

Inês Cláudia Ribeiro Campos

Mecanismos de *coping* e saúde mental em Enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2012

Inês Cláudia Ribeiro Campos

Mecanismos de *coping* e saúde mental em Enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2012

Inês Cláudia Ribeiro Campos

Mecanismos de *coping* e saúde mental em Enfermeiros

Assinatura

(Inês Cláudia Ribeiro Campos)

“Projeto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem”

Sumário

A investigação em Enfermagem, constitui atualmente um papel determinante para o desenvolvimento e consolidação de novos conhecimentos. Para que se torne possível a existência de mudanças e conseqüente crescimento, os Enfermeiros têm colocado em prática o desenvolvimento de estudos com vista à obtenção de respostas para suprir as necessidades das comunidades, investindo assim na investigação científica.

Como o *coping* se encontra relacionado com a saúde mental por moderar o impacto dos acontecimentos próprios da vida de cada pessoa melhorando os níveis de bem-estar psicológico e reduzindo o sofrimento optou-se então, por identificar quais os mecanismos de *coping* mais utilizados pelos Enfermeiros e que contribuem para a saúde mental destes assim como tomar conhecimento da dinâmica contextual que justificará a importância que os mecanismos de *coping* têm para os Enfermeiros.

Para o efeito procedeu-se à pesquisa de estudos já realizados acerca da temática em estudo onde se efetuou a respetiva colheita dos dados.

O presente estudo insere-se portanto, numa tipologia qualitativa sob a designação de revisão narrativa denominada por meta-etnografia respeitando uma abordagem sistemática.

Os mecanismos de *coping* mais utilizados pelos Enfermeiros e que este estudo permitiu constatar são onze nomeadamente, a «Fuga e evitamento», a «Filiação», a «Sublimação», a «Projeção / Deslocamento (Transferência) / Transferência», a «Resistência», a «Antecipação», a «Desatenção seletiva», a «Identificação», a «Compensação», a «Reação de conversão», e o «Isolamento ou despersonalização».

Quanto à dinâmica contextual na profissão de Enfermagem, suscetível de constituir risco para a saúde mental do Enfermeiro foi possível perceber-se que nenhum ser humano permanece indiferente ao sofrimento de outro ser humano e que esta realidade continuamente, acarreta conseqüências que poderão ser pouco evidentes mas, que não podem nunca ser ignoradas nem pelo próprio nem por aqueles que se encontram em volta. Se a promoção da saúde mental do Enfermeiro não for fomentada pode conduzir ao agravamento do mal-estar sentido convertendo-se em doença afetando todos em torno.

Summary

Research in Nursing, is currently a decisive role in the development and consolidation of new knowledge. To make it possible to have changes and subsequent growth, the nurses have put in place the development of studies aimed at obtaining answers to meet the needs of communities, thus investing in scientific research.

Because coping is related to mental health by moderating the impact of the events themselves of every person's life by improving levels of well-being psychological well-being and reducing the suffering it was decided then to identify which coping mechanisms most frequently used by nurses and contribute to mental health as well as those aware of the dynamic context that justify the importance that the coping mechanisms they have for Nurses.

To this end we proceeded to research studies conducted on the subject in a study where they made the collection of relevant technical data.

This study is part therefore a qualitative typology under the name of narrative review by meta-ethnography called respecting a systematic approach.

The main coping mechanisms used by nurses and that this study has found are eleven in particular, «Escape and avoidance», the «Affiliation», the «Sublimation», the "Projection / Displacement (Transfer) / Transfer», the «Resistance» the «Anticipation», the «Selective inattention», the «Identification», the «Compensation», the «Conversion reaction» and «Isolation or depersonalization».

As for the dynamic context in the profession of nursing, likely to constitute a risk to the mental health nurse was possible to see that no human remains indifferent to the suffering of another human being and that this reality has consequences that can continually be a little obvious, but that can never be ignored neither by itself nor by those who are around. If the promotion of mental health nurse is not implemented can lead to worsening of the unease felt by becoming an illness affecting everyone around.

Dedicatória

Gostaria de dedicar este meu trabalho de investigação à minha filha – “*a boneca mais linda de todas*” – que para que eu pudesse prosseguir com a concretização de um sonho, viu-se privada da presença daquela pessoa de quem tanto necessita a transmissão do sentimento de segurança, nas etapas mais importantes da vida. Infelizmente, todo este processo teve um preço e eu vi o seu sorriso desaparecer...

– Peço a Deus que me ensine a continuar merecedora desse teu lindo sorriso, minha filha!

“Quando pensas que já sabes as respostas, a vida vem e muda-te as perguntas!”

“O importante não é o tempo que passa mas, aquilo que se faz com esse tempo!”

(autores desconhecidos)

“Sou um só, mas ainda assim sou um.
Não posso fazer tudo, mas posso fazer alguma coisa.

E, por não poder fazer tudo,
Não me recusarei a fazer o pouco que posso.”

(Madre Teresa de Calcutá)

Agradecimentos

Um trabalho de investigação é sempre o produto de mais do que um interveniente sendo portanto, o resultado de uma troca de conhecimentos e de ajuda. Por esta razão, gostaria de manifestar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, direta ou indiretamente me apoiaram e me incentivaram neste percurso. Este trabalho simboliza o fim de um percurso há muito tempo desejado e tendo em conta as batalhas travadas, agradecer poderá não se revelar uma tarefa nem fácil nem justa.

Em primeiro lugar, queria de agradecer ao meu orientador o Prof. José Teixeira, que valorizou o meu trabalho, com quem a discussão do tema se revelou muitíssimo gratificante e a quem estou muito grata pela transmissão de conhecimentos e disponibilidade demonstrada.

Gostaria também de agradecer à Prof^a Júlia Rodrigues que zelou pela boa direção desta parte do meu percurso académico. Obrigado Professora! Assim como ao Prof. José Manuel Santos que me havia ajudado anteriormente neste trabalho. Obrigado Professor!

Valiosa ainda, a contribuição do Sr. Professor Eduardo Teixeira de Sousa pelas palavras de incentivo, pela retidão mas acima de tudo, pelo respeito.

O meu agradecimento também a todos os Srs. Professores e Srs. Enfermeiros que no decorrer deste curso se dedicaram e se envolveram genuinamente, no processo de ensino-aprendizagem, contributo pedagógico do qual saí grandemente enriquecida.

Não poderia deixar também de mostrar a minha gratidão à minha mãe «a *baby-sitter* mais cansadinha do mundo» que, conforme lhe foi possível me ajudou quando não tinha mais ninguém a quem recorrer.

Ao meu pai que agora sei, tínhamos combinado ser assim!... Descansa em paz, voltaremos a encontrar-nos.

Ao meu marido, que me incentivou a seguir este percurso.

Á minha filha mais uma vez, por ser a luz dos meus dias e porque desde muito cedo já demonstrava que quem ama verdadeiramente sente-se feliz por ver a pessoa amada conquistar aquilo que para si tem muito significado.

À minha afilhada Sabrina, simplesmente por ser a pessoa doce e meiga que é, e por me fazer sentir tão importante.

Às minhas preciosas amigas pela autenticidade e por toda amizade e carinho que tiveram para comigo em momentos muito difíceis e são elas: a Carlinha Rodrigues, a Alexandra, a Branquinha, a Cátia, a Rosinha da Marta, a Aninhas dos gémeos, a Palmira, a Maria, a Lili a Regiane, a Inês e a Marisa Vinhas.

Por último, e não menos importante, com um beijinho muito especial para a Aninhas da sala de estudo da Universidade Fernando Pessoa e para a sua bebezinha. Obrigado Ana pelo apoio compreensão, abertura, amizade, disponibilidade e carinho.

0 – INTRODUÇÃO	13
I – FASE CONCEPTUAL	15
1 – Definição do tema	15
2 – Problema de investigação	16
3 – Questões de investigação e pergunta de partida	17
4 – Objetivos de investigação	18
5 – Fundamentação teórica	19
v.i - <i>Coping</i>	19
v.ii - Saúde e doença mental	22
v.iii - O Enfermeiro no contexto dos cuidados	23
v.iv – O Enfermeiro e o seu autocuidado.....	25
v.v - Mudar para prevenir.....	26
II – FASE METODOLÓGICA	31
1- Desenho de investigação	31
i.i - Tipo de estudo	32
i.ii – Localização e seleção dos estudos	32
i.iii - Colheita de dados.....	33
III– FASE EMPÍRICA	34
i.i - Relação entre os estudos consultados	34
i.i.i - Conceito de <i>coping</i>	34
i.i.ii - Saúde mental em Enfermeiros	37
i.i.iii - Implicações do contexto dos cuidados para a saúde mental dos Enfermeiros	41
i.i.iv - Mecanismos de <i>coping</i>	46
i.i.iv.i - Fuga e evitamento.....	46
i.i.iv.ii – Filiação	47

i.i.iv.iii – Sublimação-----	49
i.i.iv.iv – Projeção / Deslocamento (Transferência) / Transferência -----	50
i.i.iv.v – Resistência -----	51
i.i.iv.vi – Antecipação -----	52
i.i.iv.vii - Desatenção seletiva-----	52
i.i.iv.viii – Identificação-----	53
i.i.iv.ix – Compensação -----	53
i.i.iv.x -Reação de conversão-----	54
i.i.iv.xi - Isolamento ou despersonalização-----	54
IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS -----	56
V – CONCLUSÃO -----	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	66

0 - INTRODUÇÃO

Uma característica singular da Enfermagem corresponde à aquisição de novos conhecimentos sustentada na investigação que, ao questionar o modo como se concretiza, promove a procura da excelência nos cuidados constituindo um contributo para a evolução da profissão. A este respeito Fortin (1997, p.12) referia que: “A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para criar a prática dos cuidados.”

O presente trabalho de investigação insere-se no âmbito do 4º ano do Curso da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sob o título “Mecanismos de *coping* e saúde mental em Enfermeiros”.

Este estudo surge da inquietação sentida na tentativa de compreensão do fenómeno que decorria em torno da investigadora enquanto aluna nas práticas clínicas de Enfermagem. Este fenómeno sentido relacionava-se com as respostas comportamentais dos profissionais. Deste modo, nasceu a curiosidade para descobrir e perceber o que já teria sido publicado a respeito na literatura científica.

O artigo 8º referente aos deveres funcionais explica que (*cit in* Diário da República, 2009, p. 6759):

“Os trabalhadores integrados na carreira de enfermagem estão adstritos, no respeito pela *leges artis*, ao cumprimento dos deveres éticos e princípios deontológicos a que estão obrigados pelo respectivo título profissional, exercendo a sua profissão com autonomia técnica e científica e respeitando o direito à protecção da saúde dos utentes e da comunidade...”

Com este estudo pretende-se proceder à pesquisa e revisão da literatura já publicada acerca dos mecanismos de *coping* e da saúde mental em Enfermeiros e partir daí, estabelecer a relação entre estes dois conceitos.

O presente trabalho tem como finalidade responder à pergunta de partida: «Quais os mecanismos de *coping* mais utilizados pelos Enfermeiros e que contribuem para a saúde mental dos mesmos?»

O objetivo geral aqui estabelecido foi: «Identificar os mecanismos de *coping* utilizados pelos Enfermeiros, que contribuem para a saúde mental dos mesmos». Para o efeito, proceder-se-á à pesquisa de estudos já realizados acerca desta temática.

O presente estudo insere-se numa tipologia qualitativa. Trata-se pois, de uma revisão narrativa designada por meta-etnografia que segue por sua vez, uma abordagem sistemática.

Como objetivos específicos foram definidos os que a seguir se mencionam:

- ✓ Identificar os mecanismos de *coping* mais utilizados pelos Enfermeiros.

- ✓ Identificar a dinâmica contextual na profissão de Enfermagem, suscetível de constituir risco para a saúde mental do Enfermeiro.

Os limites temporais deste estudo situam-se no espaço compreendido entre o dia 13 de março do ano de 2012 e o dia 27 de junho do mesmo ano.

I – FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual consiste em definir os elementos de um problema. Durante esta fase são elaborados conceitos, formuladas ideias e recolhida a documentação acerca de um tema em particular com a finalidade de se obter uma conceção clara do problema. Ela reveste-se de grande importância por atribuir à investigação, uma orientação e um objetivo (*cit. in Fortin, 2009, p.49*).

1 – Definição do tema

A este respeito Fortin explicava que (*cit in Fortin, 2009, p.80*):

“Antes de começar a revisão da literatura, deve-se ser capaz de demonstrar que vale a pena explorar o tema que se escolheu. Justificar a investigação, é demonstrar que ele corresponde às preocupações atuais, que pode ser útil para a prática profissional e contribuir para o avanço dos conhecimentos.”

A escolha pelo tema relaciona-se com a percebida relevância de uma reflexão acerca do modo como estar junto dos doentes e seus familiares com vista a estabelecer uma comunicação eficaz. Relaciona-se ainda, com a percepção da importância e tomada de consciência acerca dos perigos que a profissão de Enfermagem pode comportar no que respeita à possibilidade de vir a desenvolver doença mental.

É fundamental o reconhecimento das próprias vulnerabilidades e nelas, perceber sinais e sintomas premonitórios de doença mental e como tal, desenvolver estratégias próprias de como agir. De salientar também, é a relevância em aceitar envolver-se nos cuidados aos doentes cuidando também de si. Quer isto dizer, é essencial estabelecer um bom equilíbrio entre o trabalho, o lazer e o repouso realizando uma evidente separação entre as preocupações concernentes à vida pessoal e à vida profissional. Minimizar o problema ignorando a hipótese de vir a adoecer pode revelar-se contraproducente.

A este respeito, Phaneuf mencionava: “Como todo o ser humano, somos responsáveis pela nossa saúde e pelo nosso equilíbrio e portanto, obrigadas a ocuparmo-nos deles.”

Para se prestar cuidados é fundamental que o cuidador se encontre bem consigo próprio. Foi com a constatação desta necessidade que surgiu a curiosidade para descobrir a fundamentação teórica que suporta esta realidade.

2 – Problema de investigação

A propósito da problemática Fortin explicava em seu livro (*cit in* 2003, p.48) que:

“Qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.”

A problemática é, para Fortin (2003, p. 374) do “Domínio de interesse geral e fonte de questionamento que oferece ao investigador a hipótese de formular um problema de investigação particular.”

A definição do problema de investigação é pois, segundo Fortin (2003, p.374), um: “Enunciado formal do objectivo de uma investigação tomando a forma de uma afirmação que implica a possibilidade de uma investigação empírica que permite encontrar uma resposta.”

Ainda para a mesma autora (2003, p. 48):

“Para estar em condições de formular um problema de investigação, é necessário escolher previamente, um domínio ou um tema de investigação que se reporte a uma situação problemática e estruturar uma questão que orientará o tipo de investigação a realizar e que lhe dará uma significação.”

De acordo com esta linha de pensamento, o problema deve portanto, ser atual ou seja, adequado para responder a questões pertinentes para a prática de Enfermagem e possuir como potencial a aquisição de novos conhecimentos (Fortin, 2003, p. 39).

Por conseguinte, o problema de investigação no presente estudo insere-se na seguinte afirmação: «Mecanismos de *coping* e saúde mental em Enfermeiros».

3 - Questões de investigação e pergunta de partida

Fortin (2003, p.51) referia que:

“Uma questão de investigação é uma interrogação explícita a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica.”

É através da pergunta de partida que se define o fenómeno em estudo e que se apresenta sob a forma de uma pergunta:

✓ Quais os mecanismos de *coping* mais utilizados pelos Enfermeiros, que contribuem para a saúde mental dos Enfermeiros?

Para este trabalho foram formuladas as questões de investigação a que de seguida, se irá fazer referência:

Q1: Quais os mecanismos de *coping* mais utilizados pelos Enfermeiros?

Q2: Qual a dinâmica contextual na profissão de Enfermagem, suscetível de constituir risco para a saúde mental do Enfermeiro?

4 - Objetivos de investigação

A este respeito Parse (1996) mencionava que (*cit. in* Fortin, 2009, p. 32):

“ O objetivo das investigações qualitativas é descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência.”

Fortin (2009, p. 160) defendia que o:

“ (...) enunciado do objectivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Ele especifica as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de acção que serve para orientar a investigação.”

✘ Objetivo geral

- ✓ Identificar mecanismos de *coping* utilizados pelos Enfermeiros, que contribuem para a saúde mental dos Enfermeiros.

✘ Objetivos específicos

Como objetivos específicos foram definidos os que a seguir se apresentam:

- ✓ Identificar os mecanismos de *coping* mais utilizados pelos Enfermeiros.
- ✓ Identificar a dinâmica contextual na profissão de Enfermagem, suscetível de constituir risco para a saúde mental do Enfermeiro.

5. Fundamentação teórica

Para além da definição da problemática em estudo, a fase conceptual é o lugar onde “ (...) o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema” (*cit. in Fortin, 2009, p.49*).

Assim, com base na pesquisa da literatura já publicada, este capítulo tem pois, como finalidade, fundamentar o tema em estudo procurando situar o trabalho num contexto teórico específico.

v.i - *Coping*

Lazarus e Folkman (1984) explicam que o *coping* traduz os esforços cognitivos e comportamentais executados pela pessoa para lidar com imposições específicas, internas ou externas percebidas como excedendo os seus recursos,. Monat e Lazarus (1985) acrescentam que *coping* tem uma relação com o esforço realizado para lidar com circunstâncias de ameaça e de desafio quando a pessoa não tem à disposição, no seu repertório de comportamentos um hábito ou uma resposta espontânea para enfrentar a circunstância (*cit. in Serra, 2007, p. 435*).

Lazarus e Folkman (1984) definem então *coping* da seguinte forma (*cit. in Graziani, Swendsen, 2007, p. 87*):

“O *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais do sujeito, variáveis e instáveis, para organizar (reduzir, minimizar, controlar, dominar ou tolerar), a exigência interna ou externa (e o conflito entre ambos), feita pela transacção sujeito-meio ambiente, e avaliado como excedendo os seus próprios recursos”

Nesta definição existem alguns aspetos a destacar. O *coping* como um processo direcionado centrado naquilo que a pessoa pensa e faz no momento do acontecimento gerador de *stress* . O *coping* modifica-se de acordo com as alterações das situações. O *coping* não se trata de um traço ou de uma característica estável da pessoa, mas antes, de

um conjunto de um determinado número de cognições e de comportamentos que surgem como resposta a uma situação *stressante* específica (De Rider, 1997). O *coping* é um processo que pode modificar-se ao longo do tempo (*cit. in* Graziani e Swendsen, 2007, p. 87).

Felton, Revenson (1984) salientam que o *coping* está relacionado com o contexto, sob a influência da avaliação da imposição situacional que o moldam. Endler (1997) refere que a pessoa pode preferir estilos habituais de *coping* no entanto, a imposição situacional pode interagir com estas preferências e exigir outras escolhas. O que foi realizado ou interpretado durante o confronto *stressante* é considerado o resultado de uma interação ativa entre a pessoa e o meio e encontra-se dependente desta relação psicológica. Lazarus refere que relativamente aos mecanismos de *coping*, tendo em conta a importância atribuída ao contexto este poderia considerar-se «situacionista». Tratam-se portanto, de mecanismos de resposta às transações definindo-se como esforços realizados pela pessoa, para lidar com as imposições do meio (*cit. in* Graziani e Swendsen, 2007, p. 88).

Relativamente ao significado psicológico construído acerca do acontecimento, este deve ser considerado como a causa próxima explicativa da ativação das respostas de *stress*. A causa próxima corresponde ao fator precipitante sendo representada pelo acontecimento. Lazarus (1999) refere que a causa distante relaciona-se com as experiências positivas e negativas vivenciadas e que levam a pessoa à atribuição de um significado específico relativamente, àquela ocorrência em concreto e a pensar, sentir, atuar e reagir de certa forma e não de outra correspondendo pois, ao fator predisponente. Isto implica que o *stress* pode não ter origem na gravidade da situação mas outras circunstâncias relacionadas com a pessoa, com a sua forma de estar na vida e como tende a observar o que lhe acontece. (*cit. in* Serra, 2007, p.503).

Para Rudolph *et al* (1995) o conceito de moderadores e de mediadores pode relacionar-se com o conceito de recursos pessoais e sócio-ecológicos de *coping*. Beresford (1994) explica que os primeiros dizem respeito a características pessoais físicas e psicológicas como a saúde física, moral, crenças ideológicas, experiências prévias de *coping*, inteligência entre outras, e que os segundos referem-se a características contextuais e de

ordem social como o relacionamento conjugal, características familiares, redes sociais, recursos funcionais ou práticos e condições financeiras. O mesmo autor defende que os recursos de *coping* estão muito vinculados à vulnerabilidade uma vez que usufrui do seu efeito mediador podendo ter uma ação de resistência e de risco ao ajustamento da pessoa (*cit. in Antoniazzi et alli, 1998, p. 279*).

Miller (1981) menciona que existem dois estilos de *coping* designados «atento» e «desatento» e que dizem respeito ao estilo de atenção da pessoa em circunstância de *stress*. A pessoa que representa o estilo atento adota mecanismos que implicam estar alerta e sensibilizado para os aspetos negativos de uma situação, revelando uma atenção vigilante, buscando informação e visualizando a situação de modo a controlá-la. O estilo desatento implica distração e proteção da cognição relativamente às fontes de perigo. A desatenção tem como finalidade, o afastamento da ameaça através da distração e do evitar informações (*cit. in Sequeira, 2006, p. 113*).

Para Ferreira, (2000) o *coping* «primário» tem o intuito de lidar com circunstâncias ou condições objetivas e o *coping* «secundário» refere-se à capacidade de adaptação da pessoa a condições evocadoras de *stress*. O estilo de *coping* passivo *versus* o estilo de *coping* ativo compreende este como o *coping* cujos esforços se aproximam do foco de *stress*, ao passo que o estilo de *coping* passivo se afasta do foco de *stress*. Estes estilos de *coping* colocam-se, também lado a lado à tipologia aproximação *versus* afastamento, que compreende diversos tipos de estratégias de *coping* com relação ao comportamento de aproximação afastamento da situação *stressora*, busca de informação e inexistência da mesma, focalização da atenção e distração e, ainda passividade e atividade (*cit. in Sequeira, 2006, pp. 113, 114*).

Os mecanismos para lidar com o *stress* são aprendidos habitualmente, por influência recíproca (Meichenbaum e Turk, 1982). A pessoa age de acordo com o que observa nas outras pessoas do seu meio e que lhe são significativas (*cit. in Serra, 2007, p, 438*).

A forma como a pessoa se desenvolve possibilita-lhe duas coisas: perceber que lhe compete a procura da solução para as dificuldades que enfrenta ou, por outro lado, presumir que a dissolução dos contratempos com que se depara, são da responsabilidade do acaso ou da interferência de outrem. Firmino Matos e Serra (1987) concluíram que pessoas com antecedentes de relacionamento com os progenitores de carácter aversivo e dominante tendem a apresentar um *locus* de controlo externo pois, acreditam que os seus sucessos ou insucessos são consequência do acaso ou da influência de alguém com mais poder (*cit. in* Serra, 2007, pp. 440, 441).

v.ii - Saúde e doença mental

A saúde mental está presente quando se verifica o ótimo desenvolvimento da pessoa no contexto em que se encontra inserida atendendo os vários fatores de natureza biológica, social, psicológica, cultural e ecológica onde se inserem as capacidades inatas, a aprendizagem, o tipo de família, o sexo da pessoa, entre outros. A saúde mental corresponde à capacidade da pessoa para estabelecer inter-relacionamentos ajustados, para participar de modo construtivo com o ambiente, para resolver e/ou efetuar a gestão dos seus próprios conflitos internos com respostas adaptativas e para investir em realizações pessoais (Sequeira, 2006, p.19).

Por outro lado, a doença mental é uma situação patológica em que a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental. Todas as afeções do corpo podem levar ao aparecimento da doença mental sempre que provoquem um desequilíbrio na organização mental. É da relação entre a sociedade organizada e a pessoa que pode resultar o conflito, quando se verifica uma diferença excessiva ou quando a pessoa apresenta predisposição. A doença mental pode ainda definir-se como um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e sócio culturais tornando a pessoa doente incapaz para concretizar os seus papéis sociais de ordem familiar, laboral e comunitária. Pode então, afirmar-se que se trata da desarmonia ou do desequilíbrio da generalidade da organização da personalidade da pessoa (Sequeira, 2006, pp.19, 20).

A personalidade corresponde aos traços próprios e características da pessoa que se constituem a partir de fatores afetivos, relacionais, genéticos, biológicos, sociológicos e de aprendizagem, entre outros (Sequeira, 2006, p. 20).

Quando a pessoa vivencia circunstâncias problemáticas e conflituosas surge a ansiedade, que quando construtiva ultrapassa a situação e aprende com ela. No entanto, quando essas circunstâncias não são resolvidas a ansiedade torna-se geradora de comportamento não saudável (Teixeira, 2001, p. 7).

Para os mesmos autores (2000, p.7), a doença mental é:

“ [...] uma maneira defeituosa de viver, e os seus sintomas são expressos na maneira como a pessoa se comporta, afectando-lhe cada aspeto e reflectindo-se em seus pensamentos, sentimentos e ações.”

v.iii - O Enfermeiro no contexto dos cuidados

A mitologia grega conferia um poder de cura mágico ao ajudante ferido, como se este fosse possuidor da sabedoria da vida e da morte apesar, de não se demonstrar capaz de curar as suas próprias feridas. Esta lenda atualmente, ainda faz algum eco nos cuidados (D. T. Jaffe, 1998) e que o imaginário coletivo presume que os ajudantes não possuem necessidades pelo sofrimento do outro nem manifestam emoções, devendo separar-se de si próprios e do que vivenciam não tendo em conta a vulnerabilidade humana. Por trás desta convicção está subjacente a crença de que quanto mais dor se autoinfligir maior é a capacidade que possuem para ajudar. O Enfermeiro deve portanto, compreender que se deixar cair sobre os seus ombros o sofrimento do outro, o vai transportar consigo no fim do seu trabalho permitindo-se parasitar pela tristeza emanada, o que vai afetar a sua alegria de viver e os seus relacionamentos arriscando-se a adoecer (*cit. in* Phaneuf, 2005, p. 607).

De facto, a conjugação de numerosos fatores leva ao aumento do risco de esgotamento profissional. De entre os fatores que vulnerabilizam o Enfermeiro, pode realçar-se o ritmo acelerado dos cuidados, responsabilidades muito pesadas, os horários de trabalho que

perturbam a rotina pessoal e os ritmos biológicos, e a tensão emocional provocada pelo contato direto com o sofrimento e a morte (Phaneuf, 2005, p. 600).

Presentemente, encontramos-nos num processo de evolução acelerado como nunca se tinha verificado na história da humanidade. A pessoa rígida tem maior dificuldade de adaptação a um contexto tão mutável. No contexto da saúde, os procedimentos, as técnicas e as regras mudam dando lugar à renovação da pessoa. Esta instabilidade causa-lhe mal estar levando-a a questionar-se sistematicamente se estará à altura, desenvolvendo um *stress* nocivo. Uma mudança mal integrada corresponde a uma situação em que a pessoa é obrigada a adotar valores do ambiente em que se encontra e a tornar-se como os restantes (Phaneuf, 2005, p. 602).

Alguns meios de trabalho são autênticos sistemas de integração forçada pois, para se ser aceite, a pessoa deve adaptar-se ao grupo adotando os seus valores e o seu modo de funcionamento. Simplesmente, não existe lugar para aquela pessoa que pensa ou age de modo diferente. O Enfermeiro deve ficar conformado ao grupo colocando seu espírito crítico em pausa. Esta realidade surge com frequência, nos serviços de cuidados hierarquizados onde as rotinas são algo sagrado. No desfecho desta situação resultam frequentemente, rancores, ansiedade e perda de autoestima. Este tipo de ambiente psicológico gera fortes tensões podendo inclusive, culminar em conflitos abertos (Phaneuf, 2005, p. 602).

Existe ainda a crença de que o estabelecimento da relação de ajuda aumenta esse risco. Contudo, muitos Enfermeiros que não investem neste tipo de relação vêm no entanto, a sofrer de esgotamento profissional ao passo que, outros que a integram nos seus cuidados, mas com conhecimento de causa, tendo bem presentes as armadilhas que este tipo de relação pode ter, conseguem proteger-se. Deste modo, não se pode afirmar a existência de uma ligação evidente e inevitável entre a relação de ajuda e o esgotamento profissional deve contudo, manter-se uma perspetiva realista: o empenho intenso que esta relação supõe, comporta riscos que uma prevenção eficaz pode reduzir. O Enfermeiro consegue alguma proteção ao colocar-se numa posição de empatia maior do que numa relação de simpatia com o doente e familiares. É importante lembrar que (*cit in* Phaneuf, 2005, p.600)

“...simpatizar significa «sofrer com» ...” e que, a longo prazo, pode tornar-se esgotante. Quando consciente dos perigos o Enfermeiro é prudente e não se deixa seduzir facilmente por uma conduta de dar permanentemente sem se revitalizar. Deste modo, possui melhores hipóteses de evitar a falta de energia e de motivação tão características do esgotamento profissional (*cit. in Phaneuf, 2005, p. 600*).

Enfrentar a realidade tal como ela é, é preferível a adotar o seu evitamento. Relativamente, a este assunto, Laurent Moraz (1999) afirma que o sistemático evitamento de refletir o sofrimento presente nos espaços destinados aos cuidados impossibilita o Enfermeiro de o assimilar psiquicamente sem todavia, se proteger. É necessário contudo, admitir que a possibilidade que os Enfermeiros têm para se preservar é ténue, face ao fluxo abundante de solicitações de apoio que lhes é efetuada e dos desafios que estes constituem, sob o ponto de vista emocional (*cit. in Phaneuf 2005, p.600*).

v.iv - O Enfermeiro e o seu autocuidado

Para além das suas necessidades físicas, o Enfermeiro também deve satisfazer as suas necessidades superiores. Necessita pois, de comunicar com os seus pares e com aqueles que lhe são próximos de modo harmonioso, de se sentir escutado e de ter oportunidade para ventilar as suas emoções. Também é necessário que consiga o sentimento de realização no que faz, e de viver o seu trabalho à medida dos seus ideais, o que constitui uma proteção contra as ruminações tristes e o esgotamento (Phaneuf, 2005, p. 610).

É necessário também considerar que ao dar sem se reabastecer se corre o risco de a longo prazo, se criar um vazio interior. É essencial preencher esse vazio com o estabelecimento de laços de solidariedade e com o desenvolvimento de amizades e de vínculos familiares fortes. O apoio afetivo das pessoas que se encontram à volta constitui um escudo protetor. Despender de tempo para estar com os amigos de conviver intimamente com alguém que nos é querido, de estar com os familiares passando momentos agradáveis são bons investimentos para a prevenção do esgotamento profissional (Phaneuf, 2005, p. 610).

O lazer representa também outro meio de prevenção. O trabalho do Enfermeiro é exigente e deve ser complementado com distrações que possibilitem a descontração e o esquecimento pelo menos, por um intervalo de tempo dos problemas relacionados com o meio do trabalho. Em resumo, o Enfermeiro deve cultivar a alegria de viver para equilibrar o sofrimento diário com que convive (Phaneuf, 2005, p. 610).

Corey e Corey (1998) salientam que autoanalisar o seu comportamento perante os doentes e a sua forma de reagir face às solicitações é também reveladora da forma de viver o seu trabalho e de acumular *stress* nocivo. Para tomar consciência disso, de forma mais concreta, pode proceder à escrita de um diário íntimo onde possa escrever notas acerca das situações mais evocadoras de emoções, suscetíveis de gerar perturbação e acerca da sua maneira de conviver com estas situações clarificando as dificuldades que devem ser corrigidas e as estratégias que se revelaram mais eficazes. De igual modo, é importante proceder a uma análise do diálogo interno para perceber as suas próprias distorções cognitivas, as suas ruminções tristes, as suas antecipações de catastrofismo e as suas crenças irrealistas. Se este exercício se demonstra eficaz para as pessoas cuidadas, também pode revelar-se igualmente, eficaz para o Enfermeiro (*cit. in* Phaneuf, 2005, p. 610).

A elaboração de um inventário dos seus próprios recursos pode revelar-se muito útil. É com frequência, que o Enfermeiro, devido às exigências do meio ou da sua própria autocrítica, se centra nas suas próprias lacunas e não nas suas próprias forças. Proceder a um exame das situações em que apesar das dificuldades, se saiu bem e dos momentos frutuosos da sua carreira, torna-se num exercício rico em ensinamentos que proporciona uma valorização construtiva revelando em simultâneo, que se pode enfrentar os problemas sem o desenvolvimento de uma excessiva ansiedade (*cit. in* Phaneuf, 2005, p. 610).

v.v - Mudar para prevenir

São de difícil aplicação, os meios para recuperação de um esgotamento profissional porque habitualmente, exigem um longo período de paragem, supõem com frequência uma perda económica e comportam ainda, a possibilidade de marginalização no meio. Como o

Enfermeiro se deve assumir sempre estoico, aconteça o que acontecer, uma falha representa um defeito. É por isso essencial, tomar consciência da necessidade da prevenção (Phaneuf, 2005, p. 607).

O primeiro ponto a reter é que, o Enfermeiro deve primeiramente, determinar as suas fontes de vulnerabilidade física e psicológica. É essencial que o Enfermeiro reconheça as atividades que esgotam as suas energias e questionar-se acerca do que o fatiga mais nos seus afazeres. Quando a sua fadiga se relaciona com o esforço físico, deve procurar meios organizacionais mais funcionais ou solicitar ajuda. Não é vergonhoso mostrar os seus limites. Por outro lado, se o contacto com determinados problemas de saúde ou com determinados doentes o perturbam muito, se as manifestações de agressividade, de sofrimento ou de desespero de alguns doentes o atinge ao ponto de recordar no decurso do trabalho e, no fim do dia, surgirem rumações, deve tomar cuidado (Phaneuf, 2005, p. 607).

O Enfermeiro é um ser humano sensível e não pode deixar de ser tocado pelo que presencia e partilha com os doentes. Diariamente, encontra-se submetido a uma sobredosagem emocional. Deve estar consciente disso mesmo, e aprender a analisar os seus sentimentos relativamente, a determinadas situações evocadoras de perturbações pessoais penosas, como feridas não cicatrizadas ou como possibilidades insuportáveis. Por exemplo, perante a pessoa em cuidados paliativos, o Enfermeiro revê frequentemente, um familiar que lhe é próximo. Perante um doente que sofre de alcoolismo, pode rever a conduta do seu pai e, perante uma criança em sofrimento, é-lhe difícil impedir-se de projetar a imagem do possível sofrimento dos seus próprios filhos. Deste modo, o sofrimento dos outros constitui a origem de um sofrimento pessoal. Contudo, não basta compreender esta realidade, é necessário agir (Phaneuf, 2005, pp. 607, 608).

Um outro ponto de prevenção a reter resulta do próprio meio dos cuidados que deve ser alvo de uma mudança de mentalidades. O culto do estoicismo deve incluir uma maior abertura e compreensão. É extraordinária a constatação de um meio duro onde os Enfermeiros se fazem recordistas da compaixão e da relação de ajuda. No sentido da ética, o respeito e as atenções a que a pessoa cuidada tem direito também, são de direito da

pessoa cuidadora. Se, à sua volta não sente, por parte dos colegas, compreensão e apoio, e a valorização que o seu trabalho merece, corre o risco de vir a sofrer de esgotamento profissional. Um exemplo disso mesmo, é quando alguém, seja doente ou outro, dirige a sua agressividade contra o Enfermeiro, ou este se sente perseguido pela imagem dolorosa de um doente. Deveria poder abrir-se com os seus colegas ou com o seu superior hierárquico, sem temer ser percebido como vulnerável ou incapaz de assumir as suas funções (Phaneuf, 2005, p. 608).

Uma medida essencial num serviço de cuidados, seria por exemplo, manifestar a apreciação do trabalho do Enfermeiro e valorizá-lo. Quando algo não corre bem não há hesitação em dar-lhe conhecimento e frequentemente, sem tato. Um outro exemplo é, também, o do colega capaz de acalmar a pessoa difícil, de estabelecer um plano de cuidados prático e bem adaptado ou que surge com uma forma inventiva de posicionar o doente sem o indispor, não ser felicitado. Estas medidas representam meios sem custos económicos e que no plano humano, surtem grandes resultados (Phaneuf, 2005, p. 608).

Uma outra medida poderia passar por dar aos Enfermeiros uma sólida formação em relação de ajuda, uma sensibilização para as manifestações desta patologia com o objetivo de serem criados lugares de conversa, onde o Enfermeiro possa exprimir totalmente, as suas emoções e os seus receios. Bem a par dos riscos profissionais ligados ao trabalho de Enfermagem, estas «pessoas-recurso» estariam também atentas aos possíveis candidatos que se encontram emotivamente, tocados pelo que fazem, pelo que dão, não procurando efetuar um reabastecimento pessoal. Fazê-los perceber melhor as suas necessidades e a compreender a sua vulnerabilidade evitando problemas dolorosos suscetíveis de destruir uma carreira. Estas medidas constituem recursos que sob o ponto de vista económico têm um preço muito baixo especialmente, quando comparado com os custos económicos provocados pelo absentismo e os custos pessoais decorrentes do esgotamento profissional. No meio industrial, já se compreendeu que o estudo dos riscos ergonómicos de um trabalho permite a implementação de medidas preventivas rentáveis. No meio da saúde também deveria ter-se este tipo de preocupação (Phaneuf, 2005, p. 608).

Em 1993, Cornel referia que a comunicação quando é feita de modo aberto, com honestidade e saber ouvir atentamente constituem mecanismos que trazem o alívio do *stress*, da ausência de reconhecimento pessoal e do esgotamento profissional (*cit. in* Serra, 2007, p. 605).

Modificar ou eliminar os agentes indutores de *stress* representa também uma medida. Nem sempre é possível mudar as organizações contudo, pode modificar-se a sua forma de endossar as responsabilidades impostas. Este tipo de abordagem poderia ser do interesse do Enfermeiro com personalidade do Tipo A sem se demonstrar excessivamente competitivo, sempre apressado para agir e que facilmente se irrita com a lentidão. O seu modo de reagir não é essencial nos cuidados e modificá-lo poderia trazer-lhe grandes benefícios (Phaneuf, 2005, p. 608).

É fundamental compreender até que ponto estes comportamentos competitivos podem ser evocadores de *stress* autodestrutivo. Frequentemente, resultam de crenças irrealistas que ditam que é preciso ser-se sempre eficiente, que não se é apreciado senão, tendo em conta, os sucessos que se obtém. É essencial compreender o seu próprio comportamento e agir sobre si próprio para mudar (Phaneuf, 2005, p.609).

É também essencial o desenvolvimento de uma autonomia que permita à pessoa transitar de uma adaptação pela submissão a uma adaptação pela ação deliberada. Isto é, de forma que não se sinta escravizado pela tradição hierarquizada dos meios onde se encontra inserido e dar-se a possibilidade de se ser criativo e pessoal. Isto significa que o Enfermeiro deve definir-se em função da sua personalidade, das suas opiniões, dos seus desejos e dos seus próprios ideais mais do que em função do que lhe é imposto e permitir-se à dissidência (Phaneuf, 2005, p.609).

Algumas destas situações podem desaparecer se ao nível institucional e da organização forem tomadas as medidas necessárias. Outras ainda, poderão ser atenuadas se, na escola de formação for dado o devido destaque às aptidões sociais, especialmente no

relacionamento interpessoal com doentes, familiares de doentes e colegas de trabalho (Serra, 2004, p. 604).

A respeito da formação Serra (2007, p.605) afirmava ser da opinião que:

“O fundamental não é criar um estudante (...) com muito conhecimento; o mais útil é ensinar-lhe a ser interessado, crítico motivado, com o desejo de continuar a estudar e a aprender ao longo de toda a sua carreira.”

II - FASE METODOLÓGICA

A investigação em ciências de Enfermagem teve o seu início no decorrer da segunda metade do século XIX, no seguimento das ideias e das práticas veiculadas por Florence Nightingale. Esta salienta o facto de, a colheita sistemática de dados ser necessária para melhorar os cuidados e destaca a importância da observação insistindo na necessidade de aprender como observar e o que observar (*cit. in Fortin, 2003, p. 26*).

A propósito da fase metodológica Fortin (2009, p. 53) referia que:

“(...) consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses.”

1 - Desenho de investigação

Conforme explicava Fortin (2003, p. 132):

“O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.”

O presente estudo inscreve-se no domínio de uma abordagem qualitativa que segundo Cook *et alli* (1997), procedem a uma apresentação dos resultados de estudos de modo conjunto sem os sumarizar (*cit. in Berwanger et alli, 2007, p. 476*).

Os estudos qualitativos têm como finalidade conhecer a experiência humana inserida num meio natural. Este tipo de estudos examina as significações e procura o seu sentido (*cit. in Fortin, 2009, pp. 35, 36*).

Quanto à dimensão temporal, o presente estudo considera-se ainda como sendo um estudo retrospectivo pois, os dados utilizados são fruto de investigações anteriores ao início do presente trabalho.

i.i - Tipo de estudo

Este estudo insere-se numa revisão narrativa que Neihouse e Priske (1989), Bangert-Drowns (1995) e Cook *et alli* (1997) consideram tratem-se de meras revisões da literatura com um formato similar aos capítulos típicos de um livro usualmente, abordando assuntos de modo amplo (*cit. in* Berwanger *et alli* , 2007, p. 476).

Ainda relativamente à revisão narrativa pode mencionar-se que tem como finalidade o desenvolvimento de um problema e de discussão de assuntos sob o ponto de vista teórico ou contextual. Estabelecem analogias ou interligam áreas de pesquisa interdependentes, com o intuito de clarificar ideias (*cit. in* Ramalho, 2005, p. 30).

A expressão «meta-estudo» é usada na descrição da análise. Light e Pillemer (1984) explicam que quando a metasíntese é qualitativa designa-se por meta-etnografia (*cit. in* Ramalho, 2005, pp.67, 69).

Quanto ao método etnográfico este segue uma abordagem sistemática. Tem como objetivo, compreender um grupo social, as suas crenças, o seu modo de estar e de se adaptar à mudança (*cit. in* , Fortin, 2009 p. 37).

i.ii – Localização e seleção dos estudos

Para localização e seleção dos estudos dos quais se retirou a informação pertinente para o tema em estudo, foram utilizadas as seguintes bases de dados eletrónicas: Allplus, Allrefer referency, B'on, Isiweb, Kartoo, Medline, NDLTD, Quintura, Scielo, Scholarly commons, Scopus e Scribd.

i.iii - Colheita de dados

Noblit e Hare referem que a confirmação da relação entre os estudos é realizada por meio da congregação desses estudos e da elaboração das suas relações. Para isso é concebida uma lista de metáforas, frases, ideias e conceitos para de seguida se agregar. O agrupamento dos estudos é utilizado de modo a reproduzir uma fundamentação (*cit in* Ramalho, 2005, p. 65).

Para este estudo procedeu-se então, a uma seleção da informação tida como pertinente para o tema abordado.

III – FASE EMPÍRICA

Após a colheita de dados é necessária a sua organização e análise. Nos estudos qualitativos esta análise compreende o resumo dos dados sob a forma narrativa (*cit in* Fortin, 2009, p. 57).

i.i – Relação entre os estudos consultados

Nesta etapa procede-se à reunião dos estudos elaborando-se um conjunto de metáforas, frases, ideias e conceitos para de seguida se agruparem de modo a representarem uma linha de argumentação (*cit. in* Ramalho, 2005, p. 65).

i.i.i - Conceito de *coping*

A propósito do *coping* Lazarus menciona que (1993, p. 234) “Tem havido um volume prodigioso na pesquisa do *coping* na última década ou duas, que eu só posso abordar muito seletivamente.”

Folkman *et al* (2004, p. 748) explicam que “A literatura sobre *coping* é vasta, e considerámos necessário limitar a nossa revisão de diversas formas.”

No que se refere à definição de *coping*, Holahan e Moos (1987) explicam que este consiste: no esforço empreendido para gerir o *stress*; algo que as pessoas realizam no sentido de evitar ficarem magoadas com as contingências próprias da vida; em comportamentos incrementados para eliminar o *distress* (*cit. in* Ribeiro e Rodrigues, 2004, pp. 3, 4).

Para Folkman e Lazarus (1980) os comportamentos relativos ao *coping* classificam-se como flexíveis, deliberados, adequados à realidade, dirigidos para o futuro e de natureza consciente. Suls, David & Harvey (1996) mencionam que nos comportamentos de *coping* o destaque recai sobre os seus determinantes cognitivos e situacionais. O conceito de *coping*

refere-se ao conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas na adaptação a situações adversas ou evocadoras de *stress* (*cit. in Antoniazzi et alli, 1998, pp. 273, 275*).

Coping tem sido ainda definido como correspondendo aos pensamentos e comportamentos para lidar com as exigências internas e externas avaliadas pela própria pessoa como *stressante* (*cit. in Folkman et al, 2004, p. 745*).

Por outro lado, Folkman & Lazarus (1985) conceptualizavam o *coping* como um processo transacional entre o indivíduo e o meio circundante com realce para o processo e para os traços de personalidade. Segundo Carver e Scheier, 1994; Carver, Scheier e Weintraub, 1989; Compas, Banez, Malcarne e Worsham, 1991; Lopez e Little, 1996; Parkes, 1984 os traços de personalidade mais estudados são o otimismo, a rigidez, a autoestima e o *locus* de controlo (*cit in Antoniazzi et alli, 1998, p. 275*).

Coping é um processo complexo, multidimensional sensível ao meio ambiente e às suas exigências assim como às disposições da personalidade influenciadoras da avaliação do *stress* e dos recursos de *coping* (*cit in Folkman et al, 2004, p. 747*).

O processo de *coping* tem início na avaliação individual quando os objetivos tidos como importantes são prejudicados, perdidos ou ameaçados (Folkman *et alli*, 2004, p. 747).

Holahan & Moos (1987) explicam que o *coping* facilita o ajustamento individual ou a adaptação face a circunstâncias *stressantes* (*cit. in Ribeiro e Rodrigues, 2004, p. 3*).

Holahan e Moos (1987) referem que a educação, nível sócio-económico, características da personalidade e aspetos contextuais são influenciadores do *coping*. Endler, Parker, e Summerfeldt (1998) mencionam que a sua avaliação deve ser realizada sob uma abordagem interindividual *versus* intraindividual ou sob uma abordagem disposicional *versus* situacional (*cit. in Ribeiro e Rodrigues, 2004, p. 7*).

Rudolph *et al* (1995) defendem a existência de dois conceitos envolvidos no processo de *coping*, os moderadores e os mediadores. Os moderadores correspondem às características da pessoa (nível de desenvolvimento, sexo, experiência prévia e temperamento), ao elemento evocador de *stress* (tipo, nível de controlabilidade) e ao contexto (influência paterna, apoio social) assim como a interação entre estes fatores. Por seu turno, os mediadores corresponderiam a mecanismos como por exemplo a avaliação cognitiva e o desenvolvimento da atenção acionados durante o episódio de *coping* (*cit. in Antoniazzi et alli*, 1998, p.279).

Folkman e Lazarus (1980) numa abordagem cognitivista sugerem uma divisão funcional do *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. Posteriormente, Coyne e DeLongis (1986) e O'Brien e DeLongis (1996) sugeriram mais uma divisão do *coping* com foco nas relações interpessoais em que a pessoa procura os outros pertencentes ao seu círculo social, para resolver a circunstância *stressora* (*cit. in Antoniazzi et alli*, 1998, pp. 276, 285).

Quanto á eficiência do *coping* é de salientar que a continuada mobilização do organismo na tentativa de adaptação à circunstância *stressora* impõe uma reavaliação e redefinição dessa circunstância. Da constatação das exigências do meio pode resultar a ação e mobilização dos sistemas fisiológicos para um melhor confronto (*cit in Guido et alli*, 2009, p. 619).

Lansisalmi, Peiro e Kivimaki (2000) associaram o *stress* coletivo e o *coping* com a cultura organizacional pois a compreensão deste relacionamento possui uma forte implicação na saúde das pessoas e organizações (*cit. in Peçanha*, 2006, p. 72).

A este respeito Berghuis e Stanton 2002, Coyne e Smith 1991, DeLongis e O'Brien 1990, O'Brien e DeLongis 1997 (*cit in Folkman et al*, 2004, p. 758) referem:

“Discussões recentes sobre os aspectos sociais do *coping* incluem o impacto do *coping* individual nas relações sociais e vice-versa e a noção de comunidade no *coping* pró-social.”

Coping não é um fenómeno que ocorre isoladamente, está inserido num processo dinâmico que envolve a pessoa, o ambiente e as relações existentes entre ambos (*cit in Folkman et al, 2004, p. 748*).

Todavia, apesar dos inventários e *checklists* desenvolvidos ainda não se chegou a um entendimento compreensivo relativamente à estrutura do *coping* (*Antoniazzi et al, 1998, p. 276*).

Não obstante, os ganhos substanciais já obtidos na compreensão do *coping*, parece que ainda só se terá conseguido tocar de leve a superfície para entender a forma pela qual o *coping* realmente afeta a pessoa sob o ponto de vista psicológico, fisiológico e comportamental tanto a curto como a longo prazo (*cit in Folkman et al, 2004, p. 748*).

i.i.ii - Saúde mental em Enfermeiros

Seligmann-Silva (1994) e Tittoni (1997) explicam que saúde mental e trabalho podem definir-se com base na inter-relação entre o trabalho e os processos de doença (*cit. in Müller, 2004*).

O trabalho representa para o homem um modo de viver em sociedade e um meio de realização pessoal que cumpre uma função mental. Numerosos estudiosos considerando a dimensão psíquica da relação do homem com o trabalho perceberam que o homem acabava por ser vítima deste relacionamento. A dimensão humana havia sido suprimida de tal modo que o trabalhador, não podendo conter mais os seus desejos se viu forçado a manifestá-los por meio de sintomas. A este respeito Freud (1930) explica (*cit in Hashimoto e Abrão, s/d, p. 2*): “Não é fácil entender como pode ser possível privar de satisfação um instinto. Não se faz isso impunemente. Se a perda não for economicamente compensada, pode-se ficar certo de que sérios distúrbios decorrerão disso.”

Os estudos relativamente à problemática surgiram quando a saúde do trabalhador começou a interferir de modo negativo no trabalho reduzindo a sua produtividade. A partir daí

começaram a surgir novas disciplinas como por exemplo, a psicopatologia no trabalho que dedica especial atenção à relação psíquica do homem com o seu trabalho. Atualmente, dá-se preferência à designação psicodinâmica do trabalho em que ao aspeto psicossomático é adicionado o fato de o trabalhador ser visto subjetivamente e para além da sua doença (Hashimoto e Abrão, s/d, p. 3).

O trabalho tem um significado muito próprio para a pessoa ocupando um espaço subjetivo na sua vida. Assim, trabalhar não é somente o desempenho de uma atividade mas a também a aquisição de estatuto de vivência emocional com relevância para a sua dimensão psíquica e importante para a sua saúde mental (Hashimoto e Abrão, s/d, p. 4).

A propósito da profissão de Enfermagem, Carvalho e Malagris (2007) referiam que a atividade profissional dos Enfermeiros é complexa e por isso devem estar atentos à sua saúde física e mental pois disso depende a qualidade do atendimento que prestam (*cit. in Luz et alli, s/d*).

Peçanha *et al* (2006, p. 69) acrescentam ser de todo o interesse conhecer os estilos de *coping* no trabalho dos Enfermeiros pois torna-se relevante para a saúde mental de toda a equipa e com repercussões no atendimento para o doente.

É de salientar que alguns tipos de *coping* de fuga se encontram associados a uma saúde mental pobre (*cit in Folkman et al, 2004, p. 747*).

O trabalho na área de Enfermagem é considerado por inúmeros autores como muito *stressante* (*cit. in Luz et alli, s/d*).

Para Souza *et al* (2002) o *stress* ocupacional nem sempre é gerador de doença podendo também manifestar-se de outros modos como por exemplo: absentéismo, rotatividade, atrasos, insatisfações, sabotagem e baixos níveis de eficácia (*cit. in Luz et alli, s/d*).

Quando a pessoa se sente incapaz de lidar com circunstâncias indutoras de *stress* isso pode levá-la a uma situação de esgotamento físico e emocional (*cit. in Almeida, 2009, p. 12*).

Selye (1956) apresenta a definição do designado *stress* biológico sob a denominação de Síndrome geral de adaptação (SAG) tendo atribuído uma delimitação para o uso do termo ou seja, para que ocorra *stress* é necessário que haja libertação de catecolaminas, glicocorticóides e mineralocorticóides (*cit. in Luz et alli, s/d*).

Porém, Ferreira (2006), lembra que apesar do *stress* ser assinalado como a causa de inúmeras enfermidades somáticas, não pode ser considerado total responsável sobre a sua ocorrência mas antes, ser visto como um elemento de desenvolvimento ou agravante de uma condição pré-existente (*cit. in Luz et alli, s/d*).

Maslach & Leiter (1997) referem que o esgotamento profissional caracteriza-se como sendo um estado de exaustão físico, emocional e mental que surge em consequência do *stress* ocupacional continuado e crónico em personalidades e em atmosferas laborais predisponentes e relacionado com períodos de envolvimento prolongado em circunstâncias exigentes sob o ponto de vista emocional como acontece frequentemente em profissões assistenciais ou de ajuda. Queirós (2005) explica ser este o caso da Enfermagem e Jesus que (2004) refere que poderá interpretar-se como um sinal de mal-estar profissional e pessoal (*cit. in Murcho et alli, 2011, p. 2*).

Quando o um profissional está em esgotamento profissional tece críticas a tudo e todos que o circundam, sente pouca energia para as várias solicitações, manifesta frieza e indiferença para com as necessidades e o sofrimento de terceiros. Internamente sente-se dececionado, frustrado e com comprometimento da autoestima (*cit. in Nogueira-Martins, 2003, p. 63*).

Mariage e Schmitt-Fourrier (2006) lembram que a literatura refere a comunicação como um fator relevante para a saúde mental nas equipas de Enfermagem (*cit. in Peçanha, 2006, p. 80*).

De acordo com Serra (2007) o *stress* intenso influencia o desempenho do trabalhador tornando o comportamento observável adequado em inadequado. A aquisição de comportamentos pouco ajustados, revelando alguma frieza são sinal de que existe uma tentativa de afastamento e de separação entre a da área profissional e a área pessoal. Todavia, esta atitude pode ser interpretada como desumana. Esta é uma forma que por vezes o Enfermeiro encontra para dominar os seus sentimentos no sentido de cuidar o melhor possível, sem que ninguém saia prejudicado. A ação do Enfermeiro é a favor da promoção do bem-estar do doente contudo, se não se encontrar bem sob o ponto de vista emocional, dificilmente conseguirá realizar as suas funções com a qualidade que esperam de si (*cit. in Almeida, 2009, p.24*).

Caparelli (2002) afirma que os sentimentos vivenciados pelos Enfermeiros são idênticos aos sentimentos experienciados pelos doentes e familiares (*cit. in Silva, 2009*).

Ser frágil e vulnerável é de facto muito difícil especialmente quando se está inserido numa sociedade que sobrevaloriza o ser-se poderoso, forte e inatacável (*cit. in Silva, 2009*).

O *stress* nos Enfermeiros tem conseguido alguma atenção no entanto, ainda não obteve o devido relevo por parte das instituições. O *stress* sentido é silencioso e só visível quando a sintomatologia se agrava Da incapacidade de lidar com as circunstâncias indutoras de *stress* resulta o esgotamento físico e emocional ou seja, o esgotamento profissional (Almeida, 2009, p. 12).

É importante que o profissional se aproprie de recursos para se proteger de circunstâncias de risco. O *coping* ajuda o profissional a fazer face às circunstâncias indutoras de *stress* (*cit in Guido et alli, 2009, p.620*).

Mariage e Schmitt-Fourrier (2006) salientam que a comunicação surge na literatura como um elemento relevante para a saúde mental nas equipas de enfermagem (*cit. in Peçanha, 2006, p. 80*).

Mariage, Schmitt-Fourrier (2006) salienta que os grupos de discussão proporcionam espaços favorecedores para refletir e conter as tensões prevenindo a formação de respostas automáticas das equipas que como num espelho, refletem o *stress* que os doentes experimentam (*cit. in* Peçanha, 2006, p. 73).

O apoio que os Enfermeiros recebem dentro ou fora das instituições é muito importante nas suas relações (Almeida, 2009, p. 12).

i.i.iii - Implicações do contexto dos cuidados para a saúde mental dos Enfermeiros

O cuidar é o princípio básico da Enfermagem englobando todas as atividades fundamentais orientadas para a prevenção da doença e promoção da saúde. O alívio dos sintomas físicos é aquilo que é mais evidente no entanto, o cuidar é bem mais do que isso. A comunicação interpessoal e a relação de ajuda estão na base dos cuidados de saúde prestados. Por serem tão pouco notórios a tendência é retirar-lhes a importância que têm. Hesbeen (2000) é da opinião que como os cuidados de Enfermagem não são espetaculares, ou então não usufruem do prestígio necessário para identificar os resultados sensíveis obtidos (*cit. in* Almeida, 2009, p.11).

O Enfermeiro encontra-se muito exposto a vivenciar os limites da sua ação terapêutica. A preparação técnica que adquiriu tem como principal objetivo curar e salvar vidas (*cit in* Peçanha, 2006, p. 72).

Os sentimentos vivenciados pelos doentes e familiares como a negação, a raiva, a culpa, o pensamento mágico e os sintomas depressivos são geralmente os mesmos que os Enfermeiros experimentam. Estes profissionais poderão ainda sentir a impotência pela limitação dos recursos pessoais e científicos. Este tipo de dificuldades pode conduzir a pessoa ao isolamento levando-a a sofrer em silêncio. Por outro lado, como o sofrimento fica mal delineado não lhe é dada a devida atenção (Silva, 2009).

Logeais e Gabbois (1985) referem que a prestação de cuidados leva ao desenvolvimento da angústia e da culpabilidade levando o profissional a debater-se contra a ideia de que não pode fazer mais nada para que o doente não morra. O sentimento de frustração que se gera é a principal razão apontada pelos Enfermeiros para a insatisfação com a profissão (*cit. in Almeida, 2009, p.14*).

Labate e Cassorla (1999) salientavam que o profissional de saúde faz face a circunstâncias que tocam as suas emoções por vezes, de modo muito intenso. Tal facto, é suscetível de produzir no Enfermeiro um grau considerável de sofrimento pessoal. Podem surgir processos de identificação patológica com o sofrimento do paciente ou com a sua doença, transformando o seu trabalho num trabalho insalubre no aspeto psicológico. Com frequência, o profissional defende a sua fragilidade e impotência por meio de sentimentos de onipotência e quando essas defesas não resultam, a descompensação sentida como embaraçosa é frequentemente atribuída a outras situações. Deste modo, a circunstância é camuflada, o sofrimento não é considerado e não são tomadas as devidas precauções com vista a conseguir mecanismos que promovam a salubridade do seu trabalho (*cit. in Silva, 2009*).

Oliveira (2000) é da opinião que quando o profissional de saúde, perante doentes graves percebe que está a lidar com seres humanos sente uma extrema angústia. Sente ainda uma grande dificuldade em lidar com doentes adultos substituindo-lhes a fralda, que se encontram imobilizados, conectados a aparelhos, por vezes inconscientes entre outras circunstâncias constrangedoras representativas da precariedade da existência humana. A prestação de cuidados paliativos ao doente pode ainda lembrá-lo da sua própria mortalidade. O realce vai também para o contato direto com o sofrimento do doente, os infintos internamentos, a impotência face à doença e o sentimento de revolta pela sua perda (*cit. in Silva, 2009*).

Por outro lado, a Enfermagem tem estado a tornar-se cada vez mais eficiente através da aquisição da técnica porém, a veneração pela mesma torna-a menos humana. As atividades que contemplam o tratamento e a cura tiraram a visibilidade ao cuidado humano, desconsiderando a pessoa com as suas necessidades de amor e de respeito. Acrescido a

isto, as atividades burocráticas que primeiramente seriam atividades-meios para facultar um atendimento de Enfermagem mais humanizado, tornaram-se atividades fins levando ao distanciamento entre o Enfermeiro e o doente (*cit. in* Ribeiro e Pedrão, 2005, p. 312).

Relativamente à comunicação é de salientar que é essencial para o intercâmbio com os seus semelhantes. Sob o ponto de vista psicológico, os sentimentos, os valores, as atitudes e as experiências que influenciam a receção de mensagens e a elaboração de respostas. Segundo Rosas (1990) o Enfermeiro dispõe de competências em comunicação que o tornam único nos relacionamentos que estabelece e que o auxiliam na obtenção de sucesso na metodologia de trabalho com base no processo de enfermagem. O Enfermeiro detém um vasto corpo de conhecimentos que aos olhos do doente constituem uma força e um poder muito especiais e que o levam a reconhecê-lo como profissional (*cit. in* Almeida, 2009, pp. 16, 17).

A propósito da comunicação Marriner (1989) refere tratar-se de (*cit. in* Almeida, 2009, p. 16):

“(...) um processo que pode permitir à enfermeira estabelecer uma relação de humano a humano e portanto cumprir com o propósito da enfermagem, isto é, ajudar os indivíduos e famílias a evitar, ou fazer frente, à experiência de doença e sofrimento, e de ser necessário ajudá-los a encontrar um significado na dita experiência.”

Kato (1986), Martins (1991) Torrano-Masetti, Oliveira e Santos (2000) e Vivone (2004) lembram que devido à longa duração de alguns tratamentos pode dar-se a possibilidade do envolvimento psicológico entre o doente e os seus familiares e o Enfermeiro. A proximidade com a fragilidade humana e com as suas manifestações psicológicas de desamparo, medo, desespero, pânico, depressão, agressividade e de tantas outras relacionadas com o processo de adoecer constituem vivências do dia a dia do Enfermeiro (*cit. in* Silva, 2009).

Por outro lado, Helman (1994) refere que o cancro é uma metáfora do mal que possui poderes malignos e age destrutivamente. Martins (1991) destaca que os elementos

específicos que se podem converter em fatores de risco para a saúde mental do profissional são: a convivência próxima e continuada com a dor e o sofrimento e com a perspectiva da morte; lidar com a intimidade do corpo e intimidade emotiva; trabalhar com doentes difíceis, muito queixosos, não colaborantes, agressivos, hostis, reivindicadores, autodestrutivos e cronicamente deprimidos; trabalhar com as incertezas e limiares da ciência em oposição às exigências e expectativas dos doentes que anseiam por certezas e garantias (*cit. in* Silva, 2009).

A respeito do impacto que a doença oncológica pode ter nos Enfermeiros Bleger (1978) explica que podem surgir imagens relacionadas com a morte que se fazem acompanhar de fantasias de terror, dor, dependência, deterioração física e psíquica mesmo quando o profissional se encontra a par dos avanços e progressos da área. Esta situação pode agravar-se quando se encontra perante amputações desfigurantes, ameaças de morte e representações de dor intolerável que não se extinguem com a remoção do tumor devido à possibilidade de metástase e de recorrência (*cit. in* Silva, 2009).

Kowalski e Souza (2002) salientam que a doença e a morte são acontecimentos orgânicos, naturais e objetivos que adquirem significados que se relacionam com as características de cada sociedade. A doença é portanto, uma realidade construída e o doente é uma personagem social (*cit. in* Silva, 2009).

Stedeford (1998) salienta que o contacto com o doente terminal desperta um tipo de resposta específico, originando tensão, fadiga, sobrecarga emocional e irritabilidade, entre outras reações. Esta condição leva a uma redução do desempenho profissional interferindo na vida pessoal e familiar. De acordo com Miller (1992) o desgaste emocional na profissão de Enfermagem tende a aumentar devido à existência da pressão continuada para a economia de recursos e o aumento das necessidades em pessoal não complementado com o número de Enfermeiros recém-licenciados (*cit. in* Almeida, 2009, p. 23).

Relativamente ao sofrimento Gameiro (1999) explica tratar-se de (*cit. in* Almeida, 2009, p.14):

“(…) um sentimento de desprazer variando de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até uma extrema angústia que pode evoluir para uma fase de desespero maligno caracterizado pelo sentimento de abandono e expressa através de uma conduta de negligência de si mesmo.”

Quando as defesas edificadas já não surtem o efeito desejado surge a descompensação que é habitualmente sentida como embaraçosa e geralmente atribuída a outras circunstâncias. Deste modo a questão é ocultada, o sofrimento sentido não é tomado em consideração assim como também, não são tomadas providências de modo a obter mecanismos promotores da salubridade profissional (Silva, 2009).

Por outro lado, a escolha profissional pode constituir uma resposta adaptativa a uma experiência de fragilidade e de baixa autoestima podendo gerar o aparecimento de algumas disfunções profissionais, como por exemplo uma relação simbiótica com os pacientes (*cit. in* Nogueira-Martins, 2003, p. 64).

Wengston & Haggmark (1998) referiam que (*cit. in* Peçanha, 2006, p. 79): “(…) a carga psíquica negativa faz parte do dia a dia das enfermeiras, tornando-se necessário atentar para a parte emocional desses profissionais (…)”

Escutar o doente e familiares leva o Enfermeiro ao envolvimento com a circunstância e a sofrer com as suas angústias transportando os seus problemas consigo para a sua vida pessoal. O acompanhamento da perda implica constrangimento e não é fácil não recordar mesmo quando não existe vínculo afetivo como a familiaridade ou a amizade com o doente (*cit. in* Almeida, 2009, p.14).

Serra (2007) explica que os mecanismos redutores do estado de tensão emocional variam de acordo com o seu intuito. Podem ser muito prestáveis por possibilitar à pessoa o distanciamento do que lhe traz preocupação permitindo-lhe a construção de uma imagem mais realista da situação e assim conseguir tomar decisões. Existem estratégias que podem ser muito eficazes no esbatimento das emoções como ouvir música, praticar desporto ou conversar (*cit. in* Almeida, 2009, p.36).

Mcintyre (1994) salienta que as instituições deveriam adotar intervenções preventivas dirigidas à sensibilização dos profissionais de saúde e na atenção aos sintomas de *stress* assim como a disponibilização de recursos de modo a obter auxílio para a gestão do mesmo. As atividades de *lazer* constituem também boas estratégias na redução do desgaste pessoal e profissional pois, e de acordo com Regueiras (2001) possibilitam a mudança de hábitos e de rotinas propulsionando uma boa atmosfera laboral, favorecedora de comunicação, do espírito de grupo, da motivação e da satisfação no trabalho (*cit. in* Silva e Gomes, 2009, p. 239).

Como o *stress* é entendido como um processo transaccional entre a pessoa e o meio, se o Enfermeiro estiver consciente dos seus atos, comprometido com o seu trabalho e envolvido com a prática diária dos cuidados, os fatores evocadores de *stress* serão minimizados e os mecanismos de *coping* atuarão como fatores de proteção e estímulo laboral (*cit in* Guido *et alli*, 2009, p. 618).

Identificar os elementos geradores de *stress* no trabalho constitui um meio para a promoção de mudanças por permitir chegar a possíveis resoluções a fim de reduzir os seus efeitos e conseqüentemente criar uma atmosfera laboral mais produtiva e menos desgastante onde o Enfermeiro se sente valorizado como pessoa e como profissional. A compreensão desses elementos pode indicar mudanças para um melhor confronto com as vicissitudes próprias da vida reduzindo o impacto das situações *stressoras*. Aqui as instituições de saúde desempenham um papel relevante na promoção da segurança e satisfação dos profissionais e dos clientes possibilitando uma melhor qualidade de vida no trabalho (*cit in* Guido *et alli*, 2009, p. 620).

i.i.iv - Mecanismos de *coping*

Dos diversos mecanismos de *coping* descritos por diversos autores, aqueles que os Enfermeiros mais utilizam segundo os estudos pesquisados para este trabalho são os que agora se apresentam nas alíneas que se seguem.

i.i.iv.i - Fuga e evitamento

Phaneuf (2004, p. 229) explica que a fuga e o evitamento consistem num mecanismo através do qual a pessoa procura esquivar-se a circunstâncias ansiogénicas ou geradoras de emoções intensas.

Pacheco e Jesus (2007) referem que uma das estratégias mais utilizadas é a fuga aos problemas (*cit. in Almeida, 2009, p. 38*).

Meleiro (2001) salienta que as razões apontadas pelos profissionais de saúde relativamente à escolha da profissão referem-se à intenção de (*cit in Silva, 2009*) “(...) tratar, curar, salvar, ser útil e estar próximo das pessoas (...)”. Porém, implícitas a essas razões a autora percebeu que as principais motivações estavam relacionadas com a negação da dependência e a procura de onipotência (*cit. in Silva, 2009*).

Os sentimentos vivenciados pelos doentes e familiares como a negação, a raiva, a culpa, o pensamento mágico e os sintomas depressivos são geralmente os mesmos que os Enfermeiros experimentam (Silva, 2009).

Ao perceber a sua impotência e fragilidade os Enfermeiros defendem-se através de fantasias de onipotência (Silva, 2009).

i.i.iv.ii - Filiação

A filiação é um mecanismo de *coping* através do qual a pessoa efetua uma gestão dos seus conflitos solicitando auxílio aos outros em busca de apoio e compreensão (Phaneuf, 2004, p. 228).

Peçanha (2006, p. 79) verifica em seu estudo que o mecanismo mais utilizado pelas Enfermeiras era a procura de diálogo o que poderá indicar a necessidade de apoio social a estas profissionais. Neste caso, o hospital providenciava atendimento psicológico à equipa em estudo, fato que poderá contribuir para os resultados positivos apresentados através da avaliação do *coping* que a autora efetuou.

Calhoun (1980) e McCue (1987) explicam que a disponibilização de grupos de discussão acerca da mortalidade e morbidade assim como o aconselhamento individual ou familiar constituem estratégias de *coping* (*cit. in* Silva *et al*, 2008).

Aspetos concernentes ao sentimento de filiação e de autorrealização como trabalhar em equipa, satisfação consigo mesmo e de reconhecimento no trabalho constituem motivo de satisfação para o Enfermeiro (*cit. in* Peçanha, 2006, p. 73).

Em seu estudo Peçanha (2006, p. 80) constata ter sido fomentada a comunicação, tendo sido dada oportunidade a cada elemento da equipa para discutir com os seus colegas acerca de determinado assunto, exprimindo a sua perspectiva. Esta permuta de ordem social pode ser associada ao espírito de cooperação, de solidariedade e de confiança que se manteve na equipa deste estudo. Com vista à melhoria da qualidade de trabalho esta equipa habitualmente, reunia entre si e com a psicóloga da instituição (*cit. in* Peçanha, 2006, p. 80).

Delbrouck (2006, p. 183) explica que se há Enfermeiros que não conseguiram manter-se na execução das suas funções é porque a determinada altura lhes faltou alguém com conversar acerca das suas reflexões (*cit. in* Almeida, 2009, p. 38).

Um estudo com vista à identificação de fatores associados ao *stress* e estratégias de *coping* nos Enfermeiros revelou a prioridade na procura de mecanismos inovadores de apoio ao Enfermeiro. O aumento do apoio social está presente entre os principais exemplos tratados (*cit in* Guido *et alli*, 2009, p. 619).

Em seu estudo Peçanha (2006, p. 80) constata que cada elemento da equipa de Enfermagem apresentava-se capaz de fazer face às circunstâncias geradoras de *stress*. Com isto a autora conclui que essa capacidade possa dever-se à livre escolha da profissão e à oportunidade de satisfação da vontade de colaborar de modo significativo, num projeto de saúde coletivo e no exercício da sua função. Dejours (1994) lembra que o respeito pela construção da identidade no trabalho, por parte de uma organização que toma em consideração os potenciais e os limites da condição do ser humano é de fato, a via que permite um trabalho salutar (*cit. in* Peçanha, 2006, p. 80).

Ainda, relativamente ao vínculo à instituição este pode revelar-se fundamental na redução do *stress*. Este tipo de vínculo possibilita o desenvolvimento do sentimento de segurança que permite ao Enfermeiro conceber projetos que não seriam prováveis em situação de precariedade do vínculo. A autonomia e segurança que o vínculo à instituição possibilita gera diferenças nas atitudes comportamentais perante as dificuldades permitindo uma maior frequência na utilização de *coping* de autocontrolo e de *coping* confrontativo (*cit. in* Almeida, 2009, p.37).

Por outro lado, estar-se casado pode também proporcionar o confronto do *stress* de modo apropriado devido à rede de apoio e conseqüentemente, à utilização de melhores estratégias adaptativas resultando em menos esgotamento profissional comparativamente com as pessoas que vivem sós (*cit. in* Almeida, 2009, p. 34).

A este respeito Silva (2005) concluiu que os Enfermeiros casados utilizam estratégias de adaptação ao *stress* mais frequentemente que os solteiros. Serra (2007) refere que a importância da família tem sido destacada em diversos estudos. Ter alguém com quem

trocar impressões e com quem desabafar indica uma adaptação ao *stress* melhor (*cit. in* Almeida, 2009, pp.35, 36).

A família, os amigos e a equipa desempenham um papel fundamental para o Enfermeiro sempre que este sente necessidade de conversar. É pois, fundamental que possa contar com o apoio de uma terceira pessoa nas suas reflexões (Almeida, 2009, p. 38).

i.i.iv.iii - Sublimação

Phaneuf (2004, p. 229) explica que a sublimação consiste num mecanismo que possibilita à pessoa transferir as suas pulsões e ambições que considera inaceitáveis para vias mais válidas.

Calhoun (1980) e McCue (1987) referem que a cedência de lugares com privacidade para os Enfermeiros se retirarem e a prática de técnicas de relaxamento para diminuição do *stress* constituem estratégias de *coping* (*cit. in* Silva *et al* , 1999).

O Enfermeiro procura ultrapassar o sofrimento através da sua identificação, inquirido qual será a sua origem e constatando que o mesmo se encaminha no sentido de fomentar a saúde mental. Neste caso, o atendimento de crianças em risco de vida convertia-se em experiência positiva e criativa (*cit. in* Peçanha, 2006, p. 80).

Thelan, Lough, Davie e Urden (1993) salientam que os principais métodos para diminuição do *stress* dos Enfermeiros são aqueles que se centralizam nas respostas individuais com a finalidade de minimizar a tensão interna, repor o equilíbrio e resguardá-los do *stress* (*cit. in* Almeida, 2009, p.36).

A razão pela qual aqueles profissionais continuaram no percurso escolhido é porque conseguiram equilibrar os efeitos desgastantes da profissão compensando-os com momentos satisfatórios. Assim o Enfermeiro deverá libertar-se do peso excessivo que transporta e cuidar de si próprio (*cit. in* Almeida, 2009, p. 38).

Por outro lado, a escolha profissional sugere ainda a tentativa inconsciente de fazer face ao medo da morte ou mesmo como manifestação de defesa contrafóbica. Martins (1991) realça que uma fração da motivação se encontra no propósito de proteção a si e aos seus familiares perante a possibilidade de sofrimento e da morte (*cit in* Silva, 2009).

Meleiro (2001) repara que perante a questão acerca do porquê desta escolha profissional é frequentemente feita menção à probabilidade de poder ajudar, tratar, curar, salvar, tornar-se útil e estar perto das pessoas. Contudo, implícito a estas razões a autora pôde constatar que as motivações mais relevantes se encontravam associadas à necessidade de reparação e de se defender da doença, do sofrimento e da morte atraindo a pessoa para o confronto com o que mais receia (*cit. in* Silva, 2009).

i.i.iv.iv – Projeção / Deslocamento (Transferência) / Transferência

Relativamente, a este mecanismo que levantou algumas dificuldades quanto à sua denominação, foi possível verificar-se que três autores diferentes lhe fazem referência nomeando-o de modo diferente apresentando contudo, uma definição idêntica.

Para Sequeira (2006, p. 116) a projeção consiste na orientação das dificuldades e frustrações sentidas para outra pessoa o que revela a tentativa de busca de um refúgio.

Já Neeb (2000, p. 108) explica que a transferência da raiva e hostilidade para outra pessoa que se considera menos forte assume a designação de «deslocamento (transferência)».

Porém, Bolander (1998, p. 335) explica que dirigir a emoção ou comportamento de origem para algo tido como um substituto mais conveniente se designa transferência.

Winstanley e Whittington (2002) compreenderam que a exaustão emocional nos Enfermeiros se relacionava com um aumento de despersonalização como mecanismo de *coping*. Consequentemente, estes profissionais expressavam atitudes negativas associadas aos doentes que, por seu turno, colocava a equipa vulnerável face à agressividade. Os

autores constataram portanto, um padrão cíclico de *burnout* e de vulnerabilidade dos Enfermeiros a agressões (*cit. in* Peçanha, 2006, pp. 73, 74).

i.i.iv.v - Resistência

A resistência é um mecanismo de *coping* cujas características se distinguem pela luta e oposição contínua da pessoa face a uma circunstância. Constitui uma força estabilizadora que possibilita a avaliação regular dos acontecimentos prevenindo ações incrementadas de modo precipitado. Contudo, uma utilização exacerbada deste mecanismo levanta dificuldades à adaptação (*cit. in* Sequeira, 2006, p. 117).

Verifica-se uma relação entre a preponderância de estratégias confrontativas e o pouco tempo de trabalho na instituição. Marín e García-Ramírez (2005) salientam que os Enfermeiros com pouco tempo de serviço apresentam propensão para estarem mais afastados da exaustão emocional, um risco já conhecido entre Enfermeiros e que constitui um estágio preliminar de *burnout* (*cit. in* Peçanha, 2006, p. 80).

Já Silva (2005) reparou serem os Enfermeiros com mais tempo de serviço que utilizavam mais as estratégias de *coping* confrontativo. Este grupo de profissionais faz face a mais circunstâncias geradoras de *stress* e por isso mesmo, o defrontarem indicando o desenvolvimento de capacidades que os Enfermeiros mais novos ainda não adquiriram (*cit. in* Almeida, 2009, pp. 37, 38).

Para Martins (1991) o Enfermeiro poderá ver-se entrar num ambiente altamente nocivo sob o ponto de vista psicológico. De modo a conseguir tolerar tal realidade, a pessoa ativa defesas que se vão incorporando no seu carácter e que se vão agregando para ser capaz de vencer a sua própria fragilidade e vulnerabilidade (*cit. in* Silva, 2009).

i.i.iv.vi - Antecipação

A antecipação consiste num mecanismo que leva a pessoa a experimentar os pensamentos, as emoções e os acontecimentos relacionados com acontecimentos que prevê virem a ocorrer. Este mecanismo tem como finalidade a preparação prévia para reduzir o impacto emocional ou de desfrutar previamente de aspetos positivos (*cit. in Phaneuf, 2004, p. 228*)

Num estudo realizado com Enfermeiros em que se percebeu a preferência por mecanismos novos para apoio a estes profissionais foi possível constatar-se a discussão de temas como a educação acerca do tema do *stress*, estratégias de gestão, a criação de estratégias em equipa e a flexibilidade nos horários de trabalho, encontram-se entre os vários exemplos discutidos (*cit in Guido et alli, 2009, p. 619*).

Silva (2005) refere que os Enfermeiros há menos tempo na profissão, utilizam com maior frequência estratégias de resolução planeada do problema. Os profissionais com menos idade encontram-se mais predispostos a refletir bem antes de agir e por essa razão, delinearem muito bem qual a estratégia mais apropriada antes de atuarem (*cit. in Almeida, 2009, p. 37*).

A formação profissional do Enfermeiro promove ainda um funcionamento mais harmonioso com a equipa. A pós-graduação pode também representar um contributo na promoção da autoestima e trazer melhorias no seu desempenho desenvolvendo um sentimento de maior segurança para fazer face às circunstâncias *stressantes* (*cit in Guido et alli, 2009, pp. 618, 619*).

Por outro lado, a escolha pela unidade de trabalho pode ser um incentivo à sua atitude podendo representar um mecanismo de *coping* no confronto com os problemas e minimizar o impacto de algumas atividades da unidade (*cit in Guido et alli, 2009, p. 618*).

i.i.iv.vii - Desatenção seletiva

Este mecanismo permite afastar do consciente circunstâncias indutoras de emoções desagradáveis (Bolander, 1998, p.335).

Almeida, Amado e Miranda (2003) sublinham que os Enfermeiros referem sentir dificuldade em efetuar uma separação entre os problemas relacionados com o trabalho e os problemas relacionados com o hospital e isso pode trazer efeitos nocivos para o profissional e para a sua família (*cit. in* Almeida, 2009, p. 37).

A separação dos problemas permite à pessoa adaptar-se a situações indutoras de *stress* . É fundamental que o Enfermeiro tenha bem presente que para prestar cuidados necessita sentir-se capaz e de não transferir os seus problemas para os doentes e demais profissionais (Almeida, 2009, p. 38).

i.i.iv.viii - Identificação

Através deste mecanismo, a pessoa procura relacionar o seu «Eu» com outro sujeito ou grupo (Bolander, 1998, p. 335).

Labate e Cassorla (1999) mencionam que o Enfermeiro faz face a circunstâncias que tocam as suas emoções de modo muito intenso. Este facto não só traz dificuldades ao seu trabalho como lhe traz alguma confusão perante os aspetos técnicos, como produzindo um grau de sofrimento pessoal muito grande. Estes autores lembram que existe a possibilidade de surgirem processos de identificações patológicas associadas ao sofrimento do doente ou à sua doença, transformando o trabalho do Enfermeiro num trabalho psicologicamente insalubre (*cit. in* Silva, 2009).

i.i.iv.ix - Compensação

Este mecanismo consiste na tentativa de superar sentimentos de inferioridade e que podem corresponder a uma crença ou serem de facto reais, por meio do desenvolvimento de traços ou capacidades particulares (Bolander, 1998, p. 336).

Ainda no que respeita á escolha pela profissão, estudos feitos relativamente à escolha dos estudantes apontam que um dos aspetos para a sua escolha reside na procura de reparação

de vivências emocionais infantis ligadas a circunstâncias de impotência e/ou de abandono emocional. Johnson considera a existência de dois mecanismos básicos nas motivações de certos estudantes como a reparação da impotência que consiste em dar aos outros o que desejariam ter dado e de reparação do abandono emocional que consiste em dar aos outros o que gostariam de ter recebido (*cit. in* Nogueira-Martins, 2003, p. 64).

i.i.iv.x - Reação de conversão

Este mecanismo possibilita que emoções suscitadas por uma situação e sentidas como desagradáveis sejam dirigidas para a sintomatologia física. Esta sintomatologia dissolve-se quando o fator ameaça se extingue (Neeb, 2000, p. 109).

Franco (2003) refere que os profissionais de saúde admitem que há doentes que são para si especiais por estabelecerem uma relação diferenciada e singular. A sua perda implica trabalho de luto com sintomatologia psicossomática geradora de dor e sofrimento. Bromberg (2000) menciona que nesta sintomatologia inserem-se manifestações afetivas como culpa, ansiedade, depressão, expressões comportamentais como fadiga e choro atitudes dirigidas a si e ao contexto como a autoreprovação, baixa autoestima e desamparo, pensamento lentificado, concentração diminuída, inibição do apetite, náuseas, sensação de estômago vazio, dispepsia, perturbação do sono, algias, nó na garganta, palpitações, imunossupressão. Tais observações harmonizam-se com as interpretações de Françoso (1996), Dóro *et al* (2004) Spíndola e Macedo (1994) e Kovács (1996) que se referem aos sentimentos de pesar, frustração, derrota e tristeza que o profissional sente quando presta cuidados paliativos (*cit. in* Silva, 2009).

i.i.iv.xi - Isolamento ou despersonalização

O isolamento ou despersonalização permite à pessoa distanciar-se emocionalmente do evento indutor de *stress* (Bolander, 1998, p. 336).

Valle (1997), Labate e Cassorla (1999) perceberam que a constatação das próprias fraquezas e vulnerabilidades não são condizentes com a ambição de ser forte e onipotente. Quando o profissional de saúde se apercebe disto sente-se constrangido constrói defesas à sua volta, isola-se na sua fragilidade e não se permite exprimir as suas inquietações. Esslinger (2004) repara que apesar de a morte estar quase sempre presente no dia a dia do profissional de saúde existe uma cumplicidade silenciosa geradora de solidão e isolamento da equipa de profissionais perante os seus próprios medos e angústias (*cit. in* Silva, 2009).

Os Enfermeiros poderão ainda sentir impotência pela limitação dos recursos pessoais e científicos. Este tipo de dificuldades pode conduzir a pessoa ao isolamento levando-a a sofrer em silêncio. Deste modo, como o sofrimento fica mal delineado não lhe é dada a devida atenção (*cit. in* Silva, 2009).

IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Noblit e Hare (1998) referem que a fase final é dedicada à escrita e relato dos resultados. Nesta etapa procede-se à comparação das metáforas e dos assuntos abordados que consiste na confluência das últimas três fases do «Método meta-etnográfico comparativo de Noblit e Hare» nomeadamente, a fusão dos dados, a síntese da informação obtida e o respetivo relato (*cit. in Ramalho, 2005, pp. 65, 66*).

Relativamente ao objetivo «Identificar os mecanismos de *coping* mais utilizados pelos Enfermeiros», de acordo com os autores pesquisados foi possível identificarem-se onze mecanismos de *coping* diferentes e que de seguida se procederá à respetiva análise de cada um.

Quanto ao mecanismo de *coping* «Fuga e evitamento» com este estudo, foi possível constatar-se que, de acordo com os autores surge sob a forma que de seguida se expõe.

Pacheco e Jesus (2007) mencionam a fuga aos problemas (*cit. in Almeida, 2009, p. 38*).

Meleiro (2001) refere-se à negação da dependência e à procura de onipotência (*cit. in Silva, 2009*).

Silva (2009) destaca sentimentos como a negação, a raiva, a culpa, o pensamento mágico, os sintomas depressivos e fantasias de onipotência.

Para o mecanismo de *coping* «Filiação» foi possível perceber-se que, conforme os autores consultados, ocorre da forma que a seguir se explica.

Peçanha (2006, pp. 73, 79, 80) refere o sentimento de filiação e de autorrealização no trabalho em equipa, de satisfação consigo mesmo e de reconhecimento no trabalho, a procura de diálogo, o fomento da comunicação, o espírito de cooperação, de solidariedade e de confiança, as reuniões entre equipa e com uma pessoa mediadora, a livre escolha da

profissão, a satisfação da vontade de colaborar de modo significativo, num projeto de saúde coletivo e no exercício da sua função.

Já Calhoun (1980) e McCue (1987) reportam-se aos grupos de discussão e ao aconselhamento individual ou familiar (*cit. in Silva et al, 2008*).

Delbrouck (2006, p. 183) salienta a necessidade de ter alguém com conversar acerca das suas reflexões (*cit. in Almeida, 2009, p. 38*).

Guido *et alli* (2009, p. 619) aludem ao apoio social.

Dejours (1994) destaca o respeito pela construção da identidade no trabalho (*cit. in Peçanha, 2006, p. 80*).

Almeida (2009, pp.34, 37, 38) atribui importância ao estar-se casado como rede de apoio, ao vínculo à instituição, e ao sentimento de segurança, de autonomia e de segurança à família, aos amigos, à equipa e ao apoio de uma terceira pessoa nas suas reflexões.

Silva (2005) salienta também a importância do casamento neste âmbito (*cit. in Almeida, 2009, pp.35, 36*).

Serra (2007) salienta ainda a importância da família, ter alguém com quem trocar impressões e com quem desabafar (*cit. in Almeida, 2009, p. 36*).

Referente ao mecanismo de *coping* «Sublimação» observou-se que segundo os autores pesquisados, se apresentava do modo que a seguir se menciona.

Calhoun (1980) e McCue (1987) referem a prática de técnicas de relaxamento para diminuição do *stress* (*cit. in Silva et al, 1999*).

Peçanha (2006, p. 80) menciona a conversão do atendimento de crianças em risco de vida em experiência positiva e criativa.

Thelan, Lough, Davie e Urden (1993) realçam que os métodos para diminuição do *stress* se centralizam nas respostas individuais com a finalidade de minimizar a tensão interna, repor o equilíbrio e proteger do *stress* (*cit. in* Almeida, 2009, p.36).

Almeida (2009, p. 38) lembra a necessidade de equilibrar os efeitos desgastantes da profissão compensando-os com momentos satisfatórios, de libertar-se do peso excessivo que transporta e cuidar de si próprio.

Silva (2009) evoca a escolha profissional como uma tentativa inconsciente de fazer face ao medo da morte ou mesmo como manifestação de defesa contrafóbica.

Martins (1991) destaca a motivação profissional como propósito de proteção a si e aos seus familiares perante a possibilidade de sofrimento e da morte (*cit in* Silva, 2009).

Meleiro (2001) nota que as motivações implícitas da escolha profissional relacionavam-se com a necessidade de reparação e de se defender da doença, do sofrimento e da morte atraindo a pessoa para o confronto com o que mais receia (*cit. in* Silva, 2009).

No mecanismo de *coping* «Projeção / Deslocamento (Transferência) / Transferência» que os diferentes autores definiram de modo similar mas sob diferentes designações foi possível verificar-se que surgia sob a forma que se irá referenciar agora.

Winstanley e Whittington (2002) observa que a manifestação de atitudes negativas associadas aos doentes e que se encontra relacionada com um aumento de despersonalização (*cit. in* Peçanha, 2006, pp. 73, 74).

Para o mecanismo de *coping* «Resistência» os resultados obtidos através da pesquisa permitiram concluir que se apresentava sob a forma que se irá de seguida fazer menção.

Marín e García-Ramírez (2005) reparam na relação entre a preponderância de estratégias confrontativas e o pouco tempo de serviço na instituição (*cit. in* Peçanha, 2006, p. 80).

Por outro lado, Silva (2005) reparou na relação mais tempo de serviço e maior frequência de *coping* confrontativo (*cit. in* Almeida, 2009, pp. 37, 38).

No que respeita à «Antecipação» os resultados obtidos permitiram concluir-se que este mecanismo de *coping* sucede da forma que seguidamente se enuncia.

Guido *et alli* (2009, pp. 618, 619) fazem menção à discussão de temas como a educação acerca do tema do *stress*, estratégias de gestão, a criação de estratégias em equipa, à flexibilidade nos horários de trabalho, à formação profissional na promoção da autoestima e do sentimento de maior segurança assim como melhoria no desempenho.

Silva (2005) nota na relação menos tempo na profissão e maior frequência estratégias de resolução planeada do problema devido à predisposição para refletir bem antes de agir (*cit. in* Almeida, 2009, p. 37).

Martins (1991) refere a ativação de defesas que se vão incorporando no carácter do Enfermeiro (*cit. in* Silva, 2009).

Relativamente ao mecanismo de *coping* «Desatenção seletiva» neste estudo foi possível verificar-se que segundo os autores pesquisados, se apresenta do modo que a seguir se explica.

Almeida, Amado e Miranda (2003) focam a separação entre os problemas relacionados com o trabalho e os problemas relacionados com o hospital (*cit. in* Almeida, 2009, p. 37).

Almeida (2009, p. 38) referem também que a separação dos problemas permite à pessoa adaptar-se a situações indutoras de *stress*.

A respeito da «Identificação» os resultados obtidos no presente estudo possibilitaram a constatação de que este mecanismo de *coping* se manifesta do modo como se irá agora referenciar.

Labate e Cassorla (1999) destacam processos de identificações patológicas associadas ao sofrimento do doente ou à sua doença (*cit. in* Silva, 2009).

Quanto à «Compensação» neste trabalho verificou-se que este mecanismo de *coping* se expressava conforme o que de seguida se menciona.

Johnson sublinha dois mecanismos básicos como a reparação da impotência e a reparação do abandono emocional (*cit. in* Nogueira-Martins, 2003, p. 64)

Para o mecanismo de *coping* «Reação de conversão» este estudo permitiu concluir que surge sob a forma que seguidamente se irá referenciar.

Franco (2003) evidencia que a perda de certos doentes implica trabalho de luto com sintomatologia psicossomática geradora de dor e sofrimento (*cit. in* Silva, 2009).

Bromberg (2000) sublinha as manifestações afetivas como culpa, ansiedade, depressão, expressões comportamentais como fadiga e choro atitudes de reprovação dirigidas a si e ao contexto, baixa autoestima e desamparo, pensamento lentificado, concentração diminuída, inibição do apetite, náuseas, sensação de estômago vazio, dispepsia, perturbação do sono, algias, nó na garganta, palpitações, imunossupressão em resultado do trabalho luto relacionado com a perda de um doente em concreto (*cit. in* Silva, 2009).

Françoso (1996), Dóro *et. al* (2004) Spíndola e Macedo (1994) e Kovács (1996) acrescentam ainda sentimentos de pesar, frustração, derrota e tristeza decorrentes da prestação de cuidados paliativos (*cit. in* Silva, 2009).

Por último, relativamente ao mecanismo de *coping* «Isolamento ou despersonalização» os resultados obtidos com o presente trabalho possibilitaram perceber-se que se expressava da forma que se expõe agora.

Valle (1997), Labate e Cassorla (1999) notam que constatação das próprias fraquezas e vulnerabilidades levam o Enfermeiro a sentir-se constrangido e por isso, constrói defesas à sua volta, isolando-se na sua fragilidade não se permitindo exprimir as suas inquietações (*cit. in* Silva, 2009).

Esslinger (2004) observa a existência de uma cumplicidade silenciosa geradora de solidão no processo de morrer do doente, levando ao isolamento e à solidão da equipa de profissionais perante os seus próprios medos e angústias (*cit. in* Silva, 2009).

Silva (2009) menciona o sentimento de impotência pela limitação dos recursos pessoais e científicos face a circunstâncias muito específicas levando o Enfermeiro a isolar-se e a sofrer em silêncio (*cit. in* Silva, 2009).

Quanto ao objetivo «Identificar a dinâmica contextual na profissão de Enfermagem, suscetível de constituir risco para a saúde mental do Enfermeiro» conforme os estudos consultados, foi possível identificar aqueles que de seguida se descrevem.

Almeida (2009, p. 12) refere que quando a pessoa se sente incapaz de lidar com circunstâncias indutoras de *stress* isso pode levá-la a uma situação de esgotamento físico e emocional.

Ferreira (2006), sublinha que o *stress* deve ser visto como um elemento de desenvolvimento ou agravante de uma condição pré-existente (*cit. in* Luz *et alli*, s/d).

Maslach & Leiter (1997) referem-se ao esgotamento profissional como um estado de exaustão físico, emocional e mental que surge em consequência do *stress* ocupacional continuado e crónico em personalidades e em atmosferas laborais predisponentes e

relacionado com períodos de envolvimento prolongado em circunstâncias exigentes sob o ponto de vista emocional (*cit. in Murcho et alli, 2011, p. 2*).

Serra (2007) realça que o *stress* intenso influencia o desempenho do trabalhador tornando o comportamento observável adequado em inadequado (*cit. in Almeida, 2009, p.24*).

Silva (2009) recorda que ser frágil e vulnerável é muito difícil especialmente num meio que sobrevaloriza o ser-se poderoso, forte e inatacável.

Peçanha (2006, p. 72) nota que o Enfermeiro vivencia muito os limites da sua ação terapêutica e que a preparação técnica que adquiriu tem como principal objetivo curar e salvar vidas.

Silva (2009) faz referência a sentimentos como a negação, a raiva, a culpa, o pensamento mágico, os sintomas depressivos e de impotência que Enfermeiro experimenta levando-o a sofrer em silêncio conduzindo-o para o isolamento o que fomenta um sofrimento mal delineado não lhe sendo dada a devida atenção.

Logeais e Gabbois (1985) destacam o desenvolvimento da angústia e da culpabilidade levando o Enfermeiro a debater-se contra a ideia de que não pode fazer mais nada para que o doente não morra (*cit. in Almeida, 2009, p.14*).

Labate e Cassorla (1999) ressaltam que o Enfermeiro enfrenta circunstâncias que tocam intensamente as suas emoções produzindo um grau considerável de sofrimento pessoal e os processos de identificação patológica com o sofrimento do paciente ou com a sua doença, transforma o seu trabalho num trabalho insalubre no aspeto psicológico. Este defende-se por meio de sentimentos de onipotência e a descompensação sentida como embaraçosa é frequentemente atribuída a outras situações desconsiderando o seu sofrimento não se precavendo com mecanismos que promovam a salubridade do seu trabalho (*cit. in Silva, 2009*).

Oliveira (2000) salienta que o Enfermeiro perante circunstâncias constrangedoras representativas da precariedade da existência humana sente uma extrema angústia como na prestação de cuidados paliativos que pode lembrá-lo a sua própria mortalidade assim como o contato direto com o sofrimento do doente nos seus infimos internamentos e também, a impotência face à doença, e o sentimento de revolta pela sua perda (*cit. in* Silva, 2009).

Kato (1986), Martins (1991) Torrano-Masetti, Oliveira e Santos (2000) e Vivone (2004) referem-se à possibilidade de envolvimento psicológico entre o doente, os seus familiares e o Enfermeiro (*cit. in* Silva, 2009).

Martins (1991) nota que constituem fatores de risco para a saúde mental do profissional são: a convivência próxima e continuada com a dor e o sofrimento e com a perspectiva da morte; lidar com a intimidade do corpo e intimidade emotiva; trabalhar com doentes difíceis, muito queixosos, não colaborantes, agressivos, hostis, reivindicadores, autodestrutivos e cronicamente deprimidos; trabalhar com as incertezas e limiares da ciência em oposição às exigências e expectativas dos doentes que anseiam por certezas e garantias (*cit. in* Silva, 2009).

Bleger (1978) evidencia as imagens relacionadas com a morte, fantasias de terror, dor, dependência, deterioração física e psíquica podem surgir perante amputações desfigurantes, ameaças de morte e representações de dor intolerável (*cit. in* Silva, 2009).

Stedeford (1998) afirma que o contato com o doente terminal desperta um tipo de resposta específico, originando tensão, fadiga, sobrecarga emocional e irritabilidade, entre outras reações (*cit. in* Almeida, 2009, p. 23).

Nogueira-Martins (2003, p. 64) menciona a possibilidade de uma relação simbiótica com os pacientes.

Guido *et alli* (2009, p. 618) explicam que o excesso de horas laborais diminui a possibilidade de apoio social e de lazer gerando insatisfação, tensão conduzindo ao desenvolvimento de doenças.

V – CONCLUSÃO

Fortin explica que após a análise dos dados e a apresentação dos resultados (*cit. in* Fortin 2003, p. 42):

“(...) o investigador (...) pode tirar conclusões em relação com a teoria, a prática e a investigação, e propor recomendações, não somente para a prática mas também para investigações futuras.”

O tema em estudo no presente trabalho reporta-se aos mecanismos de *coping* mais utilizados pelos Enfermeiros assim como à saúde mental dos mesmos.

Para este estudo foram delineados dois objetivos designadamente: «Identificar os mecanismos de *coping* mais utilizados pelos Enfermeiros» e «Identificar a dinâmica contextual na profissão de Enfermagem, suscetível de constituir risco para a saúde mental do Enfermeiro».

A metodologia adotada foi de tipologia qualitativa que consistiu numa revisão narrativa designada por meta-etnografia de abordagem sistemática.

Este trabalho permitiu atingir os objetivos previamente estabelecidos que compreendiam o aprofundar conhecimentos na área da investigação e o consolidar de noções e conceitos da temática em estudo, tornando-se assim uma experiência bastante enriquecedora.

De referir ainda que este estudo pretende contribuir para a investigação da temática, alertando uma vez mais para a importância da prevenção da doença e para a promoção da saúde.

Durante o processo foram sentidas algumas dificuldades. A principal dificuldade dizia respeito a, de entre os autores pesquisados, encontrar uma definição mais uniforme para mecanismos de *coping*. Uma dessas dificuldades relacionava-se também com a localização de um dos estudos de interesse para o tema pois, o local indicado correspondia a um estudo

referente a um assunto diferente. Outra dificuldade percebida dizia respeito à conceptualização uma vez que não foi possível obter uma definição direta para o conceito «saúde mental» nos artigos pesquisados. Foi com dificuldade também, que se conseguiu a compreensão do conceito de «mecanismos de *coping*» pois, a utilização das expressões «mecanismos», «estratégias», «comportamentos» e «atitudes» são utilizadas pelos diversos autores, de forma indiferenciada. Por outro lado, também se verifica uma extensa pesquisa por inúmeros autores quanto ao conceito, fato que limitou grandemente a seleção de estudos com relevância para este trabalho. Ainda relativamente, ao conceito de «*coping*» percebeu-se que dos vários mecanismos descritos pelos três autores encontrados, se verificavam algumas diferenças na denominação de mecanismos definidos de modo idêntico.

Não obstante poder-se-á concluir que a promoção da saúde mental dos Enfermeiros é algo de extrema relevância pois estes têm como missão a prestação de cuidados a pessoas na sua grande maioria, em posição de grande vulnerabilidade. Como tal, é fundamental a promoção da sua saúde mental assim como a criação de condições que possibilitem a manutenção da qualidade do atendimento que prestam.

Por fim, gostaríamos de sugerir a disponibilização deste nosso trabalho à comunidade académica assim como aos profissionais, na esperança de poder contribuir para uma melhor reflexão acerca da profissão de Enfermagem.

Gostaríamos ainda, de deixar como sugestão também, a possibilidade de um estudo acerca do tema, ao nível académico de Mestrado ou de Doutoramento uma vez que o mesmo possui um carácter muito vasto e muitíssimo abrangente no inter-relacionamento humano em todas as dimensões da personalidade presentes em cada pessoa e influenciadas por inúmeras variáveis como a educação, o nível de desenvolvimento, a cultura, a idade, o sexo, o contexto, as experiências prévias, a avaliação cognitiva, a vulnerabilidade, a resiliência, autoconceito, autoestima, entre muitas outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Documentos impressos

1. Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa, Lusodidacta.
2. Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures, Lusociência.
3. Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures 3ª Edição. Lusodidacta, Lusociência.
4. Graziani, Pierluigi e Swendsen, Joel. (2007). *Stress – Emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa, Climepsi.
5. Neeb, Kathy. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de saúde mental*. Loures, Lusociência.
6. Phaneuf, Margot. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
7. Ramalho, Anabela. (2005). *Manual redacção de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra. Formasau Formação e Saúde, Lda.
8. Sequeira, Carlos Alberto da Cruz. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra, Quarteto.
9. Serra, Adriano Vaz. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. 3ª Edição. Coimbra, Minerva Coimbra.

10. Teixeira, Marina Borges. (2001). Manual de enfermagem psiquiátrica. S. Paulo, Atheneu.

Documentos eletrônicos

11. Almeida, Helder Filipe Oliveira de (2009). Comunicação, Stresse e Estratégias de adaptação nos Enfermeiros do Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, EPE. [Em linha]. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17916/1/Tese_Helder%20Almeida.pdf>. [Consultado em 27/03/2012].

12. Antoniazzi, Scmazzon Adriane.Dell Aglio, Débora Dalbosco. Bandeira, Denise Ruchel. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia. [Em linha]. Disponível em < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/261/26130206.pdf>>. [Consultado em 05/03/2012].

13. Berwanger, Otávio Suzumura, Erica Aranha. Buehle, Anna Maria. Oliveira, João Bosco. (2007). Como Avaliar Criticamente Revisões Sistemáticas e Metanálises? [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a12v19n4.pdf>> [Consultado em 08/05/2012].

14. Diário da República, 1ª série. Nº 184 (2009). [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL247-2009_Regime_Legal_Carreira.pdf> [Consultado em 12-06-2012].

15. Folkman, Susan. Moskowitz, Judith Tedlie (2004). Coping: Pitfalls and Promise. [Em linha]. Disponível em <<http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>>. [Consultado em 27/03/2012].

16. Guido, Laura de Azevedo. Umann, Juliane. Stekel, Lilian Medianeira Coelho. Linch, Graciele Fernanda da Costa. Silva, Rosângela Marion da. Lopes, Luis Felipe Dias. (2009). Estresse, coping e estado de saúde de enfermeiros de clínica médica em um hospital universitário. [Em linha]. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9690/5394>>. [Consultado em 27/03/2012].
17. Hashimoto, Francisco. Abrão, Karin Kristina Prado Telles. (s/d). A saúde mental do enfermeiro: um olhar psicanalítico sobre o cuidador. [Em linha]. Disponível em <<http://pt.scribd.com/doc/75737154/A-Saude-Mental-Do-Enfermeiro>>. [Consultado em 05/04/2012].
18. Luz, Aldevina da. Fontana, Fabiana. Moraes, Elzira Diniz de. Estresse Ocupacional no Enfermeiro: Uma Revisão de Literatura. [Em linha]. Disponível em <http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_8_1271364669.pdf>. [Consultado em 27/03/2012].
19. Müller, Daniela Virote Kassick. (2004). A síndrome de *burnout* no trabalho de assistência à saúde: estudo junto aos profissionais da equipe de enfermagem do hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. [Em linha]. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4751/000459519.pdf?sequence=1>>. [Consultado em 22/04/2012].
20. Murcho, Nuno Álvaro Caneca. Jesus, Saul Neves. Pacheco, José Eusébio Palma. (2011). Bem-Estar no Trabalho e *Burnout* em Enfermeiros: Proposta para um Modelo Causal Explicativo da Relação entre estas Variáveis. [Em linha]. Disponível em <<http://www.metodista.br/ev/psicologia-da-saude/anais-1/2011/comunicacao-oral/co01/CO01%20-%20RESUMO%20-%20Bem-Estar%20no%20Trabalho%20e%20Burnout%20em%20Enfermeiros%20-%20Proposta%20para%20um%20Modelo%20Causal%20E.pdf>>. [Consultado em 27/03/2012].

21. Nogueira-Martins, Luís António. (2003). Saúde mental dos profissionais de saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/rbmt08.pdf>> [Consultado em 27/03/2012].
22. Peçanha, Dóris Lieth. (2006). Avaliação do *coping* numa equipe de enfermagem oncopediátrica. [Em linha]. Disponível em <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/946/94626212/94626212.html>>. [Consultado em 27/03/2012].
23. Ribeiro, J.L. Pais. Rodrigues A.P. (2004). Questões acerca do *coping*: a propósito do estudo de adaptação do *brief cope*. [Em linha]. Disponível em < <http://www.sp-ps.com/Default.aspx?tabid=163> > [Consultado em 27/03/2012].
24. Ribeiro, Maria Inês Lemos Coelho. Pedrão, Luiz Jorge. (2005). Relacionamento interpessoal no nível médio de enfermagem. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a11v58n3.pdf>> [Consultado em 27/03/2012].
25. Silva, Lucia Cecilia da. (2009). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. [Em linha]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2009000100007&script=sci_arttext> [Consultado em 27/03/2012].
26. Silva, Maria da Conceição de Melo. Gomes, António Rui da Silva. (2009). *Stress* ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a08v14n3.pdf>> [Consultado em 27/03/2012].