividade e de realização.

O crescimento faz parte de um processo de vida no qual as habilidades são desenvolvidas pouco a pouco experimentando-se a alegria dum desenvolvimento progressivo num processo que pode durar toda a vida.

### **Dimensões do crescimento pessoal**

Como afirma Ferrara (2007) a descoberta de si próprio levará à satisfação de viver de uma forma mais orientada. Este processo de busca pessoal faz com que a pessoa sinta que a sua vida tem significado na sua globalidade. E este ter em conta, não é na maior parte dos casos uma simples reacção reflexa, mas antes uma reflexão através da qual se consciencializa do que acontece, estabelecendo conexões com o resto das experiências pessoais.

De acordo com Davis e Mckearney (2003) crescimento pessoal é um processo de procura de novas metas, novas perspectivas, novas identidades testando-as e redefinindo-as com base nas experiências vividas. Este processo não se limita à identificação de metas significativas, mas envolve uma atitude activa para as atingir, que estão interligadas em todos os aspectos da vida, pessoal e profissional. A possibilidade de desenvolvimento no plano afectivo, social, espiritual, psicológico e intelectual é um processo em permanente construção.

Poletti (2008) define o crescimento pessoal como a consciência de ser o próprio, como ser único e exclusivo, aceitando a responsabilidade total de todas as suas acções, emoções e comportamentos, num processo de descoberta do poder interior e de aprender a viver com plenitude, reencontrando o sentido da própria vida e o desenvolvimento como “pessoa” em todos os seus aspectos.

Posada (2005) perspectiva o crescimento pessoal como a capacidade de atender aos pensamentos, emoções e sentimentos próprios como base para alteração de comportamento, substanciada por um sentimento de merecimento pessoal e de auto-

avaliação sobre si. Crescer significa alterar a visão a respeito das coisas da vida, essencializando a qualidade de vida, a qualidade das relações, a consciência do instante e o adquirir um respeito pela vida em todas as suas formas, a que se deverá protecção.

Crescer significa ainda tomar consciência da importância do amor como dinâmica fundamental da vida e aceitar a realidade da morte, como parte da vida ao dar-se conta que o tempo de vida é limitado e que depende de cada um dar-lhe um sentido ou significado, compreendendo que o ser humano é um ser espiritual e assumindo assim uma dimensão transcendente a vida.

Ao definirmos crescimento pessoal e as suas fases de desenvolvimento não nos podemos esquecer da perspectiva holística que este conceito envolve: o indivíduo é analisado como um todo nas suas componentes espirituais, psicológicas e sociais. Todos estes aspectos interferem no seu crescimento e bem-estar, no entanto para efeitos analíticos será importante discriminar os aspectos essenciais de cada uma destas dimensões.

1 - A dimensão espiritual poderá ser explicitada através da dimensão “sentido de vida”, sendo este um conceito global que permite compreender e interligar de um modo coerente e, essencialmente positivo tudo o que acontece, bem como, o que se espera que aconteça na vida (Frankl, 1985). Dar um sentido ou encontrar um sentido de vida, implica descobrir, construir ou antecipar esse fio condutor e ser capaz de perceber a vida como um todo coerente. Segundo Frankl (1985) o mais importante é que o ser humano tem dentro de si a capacidade para encontrar sentido para a sua vida, mesmo quando está perante situações em que o sofrimento, a perda de esperança ou a morte o colocam perante um destino que não consegue mudar. A essência humana reside na motivação para encontrar um sentido de vida. Quando não o consegue, o indivíduo entra num estado de frustração existencial que, conjugado com outros factores pode despoletar perturbações do foro psicopatológico (Barbosa, 2010).

Weintraub (2008) constatou que os médicos e enfermeiros expostos à doença terminal dos doentes apresentavam um sentido de vida e crescimento pessoal positivo.

O constructo “sentido de vida” tem sido medido utilizando vários instrumentos, do qual destacaremos o teste Purpose in Life (PIL) elaborado por Crumbaugh e Maholick

(1964) que tornaram quantificável o conceito de propósito e de sentido de vida, medindo o grau de frustração existencial de acordo com a formulação de Frankl.

Para Wong et al (1994) o medo da morte emerge da incapacidade da pessoa em encontrar um significado pessoal e objetivos para a sua vida e morte. Esta perspectiva defende que o grau em que cada um teme ou aceita a morte, depende da forma como aprendeu a aceitar o seu percurso de vida, dando-lhe um significado.

Um outro autor que aprofundou esta problemática foi Frankl (2008) que desenvolveu a Análise Existencial ou Logoterapia baseada na busca de significados da existência do ser humano. O homem é livre, responsável, tem consciência da sua responsabilidade, procura um sentido para a sua vida. Na análise existencial a vida tem um sentido a partir do momento que se nasce, basta cada um descobri-lo no seu interior (Frankl, 2008). Este autor salienta que o mais importante é que o ser humano tem dentro de si, a capacidade para encontrar sentido para a sua vida, mesmo quando perante situações em que o sofrimento, a perda de esperança ou a morte o colocam perante um destino que não consegue mudar. O homem tem em si um potencial de transformar as suas próprias tragédias pessoais em triunfos quando consegue dar-lhes um sentido.

Um sentido de vida alcança-se quando se consegue encontrar um significado para a existência e processa-se através da realização de valores que surgem quando a pessoa preenche, de maneira positiva, o vazio no qual se encontra. O vazio caracteriza-se pela frustração existencial com o predomínio da sensação de perda de sentido existencial e do sentido da vida (Frankl, 2008).

A pessoa torna-se plena de fé e esperança na vida, quando acredita num sentido e no perceber a vida como um todo coerente. Segundo Frankl (2008) o ser humano é fundamentalmente um ser em busca de um significado para a sua vida constituindo-se a vida num processo gradual de crescimento, em que a pessoa, como ser único, vai sempre aprendendo, mudando, crescendo. É um conceito global que permite compreender e interligar de um modo coerente e, essencialmente positivo, tudo o que acontece, bem como o que se espera que venha a acontecer na vida.

Este processo de desenvolvimento pessoal assenta em grande parte sobre os valores e convicções que, não sendo definitivos, evoluem com o tempo. São os valores e as convicções que orientam a vida pessoal de uma forma consciente ou inconsciente. É à

luz dos valores - valor é algo que pode ser utilizado por nós próprios ou no relacionamento entre nós e os outros, existindo valores comportamentais, profissionais e materiais - e convicções que cada pessoa estrutura os seus objectivos de vida. As convicções constituem aquilo em que acreditamos, e que com maior ou menor profundidade pode dar um sentido à nossa vida (Sequeira, 1997).

A vida não é percebida superficialmente, mas sim valorizada e vivida com uma maior consciencialização. O presente é vivido com maior clareza, o futuro é imaginado, com objectivos e sonhos, sem ser um dado adquirido. Alguns sentem-se ligados a algo maior, transcendente quer se trate de Deus, um poder superior ou um plano cósmico. Vive-se a vida como algo belo, preciso e único, bem como pleno de desafios, adversidades e sofrimentos.

2 – A dimensão psicológica poderá ser explicitada pelas concepções científicas sobre o “bem-estar psicológico” e assumem segundo Ryan e Deci (2001) duas formas de perspectivação: o estado subjectivo de felicidade (bem-estar hedónico), denominando-se bem-estar subjectivo, e o potencial humano (bem-estar eudemónico) designando-se por bem-estar psicológico.

O bem-estar subjectivo, que de acordo com Diener, Oishi e Lucas (2003) corresponde à felicidade, prazer ou satisfação com a vida, de modo que as pessoas vivem as suas vidas de forma a que elas próprias se sintam preenchidas e realizadas, segundo os seus próprios critérios.

Segundo Galinha e Pais Ribeiro (2005) o conceito de bem-estar subjectivo é composto por uma dimensão cognitiva, em que existe um juízo avaliativo e expresso em termos de satisfação com a vida; uma dimensão emocional, positiva ou negativa, expressa em termos globais de felicidade ou em termos específicos, através das emoções. O bem-estar subjectivo é medido e relatado a partir da perspectiva do próprio indivíduo uma vez que é o próprio que avalia a sua vida baseando-se em concepções subjectivas, como os pensamentos e sentimentos sobre a existência individual.

Quanto ao bem-estar psicológico assenta no funcionamento psíquico (pleno funcionamento das potencialidades: pensar, usar o raciocínio e o bom senso), para corresponder à capacidade de enfrentar os desafios da vida, (Ryff, 1989).

Todas as teorias sobre o desenvolvimento do funcionamento psicológico positivo, como o fenómeno da individualização (Jung, 1960), auto-realização (Maslow, 1970), maturidade (Allport, 1961) e funcionamento completo (Rogers, 1985) explicam o bem-estar psicológico.

Ryff e Keyes (1995) distinguem-se nesta área ao elaborar um modelo de bem-estar psicológico com seis dimensões:

- Auto-aceitação: caracterizada como um elevado auto-conhecimento, óptimo funcionamento e maturidade em que as atitudes positivas sobre si mesmo emergem como uma das principais características do funcionamento psicológico positivo.
- Relacionamento positivo com outras pessoas: manifesta-se por fortes sentimentos de empatia e afeição por todos os seres humanos, capacidade de amar e manter amizade e identificação com o outro.
- Autonomia: caracterizada pela autodeterminação, independência e controle interno do comportamento e das acções tomadas. Capacidade de resistir às pressões sociais para pensar ou agir de determinada maneira e independência acerca de aprovações externas.
- Domínio do ambiente: capacidade do indivíduo escolher ou criar ambientes adequados às suas características psíquicas, participação e controle em ambientes complexos.
- Objectivos de vida: compreensão e sentido de direcção perante a vida.
- Crescimento pessoal: necessidade constante de crescimento e aperfeiçoamento pessoais, abertura a novas experiências, vencendo desafios que se apresentam nas diferentes fases da vida.

3 – A dimensão social poderá ser explicitada pelo constructo de “sentido de pertença”: a pessoa/profissional apresenta um conjunto de necessidades psicológicas e sociais, sendo que as primeiras se referem ao facto de se sentirem aceites e o seu contributo pessoal ser compreendido, e as segundas, a necessidade de pertença a um grupo.

Segundo Leyens (1994) “Ser social é ter identidade pessoal através de uma pertença a um grupo de referência”. A nossa identidade tem, por isso, uma componente a que se chama identidade social. A identidade social é a parte do auto-conceito que resulta ao

mesmo tempo de se saber pertença a um dado grupo social e do significado emocional que atribuímos a essa pertença (Tajtel, 1983).

Um bom ambiente de trabalho, um bom clima organizacional e uma liderança apropriada são fundamentais para que os indivíduos se sintam aceitos e percebam que os benefícios dos relacionamentos no trabalho favorecem todas as dimensões da sua vida.

Se o profissional tiver problemas de inserção ou de relação num grupo, pode desenvolver atitudes negativas e insatisfação em relação ao trabalho, procurando mudar de local, reduzindo os níveis de produtividade, aumentando o absentismo ou desenvolvendo efeitos negativos no seu comportamento (Chambel e Curral, 2000).

Siqueira (2005) salientou a necessidade dos profissionais de saúde serem motivados, reconhecidos e valorizados pela instituição o que contribuirá para aumentar a realização pessoal e profissional, repercutindo-se no compromisso institucional.

### **Crescimento pessoal perante a morte e enfermagem**

O acompanhamento de doentes terminais não é uma tarefa fácil. A morte pode ser receada por diversos motivos e de modos distintos em diferentes fases da vida e consoante o grau de exposição a ela. O contacto com a morte poderá fazer pensar, não somente sobre a morte mas sobre a vida e estimulará modalidades de encontrar um sentido, dar sentido à vida.

A relação profissional com os doentes em fase terminal poderá ser uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento pessoal e profissional como afirmam Hennezel e Leloup (2001) “ com os moribundos, aprendemos não só a compreender melhor como a vida termina mas, também, como o ser humano comum abre caminho para a sua própria morte, cheio de coragem, humor, bom senso (...) aprendemos como no cerne de provação e do luto as pessoas se tornam mais humanas”.

Quando se está aberto à experiência e quando se é “bastante vulnerável” nos encontros com as pessoas, três níveis interligados de abertura estão envolvidos:(1) para a vida, com todos os acontecimentos agradáveis ou trágicas nela contida;(2) para os outros e suas experiências, e (3) para si mesmo (Papadatou, 2009).

Na experiência de perda e sofrimento e na consciência agudizada dos próprios limites durante o acompanhamento profissional de situações de fim de vida, reaparece sistematicamente a necessidade do profissional de saúde de reflectir e dialogar consigo mesmo, de forma a eleger novas atitudes e a superar os momentos difíceis.

Enquanto que o acompanhamento no morrer para uns pode ser uma experiência aterradora e paralizante, para outros pode ser uma experiência que enriquece e desperta para a vida (analisando-a) para imaginar o seu fim e a sua finalidade e reavaliar todos os seus relacionamentos.

Embora, por vezes doloroso, este processo abre possibilidades e oferece novas opções e uma peculiar liberdade para viver de forma diferente, desenvolvendo uma consciência profunda de quem somos e como queremos viver as nossas vidas.

Importante introduzir uma palavra de cautela no que diz respeito ao conceito de crescimento. Às vezes, o que é percebido como crescimento é apenas uma estratégia de auto-defesa contra a ansiedade da morte, exagera-se no seu significado, exhibe-se no sentido da vida e do trabalho como altamente significativo, idealizando-se as recompensas dos cuidados prestados. Por isso, é importante ver o crescimento como um processo que decorre da luta para lidar com a perda e sofrimento, e não como o resultado de um trabalho desafiador ou como o efeito directo do contacto com a perda. Nem todos os cuidados fornecem experiências de crescimento.

A ideia de que o crescimento pode emergir na sequência de acontecimentos de vida difíceis tem vindo a ser reconhecido por vários autores. Frankl, (1963) descreveu como as pessoas podem transformar num sentido mais abrangente o sofrimento por qual passaram e encontrar significado e propósito de vida depois de perdas traumáticas.

Este fenómeno foi também designado como “Lições de aprendidas” (Balk, 1983), “Mudanças psicológicas positivas” (Yalom e Lieberman, 1991), “Resultados positivos” (Oltjenbruns, 1991), “Aspectos positivos de problemas críticos de vida” (Calhoun e Tedeschi, 1989 – 1990), “Crescimento pós- traumático” (Calhoun e Tedeschi, 1998), “Crescimento” (Nerken, 1993), e “Crescimento pessoal” (Hogan, 1987; Hogan, Morse, e Tason, 1986).

Vários modelos têm sido propostos para conceptualizar o constructo crescimento pessoal perante circunstâncias adversas.

Janoff-Bulman (1992) conceptualizou este processo a partir do pressuposto que acontecimentos traumáticos podem quebrar visões básicas que as pessoas têm do mundo (benevolência, significado e valor do mundo) o que as leva ao reexperienciarem imagens, recordações intrusivas, a reconstruir gradualmente novas visões do mundo mas também de si próprias. Este processo que poderá ser facilitado pelo apoio interpessoal e social pode conduzir a um ganho, numa nova apreciação da vida e de si próprio.

Na perspectiva da teoria “Luto e self reflexivo” (Nerken, 1993) depois de uma perda, as capacidades reflexivas do “self” são destruídas, mas o núcleo do “self” permanece intacto e é através de uma revisão do “self” e do processo de reconstrução que a pessoa experiêcia o crescimento que facilita o retorno à vida. O crescimento é aqui caracterizado por uma melhor apreciação da vida e na crença de que tudo tem mais valor.

Numa outra perspectiva o modelo de crescimento pós-traumático (Calhoun e Tedeschi, 1998) levando em consideração factores individuais pré trauma e características de personalidade considera que depois do acontecimento traumático o indivíduo é confrontado com necessidades de adaptação que o conduzem a mudanças psicológicas positivas como resultado de um confronto com circunstâncias da vida particularmente desafiadoras. Os autores consideram a “ruminação” como um processo essencial que permite os indivíduos progredirem do mau estar para o crescimento pós-traumático, que é definido pelo relacionamento com os outros, novas possibilidades, força interior, mudanças espirituais e nova apreciação da vida.

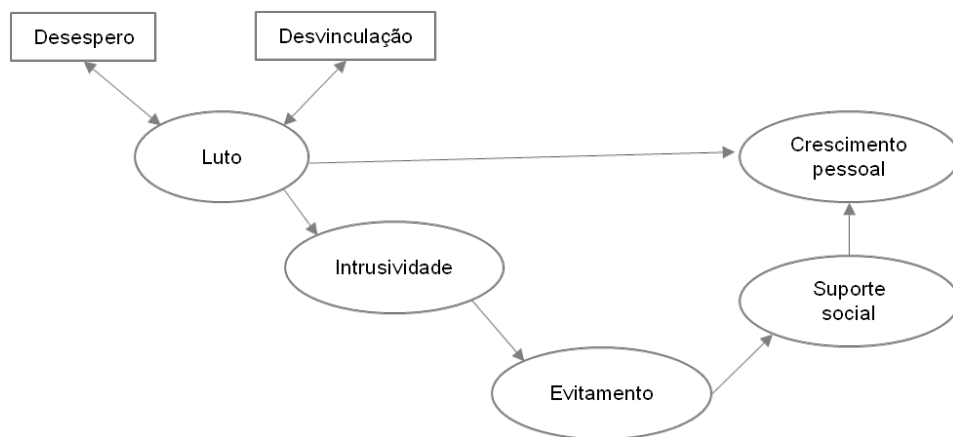
O modelo desenvolvido por Hogan (1987,1996) que partiu do estudo do processo do luto em adolescentes que sofreram morte de um irmão, conduziu a um modelo de luto para crescimento pessoal do adulto em que o luto é caracterizado por um conjunto de variáveis (desespero, comportamento pânico, irritabilidade, alheamento, desorganização e crescimento pessoal).

O modelo aponta para um trajecto através do luto que passa pela experiência de desespero e alheamento, seguido de pensamentos intrusivos e mais tarde de evitamento

das preocupações intensas com o luto. O suporte social é considerado um grande facilitador à medida que o enlutado constrói a sua vida e encontra novo significado da vida. Um segundo trajecto, mostra que alguns enlutados ao ficarem estagnados no processo de luto ultrapassam-no através do crescimento pessoal.

Este modelo foi testado usando um modelo de equação estrutural, procurando fazer uma ponte entre a teoria, a prática e a investigação (Figura 3).

**Figura 3 - Modelo de Luto de Hogan**



Adaptado Hogan e Schmidt, 2002

A dimensão de crescimento pessoal deste modelo teórico foi confirmado por um estudo utilizando a “Ground Theory” que demonstrou que o crescimento pessoal, como uma importante componente experiencial do processo de luto (Hogan, Morse, e Tasón, 1996).

Estes quatro modelos partilham fenómenos comuns resultantes da exposição a perdas significativas como as preocupações intrusivas, mecanismos activos e coping de transformação e de crescimento bem como a importância do suporte social apropriado e efectivo, como importantes factores mediadores que facilitam a progressão para o crescimento pessoal.

Os profissionais de saúde que estão sujeitos a várias perdas cumulativas, com maior ou menor intensidade traumática (aguda ou crónica) podem ser alvo de uma sobrecarga transitória, desenvolver processos de luto complicado ou encontrar formas de superação com manifestação de crescimento pessoal e profissional.

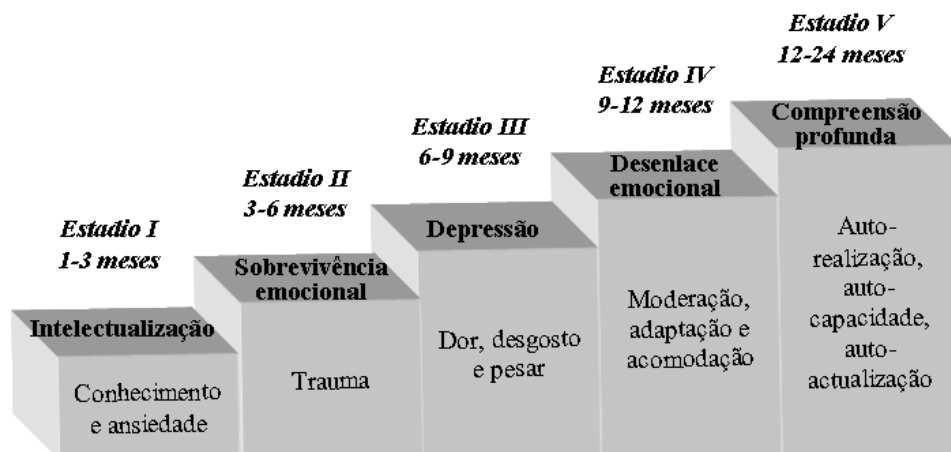
## Crescimento profissional em enfermagem

O contacto com o doente terminal apresenta-se sempre como um desafio, caracterizado por uma constante procura de sentido, auxiliando o processo de aprofundamento do autoconhecimento e, assim, o repensar a relação do profissional de saúde com os outros, promovendo o crescimento pessoal e profissional (Grassman, 1992).

O crescimento profissional está directamente relacionado com o crescimento pessoal, porque é necessário um autoconhecimento, que permitirá enfrentar com possibilidades de êxito as situações de crise, que põem à prova o equilíbrio psicológico e emocional, a capacidade de adaptação à situação, o profissionalismo e a humanidade (Conangla, 2007). Ambos os termos serão por isso sistematicamente tratados como equivalentes ou complementares. Para além do crescimento pessoal relacionado com a experiência da perda e com ela intrinsecamente associado pode-se desenvolver também um crescimento profissional.

Harper (1994) desenvolveu uma escala estadiada de progressão e crescimento dos profissionais de saúde que enfrentam institucionalmente situações frequentes de fim de vida no âmbito de uma equipa de cuidados paliativos (Figura 4).

Figura 4 – Perda cumulativa e o cuidador: 5 estágios experienciados pelos enfermeiros hospitalares enquanto cuidam de pessoas a morrer



Trad. e adapt. de Harper, 1994

Num primeiro estadio (Intelectualização – Conhecimento e ansiedade) os contactos dos profissionais com o doente em fase terminal tendem a ser superficiais e impessoais, focalizando a sua atenção nos aspectos técnicos.

Num segundo estadio (Sobrevivência emocional – Trauma) o profissional de saúde confronta-se com a sua própria morte, questionando-se sobre a sua vida, começa a compreender melhor o sofrimento do doente e podem surgir sentimentos de frustração e culpa.

O terceiro estadio (Depressão – dor, desgosto e pesar) é o período que permite (ou não) a resolução de conflitos e a progressão ou a regressão, nos processos de adaptação.

O quarto período (Desenlace emocional – Moderação, adaptação e acomodação) é marcado por uma sensação de liberdade emocional, na medida que o profissional de saúde já não se identifica tanto com os sintomas do doente, uma vez que ultrapassou a fase anterior para num quinto período (Compreensão profunda, auto-realização, auto-capacidade e actualização) aceitar a morte e desenvolver uma relação de ajuda mais consistente.

Pode-se concluir que um processo de crescimento pessoal tende: a desenvolver uma nova apreciação e filosofia de vida, a reencontrar o sentido para a sua vida, a um desenvolvimento como pessoa em todas as suas dimensões e possibilidades, conduzindo ao estabelecimento de relações novas e satisfatórias no contexto de uma estrutura renovada da identidade pessoal com força e resiliência potencializadas que complementem também o crescimento profissional.

O auto-conhecimento é o conhecimento mais difícil de dominar, e conseqüentemente de ensinar, e talvez o mais importante na procura da compreensão do significado de saúde em termos do bem-estar individual. Carper (1978) refere-se ao conhecimento do *self*, ao auto-conhecimento e evidencia o uso terapêutico do *self*, o que implica que a maneira como os enfermeiros se vêem a si mesmo e aos doentes é fundamental em toda a relação terapêutica. Aprender a pensar é hoje considerado em muitos países como um objectivo educacional prioritário,

Neste contexto, o profissional de enfermagem deve cuidar das relações consigo mesmo, compreendendo a sua singularidade como ser humano, passando a ter domínio de si, o

que leva a conhecer as suas possibilidades e fragilidades, contribuindo para o desenvolvimento de um processo de cuidar/tratar, fundamentado no atendimento das necessidades da pessoa cuidada, indo além da mera prestação técnica. Para provocar uma transformação fundamental em si mesmo, cada um tem de compreender o processo do seu pensar e do seu sentir nas suas relações de forma a despertar em si uma percepção holística e transformadora.

Watson (1985) salienta que a educação em enfermagem envolve novos desafios, enfatizando a necessidade de uma nova visão da moral dos cuidados, que se pode chamar de “cuidar humano” de um novo conceito de saúde e bem-estar que se traduz numa nova percepção das interligações entre o Homem e a natureza.

### **3 FORMAÇÃO SOBRE A MORTE E O MORRER EM ENFERMAGEM**

A morte nem sempre é bem aceite pelos profissionais, já que o seu desempenho é muitas vezes essencialmente vocacionado para prolongar a vida e por outro lado os enfermeiros nem sempre recebem formação adequada nem suficiente para lidar e acompanhar o doente em final de vida e ajudarem a família no processo de luto.

A morte não é um mal a ser ignorado, um inimigo para ser combatido ou uma prisão de onde se deve fugir, mas sim uma parte integrante da vida e que dá significado à existência humana (Kubler-Ross, 1998).

Cuidar não é só ter boas intenções, cuidar é saber quem é o outro, conhecer as suas preferências, as suas limitações, as suas necessidades e também reconhecer as próprias incapacidades. Quem cuida de doentes em fim de vida submete-se a muitos factores de stress, desta forma, os enfermeiros devem criar formas a preservar a saúde emocional e física, quer individuais quer em grupo (Queirós, 2005; Twycross, 2003).

Serão descritas as principais necessidades de formação neste domínio e apontadas algumas metodologias educativas e o seu impacto nos enfermeiros e sugeridas algumas propostas para renovação do ensino nesta área.

#### **3.1 Necessidades de formação**

O cuidado holístico envolve uma relação de acolhimento e confiança, compromisso entre o enfermeiro e o doente. Muitas vezes os enfermeiros que se preocupam em proporcionar um cuidado ao doente individualizado, não apenas técnico, mas também humanizado, não têm estrutura para oferecer tal cuidado por não terem conhecimentos sobre estratégias de enfrentar a morte e o cuidar em situação terminal (Pacheco, 2002). Os enfermeiros referem sentir dificuldades em lidar com estas situações, sem saber como abordar os doentes e familiares e ainda menos como lidar com os próprios sentimentos (Santos, 1983).

Vários estudos demonstram que a impotência, o medo, a angústia são algumas das dificuldades sentidas pelos profissionais de enfermagem (Abiven, 2001; Ferraz et al., 1986; Frias, 2008; Martins et al., 1999).

A morte de um doente causa muitas vezes um sentimento de fracasso, uma vez que os profissionais foram formados com a finalidade de manter a vida (Meunier, 1995, Santos, 1983).

Por outro lado, como nos lembra Buckman (2002), actualmente a maior parte das pessoas adultas, quando foram jovens não tiveram a vivência da morte de um membro da família, o que pode aumentar o seu sofrimento e angústia para além de sentimentos de incapacidade para gerir a situação quando confrontados com o processo de morrer.

Na maioria dos contextos organizacionais há uma contradição entre o que acontece na realidade e o que é ideal. Resgatar a humanização, a dignidade no acompanhamento no processo de morrer, embora essencial na perspectiva do cuidar à pessoa e não apenas ao corpo biológico, não se apresenta como uma tarefa fácil.

Muitos enfermeiros têm falta de conhecimentos e habilidades para cuidar de doentes em fim de vida, muitas vezes relacionados com pensamentos negativos e ansiedade pessoal face à morte (Brajtman et al, 2007; Tan et al, 2006; Wu e Volker, 2009).

Wong & Lee, (2000) concluíram através de um estudo fenomenológico nos enfermeiros que estes profissionais não estavam adequadamente preparados para a comunicação com os doentes em fase terminal e lidarem com o luto dos seus familiares.

Sasahara et al (2006) identificaram nos profissionais de saúde que a competência de comunicação como a principal dificuldade sentida no contacto com o doente em fase terminal

Samaroo, (1996) num estudo com médicos e enfermeiros verificou que estes profissionais referiram sentirem-se desconfortáveis em lidar com os aspectos emocionais dos doentes em fim de vida e suas famílias.

Hayslip, Galt e Pinder (1994) concluíram que um programa de educação para a morte não reduz automaticamente o receio de morrer, devendo-se ter em conta outras variáveis, como certas variáveis demográficas.

A formação deve ser entendida não apenas como um meio de facultar o conhecimento específico acerca de um determinado tema, mas igualmente um meio de acompanhar e apoiar os profissionais de saúde. Hainswoth (1996) afirma que um curso sobre educar para a morte nos enfermeiros, com particular incidência na temática da comunicação com o doente e família, proporciona uma qualidade de atendimento ao doente e família, dispondo de uma maneira melhor em saber lidar com os sentimentos dos outros e com as suas próprias emoções.

Ferrel et al (1999) procuraram analisar a forma e extensão com que são abordados os temas da morte e do luto em manuais na formação pré-graduada em enfermagem e concluem que há deficiências notórias dos manuais no que se refere à extensão e grau de profundidade.

Dickinson (1992) baseado em inquéritos realizados em várias Faculdades de Medicina e Escolas Superiores de Enfermagem nos EUA, constatou que existiam em todas elas referências a conteúdos relativos ao tema da morte, mas estes conteúdos eram ministrados em duas ou três aulas e não em disciplinas específicas para o tema, com maior duração.

Carvalho et al (2006) realizou um estudo com o objectivo de conhecer o significado da morte e do processo de morrer no quotidiano dos alunos de enfermagem, tendo concluído que estes não estão preparados para lidar com as suas próprias emoções e sentimentos, bem como as dos doentes no processo de morrer.

Dickinson (2007) comparou o programa sobre o cuidar em final de vida em 122 faculdades de medicina e em 580 escolas de enfermagem, constatando que embora em 99% das escolas médicas e escolas de enfermagem seja leccionado o tema da morte e o morrer, o número de horas é reduzido (menos de 15h) havendo uma participação de 90% de alunos.

Sapeta (2003) ao analisar a forma como são abordados os temas cuidados paliativos e dor crónica, em todas as escolas de enfermagem portuguesas, concluiu que a maioria das escolas lecciona estes temas, mas numa abordagem bastante superficial e num número reduzido de horas.

Nos últimos 20 anos foram analisados sistematicamente o cuidar em final de vida e formação dos enfermeiros que apontaram sempre deficiências e tempo reduzido de formação (Mallory, 2003; Matzo et al 2003).

Spencer (1994) ao questionar os enfermeiros a trabalhar em UCI, sobre como elaboravam o luto e o que ajudaria para que o processo de luto fosse eficaz conclui que todos os enfermeiros manifestaram a necessidade de formação para lidar melhor com o seu próprio luto.

Frias, (2003) estudando como os enfermeiros vivenciam o processo de morrer, concluiu que os enfermeiros consideravam o cuidar da pessoa em fim de vida um processo de aprendizagem, embora reconhecessem que os contextos profissionais nem sempre são conducentes à prática do cuidar da pessoa em fim de vida, como desejariam, devido à existência de várias condicionantes e onde a prática da reflexão em equipa é inexistente.

Magalhães (2009) num estudo com estudantes de enfermagem enquanto cuidadores de doentes em fim de vida, refere que esta experiência é sentida pelos próprios como um factor de desenvolvimento pessoal, mas geradora de grande intensidade emocional.

Santos e Bueno (2011) num estudo com 34 professoras de enfermagem concluíram que os professores de enfermagem desenvolvem uma abordagem técnico-científica pedagógica sem tempo para estimular a reflexão, mantendo-se distantes dos alunos, especialmente em relação aos sentimentos decorrentes da experiência com doentes terminais, uma vez que este corpo docente experimenta sentimentos de medo, impotência e insegurança relativamente à morte, justificando que o tema é complexo, envolve várias dimensões incluindo: existencial, cultural e religiosa, cuja percepção varia para cada ser humano e defendem que a abordagem deste tema exige profunda mobilização interna, disponibilidade para recuperar os sentimentos.

A falta de tempo no leccionar a temática da morte e do processo de morrer pode ser atribuído a currículos já demasiado extensos sobre temáticas relacionadas com o conhecimento e tecnologia e por outro lado à falta de professores qualificados para ensinar o cuidar ao doente terminal e ao medo existencial da morte (Sheldon, 1998).

Embora os resultados de alguns estudos (Johansson e Lally, 1991, Hayslip, Galp e Pinder, 1994,) não cheguem a resultados conclusivos sobre a eficácia de programas de

educação sobre a morte, é sem dúvida o método mais eficiente de preparar os enfermeiros na compreensão e saber lidar com os sentimentos dos doentes e família e com as suas próprias emoções.

A maioria dos autores refere de forma consensual da necessidade de uma educação para a morte (Balk, 2006; Kovács, 2003; Oliveira, 1998; Pimple, Schmidt e Tidwell, 2003).

Também, Delaney, (2003), no estudo sobre a transição dos enfermeiros recém formados para a vida profissional, verificou que estes profissionais não se sentiram preparados para lidarem com a morte e os doentes em fim de vida.

Naturalmente que a formação não pode constituir per si, a fonte de resolução de todas as dificuldades com que se deparam os profissionais de saúde, mas após a realização de formação específica globalmente os estudantes referem sentirem-se mais atentos às necessidades dos doentes em fim de vida, desenvolvendo uma maior capacidade de comunicação com os doentes e suas famílias acerca da morte, sentindo-se mais capazes para enfrentar os seus próprios medos acerca da morte (Bertman, Greene e Wyatt (1982); Goodell, Donohue e Quint-Benoliel, 1982; Quint-Benoliel, 1982; Wass, 2004)

Preparar-se para aceitar a inevitabilidade da morte é um trabalho árduo e difícil (Barbosa, 2003) exige ao enfermeiro tempo e disponibilidade para se sentar, ouvir e o mais importante será deixar perceber que está disposto a partilhar com o doente as suas preocupações, é a qualidade dos momentos passados com o doente que faz o doente sentir-se acompanhado e compreendido.

O reconhecimento da finitude humana é essencial ao saber de todos os profissionais de saúde, pois a morte fará parte, mais cedo ou mais tarde no seu quotidiano. Se não entendermos nem a morte nem os sentimentos que a envolvem, como entenderemos aqueles que se encontram em fim de vida, os seus medos, as suas dúvidas as suas inquietações e preocupações?

Pensar sobre a morte induz à reflexão e quanto ao seu poder maior relacionado com a vida surgindo a necessidade de reflectir sobre o cuidar em fim de vida e de se pensar em formas de ensinar a cuidar no processo de morte.

## 3.2 Metodologias educativas

Espera-se que a formação desenvolva conhecimentos, capacidades, atitudes e valores profissionais que capacite os profissionais no acompanhamento de doentes em fase terminal e suas famílias. A educação é um componente fundamental no curriculum dos estudantes de enfermagem. Uma formação que o ajude a tomar consciência de si e a evoluir. O processo de pensar é um processo de sentir e de acção, está baseado numa ideia de “vir a ser”.

### **Modalidades formativas em crescimento pessoal e profissional**

Perante a exposição a acontecimentos marcantes e com vista à sua superação e ao crescimento pessoal e profissional daí resultante será importante desenvolver estratégias de formação pré e pós graduada que facilitem em promover estes processos

Segundo Béatrice Walter (1988) os cuidados de enfermagem assentam em 4 saberes essenciais:

- Saber Cognitivo – saber fundamentado e sistematizado numa teoria.
- Saber Informação – saber adquirido através da relação e contacto com o doente/família; da relação profissional com colegas/equipa profissional.
- Saber Ser – saber relacionado com os valores e autenticidade do profissional de enfermagem.
- Saber Prático – saber que é aplicado quando se presta as técnicas de enfermagem.

Mais recentemente, Carper (1992) identificou seis tipos de conhecimento em enfermagem:

1. Conhecimento empírico – conhecimento factual, descritivo, verificável;
2. Conhecimento ético – envolve princípios éticos, implica confrontar valores, normas e princípios, a avaliação do que é certo, errado, do que é bom, valioso, desejável e requer compreensão das diferentes posições filosóficas;
3. Conhecimento estético – a arte de enfermagem que é expressiva, subjectiva e se torna visível na acção do cuidar, sendo os componentes centrais da estética, a intuição, a interpretação, a compreensão;

4. Conhecimento pessoal – centrado no auto-conhecimento, na autenticidade que permite estabelecer um relacionamento e de reciprocidade com o outro;
5. Conhecimento reflexivo – capacidade de reflexão sobre a acção;
6. Conhecimento sócio-político – compreensão do contexto e percepção, análise e decisão do agir em contexto de saúde.

Estão descritas várias modalidades de formação nesta área com ênfase diferencial nas várias dimensões descritas:

- **Modalidade individual** esporádica ou sistemática de reflexão sobre sentimentos, contra-attitudes e comportamentos pessoais e profissionais no âmbito de incidentes críticos ou de exposição social. Pode assumir a forma de recurso a leituras de livros profissionais ou de ensaio, ficção ou poesia, à partilha dual de experiências e/ou à elaboração de textos ou memórias reflectidas. Este processo individual pode assumir uma dimensão espiritual mais marcada e até envolver orientadores pessoais.

O processo de reflexão propicia olhar a realidade com um olhar diferente, ver aquilo que está oculto, que está além. O objectivo é, reflectir sobre si, sobre as acções, sobre o fazer profissional, reavaliando e conseqüentemente, aprimorando a prática no sentido de evoluir para melhor.

Lauterbach e Becker (1998) referem que os enfermeiros com pensamento reflexivo (self-reflective), poderão aumentar a consciência e o entendimento em relação ao ser humano, pois através do contexto da experiência da sua vida, o enfermeiro começa a compreender a experiência dos outros.

- **Modalidade grupal** de que a reflexão na equipa profissional se constitui na mais natural: instituir o diálogo no seio da equipa. O diálogo com os pares permite a libertação de sentimentos e ajuda na clarificação do sentido de algumas attitudes. Verbalizar o que afecta permite adquirir uma certa distância, contribuindo para dissipar o mal-estar e a confusão de sentimentos (Meunier, 1995).

Esta ideia é reforçada por Brunet (1993) que afirma que a primeira meta a atingir na equipa é melhorar as relações interpessoais. Se, por um lado, estimula a sinceridade e a honestidade através da criação de um clima de liberdade no qual o indivíduo pode expressar-se sem máscaras nem limitações, por outro, fomenta a expressão emocional

favorecendo a manifestação dos sentimentos e estimula a comunicação interpessoal, proporcionando uma mudança na conduta do indivíduo, tanto em aspectos pessoais como sociais. Supõe um lugar, um momento e um tempo de diálogo instituído formalmente, e deve objectivar-se sobre o saber ser, mais do que o saber fazer, permitindo a cada um reflectir sobre os seus próprios sentimentos e aceitar os sentimentos dos outros, de os aceitar como são, sem os julgar (Meunier, 1995).

Referindo-se à sua experiência com os seminários sobre a morte e o morrer, Kübler-Ross (1998) relata-nos a mudança de atitudes observadas em todos os estratos profissionais. Destas reflexões conjuntas resultou um crescimento individual e da equipa.

- **Modalidade de cursos** através do mero debate e do treino de competências para lidar com situações difíceis (sofrimento e morte) em acções formativas isoladas ou através de cursos programados presenciais ou à distância.

Reflectir individualmente ou em grupo/equipa sobre o modo de agir e ser profissional de saúde, ou através de formação programada por cursos/ reuniões científicas requer, por um lado conhecimento do que necessita de ser feito como técnica e como arte e por outro lado, conhecer autenticamente as perspectivas/expectativas dos doentes e das famílias, mas, essencialmente uma profunda atenção interpelativa e reflexiva sobre a nossa pessoa profissional, em desenvolvimento constante.

### **Modalidades formativas em educação para a morte**

A oferta educativa no âmbito da educação para a morte tem sido desenvolvida ao nível do pré e pós-graduado no sentido de preparar, pelo conhecimento teórico e pelo contacto com cenários de intervenção prática, enfermeiros capacitados para prestar cuidados especializados a doentes em fase terminal e suas famílias, de forma assegurar o conforto e o bem-estar físico e psicológico do doente e família e por outro lado ajudar os estudantes a sentirem-se mais à vontade na comunicação com os doentes e famílias acerca da temática da morte e não se sentirem tão intimidados pelo contacto com a morte dos seus doentes.

Swain e Cowles (1982) desenvolveram um curso acerca da morte, do processo de morrer e do luto que foi integrado enquanto disciplina optativa para estudantes de enfermagem numa escola superior de Wisconsin. Este curso comportava 13 objectivos de aprendizagem:

1. Identificação das crenças pessoais e atitudes acerca da morte, do morrer e do luto;
2. Compreensão dos estádios que precedem a morte e das reacções mais frequentes das pessoas que estão a morrer;
3. Descrição do processo de luto e suas fases;
4. Identificação dos mecanismos de coping que podem ser úteis para ajudar a pessoa a lidar com a morte;
5. Identificação das percepções da morte por parte de diferentes grupos etários;
6. Identificação de comportamentos que indicam medo da morte;
7. Identificação dos critérios utilizados para determinar o momento em que a pessoa morre;
8. Compreensão dos aspectos legais e éticos envolvidos nas decisões de suspender o suporte essencial da vida e não ressuscitar o doente;
9. Identificação dos aspectos comuns e diferentes na visão religiosa da morte;
10. Como preparar e organizar um funeral;
11. Diferenças entre os vários contextos sócio-culturais nas atitudes perante a morte e rituais em torno da mesma;
12. Identificação dos diversos aspectos na relação e comunicação entre os enfermeiros e os doentes em fase final de vida, bem como do suporte no luto;
13. Identificação dos diversos impactos que lidar com a perda e a morte pode ter na vida pessoal, familiar, profissional e social dos enfermeiros.

A metodologia utilizada é variada, aulas suportadas com visualização de filmes, discussão de grupo sobre os temas. Para além das aulas, o curso continha dois fins-de-semana intensivos de trabalho e convívio nos quais os estudantes realizavam trabalhos em torno da temática morte, constituíam grupos de discussão sobre temáticas específicas e cumpria a função de promover uma aprendizagem de melhor conhecimento interpessoal num ambiente mais informal.

Este curso foi realizado durante 8 anos consecutivos com o total de 400 estudantes e no final era solicitado a avaliação qualitativa do impacto do curso nas suas vidas: “The almost universal response was in terms of a better understanding of self and personal concerns about death. Secondly, respondents described attaining specialized knowledge skills for Professional use” (Swain e Cowles, 1982).

Degner et al (1982) reestruturou o curso de enfermagem da Universidade de Manitoba e introduziu um curso de cuidados paliativos para estudantes do 3º ano. Este curso era composto por vários módulos ministrados ao longo do ano lectivo e para além da componente teórica, continha múltiplos exercícios de *role-play*, dramatizações de peças de teatro relativas ao tema do contacto com a morte, leitura e discussão de livros acerca do tema da morte, apresentação e discussão de casos práticos e de formas adequadas de discussão, e a realização de estágios supervisionados em locais onde os estudantes tinham a possibilidade de cuidar de doentes em final de vida. Essencialmente, o curso pretendia que os estudantes se sentissem mais seguros e capazes no seu contacto com os doentes e suas famílias promover um melhor cuidado.

Embora o contexto americano seja diferente do nosso, o facto é que estas formações não deixam de constituir matéria de reflexão para a nossa realidade.

A integração de planos de formação que preparem os profissionais de saúde para lidar com o sofrimento e morte é essencial para o acompanhamento de doentes em fase terminal e suas famílias.

O programa de formação para os cuidados paliativos (APCP) e o programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS, 2004) reconhecem a pertinência e necessidade de uma formação institucionalizada que deve envolver quer a formação pré-graduada quer a formação pós-graduada que assegure a prestação de cuidados de qualidade, no âmbito de uma equipa interdisciplinar.

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP, 2006, p.5) recomenda três níveis de formação e os respectivos destinatários:

### *Nível A*

Básica pré-graduada destinada a futuros profissionais de enfermagem, durante a sua formação profissional básica.

Básica Pós-graduada destinada aos profissionais de enfermagem, que prestam cuidados em serviços de internamento e que se confrontam com situações de doentes que necessitam de abordagem paliativa.

### *Nível B*

Avançada (pós-graduada) destinada aos profissionais de enfermagem que trabalham em Unidade e equipas de Cuidados Paliativos

### *Nível C*

Especialista (pós-graduada) destinada aos profissionais de enfermagem que são responsáveis por Unidades de Cuidados Paliativos ou que exerçam funções de consultoria ou que contribuam activamente para a formação e investigação em Cuidados Paliativos

O nível A corresponde a programas/actividades de formação com a duração entre 18h a 45h; o nível B, a actividades de formação com a duração entre 90h a 180h e o nível C, especializado, será obtido pela realização de Mestrado/Pós-graduação com mais de 280h, associado a estágios de trabalho com a duração mínima de 2 semanas em Unidades de Cuidados Paliativos.

Relativamente aos conteúdos o programa de formação para os cuidados paliativos APCP no seu ponto 7, p.6 recomenda que devem ser abordados as seguintes temáticas:

- Doente e adaptação ao processo de doença grave;
- Apoio à família/cuidador principal;
- Trabalho em equipa;
- Atitudes da sociedade face à morte e ao fim de vida;
- Organização do sistema de cuidados de saúde;
- Auto-cuidado dos profissionais;
- Perícias de comunicação;
- Ética aplicada;
- Apoio no luto.

Embora o tema da morte esteja integrado nos currícula de enfermagem são ainda insuficientes para provocar transformações na prática do cuidado com a pessoa na sua finitude (Frias, 2003; Magalhães, 2009; Pacheco, 2002; Sapeta, 2011).

A temática morte traz grande impacto, é importante ser abordada, mas o formato curricular não permite acompanhar a evolução dos estudantes ao confrontarem-se com o processo de morrer, uma vez que, falta uma interligação entre conteúdos e disciplinas importantes como a Filosofia, Sociologia, Teologia da Saúde, Psicologia, Ciências Sociais, dentre outras. Por outro lado predominaria ainda a dimensão fragmentada e tecnicista impressa pelo modelo biomédico para o cuidar e o curar.

Kubler-Ross (2000) nos estudos sobre a morte e o morrer, acreditou que, embora todo o homem tente adiar a discussão de questões sobre a vida e a morte, o que não pode ser feito em grupos e/ou por computadores. Tal processo só pode ser feito pelo ser humano, individualmente. A educação inclui a compreensão da existência do ser humano na sua finitude.

As directrizes curriculares da licenciatura em enfermagem recomendam a formação de um profissional crítico, reflexivo e humanista, qualificado para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual, isto é, “os enfermeiros devem ser competentes e estar actualizados para agirem sempre de acordo com a *leges artis*” (Vieira, 2007,p.102).

Tendo em conta que a formação dura somente alguns anos, enquanto a actividade profissional pode permanecer durante décadas e que os conhecimentos e competências se vão transformando velozmente, torna-se essencial pensar numa metodologia para a prática de educação libertadora, na formação de um profissional activo e apto a aprender a aprender, que envolve o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolubilidade (Fernandes et al, 2003).

### **3.3 Impacto da formação sobre a morte**

Segundo Durlak (1994), os estudos acerca do impacto da formação nas atitudes perante a morte não são unânimes nas suas conclusões. O autor atribui esse facto à heterogeneidade das formações quanto à duração temporal, conteúdos ministrados, bem como às técnicas pedagógicas usadas mas também à constatação de que os instrumentos destinados a medir a mudança atitudinal são também eles diferentes.

Apresentaremos resumidamente, e a título de exemplo, algumas das investigações nesta área que reportaram mudanças atitudinais no sentido positivo, as que não encontraram quaisquer diferenças nas atitudes reportadas antes e depois da formação e as que reportaram efeitos negativos ou um aumento de atitudes negativas face à morte e ao morrer.

#### **Estudos de impacto positivo**

Miles (1980) procurou avaliar o impacto que uma formação na área da morte com a duração de seis semanas surtia na mudança atitudinal de enfermeiros que a frequentaram quando comparados com um grupo de controlo de enfermeiros que não frequentou a formação. Aplicou a DAS (Templer, 1971) no início e no final da formação. Frommelt (1991), no estudo que conduziu à apresentação da FATCOD, constatou que o grupo que frequentou a formação apresentava uma diminuição significativa da ansiedade perante a morte, quer relativamente aos valores que apresentavam antes da formação quer aos valores obtidos pelo grupo de controlo que não apresentava variações significativas face aos momentos de aplicação.

Lev (1986) após um curso sobre educação para a morte aos enfermeiros hospitalares, verificou uma diminuição das atitudes negativas face à morte destes profissionais, assim como atitudes de evitamento no cuidar em fim de vida.

Lockard (1989) estudou o impacto longitudinal de um curso na área da educação para a morte em estudantes de enfermagem. O impacto foi medido em termos de ansiedade perante a morte (DAS de Templer, 1970). Os resultados indicaram que os níveis de ansiedade perante a morte diminuíam logo após o curso de 7 horas. Descobriu

igualmente que estes níveis mais baixos de ansiedade se mantinham 1 ano decorrido sobre a formação.

Kaye (1991) reportou uma diminuição significativa do medo da morte em 30 estudantes de medicina que frequentaram uma formação na área da educação para a morte durante 7 semanas (1h30 por semana). As atitudes perante a morte foram medidas pela ColettLester Fear of Death Scale (Collet e Lester, 1969), verificou que as atitudes de 34 enfermeiros face ao doente terminal, se modificavam no sentido positivo após uma formação com 3 módulos de 2 horas cada, acerca da morte e do morrer baseados na abordagem de Kübler-Ross e com sessões de role-play mimetizando a comunicação com doentes em face final de vida.

Chen (1992), usando como medidas a Collet Lester Fear of Death Scale (Collet e Lester, 1969) e a DAS (Templer, 1970) constatou que as atitudes perante a morte se tornavam mais positivas em enfermeiros, após dois dias de formação na área de morte e que esta mudança atitudinal se mantinha 1 mês depois.

Hsieh (1995) aplicou a DAS (Death Anxiety Scale), (Templer, 1970) após um seminário de 2 horas no âmbito da educação para a morte e constatou que os enfermeiros apresentavam níveis mais baixos de ansiedade perante a morte no final do seminário nos valores obtidos na Collet-Lester Fear of Bath Scale (Collet e Lester, 1969) mas que esses níveis tendiam a aumentar 1 mês depois do seminário.

Hwang, Lin e Chen (2005) aplicaram medidas qualitativas para avaliar a mudança atitudinal de estudantes de enfermagem que frequentaram um curso com a duração de 13 semanas onde, para além das aulas tradicionais, visionavam filmes, faziam jogos, role-play e sessões de discussão grupal. Os autores reportam ter havido uma melhoria muito significativa nas percepções, relativamente a vida e a morte, dos estudantes antes e depois da formação.

Morita et al, (2007) procuraram avaliar o efeito de uma formação de 5 horas sobre os sentimentos face a pacientes terminais, na mudança de atitudes face à paciente terminal medida pelo FATCOD (Frommelt, 1991) e na mudança de atitudes face a morte medida pela DAI (Lester e Templer, 1992-93). Os autores reportam uma alteração modesta mas significativa nos resultados obtidos na FATCOD (Frommelt, 1991).

Cramer (2003) verificaram num estudo com 180 enfermeiros com formação em cuidados paliativos, sentirem-se mais confortáveis na comunicação com o doente em fase terminal.

### **Estudos de impacto negativo**

Outros estudos, não encontraram qualquer eficácia significativa da formação para a mudança atitudinal face a morte e ao morrer.

Hainsworth (1996) não encontrou alterações estatisticamente significativas nas respostas atitudinais de ansiedade perante a morte, medidas pela DAS, (Templer, 1970) em 28 enfermeiras de serviços de cirurgia após 6 horas de formação.

Kaye, Gracely e Loscaizo (1994) reportaram não ter encontrado diferenças significativas numa formação na área da morte, com duração de 7 semanas (1h30 por semana) recebida por estudantes de medicina que foram comparados com estudantes que não tinham recebido a formação.

Mallory (2003) mediu atitudes perante o paciente em final de vida medidas pela FATCOD (Attitude Toward Care of Dying Scale), (Frommelt, 1991) em 104 estudantes de enfermagem e constatou que não existiam diferenças significativas entre o grupo que tinha recebido 6 semanas de formação, usando parcialmente o programa de educação para os cuidados em final de vida "End of Life Nursing Education Curriculum (ELNEC)" e um grupo que não havia recebido essa formação.

Importará portanto dos resultados destas experiências educativas propor à luz dos resultados do nosso estudo modalidades de formação para a morte em enfermagem, objecto do capítulo final (9) deste trabalho.



#### 4 DESENHO DO ESTUDO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

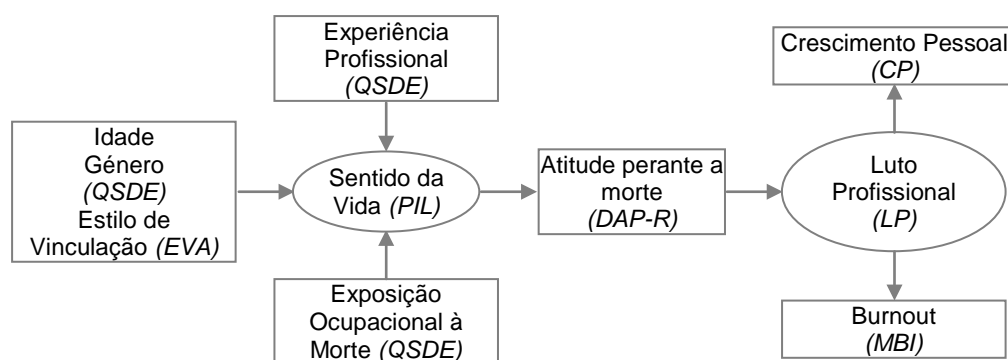
A morte de um doente é sempre uma fonte de sofrimento para aqueles que dele cuidaram como enfermeiros e as reacções ao processo de perda a nível físico, emocional, social ou espiritual, dependem de várias circunstâncias que circundam a morte, da capacidade de prever a perda e das características pessoais do enfermeiro.

Cuidar em fim de vida, é um dos aspectos que mais preocupa os profissionais de enfermagem. Lidar com a morte e ajudar a morrer e vivenciar a perda do seu contexto de trabalho de uma forma saudável são objectivos importantes para o enfermeiro reflectindo-se na qualidade de cuidados.

O interesse por este estudo resultou da percepção pessoal, reforçada por outros estudos, de que a forma como os profissionais de enfermagem lidam com a morte e com a perda pode afectar visivelmente a qualidade da relação que estabelecem com os doentes e seus familiares, bem como afectar a sua saúde global enquanto pessoas.

O nosso quadro analítico (Figura 5) evidencia como variáveis independentes (socio-demográficas, estilo de vinculação, experiência profissional, grau de exposição á morte, local de prestação de cuidados, grau de formação em cuidados paliativos) modulam as variáveis intermédias (ansiedade perante a morte e sentido da vida) e as variáveis dependentes (sobrecarga de luto profissional, *burnout* ou crescimento pessoal).

Figura 5 - Quadro teórico e analítico do processo de luto profissional



## **4.1 Finalidade do estudo**

Contribuir para uma melhor compreensão das consequências do processo de luto profissional nos enfermeiros com vista a elaborar estratégias formativas pertinentes e eficazes nas fases de pré e pós graduação do enfermeiro na prevenção da sobrecarga do luto profissional

## **4.2 Questões de investigação**

Como se caracteriza o luto profissional do enfermeiro perante perdas frequentes e significativas? Como se poderá medi-lo? Que factores o determinam de forma relevante?

Será que o sentido de vida e a atitude perante a morte moderam a relação entre os indicadores do luto profissional e as variáveis sociodemográficas e pessoais, o grau de experiência e formação profissional e de exposição ocupacional à morte?

## **4.3 Objectivos**

### **Objectivo geral**

- Avaliar as principais dimensões do luto profissional em enfermagem.
- Detectar os factores que interferem significativamente no processo de luto profissional

### **Objectivos específicos**

- Avaliar a importância relativa de variáveis independentes e intermédias na sobrecarga de luto profissional dos enfermeiros que cuidam de doentes e famílias em situação terminal.
- Verificar que factores interferem significativamente nas dimensões do *burnout*, no crescimento pessoal pós-luto e na sobrecarga de luto profissional.

#### **4.4 Hipóteses**

- Quanto mais elevado for o sentido da vida melhores serão os indicadores de luto, de crescimento pessoal e menores os de burnout e de sobrecarga de luto.
- Quanto mais elevada a atitude positiva face à morte, melhor serão os indicadores de luto e de crescimento pessoal e menores os de burnout e de sobrecarga de luto.
- Estilos de vinculação segura promovem o crescimento pessoal e diminuem a sobrecarga do luto profissional e o burnout.
- O grau de experiência profissional em enfermagem e de exposição ocupacional à morte moderam a sobrecarga de luto profissional e o burnout.



## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de Estudo**

Quantitativo: transversal, descritivo e correlacional.

### **5.2 População**

A população em estudo integra os profissionais de enfermagem em contacto frequente com o processo de morrer. Nesse sentido seleccionou-se uma amostra acidental incluindo a totalidade (510) dos enfermeiros de serviços de Medicina Interna, Hematologia e Oncologia e Cuidados Paliativos de cinco instituições de saúde do distrito de Lisboa.

A amostra final integrou 360 enfermeiros (taxa de resposta 70,6%) com uma média de idade de 30,5, d.p.+ 8.01 (22-60 anos), predominantemente do sexo feminino 86,7%. Quanto ao estado civil 68,6% eram solteiros, 26,4% casados, 4,7% divorciados, 0,6% os viúvos. Referiram um tempo de exercício profissional entre 1 e 35 anos, com uma média = 7,87 anos; d.p. +7,8. Quanto à categoria profissional a maioria tem a categoria de enfermeiro 70,6%; 23,1% enfermeiro graduado e 6,4% de enfermeiro especialista. 6,23% possuem o grau de mestre e 46,6% formação em cuidados paliativos pré/ou pós graduada. Quanto aos cuidados prestados a doentes em situação terminal 48,3% dos enfermeiros prestavam cuidados diariamente; 33,9% semanalmente e os restantes 17,8% quinzenalmente ou menos.

Quanto ao serviço em que prestavam cuidados 52,8% faziam-no em medicina interna, 13,6% em oncologia, 19,4% em hematologia, e 14,2% em cuidados paliativos.

**Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da população de enfermeiros**

<b>Idade (<math>\bar{x}</math> anos)</b>	30.5 +/- 8.01
<b>Género: feminino %</b>	86.7
<b>Estado civil %</b>	
Solteiro	68.6
Casado	26.1
Divorciado/separado	4.7
Viúvo	0.6
<b>Categoria profissional</b>	
Enfermeiro	70.6
Enfermeiro Graduado	23.1
Enfermeiro Especialista	6.4
<b>Experiência profissional (<math>\bar{x}</math> anos)</b>	7.87 +/- 7.80
<b>Cuidados prestados em fim de vida</b>	
Diariamente	48.3
Semanalmente	33.9
Quinzenalmente	6.7
Mensalmente	6.4
Ocasionalmente	3.3
Nenhuma vez	1.4
<b>Local de trabalho %</b>	
Medicina Interna	52.8
Oncologia	13.6
Hematologia	19.4
Cuidados Paliativos	14.2
<b>Formação pós-graduada</b>	
Mestrado %	6.3
<b>Formação em cuidados paliativos %</b>	
Sem formação pré e pós-graduada	32.8
Com formação pré-graduada sem pós-graduada	40.6
Sem formação pré-graduada e com pós-graduada	15.8
Com formação pré e pós-graduada	10.7

### 5.3 Procedimentos

Após autorização para colheita de dados das várias unidades de saúde, foram contactados os enfermeiros chefes de cada serviço, a quem se apresentaram pormenorizadamente os objectivos e procedimentos da investigação bem como a garantia da manutenção confidencialidade dos dados.

Foi estabelecido com cada um, o momento propício de colheita de dados consoante a disponibilidade de cada local de trabalho para o estudo.

O período de colheita de dados iniciou-se em Julho de 2009 e teve de ser alargado até ao dia 7 de Janeiro de 2010, no sentido de se obter uma amostra em sintonia com os objectivos do estudo.

Atendendo que os instrumentos de recolha de dados abrangiam um largo espectro de experiências vividas pelos enfermeiros não seria inesperado que o reactivar de memórias e a avaliação orientada da própria actividade pudessem, em alguns casos, suscitar alguma intranquilidade.

No entanto não foi referido qualquer comentário nesse sentido, excepto num dos serviços, tendo até sido recolhidos manifestações que indicaram o efeito organizador do pensamento sobre a profissão que o questionário induziu, bem como o agrado com interesse dedicado aos problemas dos enfermeiros e por último a expectativa de um contributo para melhor conhecimento dos problemas e acção sobre os mesmos.

Por outro lado o número de questionários poderia ter-se constituído num factor condicionante da atenção a eles dedicados sobretudo em períodos em que os profissionais de saúde estavam sujeitos a sobrecarga laboral. No entanto esse facto não foi aduzido, pensamos pelo facto dos questionários abordarem questões diversificadas e integrarem um número reduzido de questões.

## **5.4 Instrumentos**

### **Questionário sociodemográfico e experiencial (QSDE):**

O QSDE integrou itens relativos às variáveis sócio-demográficas (idade, género, estado,), experiência profissional (nº de anos, tipo de serviço, categoria profissional); formação em cuidados paliativos (pré e pós-graduada); grau de cuidados prestados a doentes terminais (grau de exposição à morte/ luto profissional).

### **Atitudes perante a morte**

O estudo das atitudes perante a morte tornou-se um foco de interesse científico a partir da década de 50 com o trabalho pioneiro de Herman Feifel, cujo contributo se estendeu ao longo de várias décadas (Neimeyer e Fortner, 1997; Neimeyer, Wittkowsky e Moser, 2004).

Durante a década de 60 o volume de publicações aumentou embora tenha sido a década de 70 a mais significativa não só na publicação mas também na criação de instrumentos destinados à mensuração das atitudes à morte (Neimeyer, 1994).

Neimeyer (1994), Neimeyer e Fortner (1997) e Urien (2003) apresentam alguns dos instrumentos que consideram ser as medidas de atitudes perante a morte actualmente melhor validadas:

- Revised Death Scale ou Escala de Ansiedade perante a morte revista (Templer, 1970; Thorson e Powell, 1994).
- Colett – Lester fear of death scale ou Escala de Medo da morte de Colett – Threat Index ou Índice de Ameaça (Krieger et al, 1974; Neimeyer, 1994).
- Multidimensional Fear of Death Scale ou Escala Multidimensional de Medo da Morte (Hoelter, 1979; Neimeyer e Moore, 1994).
- Fear of Personal Death Scale ou Escala do medo pessoal da morte (Florian e Kravetz, 1983).
- Death Attitude Profile-Revised ou Perfil de Atitudes perante a Morte – revisto (Wong, Reker e Guessser, 1994).
- Coping with Death Scale ou Escala de Coping perante a morte (Bugen, 1980-81).
- Death Self-Efficacy ou Escala de Auto-Eficácia perante a morte e Doação de órgãos (Robbins, 1994).

De entre os instrumentos destinados a medir atitudes perante a morte, a Death Anxiety Scale ou Escala de Ansiedade Perante a Morte (DAS), desenvolvida por Donald Templer (1970), é inequivocamente a mais utilizada.

A DAS é constituída por 15 itens apenas com resposta possível entre verdadeiro e falso e cuja pontuação varia entre 0 e 15, sendo que, quanto mais elevada a pontuação, maior o grau de ansiedade perante a morte. A sua aplicação pode ser feita de duas formas, ou enquadrando-a nos últimos 200 itens do MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory de Hathaway e Mckinley, 1951 cit. P. Templer, 1970), ou isoladamente. Pretende medir um único constructo: a ansiedade perante a morte.

Posteriormente foram realizados diversos estudos procurando averiguar a estrutura factorial de DAS. Warren e Chopra (1978-79) ao aplicar a DAS a uma população

universitária australiana, constataram que apresentava uma estrutura factorial tripartida explicativa de 38% da variância encontrada. Denominaram os três factores encontrados de: ansiedade perante a morte; factor geral de preocupação; medo da morte e das intervenções cirúrgicas.

Lonetto, Fleming e Mercer (1979) aplicaram a DAS as diversas populações (estudantes universitários do Canadá e da Irlanda do Norte, enfermeiras recém-formadas, funcionários de agências funerárias e membros de associações sem fins lucrativos). A análise dos resultados evidenciou quatro factores independentes, comuns a todos os grupos e que denominaram de: 1) cognitivo-afectivo, 2) alterações físicas, 3) consciência do tempo e 4) stress e dor. Os quatro factores explicavam 64% da variância para os grupos estudados.

Lester e Castromayor (1993) ao aplicar a DAS a 124 estudantes de enfermagem filipinos encontraram igualmente uma estrutura multifactorial da DAS, com seis factores.

Shagino e Kliné (1996) aplicaram a versão italiana da DAS a 257 voluntários da população geral e encontraram igualmente uma estrutura multifactorial, com três factores que denominaram de: 1) medo da morte e do morrer, 2) passagem do tempo e 3) medo da dor e das intervenções cirúrgicas.

A conclusão de que possivelmente a DAS corresponde a uma medida multifactorial é afirmado por Lonetto e Templer (1986) ao darem conta de que todos os estudos psicométricos em torno de DAS confirmam a existência de pelo menos quatro factores subjacentes a esta medida de ansiedade perante a morte.

A constatação sistemática de uma estrutura multidimensional na DAS, embora divergente entre alguns estudos, levantou algumas questões, sobretudo devido à dimensão da própria escala, considerada minimalista com apenas 15 itens. Este facto deu início a diversas tentativas de modificação de escala proposta por Templer (1970), no sentido de a tornar mais adequada ao seu propósito inicial.

Em suma, a multidimensionalidade do constructo parece um dado adquirido, mas a estabilidade factorial não parece ainda assegurada para esta escala sendo a sua

popularidade eventualmente explicada pela vantagem que apresenta no reduzido número de itens.

Procurando preencher as lacunas sentidas, quer ao nível de medidas atitudinais mais abrangentes, quer ao nível de escalas geradas com base teórica mais sólida, Guessser, Wong e Reker (1987-88) optaram por uma abordagem multidimensional de base existencialista para construir o Perfil de Atitudes perante a Morte na sua primeira versão (DAP), posteriormente revista e alargada por Wong, Reker e Guessser (1994) e designada pelo acrónimo DAP-R.

Para Wong et al (1994) os termos medo da morte e ansiedade perante a morte são confundidos com frequência na literatura referente a medidas atitudinais perante a morte mas parece importante distingui-los. A "ansiedade perante a morte" parece remeter para um aspecto mais global e menos acessível à consciência enquanto o "medo da morte" parece remeter para aspectos mais específicos e conscientes.

A morte pode ser receada por diversos motivos e de modos distintos em diferentes fases da vida e consoante o grau de exposição a ela. O medo da morte deve ser entendido como um constructo multidimensional, como foi afirmado por vários autores (e.g. Collet e Lester, 1969; Florian e Kravetz, 1983 e Hoelter, 1979).

Para Wong et al (1994) o medo da morte emergiria igualmente da incapacidade do indivíduo em encontrar um significado pessoal e objectivos para a sua vida e morte.

Durlak (1972) verificou que os indivíduos com maior significado de vida tendiam a apresentar menos medo da morte e atitudes mais positivas em relação à morte.

Flint, Gayton e Ozmon (1983) encontraram correlações positivas significativas entre o grau de satisfação com a vida e a aceitação da morte, enquanto que Quinn e Reznikoff (1985) constataram que as pessoas com níveis mais baixos de significado de vida apresentavam níveis mais elevados de ansiedade perante a morte.

Ao estudar o constructo "aceitação da morte", Gesser et al (1987-88) identificaram três tipos de aceitação da morte: 1) a aceitação neutra, 2) a aceitação religiosa e 3) a aceitação de escape.

A aceitação neutra corresponde à aceitação de que a morte faz parte da vida e que, por isso, tem de ser aceite. Um indivíduo com este tipo de aceitação não teme a morte mas

também não a deseja, simplesmente aceita que não pode mudar o facto dela existir e tenta viver o melhor que pode com a noção presente de que a vida é finita. Esta forma de olhar a morte pode ser caracterizada com ambivalência ou indiferença mas também como uma abordagem mais naturalista e independente de um posicionamento religioso específico.

A aceitação religiosa implica a existência de crença numa continuidade feliz da vida para além da morte e segundo Wong et al (1994) parece estar relacionada com o grau de envolvimento na crença religiosa.

Apesar de diversos investigadores terem feito alusão a estes tipos de aceitação da morte, estes conceitos nunca tinham sido efectivamente medidos até ao surgimento do DAP (Gesser et al, 1987-88).

O DAP compreendia 21 itens contribuindo para quatro subescalas que mediam as seguintes dimensões: 1) Medo da Morte e de Morrer, 2) Aceitação Religiosa, 3) Aceitação de Escape e 4) Aceitação Neutra.

Posteriormente, constatou-se que algumas pessoas preferiam evitar o tema da morte e que o medo da morte não abrangia essa opção. O evitamento de todo e qualquer pensamento ou contacto com o tema da morte, reduz a ansiedade perante a morte, e corresponde a um mecanismo de defesa psicológico para evitar que o tema chegue a consciência. Para abranger também este aspecto surge a forma revista do perfil de atitudes perante a morte (DAP-R) de Wong et al (1994). Esta revisão contou também com uma reformulação da escala de medo da morte e de morrer, uma vez que os autores desejavam que esta incidisse exclusivamente no medo da morte e portanto retiraram alguns itens relativos ao medo de morrer. Acrescentaram ainda outros relativos ao medo da morte, encurtando o nome da escala relativa a este aspecto para "Medo da Morte". Também acrescentaram itens novos nas escalas de aceitação. Deste modo a DAP-R passou a contar com 36 itens posteriormente reduzidos a 32, pós análise factorial e mede cinco dimensões: 1) Medo da Morte, 2) Evitamento a morte, 3) Aceitação neutra, 4) Aceitação Religiosa a 5) Aceitação de Escape.

Para determinar a validade facial das cinco dimensões foi pedido a 10 Jovens, 10 adultos de meia-idade e 10 adultos idosos que colocassem os diversos itens nas categorias (escalas) que consideravam mais apropriadas, tendo verificado que existia

um grau de concordância de 70% na categorização dos 36 itens e em alguns itens o grau de concordância era superior a 90%.

Para testar a validade da reformulação deste instrumento (Wong et al, 1994) conduziram um estudo no qual aplicaram, para além da DAP-R, outros cinco instrumentos: 1) a Escala de Ansiedade perante a Morte - DAS (Templer, 1970), 2) a Escala de Perspectiva sobre a morte - DPS (Hooper e Spilka, 1970), 3) a Escala de Diferencial Semântico (Wong et al, 1994), 4) a Escala de Bem-Estar Percebido - PW (Reker e Wong, 1984) e 5) a Escala de Depressão de Zung (1985).

Todos estes instrumentos foram aplicados a 100 jovens adultos entre os 18 e os 29 anos (55 homens e 45 mulheres, com uma média etária de 23,3 anos), 100 adultos de meia-idade entre os 30 a os 59 anos (47 homens e 53 mulheres, com uma média etária de 41,8 anos) e 100 adultos de idade avançada entre os 60 e os 90 anos de idade (35 homens e 65 mulheres, com uma média etária de 72,9 anos). Decorrido um mês desta aplicação, apenas a DAP-R voltou a ser aplicada a uma amostra aleatória de 30 sujeitos de cada um dos grupos etários da amostra global, para testar a sua consistência temporal.

A análise de componentes principais da DAP-R, indicou que os itens organizavam-se, tal como previsto teoricamente: em cinco factores que claramente correspondiam às escalas já mencionadas. Foram, na sequência destas análises, eliminados quatro itens por não se distribuírem factorialmente da forma prevista. A DAP-R ficou, desta forma, constituída por 32 itens cujo ajustamento factorial era o mais próximo possível do previsto teoricamente e as escalas ficaram com a seguinte distribuição: 10 itens para a aceitação religiosa, 7 itens para a escala de medo da morte, 5 itens para o evitamento da morte, 5 itens para a aceitação de escape e 5 itens para a aceitação neutra. Da análise factorial realizada (Wong et al, 1994) verificou-se que as cinco componentes são independentes e que os factores são puros e internamente consistentes (com alfa de Cronbach a variar entre .65 e .97 para as componentes).

A análise da fiabilidade teste-reteste mostrou que as escalas no seu conjunto mantêm uma boa consistência temporal.

Relativamente à validade convergente verificou-se que a escala "medo da morte" se correlacionava positivamente com os resultados obtidos na DAS (Templer, 1970) e negativamente com a escala de diferencial semântico sobre a vida e a morte (Wong et

al, 1994). A aceitação neutra estava positivamente relacionada com a escala de indiferença perante a morte da DPS (Hooper e Spilka, 1970) mas não apresentava relação com a escala de diferencial semântico sobre a morte. A aceitação religiosa estava positivamente correlacionada com a escala da morte como uma recompensa da DPS (Hooper e Spilka, 1970) e com a escala de diferencial semântico sobre a vida e a morte. A aceitação de escape estava correlacionada positivamente com a escala de diferencial semântico acerca da morte, mas não apresentava, ao contrário do esperado pelos autores, relação com os itens dessa escala relativos a vida. No entanto, apresentava correlação significativa e negativa com PWFB (Reker e Wong, 1984) o que sugere que a falta de saúde física é o mais forte preditor da aceitação de escape no que se refere a morte.

Tudo sugere que a DAP-R constitui a única medida que abrange um mais largo espectro de atitudes perante a morte, permitindo que o medo da morte não seja estudado de forma descontextualizada de outras atitudes perante a morte.

A DAP-R oferece a possibilidade de perspectivar a configuração de atitudes como ocorre num exemplo facultado por Wong et al (1994): uma pessoa com um baixo nível de medo da morte e uma elevada aceitação de escape é certamente diferente de uma pessoa com igual nível de medo da morte e uma elevada aceitação neutra porque a primeira é provavelmente uma pessoa que não teme a morte porque está doente e cansada de viver enquanto a segunda não a teme mas quer aproveitar ao máximo o tempo que tem enquanto este viva embora saiba que a morte é inevitável.

Os autores também acrescentam que o sentido de vida é muito importante para determinar o padrão de atitudes perante a morte e que a integração de instrumentos de medida de significado de vida combinados com escalas de atitudes perante a morte parece ser a melhor forma de compreender a complexidade do tema da percepção individual da morte (Wong et al, 1994).

Após a breve revisão dos principais instrumentos destinados à medida de atitudes perante a morte cumpre justificar a escolha do DAP-R como medida central no presente estudo que se deveu essencialmente à possibilidade de acesso a um mais vasto leque de atitudes perante a morte, que não apenas as consideradas mais negativas, ao contrário do que sucede na grande maioria dos instrumentos revistos. O cuidado depositado na sua

construção e as suas promissoras qualidades psicométricas foram igualmente um factor de peso nesta decisão.

Na investigação sobre a ansiedade perante a morte dever-se-á ter o cuidado de utilizar instrumentos de medida bem validados e multidimensionais e específicos para que a avaliação possa ser clinicamente útil e tenha qualidade científica (Neimeyer, 2003-2004). Dos vários instrumentos para avaliação das atitudes perante a morte a opção pelo DAP-R (Perfil de atitudes face à morte de Wong, Recker & Gesser, 1994) deveu-se também o facto de ser um instrumento multidimensional específico e bem validado. Apresenta boas qualidades psicométricas: consistência interna com um alpha de Cronbach entre 0.65 e 0.97 (Wong et al, 1994), boa consistência temporal na análise de fiabilidade teste- reteste e boa validade convergente. Constitui-se numa medida que abrange um largo espectro de atitudes perante a morte, permitindo que a dimensão medo da morte não seja estudada descontextualizada de outras atitudes perante a morte.

O perfil de atitudes face à morte (Wong, 1994) é constituído por 32 itens, que permitem obter 5 dimensões: aceitação neutra (a morte faz parte da vida, tem que ser aceite); aceitação religiosa (vida feliz para além da morte); aceitação de escape (a morte como única saída para o sofrimento); evitamento (evita falar sobre a morte e evita o contacto); medo da morte (forma como cada um teme ou aceita a morte depende da forma como aprendeu a aceitar o seu percurso de vida, dando-lhe um significado). Cada item é cotado de 1 a 7, no sentido do “discordo muitíssimo” (1) para o “concordo muitíssimo” (7). Esta escala foi validada para a população portuguesa por Loureiro, (2010), com um alpha de Cronbach entre .65 e .97 (os resultados obtidos da nossa amostra foram de .84 a .85).

### **Sentido da vida**

Para avaliar o sentido de vida podemos utilizar métodos qualitativos e quantitativos. Como exemplos dos primeiros apontam-se: Purpose in Life Test ou teste de Propósito e sentido de vida de Crumbaugh e Maholick (1964); Life Regard Index ou Índice de Observação da vida de Batista e Almond (1973); Sense of Coherence Scale ou escala de sentido de coerência de Antonovsky (1984); Life Attitude Profile-Revised ou Perfil de Atitudes perante a Vida-revisto de Reker e Peacock (1981) e de Reker (1992); Personal

Meaning Profile ou Perfil Pessoal de sentido de Wong (1998); Seeking of Noetic Goals (SONG) ou Procura de objetivos Inspiracionais de Crumbaugh (1997); Meaning in Suffering Test (MIST) ou teste da procura de sentido no sofrimento de Stark (1985); Life orientation Test (LOT) ou teste de orientação para a vida de Scheier e Carver (1985); Meaning in life scale (ML) ou escala de sentido de vida de Warner e Williams (1987); World Assumptions Scale (WAS) ou escala de assunções do mundo de Janoff-Bullman (1989); Constructed Meaning Scale (ML) ou escala de sentido construído de Fife (1995); Sources of meaning Profile-Revised (SOMP-R) ou perfil de fontes de sentido – revisto de Reker (1996); The meaning in life questionnaire (MLQ) ou questionário do sentido da vida de Steger et al (2006).

Selecionámos o PIL (Purpose in life Test) ou Teste de propósito e sentido de vida criado por Crumbaugh e Maholick (1964) por ter servido de inspiração inicial a praticamente a todos os instrumentos revistos, bem como por integrar a perspectiva teórica de Frankl, que o PIL procura operacionalizar com o objectivo de tornar quantificável o conceito de propósito e de sentido de vida e medir o grau de frustração existencial de acordo com a formulação de Frankl. Para este autor a essência humana reside na motivação para encontrar um sentido para a vida, este é intrínseco à consciência humana, constitui um referencial interno que permite encontrar formas de melhor lidar com as dificuldades (mesmo as experiências extremas) transformando-as positivamente (Frankl, 1985,1986,1988).

Para os autores do PIL, o conceito de propósito e sentido de vida pode ser definido como a interpretação ontológica da vida na perspectiva do individuo que a experimenta. A escolha da escala atitudinal do PIL deveu-se também e sobretudo à extensa validação e uso continuado do instrumento, ao longo de mais de quatro décadas, e à percepção de que as restantes medidas geradas ainda não conseguem suplantar integral e consistentemente, as falhas que apontam ao PIL.

Os itens foram formulados tendo por base uma revisão de literatura de orientação existencialista, com ênfase particular no contributo de Viktor Frankl, na procura de aspectos que permitissem discriminar as pessoas ditas normais de pessoas com diversos tipos de perturbação mental ou comportamental, nomeadamente no âmbito da psicopatologia.

PIL é constituído 20 itens (versão actual Crumbaugh, 1968). Cada item está formulado com a sua própria escala de Likert de sete pontos, mas contém a singularidade de por baixo de cada um dos extremos da escala (por baixo do 1 e do 7) conter afirmações específicas escritas, relativamente ao item em causa, para orientar o indivíduo na resposta. Neste sentido, fornece simultaneamente uma escala de Likert e uma de diferencial semântico e torna cada item uma espécie de escala dentro de outra escala, que segundo o autor da escala, estimula e reforça o significado da resposta. Segundo Crumbaugh (1968), através da conjugação de ancoras qualitativas a ilustrar extremos quantitativos de um modo específico "the scale would be less monotonous and would stimulate more meaningful responses" (p.202).

Relativamente ao PIL, é importante referir que o valor final é obtido pela soma simples da pontuação de cada um dos seus 20 itens. Os itens cotados directamente de 1 a 7, são 11 (1,3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 16, e 20). Os restantes itens são cotados inversamente de 7 a 1 e são 9 (2, 5, 7, 10, 14, 15, 17, 18 e 19). No estudo preliminar que deu origem ao PIL, este instrumento continha 25 itens dos quais cerca de metade foi eliminada, introduzidos outros e reformulados alguns, dando origem a uma escala final com 22 itens, que foi a utilizada por Crumbaugh e Maholick em 1964. Posteriormente, em 1968, o PIL foi novamente testado e sofreu as alterações que reduziram a 20 número de itens que o compõem actualmente (Crumbaugh, 1968). A pontuação final é calculada através da soma simples das pontuações obtidas. Na versão de 20 itens, as pontuações totais obtidas no PIL variam entre 20 e 140, representando respectivamente o mais baixo e mais elevado grau de propósito e de sentido da vida.

Com base no estudo de Crumbaugh (1968), Crumbaugh e Maholick (1969) estabeleceram como valores médios de propósito e sentido de vida os que se situam entre 92 e 112. Os valores inferiores a 92 podem indicar condições de vazio existencial potenciadoras da neurose noogénica definida por Frankl (1985).

O PIL tem sido amplamente testado e utilizado por diversos investigadores, tornando-se uma medida "padrão" no que respeita ao propósito e sentido de vida.

Validada para a população portuguesa por Peralta, 2001; Peralta e Duarte, 2003), com uma consistência interna para todos os itens (alph Chronback .89).

## **Escala de estilos de vinculação do adulto**

A vinculação do adulto refere-se a uma tendência estável do indivíduo para manter a proximidade e o contacto com uma ou algumas figuras específicas, percebidas como potenciais fontes de segurança física e/ou psicológica (Sperling e Berman, 1994).

Para a sua avaliação utilizou-se a versão portuguesa de Adult Attachment Scales (AAS-R) de Collins e Read (1990).

A escala foi construída por Collins e Read (e revista, pelos mesmos autores, em 1990) com o objectivo de ultrapassar as limitações inerentes ao instrumento de três itens de Hazan e Shaver (1987).

Na construção da escala, os autores extraíram, em primeiro lugar, as afirmações dos parágrafos do instrumento de Hazan e Shaver (1987), obtendo quinze itens (cinco para cada estilo de vinculação). Em seguida, seis novos itens foram acrescentados, para incluir dois aspectos fundamentais da vinculação, não incluídos no instrumento de Hazan e Shaver: (a) crenças sobre a disponibilidade da figura de vinculação e a sua resposta quando requerida (três itens) e (b) reacções à separação da figura de vinculação (três itens). A versão preliminar da escala ficou assim, composta por vinte e um itens, sete para cada estilo de vinculação. Numa amostra de 286 mulheres e 184 homens, foram realizados estudos psicométricos do instrumento dos quais resultou a actual versão de 18 itens.

A análise factorial dos 18 itens revelou a presença de três dimensões, cada uma das quais constituída por seis itens. A primeira, designada por “Close”, avalia a forma como o indivíduo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas; a segunda “Depend”, avalia a forma como os indivíduos sentem poder depender de outros em situações em que necessitam deles; por último, a terceira, “Anxiety”, avalia o grau em que o indivíduo se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado.

Os mesmos autores mencionam aspectos da validade convergente da escala, através da tradução das dimensões em estilos de vinculação, feita a partir de procedimentos de análise de funções discriminantes e de análise de clusters, que organizaram os resultados ao longo de três grupos teoricamente consistentes com três estilos de vinculação referidos por Hazan e Shaver (1987).

Com o objectivo de explorar a congruência entre diversas medidas de auto-relato da vinculação na idade adulta, Sperling, Foelsch e Grace (1996) administraram o instrumento de Hazan e Shaver para avaliação dos estilos de vinculação (1987), a Attachment Style Measure (Simpson, 1990), a Adult Attachment Scale (Collins & Read, 1990), o Attachment Style Inventory (Sperling & Berman, 1991), o Reciprocal Attachment Questionnaire (West, Sheldon & Reiffer, 1987) e a Anxious Romantic Attachment Scale (Hindy, Schwars & Brodsky, 1989) a 160 estudantes universitários.

Globalmente os resultados indicam níveis satisfatórios de consistência interna nos diferentes instrumentos e valores de correlação significativos entre as diversas medidas.

A escala é composta por 18 itens, sendo utilizada uma escala tipo de Likert em que os itens são classificados em cinco (5) categorias, (1, nada característico em mim; 2, pouco característico em mim; 3, característico em mim; 4, muito característico em mim e 5, extremamente característico em mim).

Os primeiros estudos psicométricos (tradução e validação) resultantes da aplicação da Adult Attachment Scale à população portuguesa foram realizados por Canavarro (1997). Nessa ocasião, à versão portuguesa da escala correspondeu a designação de Escala de Vinculação do Adulto (EVA), designação que se mantém actualmente. Procedeu-se à tradução do instrumento original de Collins e Read (1990, versão revista). Seguidamente, foi feita a retroversão e a passagem do instrumento a um pequeno grupo de pessoas, com o objectivo de verificar a acessibilidade de vocabulário e a compreensão unívoca dos itens, de acordo com os procedimentos sugeridos por De Figueiredo e Lemkau (1980). Finalmente a escala foi preenchida por uma amostra de 192 indivíduos (150 mulheres e 42 homens), maioritariamente casados ou a viver maritalmente e com um grau de instrução correspondente a um curso médio ou à frequência universitária.

Nessa ocasião, os estudos da consistência interna da EVA revelaram, através da análise da média dos itens (dado que o desvio-padrão variava entre 0,731 e 1,155) que todos eles se encontram bem centrados. O índice de alpha de Cronbach correspondente a cada item apresentava valores dentro dos intervalos considerados adequados, situando-se entre 0,759 e 0,688. A análise das correlações entre o item e o valor global, excluindo o item, revelou que os itens 1 e 14 não apresentavam valores considerados adequados de

acordo com os critérios de Streiner e Norman (1989), ou seja, superiores a 0,2, o que conduziu à sua posterior reformulação e ajustamento.

No referido estudo, num subgrupo de 102 indivíduos, foi também avaliada a estabilidade temporal do instrumento. O tempo entre o teste e o reteste correspondeu a um intervalo mínimo de seis semanas. Verificou-se que as correlações encontradas (entre 0,423 e 0,645) eram significativas, indicando boa estabilidade temporal da escala.

O processo de factorização conduziu também a três factores a que se atribuíam designações diferentes da versão anterior para reflectir de forma mais linear os adoptados por Collins e Read (1990).

Embora exista paralelismo entre as dimensões que anteriormente a autora designou por Dimensões de Vinculação Ansiosa, Segura e Evitante e as actuais dimensões designadas, respectivamente, por Ansiedade; Conforto com a Proximidade e confiança nos Outros, constatada através da contribuição dos itens para cada dimensão, as alterações verificadas e a ponderação de alguns aspectos conceptuais levaram a optar pelas designações actuais que reflectem, de forma mais linear, as adoptadas por Collins e Read (1990;1994).

Assim, o factor 1, Ansiedade, refere-se ao grau de ansiedade sentida pelo indivíduo, relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido; o factor 2, Conforto com a Proximidade, refere-se ao grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade; e, por último, o factor 3, Confiança nos Outros, diz respeito ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentida como necessária.

Para efeitos prosaicos de descrição e análise dos dados adoptaremos a primeira designação (vinculação ansiosa, segura e evitante).

### **Escala de crescimento pessoal**

Dos vários instrumentos criados para medir os constructos integrando esta área seleccionámos num primeiro tempo os seguintes:

*Personal Growth Initiative Scale* (PGIS) instrumento criado por Cristine Robitschek (1998) para medir o bem-estar social dos estudantes universitários. É uma construção

metacognitiva que descreve uma orientação, direcção activa e propositada para compreender o processo de procura do crescimento pessoal. Contém componentes cognitivos e comportamentais.

*Scale of Psychological Well-Being* de C. Ryff, (1989), tem como objectivo avaliar o bem-estar subjectivo considerado como um construto multidimensional, em adultos. Está validada para a população portuguesa por Novo, Silva e Peralta (1997) e por Ferreira e Simões (1999) sendo que estas duas versões são diferentes.

*Well Being Manifestation Measure* (WBMMS), de Masse et al, (1998) com o objectivo de avaliar a expressão de bem-estar em adultos e foi adaptada para a população portuguesa por Monteiro, Tavares e Pereira (2006).

Quanto ao crescimento pessoal, dos vários instrumentos disponíveis, o mais utilizado é o *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), (Tedeschi, Calhoun, 1996). Atendendo que se refere preferencialmente às reacções de acontecimentos traumáticos preferimos utilizar a *sub-escala de crescimento pessoal* (PGS) do “ Hogan Grief Reaction Checklist” – HGRC, (Hogan, Greenfield, Schmidt, 2001) que mede a consciência existencial e espiritual assim como o sentimento de maior tolerância para si próprio e para os outros, compaixão e esperança.

Esta sub-escala correlaciona-se negativamente com todas as outras escalas HGRC bem como as sub-escalas doutros instrumentos “ Grief Experience Inventory” – GEI (Sanders et al., 1995), “ Texas Revised Inventory of Grief” – TRIGI (Faschinghauer, 1981), “The Impact of Event Scale” – IES (Horowitz, 1979). A correlação negativa entre as sub-escalas e dezoito outras sub-escalas demonstra uma forte evidência de que o crescimento pessoal é um componente intrínseco e único do processo de luto.

A escala é composta de doze (12) itens e é cotada através duma escala tipo Likert, em que os itens são classificados em cinco categorias (1 discordo fortemente; 2 discordo; 3 discordo um pouco; 4 concordo; 5 concordo fortemente), cuja validação da tradução depois da autorização da autora, foi realizada por Coelho, 2010, (em publicação).

A autora da escala (Hogan, 2001) verificou na sua amostra (N= 586 adultos) um alpha Cronbach de .82 tendo sido .92 o valor obtido na nossa amostra.

## **Escala de Sobrecarga de Luto Profissional**

Esta escala foi por nós construída a partir dos itens da “Development of a Short Form Inventory” e do “Hospice Clinician Grief Inventory”, nelas baseada, depois de obtida a respectiva autorização dos autores. Estes dois instrumentos procuram medir a experiência actual e pessoal de luto dos cuidadores familiares de pessoas com demência progressiva para a primeira e de profissionais de saúde trabalhando em hospícios para a segunda.

O processo de validação de um questionário agrupa um conjunto de procedimentos que garantem que a versão utilizada na cultura para que está a ser validada mede de forma apropriada (com validade, fidelidade e sensibilidade) o, ou os constructos ou conceitos em estudo.

Os cinquenta (50) itens iniciais foram traduzidos para a língua portuguesa por dois tradutores profissionais cuja língua mãe é o português e que falam fluentemente o inglês. A versão de consenso foi sujeita a um grupo de 8 peritos, das áreas de: enfermagem (4), psicologia (1), psiquiatria de ligação e luto (1), cuidadores (2).

O modelo de Delphi é uma técnica que permite obter consenso mais fiável de um grupo de peritos através da aplicação de uma série sequencial de questionários, remetidos ao painel de peritos sob a forma de rondas, para obter um consenso mais fiável. São apresentadas várias proposições ao grupo de peritos seleccionados, para que cada um individualmente, as ordene mediante um critério estabelecido. É uma técnica útil para situações em que há falta de consenso ou um estado incompleto sobre o tema, como tal o Delphi é particularmente valorizado pela sua capacidade de estruturar e organizar a comunicação do grupo (Powell, 2002).

Foi utilizado o modelo de Delphi até se encontrar o consenso entre os peritos. Para a selecção dos vinte (20) itens mais pertinentes para caracterização da experiência de luto profissional. O critério de escolha dos peritos deveu-se não só a uma preparação académica, mas também à experiência individual do fenómeno de luto, pois nos pareceu que este último critério considerado essencial para determinar a validade de conteúdo dos itens. Foram seleccionados os itens que obtiveram 80% do consenso, assim como, itens considerados teoricamente significativos pelo primeiro autor.

Desta primeira fase do trabalho resultaram dezoito itens (18) que constituíram a primeira versão da escala de sobrecarga de luto profissional (SLP). É uma escala tipo Likert, em que os itens são classificados em cinco categorias, (1, discordo fortemente; 2, discordo; 3, concordo um pouco; 4, concordo e 5, concordo fortemente). A SLP foi construído de forma quanto maior pontuação obtida maior o nível de sobrecarga de luto profissional.

Foi realizado um pré-teste a cinco (5) profissionais de saúde desenvolvendo a sua actividade profissional em contexto oncológico, de cuidados paliativos e psicologia da saúde que teve como objectivos testar a compreensão das instruções, bem como, dos diferentes itens, a receptividade e a adesão aos conteúdos (equivalência operacional), clareza da informação, o formato, agradabilidade visual e a facilidade e tempo de preenchimento. Foram melhorados o processo de cotação e o novo formato foi testado com sucesso, com melhoria franca na visualização da escala total.

A escala foi utilizada na amostra do estudo constituída por 360 enfermeiros cujas características foram já descritas anteriormente.

#### *Características psicométricas*

A fidelidade da SLP (18 itens) foi verificada através da análise de consistência interna pelo coeficiente de alpha de Cronbach (.75). A homogeneidade foi calculada aferindo a correlação de cada item com a nota global, tendo sido utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Atendendo a que três itens (“Perdi pessoas que me eram próximas e isso torna difícil cuidar de outras que estão a morrer”; “Tenho tido dificuldade em aceitar o que acontece aos meus doentes e às famílias”; “Sinto um sentimento constante de responsabilidade, que não me abandona”) não apresentavam os valores considerados adequados de acordo com critérios de Streiner e Norman (1989) ou seja superior a 0.2, foram eliminados ficando a escala a contar com 15 itens.

Todos os itens apresentaram uma alpha de Cronbach entre 0.78 e 0.86 sendo o alpha de Cronbach total (.81) e em relação a cada factor ( F1 .78, F2= .82, F3 = .86, F4 = .81) .

Para determinar a validade de constructo da SLP, recorreu-se à análise factorial para reter agrupamentos de conceitos fortemente ligados entre si (factores). Utilizou-se previamente o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=.869) que indicaram uma boa

correlação entre as variáveis e o teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2 = 1925.087$ ,  $p < .0001$ ), que revelou um nível estatisticamente significativo. Tendo ambos os testes sugerido que o modelo factorial seria uma boa escolha para análise de dados, utilizou-se o critério de Kaiser na extracção do número de componentes a reter, utilizando como critério a retenção de factores que apresentassem valores próprios  $> 1.00$ .

Através da análise de componentes principais, com rotação varimax ortogonal foi possível extrair quatro (4) factores representando uma variância explicada de 56,26 % (Factor 1 = 34,76%; Factor 2 = 8,29%; Factor 3 = 7,21%; Factor 4 = 6,00%) (Tabela 2).

**Tabela 2 - Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal com 4 factores**

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Sinto que estou a perder a minha liberdade	. 70			
Sinto-me tão frustrado que, muitas vezes, me distancio da minha família quando chego a casa	. 70			
Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, para me dedicar a interesses pessoais fora do serviço	. 67			
Passo muito tempo preocupado com as coisas más que poderão acontecer	. 67			
Lidar com a morte e a agonia assemelha-se a uma perda dupla. Perco a proximidade com os meus doentes e a intimidade com a minha família	. 64			
Estou agarrado a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação	. 60			
Tenho insónias, porque estou preocupado com o que está acontecer aos meus doentes e como actuarei no dia seguinte	. 59			
É doloroso cuidar de doentes em fase terminal		. 78		
Consigo lidar melhor com outro tipo de doentes do que com os doentes em fase terminal		. 77		
Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes		. 54		
Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passámos juntos			. 84	
Sinto um vazio e uma tristeza com a morte do meu doente			. 67	
Não tenho ninguém com quem conversar				. 76
Os meus amigos não compreendem o processo por que estou a passar				. 67
As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar				. 61

Ao factor 1 foi designado “Confinamento atormentado”; integra 7 itens (2, 5, 6, 10, 12, 13, 14), refere-se a situações em que o profissional de saúde, exposto a perdas múltiplas cumulativas, manifesta uma restrição na sua vida pessoal, limitando os contactos com a família e os outros, não se dando tempo a si próprio, com preocupações frequentes sobre as perdas de doentes que estiveram ao seu cuidado e sentimento de ter a vida encarcerada, sem liberdade devido às responsabilidades e exigências profissionais.

O factor 2 foi designado “Esforço emocional no cuidar”, integra 3 itens (8, 9, 15), refere-se à dor mental ou às dificuldades emocionais sentidas que ocorrem no cuidar destes doentes em fase terminal comparativamente com outros tipos de doentes.

O factor 3 foi designado “Perda nostálgica”, integra 2 itens (1, 4), refere-se aos sentimentos de ausência, saudade e/ou vazio relativo aos doentes falecidos.

O factor 4 foi designado “Partilha incompreendida”, integra 3 itens (3, 7, 11) refere-se à dificuldade ou impossibilidade de validação ou legitimação dos sentimentos experimentados pelo profissional na sequência da morte dos seus doentes, por familiares, amigos e colegas.

Os 4 factores correlacionam de forma estatisticamente significativa, entre eles e com o total (Tabela 3).

**Tabela 3 - Correlação entre os factores da SLP**

	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>
<b>F1</b>				
<b>F2</b>	.469 .000			
<b>F3</b>	.462 .000	.312 .000		
<b>F4</b>	.524 .000	.289 .000	.283 .000	
<b>Total</b>	.845 .000	.691 .000	.595 .000	.682 .000

Para a validade convergente comparou-se correlacionalmente as quatro subescalas e o total do ELP com as três (3) subescalas de Maslach, tendo-se verificado correlações estatisticamente significativas das três dimensões da escala com três das dimensões e o total da ELP. O factor 3 (perda nostálgica) não se correlaciona com nenhuma das dimensões da escala do Maslach afigura-se esperável porque esta escala mede a sobrecarga mas não a especificidade da perda (Tabela 4).

**Tabela 4 - Matriz de correlações entre as dimensões do MAS e o SLP**

<b>MAS</b>	<b>F1 Confinamento atormentado</b>	<b>F2 Esforço emocional no cuidar</b>	<b>F3 Perda nostálgica</b>	<b>F4 Partilha incompreendida</b>	<b>Total</b>
Exaustão emocional	.375 .000	.268 .000		.273 .000	.351 .000
Despersonalização	.306 .000	.179 .001		.181 .001	.247 .000
Realização profissional	-.200 .000	-.103 .049		-.105 .045	-.150 .004

A validade discriminante foi avaliada comparando os scores das várias subescalas e o total em várias populações de enfermeiros em serviços diferentes, tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas na intensidade de luto profissional nos vários grupos seleccionados. (Tabela 5)

**Tabela 5 - Valores do SLP consoante os serviços**

	<b>Total N = 360</b>	<b>Medicina N= 187</b>	<b>Oncologia N=48</b>	<b>Hematologia N= 69</b>	<b>Cuidados Paliativos N= 59</b>
<b>Confinamento atormentado F1</b>	12.94	13.06	13.60	13.70	11.14
<b>Esforço emocional no cuidar F2</b>	8.98	9.29	9.02	9.58	7.25
<b>Perda nostálgica F3</b>	5.43	5.41	4.85	5.91	5.41
<b>Partilha incompreendida F4</b>	7.96	7.78	7.83	8.71	7.73
<b>Total</b>	35.31	35.54	35.31	37.90	31.53

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com scores mais baixos, em todas as sub-escalas e no total da SLP, nos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos comparados com os enfermeiros dos serviços de hematologia, excepto no factor 3 “perda nostálgica” (F1-  $t = 3.42; p < .001$ ; F2 –  $t = 5.83; p < .001$ ; F4  $t = 2,80; p < 0.23$ ; Total  $t = 4.73; p < .0001$ ).

Ocorrem diferenças estatisticamente significativas com scores mais baixos, em todas as sub-escalas e no total da SLP, nos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos,

excepto nos factores 3 e 4 “perda nostálgica” e “partilha incompreendida” e no total comparados com os enfermeiros dos serviços de oncologia (F1  $t = 2,68$ ;  $p < .009$ ; F2  $t = 3,29$ ;  $p < .001$ ; Total  $t = 2,08$ ;  $p < .041$ ).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com scores mais baixos, em todas as sub-escalas e no total da SLP, nos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos, excepto no factor 3 e 4 “perda nostálgica” e “partilha incompreendida” comparados com os enfermeiros dos serviços de medicina (F1  $t = 3,25$ ;  $p < .001$ ; F2  $t = 5,63$ ;  $p < .0001$ ; Total  $t = 3,44$ ;  $p < .001$ ).

Apuraram-se diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao género, apresentando o género feminino scores mais elevados de SLP nos F 1 ( $t = 2,06$ ;  $p < .040$ ), F 3 ( $t = 3,01$ ;  $p < .003$ ), Total ( $t = 2,24$ ;  $p < .026$ ).

**Tabela 6 - Correlações entre as variáveis sociodemográficas com as dimensões da SLP**

	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>Total</b>
<b>Género Feminino (t)</b>	2.06 .04		3.01 .003		2.24 .026
<b>Idade (r)</b>	.11 .043			.17 .001	.14 .006
<b>Tempo de exercício profissional (r)</b>				.16 .002	.12 .026
<b>Formação em CP</b>		-.25 .0001			-.14 .011
<b>Grau de prestação de cuidados terminais (r)</b>		-.16 .002			
<b>Categoria profissional (r)</b>				2.00 .04	

Verificou-se ainda quanto à idade uma correlação positiva estatisticamente significativa com F1 ( $r = .11$ ;  $p < .043$ ); F 4 ( $r = .17$ ;  $p < .001$ ) SLP total ( $r = .14$ ;  $p < .006$ ).

Quanto ao tempo de exercício profissional existe uma correlação estatisticamente significativa com F4 “partilha incompreendida” ( $r = .16$ ;  $p < .002$ ) e SLP Total ( $r = .12$ ;  $p < .026$ ).

Relativamente à formação em cuidados paliativos assinalou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa com F2 “esforço emocional no cuidar” ( $r = -.25$ ;  $p < .0001$ ), SLP Total ( $r = -.14$ ;  $p < .011$ ).

No grau de frequência de prestação de cuidados terminais destacou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa F2 “esforço emocional no cuidar” ( $r = -.16$ ;  $p < .002$ ).

Quanto à categoria profissional, verificou-se que os enfermeiros com a categoria de graduados e especialistas apresentavam um melhor score, estatisticamente significativo, no F4 “partilha incompreendida” ( $T = 2.00$ ;  $p < .04$ )

As análises de fidelidade e validade de SLP evidenciaram um padrão de dados sugerindo que as sub-escalas da SLP fornecem informação fidedigna e válida sobre a sobrecarga de luto profissional (SLP), apesar de não ter sido possível efectuar a análise teste - reteste para verificar a estabilidade ao longo do tempo, devido ao formato de anonimato do protocolo. Foi possível verificar que os coeficientes alpha de cronbach para as sub-escalas e valores totais eram internamente consistentes e que os dados da validação produziram uma rede de correlações que eram, no geral, consistentes com a estrutura conceptual da SLP.

A quase totalidade das subescalas (SLP), excepto o factor 3 (perda nostálgica), mostraram uma forte correlação com as sub-escalas de outro instrumento de stress profissional com conteúdos similares em quase todas as outras dimensões.

Consideramos que a ESLP é recomendada para estudos futuros, considerando que expande as possibilidades de abordagem que os investigadores dispõem para estudarem o processo de luto profissional.

### **Questionário Maslach Burnout Inventory**

Esta escala foi inicialmente desenvolvida há mais de 20 anos, numa época em que se evidenciava um grande interesse pelo *burnout* e pela necessidade de medir as experiências pessoais específicas de *burnout*.

Maslach e Jackson (1981) decidiram criar um instrumento de medida o Maslach *Burnout Inventory* (MBI) que é o instrumento mais conhecido e mais utilizado em todo o mundo. A investigação inicial ocorreu no Canadá mas, posteriormente, foram efectuados múltiplos estudos em diversos países e realizadas traduções em várias línguas (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

O instrumento original foi desenvolvido para ser aplicado em profissionais de serviços que lidavam directamente com pessoas envolvendo muitas vezes situações problemáticas, cuja interacção profissional/cliente se centrava nos problemas a nível psicológico, social ou físico do último (MBI – Human Services Survey ou MBI-HSS) (Maslach, Jackson, 1996). Posteriormente foram efectuadas adaptações para utilização de professores (MBI – Educators Survey ou MBI – ES) (Maslach, Jackson, Schwab, 1996) e ainda em profissionais de outros ramos de actividade que não lidam directamente com pessoas ou que têm apenas um contacto casual (MBI – General ou MBI – GS) (Schaufeli et al., 1996).

O MBI permite avaliar cada um dos três componentes de “*burnout*” (Maslach, Leiter, 2000). Um nível elevado de *burnout* corresponde a pontuações altas nas escalas de exaustão emocional e de despersonalização e uma baixa pontuação na escala de realização profissional, verificando-se o oposto em cada uma das escalas perante um nível reduzido de *burnout*. O nível médio de *burnout* reflecte-se em pontuações médias nas escalas (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

Uma forma preliminar do MBI – HSS composta por 47 itens foi inicialmente aplicada a 605 profissionais de serviços de saúde, ou de outros serviços que lidavam com pessoas, cuja actividade profissional poderia estar associada a stress crónico. Após análise factorial, os itens foram reduzidos para 25, os quais foram aplicados a uma amostra de 420 pessoas. Posteriormente, a análise factorial dos 25 itens, baseada nos resultados obtidos nas duas amostras combinadas (n= 1.025), permitiu a sua utilização em múltiplas amostras e em vários países (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

A análise factorial evidencia um modelo de *Burnout* constituída por três factores, cada um deles constituído pelo score de cada escala mencionada. As escalas da exaustão emocional e da despersonalização são independentes, embora estejam correlacionadas. A escala relativa à realização pessoal/profissional apresenta uma correlação muito reduzida com as duas anteriores, estando mais relacionada com as estratégias de coping (Lee, Ashforth, 1996; Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

Relativamente à análise por itens, verificou-se que o item doze “sinto-me com muita energia”, que integra a escala de realização pessoal, está fortemente correlacionado, e de um modo inverso, com a exaustão emocional, enquanto o item dezasseis “trabalhar

directamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress”, im item da escala exaustão emocional, tem uma correlação forte com a despersonalização (Leiter, Durup, 1994). Contudo, a fim de manter consistência com os múltiplos estudos realizados na respectiva área de conhecimentos, os autores recomendam a manutenção do MBI-HSS com os vinte e dois itens e as respectivas cotações por escalas (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

A consistência interna estimada pelos autores através do coeficiente alfa de Cronbach numa amostra de 1.316 indivíduos foi de noventa centésimos para a escala de exaustão emocional, de setenta e nove centésimos para a despersonalização e de setenta e um centésimos para a realização pessoal (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

As escalas do MBI-HSS são estáveis ao longo do tempo, com correlações entre .50 e .80 em períodos de tempo de três meses a um ano (Leiter, Durup, 1996), o que sustenta o seu objectivo de medir estados crónicos. A escala de exaustão emocional é aquela que apresenta maior correlação teste-reteste (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

Os itens estão elaborados sob a forma de afirmações relativas a sentimentos ou a atitudes e cada resposta é dada pelo nível da frequência com que o inquirido a experimenta, numa escala de sete pontos (de zero, que corresponde a “nunca”, até seis que corresponde a “todos os dias”). Os scores para cada escala são considerados em separado, podendo ser individualmente codificados em “baixo”, “médio” e “alto” consoante os pontos de corte ou cutoff estabelecidos. No entanto, nem os códigos nem o score numérico devem ser utilizados para fins de diagnóstico individual (Maslach, Jackson, Leiter, 1997).

De acordo com os autores, as pontuações são consideradas altas, caso se encontrem no terço superior da distribuição da população, enquanto as pontuações situadas no terço médio e inferior correspondem, respectivamente, às pontuações médias e baixas (Maslach, Jackson, Leiter, 1996). De acordo com os grupos profissionais e com características da população estudada, os pontos de corte encontrados poderão ser diferentes, tal como é exemplificado no Quadro II, a propósito dos professores e dos médicos e enfermeiros.

Na escala inicialmente construída, cada resposta era dada em dois formatos distintos: (1) a frequência e (2) a intensidade de sentimentos (Maslach, Jackson, 1981). Contudo, como os autores verificaram que a correlação entre estes dois formatos era muito

elevada, para a versão actual, optaram somente pela avaliação da dimensão “frequência” (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

A versão actualmente utilizada do MBI – HSS é composta por 22 itens, os quais estão divididos por três escalas que avaliam aspectos diferentes da experiência de *burnout*: a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal/profissional.

1 – **Sub-escala de Esgotamento Emocional:** é definida pelos itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20, de tal forma que as suas pontuações encontram-se entre 0 e 54. Esta sub-escala é constituída por nove itens, avalia sentimentos de sobrecarga emocional e de exaustão, valoriza a sensação de falta de recursos emocionais e o sentimento de que nada se pode oferecer aos outros, isto acontece porque o indivíduo encontra-se emocionalmente esgotado pelo trabalho. Uma maior pontuação na sub-escala de Esgotamento Emocional implica um maior grau de *burnout*.

2 – **Sub-escala de Despersonalização:** é definida pelos itens 5, 10, 11, 15 e 22, e as suas pontuações podem oscilar entre 0 e 30. Esta sub-escala com cinco itens, mede uma resposta impessoal dos profissionais relativamente aos clientes e descreve as atitudes negativas, frias, distantes e insensíveis do profissional face aos clientes. Uma maior pontuação indica um maior nível de *burnout*.

3 – **Sub-escala de Realização profissional Profissional (auto-estima ou de êxito Pessoais no trabalho)** é definida pelos itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21 e as suas pontuações oscilam entre 0 e 48. Esta sub-escala composta por oito itens, avalia sentimentos de competência e de sucesso relativamente ao trabalho e valorizam os sentimentos de eficácia, de competência e de rendimento no trabalho. Há que ter em conta que pontua de forma inversa em relação às outras duas sub-escalas, de maneira que uma maior pontuação na autoestima profissional implica que existe um menor grau de *burnout*.

Na nossa amostra obtivemos na aplicação do MAS um alpha Cronbach semelhante à população americana (Tabela 7).

**Tabela 7 – Comparação do  $\alpha$  Cronbach entre as amostras norte-americana e portuguesa**

<b>MAS</b>	<b>Maslach 1996 N= 3727</b>	<b>Gama N= 360</b>
Exaustão emocional	0.89	.923
Despersonalização	0.80	.847
Realização profissional	0.79	.754

A versão portuguesa do questionário MBI traduzido por Pinto, foi utilizada em diversos estudos (Pinto, 2000; Pinto, Lima, Silva, 2003; Pinto, Lima, Silva, 2005). Nestes estudos, Pinto classificou os resultados nas três escalas do MBI como altos, médios ou baixos e repartiu, em três tercis semelhantes, a amostra de professores portugueses, de acordo com o sugerido por Maslach e colaboradores (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

## **5.5 Tratamento estatístico dos dados**

Recolhidos os dados foram lançados e posteriormente processados, utilizando o programa de análise estatística de dados SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.

Recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (medias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, coeficiente de variação) bem como técnicas inferenciais, análise bivariada, com teste de t de student para amostras independentes e teste de qui quadrado na comparação de frequência entre variáveis nominais, correlações de Pearson.

As análises bivariadas indicando-nos algum sentido inferencial nem sempre garantem todas as possibilidades dos vários factores interagirem simultaneamente sobre as variáveis dependentes pelo que para se chegar a esse objectivo se recorreu a uma metodologia de regressão múltipla passo a passo (SMR = Stepwise multiple regression).

A SMR é um procedimento útil para a construção de modelos explicativos em que se pretenda definir uma hierarquia de contribuições independentes de um conjunto de variáveis em relação a uma variável dependente, dado que a entrada em equação das

variáveis explicativas é subordinada a critérios de evitamento dos efeitos de multicolinearidade estatística. Por outras palavras: uma vez definida uma primeira variável que contribua potentemente para a explicação da variável dependente (em termos de variância explicada, que como se sabe equivale ao quadrado da correlação múltipla  $R^2$ , ou, no caso de uma correlação simples entre duas variáveis, ao quadrado dessa mesma correlação de ordem zero,  $r^2$ ), o método passo a passo selecciona uma segunda variável, de entre as independentes, recorrendo ao coeficiente de correlação semi-parcial entre ela e a ou/as variáveis já em equação, evitando assim tanto quanto possível a redundância explicativa.

Fixados os limites da aceitabilidade estatística da entrada em equação de novas variáveis (geralmente uma margem de erro 5%), a SMR define automaticamente a equação de regressão múltipla que minimizando a redundância melhor explica a variável que se definiu como dependente, ficando fora da equação todas as variáveis que, pelo seu grau de redundância em relação às da equação, nada ou quase nada acrescentariam ao modelo.

Considerou-se como nível de significância estatístico mínimo  $p < .05$ .

Para o estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos estudados foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total (excluindo o respectivo item) e o Alfa de Cronbach utilizado como medida de fidelidade interna dos instrumentos. A validade de constructo foi efectuada tal como no original através da análise factorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método de varimax.

Para uma melhor interpretação e análise dos dados, recorreu-se ao uso de quadros e gráficos, que constituirão um suporte importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

## 6 RESULTADOS/DISCUSSÃO

Para efeitos de descrição dos resultados adoptaremos a seguinte metodologia.

Num primeiro tempo, descreveremos os resultados referentes a cada uma das variáveis intermédias ou dependentes (sentido da vida, atitude perante a morte, crescimento pessoal, *burnout* e luto profissional) quando relacionadas com as variáveis independentes (idade, género, estilo de vinculação, experiência profissional, grau de exposição ocupacional à morte, local de trabalho) e faremos a respectiva discussão e conclusão parcelar. Num segundo tempo, descreveremos os resultados de uma análise multivariada de regressão múltipla (em relação às variáveis dependentes).

### 6.1 Ansiedade perante a morte

Quanto às variáveis sociodemográficas verificou-se que os enfermeiros mais idosos apresentavam uma maior aceitação de escape estatisticamente significativa ( $t= 3.99$ ;  $p < .0001$ ) e que o género feminino apresentava maior aceitação religiosa ( $t= 4.00$ ;  $p < .0001$ )

Não se encontraram diferenças significativas quanto ao estado civil em nenhuma das dimensões do DAP-R.

Nas variáveis profissionais, os enfermeiros graduados e especialistas apresentavam uma maior aceitação de escape ( $t= 4,45$ ;  $p < .0001$ ) e aceitação religiosa ( $t= 2,64$ ;  $p < .014$ ) do que os enfermeiros só com licenciatura.

Quanto ao grau prestação de cuidados em doentes em fase terminal e à formação em Cuidados Paliativos não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do DAP-R.

No que se refere aos serviços constatou-se que os enfermeiros dos serviços de Cuidados Paliativos apresentaram níveis inferiores em relação às dimensões medo da morte, evitamento, aceitação de escape, superiores em relação à aceitação neutra e semelhantes em relação à aceitação religiosa comparativamente com os enfermeiros dos serviços de medicina interna, oncologia e hematologia (Tabela 8).

**Tabela 8 - Atitude perante a morte nos vários serviços**

<b>DAP-R (<math>\bar{x}</math>)</b>	<b>Total N= 360</b>	<b>Medicina N= 190</b>	<b>Oncologia N= 49</b>	<b>Hematologia N= 70</b>	<b>Cuidados Paliativos N= 51</b>
Medo da morte	4.16	4.25	4.15	4.21	3.65
Evitamento	3.64	3.69	4.02	3.76	2.89
Aceitação neutra	5.35	5.33	5.45	5.22	5.49
Aceitação religiosa	3.74	3.71	3.61	3.83	3.81
Aceitação escape	3.50	3.48	3.69	3.79	2.95

Comparando as atitudes dos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos em relação aos dos serviços de medicina verificou-se que os valores obtidos eram inferiores e estatisticamente significativos nos serviços de cuidados paliativos nas seguintes dimensões: medo da morte ( $t= 3.32$ ;  $p < .001$ ), evitamento de morte ( $t= 4.10$ ;  $p < .0001$ ) e aceitação de escape ( $t= 3.06$ ;  $p < .002$ ).

Na comparação entre os enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos e os dos serviços de oncologia verificou-se que os valores obtidos eram inferiores e estatisticamente significativos nos serviços de cuidados paliativos nas seguintes dimensões: medo da morte ( $t= 2.10$ ;  $p < .039$ ), evitamento de morte ( $t= 4.68$ ;  $p < .0001$ ) e aceitação de escape ( $t= 3.10$ ;  $p < .002$ ).

Na comparação dos valores obtidos nos serviços de cuidados paliativos em relação aos serviços de hematologia verificou-se que eram inferiores e estatisticamente significativos nos serviços de cuidados paliativos nas seguintes dimensões: medo da morte ( $t= 2,50$ ;  $p < .011$ ), evitamento de morte ( $t= 3.64$ ;  $p < .0001$ ) e aceitação de escape ( $t= 3.86$ ;  $p < .0001$ ) e superior e estatisticamente significativa na dimensão neutra ( $t= 3,32$ ;  $p < .022$ ).

Curiosamente a aceitação neutra assume valores superiores, estatisticamente significativos, nos serviços cuidados paliativos em relação aos outros serviços, sendo a cotação mais reduzida a encontrada na hematologia.

Relativamente à aceitação religiosa não se verificaram diferenças significativas entre os serviços.

A aceitação de escape é significativamente inferior nos serviços de cuidados paliativos em relação aos outros, sendo mais elevada no serviço de hematologia.

Os profissionais com estilo de vinculação segura têm uma correlação positiva estatisticamente significativa com aceitação neutra ( $r=.16$ ;  $p< .003$ ) e negativa com aceitação de escape ( $r= - .16$ ;  $p< .002$ )

O estilo evitante correlaciona-se negativamente e de forma estatisticamente significativa com o medo da morte ( $r= - .13$ ;  $p< .012$ ) e com aceitação de escape ( $t= - 1.67$ ;  $p<.001$ )

O estilo ansioso correlaciona-se positivamente com o medo da morte ( $r=.13$ ;  $p< .015$ ) e aceitação de escape ( $r= .19$ ;  $p< .0001$ ) e negativamente com aceitação neutra ( $r= - .11$ ;  $p< .036$ ).

Ao se analisar através do método de regressão múltipla o contributo das variáveis independentes para a variável dependente “atitude perante a morte “nas suas diferentes dimensões (Tabela 9) verificamos que enquanto nas dimensões medo e evitamento da morte a variável mais determinante é o estilo de vinculação ansioso, já para a aceitação neutra e religiosa é o grau de formação em CP

**Tabela 9 - Regressão múltipla por cada uma das dimensões da DAP-R**

DAP -R	Beta	t	p<
<b>Medo da Morte</b>			
EVA Ansioso	.376	3.37	.001
<b>Evitamento da morte</b>			
EVA Ansioso	.284	2.46	.016
<b>Aceitação Neutra</b>			
Formação em CP	.243	2.08	.041
<b>Aceitação Religiosa</b>			
Formação em CP	.279	2.41	.019
<b>Aceitação de escape</b>			
EVA Seguro	-.362	-3.27	.001
Tempo de exercício profissional	.245	2.35	.028

Quanto à aceitação de escape esta é sobretudo determinada negativamente pelo estilo de vinculação seguro e positivamente pelo grau de prestação de cuidados a doentes terminais.

## **Discussão**

Os enfermeiros são o grupo profissional que mais perto está do doente e família, sendo vários os factores que podem influenciar as atitudes no cuidar do doente em fase terminal.

Demonstrou-se que os enfermeiros com maior idade e com mais tempo de exercício profissional têm uma maior aceitação de escape e uma maior aceitação religiosa uma vez que vêem a morte como uma fuga de uma existência dolorosa o que é concordante com o estudo de Dunn, Otten e Stephens (2005) que numa amostra de 58 enfermeiros em serviços de oncologia e de médico-cirurgica verificou que os profissionais com mais anos de prática apresentavam também uma maior aceitação de escape, o que se reflectia numa atitude positiva no cuidar de doentes em fase terminal. Os mesmos resultados foram também encontrados pelo estudo de Malliarou (2011) que, ao aplicar a DAP-R numa amostra de 150 enfermeiros gregos que trabalhavam em Cuidados Paliativos num Hospital Geral com o objectivo de relacionar as atitudes perante a morte com factores demográficos, concluiu que os enfermeiros gregos com mais experiência apresentavam atitudes mais positivas perante a morte, resultados semelhantes aos descritos por Isikhan (2004) e Lange (2008) que constataram que a experiência profissional tornava os enfermeiros mais flexíveis à sobrecarga de trabalho e mais capazes de lidar com as situações de fim de vida.

A maioria dos estudos concluem que uma maior exposição e experiência de trabalho com doentes em fase terminal se associa a uma relação mais positiva no contacto com a morte (Barrere, 2008; Lange, 2008; Rooda, Clements & Jorden, 1999), o que também é suportado por Benner (2001) que conclui que o conhecimento prático apreendido com a experiência profissional pode influenciar a forma como os enfermeiros cuidam de doentes.

Esperava-se encontrar uma associação significativa entre atitude perante a morte e o grau de cuidados prestados a doentes em fase terminal e a formação em cuidados paliativos, uma vez que esta filosofia prepara os profissionais para um outro olhar sobre os cuidados de forma a proporcionar um acompanhamento mais individual, digno e humano, mas no presente estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do DAP-R, mas unicamente nos enfermeiros que

têm vivência e prática efectiva de cuidados paliativos o que acentua a importância das estratégias profissionais permitindo discussões em grupo e reflexão individual sobre o processo de morrer.

Neste estudo os enfermeiros com a categoria de graduados e especialistas apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo com a categoria de enfermeiros relativamente à dimensão aceitação religiosa e aceitação de escape o que foi também verificado nos estudos de Ayoub (2010), de Dickinson (2008), de Dunn, Otten e Stephens (2005), e de Mohamed Ali, ao demonstrarem uma relação estatisticamente significativa entre o nível de educação e as atitudes perante a morte.

Frias (2003) num estudo qualitativo em enfermeiros sobre a aprendizagem do cuidar e a morte, concluiu que o medo dos profissionais de saúde está presente, através de atitudes de fuga, de redução de visitas aos doentes em fim de vida, marginalizando-os das rotinas, da sensação de não-aceitação, fracasso, frustração e impotência, da inexistência da partilha de sentimentos com a equipa.

Também o estudo de Frommelt (2003) concluiu que após um programa de formação sobre a morte a um grupo de 115 enfermeiros graduados, o grupo de intervenção educativa desenvolveu atitudes mais positivas em relação à morte enquanto que o grupo de controle não sofreu alterações significativas.

No nosso estudo verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente aos serviços (Medicina, Oncologia, Hematologia e Cuidados Paliativos) verificando-se valores mais elevados da dimensão medo da morte e evitamento em todos os serviços quando comparado com os Cuidados Paliativos, onde a aceitação neutra é estatisticamente significativa mais elevada, sendo os enfermeiros do serviço de hematologia a apresentarem sempre valores mais elevados em todas as dimensões do DAP-R relativamente aos outros serviços.

Será que a idade dos doentes em hematologia (por serem doentes mais jovens) e com um sofrimento mantido, na medida em que algumas doenças hematológicas apresentam ainda um prognóstico fechado, justifica só por si estes resultados, com a suposição que a morte é mais esperada em idade mais avançada e que por outro lado os enfermeiros podem identificar-se mais com este grupo etário? Este pressuposto é, no entanto, contrariada pelo estudo de Mohamed Ali (2010) que verificou não haver relação

estatisticamente significativa entre a idade dos doentes e os cuidados prestados num estudo com 197 enfermeiros (145 em serviços de oncologia e 45 em medicina). Por outro lado, o medo e o evitamento conduzem à negação da morte que pode ser entendida como um mecanismo de defesa do enfermeiro para combater os efeitos da exposição ao processo de morrer e que pode permitir o funcionamento diário do profissional (Becker, 1973, Howarth & Leman, 2001).

Embora a dimensão aceitação religiosa seja mais valorizada e estatisticamente significativa nos enfermeiros do sexo feminino, como o verificou também Regdon e Epting (1985) (quanto mais acentuada a convicção religiosa menor a ansiedade perante a morte), na comparação dos vários serviços esta dimensão de aceitação religiosa não apresenta diferenças significativas entre os enfermeiros dos vários serviços, não se reflectindo no tipo de relação que os enfermeiros estabelecem com os doentes. No entanto, no estudo realizado por Dunn et al (2005) se verificou que um grupo de enfermeiras com uma pontuação elevada de religiosidade passavam menos horas junto dos doentes terminais do que os enfermeiros que apresentavam uma pontuação mais baixa de índice de religiosidade.

Os profissionais com estilo de vinculação segura têm uma correlação positiva e estatisticamente significativa com uma aceitação neutra e negativa com a aceitação de escape podendo significar que estes profissionais estabelecem, em termos de sistema de prestação de cuidados, relações de reciprocidade, respondendo à adversidade da situação de forma adequada ao contexto relacional.

O estilo evitante correlaciona-se negativamente com o medo da morte e com a aceitação de escape e o estilo ansioso correlaciona-se positivamente com o medo da morte e aceitação de escape e negativamente com aceitação neutra, denunciando que a modalidade de vinculação insegura determina relações ambivalentes e assimétricas em termos de cuidados, evitando a proximidade com os doentes, com a preocupação da possibilidade de falhar, uma vez que se poderão sentir impotentes perante o sofrimento do doente.

Conclui-se que não se encontraram diferenças significativas quanto à idade e estado civil e as atitudes perante a morte, medido pela DAP-R mas que os enfermeiros do sexo feminino apresentam maior aceitação religiosa e que os enfermeiros com a categoria de

graduados e especialista apresentam uma maior aceitação religiosa e aceitação de escape.

Este estudo também sugere que os enfermeiros com mais anos de experiência com doentes em fase terminal apresentam maior aceitação de escape e aceitação religiosa o que pode sugerir que foram desenvolvidas estratégias em lidar com a sua resposta emocional à morte e ao morrer.

A experiência/vivência com a morte aparece como facilitadora para novos confrontos, seja experiência profissional ou pessoal, isto é, maior experiência profissional leva a uma menor ansiedade sobre a morte e atitudes mais positivas para o cuidar.

Um estilo de vinculação seguro tem certamente influência positiva no tipo de atitude de aceitação neutra e negativa na aceitação de escape. Não pudemos deixar de comentar o que Kubler-Ross (1971) cita uma carta dirigida aos enfermeiros, escrita por uma aluna de enfermagem em final de vida, onde ela tenta alertar os enfermeiros para a problemática da fuga e dos medos: "... Se tivéssemos ao menos a coragem de fazer o ponto da nossa situação e admitirmos os nossos medos, vós tal como eu, seria que isto vos iria prejudicar na vossa preciosa competência profissional?"



## 6.2 Sentido da vida

O valor médio encontrado para o PIL foi de  $\bar{x} = 107.32$ , muito semelhante evidenciado em vários estudos nacionais e internacionais e com um alfa cronbach .81 adequado (Tabela 10).

**Tabela 10 - Características demográficas de estudos que utilizaram PIL (média e coeficiente fidelidade – alpha Cronbach)**

	<b>Amostra N</b>	<b>Género % Feminino</b>	<b>PIL <math>\bar{X}</math></b>	<b>Alfa Cronbach</b>
Crumbaugh (1968)	1151	47	106.4	.92
Zika e Chamberlain (1992)	181	100	105.8	.91
Schulenberg (2004)	341	66	102.8	.91
Andrade (2007)	42	100	106.0	.89
Gama (2011)	360	86.7	107.32	.81

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no valor global do PIL no que diz respeito à idade, género, estado civil, ao grau de prestação de cuidados a doentes terminais, à categoria profissional de enfermagem e ao tempo de exercício profissional, excepto relativamente à formação em cuidados paliativos que apresenta uma correlação positiva, estatisticamente significativa com a cotação total do PIL ( $r = .110, p < .05$ ).

Foi também encontrada uma correlação estatisticamente significativa positiva entre o estilo de vinculação seguro ( $r = .405, p < .0001$ ) e o PIL e uma correlação estatisticamente significativa negativa ( $r = .223, p < .0001$ ) com o estilo ansioso ( $r = .477, p < .000$ ) e dependente ( $r = .319, p < .000$ ).

No que se refere ao tipo de serviço, os enfermeiros de Cuidados Paliativos apresentam um score total do PIL superior, estatisticamente significativo, em relação aos enfermeiros dos serviços de medicina ( $t = 2.07, p < .040$ ), oncologia ( $t = 2.52, p < .013$ ) e hematologia ( $t = 2.98, p < .003$ ), sendo este o grupo que apresenta valores mais baixos (Tabela 11).

**Tabela 11 - Valores totais do PIL em toda amostra e por serviço**

	<b>PIL Score total (<math>\bar{X}</math>)</b>
Serviços de Medicina (N= 187)	107.46
Serviços de Oncologia (N= 48)	105.37
Serviços de Hematologia (N= 69)	104.51
Serviços de Cuidados Paliativos (N= 59)	112.00
Total	107.32

Na análise de regressão múltipla a única variável independente que entrou na equação foi, e em sentido negativo, o estilo de vinculação ansioso ( $B = -.473$ ,  $t = -4.40$ ,  $p < .0001$ ).

## **Discussão**

Não se encontraram diferenças significativas no valor global do PIL quanto ao gênero em concordância com os encontrados por Leeman (1993) e Jonsén (2009).

A correlação estatisticamente significativa e positiva verificada entre o PIL e a formação em cuidados paliativos (onde é trabalhado o tema da morte e do morrer), é também comprovado nos estudos de Dickinson (2008), Ferrell (2005) e Frommelt (1991) em que é realçada a importância da formação sobre morte nos profissionais de saúde. Parece demonstrar o seu papel facilitador do sentido no cuidar de doentes em fim de vida, fornecendo aos profissionais oportunidades para aprender mais sobre como lidar com a morte, lidar com a perda de um doente, bem como com a gestão de luto (Dixon, 2005, Dunn, 2005)

Contrariamente às nossas expectativas neste estudo não se verificou uma correlação entre o grau de exposição à morte e o sentido da vida.

A constatação de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o estilo de vinculação segura com o valor total do PIL poderá significar, segundo, Burgess-Wells (2002) que pessoas estáveis, maduras, satisfeitas com a vida, estão mais propensas a desenvolver um estilo de vinculação segura, o preditivo de um cuidar positivo no final de vida.

Verificou-se também uma correlação estatisticamente significativa mas negativa com o estilo de vinculação ansioso e evitante, aliás reforçada pela regressão múltipla, podendo-se inferir que o contacto com a morte e a finitude podem ressoar uma fragilidade pessoal e impedir uma reflexão mais profunda sobre a morte e acentuar os sentimentos de medo e ansiedade, adoptando o enfermeiro atitudes de fuga perante o doente em fim de vida (Gesser, 1987, Ki, 2003, Weigel, 2007).

Os valores elevados do PIL encontrados particularmente nos serviços de cuidados paliativos podem-se justificar pela integração da filosofia dos cuidados paliativos e pela criação de espaços de escuta em equipa, onde o sofrimento é compartilhado, acolhido, elaborado e reflectido promovendo periódicas revisões sobre as intervenções realizadas em equipa (Bernardo, 2010) funcionando como um factor protector do profissional.

Os valores significativamente mais baixos encontrados nos serviços de internamento em hematologia podem-se atribuir não só à idade mais jovem dos doentes, a um provável sobre investimento nos tratamentos por parte dos enfermeiros e a internamentos longos e sofrimento acrescido, em relação ao tempo real de sobrevivência, mas também ao ambiente organizacional do serviço, não sendo de excluir que estes factos associados limitam defensivamente o questionamento dos enfermeiros. Segundo Fitzpatrick (2008) o não encontrar um significado para o trabalho diário do enfermeiro, reflecte-se no mal-estar e na não satisfação com a profissão. Também Mcnamara (1995) refere que a idade do enfermeiro é um elemento central a nível da aceitação da morte neste cenário de prestação de cuidados.

Os resultados apontam que cuidar do doente em fim de vida exige muito mais do que conhecimento técnico-científico, requer também conhecimento, compreensão profunda da sua própria individualidade.

Ao mostrar uma associação entre o estilo de vinculação seguro com o PIL reforça que um estilo seguro pode mais facilmente desenvolver um sentido de vida, extrair significado do seu trabalho e sentir satisfação e compromisso profissional.

Por outro lado, nos enfermeiros que apresentam um estilo ansioso e evitante, o nosso estudo faz presumir que pensar sobre a morte e o morrer é algo doloroso, que talvez o medo e evitamento da morte provenham da falha em encontrar um sentido pessoal para a vida e para a morte.

Os resultados de elevadas cotações do PIL encontrados nos enfermeiros que trabalham em Cuidados Paliativos comprova que esses enfermeiros consideram a morte não como um fracasso, mas como um acontecimento para ser vivido, e desempenham uma actividade que escolheram e para a qual se sentem estarem motivados, dando um sentido ao seu trabalho, mostrando que se pode cuidar do doente em fim de vida doutra maneira, tornando a morte mais humana e desenvolvendo o próprio crescimento pessoal.

### 6.3 Crescimento pessoal

Não se verificaram diferenças significativas da cotação total do crescimento pessoal quanto à idade, género, categoria profissional, tempo de exercício e formação em Cuidados Paliativos (Tabela 12).

Os enfermeiros casados apresentam um score mais elevado de crescimento pessoal estatisticamente significativo comparado com os enfermeiros solteiros e divorciados ( $t=2.31$ ;  $p<.021$ ).

Quanto ao grau de prestação de cuidados a doentes terminais são os enfermeiros que prestam cuidados diários nos doentes em fim de vida, que apresentam um score mais elevado, estatisticamente significativo, de crescimento pessoal ( $t=2.61$ ;  $p<.010$ ).

Relativamente aos serviços são os enfermeiros em Cuidados Paliativos que apresentam um maior score de crescimento pessoal em relação aos enfermeiros de serviços de oncologia ( $t=2.18$ ;  $p<.031$ ), sendo que para os enfermeiros dos serviços de medicina e de hematologia essa diferença não é significativa.

**Tabela 12 - Scores médios de Crescimento Pessoal no total da amostra e por serviço**

	<b>Total N= 360</b>	<b>Medicina N= 190</b>	<b>Oncologia N= 49</b>	<b>Hematologia N= 70</b>	<b>Cuidados Paliativos N= 51</b>
Crescimento pessoal	40.66	40.40	38.25	41.64	42.34

Verificou-se também uma correlação estatisticamente significativa entre o sentido de vida (PIL) e o crescimento pessoal (CP) ( $r=.29$ ;  $p<.0001$ ) e uma correlação também estatisticamente significativa entre o crescimento pessoal e o estilo de vinculação segura (EVA) ( $r=.22$ ;  $p<.0001$ ).

No que diz respeito à análise de regressão múltipla tendo com variável dependente o crescimento pessoal, verificámos que as variáveis independentes que no geral mais contribuíam para este crescimento eram sequencialmente o PIL, grau de prestação de cuidados terminais, aceitação religiosa (DAP-R), estilo de vinculação seguro e idade (Tabela 12).

**Tabela 13 - Regressão múltipla em relação ao crescimento pessoal**

	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p&lt;</b>
PIL	1.319	5.420	.0001
Cuidados terminais	1.50	3.042	.003
DAP aceitação religiosa	1.39	2.801	.005
EVA seguro	1.73	3.091	.002
Idade	1.117	2.91	.023

## **Discussão**

A maioria dos estudos prévios apenas relacionam o crescimento pessoal com os dados sociodemográficos, pelo que procurámos identificar uma gama mais alargada de factores que podem interferir no crescimento pessoal dos enfermeiros, particularmente quando cuidam de doentes em fase terminal.

Verificou-se que nas variáveis sociodemográficas, apenas surgem diferenças estatisticamente significativas nos enfermeiros com o estado civil (casados). Este achado na população casada poderá atribuir-se à importância do factor suporte familiar fundamental perante as adversidades da vida (Cipriani, 2000).

Uma das suposições constatadas na literatura sobre o crescimento pessoal e cuidados paliativos, é que o contacto com doentes em fase terminal, tende a aumentar o sentido de vida (Wasner, Longaker & Borasio, 2005). No nosso estudo encontramos também uma relação estatisticamente significativa entre o grau de exposição de cuidados diários a doentes terminais e o crescimento pessoal o que confirma os resultados Wheaton (2003) e Irvine (1998) e Lange (2008), demonstrando que o grau de exposição ao processo de morrer influencia o profissional a questionar-se sobre a vida e o seu significado.

Relativamente aos serviços, são os enfermeiros dos serviços de cuidados Paliativos que apresentam um score mais elevado de crescimento pessoal e uma correlação estatisticamente significativa entre o sentido da vida e o crescimento pessoal, e entre este e o estilo de vinculação seguro, o que nos aproxima de alguns estudos como o de Barr (2008) que ao entrevistar 20 enfermeiros de um hospício constatou que trabalhar em cuidados paliativos altera o modo como estes profissionais vivem dando mais valor à vida. No estudo de Ohashi (2000) verificou-se que 72 enfermeiros cuidadores de

doentes terminais apresentavam um sentimento de satisfação e gratificação pessoal e profissional por prestarem esses cuidados.

Nestas unidades existe um forte movimento no sentido de adopção de práticas humanizadas, a organização do ambiente nos serviços de Cuidados Paliativos e a sua liderança são aspectos importantes na realização e reconhecimento dos profissionais da equipa multidisciplinar (Bernardo, 2010). Embora o trabalho em equipa seja considerado uma componente central em cuidados paliativos e a sua filosofia assenta em que todos os membros devem ter um entendimento comum dos objectivos, procedimentos e identificação com o trabalho, isto é, clareza nas metas, papéis e procedimentos e significado do trabalho em equipa (Junger, 2007), os enfermeiros estão envolvidos num cuidado singularizado. Estão por isso atentos às necessidades expressas do doente/família, envolvem-se e procuram formas de diminuir o sofrimento, preocupam-se em concretizar os (últimos) desejos dos doentes, que o doente morra de modo tranquilo e acompanhado pelos seus familiares. Valorizam também a família enquanto membro da equipa multidisciplinar e actuam com autonomia para realizar o que julgam necessário a cada doente ou para realizar tudo aquilo que vai trazer melhor bem-estar à pessoa a partir do que ela expressa como importante no seu momento de vida. A importância e o significado que os enfermeiros atribuem às suas intervenções promovem satisfação, motivação, crescimento e desenvolvimento pessoal.

Através da regressão múltipla verificou-se que as variáveis que mais contribuem para o crescimento pessoal dos profissionais, são o grau de prestação de cuidados terminais, a atitude de aceitação religiosa (DAP-R), o estilo de vinculação seguro (EVA) e a idade. Quanto a este último factor, autores como Barrere, 2008, Lange, 2008 são unânimes a referenciar a idade como factor associado à maturidade e experiência de vida, uma vez que, à medida que envelhecem, os indivíduos se tornam mais “espirituais”, se questionam sobre o significado da vida e no pensar na vida para além da morte (Kruse, Ruder e Martin, 2007). Quanto ao estilo de vinculação segura Sherman (1997) verifica que as pessoas com este estilo de vinculação estabelecem relações mais consistentes e para elas a vida assume um significado.

Conclui-se que o contacto com a morte e o processo de morrer conduz os profissionais de saúde a um profundo questionamento sobre o sentido da vida, resultando em

crescimento pessoal. Nesta população de enfermeiros verificamos que os valores mais elevados do crescimento pessoal ocorria significativamente nos enfermeiros casados, nos que prestam cuidados em doentes terminais diariamente e nos que trabalham nos serviços de Cuidados Paliativos, tendo sido também observado uma correlação também estatisticamente significativa entre o sentido da vida e o crescimento pessoal.

A análise de regressão múltipla indicou que o crescimento pessoal era influenciado positivamente (em grau decrescente de importância) pelo sentido da vida (PIL), pelo grau de cuidados prestados aos doentes terminais, pela atitude de aceitação religiosa (DAP-R), pelo estilo de vinculação seguro (EVA) e pela idade do enfermeiro. Os nossos resultados parecem confirmar que perante a perda de um doente com quem se estabelece um relação de apego, através do processo de morrer, resulta na maioria das vezes em reavaliação e reexame do significado da vida e conseqüente crescimento pessoal.

Cuidar de doentes terminais torna-se uma oportunidade para os profissionais aprenderem e entrarem em contacto com a essência mais íntima do seu ser pelo que será relevante encarar modalidades de forma pré e pós-graduada que incluam espaços reflexivos facilitadores deste processo.

## 6.4 *Burnout*

Das várias dimensões da escala é a dimensão despersonalização que diferencia mais a nossa população de enfermeiros com níveis superiores estatisticamente significativos nos enfermeiros: mais novos - idade < 27 anos ( $t= 2.29$ ;  $p< . 022$ ); do género masculino ( $t= 2.25$ ;  $p< . 029$ ); com estado civil - solteiros e divorciados ( $t= 4.63$ ;  $p< . 0001$ ); com menor tempo de exercício < 4 anos ( $t= 2.59$ ;  $p< . 01$ ) e com a categoria de enfermeiros ( $t= 2.69$ ;  $p< . 008$ ).

Em relação às dimensões exaustão emocional e realização profissional não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis sociodemográficas.

Em relação aos scores obtidos nos diferentes serviços verificou-se que os enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos apresentavam valores significativamente mais baixos da dimensão exaustão emocional e de despersonalização e valores mais elevados na dimensão realização profissional (Tabela 14).

**Tabela 14 - Scores do MAS nos diferentes Serviços**

<b>MAS</b>	<b>Amostra Total N=360</b>	<b>Medicina Interna N= 187</b>	<b>Oncologia N= 48</b>	<b>Hematologia N= 69</b>	<b>Cuidados Paliativos N= 59</b>
Exaustão Emocional	16.52	16.42	18.40	18.03	13.03
Despersonalização	5.43	6.30	5.83	4.54	3.4
Realização Profissional	37.67	38.11	36.06	36.29	38.63

Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas, quando comparamos os enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos com os enfermeiros dos serviços de oncologia, na dimensão exaustão emocional ( $t= 2.71$ ;  $p< .008$ ) e despersonalização ( $t= 3.07$ ;  $p< .003$ ) e menos elevados na realização profissional ( $t= - . 2.24$ ;  $p< . 027$ ).

Já na comparação com os enfermeiros dos serviços de hematologia, verificaram-se valores superiores estatisticamente significativos na dimensão exaustão emocional ( $t= 3.47$ ;  $p< . 001$ ) e inferiores na realização profissional ( $t= - 2.00$ ;  $p< . 047$ ) nos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos.

Os enfermeiros dos serviços de medicina interna apresentavam valores superiores estatisticamente significativos comparativamente aos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos nas dimensões exaustão ( $t= 2.62, p< .009$ ) e despersonalização ( $t= 4.85, p< .0001$ ).

Ao se comparar o estilo de vinculação (EVA) e o nível de *burnout* (MAS) apura-se que o estilo de vinculação seguro da escala EVA apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa com a dimensão exaustão emocional ( $r= - . 29; p< . 0001$ ) e a dimensão despersonalização ( $r= - . 29; p< . 0001$ ) e uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a dimensão realização profissional ( $r= . 32; p< . 0001$ ).

O estilo vinculação ansioso (EVA) correlaciona-se de forma positiva e de forma estatisticamente significativo com as dimensões exaustão emocional ( $r = . 33; p< . 0001$ ) e despersonalização ( $r= . 32; p< . 0001$ ) e de forma negativa com a dimensão realização profissional ( $r= - .27; p< . 0001$ ).

O estilo de vinculação evitante (EVA) correlaciona-se de forma negativa, estatisticamente significativo com a dimensão exaustão profissional ( $r= -.33; p< . 0001$ ) e despersonalização ( $r= -.28 ; p < .0001$ ) e de forma positiva com a dimensão realização profissional ( $r= .10 ; p< . 047$ ).

Comparando o sentido da vida medido pelo (PIL) com o nível de *burnout* (MAS) regista-se uma correlação negativa estatisticamente significativa com as dimensões exaustão emocional ( $r= -.46; p< . 0001$ ) e despersonalização ( $r= - .30; p< . 0001$ ) e uma correlção positiva e estatisticamente significativa com a dimensão realização profissional ( $r= . 40; p< . 0001$ ).

Passando agora ao estudo das correlações do nível de *Burnout* (MAS) com as atitudes perante a morte medido pelo DAP-R (Tabela 14), constatou-se que o medo da morte se correlaciona positiva e de modo estatisticamente significativa com a dimensão exaustão emocional ( $r= . 217; p< . 0001$ ) e despersonalização ( $r= . 136; p< . 009$ ). O evitamento da morte correlaciona-se positivamente com a exaustão emocional ( $r= .118; p < . 025$ ), enquanto que a aceitação neutra se correlaciona negativa e de forma estatisticamente significativa com a exaustão emocional ( $r = - . 110; p < . 036$ ) e positivamente com a realização profissional ( $r = 1.33; p < . 011$ ). A aceitação religiosa não se correlaciona

com nenhuma das dimensões e aceitação de escape apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com exaustão emocional ( $r = .229$ ;  $p < .0001$ ) e com a despersonalização ( $r = .129$ ;  $p < .014$ ) e uma correlação negativa estatisticamente significativa com a realização profissional ( $r = -.113$ ;  $p < .031$ )

**Tabela 15 – Correlações entre Atitudes perante a morte e MAS**

DAP-R	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização profissional
Medo da Morte	.217 .0001	.136 .009	ns
Evitamento da morte	.118 .025	ns	ns
Aceitação neutra	-.110 .036	ns	1.33 .011
Aceitação religiosa	ns	ns	ns
Aceitação de escape	.229 .0001	.128 .014	-.113 .031

Através de uma análise de regressão múltipla foi possível determinar a contribuição das principais variáveis independentes para cada uma das dimensões do *burnout* (Tabela 16).

**Tabela 16 - Análise de regressão múltipla - MAS**

		Beta	t	p<
Exaustão emocional	PIL	-.386	-7.982	.0001
	EVA Evitativo	-.185	-3.818	.0001
	Medo da morte	.142	3.04	.002
Despersonalização	PIL	-.228	-4.193	.0001
	EVA Evitativo	-.163	-3.112	.002
	Tempo de exercício	-.153	-3.138	.002
Realização profissional	PIL	3.06	8.49	.0001
	Seguro	2.20	4.200	.0001

A dimensão exaustão é sobretudo determinada negativa e sequencialmente pelo PIL estilo de vinculação evitante e pela atitude de medo de morte (DAP-R). A dimensão despersonalização é determinada negativa e sequencialmente pelo PIL, estilo de vinculação evitante, tempo de exercício. Na dimensão realização pessoal o PIL e o estilo de vinculação seguro são os principais variáveis contribuintes.

## Discussão

A maioria dos estudos disponíveis sobre o stress e *burnout* têm sido concretizados nas profissões da área da saúde como a enfermagem, assistência social e medicina (Ramirez et al., 1996; Wessel e Rutledge, 2005). Apesar da maioria dos estudos sobre o *burnout* incidir particularmente nos factores organizacionais e nos seus efeitos (Coffey, 1999; Gentry e Parkes, 1982), recentemente, os autores começaram a enfatizar a influência da personalidade e características pessoais no processo de *burnout* (Harrison et al 2002).

Os resultados deste estudo são em geral similares aos da literatura consultada. Na análise das variáveis sociodemográficas o que mais diferencia a população deste estudo é a dimensão “Despersonalização”, que aparece com uma cotação mais elevada nos enfermeiros mais novos (< 27 anos), com menos tempo de exercício (<4 anos) o que também se verificou num estudo exploratório numa amostra de 473 enfermeiros com o objectivo de medir a influência entre as variáveis sociodemográficas e o *burnout* (Garrosa, 2006). Entendemos com McVicar (2003) que o número de anos de exercício como um possível factor indutor de stress, uma vez que a falta de experiência associada à rotinização dos procedimentos, à sobrecarga de trabalho, à obrigatoriedade de estar empaticamente disponível para o doente e famílias, à falta de preparação na comunicação, falta de tempo na gestão dos cuidados, podem tornar este grupo de enfermeiros mais apreensivo e ansioso, com receio de cometerem erros (Bond, 1994), reflectindo-se na dificuldade para lidarem com estas situações, (Brajtman, 2007; Isikhan et al. 2004; Marquis, 1988; Papadatou et al. 1994; Tabak e Orit, 2007, Tan, 2006).

A grande maioria dos estudos apontam que o contacto com o sofrimento e a morte é só por si um factor de stress para os enfermeiros, independentemente do serviço onde prestam cuidados (Mobily, 1992; Peterson, et al, 1995; Vaz Serra, 2002). Outros autores sugerem ainda que o risco de stress e *burnout* aumenta particularmente para os enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos uma vez que estes profissionais cuidam exclusivamente de doentes terminais (Brajtman, 2007; Ki, 2003; Vachon et al, 1978). Contrariamente Woolley (1999) constatou que a grande maioria dos enfermeiros que trabalhavam em cuidados paliativos apresentavam baixos níveis de *burnout*.

A análise comparativa das cotações de *burnout* nos enfermeiros dos vários serviços, permite-nos dizer que os enfermeiros de serviços de cuidados paliativos apresentavam valores mais baixos nas dimensões exaustão emocional e despersonalização e valores mais elevados na dimensão realização profissional de forma estatisticamente significativos. Interpretamos este achado pelo facto destes profissionais terem optado por uma área/serviço por iniciativa própria e onde gostam de prestar cuidados, sentindo-se úteis aos doentes e famílias e inserido no trabalho de equipa consistente e valorizado. Factores, como a não opção de escolha de serviço, a falta de unanimidade no modo de prestar cuidados, os conflitos interpessoais e de equipa, o mau prognóstico dos doentes, a pressão entre o trabalho e a responsabilidade, a estrutura verticalizada e burocratizada são apontados por Dejours (1998) como tendo repercussões na satisfação profissional.

As perspectivas que esboçamos coincidem com a de Pierce (2007) que ao comparar os enfermeiros que trabalham em serviços de cuidados paliativos com os enfermeiros dos serviços de oncologia, constatou como no nosso estudo, que são os enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos que apresentam níveis mais baixos de stress e maior satisfação profissional. A experiência e o treino em cuidados paliativos são factores preditivos de redução do stress (Holland e Neimeyer, 2005). Esta perspectiva é também reforçada por Papadatou (1994) num estudo que comparou a experiência profissional de 217 enfermeiros em serviços oncológicos com 226 enfermeiros generalistas com aplicação do MAS em que também não encontrou diferenças significativas entre os dois grupos, mas sim uma relação directa entre a falta de preparação profissional com a exaustão emocional e a despersonalização.

Ao analisarmos a importância de factores pessoais achamos relevante inserir o estilo de vinculação, que desenvolvido na infância é preditivo do estilo de vinculação adoptado na idade adulta e influencia a resposta ao stress (Hawkins et al, 2007). Ao se comparar o estilo de vinculação (EVA) com o nível de *burnout* (MAS) verificou-se que os enfermeiros que apresentam um tipo de vinculação segura, têm uma realização profissional positiva, apresentando níveis baixos de exaustão emocional e despersonalização, o que também foi demonstrado no estudo de Hawkins et al. (2007) numa amostra de 84 enfermeiros de cinco hospícios em que os enfermeiros com estilo de vinculação segura se mostraram mais resilientes às situações stressantes, como seja cuidar de doentes em fim de vida, com mais capacidade de desenvolver estratégias de

coping para lidar com os efeitos negativos do que os enfermeiros com um estilo de vinculação dependente ou ansiosa, vulneráveis ao *burnout*.

Um outro factor pessoal considerado no nosso trabalho, foi o sentido da vida porque admitimos que enquanto que o acompanhamento no morrer para uns se pode constituir numa experiência aterradora, para outros enfermeiros pode resultar numa experiência enriquecedora que desperta para a vida, permitindo a sua análise e o imaginar do seu fim mas também da sua finalidade e um reavaliar dos relacionamentos significativos.

Procurando elucidar a relação entre o sentido da vida (PIL) e o nível de *burnout*, comprovou-se que os enfermeiros que apresentam um valor global do PIL mais elevado, apresentam mais satisfação profissional, sentem-se realizados e úteis aos doentes e famílias e em contrapartida apresentam menos exaustão emocional e despersonalização, aproximando-se os nossos resultados dos de Bruneau e Ellison (2004) em que os enfermeiros não consideravam o seu trabalho quotidiano stressante.

Foi também demonstrado que uma parte substancial do stress vivido pelos profissionais de saúde advém do contacto com doentes que estão a morrer (Maslash e Jackson, 1982, Beckstrand e Kirchhoff, 2005).

Na sequência da constatação de Argenta et al (2008) de que a morte gera medo e ansiedade nos profissionais de saúde sendo o contacto com os doentes terminais um forte preditivo das atitudes dos enfermeiros; propusemos avaliar as correlações entre as atitudes perante a morte e os níveis de *burnout*.

Verificou-se que a exaustão emocional e a despersonalização surgem em enfermeiros que apresentam mais atitudes, de medo da morte e de evitamento, com valores estatisticamente significativos muito similares aos resultados encontrados em Roger et al (2006) e Tan et al (2006) num estudo sobre as emoções nos profissionais de enfermagem com a síndrome de *burnout*.

Relativamente à análise de regressão múltipla verificou-se que a exaustão emocional é determinada negativamente pelo estilo de vinculação evitante, a atitude de medo da morte e o sentido de propósito de vida.

A dimensão despersonalização é determinada negativamente pelo PIL, pelo estilo de vinculação evitante, tempo de exercício e o estilo de vinculação seguro.

Conclui-se que os enfermeiros só se diferenciam quanto às suas características sociodemográficas e profissionais na dimensão de despersonalização, que obteve cotações mais elevadas, estatisticamente significativas, no género masculino, nos enfermeiros mais jovens e solteiros.

Na comparação entre os serviços de medicina interna, oncologia, hematologia não há diferenças significativas excepto se se compararem estes serviços com os cuidados paliativos, onde se verificou que os enfermeiros apresentavam valores mais baixos de exaustão emocional e despersonalização e valores mais elevados de realização profissional estatisticamente significativos, podendo estarem relacionados com a filosofia dos cuidados paliativos, com o suporte emocional e o reconhecimento do trabalho prestado pela equipa, pelos doentes e respectivas famílias.

Podemos também demonstrar o valor protector de factores como o sentido e propósito da vida e o estilo de vinculação seguro e a atitude perante a morte, nas várias dimensões do *Burnout*, facto que nem sempre tem sido estudado de forma integrada e que vem inovadoramente apontar para a necessidade do desenvolvimento de estratégias formativas pré e pós graduadas nestas áreas específicas.



## 6.5 Sobrecarga do luto profissional

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com scores mais baixos, em todas as sub-escalas e no total da SLP, nos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos comparados com os enfermeiros dos serviços de hematologia, excepto no factor 3 “perda nostálgica” (F1-  $t = 3.42; p < .001$ ; F2 –  $t = 5.83; p < .001$ ; F4  $t = 2,80; p < 0.23$ ; Total  $t = 4.73; p < .0001$ ) (Tabela 17).

Tabela 17 - Valores do SLP consoante os serviços

	Total N = 360	Medicina N= 187	Oncologia N=48	Hematologia N= 69	Cuidaos Paliativos N= 59
<b>F1</b> Confinamento atormentado	12.94	13.06	13.60	13.70	11.14
<b>F2</b> Esforço emocional no cuidar	8.98	9.29	9.02	9.58	7.25
<b>F3</b> Perda nostálgica	5.43	5.41	4.85	5.91	5.41
<b>F4</b> Partilha incompreendida	7.96	7.78	7.83	8.71	7.73
<b>Total</b>	35.31	35.54	35.31	37.90	31.53

Ocorrem diferenças estatisticamente significativa com scores mais baixos, em todas as sub-escalas e no total da SLP, nos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos, excepto nos factores 3 e 4 “perda nostálgica” e “ partilha incompreendida” e no total comparados com os enfermeiros dos serviços de oncologia (F1  $t = 2,68; p < .009$ ; F2  $t = 3,29; p < .001$ ; Total  $t = 2,08; p < .041$ ) .

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com scores mais baixos, em todas as sub-escalas e no total da SLP, nos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos, excepto no factor 3 e 4 “perda nostálgica” e ” partilha incompreendida” comparados com os enfermeiros dos serviços de medicina (F1  $t = 3,25; p < .001$ ; F2  $t = 5,63; p < .0001$ ; Total  $t = 3,44; p < .001$ ) .

Apuraram-se diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao género, apresentando o género feminino scores mais elevados de SLP nos F 1 ( $t = 2,06; p < .040$ ), F 3 ( $t = 3,01; p < .003$ ), Total ( $t = 2,24; p < .026$ ).

**Tabela 18 - Correlações entre as variáveis sociodemográficas com as dimensões da SLP**

	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>Total</b>
<b>Género</b>	206		3.01		2.24
<b>Feminino (t)</b>	.04		.003		.026
<b>Idade (r)</b>	.11 0.43			.17 .001	.14 .006
<b>Tempo de exercício Profissional (r)</b>				.16 .002	.12 .026
<b>Formação em CP (r)</b>		-.25 .0001			-.14 .011
<b>Grau de prestação de cuidados terminais (r)</b>		-.16 .002			
<b>Categoria Profissional (r)</b>				2.00 .04	

Verificou-se ainda quanto à idade uma correlação positiva estatisticamente significativa com F1 ( $r = .11$ ;  $p < .043$ ); F4 ( $r = .17$ ;  $p < .001$ ) SLP total ( $r = .14$ ;  $p < .006$ ).

Quanto ao tempo de exercício profissional existe uma correlação estatisticamente significativa com F4 “partilha incompreendida” ( $r = .16$ ;  $p < .002$ ) e SLP Total ( $r = .12$ ;  $p < .026$ ).

Relativamente à formação em cuidados paliativos assinalou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa com F2 “esforço emocional no cuidar” ( $r = -.25$ ;  $p < .0001$ ), SLP Total ( $r = -.14$ ;  $p < .011$ ).

No grau de frequência de prestação de cuidados terminais destacou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa F2 “esforço emocional no cuidar” ( $r = -.16$ ;  $p < .002$ ).

Quanto à categoria profissional, verificou-se que os enfermeiros com a categoria de graduados e especialistas apresentavam um melhor score, estatisticamente significativo, no F4 (partilha incompreendida) ( $T = 2.00$ ;  $p < .04$ ).

Quando se procedeu a uma análise de regressão múltipla tendo como variável dependente o Luto profissional (Tabela 19) foi possível elencar as variáveis independentes com maior participação na equação de regressão: PIL (no sentido negativo), evitamento da morte, estilo de vinculação ansioso, idade e medo de morte.

**Tabela 19 – Análise de regressão múltipla: Luto Profissional, na amostra global**

	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p &lt;</b>
<b>PIL</b>	-.168	- 3.103	.002
<b>Evitamento da morte</b>	.185	3.308	.001
<b>EVA ansioso</b>	.222	4.324	.0001
<b>Idade</b>	.153	3.390	.0001
<b>Medo da morte</b>	.142	2.499	.013

**Tabela 20 – Análise de regressão múltipla: Luto Profissional, por Serviço**

		<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Serviço de Oncologia</b>	<b>Medo da morte</b>	.407	3.676	.001
	<b>Idade</b>	.434	.890	.0001
	<b>EVA Ansioso</b>	.361	.229	.002
<b>Serviço de Hematologia</b>	<b>EVA Ansioso</b>	.405	3.769	.0001
<b>Serviço de Cuidados Paliativos</b>	<b>Exaustão emocional</b>	.374	.266	.002
	<b>Evitamento da morte</b>	.325	.836	.006
<b>Serviço de Medicina</b>	<b>PIL</b>	-.252	- 3.586	.0001
	<b>Evitamento da morte</b>	.289	4.488	.0001
	<b>Aceitação escape</b>	.177	2.654	.009
	<b>EVA Seguro</b>	-.165	- 2.399	.017

Quando se replica esta análise de regressão múltipla para cada serviço (Tabela 20) constatamos que no serviço de medicina os contributos fundamentais são das variáveis PIL (sentido negativo), evitamento de morte e aceitação de escape (DAP-R) e estilo de vinculação seguro (em sentido negativo). Para os serviços de cuidados paliativos delimitam-se a exaustão emocional e o evitamento da morte enquanto para os serviços de hematologia é ao estilo de vinculação ansioso e a exaustão emocional que mais se evidenciam e para o serviço de oncologia o medo da morte (DAP-R), a idade e o estilo de vinculação ansioso.



## 7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Qualquer estudo tem a sua singularidade própria associada aos seus objectivos, às condições da sua realização e à metodologia empregada, mas também as suas limitações específicas.

A limitação principal deste estudo refere-se à não aleatoriedade e representividade da amostra de profissionais de saúde para um determinado espaço, local ou nacional. A escolha de uma amostra de conveniência deveu-se a contragimentos temporais (associadas ao trabalho do autor) e de recursos, não permitindo por isso um projecto mais ambicioso no que diz respeito à generalização das conclusões.

Não se verificou no entanto uma desproporção significativa na não devolução dos questionários pelos enfermeiros da população total, excepto num serviço de uma instituição, pelo que optamos estender o estudo a outra instituição com um serviço semelhante.

Por outro lado, a utilização de questionários de auto-relato ou de escalas de medida de auto-avaliação poderão ter condicionado, nalguns participantes, a utilização de processos psicológicos de tipo defensivo impedindo que a negatividade das percepções e das vivências pessoais se expressassem. As medidas de auto-avaliação permitem apenas aceder à percepção pessoal das situações e não às construções individuais envolvidas em tais percepções.

A utilização de questionários essencialmente de atitudes e ou perceptivos, ainda que correndo o risco de interferências negativas de processos de desejabilidade social e de recuperação e transmissão selectiva de informação, é no entanto pertinente para os objectivos do estudo, pois todos eles foram construídos com os procedimentos habituais para evitar esses vieses, para além de ter sido garantida estrita confidencialidade e independência da investigação.

Certamente que um desenho de estudo longitudinal daria maior segurança em relação aos resultados em contraponto com o formato transversal deste estudo. Poder-se-ia acompanhar a evolução de certos eventos de perda que neste estudo se remetem para a generalidade dos factos, bem como, a introdução de outras variáveis como práticas de

autocuidado, condições organizacionais (suporte de colegas, trabalho de equipa) condições pessoais (período de sobrecarga específico de trabalho, retorno de férias...).

A natureza do estudo não permitiu também obter dados sobre o estilo de prática do enfermeiro (mais ou menos focado no envolvimento emocional com o doente).

No entanto muitos destes aspectos só poderão ser obtidos através de metodologias diferentes de natureza, essencialmente qualitativa. Ficam-nos a sensação que alguns conteúdos mais vivenciais e riqueza de situações concretas ficaram “ocultadas”.

Apesar das limitações considero que o estudo realizado traz contributos relevantes para compreender as principais dimensões do luto profissional, do luto dos enfermeiros face à morte dos seus doentes e os principais factores determinantes da sobrecarga ou exaustão ou mas também do crescimento pessoal ou profissional.

## 8 CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou a construção de uma escala original, que pelas suas características psicométricas se considera pertinente para uso clínico e epidemiológico na medição da sobrecarga do luto profissional em saúde que comporta quatro dimensões fundamentais: confinamento atormentado, esforço emocional no cuidar, perda nostálgica e partilha incompreendida.

Dispomos, a partir deste estudo, dum instrumento que nos permite identificar quais as dimensões mais importantes na sobrecarga do luto profissional, facilitando o desenvolvimento de medidas preventivas ou de acções imediatas, individuais ou grupais de apoio à sua superação.

Foi também possível evidenciar os principais factores que determinam essa sobrecarga de luto (muitos semelhantes ao que encontramos para a exaustão emocional) e que são essencialmente um baixo sentido para a vida, um estilo de vinculação ansioso, mas também, uma atitude perante a morte de medo, para além da idade.

Por outro lado, verificamos como entre os factores determinantes de crescimento pessoal e de realização profissional perante as perdas dos doentes, se encontraram um elevado sentido de vida, um estilo de vinculação segura e uma alta frequência de contacto com a morte, bem como, uma atitude perante a morte da aceitação religiosa, mas também, a idade.

Estes achados em que os factores atitudinais (sentido da vida e ansiedade perante a morte) e estilo de vinculação (seguro/inseguro) se sobrepõem aos factores de formação em cuidados paliativos, anos de experiência, género fazem-nos pensar na necessidade de introdução de novos processos de formação que melhor habilitem os enfermeiros para o crescente desafio de lidar com a morte na sociedade contemporânea e na prática quotidiana dos serviços de saúde.

Uma terceira dimensão dos achados deste estudo diz respeito à constatação reiterada em que os profissionais de enfermagem trabalhando em equipas de cuidados paliativos apresentam significativa e sistematicamente melhores indicadores de crescimento pessoal, menor sobrecarga de luto, exaustão e despersonalização e maior sentimento de realização pessoal. Estas variáveis estão por sua vez associadas nos enfermeiros de

cuidados paliativos, a um melhor significado da vida, mais atitudes neutras perante a morte e um maior contacto com a morte.

Apesar do nosso estudo não incluir formas específicas de variáveis organizacionais e tão só a variável geral serviços, o mero conhecimento destes pode fundamentar aqueles resultados pela existência de uma filosofia partilhada de cuidados paliativos, de um efectivo trabalho em equipa, da assunção de auto cuidados, todos pilares da prática dos cuidados paliativos que importará generalizar a todos os serviços.

Estas conclusões têm consequências para a formação dos enfermeiros sobretudo no estímulo à utilização de metodologias de formação que capacitem os enfermeiros para o domínio de competências técnicas e relacionais integradas que lhes permitam aceitar a sua própria morte e a dos outros, ancoradas em momentos de reflexão pessoal ou grupal vivenciada que venha a facilitar o conhecimento e o respeito pelo período terminal da vida.

Efectivamente para que haja uma educação transformadora é necessário que se considere o homem enquanto ser no mundo com os outros homens e na compreensão das peculiaridades individuais, sem esquecer da reflexão, do cuidar, da disponibilidade em aprender, descobrindo assim novas visões na aprendizagem da enfermagem.

Educação para a morte inclui a compreensão da existência do ser humano e a sua finitude como faceta importante no processo de compreensão do significado da morte e do morrer, que em contexto de formação do enfermeiro implica pensar em formas de ensinar a cuidar no processo de morrer.

Actualmente fala-se em qualidade de vida, cuidados humanizados, integralidade do cuidar, mudanças de paradigmas. Contudo, existe a necessidade de compreender que o homem nunca esteve tão carente, no que se refere ao repensar da sua existência, na procura e na atribuição de significado para a sua vida. É preciso reflectir sobre o sentido da vida e do cuidar e neste sentido, questionar sobre o processo de formação.

Com o objectivo de desenvolver e aperfeiçoar competências (escuta activa, empatia, clarificação do problema, sumarização, etc.) nos enfermeiros é indispensável desenvolver programas de formação diversificada e contínua de forma a promover um

processo de mudança e inovação no acompanhamento de doentes/família em fim de vida.

Esta formação deve ser entendida não apenas como um meio de facultar o conhecimento específico acerca de um determinado tema, mas igualmente como um meio de acompanhar e apoiar os profissionais de saúde no sentido de cuidar da dor do cuidador, construindo espaços de acolhimento, desde dos primeiros anos de formação.

A impossibilidade de pensar profundamente sobre um doente que se perde acompanha-se quase sempre de um não poder sentir e pensar sobre si mesmo, condição imprescindível para que o enfermeiro possa cuidar de forma humana do sofrimento dos seus doentes mas também enfrentar o medo da intimidade que esse tipo de relação desperta.

No processo de “acostumar-se” a lidar com a morte o enfermeiro acostuma-se também a conviver com o sentido da solidão no confronto com o sofrimento do outro e de si próprio.

A solidão diante das dificuldades para enfrentar a dor de não salvar uma vida, de não saber ou poder dar uma má notícia, de não conseguir confortar são vivências que se não forem reconhecidas e acolhidas provocam um percurso de grande vulnerabilidade com eventual desenvolvimento de mecanismos de defesa rígidos e de distanciamento dos outros e de si às vezes conducentes a um confinamento existencial e até a um luto insulado.

A morte em geral não é escolha, é destino e é condição de quem está vivo. Para aceitar a morte e aprender a lidar com ela é preciso estar vivo o que implica envolver-se, compadecer-se com o outro e com o seu sofrimento.

É através de uma relação vincular, individual ou colectiva, com os docentes, os colegas de equipa e/ou outros significativos que se devem partilhar os desejos, os sonhos mas também os medos. Problematização e reflexão conjunta que permita a construção de recursos, amplie a tolerância à incerteza da prática e propicie uma atenção empática aos doentes e suas famílias.

Só dessa forma é possível favorecer a formação de enfermeiros/pessoas sensíveis e solidárias capazes de construir intersubjectivamente o seu crescimento pessoal e profissional mas também o dos seus doentes.

Tenho esperança que este trabalho sobre o luto profissional possa contribuir para uma formação em enfermagem que abrilhante o ser humano que está presente no enfermeiro.

## **9 CONTRIBUTO PARA A FORMAÇÃO EM LUTO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

O nosso estudo sobre luto profissional, ao caracterizar as suas dimensões emergentes, instiga, académica e profissionalmente, o desenvolvimento de modalidades de formação que possam prevenir a sobrecarga de luto profissional e contribuir para uma maior satisfação profissional do enfermeiro, mas também do doente e familiares.

Partindo de uma ancoragem teórica geral, sistematizamos as dimensões fundamentais das intervenções pedagógicas em sintonia com o modelo de luto profissional proposto e explicitamos exemplos de modalidades de formação a nível pré-graduado, pós-graduado e formação contínua.

### **9.1 Fundamentação teórica geral**

A formação nesta área de conhecimento e da prática de enfermagem subordina-se a uma perspectiva ampla do cuidar, que se transformou numa referência na prática dos cuidados de enfermagem, e que pode ser associada a três ideias chaves: atenção ou preocupação para com o doente, responsabilidade em providenciar algo para o doente e respeito, compaixão e apego para com o doente (Chipman, 1991).

O cuidar relacionado com a enfermagem está centrado essencialmente numa filosofia humanista que tem vindo a enriquecer a profissão como afirmam Boff (1999) “cuidar é mais que um acto; é uma atitude” e Jacono (1993) cuidar é “vontade de prover apoio aos outros em períodos de necessidade”.

Cuidar é um acto de vida que tem em primeiro lugar, como fim permitir a continuação da vida, o desenvolvimento pessoal, mas também o acompanhamento do processo de morrer. Particularmente no momento em que a cura já não é possível, torna-se necessário estabelecer uma verdadeira relação de ajuda com o doente e seus familiares, de forma a promover bem-estar e plenitude no tempo que lhe resta (Colliére, 2003).

A prática de enfermagem contemporânea é fundamentada numa variedade de teorias de enfermagem, embora alguns peritos argumentem que a enfermagem enquanto ciência social e profissão de cuidar, não se deva restringir a um paradigma em particular (Robinson, 1992). Os vários modelos abordam as inter-relações entre as categorias descritivas de enfermagem, pessoa, saúde e de ambiente para que o conhecimento se unifique em função destes conceitos (Fitzpatrick e Whall, 1989).

Com exemplos aponta-se os desenvolvimentos de Patricia Benner (1984) e de Jean Watson (1990) como contributos significativos que realçam o valor do cuidar profissional e ajudaram a criar uma atmosfera dentro da própria profissão de enfermagem que considera a totalidade e a visão holística dos seres humanos incluindo as suas necessidades psicossociais e espirituais.

O pressuposto do modelo de Benner (1984) propõe que os enfermeiros passam por estágios de desenvolvimento no contexto de prática clínica. Este desenvolvimento profissional de enfermagem afecta a forma como os enfermeiros compreendem os doentes que cuidam assim como são planeados e implementados os cuidados. Refere a “consciência perceptual” como fundamental para o julgamento do enfermeiro. Inicialmente os enfermeiros começam por avaliações globais e vagas sobre as situações e quando se tornam enfermeiros peritos descrevem e actuam com base na intuição, mas também experiência e conhecimentos adquiridos. É nesta perspectiva que esta autora defendeu que o cuidar é fundamental como factor de crescimento pessoal e profissional.

Para Benner (2001) os cuidados de enfermagem são mais do que a aplicação de uma mera habilidade, mas sim um processo relacional que envolve em primeiro lugar uma resposta do enfermeiro como um ser humano e depois secundariamente na resposta baseada no papel de enfermeiro.

Para Watson (2002) a vida é como um estar no mundo (espiritual-mental-físico) e nesse sentido o grande objectivo do enfermeiro será de ajudar os doentes a elevar-se aos mais altos níveis de harmonia entre as três dimensões que compõe o homem (físico, mental e espiritual). Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, em qualquer altura da vida. Enfatiza a necessidade de analisar as implicações morais e éticas envolvidas no cuidado humano em enfermagem. A sua filosofia do cuidar subscreve uma visão panteísta do cosmos e

considera que na prática do cuidar o enfermeiro entra necessariamente numa relação transpessoal com o doente.

Por outro lado no que se pode designar por um modelo cristão do cuidar em enfermagem, o enfermeiro experiencia um tipo de transcendência espiritual em que o cuidar vai para além do mero nível profissional. Apoiar-se na fé, significado e esperança promovendo uma consciencialização e o acesso a uma força interior que ajuda a pessoa doente a adquirir a harmonia interna. Educar com base num modelo cristão significa essencialmente, ensinar valores exclusivos que, quando interiorizados afectarão a prática de enfermagem.

No quadro 5 explicitaremos alguns dos contributos relevantes e diferenciais destes vários modelos em torno de um conjunto de 7 dimensões.

**Quadro 5 - Três teorias do cuidar na prática de enfermagem (adapt. Taylor, 1986 e Fly, 1993)**

<b>Teoria/ Dimensões</b>	<b>Benner <i>O primado do cuidar</i></b>	<b>Watson <i>Teoria dos cuidados humanos</i></b>	<b>Nancy Fly <i>Modelo Cristão do Cuidar</i></b>
<b>Visão de mundo</b>	Humanista	Neopanteísta	Teísta
<b>Metaparadigma enfermagem</b>	Espiritualidade geral	Interconexão espiritual Fenómenos existenciais Misticismo	Jesus Cristo Criador e Redentor
<b>Enfermagem</b>	Relação enfermeiro/cliente - condição de possibilidade de conexão De iniciado a perito	Cuidar – Transpessoal – Interação	Agente de mudança para restaurar a imagem de Deus nas pessoas
<b>Pessoa</b>	Auto-interpretação Definido no curso de “ viver a vida”	Potencial Conexão com os outros e a natureza Livres escolhas	Livre - arbítrio Valor infinito Criada para reflectir a imagem de Deus
<b>Saúde</b>	Avaliação pela enfermeira Plenitude Bem-estar	Subjectiva Holística Mais do que a ausência de doença	Plenitude “Continuum” Bem-estar positivo. Harmonia com as leis naturais de Deus
<b>Ambiente</b>	Situação Implica significado social Interação de pessoas	Sistema aberto Variáveis internas e externa Harmonia com a natureza	Realidades internas e externas Grande controvérsia entre o bem e o mal A vida eterna no futuro
<b>Cuidar</b>	Responder primeiramente como ser humano Relacional Integrativa Mais do que habilidade	Dez factores cuidadosos - valores, esperança, auto sensibilidade, confiança, expressão de sentimentos, resolução de problemas, ensino, satisfação das necessidades humanas	<i>Acréscimo aos modelos de Benner e Watson a</i> Preocupação com a pessoa e compaixão. Inspiração da fé Promoção da esperança

## **9.2 Fundamentação sobre a formação em luto profissional**

A avaliação das atitudes dos enfermeiros no cuidar dos doentes em fase terminal indica, como se concluiu, que a morte e o processo de morrer geram medos e ansiedades nos profissionais de saúde.

Os enfermeiros pela sua intensa e próxima exposição á morte dos seus doentes, podem sentir-se angustiados, desamparados, impotentes, isolados com francas dificuldades em superar ou resolver as suas próprias emoções e conflitos, mas também, insuficientemente preparados, nestas circunstâncias acabam por não se cometerem pessoalmente com estes doentes o que se repercutirá directamente na prestação de cuidados ao doente e família (Abiven, 2001; Kovacs, 2003; Papadatou, 2009).

A exposição à morte e as perdas repetidas podem condicionar diferentes reacções nos enfermeiros que expostos a uma determinada perda significativa poderão não ter tempo de processar o respectivo o luto antes de cuidar de um novo doente, condicionando a acumulação de uma carga alostática não elaborada.

No contexto deste estudo constatou-se que o processo de luto profissional pode conduzir a um crescimento pessoal e profissional ou pode conduzir, pelo contrário, a uma sobrecarga de luto profissional que se designou luto insulado ou sobrecarga de luto profissional e que integra quatro (4) factores fundamentais: confinamento atormentado, esforço emocional no cuidar, perda nostálgica e partilha incompreendida.

A resposta formativa para evitar estes desenvolvimentos passa por uma educação para a morte, que una a teoria com as vivências, na construção de um conhecimento adequado capaz de desenvolver a capacidade dos enfermeiros de enfrentar a morte, baseando-se na potencialidade do desenvolvimento pessoal de uma maneira mais integral relevando a importância do significado da vida.

Cada vez mais, o ensinar enfermagem é, não só, ensinar a fazer mas também a ser, a pensar, a aprender, a necessidade da abertura de espaços para a sensibilização e discussão do tema da morte e o processo de morrer.

De acordo com Vachon (2001) existem quatro factores que influenciam o referencial emocional - espiritual do enfermeiro no cuidar em fim de vida:

1 - As influências do processo educacional e um desenvolvimento profissional para a socialização. No passado foi enfatizado aos profissionais de saúde a necessidade imperiosa de controlo emocional e do distanciamento emocional dos doentes e suas famílias na prestação de cuidados de saúde. Este pressuposto tem vindo a ser transformado pela educação para a morte na exigência de que os estudantes percebam que os doentes terminais exigem um envolvimento interpessoal intenso e um cuidado compassivo. Verbalizar sentimentos, expressar emoções ajuda naturalmente o processo de luto no enfermeiro e a prestação cuidados personalizados no final de vida.

2 – O facto do enfermeiro, após o contacto com a morte, não realizar o luto (tanto a nível pessoal como profissional), poderá influenciar a sua capacidade profissional para lidar com o cuidado a doentes terminais e suas famílias.

3 - O enfermeiro deve ter consciência das mudanças que ocorrem ao longo da sua vida, que podem incluir uma morte na família, cuidar de pais idosos, separação dos entes queridos, filhos que saiam de casa, divórcio, doença. Estas alterações podem significar perdas, sentimentos de tristeza que interfere com o cuidar de doentes em fim de vida.

4 - A presença ou ausência de sistema de apoio institucional ou pessoal que possa ajudar os enfermeiros a desenvolver estratégias de adaptação.

A prática de uma profissão desta natureza requer não só uma integração de conhecimentos e competências, mas também de valores humanos, como o altruísmo, autonomia solidária, respeito, justiça, compaixão, pois daí decorre o como fazer as escolhas e, se fundamentem essas posições e se tomem decisões eficazes.

Tendo como referência este enquadramento considera-se importante renovar/recriar a formação pré e pós-graduada em enfermagem sobre o processo de luto com a preocupação geral de uma abordagem mais compreensiva dos doentes e das famílias mas também com objectivos específicos de prevenir o luto insulado e promover o crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros, finalidade deste estudo.

Das sete perspectivas incluídas no quadro 5, adaptadas de Taylor, 1986 e Fly, 1993, consideramos que se podem delimitar essencialmente a quatro perspectivas: subjectiva, holística, axiológica e relacional que se articulam directamente com as quatro

dimensões fundamentais desse processo do luto insulado (Quadro 6) em relação a cada uma delas indicaremos exemplos de metodologias pedagógicas pertinentes.

**Quadro 6 - Perspectivas teóricas e metodológicas com vista à prevenção do luto insulado**

<b>Perspectiva teórica</b>	<b>Metodologia pedagógica</b>	<b>Objectivos de prevenção</b>
Subjectiva	Prática de autocuidados	Confinamento atormentado
Holística	Utilização de suporte social/equipa	Partilha incompreendida
Axiológica	Ritualização do trabalho de luto	Perda nostálgica
Relacional	Prática interactiva centrada na relação	Esforço emocional para cuidar

Para a prevenção do confinamento atormentado recomendam-se programas de auto-conhecimento e de meditação que ajudem os profissionais a desenvolver as qualidades interiores como o altruísmo, o equilíbrio emocional e a paz interior, compaixão e desta forma melhor ajudar os outros.

Para a prevenção da partilha incompreendida, muito relacionada com o trabalho em equipa e as estratégias de auto-cuidados (Bernardo, 2010, González, 2011) estará indicada uma abordagem transdisciplinar estimulando os vários elementos que compõem a equipa a usarem uma concepção comum e o estabelecimento de uma intervenção e abordagem dos problemas, partilhando um projecto assistencial e objectivos comuns. Uma estratégia pedagógica utilizada com frequência passa pela regularidade das reuniões de equipa com diversos objectivos. O partilhar em equipa é quase uma questão de sobrevivência, o poder falar livremente das relações com os doentes e suas famílias no sentido de se fazer uma análise em comum (Abiven, 2001).

A prevenção da perda nostálgica passa por criar espaços e tempos de memória e reflexão que podem assumir várias formas de ritualização do trabalho de luto. Estes rituais cumprem o objectivo de elaborar um trabalho de reflexão pessoal e profissional sobre as experiências junto aos doentes e suas famílias de forma a valorizar todos os pormenores. Como por exemplo apontaremos:

- A importância da última fase do acompanhamento - os cuidados pós-morte - como forma dos enfermeiros guardarem o estado de espírito em que acompanharam o

doente durante a sua permanência com ele, respeitando até na morte o que foi a sua personalidade, a sua singularidade (Abiven, 2001).

- Rituais de apresentação do corpo feitos com a participação da família e com os desejos do doente emitidos durante o seu percurso.
- Existência de um dossier contendo textos poéticos (religiosos ou não) que podem ser lidos nas oportunidades propícias.
- Recolha de diferentes modalidades (cartões, cartas, notícias...) de agradecimento dos familiares à equipa.
- Colocar uma flor, após a morte do doente, no lugar do plano onde estava o nome do falecido (Abiven, 2001) para que quando se iniciam as actividades o olhar pouse nesse plano de cuidados estimulando a lembrança do doente e contribuindo para testemunhos sobre o doente ou sobre os últimos momentos.
- Estabelecimento de reuniões periódicas (semanais e mensais) para a celebração dos que partiram em que expressão integrada e colectiva permite também a verbalização partilhada de sentimentos, passo essencial no bom desenvolvimento de um processo de luto.

Muito importante também será que cada profissional possa encontrar modalidades de ritualizações pessoais para as perdas significativas.

Prevenção do esforço emocional no cuidar deve ter em consideração o desenvolvimento de competências relacionais. Carl Rogers (1985) salienta que a verdadeira comunicação e os verdadeiros relacionamentos interpessoais são capazes de suscitar o crescimento pessoal, mas para isso é necessária uma atitude, caracterizada por quatro qualidades: a autenticidade, a congruência, a atenção positiva incondicional e a empatia. Segundo este autor, ser autêntico é sermos nós próprios, é negar ser o que não é verdadeiramente. A formação continuada nesta área revela-se também imprescindível para um bom desenvolvimento do processo de luto.

Há que incorporar estratégias necessárias para desenvolver um sistema de suporte como função do desenvolvimento profissional, que inclui encontrar um equilíbrio entre o sistema de suporte e uma educação no cuidar em fim de vida.

Encontrar um equilíbrio entre a tensão/stress em providenciar por um lado um cuidado compassivo ao doente terminal e sua família e por outro, encontrar uma satisfação pessoal e reconhecimento pelo seu trabalho.

A finalidade do sistema de apoio é reduzir os efeitos da angústia da morte e a sobrecarga de luto, auxiliando o enfermeiro a explorar e expressar sentimentos associados com a ansiedade, perda e luto experienciados no cuidar do doente terminal e sua família.

### **9.3 Estratégias de formação em luto profissional**

A formação e preparação dos estudantes de enfermagem engloba essencialmente três dimensões distintas: formação como processo de aprendizagem de competências e de conhecimentos técnicos, formação como processo de mudança, formação como construção de si e de sentido (Josso, 2002).

As estratégias pedagógicas com vista à formação do luto profissional serão seguidamente elencadas consoante o grau de desenvolvimento profissional: Pré-graduado; Pós-graduado; Formação em serviço. Em cada um destes níveis exemplificam-se programas que completem o desenvolvimento de três diferentes competências: emocionais, cognitivas e comportamentais.

Explicitam-se alguns exemplos destas formações aos três níveis no que se refere a objectivos, conteúdos, técnica pedagógica e avaliação.

#### **Formação pré-graduada**

O plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem tem uma duração de quatro anos lectivos, constituído por unidades curriculares teóricas e teórico - práticas e ensino clínico.

A abordagem da temática da morte e o processo de morrer está integrado no curriculum da licenciatura em enfermagem, em várias disciplinas com objectivo de facilitar e preparar o estudante para o processo de morrer. O tempo reduzido atribuído a esta

temática e uma metodologia meramente expositiva e escolarizada arrisca-se na prática a preparar insuficientemente os enfermeiros para o cuidar em fim de vida.

Esta modalidade não tem tido um lugar relevante na formação do enfermeiro na afirmação de Beck, (1997) que num estudo fenomenológico com 26 estudantes de enfermagem que cuidaram de doentes terminais concluiu que a ansiedade dos estudantes tinha como origem o sentimento de impreparação pessoal e falta de experiência clínica no cuidar de doentes terminais, aliás confirmadas pelos estudos referidos no capítulo 3.3.1.

Acompanhar e cuidar de um doente terminal conduz muitas vezes o estudante de enfermagem à reflexão sobre a finitude da vida humana e sobre o sentido da vida e a reconhecer que cuidar de um doente em fim de vida constitui uma oportunidade de aprendizagem diferente de cuidar doutro doente, desde que a supervisão enfatize uma orientação para a identificação das suas reacções pessoais, desenvolvimento das competências de comunicação, orientação e exploração das atitudes pessoais e profissionais relativamente à morte.

Neste sentido, seria desejável definir um espaço curricular no plano de estudos, que pode assumir a modalidade optativa com limitação de número de estudantes, com a finalidade de sistematizar as ideias e pensamentos sobre a morte; consciencializar para os aspectos emocionais e atitudinais de encarar a morte e de lidar com os medos pessoais e estratégias de desenvolvimento pessoal.

### **Objectivos Gerais**

- Integrar uma perspectiva humanista no planeamento das intervenções de enfermagem ao doente/família em fim de vida
- Desenvolver habilidade de comunicação no cuidar em fim de vida
- Promover a reflexão sobre o acompanhamento em fim de vida
- Sensibilizar para as diferentes dimensões do luto profissional

### **Conteúdos**

- Representação da morte e atitudes face à morte – histórica, cultural
- Morte no processo de desenvolvimento humano
- Morte, separação, perdas e processo de luto

- Cuidar perante a morte e o processo de morrer
- Comunicação, apoio emocional, relação de ajuda
- Aspectos metodológicos do trabalho em equipa

### **Metodologia e técnica pedagógicas**

- Exposições teóricas comentadas acompanhadas de estudo individual, utilizando fontes variadas de aprendizagem – anotações pessoais de preleções, textos de apoio, artigos seleccionados, livro de texto.
- Modalidades de trabalho de grupo (pequenos grupos) como espaços de discussão, confronto e interiorização de perspectivas diferentes sobre temas-problemas seleccionados.
- Simulação de papéis, alertando para situações da prática de enfermagem que sobrevivem dos conflitos de natureza cognitiva e emocional, tornam-se particularmente eficazes na modulação das atitudes e na interiorização de estratégias de intervenção.
- Realização de ensinamentos clínicos específicos em Unidades de Cuidados Paliativos como forma complementar e sedimentadora de todo um processo pelo contacto com modelos positivos no cuidar em fim de vida, que ajuda na construção de um sentido do agir profissional e constituir num contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes de enfermagem.
- Tutorias em que se considera a auto-reflexão e a reflexão dialogante (sobre o que observa e o que sente) central ao processo de formação, permitindo ao estudante tomar consciência das actividades interiores inerentes à sua aprendizagem e de confronto com os seus pensamentos e sentimentos em relação à morte.

Cuidar é aprendido pela experiência de práticas cuidativas desenvolvidas nos ensinamentos clínicos e tem como objectivo fundamental aplicação conhecimentos e o treino de desempenho, atitudes e comportamentos, daí a necessidade de uma articulação entre a teoria sistemática e um ambiente clínico com suporte à prática com as horas tutoriais (Quadro 7).

### **Avaliação**

A avaliação pressupõe a criação de meios variados.

- Utilização de grelhas de auto-avaliação que possa expressar a interpretação pessoal que o estudante faça da sua aprendizagem e competências,
- Portofólio com relato reflectido sobre experiências passadas ou actuais e/ou reflexão sobre notícia, filme ou obra literária ou artística.

Este módulo distribuir-se por cinco dias consecutivos (seis horas diárias).

**Quadro 7 – Organização pedagógica na formação pré-graduada**

<b>Domínios</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Técnica pedagógica</b>	<b>Avaliação</b>
<b><i>Cognitivo</i></b>	Atitudes face à morte Medo da morte Morte, perdas e processo de luto	Exposições teóricas comentadas Buzz grupos	Hetero - avaliação
<b><i>Emocional</i></b>	Significado da vida	Exercícios de auto-reflexão. Meditação.	Auto-avaliação <i>Checklist</i> pessoal
<b><i>Comportamental</i></b>	Auto-consciência Trabalho em equipa Estratégias de comunicação em Cuidados Paliativos	Simulação de papéis	Auto e hetero - avaliação

### **Formação pós-graduada**

A evolução do ensino de enfermagem tem dado saltos qualitativos muito importantes, sobretudo nos últimos anos. Contudo, a preocupação com a formação em enfermagem não se verifica apenas a nível da formação inicial. O contexto de mudanças socioeconómicas e culturais, tecnológicas impõe uma necessidade de prolongar a formação profissional inicial, numa perspectiva de aprendizagem contínua ao longo da vida tendo como objectivo a manutenção das competências mediante a actualização dos saberes, do seu aprofundamento e na procura da adequação da resposta de enfermagem às solicitações em saúde.

O passado recente da formação contínua mostra-nos a preocupação que tem existido neste âmbito, e a aquisição de competências por parte dos profissionais tem sido o objectivo maior, para que se reflecta numa melhoria da qualidade de cuidados.

A aprendizagem resulta da experiência vivenciada e da necessidade de desenvolvimento pessoal, social e profissional do enfermeiro (Josso, 2002), em que a motivação intrínseca do estudante promove uma aprendizagem que implica um questionamento e reflexão constante, conduzindo a um processo de transformação pessoal capaz de

melhorar as práticas. Ao aprender, o que muda não é apenas a quantidade de informação sobre o tema, mas também a sua competência, a sua qualidade de conhecimento.

A participação responsabilizada dos estudantes no sentido de “aprender como aprender”, permitir-lhe-á adquirir uma permanente atitude questionante e autonomia formativa. O que o enfermeiro com experiência necessita saber é como eleger a melhor maneira de abordar a complexidade da situação.

### **Objectivos gerais**

- Adquirir e aplicar conhecimentos e competências para que os enfermeiros proporcionem cuidados de qualidade aos doentes terminais e suas famílias
- Integrar a capacidade de atenção integral e individualizada que facilite o processo de adaptação do doente à sua situação terminal, de forma a aliviar o seu sofrimento e dos seus familiares
- Desenvolver capacidade de identificar as emoções nos outros e situar-se empática e compassivamente com o outro

### **Conteúdos**

- Comunicação e suporte psico-social
- Atitude com respeito à morte e ao processo de morrer
- Empatia e compaixão
- Dor e controle sintomático
- Luto dos profissionais
- *Coaching* em cuidados paliativos

### **Metodologia e técnica pedagógicas**

- Exposição teórica comentadas
- Análise de caso com discussão de grupo
- Visualização e análise de filmes
- Simulação de papéis

Os grupos não deverão ultrapassar os 15 estudantes para se oferecerem condições de segurança e confiança no desenvolvimento de competências durante os exercícios praticados.

Este módulo distribuir-se por cinco dias consecutivos (seis horas diárias).

**Quadro 8 – Organização pedagógica na formação pós-graduada**

<b>Domínios</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Técnica pedagógica</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Cognitivo</b>	Atitude face à morte Dor e controle sintomático Fases do luto profissionais e factores de risco	Exposições teóricas comentadas Debates com visualização de filmes Discussão de artigos e casos clínicos	Elaboração de trabalho individual relativo a uma perda
<b>Emocional</b>	Valores e visões do mundo Significado da vida Empatia e compaixão	Simulação de papéis, Árvore da vida Meditação Escrita reflexiva	Checklist pessoal
<b>Comportamental</b>	Auto-conhecimento Trabalho em equipa Comunicação e apoio Coaching em cuidados paliativos	Exercícios de comunicação. Técnicas de auto-cuidado (respiração, relaxamento, yoga),	Auto e hetero-avaliação

### **Formação em serviço**

Os enfermeiros precisam que lhes seja facultado espaço, tempo e instrumentos para reflectir sobre as suas práticas, para adoptarem uma distância saudável nessas práticas perante condições de sofrimento no confronto com a morte e o processo de morte, com o sentido da vida e com a equipa multidisciplinar

A formação é um processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional, que não se limita ao âmbito escolar, mas deve também incluir o local de trabalho.

Criar espaços de escuta em grupos de formação e actuação dos enfermeiros é uma alternativa para que o sofrimento seja partilhado, acolhido e elaborado, fazendo com que a formação vá ao encontro das necessidades dos profissionais, como grupos de reflexão ou de análise de práticas.

Ao se promover e analisar as práticas promove-se a dialéctica entre o sujeito e objecto, em que o sujeito analisa o objecto, contribuindo para se esbater a diferença que existe entre a teoria e a prática, entre o dito ideal e o que na realidade se faz.

Nas actividades formativas, em que se promove a análise do trabalho realizado pelos enfermeiros, há o questionamento, a confrontação, a partilha, a divergência de opiniões permitindo à equipa problematizar as suas acções nos contextos e consciencializar sobre os seus conhecimentos e competências, que lhe são subjacentes essencial para tentar encontrar novas formas de agir junto aos doentes e famílias (Quadro 9).

## Objectivos Gerais

- Identificar as necessidades dos vários profissionais que compõem a equipa, nomeadamente os enfermeiros (de reconhecimento, de escuta....)
- Reflectir criticamente sobre casos clínicos, para facilitar a participação activa e o processo de luto profissional
- Desenvolver capacidade de identificar as emoções nos outros e poder ver as coisas na perspectiva do outro
- Identificar controvérsias e aspectos éticos da situação terminal
- Desenvolver estratégias flexíveis de criatividade e bom humor

Estrutura da formação sobre o coaching em cuidados paliativos com três módulos (6 horas) como cuidar em fim de vida; trabalho de equipa e prevenção do burnout (o que produz stress e como se vivencia); relações interpessoais com o grupo.

A formação deve ser avaliada em termos da eficácia e efeito produzido ou sobre a forma de “action research” e ao fim de um ano realizar um encontro para avaliar os resultados.

**Quadro 9 – Organização pedagógica na formação em serviço**

<b>Domínios</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Técnica pedagógica</b>	<b>Avaliação</b>
<b><i>Cognitivo</i></b>	Identificar a posição pessoal perante a perda e a morte Perda e luto. Conspiração do silêncio, estados confusionais Dor e controlo sintomático	Discussões, trabalhos escritos, debates sobre filmes	Apresentação de artigo científico em Journal Club
<b><i>Emocional</i></b>	Crises e adaptação Estratégias de enfrentamento Abordagem de: medo, angustia, ansiedade, raiva, depressão	Simulação de papéis Meditação	Auto-avaliação Checklist pessoal
<b><i>Comportamental</i></b>	Trabalho em equipa Medidas de prevenção do “burnout” e luto insulado	Exercícios de relaxamento/respiração Imaginação guiada.	Auto e hetero-avaliação

## **Epílogo**

Cuidar e educar é compreender que se cuidam e educam pessoas e, que, cada uma tem a sua história, o seu íntimo, o seu tempo e as suas expectativas.

Desta forma, a formação deve proporcionar aos estudantes estratégias de aprendizagem que permitam o desenvolvimento das competências básicas, que se relacionam com as capacidades pessoais e que permitem a capacidade de expressão, de relação, de compreensão e de interpretação de representações; a capacidade de mobilizar planos de actuação cada vez mais complexos; a capacidade de tomada de decisão, estabelecer prioridades e trabalho em equipa.

Com este contributo espera-se estimular o desenvolvimento de módulos pedagógicos sobre esta temática que preparem os profissionais actuais para os desenvolvimentos futuros da profissão em que a prevenção do luto profissional será certamente um dos factores relevantes.



## 10 BIBLIOGRAFIA

Abiven, M. (2001). Para uma morte mais humana. Loures: Lusociência.

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16): 1987-1993.

Ainsworth, M.D.S. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. In C.M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (eds.), *The place of attachment in human behaviour* (pp3-30). New York: Basic Books.

Ainsworth, M., Wittig, B. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss(ed.), *Determinants of infant behavior* (vol. 4.), London: Methuen, 129-173.

Ainsworth, M, Blehar, M.C, Waters, Z, & Wall, S (1978). *Patterns of attachment – a psychopathological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Alexander, D.A., Ritchie, E. (1990). Stressors and difficulties in dealing with terminal patient. *Journal of Palliative Care*. 6:3, p28-33.

Allport, G.W. (1961) *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart e Winston.

Anderson, Keith A., Gaugler, Joseph, (2006-2007). The grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief. *OMEGA*, vol.54 (4) 301-318.

Antonovsky, A.(1984). The sense of coherence as a determinant of health. In JD Matrazzo, SM Weiss, JA Herd, NE Miller & SM Weiss (Eds.), *Behavioural Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. JohnWiley and Sons Inc. pp.114-129.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health – How people manage stress and atay well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Andrade, T. (2007). Atitudes perante a morte e sentido da vida em Profissionais de Saúde. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.

Argenta, C., Feldens, J.G., Hidebrandt, L.M., Leite, M.T., VanderSand, I.C. (2008). A morte em sector de emergência e seus reflexos na equipe de saúde: uma revisão bibliográfica. *Cogitare Enferm*, 13(2):284-289.

Ariés, P. (1977). *O Homem perante a Morte: 2 tomos, (2ªed.)*. Mem Martins: Pub. Europa América.

Ariés, P (1981). *The hour of death*. London: Allen Lane.

Ariés, P. (1974). *Western attitudes towards death: From the Middle Ages to the present*. London: Marion Boyars.

Ariés, P. (1989). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média. (2ª ed.)*. Lisboa: Teorema.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Formação de Enfermeiros. Recomendações da ANCP*. <http://www.ancp.pt> (acedido em 13-8-2011).

Balk, D. (2006). Death Grief: a course for nurses. *Death Studies*, 30:187-197.

Balk, D.B. (1983). Adolescents'grief reactions and self-concept perceptions following sibling death: A study of 3 teenagers. *Journal of Youth and Adolescence*, 12,137-161.

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17, 269-276.

Batista, J. e Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36: 409-427.

Bayés, R., Limonero, J.T., Romero, E. y Arranz, P. (2009). Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Barcelona: Medicina Clínica*, 115, 579-582.

Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. Em: *Análise Social*. Vol.xxxviii, nº166.

Barbosa, A. e Neto, IG (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 773-783.

- Barnard, D, Street, A, Love, AW. (2006). Relationship between stressors, work supports and burnout among cancer nurses. *Cancer Nursing*. 29:4,338-345.
- Barr, A.L. (2008). Exploring the most salient Factors in spiritual development with Hospice Nurses. Al Barr <http://pompeii-project.webs.com>
- Barrere, C., Durkin, A., LaCoursier, S. (2008). The influence of end-of-life education on attitudes of nursing students. *Intern. J. Nursing Educ. Scholarship*. 5(1):1-18.
- Beck, C., (1997). Nursing Students' experiences caring for dying patients. *Journal of Nursing Education*, 36 (9): 408-415.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press.
- Balsanelli, A.P., Santos, K.J., Soler, Z.G. (2002). O trabalho do enfermeiro em unidades complexas: um enfoque sobre os sentimentos para o cuidado diário de pacientes com risco de morte. *Nursing*. São Paulo, 5 (44):23-8.
- Beckstrand, R., Kirchhoff, K. (2005). Providing end-of-life care patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *Am. J. Crit. Care*. 14 (5): 395-405.
- Benner, P., (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Bernardo, A., Rosado, J., Salazar, H. (2010). Burnout e auto-cuidado. In Barbosa, A. & Neto, IG (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Faculdade de Medicina de Lisboa, 773-783.
- Bertman, S.L., Greene, H. & Wyatt, C.A (1982). Humanistic health care education in a hospice/palliative care setting. *Death Education* vol5 (4), 391-408.
- Berman, W.H., & Sperling, M.B. (1994). The structure and function of adult attachment. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults- clinical and development perspectives* (pp.3-28). New York: Guilford Press.
- Berman, W.H., Marcus, L., Berman, E.R. (1994). Attachment in marital relations. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults-clinical and developmental perspectives* (pp. 204-231). New York: Guilford Press.

- Bermejo, J.C. (2001) *Salir de la noche, por una enfermería humanizada*, ed. Sal Terrae, Santander.
- Beth, B. (1985). *L'accompagnement du mourant en milieu hospitalier*. Paris : Doin.
- Boemer, MR (1986). *A morte e o morrer*, São Paulo: Cortez.
- Boff, L. (1999). *Saber Cuidar – Ética do humano, compaixão pela terra*. 2ªed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bond, D.C. (1994). The measured intensity of work-related stressors in pediatric oncology nursing. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 11:2, 44-52.
- Bowlby, J (1969/1982). *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books, (Ed. Revista, 1982)
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol.II. Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. III. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby,J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bradbury, M., (1999). *Representations of death*. Londres. Routledge.
- Brajtman, S., Fothergill-Bourbonnais, F, Casey, A., Alain, D., Fiset, V. (2007). Providing direction for change: assessing Canadian nursing students' learning needs. *Intern. J. Palliat. Nursing*, 13(5): 213-221.
- Bretherton, I., & Waters, E (1985). Growing points in attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research Child Development*, 50, 3-38.
- Brockopp, D.Y., King,D.B. e Hamilton,J.E. (1991). The dying patient: A comparative study of nurse caregiver characteristics. *Death Studies*, 15, 245-258.
- Brosche, T.A. (2003). Death, dying, and the ICU nurse. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 22:173-179.
- Brunet, R, Ribas,AF,Tormo,P.R. (1993). Atención al enfermo terminal: trabajo en equipo. *Revista Rol de Enfermería*, nº177: 56-58.

- Brunelli, Tina, (2005). A concept Analysis: The Grieving Process for Nurses. Nursing Forum, vol 40, (4), Out-Dec.
- Buchan, J. (1995). Counting the cost of stress in nursing. Nursing Standard, 9(16):30-31.
- Buckman, R (1993). Communication in palliative care: a practice guide . In Oxford Textbook of Palliative Medicine (Doyle, D., Hanks & GWC & MacDonald, N (Ed.)). Oxford: Oxford Medical Publications.
- Buckman, R., (2002). *S'asseoir pour parler*. Paris: Interditions.
- Bugen, L. (1980-81). Coping effects of death education. Omega, 11:175-183.
- Burgess-Wells, J., Bush, H. Marshall, D.(2002). Purpose in life and breast health behaviour in Hispanic and Anglo women. J. Holist Nursing; 20; 232-249.
- Bruneau, B.M, Ellison, GT (2004). Palliative Care Stress in a UK community hospital: evaluation of stress – reduction programme. Int. J. Palliat. Nurs. 10(6):296-304.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R.G. (1989-1990). Perceived benefits in traumatic events: some issues for practicing psychologists. The Journal of Training & Practice in Professional Psychology, 5, 45-52.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R.G. (1998). Posttraumatic growth: future Directions. In R.G. Tedeschi, C.L. Park & L.G. Calhoun (Eds.), Posttraumatic growth (pp215-238) Mahwah, New York: Erlbaum.
- Canavarro, M.C.S (1999) – *Relações afectivas ao longo da vida e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canseco, M.G. (2012). *La Espera: construcción de la muerte en el mundo de los cuidados paliativos*. Barcelona, Editorial Laertes.
- Carper, B.A. (1978). Fundamental patters of knowing in nursing. Advanced Nursing Science, 1 (1): 13-33.
- Carper, B.A. (1992). Philosophical inquiry in nursing: an application. In Kikuchi JF, Simmons H (Eds.), *Philosphic Inquiry in Nursing*. Newbury Park CA, Sage.

Carvalho, L et al (2006). A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, Out./Dez.: 14 (4), 551-7.

Cerqueira, M.M. (2005), *O cuidador e o doente paliativo. Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: Formasau.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica, os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, I Vol.

Chambel, M.J., Currel, L. (2000). *Psicossociologia das organizações*, 3ªed. Lisboa: Texto Editora.

Chen, Y., Del Ben, K., Fortson, B. e Lewis, J. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*, 30 (810):919-929.

Chen, J. (1992). *An analysis of nurses' attitudes change toward death and dying as affected by death education intervention*. Drake University. *Dissertation Abstracts International*, vol 53-07, section: B, 3398.

Chipman, Y. (1991). *Caring: It's meaning and place in the practice of nursing*. *Journal of Nursing Education*, 30, 171-175.

Cicchetti, D., Toth, SL, Lynch, M (1995). Bowlby's dream comes full circle – the application of attachment theory to risk and psychopathology. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press, 1-74.

Cipriani, J.C., Cvrkel, K (2000). *Coping with the death of clients: a pilot study of occupational therapy practitioners*. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*. 17(4):67-77.

Coffey, M. (1999). *Stress and burnout in forensic community mental health nurses: an investigation of its causes and effects*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 6:433-443.

Cohen, F., Lazarus, R.S. (1979). *Coping with stress of illness*. In: Stone, G.C.; Cohen, F.; Adler, N.E. (Eds.). *Health Psychology – A Handbook* Jossey-Bass Limited, London, p.728.

- Colett, L. e Lester, D. (1969) The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72: 179-181.
- Collière, M.F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Collins, N e Read, S. (1990). Adult attachment relationship, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and social Psychology*, 58: 644-683.
- Collins, N., Read, S. (1994). Cognitive representations of adult attachment: the structure and function of working models. In K. Bartholomeu & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships*. Vol. 5: *Attachment processes in adulthood* (pp. 53-90). London: Jessica-Kingsley.
- Conangla, M.M. (2007). *Crisis Emocionales*. Barcelona: Novoprint.
- Cordes, C.L., Doudherty, T.W. (1993). A review and na integration of research on Job burnout. *Academy of Management Review*, Vol18, 4, 621-656.
- Corner, J. (2002). Nurses´experience of câncer. *European Journal of Cancer Care*. 11:3, 193-199.
- Costantini, A., Solano, L., Di Napoli, R., Bosco, A. (1997). Relationship between hardness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and Aids wards. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 66:2, 787-82.
- Costello, J. (2001). Nursing older dying patients: finding from an ethnohaphic study of death and dying in erderly care wars. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1); 59-68.
- Couden, B. (2002).” Sometimes I want to run”: a nurse reflects on loss in the intensive care unit. *Journal of Loss and Trauma*, 7:35-45.
- Cox, T., Leiter, M. (1994). Burnout: A Challenge to Health care in the 90s. *Health Services Management*, 90 (6): 24-25.
- Cox, T., Griffiths, A., Rial-González, E (2000). *Resarch on work-related stress*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1-267.

- Cunha, V. (1999). A morte do outro: mudança e diversidade nas atitudes perante a morte. *Sociologia*, 31 (Dez.), 103-128.
- Cramer, L.D., McCorkle, R., Cherlin, E., Johnson-Hurzeler, R & Bradley, EH (2003). Nurses' attitudes and practice related to hospice care. *Journal of Nursing Scholarship*. 35 (3), 249-255.
- Crumbaugh, J., Maholick, L. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of Noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 200-207.
- Crumbaugh, J.(1968). Cross-validation of a purpose-in-life test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*, 24, 74-81.
- Crumbaugh, J., Maholick, l (1969). Manual of instructions for the Purpose in Life Test. TN: Psychometric Affiliates.
- Davis, C.G., Mckearney, J.M. (2003). How do people grow from their experience with trauma or loss' *Journal Social and Clinical Psychology*, 22: 477-492.
- Degner, L., Chekryn, J., Deegan, M., Gow, C., Koop, P., Mills, J., & Reid, J. (1982). An undergraduate nursing course in palliative care. *Death Studies*, 5 (4), 317-326.
- Dejours, C.(1998). A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho, 5ª Ed. São Paulo, Cortez/Aboré, p168.
- Delaney, C. (2003). Walking in fine line: Graduate nurses' transition experiences during orientation. *Journal of Nursing Education*, 42(10), 437-443.
- Delisle, I (1993). Les derniers moments de la vie. L'accompagnement de la personne mourante. Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Demerouti E., Bakker A., Nachreiner F. & Schaufi W.B. (2000) A model of burnout and life satisfaction among nurses. *Journal of Advanced Nursing* 32, 454-464.
- Dewe, P.J. (1988). Investigating the frequency of nursing stressors: a comparison across words. *Social Science & Medicine*. 26:3, 374-380.
- De Figueiredo, J.M., Lemkau, P.V. (1980). Psychiatric interviewing across cultures: some problems and prospects. *Social Psychiatry*, 15, 117-121.

- Dixon, D., Vodde, R., Freeman, M., Higdon, T & Mathiesen, S (2005). Mechanisms of support: coping with loss in a Mayor Children's Hospital. *Social Work in Health Care*, 41 (1), 73.
- Dickinson, G., Clark, D., Sque, M. (2008). Palliative care and end of life issues in UK preregistration, undergraduate nursing programmes. *Nurs. Educ. Today*, 28:63-170.
- Dickinson, G.(2007). End-of-Life and Palliative care issues in Medical and Nursing Schools in the United States, *Death Studies*, 31: 713-726.
- Dickinson, G., Summer, E. E., Frederick, L. Death education in selected health professions. *Death Studies*, 16, 281-298
- Diener, E, Oishi, S, Lucas, RE (2003). Personality, culture and Subjective Well-Being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, (54), 403-425.
- Dunn, K.S., Otten, C. e Stephens, E. (2005) Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, vol.32 (1): 97-104.
- Durlak, J. (1972). Relationship between individual attitudes toward life and death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.38 (3): 463.
- Durlak, J. (1994). Changing death attitudes through death education. In Neimeyer, R. (Ed.) *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application*. Washington: Taylor & Francis.
- Eakes, G (1985). The relationship between death anxiety and attitudes toward the elderly among nursing staff. *Death Studies*, 9(2): 163-172.
- Edelwich, J., Brodsky, A. (1980). *Burn-Out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York, NY:Human Sciences Press.
- Egan, K (1998). *Patient-family value based end-of-life care model*. Largo: Hospice Institute of the Florida Suncoast.
- Engel, G.L. (1997). From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38, 521-528.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2<sup>a</sup>Ed.). New York : Norton.

Escot, C. et al. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress and Health*. 17:5, 273-279.

Etxeburu, I.S., Zárrega, M. (2005). Ansiedad ante la muerte en el personal sanitario: revision de la literatura. *Medicina Paliativa*, vol.12 (3):169-174.

Faas, A.I. (2004). A personal reflections, the intimacy of dying: An act of presence. *Dmensions of Critical Care Nursing*, 23(4): 176-178.

Fang, B. e Howell, K. (1976) Death anxiety among graduate students. *Journal of the American College Health Association*: 25:310-313.

Faschingbauer, T., Zisook, S., & DeVaul, R. (1987). The Texas Revised Inventory of Grief. In S. Zisook (Ed.) *Biopsychosocial aspects of bereavement*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp111-124.

Fawcett, J. (2000). Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge. 1ª Ed. Philidelphia: Davis Company.

Feifell, H. (1969). Attitudes toward death: a psychological perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3):292-295.

Feldstein, M.A., Gemma, P.B. (1995). Oncology Nurses and Chronic Compouded Grief. *Cancer Nursing* 18 (3), p228-236.

Felton, J.S. (1998). Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers. London: *Occupational Medicine*. 48:4, 237-250.

Fernandes, J.D., Ferreira, S.L.A., Oliva, R, Santos, S. (2003). Directrizes estartégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. *Revista Enfermagem*, 56 (54): 392-395.

Férez, J.G. (1998). *Ética de la salud en los processos terminales*. Madrid: San Pablo.

Ferrara, G. (2007) *El silencio del pescador*. Zenith/Planeta.

Ferreira, N.M.L.A. (1996). A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 30 (2), 229-253.

- Ferrell, B.R., Virani, R., Grant, M., Rhome, A., Malloy, P., Bednash, G. (2005). Evaluation of the end-of-life nursing education consortium undergraduate faculty training program. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (1): 107-114.
- Fife, B.L. (1995). The measurement of meaning in illness. *Soc Sci Med*. 40: 1021-1028.
- Fillion, R.N. e Laurent, L.S. (2003). Stressors linked to palliative care nursing : the importance of organizational, professional and emotional support. Canadian Health Services Research Foundation.
- Fingley, C.R. (1995). Compassion Fadigue as a secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley CR, ed. *Compassion fadigue*. New York: Brunner/Mazel, 1-20.
- FitzPatrick, J.M. et al (1992). The role of nurse in high quality patient care: a review of literature. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (10): 1210-19.
- Fitzpatrick e Whall. (1989). Watson's model of human care. In: *Concepts Models of Nursing: Analysis and Application*. Nowalk: Ed. Appleton e Lange Comm.
- Flint, G., Gayton, W. e Ozmon, K. (1983). Relationship between life satisfaction and acceptance of death in elderly persons. *Psychological Reports*, 53:290.
- Florian, V., Kravetz, S. (1983). Fear of personal death: Attribution, structure, and relation to religious belief. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 600-607.
- Fly, N.A. (1993, June). Beyond professional caring: Teaching nursing students the art of Christian caring. Disponível em: [http://www.aiias.edu/ict/vol\\_10/10cc\\_167-185.pdf](http://www.aiias.edu/ict/vol_10/10cc_167-185.pdf), Acedido em 24 de Dezembro de 2011.
- Foucault, M. (1998). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, C. e Mongeau, S. (2012). *A arte de tratar em Cuidados Paliativos*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Foxall, J.M., Zimmerman, L., Standley, R., & Bené, B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 577-584.
- França, A.C.L., Rodrigues, A.L. (1997). *Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.

- Franco, M.H.P. (2003). Cuidados Paliativos e o luto no contexto hospitalar. *O Mundo da Saúde*, 27 (1) 182-184.
- Frankl, V. (1985). *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books.
- Frankl, V. (1988). *The will to meaning: Foundations and applications of Logotherapy*. Meridian. New York.
- Frankl, V. (2008) *Em busca de sentido*. 26ª Ed. Perópolis: Editora Vozes.
- Frasquilho, M.A. (2005). Medicina, uma jornada de 24horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 23:2, 89-98.
- French, S.E., Lenton, R., Walters, v. & Eyles J. (2000). An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *Journal of nursing Measurement* 8, 161-178.
- Freud, S. (1957). Mourning and Melancholia. In *Standard Edition of the complete works of Sigmund Freud*, Strachey, J., (Ed), (243-258). London: Hogarth Press.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 30 (1),159-165.
- Frias, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em Formação*. Loures: Lusociência.
- Frias, C. (2008). O enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na construção do cuidar. *Revista Referência*, II série (6), 57-67.
- Frias, C. (2010). *O processo de construção de cuidados enfermeiro/pessoa em fim de vida: encontro de corpos*. Tese de Douturamento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Frommelt, K. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 8(5), 37-43.
- Frommelt, K.H. (2003). Attitudes toward care of the terminally ill: An educational intervention. *American Journal of Hospice and Palliative Care* 20(1),13-22.
- Furman, J. (2002). What you should know about chronic grief. *Nursing*, 32(2), 56-57.
- Galinha, I, Pais Ribeiro, JL (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e doença*, 6 (2), 203-214.

- Garcia, S.M. et al (2005). Job stressors and satisfaction in the nursing staff of critical unit. *Enfermagem Intensiva*. 16: 1, 3-14.
- Gentry, WP, Parkes, K.R. (1982). Psychologic stress in intensive care unit and non-intensive care unit nursing. A review of the past decade. *Heart and Lung* 11(1),43-47.
- Gesser, G., Wong, P.T.P., & Reker, G.T. (1987). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the death attitudes profile (DAP). *Omega*, 18(2), 113-128.
- Gomes, G.C., Lunardi Filho, W.D., Erdmann, A.L. (2006). O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Ver. Enferm. UERJ*, v.14, nº 1, Rio de Janeiro.
- Gomes, L (1992). Stress em Enfermagem. *Divulgação*, 23, 36-40.
- Gomes, A.R., Cruz, JF., Cabanelas, S. (2009). Estresse Ocupacional em Profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol.25, (3), 307-318.
- Gomez, L. (2005). Uma introdução às relações de objecto. *Colecção Manuais Universitários* 36. Lisboa: Climepsi Editores.
- González, A.G. (2011). *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Goodkin, K., Baldewicz, T., Blaney, N., Asthana, D. (2004). Physiological Effects of Bereavement and Bereavement Support Group interventions. In Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W. e Schutt, H. (Eds.) *Handbook of Bereavement assessing research*. Washintgton. American Psychological Association.
- Goodell, B., Donohue, J. e Quint-Benoliel, J. (1982). Death education in medical school: A seminar on terminal illness. *Death Studies*, 5 (4), 363-389.
- Grassman, D. (1992). Turning Personal Grief into Personal Growth. *Nursing*, 92, April, 43-47.
- Hainsworth, D.S. (1996). The effect of death education on attitudes of hospital nurses toward care of the dying. *Oncol. Nurs Forum*. Jul; 23 (6): 963-967.

- Hall, P., Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: A long and winding road. *Medical Education*, 35, 867-875.
- Harper, B.C. (1994). *Death: the coping mechanism of the health professional*. Greenville, S.C.: Swigwe Associates, Inc. Southeastern University Press.
- Harrison, M., Loiselle, C.G., Duquette, A, Semenic, S.G. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Québec. *Journal of Advanced Nursing*, 38:584-591.
- Hartrick, G. (1997). Relationship capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (3) 523-528.
- Hayslip, B., Cynthia, G., Margaret, M.P. (1994). Effects of death education on conscious and unconscious death anxiety. *Omega. Journal of Death and Dying*, 28, 101-111.
- Hazan, C., e Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualised as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hawkins, A.C., Howard, R.A., & Oyebode, J.R. (2007). Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psycho-Oncology* 16:563-572.
- Hennezel, M, Leloup, JY (2001) – *A arte de morrer*. 3ªed. Notícias Editorial, Lisboa.
- Hennezel, M. (2003). *Nós não nos despedimos: uma reflexão sobre o fim da vida*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Heur, L., Bengiamin, M., Downey, V.H., Imler, N.J. (1996). Neonatal intensive care nurse stressors: an American study. *British Journal of Nursing*. 5: 18. 1126-1130.
- Hibbert, M. (1995). Stressors experienced by nurses while caring for organ donors and their families. *Heart Lung*. 24:5, .399-407.
- Hinde, R.A. (1997). *Relationships: a dialectical perspective*. London: Lawrence Earlbaum Associates.
- Hinde, R.A., Stevenson-Hinde, J. (1986). Relating childhood relationships to individual characteristics. In W.W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp. 27-50), Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

- Hoelter, J. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5):996-999.
- Hogan, N.S., DeSantis, L. (1996). Adolescent sibling bereavement: Toward a new theory. In C. Corr & D.B. Balk (Eds.), *Helping adolescents cope with death and bereavement* (pp173-195). Philadelphia: Springer.
- Hogan, N.S. (1987). *An investigation of adolescent sibling bereavement and adaptation*. Chicago: Loyola University of Chicago.
- Hogan, N.S., Greenfield, D.A. & Schmidt, A.L. (2001). The development and parametric testing of the Hogan Grief Reaction Checklist. *Death Studies*, 25: 1-35.
- Hogan, N.S., Morse, J., & Tasón, M. (1996). Toward an experimental theory of bereavement. *Omega: Journal of Death and Dying*, 33, 43-65.
- Hogan, N.S., Schmidt, LA (2002). Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Studies*, 26: 615-634.
- Howarth, G., Leaman, O (Eds.) (2001). *Encyclopedia of death and dying*. New York: Routledge.
- Holland, J., Neimeyer, R. (2005). Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliative and Supportive Care*, 3, 173-181.
- Hooper, T., Spilka, B. (1970). Some meanings and correlates of future time and death among college students. *Omega*, 1:49-56.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hsieh, H. (1995). *The effect of death education on the attitudes of nurses toward caring for the terminally ill*. Drake University
- Hurtig, W., Stewin, L., (1990). The effect of death education and experience on nursing student's attitude toward death. *Journal Advanced Nursing*, 15, 29-34.
- Hwang, H.L., Lin, H.S., Chen, W.T. (2005). Evaluation of life and death studies courses on attitudes toward life and death among nursing students. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, vol 21, Issue 12, 552-560.

- Irwin, S. (2000). The experiences of the registered nurse caring for the person dying of cancer in a nursing home. *Collegian*, 7, 30-34.
- Isikhan, V., Gomez, T., Danis M.Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *Eur. J. Oncol. Nursing* 8: 234-244.
- Irvine,DM., Sidani, S., & Hall, LM. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economic*. 16(2), 58-64.
- Jacono, B.J. (1993). Caring is loving. Journal is loving. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 192-194.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7: 113-136.
- Jenkins, R., Elliot, P. (2004). Stressors burnout and social support. Nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*. 48:6.622-631.
- Jesus, S.N. (2005). Bem-estar docente: perspectivas para superar o mal-estar dos professores. In Pinto, AM., Silva, A.L. – *Stress e bem-estar*. Lisboa:Climepsi, 167-184.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 22(4), 116-122.
- Johansson, N., Lally, T. (1991). Effectiveness of a death education program in reducing death anxiety of nursing students. *Omega*, 22 (1) 25-33.
- Johnson, M.N. (1979). Anxiety/stress and the effects on disclosure between nurses and patients. *Advance in Nursing Science*. 1:4,1-20.
- Jones, E.M. (1962). Who Supports the Nurse? *Nursing Outlook*. 10(7):476-478.
- Jonsén, E. Fagerstrom, L., Lundman, B., Nygren, B., Vahakangas, M. e Strandberg, G., (2009) Psychometric properties of the Swedish version of the purpose in life scale. *Nordic College of Caring Science*.
- Josso, M.C. (2002). *Experiências de vida e Formação*. Lisboa. Educa.
- Jung, C.G. (1960). *Soul and Death*. *Collected Works*, vol. 8. London: Routledge & Keagan Paul.

- Junger, S., Pesringer, M., Elsner, F., Krumm, N., & Radbruch, L. (2007). Criteria for succesful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*, 21,347-354.
- Kanaane, R. (1994). *Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI*. São Paulo: Atlas.
- Kastenbaum, R, Aisenberg, R. (1983). *Psicologia da morte*, São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo.
- Kaye, J. (1991). Will a course on death and dying lower students´death and dying anxiety? *Journal of Cancer Education*, 6 (1):21-24.
- Kaye, J., Gracely, E., Loscalzo, G. (1994). Changes in students´attitudes folowing a course on death and dying: a controlled comparison. *Journal of Cancer Education*, 9 (2), 77-81.
- Kérouac, S. (1994). *La pensé infirmière, conceptions et stratégies*. Québec : Études Vivantes.
- Ki, M. (2003). Emotional support for dying patients-the nurses´perspective. *Eur. J. Oncol. Nursing*, 7(2):120-129.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful live events, personality and health: an inquiry into hardiness. *J.Pers Soc Psychol*, 37, 1-11.
- Kovács, M.J. (1992). Paciente terminal e a questão da morte. Em M.J. Kovács (org.), *Morte e desenvolvimento huamno* (pp188-203). São Paulo: Casa do Psicólogo
- Kovács, M.J. (2003). *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M.J. (2003). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M.J. (1991). Pensando a Morte e a Formação de Profissionais de saúde. In: Cassorla, R.M.S. (coord). *Da morte: estudos brasileiros*. Campina, Papiros, 79-104.
- Kovács, M.J. (2005). Educação para morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.25, nº3 Brasília, set.

- Kovács, M.J. (1999). Pacientes em estágio avançado da doença e dor da perda e da morte. In: Carvalho, MMJ (org.) Dor, um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus Editorial.
- Kowalski, I.S.G., Sousa, C.P. (2002). Câncer uma doença com representações historicamente construídas. *Acta Oncológica Brasileira*. 22 (4), Out/Dez, 360-370.
- Krakauer, E. (1996). Attending to Dying: Limitations of Medical Technology. In Spiro, H., Curnen, M. e Wandel, L (eds.). Facing death: Where culture, religion and medicine meet. New Haven. Yale University Press.
- Krieger, S., Epting, F., Leitner, L. (1974). Personal constructs, threat and attitudes toward death. *Omega*, 5:299-310.
- Kubler-Ross, E. (1991). On life after death. Berkeley: Celestial Arts.
- Kubler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York: The MacMillan Publishing.
- Kubler-ross, E. (1988). La mort est un nouveau soleil. Editions du Rocher.
- Kubler-Ross, E. (1998). Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos e enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes. (8ªed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Kruse, B.G., Ruder, S., Martin, L. (2007). Spirituality and coping at the end of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 9, 296-304.
- Lange, M., Thom, B., Kline, N. (2008). Assessing Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a Comprehensive Cancer center. *Oncol. Nursing Forum*, 35(6):955-959.
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda. Lisboa: Lusodidacta.
- Lauterbach, S., Becker, P. (1998). Caring for self becoming a self reflective nurse. In Guzzetta, Chathie, 1ª Ed. – Essential Readings in Holistic Nursing. USA: Aspen Publishers.
- Lee, R.T., Ashforth, BE. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81 (2),123-33.

- Leeman, C.J. (1993). Spirituality and meaning in later life. ETD collection for University of Nebraska. Lincoln Paper AA 19322803.
- Leininger, M. (1981). Transcultural nursing: its progress and its future. *Nursing & Health Care*, 2 365-371.
- Leis, H.R. (2000). A sociedade dos vivos. Porto Alegre, Caderno nº 1. [www.periodicos.ufsc](http://www.periodicos.ufsc). (acedido a 15 agosto, 2009).
- Leiter, M.P., Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression a confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress and coping*. 7(4), 357-373.
- LeSergenta, C., Haneyb, C. (2005). Rural hospital nurse's stressors and coping strategies: a survey. *Int. J. Nursing Stud.* 42: 315-324.
- Lester, D. (1972). Studies on death attitudes. *Psychological reports*. 30:440.
- Lester, D., Getty, C., & Kneisl, C.R. (1974). Attitudes of nursing students and faculty toward death. *Nursing Research*, 23:50-53.
- Lester, D. e Templer, D. (1992-1993). Death anxiety scales: a dialogue. *Omega: Journal of Death and Dying*, 26, (4): 239-253.
- Lester, D., Castromayor, I. (1993). The construct validity of Templer's death anxiety scale in Filipino students. *The Journal of Social Psychology*, 133 (11): 113-114.
- Leyens, J. (1994). *Psicologia Social*. Lisboa: Ed.70.
- Lev, E.L. (1986). An elective course in hospice nursing. *Oncology Nursing Forum*, 8 (1), 151-154.
- Lima Basto, M. (1998). Da Intenção de mudar à mudança – um caso de intervenção num grupo de enfermeiras. Porto: Editora Rei dos Livros.
- Limonero Garcia, J.T. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología Geral y Aplicada*, 49(2), 249-265.
- Lindemann, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. 1944 (Classic article). *American Journal of Psychiatry*, 151:155-160.
- Lipp, M. (1996). Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas, SP: Papyrus.

- Lockard, B.E. (1989). Immediate, residual, and long-term effects of education instructional unit on the death anxiety level of nursing students. *Death Studies*, 13, 137-159.
- Loneto, R., Fleming, S. e Mercer, G. (1979). The structure of death anxiety: a factor analytic study. *Journal of Personality Assessment*, 43:388-392.
- Loneto, R. e Templer, D. (1986). *Death Anxiety*. Washington: Hemisphere Publishing.
- Loureiro, L (2010). Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Refênci*a, III série, nº1, Jul.101-108.
- Lundberg, U. (2000). Workplace stress. In Fink, G. *Encyclopedia of stress*. New York: Academic Press, 684-692.
- Machado, M.C., Couceiro, L., Alves, I., Almendra, R., e Cortes, M. (2011). *A Morte e o Morrer em Portugal*. Coimbra: Almedina.
- MacNamara, B., Waddell, C., Colvin, M. (1995). Threats to the good death: the cultural context of stress and coping among hospice nurses. *Sociology of Health and Illness*. 17, 222 – 244.
- Mc Vicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6) 633-642.
- Maeve, M.K. (1998). Weaving a fabric of moral meaning: How nurses live with suffering and death. *Journal of Advanced Nursing*.27, 1136-1142.
- Magalhães, J.C.(2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Magnusson, S. (1996). On for a little humanity. *British Medical Journal*, 313, 1601-1603.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial N° 209), 66-104.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years* (p87). Chicago: University of Chicago Press.

- Malacrida, R. et al. (1991). Computer – aided self-observation psychological stressors in an ICU. *International Journal of Clinical Monitoring and computing*, 8:3, p.201-205.
- Malliarou, M. (2011). Greek Nurses Attitudes towards Death. *Global Journal of Health Science*. Vol 3 (1), 224-230.
- Mallory, J. (2003) The impact of a Palliative Care Educational component on attitudes toward care of dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, vol 19 (5), 305-312.
- Marriner-Tomey, A., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 5ª Ed Loures: Lusociência.
- Marshall, J. (1980). Stress amongst nurses. In C.L. Cooper & Marshall (Eds.), *White Collar and Professional Stress*. Chichester: Wiley.
- Martins, E.L. et al (1999). Reações e sentimentos do Profissional de enfermagem diante da morte. *Revista Brasileira de Enfermagem* 52 (1), Jan-Mar., 105-117.
- Martins, L.A.N. (1991). “Actividade Médica”: factores de risco para a saúde mental do médico”. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, 20(9) 355-364.
- Martins, M.L.S. (2009). *Vivências dos estudantes de enfermagem ao lidar com o morrer: um contributo para a formação pré-graduada*. Tese Doutorado em Enfermagem apresentada na Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor.
- Marquis, S. (1988). Death of nurses: burnout of the provider. *Omega*, vol 27, (1). 17-33.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*. 5 . 16-22.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis, In Sanders, G. e Sullis, J. (Eds.). *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: Laurence Erlbaum Associates.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Leiter, MP (2000) O Burnout. In FINK, G – *Encyclopedia of stress*. New York. Academic Press, 358-362.

Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual. 3ªEd. Palo Alto. CA: Consulting Psychologist Press.

Maslach, C., Schaufeli, W., (1993). Historical and conceptual development of burnout. In: Schaufeli, WB., Maslach, C., Marek, T. (Eds.), Professional Burnout. Recent Development in Theory and Research. Taylor and Francis, New York, p1-18.

Maslow, A (1970) Motivation and Personality. New York, Harper and Row Inc.

Matzo M.L., Sherman DW, Penn B, Ferrell BR, (2003). The end-of-life nursing Education Consortium experience. Nurse Educator, 28:266-270.

McIntyre, M.T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. Análise Psicológica. 2-3:XII.p.193-200.

Menzies-Lyth, I. (1988). Containing anxiety in institutions : Selected essays. London: Free Association Books.

Meunier, Annick (1995) Et si nous parlions des familles? L'Infirmière face aux besoins des familles de personnes en fin de vie. Recherche en Soins Infirmiers, nº4, 13-45.

Miles, M. (1980). The effects of a course on death and grief on nurses' attitudes toward dying patients and death. Death Education, vol 4 (3), 245-260.

Miranda, S. C. C. (2011), Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saude. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

Miyashita,M., Nakai, Y., Sasahara, T., Koyama, Y., Shimitzu, Y., Tsukamoto, N. e Kawa, M. (2007). Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes toward caring for dying patients. American Journal of hospice and Palliative Care, 24 (3):202-210.

Mohamed Ali, W.G., Ayoub, N.S. (2010). Nurses' Attitudes toward caring for dying patient in Mansoura Universty Hospitals. Journal of Medicine and Biomedical Sciences, May.

Mobity, PR, Maas, ML, Buckwalter, KC, Kelley, LS (1992). Staff stress on an Alzheimer's unit. J. Psychosoc Nurs Ment. Health serv. 30 (9):25-31.

Mok, E., Chiu, P.C. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. Journal of Advanced Nursing, 48(5), 475-483.

- Monteiro, S., Tavares, J., Pereira, A. (2006). Estudo das características psicométricas da Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar. In: I. Leal, J. Pais Ribeiro & S. Jesus (Edts.) Actas do 6º Congresso nacional de Psicologia da Saúde, Bem-Estar e Qualidade de vida (pp.53-58). Lisboa: ISPA Edições.
- Moremen, P. (2005). What is the meaning of life? Women's spirituality at the end of life Span. Omega 50(4):309-330.
- Moreira, A., Lisboa, M.T., (2006) A Morte – entre o Público e o Privado: Reflexões para a prática Profissional de Enfermagem, Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, Jul/Set: 14(3): 447-54.
- Morita, T., et al (2007). Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: a Validation Study and Nurse Education Intervention Trial. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 34 (2). 160-170.
- Morse, J. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. Journal of Advanced Nursing, 16, 455-468.
- Morse, J.M., Cárter, B. (1996). The essence of enduring and expressions of suffering: the reformulation of self, in Sch. Inq. Nursing Practice, Spring, 10(1), 43-60.
- Neimeyer, R., Fortner, B (1997). Death Attitudes in Contemporary Perspective. In Stack, S. (ed). Death and the quest for meaning. Essays in honour of Herman Feifel. Northvale. Jason Aronson Inc.
- Neimeyer, R., Wittkowsky, J., & Moser, R. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and avaluation. Death Studies, 28, 309-340.
- Neimeyer, R. (1994). The threat index and related methods. In Neimeyer, R. (ed.) Death anxiety handbook: research, instrumentation and application. Washington: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R., Moore, M. (1994). Validity and reliability of the multidimensional fear of death scale. Death anxiety handbook: research, instrumentation and application. Washington: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. (2002). Traumatic loss and the reconstruction of meaning. Journal of Palliative Medicine. 5 (6) 935-942.

- Neimeyer, R.A. (2001). Meaning reconstruction and loss: An introduction. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp1-9). Washington, DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R.A., Moser, R., & Wittkowski, J. (2003). Assessing attitudes toward dying and death: Psychometric considerations. *Omega*, 47, 45-76.
- Nerken, I.R. (1993). Grief and the reflective self: Toward a clearer model of loss resolution and growth. *Death Studies*, 17, 1-26.
- Nichols, K, Springford, V, Scarle, J. (1981).An investigation of distress and discontent in various types of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 6: 4. 311.
- Novo, R., Duarte Silva, M., Peralta, E. (1997). O Bem-estar psicológico em adultos: estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff, In: M. Gonçalves, I. Ribeiri, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida & M. Simões (Orgs.). *Avaliação psicológica: Formas e contextos (Vol V, pp313-323)*. Braga: APPORT.
- Nuland, S.(1995). *How we die*. New York: Vintage.
- Oliveira, A.(1999). *O desafio da morte – convite a uma viagem interior*. Lisboa: Editorial, Notícias.
- Oliveira, I Duarte (1991) – Atendimento a doentes terminais e apoio à família. *Servir*. Lisboa, 39:5, 255-259.
- Oliveira, I., Vinha, J., Correia, M. & Morato, M. (1995). O escutar na relação de ajuda. *Enfermagem em Foco*, 20, 29-30.
- Oliveira, J.H. (1998). *Viver a Morte*. Coimbra: Almedina.
- Oltjenbruns, K.A. (1991). Positive outcomes of adolescents' experience with grief. *Journal of Adolescent Research*, 6, 43-53.
- Ohashi, A (2011). Positive effects of experience in terminal care on nursing home staff in Japan. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. Sep;28(6):389-92. Epub 2011 Jan 16.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Cuidados Paliativos para uma morte digna*. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

- Osterman, P, Schwartz-Barcott, D. (1997). Quatro maneiras de estar presente. *Servir*. 45(6): 317-324
- Pacheco, S. (2002). Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética. Loures: Lusociência.
- Papadatou, D. (2000). A proposed modelo in health proffessionals´grieving process. *Omega: Journal of Death and Dying*. 41, 59-77.
- Papadatou, D. (2001). The grieving health care provider: Variables affecting the professional responses to a child´s death. *Bereavement Care*, 20(2), 26-29.
- Papadatou, D. (2009). *In the face of Death*. NewYork: Springler Publishing Company.
- Papadatou, D. et al (2002) – Nurse and Physician Grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatric Nursing*, July-August, vol.28.(4), 345-343.
- Parkes, C.M. (1971). Psychosocial transitions: A field of study. *Social Science and Medicine*, 5, 101-115.
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.
- Parkes, C.M., (1986). Psychologie du mourant. *La Révue du Praticien*, 36(9), 479-485.
- Parkes, C.M. (1988). Bereavement as a psychosocial transition: Process of adaptations to change. *Journal of Social Issues*, 44, 53-65.
- Parkes, C. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial.
- Parreira, P. D., Sousa, F. C.(2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout: Estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia. *Investigação em Enfermagem*, Fevereiro, 1: 17-23..
- Pattison, E.M. (1977). *The experience of dying*. New York: Simon and Schuster.
- Payne, M (2000). *Teamwork in multiprofessional care*. New York: Palgrave.
- Payne, M. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 33:3,396-405.

- Peiró, J.M., González-Romá, V., Tordera, N. & Mañas, M.A. (2001). Does role stress predict burnout over time among Elath care professionals? *Psychology and Health*, Vol. 16, 511-525.
- Peplau, H.E. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería – un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Barcelona: Salvat.
- Peralta, E., Duarte Silva, M. (2003). Teste dos objectivos de vida (PIL-R) in Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L.E., Machado, C. (Coords.) *Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa*. Vol.I, Coimbra, Quarteto.
- Peralta, E. (2001). *Estudo sobre os objectivos de vida na idade adulta avançada*. Dissertação de Mestrado apresentada pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Pereira, S.M. (2010). *Cuidados Paliativos – confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Pereira, S.M. (2011). *Burnout em Cuidados Paliativos: uma perspectiva bioética*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- Pessini, Léo (2006). *Bioética: um grito por dignidade de viver*. São Paulo: Paulinas.
- Petereson, L., Arnetz, B.B., Arnets, J. E. Horte, L.G. (1995). Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses. Results from a national questionnaire study. *Psychotherapy and Psychosomatization*, 64,20-31.
- Phaneuf, M (1995). *Relação de ajuda: elemento da competência da enfermeira*. Coimbra: Edição da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pierce, B, Dougherty, E., Panzarella, T. Le, L.W., Rodin, G., Zimmermann, C. (2007). Staff stress, work satisfaction and death attitudes on an oncology palliative care unit, and on a medical and radiation oncology inpatient unit. *Journal Palliative Care*, 23 (1): 32-39.

- Pimple, D., Schmidt, L., Tidwell, S. (2003). Achieving excellence in end-of-life. *Nurse Educator*, 28(1),40-43.
- Pinto, V. Feytor (1991). Entre a vida e a morte: a razão da esperança. *Servir*. Lisboa, 39 (1), Jan-Fev., 8-22.
- Pinto, A. M. (2000). Burnout profissional em professores portugueses: representações sociais, incidência e preditores. Dissertação de doutoramento em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação. Universidade de Lisboa.
- Pinto, A.M., Lima, M.L., Silva, A.L. Stress profissional em professores portugueses: incidência, preditores e reacção de burnout. *Psychologica*. 33, pp.181-194.
- Poletti, R & Dobbs, B (2008). *Cómo Crecer a través del Duelo*. 2ª Ed. Ediciones Obelisco.
- Posada, S.R. (2005) *El manejo del duelo, una propuesta para un nuevo comienzo*. Ediciones Granica, SA. Barcelona.
- Potter, P.A., Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5ª Ed., vol. I, Loures: Lusociência.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (4), 376-382.
- Queirós, M.J. (1999). O luto. In Portela, L. e Neto, I. (coord.) *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa. Permanyer Portugal.
- Queirós, A.A. (2004). Perspectiva histórica da constituição da profissão. In: M.C.Patrão Neves & S. Pacheco, coord. *Para uma ética da enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Queirós, P.J.P. (2005). *Burnout no Trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.
- Queirós, C. (2010). Burnout e a promoção da saúde do cuidador. *Revista do Departamento de Psicologia e Educação Universidade da Beira Interior*, Vol. IX, nº especial.

- Quinn, P.E., Reznikoff, M. (1985). The relationship between death anxiety and the subjective experience of time in the elderly. *International Journal of Aging Human Development*. 21:197-210.
- Quint Benoliel, J. (1982). *Death education for the health Professional*. Washington, DC: Hemisphere.
- Ramirez, A.J., Graham, J, Richards, MA, Cull, A., Gregory, WM. (1996). Mental Health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347-724.
- Ramos, M.C. (1992). The nurse-patient relationship: Theme and variations. *Journal of Advanced Nursing* 17, 496-506.
- Rando, T. (1993). *Treatment of a complicated mourning*. London: Reseach Studies.
- Redinbaugh, EM, Schuerger, JM, Weiss, L., Brufsky, A. & Arnold, R (2001). Health Care Professionals' grief: a model based on occupational style and coping. *Psycho-oncology*. 10:187-198.
- Regdon, M., Epting, F. (1985) Reduction in death threat as a basis for optimal functioning. *Death Studies*, 9:427-448.
- Reese, D., Sontag, MA (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Heath and Social Work*, 26: 167-175.
- Reese, D.C. (1996). Please cry with me: six ways to grieve. *Nursing*, 26(8), 56.
- Reker, G.T. (1996). Reliability and validity of the Sources of Meaning Profile – revised. (SOME-R). Unpublished Report, Trent University, Peterborough, ON.
- Reker, G. (1982). *Manual of the life attitude profile-revised*. Peterborough, Ontario: Student Psychologists Press.
- Reker, G., Wong, P. (1984). Psychological and physical well-being in the elderly: the perceived well-being scale. *Canadian Journal on Aging*, 3:23-32.
- Reker, G., Peacock, E. (1981). The life attitude profile (LAP): a multidimensional instrument for assessing attitudes towards life. *Canada Journal of Behavioral Sciences*, 13: 264-273.

- Rentoul, L., Thomas, V., Rentoul, R. (1995). Understanding stress and its implications for health-care professionals. In: JE Schober and SM Hinchliff (Eds) *Towards Advanced Nursing Practice*, London: Edward Arnold, p154-81.
- Revicki, D.A., Whitley, T.W. (1995). Work-related stress and depression in emergency medicine residents. In: Sauter, SL, Murphy, LR, eds. *Organizational risk factors for job stress*. Washington, DC: American Psychological Association, 247-258.
- Rich, S. (2005). Providing quality end-of-life care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20: 141-145.
- Robinson, J. (1992). Problems with paradigms in a caring profession. *Journal of Advanced Nursing*, 17: 632-638.
- Robbins, A. (1994). Death competency: Bugen's coping with death scale and death self efficacy. In Neimeyer, R. (ed.) *Death anxiety handbook: research, instrumentation and application*. Washington: Taylor & Francis.
- Robitschek, C. (1998). Personal Growth initiative: the construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, Jan., 30, 183-198.
- Rogers, C (1985) – *Tornar-se Pessoa*. 7ªed. Editora Moraes, Lisboa, p.342.
- Rogers, C. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Roger, M.C., Abalo, J.G., Guerra, M.E., Pérez, C. (2006). Afrontamentos y emociones en profesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional. *Psicología y Salud*. 116-121.
- Rooda, L., Clements, RE., Jordan, M (1999). Nurses' attitudes towards death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 26: 1683-1687.
- Roselló, F. Torralba I (2009). *Antropologia do Cuidar*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ross, R.R., Altmaier, E.M. (1994). *Intervention in occupational stress*. London: Thousand Oaks: Sage Publications, 12.
- Rouchy, J.C., Desroche, M.S. (2004). *Institution et changement: Processus psychique et organization*. Ramonville Saint-Agne : Editions Erés.

- Rowe, H. (1996). Multidisciplinary teamwork: Myth or reality? *Journal of Nursing Management*, 4 (2), 93-101.
- Roach, S.M.S. (1993). *The human act of caring: a blueprint for the health professionals*. Ottawa: Canadian Hospital Association Press.
- Rub, R. (2000). Legal Aspects of work related stress. In *Nursing Official Journal of Occupational Health Nurses*. 48:3, 131-135.
- Ryan, R., Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 1069-1081.
- Ryff, C.D. e Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69:719-727.
- Saggino, A., Kliné, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52 (3): 329-333.
- Samaroo, B. (1996). Assessing palliative care educational needs of physicians and nurses: Results of a survey. *Journal of Palliative Care*, 12(2), 20-22.
- Sanders, C (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement*. 2<sup>a</sup>ed. New York: John Wiley & Sons.
- Santos, C.A.F. (1983). Os profissionais de saúde enfrentam – negam a morte. In Martins, J.S. *A morte e os mortos na sociedade brasileira* (pp15-24) São Paulo: Hucitec.
- Santos, J.L., e Bueno, S.M. (2011). Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. *Rev Esc Enferm USP*; 45 (1): 272-6.
- Santos, F.S. (2011). *Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., & Kazuma, K. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliative Medicine*, 17: 520-526.

- Saunders, C. (1991). *Hospice and Palliative Care: an interdisciplinary approach*. London: Edward Arnold.
- Sanders, C., Mauger, P., Strong, P. (1995). *The Grief experience Inventory*. Consulting Psychologist Press, Inc.
- Sanders, C., Mauger, P., Strong, P. (1985). *A manual for the Grief Experience Inventory*. Charlotte, NC: Center for Study of Separation and Loss.
- Sanders, C. (1999). *The Mourning after: Dealing with adult bereavement*. 2<sup>a</sup>Ed. New York: John Wiley & Sons.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.
- Sapeta, P., (2003). *Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica*, Revista Investigação em Enfermagem, ed. Sinais vitais, nº7, Fev.
- Schaufeli, W.B. (1999). Burnout. In Firth-Cozens, J., Payne, RL – *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley & Son. 17-32.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M.P., Maslach, C. & Jackson, S.E. (1996). *Maslach Burnout Inventory – General Survey*. In C. Maslach, S.E. Jackson & M. P. Leiter (Eds.) *The Maslach Burnout Inventory – Test manual (3<sup>a</sup>ed.)*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
- Scheier, M., Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4: 219-247.
- Seale, C. (1998). *Constructing death: The sociology of dying and bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Butterworth, Boston.
- Sequeira, J (1997) *Desenvolvimento Pessoal*. Monitor, Projectos e edições, Lda.
- Seymour, J., (2004). What's in a name? A concept analysis of key terms in palliative care nursing, In Payne, S., Seymour, J., Ingleton, C. (Eds.), *Palliative Care Nursing: Principles and evidence for practice*, Berkshire, Open University Press, 55-74.

SFAP, Colégio de cuidados de Enfermagem (2000). Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos. Cuidar: Ética e Práticas. Loures: Lusociência.

Sheldon, S.E. (1998). Professional education in hospice and palliative care. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 15 (3), 184-185.

Silva, L.C. (2009). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicologia América Latina*, nº16, ISSN 1870 versão on-line.

Silva, M.C., Gomes, A.R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3): 239-248. Set-Dez.

Siqueira, H., Cecagno, D., Crecência, H. (2005). Trabalhador de Enfermagem: agente colaborador no cumprimento da missão institucional. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.58, nº1, Brasília, Jan/Fev.

Simpson, J. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59: 971-980.

Slone, M., Stephany, T. (1995). Stressors of hospice home care nurses for AIDS patient a pilot study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 12:1, 32-36.

Soares, I. (1996). Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Braga. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Spencer, L. (1994). How do nurses deal with their own grief when a patient dies on an intensive care unit, and what help can be given to enable them to overcome their grief effectively? *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1141-1150.

Sperling, M.B., Berman, W.H. (1994). Attachment in Adults: clinical and developmental perspectives. Gilford Press. New York.

Sperling, M., foelsch, P., & Grace, C. (1996). Measuring adult attachment: Are self-report instruments congruent? *Journal of Personality Assessment*, 67 (11), 37-51.

Spooner- Lane, R.(2004). The influence of work stress and work support on burnout in public Hospital nurses. Queensland: University of Technology.

Starck, P. (1985). Guidelines – meaning in suffering test. Berkeley. Institute of Logotherapy Press.

- Steinhauser, K., Clipp, E., Cristakis, N., In search of a good death: observations of patients, families and providers. *Annals of Internal Medicine*, 132 (10):825-832, 2000.
- Stebniki, M.A (2000). Stress and grief reaction among rehabilitation professionals: dealing effectively with empathy fadigue. *Journal of Rehabilitation*, 66:23-30.
- Stedeford, A. (1986). Encarando a morte, uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas, p.168.
- Stepnick, A. & Perry, T. (1992). Preventing spiritual distress in the dying client. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30 (1), 17-24.
- Steger, M., Frazier, P., Kaler, M., e Oishi, S. (2006). The meaning in life questionnaire: assessing the presence of search for meaning in life. *Journal of Counselling Psychology*, vol. 53 (1), 80-93.
- Stora, J.B. (1990). O stress. Colecção Rés Editora. Porto, p.156.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (1989). *Health Measurement Scales – a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Swain, H., Cowles, K. (1982). Interdisciplinary Death Education in a Nursing School. *Death Studies*, 5(4), 297-315.
- Tabak, N, Orit, K. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflits with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal Nursing Manag*, 15 (3):321-331.
- Tajtel, H. (1983). *Grupos humanos e categorias sociais (vols I e II)*. Lisboa: livros Horizonte.
- Tager, D. (2001). *Viver a morte*. Lisboa: Estampa.
- Tan, J., Low, J., Yap, P., Pang, W, Y. (2006). Caring for dying patients and those facing death in a Acute-Care Hospital in Singapore. *J. Geront. Nursing*, 17-33.
- Tanner, C.A., Benner, P., Chesla, C. & Gordon, D. R. (1993). The phenomenology of Knowing the patient. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25: 273-280.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Tedeschi, R.G. & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory. Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9: 455-471.

Teixeira, P. (2006). Representações sociais da morte em enfermagem. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta.

Templer, D. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82:165-177.

Templer, D., Ruff, CF (1970). Death anxiety scale means, standard deviations, and embedding. *Psychological Reports*, 29 (1), 173-174.

Thompson, S. & Thompson, N. (1999). Older people crisis and loss. *Illness Crisis and Loss* 7: 122-133.

Thomsen, S. et al (1999). Feeling of professional fulfilment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organizational and individual factors. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 68:3, 157-164.: Research, instrumentation and application. Washington: Taylor & Francis.

Thorson, J., Powell, F.C. (1994). A revised death anxiety scale. In Neimeyer, R. (ed.) *Death Anxiety Handbook*

Tomer, A & Eliason, G. (2000). Beliefs about self, life and death: Testing aspects of a comprehensive modelo f death anxiety and death attitudes. In A. Tomer (Ed.). *Death attitudes and the older adult* (pp. 137-156) Washington, DC: Taylor & Francis.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*, 2ª Ed. Philadelphia : F.A.Davis.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ªEd.). Lisboa: Climepsi.

Ulla, S., Coca, C., Diaz, J., Remor, E., Arranz, P., Bayés, R. (2003). Coping with death: perceptions of health care professionals working in a pediatric intensive care unit and in a geriatric service. *Illness, Crisis & Loss*, vol.11, (4), 318-336.

Urien, B. (2003). L'anxiété face à la mort et son influence sur le comportement du consommateur. *Recherch*, 18(4):23-42.

Vachon, Mary (1982). Emotional problems in palliative medicine: patient, family and professional in Doyle; Hanks,G; Macdonald, N, *Oxford Textbooks of Palliative Medicine*. Oxford University Press.

- Vachon, M. (1987). Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved. New York: Hemisphere.
- Vachon, M. (1997). Recent research into staff stress in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 4: 99-103.
- Vachon, M (2001). The nurse's role: the world of palliative care nursing. In. Ferrell BR, Coyle N, eds. *Textbook Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press; 647-662.
- Vachon, M.L.S., Lyall W.A.L. & Freeman, S.J.J. (1978). Measurement and management of stress in health professionals working with advanced cancer patients. *Death Educator I*, 365-375.
- Valente, S., Saunders, J.(2002). Nurses' Grief Reactions to a Patient's Suicide, *Perspectives in Psychiatric Care*, vol.38, nº1, Jan.-Mar.
- Vaz Serra, A. (1999). O que é o Stress. In Serra, A.V. *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 5-28.
- Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria clínica*. 20 (4), 279-308.
- Vieira, A., Sousa, M., Sena, S.J. (2006). Significado da morte para os profissionais de enfermagem que actuam no CTI. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*; 10 (2): p.151-159, Abri/Jun.
- Vieira, M. (1995). *Cuidar, defendendo a autonomia da pessoa cuidada*. Lisboa: Servir, Vol 43.
- Vieira, M. (2000). Aspectos Ético-Legais dos Cuidados Paliativos: Qual o papel do enfermeiro? In *Cuidados Paliativos: Dossier Sinais Vitais*. (p.29-39). (1ªed), Coimbra: edições Formasau.
- Vieira, M. (2007). *Ser enfermeira: da compaixão à proficiência*. Universidade Católica Editora, Lisboa.
- Waldow, V.R. (2001). *Cuidado Humano*, 3ª Ed. Porto Alegre: Sagra.
- Waldow, VR. (2004). *O Cuidado na Saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Wallerstedt, B., Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scand. J. Caring Sci.*, 21:32-40.
- Walter, B. (1998). *Le savoir infirmier*, Ed. Lamarre.
- Warner, W., Williams, J. (1987). The Meaning in Life Scale: Determining the reliability and validity of a measure. *Journal of Chron's Disease*, 40: 503-512.
- Warren, W., Chopra, P. (1978-1979). Some reliability and validity considerations on Australian data from the death anxiety scale. *Omega*, 9: 293-299.
- Wass, H. (2004). A perspective on the current state of death education. *Death Studies*, 28, 289-308.
- Wasner, M.C., Longaker, GD & Borasio (2005). Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative Medicine* 19: 99-104.
- Watson, J. (1998). *Caring, Philosophie et science des soins infirmieres*. Paris : Seli Arslam.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and science of caring*. Colorado.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: Colorado Associated University Press Boulder.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures : Lusociência.
- Watson, J. (1990). The moral failure of the patriarchy. *Nursing Outlook*, 38, (2), 63-67.
- Worden, J.W. (1997). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Weigel, C., Parker, G., Fanning, L., Reyna, K., Gasbarra, D., (2007). Apprehension among hospital nurses providing end-of-life. *J. Hospice Palliat. Nursing*, 9(2):86-91.
- Weintroub, A. (2008). Meaning in life and personal Growth among pediatric physicians and nurses. *Death Studies*, 32: 621-645. Routledge.

- Weiss, R.S. (1982). Attachment in adult life. In C.M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour* (pp. 171-184). New York: Basic Books.
- Weissman, J. & Appleton, C.A. (1995). The therapeutic aspects of acceptance. *Perspectives in Psychiatric care*, 31, 19-23.
- Weigel, C., Parker, G., Fanning, L., Reyna, K., Gasbarra, D., (2007). Apprehension among Hospital Nurses Providing End-of-Life. *J. Hospice Palliat. Nursing*, 9(2):86-91.
- Wenzl, C. (2001). The role of the nurse chaplain: a personal reflection. In: Ferrel, B.R., Coyce, N (Eds.) – *Textbook of palliative nursing*. New York: Oxford.
- Wessel, E & Rutledge, D. (2005). Home care and hospice nurses' Attitudes toward Death and caring for dying. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7 (4): 212.
- West, M.L, & Sheldon-Keller, A.E. (1994). *Patterns of relating – an adult attachment perspective*. New York: Guilford Press.
- Wheaton, B., (1999). The Nature of stressors, pp328-347, In Horwitz and T.L.Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social Contexts, Theories, and Systems*. New York: Cambridge University Press.
- Winchester-Nadeau, J. (1998). *Families making sense of death*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Woolley, H., Stern A., Forrest G.C. & Baum J.D. (1989). Staff stress and job satisfaction at a children 's hospice. *Archives of disease in Childhood* 64, p114-118.
- Wolf, Z. et al (1998). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Medical Surgical Nursing*, 7 (2), 99-105.
- Wong, F.K. & Lee, W.M. (2000). A phenomenological study of early nursing experiences in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6), 1509-1517.
- Wong, P., Reker, G. e Guesser, G. (1994). Death attitudes Profile-Revised: A multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In Neimeyer, R. (Ed.) *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation and application*. Washington: Taylor & Francis.

Wong, P.T.P. (1998). Implicit theories of meaningful life and the development of the personal meaning profile. In P.T.P. Wong & P.S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A Handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 11-140). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Worden, J.W. (2008). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental* (2ªed.), Porto Alegre: Artes Médicas.

Wu, H.L., Volker, D. (2009). Living with death and dying: The experience of Taiwanese Hospice Nurses. *Oncol. Nursing Forum*, 36(5): 578-584.

Yalom, I.D. (2008). *Staring at the sun: Overcoming the dread of death*. London: Piaktus.

Yalom, I.D., & Lieberman, M.A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, 54: 334-345.

Ziegler, J.(1977). *Os vivos e os mortos*. Rio Janeiro: Zahar.

Zung, K. (2000). Zung Self-rating Depression Scale (Zung DAS). In *Handbook of Psychiatric measures*. Washington, DC, APA, 534-537.

## **ANEXOS I**





2ª Via

A/C Prof. Dr.ª Margarida Vieira  
ICS da Universidade Católica  
Av. Marechal Craveiro Lopes, N.º 10  
Campo Grande  
1700 - 284 Lisboa

ASSUNTO: Resposta ao pedido de desenvolvimento do Estudo de Investigação "O Luto em Enfermagem" âmbito do 3º Curso de Doutoramento em Enfermagem.

Vimos por este meio informá-la que se encontra autorizado o pedido para realização do Estudo de Investigação acima mencionado, a ser efectuado nos Serviços de Medicina (1A, 1B, 1C, 1D, 2A, 2B, 2C e 2D), Hematologia, HRED e Oncologia do CHLN - Pólo HSM a efectuar pela Professora Georgiana Marques da Gama.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 01 de Fevereiro de 2010

A Enfermeira Directora

  
Enfermeira Directora

/ET

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 224 - Fax: 217 805 647  
www.chln.pt  
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215  
www.chln.pt

**COMISSÃO de ÉTICA PARA A SAÚDE**

Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.  
Rua José António Serrano 1150-199 Lisboa

Tel. 213594133

Fax: 213594133

*Autrize-se  
Ana Soares  
2010/03/10  
Enf.ª Directora*

**PARECER**

Reunida, no dia 25/02/2010, a Comissão de Ética do CHLC, pronunciou-se sobre:

Tema do Estudo/Projecto		O luto Profissional em Enfermagem	
Investigador(s)	Georgiana Marques da Gama, Prof da ICS da UCP	Coordenador/Orientador/Promotor	Prof. Doutora Margarida Vieira
Instituição	HSAC	Área	Enfermagem
Tipo de Estudo	Não experimental	Âmbito Académico	Doutoramento em Enfermagem da UCP
Unidade (s) a realizar	Medicina, Oncologia, Hematologia	Parecer do(s) Responsável(eis) da Unidade/Área	Não acompanha o projecto
Objectivos:	Identificar a experiência pessoal do luto dos enfermeiros que cuidam de doentes e famílias em situação terminal		
Instrumentos	Questionários de colheita de dados sócio-demográficos e instrumentos já validados para a população portuguesa: Teste de propósito e sentido de vida; Estilo de vinculação do adulto; Perfil de atitudes face à morte; Inventário de Burnout; Inventário de crescimento pessoal (a ser validado neste estudo).	Amostra	Enfermeiros que trabalham há mais de dois anos em serviços com elevada taxa de mortalidade
Procedimentos de Colheita Dados	Contacto com o Enf.ª Chefe para informar do objectivo do estudo obter o seu consentimento; Será entregue aos enfermeiros um envelope contendo os instrumentos de medida, acompanhado de uma carta pedindo a sua colaboração e garantindo o anonimato e total confidencialidade.	Consentimento Informado	Texto de apresentação do trabalho, contexto e ICD, assim como garantia do anonimato
Apreciação:	Este estudo não levanta qualquer objecção do ponto de vista, não vem acompanhado do parecer dos responsáveis das unidades funcionais, no entanto este procedimento está previsto no projecto apresentado		
Decisão:	Parecer Favorável		
Recomendações:	Previamente a ser dada resposta deste pedido à investigadora, deve ser obtido o parecer dos Responsáveis das equipas de enfermagem; Introdução da informação do procedimento de devolução do ICD devidamente preenchido; Os resultados após a apresentação do trabalho deverão ser entregues à Sr.ª Enf.ª Directora.		

Relatora: **Enf.ª Chefe Armandina Antunes**

Presidente: Dr. António Santos Castro - Chefe de Serviço de Medicina Interna

Vice-presidente: Dr. José Daniel Araújo - Chefe de Serviço de Cirurgia

Vogais: Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira - Chefe de Serviço de Pediatria Médica

Enf.ª Armandina Carmo Antunes - Enf.ª Chefe Área de Medicina

Dr. João Luís Paiva Alves - Assistente Principal Saúde - Ramo Farmácia

Monsenhor Victor Feytor Pinto - Teólogo

Dr. Pedro Madeira de Brito - Jurista

Lisboa, 26 de Fevereiro de 2010

O Presidente da Comissão

*(António Santos Castro, Dr.)*  
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA  
ZONA CENTRAL  
Comissão de Ética para a Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA  
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.  
Rua Prof. Lima Basto 1099 023 LISBOA  
Tel.: 21 722 98 24 Fax: 21 724 90 24  
e-mail: dse@ipolisboa.min-saude.pt  
Direcção de Enfermagem

Exma. Senhora  
Profª Georgiana Marques da Gama  
Rua Prof. Armindo Monteiro, nº 4 6ºB  
1600-594 Lisboa

Lisboa, 10 de Maio de 2010

DSE- 43

11.MAI 2010\*001083

Assunto: Trabalho de investigação

Em resposta à vossa carta datada de 25 de Abril de 2010, venho por este meio informar que o pedido para a realização de um trabalho de investigação, com o tema «*O luto em Enfermagem*», foi autorizado.

Mais informo, que ficaram implicados no estudo os seguintes serviços:

- Serviço de Hematologia;
- Serviço de Assistência Domiciliária/Equipa Intra-Hospitalar;
- Serviço de Oncologia Médica;
- Clínica da Dor.

Gostaríamos ainda, de ter conhecimento das conclusões do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora

Cristina Correia de Lacerda

PC

Hi, Georgeana | Sign Out  
All-New Mail | Help  
**YAHOO!** MAIL  
Classic

Upgrade to Safer IE8

Yahoo! Mail

Search

Web Search



Mail | Contacts | Calendar | Notepad | What's New? | Mobile Mail | Options

Check Mail | New ▾

Mail Search

Try the new Yahoo! Mail

Watch Music  
Video Now!

Previous | Next | Back to Messages

Mark as Unread | Print

Delete | Reply ▾ | Forward | Spam | Move... ▾

### Autorização para aplicação de instrumento do projecto de investigação

Wednesday, March 31, 2010 5:16 PM

From: "Unidade Cuidados Paliativos CSI" <cpallativos.csi@ihscj.pt>

To: ggama17@yahoo.com

Estimada Professora Marques da Gama

Vimos por este meio enviar-lhe o nosso pedido de desculpas pela demora na resposta à sua proposta. Gostaríamos de lhe transmitir que aceitamos o seu estudo de investigação e que esperamos ansiosos pela sua visita, pois é sempre para nós um prazer poder colaborar consigo.

Atenciosamente

Enf.ª Maria João Lopes

Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha

Delete | Reply ▾ | Forward | Spam | Move... ▾

Previous | Next | Back to Messages

Select Message Encoding

Full Headers

Check Mail | New ▾

Mail Search

## **ANEXOS II**



Caro (a) Colega

O contacto do Enfermeiro com o doente em fase terminal confronta-o com situações complexas de sofrimento perante a morte. A relação com estes doentes determinam sentimentos de perda cujas consequências na vida profissional não estão ainda suficientemente estudadas.

No âmbito do Projecto de Doutoramento com o título "O Luto Profissional em Enfermagem" procurarei contribuir para uma melhor compreensão deste processo.

Venho pedir a sua preciosa colaboração para este estudo, pedindo-lhe que responda a um conjunto de questionários, certificando-se, por favor, que não fique nenhuma resposta em branco.

Serão assegurados todos os requisitos éticos, no que se refere ao anonimato e confidencialidade dos dados.

Antecipadamente gratos pela sua colaboração

Georgiane Raposo de Feme

Pedimos-lhe algumas informações adicionais que serão úteis para uma análise de dados aquando da aplicação das escalas de medição de Luto Profissional

### Dados sóciodemográficos

1. Idade: \_\_\_\_ (anos)
2. Sexo: Feminino  Masculino
3. Estado civil: Solteiro  Separado/divorciado  Casado  Viúvo
4. Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_ (anos)
5. Habitualmente cuida de doentes em situações terminais?  
Não  Sim  Com que frequência?  
Todos os dias   
Todas as semanas   
15/15 dias   
Uma vez por mês   
Menos de uma vez por mês
6. Categoria profissional: Enfermeiro  Enf. Graduado  Enf. Especialista
7. Habilitações profissionais/académicas  
Curso Superior de Enfermagem (Bacharelato)   
Licenciatura em Enfermagem   
Curso de Especialização em Enfermagem Não  Sim  Em que área? \_\_\_\_\_  
Mestrado Não  Sim  Em que área? \_\_\_\_\_  
Doutoramento Não  Sim  Em que área? \_\_\_\_\_  
Outros cursos de pós-graduação Não  Sim  Em que área/s? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Recebeu formação em cuidados paliativos durante o Curso/Licenciatura de Enfermagem?  
Não  Sim  N° de horas (aprox.) \_\_\_\_\_ Foi suficiente? Não  Sim
9. Fez formação básica pós-graduada em cuidados paliativos?  
Não  Sim  N° de horas (aprox.) \_\_\_\_\_

### Escala de Crescimento Pessoal

Este questionário integra uma lista de pensamentos e sentimentos que pode ter tido depois da morte de alguns doentes a quem prestou cuidados profissionais de saúde.

Leia, por favor, cuidadosamente cada uma das seguintes afirmações e coloque uma X na célula que melhor descreve a maneira como se tem vindo a sentir.

Verifique por favor se respondeu a todas as afirmações.

	Não me descreve de todo	Não me descreve em quase nada	Descreve-me um pouco	Descreve-me bem	Descreve-me muito bem
1- Aprendi a lidar melhor com a vida					
2- Sinto-me como se fosse uma pessoa melhor					
3- Tenho uma melhor perspectiva da vida					
4- Tenho mais compaixão pelos outros					
5- Sou mais forte por causa da perda que experienciei					
6- Sou uma pessoa com mais capacidade para perdoar					
7- Estou mais tolerante comigo mesmo					
8- Estou mais tolerante com os outros					
9- Tenho esperança em relação ao futuro					
10- Cheguei a um momento de mudança, em que começo a libertar-me de alguns dos meus sentimentos de perda					
11- Tenho tido mais dias bons do que maus					
12- Eu importo-me mais com os outros					

## MASLACH BURNOUT INVENTORY

(Maslach & Jackson, 1996)

Para os seguintes itens, leia atentamente cada afirmação e decida se alguma vez se sentiu deste modo acerca do seu emprego. Se nunca teve estes sentimentos assinale "0" (nunca) nas células depois da afirmação. Se tem tido estes sentimentos, indique a sua frequência assinalando o número (de 1 a 6) que melhor descreva a frequência do que sente: 0= nunca, 1= algumas vezes por ano, 2= uma vez por mês ou menos, 3= algumas vezes por mês, 4= uma vez por semana, 5= algumas vezes por semana, 6= todos os dias.

Data: _____								
Nome: _____								
Idade: _____								
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias	Score por item
1. Sinto-me esvaziado emocionalmente pelo meu trabalho!	0	1	2	3	4	5	6	
2. Sinto-me usado no final do dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	
3. De manhã sinto-me fatigado quando me levanto para enfrentar um novo dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	
4. Posso compreender facilmente o que os utentes sentem acerca das coisas.	0	1	2	3	4	5	6	
5. Sinto que trato alguns utentes como se fossem objectos impessoais.	0	1	2	3	4	5	6	
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente um esforço para mim.	0	1	2	3	4	5	6	
7. Lido eficazmente com os problemas dos utentes.	0	1	2	3	4	5	6	
8. Sinto-me derrotado (burned out) pelo trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	
9. Sinto que, através do meu trabalho, estou a influenciar positivamente a vida dos outros.	0	1	2	3	4	5	6	
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que iniciei o trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	
11. Preocupa-me que este trabalho me possa estar a endurecer emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6	
12. Sinto-me muito activo.	0	1	2	3	4	5	6	
13. Sinto-me frustrado pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	
15. Eu não me preocupo realmente com o que possa acontecer a alguns utentes.	0	1	2	3	4	5	6	
16. Trabalhar directamente com pessoas causa-me grande stress.	0	1	2	3	4	5	6	
17. Consigo facilmente criar uma atmosfera descontraída com os utentes.	0	1	2	3	4	5	6	
18. Sinto-me regozijado depois dum trabalho de grande interacção com os utentes.	0	1	2	3	4	5	6	
19. Já consegui realizar muitas coisas significativas no meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	
20. Sinto-me como se tivesse chegado ao <i>fim da linha</i> .	0	1	2	3	4	5	6	
21. No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma muito calma.	0	1	2	3	4	5	6	
22. Sinto que alguns utentes me culpabilizam por alguns dos seus problemas.	0	1	2	3	4	5	6	

## Perfil de Atitudes Perante a Morte – Revisto

(Wong, Reker & Guessser, 1994)

Este questionário contém uma série de afirmações relativas a diferentes atitudes perante a morte.

Leia atentamente cada afirmação, e depois indique o quanto concorda ou discorda com a mesma. Por exemplo um item pode afirmar “A morte é uma amiga”. Indique o quanto concorda ou discorda, desenhando um círculo, em torno da opção, ou fazendo um X, sobre a mesma (o que for mais simples para si). As opções de resposta vão do Concordo Muitíssimo ao Discordo Muitíssimo e do Discordo muitíssimo ao Concordo muitíssimo.

Se concordar muitíssimo com a afirmação fará um círculo em torno da opção “Concordo Muitíssimo”. Se discordar muitíssimo com a afirmação fará um círculo em torno da opção “Discordo Muitíssimo”. Se estiver indeciso, escolha a opção “Não Concordo nem Discordo”. Tente no entanto usar esta opção o menos possível.

É importante que pense bem em cada afirmação e que responda a todas elas.

Muitas das afirmações podem parecer semelhantes, mas todas são necessárias para evidenciar pequenas diferenças ao nível das atitudes.

### 1. A morte constitui sem dúvida uma experiência terrível.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

### 2. Perspectivar a minha própria morte gera-me ansiedade

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

### 3. Evito pensamentos acerca da morte a todo o custo

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

### 4. Acredito que irei para o Céu depois de morrer

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

### 5. A morte porá fim a todos os meus problemas

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

### 6. A morte devia ser olhada como um acontecimento natural, inegável e inevitável.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

### 7. Perturba-me o facto da morte ser irreversível

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

### 8. A morte é uma passagem para um local de satisfação plena

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**9. A morte permite escapar deste mundo terrível**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**10. Sempre que me ocorrem pensamentos acerca da morte, procuro afastá-los**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**11. A morte é a libertação da dor e do sofrimento**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**12. Tento sempre não pensar na morte**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**13. Acredito que o céu será um local bem melhor do que este mundo**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**14. A morte é um aspecto natural da vida**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**15. A morte é a união com Deus e com a felicidade eterna**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**16. A morte traz uma promessa de uma vida nova e gloriosa**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**17. Não temerei a morte mas também não a receberei de braços abertos**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**18. Tenho um intenso medo da morte**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**19. Evito por completo pensar na morte**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**20. O tema da vida depois da morte perturba-me bastante**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**21. O facto da morte poder significar o final de tudo o que conheço assusta-me**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**22. Aguardo com expectativa a reunião com os que amei, depois da morte**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**23. Vejo a morte como alívio do sofrimento terreno**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**24. A morte é simplesmente uma parte do processo da vida**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**26. Tento não me envolver em nada que tenha a ver com o tema da morte**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**27. A morte oferece a maravilhosa libertação da alma**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**28. Uma das coisas que me conforta perante a morte é a minha crença numa continuidade da vida depois da morte**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**29. Vejo a morte como alívio dos fardos desta vida**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**30. A morte não é boa nem má**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**31. Aguardo com expectativa a vida depois da morte**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**32. A incerteza de não se saber o que acontece depois da morte preocupa-me**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

## PIL – PROPÓSITO E SENTIDO DE VIDA

Assinale com um “x” o número que melhor corresponde à sua posição face a cada uma das seguintes afirmações. Note que os números se distribuem de um extremo ao extremo oposto que corresponde ao sentimento oposto. A posição central (4) significa que tem uma posição de neutralidade face à afirmação. Evite, sempre que possível, assinalar o 4.

### 1. Sinto-me usualmente / Estou usualmente:

Completamente aborrecido	1	2	3	4	5	6	7	Cheio de energia e de entusiasmo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

### 2. A vida parece-me:

Sempre excitante	1	2	3	4	5	6	7	Completamente rotineira
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

### 3. Na vida:

Não tenho quaisquer objectivos ou metas	1	2	3	4	5	6	7	Tenho objectivos e metas muito claros
---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------------

### 4. A minha existência pessoal é:

Profundamente desprovida de significado	1	2	3	4	5	6	7	Plena de significado e de objectivos
---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------------

### 5. Todos os dias são/Cada dia é:

Constantemente novos e diferentes	1	2	3	4	5	6	7	Sempre iguais e rotineiros / igual a todos os outros
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

### 6. Se pudesse escolher, eu preferia:

Nunca ter nascido	1	2	3	4	5	6	7	Ter mais 9 vidas iguais a esta
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------

### 7. Depois de me reformar, vou:

Fazer algumas das coisas excitantes que sempre quis fazer	1	2	3	4	5	6	7	Ficar parado o resto da minha vida / acomodar-me completamente o resto da minha vida
---	---	---	---	---	---	---	---	--

8. No que respeita aos objectivos de vida, eu sinto que:

Não fiz qualquer progresso

1

2

3

4

5

6

7

Progridi até à completa realização

9. A minha vida:

É vazia e plena de desespero

1

2

3

4

5

6

7

É uma sucessão excitante de coisas boas

10. Se morresse hoje, sentiria que a minha vida:

Valeu muito a pena

1

2

3

4

5

6

7

Não teve qualquer valor

11. Quando penso na minha vida, eu:

Pergunto-me frequentemente porque existo

1

2

3

4

5

6

7

Encontro sempre uma razão para existir

12. Quando penso na minha vida em relação com o Mundo, este:

Confunde-me completamente

1

2

3

4

5

6

7

Encaixa com sentido na minha vida

13. Sou uma pessoa:

Muito irresponsável

1

2

3

4

5

6

7

Muito responsável

14. Acredito que o Homem é:

Completamente livre para fazer as suas escolhas de vida

1

2

3

4

5

6

7

Completamente constringido pela hereditariedade e pelo meio

15. Em relação à morte, eu:

Sinto-me preparado e não tenho medo

1

2

3

4

5

6

7

Não me sinto preparado e tenho medo

16. Em relação ao suicídio, eu:

Já pensei seriamente nisso como uma saída

1

2

3

4

5

6

7

Nunca pensei nisso a sério

17. Penso que a minha capacidade para encontrar um sentido, propósito ou missão na vida é:

Muito elevada	1	2	3	4	5	6	7	Praticamente inexistente
---------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

18. A minha vida está:

Nas minhas mãos e sob o meu controlo	1	2	3	4	5	6	7	Fora das minhas mãos e controlada por factores externos
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

19. Lidar com as minhas tarefas diárias é:

Uma fonte de prazer e satisfação	1	2	3	4	5	6	7	Uma experiência angustiante e aborrecida
----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

20. Eu, até este momento:

Não descobri qualquer missão ou objectivo na minha vida	1	2	3	4	5	6	7	Descobri objectivos de vida claros e um sentido de vida que me satisfaz
---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. A minha existência pessoal é:

Profundamente compreendida e significante	1	2	3	4	5	6	7	Pouco ou insignificante e sem objectivos
---	---	---	---	---	---	---	---	--

2. Todas as minhas/Cada dia é:

Constantemente novo e diferente	1	2	3	4	5	6	7	Sempre igual e repetitivo / igual a todos os outros
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

3. Se pudesse escolher, eu preferiria:

Nunca ter nascido	1	2	3	4	5	6	7	Tar mais 5 vidas iguais a esta
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------

4. Depois de me reformar, vou:

Fazer alguma das coisas que gostaria de fazer sempre que tiver	1	2	3	4	5	6	7	Fazer apenas o suficiente para viver e depois me aposentarei para o resto da vida
--	---	---	---	---	---	---	---	---

## Escala de Vinculação do Adulto

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **ANEXOS III**

### **Construção Escala “Sobrecarga de Luto Profissional”**



## 1ª Versão - Questionário sobre a tristeza/dor/luto do técnico de hospício

Instruções: Este questionário foi elaborado para medir a experiência de tristeza/dor/luto pessoal habitual entre os técnicos de hospício/que trabalham num hospício/lar e cuidam de pessoas internadas. Este inquérito pode ser muito diferente de qualquer outro a que já tenha respondido. Todos os dias, no nosso trabalho em hospícios/lares, lidamos com os sentimentos dos doentes/internados e das suas famílias. O objectivo deste inquérito é estudar como nós próprios nos sentimos como seres humanos quando tratamos de pessoas que estão à beira da morte. Leia as afirmações com cuidado, e decida em que medida concorda ou não com o que é dito. Algumas questões referem-se directamente ao hospício e outras questões são muito gerais relativamente à nossa experiência de vida. Procure cotar cada uma das afirmações de 1 a 5 consoante a relevância que encontra para uma futura escala de luto profissional.

CÓDIGO DE RESPOSTAS							
1= Discordo fortemente // 2=Discordo // 3=Concordo em parte // 4=Concordo // 5 Concordo fortemente							
1	Tive de abdicar de muitas coisas para trabalhar como técnico num hospício.	1	2	3	4	5	A
2	Como o meu doente está à beira da morte, sinto saudades/falta do tempo que passámos juntos.	1	2	3	4	5	B
3	Sinto que estou a perder a minha liberdade.	1	2	3	4	5	A
4	A minha saúde física deteriorou-se por causa do stress provocado pelo meu trabalho num hospício.	1	2	3	4	5	A
5	Não tenho ninguém com quem possa conversar.	1	2	3	4	5	C
6	Não sei/percebo o que está a acontecer. Sinto-me confuso e inseguro.	1	2	3	4	5	C
7	Tenho/Carrego muito stress como técnico a trabalhar num hospício.	1	2	3	4	5	A
8	Recebo apoio emocional suficiente das outras pessoas.	1	2	3	4	5	Cr
9	Sinto-me vazio, doente, por saber que o meu doente "me deixou" /faleceu/"se foi".	1	2	3	4	5	B
10	Sinto-me ansioso e assustado.	1	2	3	4	5	C
11	A minha vida pessoal mudou muito.	1	2	3	4	5	A
12	Passo muito tempo preocupado com as coisas más que poderão acontecer.	1	2	3	4	5	C
13	Lidar com a morte e a agonia assemelha-se a uma perda dupla... Perco a intimidade com os meus doentes e os laços com a minha família.	1	2	3	4	5	C
14	Sinto uma tristeza terrível.	1	2	3	4	5	B
15	No meu coração/No meu eu afectivo não consigo aceitar esta situação.	1	2	3	4	5	B
16	Os meus amigos simplesmente não percebem o processo por que estou a passar.	1	2	3	4	5	C
17	Sinto constantemente um sentido de grande responsabilidade e este nunca me deixa.	1	2	3	4	5	A
18	Tenho saudades da minha carreira de técnico de cuidados de saúde antes de trabalhar num hospício. / Gostaria de voltar a desempenhar o trabalho de técnico de cuidados de saúde que realizava antes de trabalhar num hospício.	1	2	3	4	5	B
19	Lidaria mais facilmente com outros doentes deficientes profundos do que com doentes de um hospício.	1	2	3	4	5	B
20	Não me sinto livre nesta situação.	1	2	3	4	5	A
21	Tenho tido problemas com o sono/em dormir.	1	2	3	4	5	A
22	Estou em paz comigo próprio e com a minha situação de vida.	1	2	3	4	5	Cr
23	Passo sempre pouco tempo com os doentes e os seus familiares e sei que consigo lidar bem com essa situação.	1	2	3	4	5	Cr
24	A minha família não tem a mínima ideia do que passo/sofro/vivo.	1	2	3	4	5	C
25	Sinto-me tão frustrado que muitas vezes, em casa, me desligo da minha família.	1	2	3	4	5	A
26	Estou sempre preocupado.	1	2	3	4	5	C
27	Estou zangado/em conflito com a doença porque "roubar" tanto aos doentes.	1	2	3	4	5	B

CÓDIGO DE RESPOSTAS							
1= Discordo fortemente // 2=Discordo // 3=Concordo em parte // 4=Concordo // 5 Concordo fortemente							
28	Este trabalho está a exigir mais energia emocional e determinação do que eu alguma vez esperei/pensei ser necessário.	1	2	3	4	5	A
29	Não sei por quanto tempo ficarei fechado nos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	A
30	Dói tratar de doentes que estão a morrer.	1	2	3	4	5	B
31	Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes.	1	2	3	4	5	B
32	Sinto que sofro de depressão profunda.	1	2	3	4	5	C
33	Fico acordado muitas noites porque estou preocupado com o que está a acontecer com os meus doentes e com o que terei de fazer no dia seguintes.	1	2	3	4	5	C
34	As pessoas que me são mais próximas não percebem o que estou a passar/viver.	1	2	3	4	5	C
35	A morte do meu doentes trar-me-á paz.	1	2	3	4	5	A
36	Sinto-me sem poder/energia.	1	2	3	4	5	B
37	É assustador porque, como não posso curar a doença, as coisas só pioram.	1	2	3	4	5	B
38	Já perdi outras pessoas que me eram próximas/chegadas, o que me torna difícil tratar de pessoas que estão a morrer.	1	2	3	4	5	B
39	A morte controla tudo e eu não consigo fazer o que quero.	1	2	3	4	5	A
40	Tive de fazer algumas mudanças drásticas na minha vida devido ao meu trabalho num hospício.	1	2	3	4	5	A
41	Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, para me dedicar a interesses pessoais fora do hospício.	1	2	3	4	5	A
42	Estou colada a este mundo do hospício e não consigo sair desta situação.	1	2	3	4	5	A
43	Não consigo controlar a minha tristeza sobre o que está a acontecer.	1	2	3	4	5	B
44	O que me incomoda mais é o que eu não consigo controlar.	1	2	3	4	5	A
45	Em geral, estou a conseguir lidar bem com a situação.	1	2	3	4	5	Cr
46	Penso que tenho negado todas as implicações deste trabalho na minha vida.	1	2	3	4	5	C
47	Tenho apoio excelente dos membros da minha família.	1	2	3	4	5	Cr
48	Tenho tido dificuldade em aceitar o que acontece aos meus doentes e famílias.	1	2	3	4	5	B
49	As exigências do meu trabalho têm crescido mais depressa do que eu esperava.	1	2	3	4	5	A
50	Desejava que tudo isto não passasse de um sonho e eu pudesse acordar na minha antiga vida.	1	2	3	4	5	B

## 2ª Versão

### Questionário sobre a tristeza/dor/luto do Profissional de Saúde

**Instruções:** Todos os dias no nosso trabalho, lidamos com os sentimentos dos doentes e das suas famílias, o objectivo deste inquérito é estudar os nossos próprios sentimentos, como seres humanos, perante a morte de quem tratamos. Deverá ler, cuidadosamente, cada afirmação e, depois decidir até que ponto concorda ou discorda dela. Algumas questões são específicas, outras são muito gerais relativamente à nossa experiência de vida.

Tente responder às questões unicamente dentro do contexto do seu serviço. Coloque um círculo nos número 1-5, à direita, usando a chave das respostas em baixo (Por exemplo 5= concordo em absoluto). É importante que responda a todos os itens para que os resultados possam ser validados.

CHAVE DE RESPOSTAS		
1=Discordo totalmente/2=Discordo/3=Concordo um pouco/4=Concordo/5=Concordo em absoluto		
1	Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passámos juntos	1 2 3 4 5
2	Sinto que estou a perder a minha liberdade	1 2 3 4 5
3	Não tenho ninguém com quem conversar	1 2 3 4 5
4	Sinto um vazio e uma tristeza com a morte do meu doente	1 2 3 4 5
5	Passo muito tempo preocupado(a) com as coisas más que poderão acontecer	1 2 3 4 5
6	Lidar com a morte e a agonia assemelha-se a uma perda dupla... perco a proximidade com os meus doentes e a intimidade com a minha família	1 2 3 4 5
7	Os meus amigos não compreendem o processo por que estou a passar	1 2 3 4 5
8	Consigo lidar melhor com outro tipo de doentes do que com os doentes em fase terminal	1 2 3 4 5
9	Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes	1 2 3 4 5
10	Tenho insónias, porque estou preocupado(a) com o que está acontecer aos meus doentes e como actuarei no dia seguinte	1 2 3 4 5
11	As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar	1 2 3 4 5
12	Perdi pessoas que me eram próximas e isso torna difícil cuidar de outras que estão a morrer	1 2 3 4 5
13	Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, ara me dedicar a intersses pessoais fora do serviço	1 2 3 4 5
14	Estou agarrado(a) a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação	1 2 3 4 5
15	Tenho tido dificuldade em aceitar o que acontece aos meus doentes e às famílias	1 2 3 4 5
16	Sinto um constante sentimento de responsabilidade, que não me abandona	1 2 3 4 5
17	Sinto-me tão frustrado(a) que, muitas vezes, me distancio da minha família quando chego a casa	1 2 3 4 5
18	É doloroso cuidar de doentes em fase terminal	1 2 3 4 5

## Versão definitiva

### Questionário sobre a tristeza/dor/luto do Profissional de Saúde

**Instruções:** Todos os dias no nosso trabalho, lidamos com os sentimentos dos doentes e das suas famílias, o objectivo deste inquérito é estudar os nossos próprios sentimentos, como seres humanos, perante a morte de quem tratamos. Deverá ler, cuidadosamente, cada afirmação e, depois decidir até que ponto concorda ou discorda dela. Algumas questões são específicas, outras são muito gerais relativamente à nossa experiência de vida.

Tente responder às questões unicamente dentro do contexto do seu serviço. Coloque um círculo nos número 1-5, à direita, usando a chave das respostas em baixo (Por exemplo 5= concordo em absoluto). É importante que responda a todos os itens para que os resultados possam ser validados.

<b>CHAVE DE RESPOSTAS</b>		
1=Discordo totalmente/2=Discordo/3=Concordo um pouco/4=Concordo/5=Concordo em absoluto		
1	Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passámos juntos	1 2 3 4 5
2	Sinto que estou a perder a minha liberdade	1 2 3 4 5
3	Não tenho ninguém com quem conversar	1 2 3 4 5
4	Sinto um vazio e uma tristeza com a morte do meu doente	1 2 3 4 5
5	Passo muito tempo preocupado(a) com as coisas más que poderão acontecer	1 2 3 4 5
6	Lidar com a morte e a agonia assemelha-se a uma perda dupla... perco a proximidade com os meus doentes e a intimidade com a minha família	1 2 3 4 5
7	Os meus amigos não compreendem o processo por que estou a passar	1 2 3 4 5
8	Consigo lidar melhor com outro tipo de doentes do que com os doentes em fase terminal	1 2 3 4 5
9	Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes	1 2 3 4 5
10	Tenho insónias, porque estou preocupado(a) com o que está acontecer aos meus doentes e como actuarei no dia seguinte	1 2 3 4 5
11	As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar	1 2 3 4 5
12	Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, ara me dedicar a intersses pessoais fora do serviço	1 2 3 4 5
13	Estou agarrado(a) a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação	1 2 3 4 5
14	Sinto-me tão frustrado(a) que, muitas vezes, me distancio da minha família quando chego a casa	1 2 3 4 5
15	É doloroso cuidar de doentes em fase terminal	1 2 3 4 5