UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

O BEBÊ QUE NÃO NASCEU: *STRESS* E *COPING* DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE LIDA COM A MORTE FETAL

CAMILLA RAMOS MEDALANE CRAVINHO

Vitória

2014

CAMILLA RAMOS MEDALANE CRAVINHO

O BEBÊ QUE NÃO NASCEU: *STRESS* E *COPING* DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE LIDA COM A MORTE FETAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientação: Profª Dra. Ana Cristina Barros da Cunha.

Vitória

2014

CAMILLA RAMOS MEDALANE CRAVINHO

O BEBÊ QUE NÃO NASCEU: *STRESS* E *COPING* DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE LIDA COM A MORTE FETAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 11 de Março de 2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Orientadora

Profa. Dra. Tatiana Lebre Dias

Universidade Federal do Mato Gross – UFMT

Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss

Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Havia um acordo...
você nasceria, daria os primeiros passos,
as primeiras palavras...
cresceria,
viriam os namoros, os amigos,
traria para as nossas vidas
outras vidas,
falaria dos seus medos,
das suas dores, das suas alegrias...
Sairia de casa para viver seus sonhos,
estudar, trabalhar,
talvez viessem filhos, netos....
a ordem foi invertida...
o acordo foi rompido...
você parte antes e
leva junto as possibilidades
não cumpridas,
os sonhos não concretizados...
leva junto o
futuro que havíamos combinado...
fica por aqui nossa história
e essa certeza de que
há cicatrizes que se tornam partes de nós...
quem somos tem um outro significado
a partir delas...
(Teresa Gouvea)

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Professora Doutora Ana Cristina Barros da Cunha, por ter compartilhado seu conhecimento comigo durante esse período;

Às professoras Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss e Profa. Dra. Lucia Emmanoel Novaes Malagris, pelas contribuições no Exame de Qualificação;

Aos profissionais da equipe de enfermagem pela disponibilidade, receptividade e paciência para responder os questionários e entrevistas;

À colega de mestrado Fernanda Caprini pela amizade e pelos momentos de muito estudo, *stress* e confidências compartilhadas;

Às bolsistas Luanna Covre, Mariceli Gottardo Mocelin, da Universidade Federal do Espírito Santo, que me auxiliaram na parte coleta e análise dos dados no HDDS, Vitória/ES; e às bolsistas de Treinamento Técnico Cientifico, Claudia Lucia Vargas Caldeira, e de Iniciação Cientifica, Suzy Anne e Lopes, ambas da FAPERJ e do LEPIDS, Laboratório de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Desenvolvimento e Saúde, que me auxiliaram na parte coleta e análise dos dados na Maternidade-Escola da UFRJ;

A CAPES pelo auxílio financeiro (bolsa de Mestrado) que permitiu a realização deste trabalho;

A minha família pelo apoio e incentivo;

Aos amigos que estiveram sempre presentes me dando força para seguir em frente;

Ao meu querido namorado, João Paulo Pretti, pelo carinho, apoio, paciência e compreensão durante esse momento importante da minha vida.

Sumário

RESUMO 11
ABSTRACT 13
1 APRESENTAÇÃO 15
2 INTRODUÇÃO 17
2.1 A morte ao longo dos séculos 17
2.2 A Morte e o luto no contexto hospitalar 19
2.2.1 *Morte fetal, luto e profissionais de Enfermagem* 22
2.3 *Stress* no contexto hospitalar 25
2.4 *O Coping* e suas definições 28
2.4.1 *As estratégias de enfrentamento diante da morte* 35
3 OBJETIVOS 38
4 MÉTODO 38
4.1 Participantes 39
4.2 Local 40
4.3 Instrumentos e materiais 42
4.3.1 Protocolo de Dados Gerais 42
4.3.2 Instrumento para avaliação do Stress 42
4.3.3 Instrumentos para avaliação do Coping 44
4.3.4 Instrumento para avaliação dos aspectos cognitivos e emocionais 45
4.4 Procedimentos 46
4.5 Processamento e análise dos dados 47
5 AVALIAÇÃO ÉTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS 51
6 RESULTADOS 52
6.1 Dados de avaliação do *stress* (ISSL e IEE) 52
6.2 Dados de avaliação do *coping* 55
6.3 Dados de avaliação dos aspectos cognitivos e emocionais 59
6.4 Análises Estatísticas 63
6.4.1 *Dados de correlação entre os dados de stress pelo IEE e variáveis sociodemográficas* 63
6.4.2 *Dados de correlação entre os dados de stress pelo ISSL e pelo IEE* 64
6.4.3 *Dados de correlação entre os dados de stress (ISSL) e de coping* 64
7. DISCUSSÃO 65
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 79

9 REFERÊNCIAS 82
APÊNDICES 102

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Valores (medias e desvios-padrão) obtidos no IEE, geral e por fatores 54

TABELA 2. Itens de maior e menor pontuação por fator obtidos no IEE 55

TABELA 3. Frequência das famílias de *coping* obtidas através da análise da entrevista "*Coping* Motivacional" 57

TABELA 4. Número de relatos por categorias de análise da entrevista "Aspectos cognitivos e emocionais diante da morte fetal" (N = 36).....59

TABELA 5. Índices de correlação entre as médias dos fatores e média geral do IEE e as variáveis sociodemográficas (idade, número de filhos e tempo de experiência) (N = 36) 64

TABELA 6. Relação entre ocorrência de *stress* pelo ISSL e a mediana dos fatores do Inventário COPE (N = 36).....65

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Frequência das fases do *stress* pelo ISSL (N = 18) 52

FIGURA 2. Predominância dos sintomas de *stress* pelo ISSL (N = 18) 53

FIGURA 3. Valores (medianas) das estratégias de enfrentamento obtidos pelo Inventário COPE (N = 36) 56

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A. Definição das estratégias de enfrentamento (*coping*), segundo a Abordagem Disposicional de C.S Carver.....101

APÊNDICE B. Definição das Famílias de *Coping*, com base na Teoria Motivacional de E. Skinner 103

APÊNDICE C. Dados pessoais e profissionais dos participantes.....105

APÊNDICE D. Protocolo de Dados Gerais 107

APÊNDICE E. Inventário de Estresse de Enfermeiros (IEE) 108

APÊNDICE F. Inventário COPE - Escala de Estratégias de Enfrentamento.....110

APÊNDICE G. Roteiro de Entrevista "*Coping* Motivacional" 113

APÊNDICE H. Tradução livre da *Motivational Theory of Coping Scale*-MTC12 ITENS 115

APÊNDICE I. Roteiro de Entrevista "Aspectos cognitivos e emocionais frente à morte fetal".....117

APÊNDICE J. Termo de Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da UFES..... 118

APÊNDICE K. Termo de aprovação do comitê de ética em pesquisa da ME/ UFRJ 120

APÊNDICE L. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 122

APÊNDICE M. Dados individuais de *stress* dos participantes segundo o ISSL e IEE 124

Cravinho, Camilla Ramos Medalane (Março, 2014). *O bebê que não nasceu: stress e coping da equipe de Enfermagem que lida com a morte fetal.* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. 126 pp.

RESUMO

A morte fetal, por perda gestacional, resulta em *stress* para profissionais de saúde, que necessitam adotar estratégias de enfrentamento (*coping*) para lidar com o luto decorrente dessa situação em seu ambiente de trabalho. Nesse sentido, o presente trabalho buscou estudar como profissionais de Enfermagem lidam com a morte fetal no contexto hospitalar com base na investigação e análise de indicadores de *stress* e de enfrentamento (*coping*); além de aspectos cognitivos e emocionais relacionados ao tema. Participaram 36 profissionais da equipe de Enfermagem de dois hospitais públicos ligados ao SUS, sendo 20 participantes do Hospital Doutor Dório Silva, localizado na Grande Vitória/ES, e 16 da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ. Após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado em Comitê de Ética, os participantes responderam aos seguintes instrumentos: 1) Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL); 2) Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE); 3) Inventário COPE- Escala de Estratégias de Enfrentamento; 4) Roteiros de Entrevistas: a) Entrevista "*Coping* Motivacional" e b) Entrevista "Aspectos cognitivos e emocionais frente à morte fetal", ambos elaborados especialmente para o estudo; 5) Protocolo de dados gerais para caracterização da amostra. Os dados foram processados de acordo com as normas das escalas e através da análise estatística descritiva e correlacional; o relato verbal obtido nas entrevistas foi processado pela metodologia de análise de conteúdo. O referencial teórico adotado para analisar os resultados foi a Teoria Motivacional do *Coping* desenvolvida por E. Skinner e a

Abordagem Disposicional do *Coping* de C. Carver. Observou-se que metade da amostra (N = 18) encontrava-se estressada pelo ISSL; destes, 41,7% se encontrava na fase de resistência com incidência semelhante de sintomas psicológicos (44,4%) e físicos (44,4%). Já pelo IEE, houve baixa intensidade de *stress* ocupacional, cuja média geral foi 2,36. Na avaliação do *coping* pelo Inventário COPE constatou-se que as estratégias mais utilizadas pelos profissionais de ambas as instituições foram *Religiosidade* (Md = 13,5), seguida da *Reinterpretação positiva e crescimento* (Md = 13), *Planejamento* (Md = 12), *Coping Ativo* (Md = 11) e Aceitação (Md = 11). Na análise do *coping* pelo Roteiro de Entrevista "*Coping* Motivacional" a família de *coping* mais frequente foi *Negociação* (N=35), seguida de *Busca por Informação* (N = 33), *Autoconfiança* (N = 25) e *Busca por suporte* (N = 23). Na entrevista "Aspectos cognitivos e emocionais diante da morte fetal" observou-se predominância (N = 21) de relatos que consideravam a morte/ morte fetal como um evento estressor e como um evento negado/indesejado (N = 21), associado a sentimentos de tristeza. Conclui-se que, apesar da morte fetal ser considerada como estressante para esses profissionais, de um modo geral, eles utilizavam estratégias adaptativas para lidar com essa situação.

Palavras-chave: 1) Morte fetal; 2) *Stress*; 3) *Coping*; 4) Equipe de Enfermagem

Apoio: CAPES (Bolsa de Mestrado)

Área de conhecimento: Tratamento e Prevenção Psicológica (7.07.10.00-7)

Cravinho , Camilla Medalane Ramos (March , 2014) . The baby who did not born : *stress* and *coping* of nursing staff dealing with fetal death. (Master's Dissertation) . Graduate Program in Psychology, Federal University of Espirito Santo . Vitoria, ES. 126 pp.

ABSTRACT

Fetal death from pregnancy loss results in *stress* for healthcare professionals who need to adopt strategies (*coping*) to deal with the grief arising from this situation in your work environment. In this sense, the present study investigated how nursing professionals deal with fetal death in the hospital setting based on research and analysis of indicators of *stress* and *coping*, besides cognitive and emotional aspects related to the topic. Participants were 36 professional nursing staff of two public hospitals connected to the SUS with 20 participants from Doutor Dorio Silva Hospital , located in Vitoria / ES and 16 from Maternity Hospital of Federal University of Rio de Janeiro / RJ . After signing the Term of Free and Informed Consent, which was approved by the Ethics Committee , participants answered the following instruments : 1) Lipp *Stress* Symptom Inventory; 2) Nurse *Stress* Inventory 3) COPE Inventory ; 4) Roadmaps Interviews: a) "*Coping* Motivational Interview" and b) "Cognitive and emotional aspects up front fetal death Interview " , both designed specifically for the study , and 5) a general protocol for sample characterization data . The data were processed according to the rules of the scales and through descriptive and correlational statistical analysis; verbal reports obtained in the interviews were processed by the method of Content Analysis. The theoretical referential adopted for analyzing the results was the Motivational Theory of *Coping* developed by E. Skinner and the Dispositional Approach *Coping* by C.Carver. It was observed that half of the sample was stressed at Lipp *Stress* Symptom Inventory; of these, 41,7% was found in the resistance phase with similar incidence of

psychological symptoms (44.4%) and physical (44,4%) . By the Nurse *Stress* Inventory there was a low intensity occupational *stress*, whose overall average was 2,36. In the assessment of *coping* by the COPE Inventory was found that the strategies most used by professionals of both institutions were *Religiosity* (Md = 13,5) followed by positive *Reinterpretation and Growth* (Md = 13) , *Planning* (Md = 12) , *Active Coping* (Md = 11) and *Acceptance* (Md = 11) . In the analysis of the *coping* Interview Guide "*Coping* Motivational" the *Negotiation* which was the most frequent family (N = 35), followed by the *Information Seeking* (N = 33) *Self-reliance* (N = 25) and *Support Seeking* (N = 23). In the "Cognitive and emotional aspects up front of fetal death" interview observed predominance (N = 21) of reports which considered fetal death as a stressor and as an event denied / unwanted (N = 21), associated with feelings of sadness. It is concluded that although fetal death be considered a stressor, professionals, in general, used adaptive strategies to deal with this situation.

Keywords: 1) Fetal death; 2) *Stress* ; 3) *Coping* ; 4) Nursing Staff

1 APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo estudo sobre profissionais da saúde e o luto surgiu no período da Graduação em Psicologia ao realizar o estágio curricular no Setor de Pediatria de um Hospital Público Infantil da Grande Vitória/ES. Este estágio deu origem ao meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) denominado "Experiência de Luto em Crianças Hospitalizadas: Uma Visão da Equipe de Enfermagem", cujo objetivo foi identificar o enfrentamento da morte por crianças hospitalizadas, a partir da visão da equipe de Enfermagem no contexto hospitalar.

Dessa forma, observei que esses profissionais sustentavam que a criança não percebia a morte de seus pares, o que divergia do que a literatura indicava, já que a relação da criança com os acontecimentos que ocorrem ao seu redor não é totalmente inocente (Torres, 2002). Crianças compreendem o que é omitido a elas, mesmo o que não é expresso de forma verbal (Kovács, 2002); além disso, apesar das crianças terem uma ideia incipiente da morte, são capazes de identificar os sentimentos de tristeza relacionados a esse evento a partir das expressões faciais dos outros (Harris, 1996).

A partir do TCC, levantei duas hipóteses que poderiam justificar a discussão citada. A primeira diz respeito à sobrecarga do trabalho dos profissionais de saúde que pode gerar intenso desgaste emocional (Romano, 1999; Shimizu & Ciampone, 1999) fazendo com que eles não percebam claramente o modo como a criança enfrenta a situação da morte de outra criança. A segunda refere-se ao próprio procedimento adotado no hospital para lidar com a morte infantil, o qual impede que as crianças vejam a morte de outra criança.

Partindo disso, percebi a necessidade de ampliar os estudos sobre como a equipe de Enfermagem lida com a morte no seu ambiente de trabalho, porém relacionando outras variáveis, como o *stress* e o *coping*, na investigação de outra dimensão do fenômeno: a morte

fetal. Tal estudo se justifica pelo fato de que existe pouca produção bibliográfica na literatura nacional e internacional que abordem esse assunto (Mander, 2009; Santos et al., 2012). Além disso, são escassos estudos que investiguem a maneira como profissionais de Enfermagem enfrentam essa situação e como esse enfrentamento afeta a qualidade da interação profissional - paciente (Bromberg, 2000; Shorter & Stayt, 2010). Dessa forma, o presente trabalho propõe-se responder uma questão principal: *a) De que forma os profissionais de Enfermagem enfrentam o stress advindo da situação de morte fetal* [1]*no contexto hospitalar?*

Nessa perspectiva, o trabalho se mostra relevante na medida em que possibilitará aos participantes expressarem seus sentimentos, crenças e percepções relacionados a esse momento difícil que é a morte, sobretudo aquela morte que ocorre logo no início de uma vida, ou seja, a morte fetal. E ainda, considera-se que ao investigar a forma como a equipe de Enfermagem lida com o *stress* proveniente da morte fetal é possível oferecer subsídios para o planejamento de um trabalho que promova a utilização de estratégias de enfrentamento mais eficientes, podendo dessa forma facilitar a prática desses profissionais diante dessa situação.

Como benefícios esperados, espera-se que essa pesquisa possibilite encontrar dados que agreguem conhecimento para o campo da Psicologia e Saúde, na elaboração de novas propostas de avaliação e de intervenção junto aos profissionais e aos pacientes que enfrentam a morte fetal no contexto hospitalar.

[1] Os termos “situação de morte fetal” e “contexto de morte fetal” serão utilizados como sinônimos no presente estudo.

2 INTRODUÇÃO

2.1 A morte ao longo dos séculos

A morte é um conceito multidimensional, complexo e que abrange alguns subconceitos, sendo a universalidade, a não funcionalidade e a irreversibilidade os mais estudados (Torres, 2002). A universalidade significa dizer que a morte é para todos e que mais cedo ou mais tarde irá acontecer; a não funcionalidade diz que quando alguém morre suas funções vitais chegam ao fim; e, por fim, a irreversibilidade se relaciona ao fato de que a morte traz consigo a impossibilidade de se voltar a viver (Speece & Brent, 1984; Torres, 2002).

Embora a sociedade contemporânea tenha chegado a um consenso sobre o conceito de morte, nem sempre ela foi representada e entendida dessa maneira, já que, ao longo dos séculos, o conceito de morte passou por diversas mudanças, intensas e vagarosas (Hoffmann, 1993), algumas delas descritas por Ariès (1977/2003).

Durante o início da Idade Média, a morte era algo esperado, fazia parte do cotidiano das pessoas, porque elas acreditavam no fato de serem avisadas por signos naturais ou mesmo por uma certeza interna de que iriam morrer. A morte ocorria devido a guerras ou doenças, caracterizando-se como um evento previsível, cujas cerimônias para aguardá-la eram públicas e organizadas pelo próprio doente, compartilhadas com qualquer um que tivesse proximidade, tais como vizinhos, amigos, parentes e até mesmo as crianças. Esses rituais eram feitos de maneira simples e sem expressão exacerbada dos sentimentos, sendo possível perceber que, nessa época, não havia meio de esconder a morte, que era algo esperado, natural e familiar. Considera-se essa familiaridade como uma forma de aceitação da morte, ou seja, algo que pertence à própria vida (Ariès, 1977/2003).

Na segunda fase da Idade Média, a preocupação passou a ser com o pós-morte e o interesse era saber se a alma iria para o inferno ou para o paraíso. O maior temor era de ser condenado eternamente ao inferno como uma forma de castigo; para evitar que isso acontecesse, os homens utilizavam meios para conseguir ir para o céu, tais como orações, missas, testamentos e doações (Ariès, 1977/2003). Nesse período, o corpo morto era escondido em caixões, com o embalsamento como forma de preservar os restos mortais dos falecidos, o que, segundo Ariès (1977/2003), acabava sendo uma forma de negação à morte.

Já nos séculos XVII e XVIII, o maior medo relacionado à morte era de ser enterrado vivo. Uma das alternativas encontrada para evitar que isso ocorresse foi aumentar o tempo dos velórios, com intuito de ter certeza de que a morte estava consumada (Ariès, 1977/ 2003). Ao contrário, no século XIX, a morte passou a ser algo almejado, pois se trata do período da morte romântica, em que há a possibilidade de se encontrar novamente com o ser amado e com entes queridos. Essa época é marcada também pelo surgimento do espiritismo, considerado um meio de ligação e comunicação entre os vivos e os mortos (Ariès, 1977/ 2003).

Em contrapartida, nos séculos XX e XXI, “a morte é uma realidade inquietante para o homem” (Ogandoa & García, 2007, p.147), quando passa a ser negada e considerada um tabu, interdita e vergonhosa (Ariès, 1977/ 2003; Kovács, 2003). Ao contrário da Idade Média, a boa morte é aquela que ocorre de maneira imperceptível, sem que se saiba, ao certo, se o sujeito morreu ou não (Ariès, 1977/ 2003).

Observa-se que, nesse período, a morte está ausente do cotidiano do mundo familiar, pois foi transferida para os hospitais (Ariès, 1977/2003; Esslinger, 2003). Os familiares já não mantêm proximidade com o doente para não atrapalhar o silêncio dos hospitais e, assim, não incomodar os médicos e tornar a morte ainda mais perceptível, através de interrogatórios e da

tristeza. Nesse contexto, o luto também já não é mais expressado, passando a ser vivido de maneira oculta devido ao fato da sociedade não suportar a proximidade com a morte. Segundo Boemer (1989), a partir desse momento, o morrer é visto como um evento que deve ocorrer dentro de uma instituição sob um processo de medicalização.

Apesar de no século XXI, a morte ser negada, indigna e vergonhosa, Kovács (2003) considera que existe outra perspectiva sobre esse evento quando afirma que

> O grande desenvolvimento da Medicina permitiu a cura de várias doenças e um prolongamento da vida (...) o movimento dos cuidados paliativos trouxe de volta, no século XX, a possibilidade de rehumanização do morrer, opondo-se à ideia da morte como o inimigo a ser combatido a todo custo (pp. 115-116).

Com esse breve histórico, percebe-se que as mudanças ocorridas na sociedade em relação ao conceito de morte não foram poucas; no entanto, no presente trabalho tomar-se-á como referência o conceito de morte contemporânea, ou seja, aquela ocorrida e vivenciada privilegiadamente no contexto do ambiente hospitalar.

2.2 A Morte e o luto no contexto hospitalar

Como mencionado anteriormente, a morte na sociedade atual, diferente do século XIX, passa a ocupar os hospitais, onde ocorre o afastamento dos entes queridos e a proximidade com os profissionais de saúde (Ariès, 1977/2003; Shimizu, 2007), principalmente com a equipe de Enfermagem, que constitui o principal grupo de cuidado direto ao paciente dentro do hospital (Figueiredo, 1995; Kovács, 2010).

No contexto hospitalar, encontram-se inúmeros pacientes com diagnósticos e prognósticos diversos, mais ou menos graves, e com doenças em estados clínicos que progressivamente podem caminhar para o óbito (Costa & Lima, 2005; Ewing & Carter, 2004;

Kovács, 2010; Lenart, Bauer, Brighton, Johnson & Stringer, 1998), exigindo dos envolvidos, sobretudo da equipe de Enfermagem, habilidades tanto profissionais quanto pessoais para lidar com a questão da morte.

Apesar de ainda hoje a sociedade contemporânea acreditar que os profissionais de saúde, em geral, são pessoas “frias” e que não sentem a perda de um paciente (Costa & Lima, 2005; Shimizu, 2007), a equipe de Enfermagem sente essa morte de forma intensa e pode, inclusive, ficar vulnerável às repercussões emocionais, físicas e intelectuais resultantes dessa situação (Rashotte, Fothergill-Bourbonnais, & Chamberlain, 1997). Muitos são os sentimentos envolvidos nessa ocasião, dentre eles a tristeza, a derrota, a frustração, a incapacidade, a impotência e a ansiedade (Lorençon,1998; Papadatou, Martinson, & Chung, 2001; Rashotte et al.,1997; Wong, Lee & Mok 2001; Yang & Mcilfatrick, 2001). Considera-se que quando ocorre mais de um dos sentimentos acima mencionados, pode ser deflagrado o processo de luto (Franco, 2003).

O luto é um tema abordado por diversos autores (Bolwby, 1985; Drotar, Maskiewicks, Irvin, Kennel, & Klaus, 1975; Kovács, 2002; Kübler-Ross, 2009; Parkes, 1998) e é definido como um processo que ocorre diante da morte de um ente querido (Ferreira, 2010; Parkes,1998). Este processo desencadeia diversas reações que ocorrem em uma dinâmica que pode ser dividida em cinco fases, sendo elas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. No entanto, não há consenso em relação à quantidade de fases, tampouco em relação ao tempo exato de duração de cada fase (Kübler-Ross, 2009; Parkes, 1998), visto que cada indivíduo vivencia o luto decorrente da morte de maneiras diferentes e esse processo sofre grande influência de valores culturais e crenças pessoais (Papadatou et al., 2001).

Embora Parkes (1998) tenha deixado claro que o luto ocorre devido à morte de um ente querido, no ambiente hospitalar o paciente internado pode se tornar essa pessoa querida, a

partir do momento em que se estabelece um vínculo afetivo entre o paciente e o profissional. Nesse sentido, pode ocorrer um sofrimento psíquico por parte do profissional de saúde quando enfrenta a morte no contexto hospitalar (Costa & Lima, 2005; Lunardi, Nunes, & Lunardi, 2001), podendo, inclusive, ser sentida como a perda de alguém da família (Shimizu, 2007).

Além disso, pesquisa realizada por Johnson e Lorraine (2006) sobre as percepções dos enfermeiros em relação ao cuidado paliativo revelou que esses profissionais valorizam as relações próximas entre ele e o paciente. Igualmente, para Shorter e Stayt (2010) quando há um engajamento emocional, existe a possibilidade de ocorrer um impacto na qualidade do cuidado prestado pelo profissional tanto ao paciente quanto à família.

O tipo de paciente atendido também define como o profissional irá lidar com a questão da morte no seu ambiente de trabalho. A morte de uma criança, por exemplo, é considerada mais difícil de lidar, pois é vista como algo injusto, como a interrupção de um ciclo vital (Shimizu, 2007; Zorzo, 2004). Do mesmo modo, Davies et al., (1996), Kushnir, Rabin, e Azulai (1997) asseguram que profissionais de saúde possuem a crença de que a criança não deve sofrer, morrer ou partir dessa existência antes dos seus pais.

Por outro lado, quando se trata do idoso, entende-se a morte como algo natural e que faz parte da vida, pois a existência já chegou ao seu fim (Shimizu, 2007). Estudos de Rashotte et al.(1997) e de Yang e Mcilfatrick (2001) relacionados às reações diante da morte, tanto da criança quanto do idoso, revelaram que a extensão e a intensidade da resposta emocional do profissional vai depender da sua experiência clínica, ou seja, profissionais recém-formados vivenciariam reações mais profundas.

2.2.1 *Morte fetal, luto e profissionais de Enfermagem*

Considerando as diferenças na forma dos profissionais de saúde lidarem com a morte, quando se pesquisa sobre morte fetal, ou seja, a morte do bebê ainda dentro do útero materno, a reação desses profissionais ainda é pouco estudada (Mander, 2009). A literatura sobre esse assunto tem se centrado em discutir as causas desse tipo de morte, como, por exemplo, a idade materna superior a 35 anos, a experiência de perdas fetais anteriores, doenças prévias como hipertensão arterial e diabetes mellitus, tabagismo, infecções bacterianas e viróticas, ausência ou má qualidade de assistência pré-natal, deficiência no acompanhamento intraparto (Aquino, Cecatti, & Mariani Neto, 1998; Conde-Agudelo, Belizán, & Diaz-Rossello, 2000); porém, uma das causas mais estudadas são as malformações congênitas (Ahlenius, Floberg, & Thomassen, 1995; Huang et al.,2000).

As malformações congênitas são consideradas a segunda maior causa de mortalidade infantil e são constituídas por fatores de risco gestacional decorrentes de anomalias anatômicas, cromossômicas ou funcionais que acometem aproximadamente 5% dos bebês nascidos vivos no Brasil (Horovitz, Llerena, & Mattos, 2005).

A morte fetal decorrente de malformações congênitas é o resultado de perdas gestacionais, que compreende um conjunto de situações de perdas verificadas ao longo da gestação ou após o parto. O óbito fetal é conceituado como aquele que ocorre a partir da 22ª semana completa de gestação (154 dias) ou de fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm. Nestas condições, é imprescindível a emissão de Declaração de Óbito (DO) e, consequentemente, de Registro Civil para sepultamento, procedimentos que oficializam a perda fetal (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009).

Quando a gestação é inferior a 20 semanas, o feto tiver peso menor que 500 gramas e estatura menor que 25 centímetros, a legislação prevê a emissão facultativa da DO para casos

em que a família queira realizar o sepultamento do concepto. Caso contrário, o corpo poderá ser incinerado sem declaração de óbito, no hospital ou entregue à coleta hospitalar adequada. Para a emissão dessa declaração, o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)[2] pode ser acionado (Ministério da Saúde, 2009).

O termo "perda gestacional" envolve, então, além do diagnóstico de anomalias congênitas no feto/bebê com inviabilidade da gestação, o aborto espontâneo, a morte fetal (natimorto), a morte neonatal (de 0 a 27 dias de vida), a interrupção médica da gravidez e a interrupção voluntária da gravidez (Ministério da Saúde, 2009).

Em recente revisão da literatura sobre morte, luto e malformações congênitas, Cunha e Cravinho (2012) observaram que a produção bibliográfica sobre o assunto tem se centrado no estudo sobre os aspectos psicológicos presentes no contexto de luto e morte fetal, geralmente no contexto hospitalar. Dos 27 estudos encontrados no período de 2002 a 2012, a grande maioria tratava de pesquisas empíricas realizadas com as mães, com o objetivo de investigar indicadores emocionais, como depressão e ansiedade, que ocorrem diante da situação de morte fetal.

Cabe destacar que nessa revisão foi encontrado apenas um trabalho que investigava a relação entre luto, malformação fetal e profissionais da saúde. Porém, este trabalho não dava ênfase exatamente ao luto dos profissionais, pois tinha como proposta investigar a percepção da equipe de Enfermagem e sua experiência em atuar no nascimento de uma criança portadora de malformação congênita. Além disso, o trabalho enfatizava o profissional de Enfermagem como facilitador do processo de luto vivenciado pelos pais diante de um filho com

---

[2] Serviço de Verificação de Óbitos: tem por finalidade realizar necropsias dos indivíduos falecidos de morte natural, sem assistência médica, ou falecidos em estabelecimentos hospitalares, com causa de morte mal definida, emitindo uma declaração de óbito com as causas reais da morte, sempre que possível colaborando com as estatísticas de mortalidade e influenciando as ações de saúde (Lei complementar nº 348, 2005).

malformação fetal, não se centrando em investigar suas percepções e a forma de lidar com a situação de morte fetal no ambiente de trabalho (Dias & Santos, 2007).

Essa constatação foi o que também motivou o presente trabalho, cujo propósito foi tentar preencher a lacuna na produção bibliográfica relativa à investigação sobre profissionais de Enfermagem e o luto no contexto da morte fetal. Tal escolha se sustenta na comprovação da inexpressiva produção bibliográfica sobre o assunto, sobretudo estudos que investiguem variáveis como *stress* e *coping* relacionadas ao enfrentamento dos profissionais de saúde nesse contexto.

Assim sendo, conclui-se que, tanto na morte do adulto quanto na da criança, e, sobretudo, na morte fetal, os cuidadores, sejam eles a família ou os profissionais de saúde, podem vivenciar o que Marino (1998) denominou de luto acumulativo, ou seja, uma resposta emocional do cuidador aos múltiplos episódios de luto. Para esse autor, múltiplos encontros com a morte podem significar que não há oportunidade para entrar em um completo ou adequado processo de luto por alguém que morre. O luto mal elaborado[3]acumula e pode levar a sérias consequências emocionais e físicas, que podem ter ramificações profissionais e pessoais (Hopkinson, Haller, & Lucker, 2004), além da adoção de certos mecanismos psíquicos como a negação e a diminuição de sentimentos de competência profissional (Marino, 1998).

Considerando o exposto, pode-se afirmar que as situações advindas do contexto hospitalar, principalmente as que se referem à morte e ao luto cumulativo e mal elaborado, podem desencadear no profissional de saúde alto risco de desorganização psíquica, gerando nele ansiedade, depressão e *stress*[4] (Kovács, 2010; Shorter & Stayt, 2010).

---

[3] Luto mal elaborado é aquele que, devido a uma carga excessiva de sofrimento, sem a possibilidade de elaboração psíquica, leva o sujeito ao adoecimento (Kovács, 2005).

[4]*Stress:* Nesta pesquisa, foi adotado o termo *stress* em língua inglesa por uma opção pessoal.

2.3 *Stress* no contexto hospitalar

O *stress* excessivo tem sido considerado como um dos principais problemas da sociedade contemporânea, sendo tema de interesse da Organização Mundial de Saúde. O *stress* é capaz de intervir na qualidade de vida do ser humano, levando-o a uma série de danos físicos e psicossociais (Lipp & Malagris, 2004), tais como problemas de interação social e familiar, falta de motivação para atividades em geral, doenças físicas e psicológicas, além de problemas no trabalho (Lipp, 2004a).

O *stress* pode ser definido como "uma reação do organismo, com a ocorrência de componentes físicos e/ou psicológicos, causada por alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz" (Lipp & Malagris, 2001, p.477).

Pesquisas realizadas por Selye (1965) concluem que o processo do *stress* é constituído por três fases: (a) alerta; (b) resistência; e (c) exaustão. A “fase de alerta” é considerada a primeira fase do *stress*, na qual o sujeito só tem duas possibilidades para reagir diante de uma situação difícil: lutando ou fugindo. Essa fase é também conhecida como reação saudável ao *stress*, pois o indivíduo é capaz de lidar com o estímulo estressor e em seguida retornar ao seu equilíbrio, utilizando essa situação de forma positiva. A “fase de resistência” é um estágio caracterizado pela busca de homeostase, já que houve um desequilíbrio na fase anterior. Nesta fase, o indivíduo se encontra com maior desgaste emocional e está suscetível a desenvolver algum quadro sintomatológico e ao surgimento de manifestações psicossociais. Nessa ocasião, se o estressor for eliminado, o processo de *stress* termina; caso contrário, se o organismo não conseguir enfrentar da melhor forma possível o estressor, ele poderá permanecer em estado de resistência, dando-se início à próxima fase, a exaustão. A “fase da

exaustão" é considerada a fase patológica do *stress*, onde há permanência de estímulos estressantes, que desencadeiam uma falha na capacidade adaptativa do organismo, com importante desequilíbrio interior, ocorrência de depressão e produtividade nula (Lipp, 2002).

É importante ressaltar que, apesar de Selye (1965) ter encontrado apenas as três fases de *stress* citadas, Lipp (2000, 2003) em estudos posteriores, identificou uma quarta fase do *stress* denominada de quase exaustão, que ocorreria entre as fases de resistência e de exaustão. Na "fase de quase exaustão" ocorre um enfraquecimento da pessoa, que faz com que ela não consiga se ajustar e resistir à situação. Apesar do grande cansaço, o indivíduo é capaz de executar algumas tarefas, diferente do que ocorre na fase de exaustão, onde a produtividade fica bastante comprometida (Lipp, 1998; Lipp, 2004c; Lipp & Malagris, 2001).

Concernente ao ambiente hospitalar, pode-se afirmar que esse contexto é permeado por situações que desencadeiam *stress* nos profissionais de saúde, principalmente na equipe de Enfermagem, uma vez que são quem mais frequentemente estão em contato com os pacientes (Figueiredo, 1995; Kovács, 2010; Lima Júnior & Ésther, 2001).

Desde a década de 60 tem-se estudado o *stress* em enfermeiros (Menzies, 1960), visto que esta profissão é considerada como altamente estressante, ainda que esse *stress* não seja consciente por parte desses profissionais (Chaves, 1994). A partir disso, é possível citar diversas pesquisas brasileiras que investigam essa problemática, tais como Bianchi (1990) junto a enfermeiros de centro cirúrgico; Silva e Bianchi (1992) com enfermeiros de centro de material; Candeias, Abujamra, e Sabbag (1992) com enfermeiros de hospital de cardiologia; Chaves (1994) que estudou a influência do *stress* no trabalho do turno da noite; Ferreira e De Martino (2009) com pesquisa semelhante, porém mais recente, sobre o cotidiano dos profissionais de Enfermagem e sua correlação com o cronótipo do indivíduo, ou seja, se ele funciona melhor pela manhã ou à noite; Lautert (1997) sobre o desgaste físico e emocional

entre enfermeiros decorrentes de *stress*; Stacciarini (1999) que estudou o *stress* dos enfermeiros e a proposta de um modelo de intervenção; Miquelim, Carvalho, Gir, & Pelá (2004) com profissionais de Enfermagem que atuam em uma Unidade de pacientes portadores de HIV/AIDS; Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) que realizaram um estudo bibliográfico sobre as relações entre *stress* e Burnout e as influências nos profissionais da Enfermagem; Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006) que investigaram a ocorrência de *stress* em enfermeiros que atuam na assistência a pacientes críticos de uma Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital universitário; Cavalheiro, Moura Junior, e Lopes (2008) que pesquisaram o *stress* junto à equipe de Enfermagem atuante em unidades de terapia intensiva; Jodas e Hadadd (2009) que investigaram os estressores dentro do pronto socorro; e Schmidt et al.(2009) que investigaram o *stress* ocupacional de enfermeiros num bloco cirúrgico.

Dentre as diversas situações desencadeadoras do *stress* no hospital encontram-se o alto número de pacientes, a complexidade das tarefas, poucos funcionários disponíveis, a necessidade de cuidar de pacientes com diversas queixas, as jornadas de trabalho longas, convívio com as limitações técnicas e materiais, além do ambiente permeado pela dor, medo, angústia, sofrimento e morte (Kovács, 2010; Lima Júnior, & Ésther, 2001; Sebastiani, 2002b). Dessa forma, é possível afirmar que esses profissionais possuem grande suscetibilidade a desenvolver condições crônicas de saúde decorrentes de períodos prolongados de *stress*, como, por exemplo, a Síndrome de Burnout (Trigo, Teng, & Hallak, 2007), que é uma síndrome laboral que acomete pessoas que cuidam diretamente de outras pessoas. Sua principal característica é o estado de tensão emocional e *stress* crônicos provocados por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes (Maslach & Jackson, 1981; Shimizu, 2000; Tamayo & Tróccoli, 2002).

A Síndrome de Burnout é caracterizada pelas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal (Maslach & Jackson, 1986; Maslach &

Leiter, 1999; Tamayo, 1997; Tamayo & Tróccoli, 2002). A "exaustão emocional" é considerada o aspecto central da Síndrome de Burnout e é entendida como uma fadiga e um esgotamento físico e mental do indivíduo decorrente do trabalho. Já a "despersonalização" está relacionada ao tratamento e cuidado dispensado no contexto do hospital, em que os profissionais passam a tratar os pacientes como se fossem objetos inanimados, com sentimentos de indiferença e comportamentos de distanciamento. Por fim, na "diminuição da realização pessoal", o profissional se autoavalia de forma negativa, passando a se sentir infeliz e insatisfeito com o seu desempenho ocupacional (Maslach & Jackson, 1986).

Relacionando *stress* e morte, Foxall, Zimmermand, Standley, e Bene (1990) sugerem que a morte pode ter impacto estatisticamente significativo nos níveis de *stress* nos profissionais de Enfermagem em ambientes nos quais eles se deparam frequentemente com a morte, como por exemplo, os hospitais. Nessa perspectiva, investigar o modo pelo qual os profissionais enfrentam ou lidam com o *stress*, decorrente da situação de morte ou não, é mais importante que estudar a simples exposição a ele, já que as pessoas têm um papel ativo no processo de enfrentamento (*coping*) diante de situações adversas, sendo também modeladas por esse processo estando sujeitas à influência de variáveis socioculturais (Aldwin, 2007).

2.4 *O Coping*[5] e suas definições

Apesar dos pesquisadores que investigam sobre o *coping* concordarem que seu estudo é fundamental para a compreensão de como o *stress* afeta a vida das pessoas, tanto de forma positiva como negativa (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003) ainda não se alcançou um consenso na definição do seu conceito (Cerqueira, 2000; Skinner et al.,2003). Dessa forma, tendo em vista que o posicionamento que se adota em relação à definição

[5] Neste trabalho, os termos "estratégias de enfrentamento", "enfrentamento" e *coping* serão utilizados de modo intercambiável.

conceitual do *coping* determina suas formas de medi-lo e compreendê-lo (Kupst, 1994), serão abordados, de forma resumida, os aspectos teóricos e metodológicos relacionados ao tema.

Nas décadas de 60 e 70, o *coping* foi definido com base na abordagem psicanalítica como algo estável, inconsciente e que se relacionava com os mecanismos de defesa (Vaillant, 1994). No entanto, essa visão era limitada para compreender mais amplamente o fenômeno e a partir dessa perspectiva inicial foram feitas algumas modificações e uma nova visão foi utilizada para conceituar o *coping*. No período seguinte de, pelo menos, duas décadas, surge uma nova tendência de estudo e investigação sobre o *coping*: a abordagem cognitiva de Lazarus e Folkman (1984). Tal abordagem procurava dar ênfase aos comportamentos de *coping* e aos seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls, David, & Harvey, 1996), quando o *coping* passa então a ser conceituado como um processo transacional entre a pessoa e o ambiente, ressaltando-se tanto o processo quanto os traços de personalidade.

Partindo dessa perspectiva cognitiva, o *coping* pode ser definido como "esforços cognitivos e comportamentais empregados para lidar com demandas específicas externas e/ou internas, que são avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo" (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). Este conceito foi dividido por estes autores, em duas categorias: (a) *coping* focado na emoção; e b) *coping* focado no problema. O primeiro diz respeito a um esforço para regular o estado emocional e o segundo se refere a um esforço para solucionar o problema que deu origem ao evento estressor. Contudo, esta abordagem tem sido discutida devido ao fato das categorias serem bastante abrangentes e integrarem muitos tipos de *coping*, além do que, uma única estratégia de *coping* pode estar direcionada para o problema e para a emoção, simultaneamente (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

Uma terceira geração de pesquisadores têm voltado seus estudos para a convergência entre *coping* e personalidade (Carver & Connor-Smith, 2010). Inúmeras evidências apontam para o fato de que fatores situacionais não são suficientes para esclarecer toda a variação nas

estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos (Antoniazzi, Dell'aglio, & Bandeira, 1998). Segundo Carver & Connor-Smith (2010) o *coping* pode ter um caráter disposicional envolvendo mecanismos de autorregulação pautados em características de temperamento e personalidade. Assim, esses autores afirmam que as estratégias do *coping* focalizadas no problema e na emoção se relacionam e se complementam dando origem a dois tipos de processo de *coping*: (a) "*engagement coping"* (*coping* engajado), que parte do pressuposto de que há o compromisso e envolvimento da pessoa com seu processo de enfrentamento, através do uso de estratégias ativas de enfrentamento, como busca de apoio, regulação emocional, aceitação; (b) "*disengagement coping"* (*coping* desengajado), que pressupõe o uso de estratégias como evitação, negação e ilusão, baseando-se em esforços no sentido de ignorar o estressor (Carver & Connor-Smith, 2010).

A perspectiva disposicional de C. S. Carver e Colaboradores (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Carver & Connor-Smith, 2010; Carver & Scheier, 2011) propõe o conceito de estilos de *coping*, que diferente das estratégias de *coping* (ações cognitivas e comportamentais adotadas em uma situação específica de *stress*), representa formas habituais ou tendências individuais para lidar com *stress* que podem influenciar reações futuras. Assim, os estilos de *coping* se relacionam às características de personalidade, da mesma forma como às capacidades autorregulatórias, que definem uma tendência particular de responder a uma situação específica, ou seja, adotar estratégias de enfrentamento específicas usando a autorregulação diante da condição de *stress*. Para melhor compreender a Abordagem Disposicional do *coping* de Carver e colaboradores, a definição das estratégias de *coping* baseadas nesse modelo teórico-conceitual encontram-se no Apêndice A.

A personalidade tem forte influência sobre as estratégias de enfrentamento, no entanto algumas dessas influências ocorrem antes mesmo das estratégias terem sido colocadas em prática. Apesar de ocorrer anteriormente às estratégias de enfrentamento, a personalidade terá

influência com base na frequência de exposição aos estressores, no tipo de estressor e na interpretação que o sujeito tem desse estressor (Vollrath, 2001).

Sendo assim, o modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), mais conhecido como *Big Five*, tem sido concebido como o mais compreensivo dos traços de personalidade (Pervin & John, 2004) e por isso auxilia na ampliação dos estudos nessa direção (O'Brien & DeLongis, 1996; Watson & Hubbard, 1996). Costa & McCrae (1992) sugerem que existe uma maturação própria da personalidade, segundo a qual os traços desta funcionam de uma forma melhor quando considerados parte da biologia humana, ao invés de fruto das experiências da vida.

O modelo dos CGF é composto por cinco fatores amplos (McCraes, 2006) e tem subsidiado a construção de instrumentos de avaliação da personalidade como a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), traduzida e validada para a população brasileira (Nunes, Hutz, & Nunes, 2008). Assim, de acordo com o modelo dos CGC a personalidade é compreendida sob a perspectiva de traços, ou seja, características que diferenciam uma pessoa da outra (Figueiró et al, 2010) e pode ser classificada em cinco grandes categorias: (a) Abertura a experiências (*Openess to experience)* que envolve características como curiosidade, imaginação, flexibilidade e disposição para a imersão de si próprio em situações consideradas atípicas; (b) Realização (*Conscientiousness*) que se relaciona ao controle da impulsividade e responsabilidade. Indivíduos que possuem este traço geralmente são organizados, responsáveis e cautelosos (Friedman & Shustack, 2004); (c) Extroversão (*Extraversion*) que se relaciona com assertividade, espontaneidade, energia. Também pode se relacionar com felicidade, dominância, atividade e confiança (Depue & Collins 1999); (d) Socialização (*Agreeableness*) que encerra e ideia de que pessoas amáveis são consideradas solícitas, amigáveis (John & Srivastava 1999), empáticas (Graziano et al.2007) e capazes de inibir seus sentimentos negativos (Graziano & Eisenberg 1999); (e) Neuroticismo (*Neuroticism*) que é a tendência do indivíduo a experimentar emoções negativas, como raiva,

ansiedade ou depressão e que se refere ao nível crônico de ajustamento emocional e instabilidade. Pessoas com alto nível de neuroticismo tendem a avaliar os eventos como sendo mais ameaçadores do que realmente são e devido aos problemas de regulação emocional têm dificuldade para pensar claramente, tomar decisões e lidar de forma apropriada com o *stress* (Grant & Langan-Fox 2007; Penley & Tomaka 2002; Suls & Martin 2005).

Com base nessa perspectiva disposicional existem instrumentos de avaliação psicológica cujo objetivo é identificar as estratégias de *coping* relacionadas ao estudo do enfrentamento associado aos traços de personalidade. Um exemplo é o Inventário COPE (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) que será utilizado no presente trabalho e tem servido para avaliar o *coping* sob essa perspectiva em diferentes populações, como, Colossi, Calesso-Moreira, e Pizzinato (2011) com profissionais de enfermagem; Zaffari, Peres, Carlotto, e Câmara (2009) com professores de escolas públicas de ambos os sexos; muitos estudos internacionais referentes à análise psicométrica do Inventário COPE para população da Colômbia (Morán, Landero, & González, 2010), Estônia (Kallasmaa & Pulver 2000) e Estados Unidos (Greer, 2007), Turquia (Agargün, Beşiroğlu, Kıran, Ozer, & Kara, 2007); Phelps & Jarvis (1994), com adolescentes entre 14 e 18 anos; Cunha e Pinho (2011) com mulheres vítimas ou não de violência conjugal.

Também enfatizando o conceito de autorregulação, apresenta-se a Teoria Motivacional do *Coping* proposta por Ellen Skinner e colaboradores (Skinner & Edge, 2002b; Skinner & Welborn, 1994), que enfatiza o *coping* como um mecanismo de autorregulação diante de um evento estressor (Compas et al., 2001; Eisenberg, Fabes, & Guthrie, 1997; Skinner, 1999). Nessa perspectiva, o *coping* descreve como a pessoa mobiliza, modula, maneja e coordena seu comportamento, emoção e atenção sob condições de *stress* (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009).

É importante ressaltar que quando comparada à teoria do Lazarus e Folkman (1994), Skinner e seus colaboradores diferem no que diz respeito ao caráter voluntário do *coping,* afirmando que os aspectos involuntários ou automáticos também são considerados importantes (Compas, Connor, Osowieck, & Welch, 1997; Compas et al., 2001; Couceiro, 2008; Lees, 2007; Skinner & Welborn, 1994). No entanto, esta teoria se aproxima da Abordagem Disposicional de Carver, uma vez que ambas consideram o *coping* como uma ação regulatória de resposta da pessoa para se ajustar ao desequilíbrio provocado pelo evento estressor.

Dada à complexidade do processo de *coping* e a infinidade de categorias, pesquisadores (Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, 2009) têm investido esforços para construção de sistemas de categorias para conceituá-lo e mensurá-lo. Com base em revisão crítica sobre a estrutura do *coping* foram encontradas mais de 400 categorias diferentes, e com a proposta de organizá-las foi adotada a noção de famílias hierárquicas de *coping* a fim de reunir as categorias em dois níveis, levando em consideração suas funções adaptativas: 1) nível superior ou "famílias de enfrentamento"; e 2) nível inferior ou "modos ou estratégias de enfrentamento"; (Ayers, Sandler, West, & Roosa, 1996; Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen, & Saltzman, 2000; Ryan-Wenger, 1992; Skinner et al., 2003; Walker, Smith, Garber, & Van Slyke, 1997).

Apesar das diferenças nas abordagens teóricas e suas dimensões, a análise empírica e conceitual têm convergido para um pequeno número de "famílias de enfrentamento", que podem ser utilizadas para classificar a maioria, se não todos os "modos de enfrentamento". Assim, foram propostas por Skinner et al.(2003) 12 categorias: 1) *Autoconfiança;* 2) *Busca por suporte social;* 3) *Resolução de problemas;* 4) *Busca por informação;*5) *Acomodação;*6) *Negociação;* 7) *Delegação;* 8) *Isolamento;* 9) *Desamparo;*10) *Fuga;* 11) *Submissão; e* 12) *Oposição.* Tais categorias, cujas definições se encontram no APÊNDICE B, são analisadas a

partir do contexto e do evento vivenciado, sendo também classificadas de acordo com três necessidades psicológicas: a) de relacionamento, que é a necessidade de manter um relacionamento próximo com outras pessoas; b) de competência, que é a necessidade de uma interação efetiva com o ambiente; e c) de autonomia, que é a necessidade de ter liberdade para realizar suas próprias escolhas (Skinner, 1999).

Nessa perspectiva, todas as estratégias de *coping* devem ser consideradas como adaptativas, uma vez que se trata de uma ação regulatória, sendo a estratégia utilizada compreendida como a maneira que a pessoa encontra para lidar com a adversidade ou o evento estressor (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2009). Não obstante, não têm sido encontrados instrumentos de avaliação do *coping* baseados nessa perspectiva para uso com enfermeiros, especificamente, o que foi considerado relevante na proposição desse trabalho. Para estudo do *coping* com crianças de diferentes sexos e idades, Lees (2007) propôs a *Motivational Theory of Coping Scale*-MTC12 ITENS, um dos poucos instrumentos de avaliação formal do *coping* baseado na perspectiva motivacional que, inclusive, foi usado para subsidiar a proposta de avaliação adotada nesse trabalho.

Outros estudos sob a perspectiva da Teoria Motivacional também podem ser encontrados, tais como os estudos de E. Skinner que analisou a percepção do controle no processo de *stress* e *coping* (Skinner, 1992) e estudou a relação entre autorregulação e *coping* (Skinner, 1999), para citar alguns. No contexto nacional, pesquisadores têm implementado esforços no uso dessa teoria no estudo de crianças com câncer (Motta & Enumo, 2010), em que se propôs o AEH - para avaliação do *coping* e intervenção psicológica junto a crianças hospitalizadas; com mães de bebês prematuros e com baixo peso internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com a proposta de análise do *coping* materno (Ramos, 2012); além do estudo das estratégias de enfrentamento (*coping*) de cuidadores e crianças com anemia falciforme (Dias, Oliveira, Enumo, & Paula, 2013).

Para este estudo, tanto a Abordagem Disposicional do *Coping*, proposta por C. S. Carver, como a Teoria Motivacional do Coping, proposta por E. Skinner serão utilizadas como embasamento teórico e metodológico.

2.4.1 *As estratégias de enfrentamento diante da morte*

Partindo da ideia de que o *coping* é um processo complexo e multidimensional e que os estilos de *coping* se relacionam com as formas habituais ou tendências individuais para lidar com o *stress* (Carver & Connor-Smith, 2010), é necessário que o conceito de *coping* seja analisado no contexto específico de *stress* em que ocorrerá. Além disso, é importante considerar nessa análise o reconhecimento de como o indivíduo maneja, modula e coordena seu comportamento, suas emoções e sua atenção sob a condição de *stress* (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009).

Corroborando com essa afirmativa, Parkes (1990) destaca que algumas estratégias de *coping*, consideradas efetivas dentro do ambiente doméstico e no relacionamento matrimonial, não têm se mostrado capazes de minimizar o *stress* dentro do contexto ocupacional, ou quando o fazem, é de modo bastante limitado. Uma causa possível para isto é que as limitações subjacentes ao contexto ocupacional restringem as possibilidades para uma ação efetiva dos indivíduos, que passariam então a depender de diferentes estratégias de *coping*.

Visto isso, é importante adotar uma abordagem contextual para estudar o enfrentamento das demandas ocupacionais específicas do trabalho da equipe de Enfermagem, o que tem sido tema de poucas pesquisas (Rodrigues & Chaves, 2008; Tamayo & Tróccoli, 2002; Murta & Tróccoli, 2009). Nessas pesquisas têm sido abordadas as estratégias individuais e organizacionais, presentes no enfrentamento das demandas ocupacionais do ambiente hospitalar. As estratégias individuais abarcam as habilidades pessoais para lidar com

os estressores, tais como, exercícios físicos regulares, práticas de relaxamento e alimentação adequada. Já as estratégias organizacionais estão relacionadas à produção de interações pessoais saudáveis, condições de trabalho adequadas e ambientes relaxantes (Araújo, Santo, & Servo, 2009).

Mais especificamente, em relação ao *coping* ocupacional diante da situação de morte no contexto hospitalar, cabe considerar que, como dito anteriormente, a sociedade do século XXI preconiza que o processo de enfrentamento da morte ocorra de forma isolada, silenciosa e rápida, para que se dê continuidade ao trabalho cotidiano e a rotina individual; além disso, os valores atuais fazem com que a experiência do luto seja deixada de lado antes mesmo de ter sido encerrada (Franco, 2002). Outros autores corroboram com essa ideia assegurando, ainda, que os profissionais de saúde, em geral, utilizam como estratégias de enfrentamento no contexto da morte mecanismos de distanciamento ou de negação, pelo simples fato de não saberem como lidar com a dor da morte (Ribeiro, Baraldi, & Silva, 1998).

Pesquisa realizada por Yam, Rossiter, e Cheung (2001) sobre a experiência de enfermeiros no cuidado de bebês que estavam morrendo na unidade intensiva neonatal, revelou que a equipe se protege emocionalmente através do engajamento no cuidado físico e na redução da interação social com os pais. Resultados parecidos foram encontrados por Stayt (2007) em que os profissionais descreveram diferentes esforços para se distanciarem das famílias nesse contexto. O distanciamento inclui tanto a diminuição do contato físico, em que eles se engajam em suas tarefas práticas, quanto o distanciamento emocional, quando os profissionais evitam discutir com as famílias questões delicadas relacionadas diretamente à doença ou à morte propriamente dita do bebê (Stayt, 2007).

Na situação de óbito fetal, pesquisa de Santos et al. (2012) realizada com enfermeiros atuantes no serviço de gestação de alto risco da Maternidade-Escola de Fortaleza/CE,

comprovou que, apesar de a equipe de Enfermagem ressaltar a importância do suporte emocional às mães que perderam seus bebês, na maioria das vezes, delega suas tarefas a outros profissionais, os quais julgam serem mais preparados para lidar com essa demanda. Além disso, se atém a olhar para a paciente dando ênfase apenas aos aspectos biológicos, o que demonstra o despreparo por parte desses profissionais mascarado sob uma forma de negação e esquiva em lidar com pacientes nessas condições.

Assim, é possível afirmar que os profissionais de saúde que lidam com situações de morte no contexto hospitalar, não conseguem vivenciar o luto decorrente dessa situação por acreditarem que devam se manter distantes a fim de legitimar uma postura ética e técnica e, dessa forma, não permitir que seus sentimentos afetem seu trabalho (Costa & Lima, 2005). Além disso, esses profissionais acreditam que controlando a sua dor e emoções estão fazendo o melhor para o paciente (Beck, 1997). Contudo, essas estratégias podem ser consideradas como intervenientes na qualidade da interação paciente e profissional (Ribeiro et al., 1998), sobretudo quando se considera a condição de malformação congênita, que resulte ou não em morte fetal.

Considerando que o contexto de morte fetal se constitui um estressor na atuação do profissional de enfermagem, exigindo que o mesmo tenha que enfrentar essa situação adversa, o presente trabalho se propôs a estudar o enfrentamento de profissionais de Enfermagem diante da morte fetal com base na investigação de possíveis relações entre variáveis como *stress*, *coping* e aspectos cognitivos e emocionais relacionados ao contexto da morte fetal, justificado pela insuficiente produção bibliográfica na literatura nacional e internacional sobre essa temática (Mander, 2009; Santos et al., 2012), sobretudo utilizando como referencial teórico as abordagens disposicional e motivacional do *coping*.

3 OBJETIVOS

Este trabalho teve como objetivo estudar como profissionais da equipe de Enfermagem lidam com a morte fetal no contexto hospitalar com base na investigação e análise de indicadores de *stress* e de enfrentamento (*coping*); além de aspectos cognitivos (percepções e crenças) e emocionais (sentimentos) relacionados ao tema. Para tanto, delineou-se os seguintes objetivos específicos:

a) Identificar e analisar indicadores de *stress* dos profissionais da equipe de Enfermagem no contexto de morte fetal;

b) Identificar e analisar indicadores de enfrentamento (*coping*) dos profissionais da equipe de Enfermagem no contexto de morte fetal;

c) Identificar e analisar os aspectos cognitivos (percepções e crenças) e emocionais (sentimentos) de profissionais da equipe de Enfermagem relacionados ao contexto de morte fetal;

d) Analisar possíveis associações entre os aspectos cognitivos e emocionais, os indicadores de *stress* e de enfrentamento (*coping*), as variáveis sociodemográficas (idade, número de filhos, religião) e profissionais (tempo de experiência profissional, capacitação/especialização) dos participantes;

4 MÉTODO

Para cumprir os objetivos acima descritos adotou-se um delineamento descritivo de caráter quali-quantitativo e correlacional. Os estudos descritivos são planejados para descrever as características dos objetos, subclasses de pessoas ou coisas vivas, eventos ou fenômenos planejados e são frequentemente usados em pesquisas no campo das Ciências

Humanas e da Saúde. (Meltzoff, 2001). A pesquisa adotou também uma análise correlacional com base na comparação de dados coletados por métodos qualitativos e quantitativos, o que permite descrever a ocorrência conjunta de componentes dos fenômenos, sem estabelecer relações causais, além de avaliar se os eventos variam simultaneamente, no tempo e no espaço (Baptista & Correa, 2007).

4.1 Participantes

Para este estudo participou uma amostra de conveniência (Meltzoff, 2001) composta por 36 profissionais da equipe de Enfermagem, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

a) ter presenciado situações de morte fetal (intrauterina) dentro do seu ambiente de trabalho, mais especificamente no contexto hospitalar;

b) ter no mínimo um ano de experiência profissional em ambiente hospitalar; sendo esse último critério escolhido porque a literatura na área considera que trabalhadores com maior tempo de experiência estariam mais preparados para lidar com a situação de morte (Rashotte et al, 1997; Yang & Mcilfatrick, 2001; Shimizu, 2007).

Do total, 19 eram técnicos de enfermagem, sete auxiliares de enfermagem e 10 enfermeiros[6]. A idade variou entre 25 a 68 anos (M = 43,75; DP = 11,20), sendo a maioria dos profissionais do sexo feminino (N = 31). Entre os participantes, 19 eram casados (52,8%), 12 solteiros (33,4%) e cinco divorciados (13,9%). A quantidade de filhos variou de zero a quatro (M = 1,28; DP = 1,16). Por fim, 89,2% da amostra declarou pertencer a algum credo religioso.

[6] Cabe ressaltar que as atribuições exercidas na prática assistencial eram semelhantes para categorias de auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem.

No que diz respeito aos dados profissionais, o tempo mínimo de experiência dos participantes foi de dois anos e o máximo de 42 anos (M = 14,99; DP = 10); enquanto o tempo de atuação na unidade variou de três semanas a 30 anos (M = 8,28; DP = 8,49). Do total, 16 participantes (44,4%) tinham vínculo em outra instituição hospitalar e metade da amostra (N = 18) possuía capacitação/especialização (APÊNDICE C).

4.2 Local

A coleta de dados foi realizada no Centro obstétrico e Alojamento conjunto de dois hospitais públicos ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um hospital público do Estado do Espírito Santo (ES), o Hospital Doutor Dório Silva (HDDS), que é localizado no município da Serra/ES, e a Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, localizada em Laranjeiras, na cidade do Rio de Janeiro/RJ.

O HDDS começou a ser construído em 1983 e foi inaugurado em 1988, em modelo de hospital de campanha, com 10 anos de vida útil, com o objetivo de ser uma unidade provisória. A unidade foi projetada para ser um hospital geral, mas teve seu perfil modificado, em especial no atendimento às urgências, devido à mudança das necessidades da população do município da Serra/ES e do crescimento da demanda de atendimento, já que em 1980 aquela região tinha 82.568 habitantes e em 2007 este número saltou para 385.370 habitantes. Ao longo dos últimos 20 anos, o HDDS se tornou uma unidade de referência também para pacientes da região da Grande Vitória/ES que contempla, além dos municípios da Serra, os de Vitoria, Vila Velha, Cariacica e Viana; além dos municípios do interior capixaba, do Sul do Estado da Bahia e do Norte e Leste do Estado de Minas Gerais (Governo do Espírito Santo, 2010).

O HDDS, além de urgência e emergência clínica, cirúrgica e de traumas, é um hospital de referência em atendimento de alta complexidade para queimados, gestação de alto risco, neurocirurgia, ortopedia e doenças infecciosas. O hospital dispõe de duas salas cirúrgicas no Centro Obstétrico e uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) com 26 leitos (Governo do Espírito Santo, 2010).

Já a Maternidade-Escola da UFRJ foi fundada em 18 de janeiro de 1904 com o nome de Maternidade do Rio de Janeiro e sua finalidade principal era assistir a gestantes e a crianças recém-nascidas das classes menos favorecidas do estado do Rio de Janeiro. A Maternidade-Escola da UFRJ assume função de importância no ensino da Obstetrícia, no Brasil e foi base para a formação dos cursos de pós-graduação em níveis de mestrado e de doutorado. Atualmente, a Maternidade-Escola oferece assistência a gestantes e recém-nascidos de alto risco e dispõe de ambulatórios/pré-natal de baixo e alto risco, planejamento familiar, genética pré-natal, medicina fetal (com os mais modernos procedimentos propedêuticos e terapêuticos nesta área) e de *follow-up* para recém-nascidos prematuros, como também presta assistência e incentivo ao aleitamento materno, funcionando em regime interdisciplinar (Ministério da Educação, 2011).

Além disso, a Maternidade-Escola da UFRJ funciona 24 horas por dia e conta com um moderno Centro Obstétrico, UTI Neonatal, Banco de Leito Humano, Alojamento Conjunto e Enfermarias Mãe-Canguru, assim como serviços de apoio (laboratório de análises clínicas e de patologia). Vale salientar o seu pioneirismo na introdução dos métodos biofísicos na Obstetrícia do Brasil, como a ultrassonografia e a doplerfluxometria (Ministério da Educação, 2011).

4.3 Instrumentos e materiais

Para cumprir os objetivos citados foram utilizados instrumentos para avaliação do *stress*, do *coping* e dos aspectos cognitivos e emocionais dos profissionais da Enfermagem frente à situação de morte fetal.

4.3.1 Protocolo de Dados Gerais

Foi elaborado um protocolo para levantamento de dados sociodemográficos dos participantes, tais como escolaridade, idade, estado civil, profissão, tempo de trabalho, sexo, religião, entre outros (APÊNDICE D).

4.3.2 Instrumento para avaliação do Stress

A) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) (Lipp, 2000b): foi desenvolvido para a população brasileira e validado por Lipp e Guevara (1994). O ISSL que tem como objetivo avaliar, identificar a sintomatologia que o indivíduo apresenta, os tipos de sintomas presentes, além da fase de stress em que se encontra. É um teste que possui um caderno de aplicação com 53 sintomas divididos em três quadros, sendo que o primeiro quadro de sintomas refere-se à Fase 1 do *stress* denominada Alerta, e o sujeito é solicitado a assinalar todos os sintomas que tem apresentado nas últimas 24 horas. O quadro 2 é subdivido em duas partes, Fase 2 ou Resistência e Fase 3 ou Quase exaustão, uma fase intermediária entre resistência e exaustão, e assinala quais sintomas foram presentes na última semana. Finalmente, o quadro 3 abrange a última fase do *stress* que é a Fase 4 ou Exaustão, assinalando-se os principais sintomas apresentados no último mês. Após a contagem bruta dos sintomas assinalados pelo examinando, consulta-se uma tabela de porcentagem para diagnosticar se a pessoa apresenta ou não *stress.* Caso apresente, verifica-se a fase em que ela se encontra e se os sintomas que prevalecem são mais físicos ou psicológicos (Lipp, 2000b).

B) Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE) (APÊNDICE E): foi desenvolvido para a população brasileira e validado por Stacciarini e Tróccoli (2000), a partir das propostas de Cooper e Banglioni (1988), que investigaram os principais estressores na profissão de enfermagem. Este instrumento tem como objetivo identificar os estressores e a frequência destes nas atividades laborais do enfermeiro, de maneira que o *stress* ocupacional é investigado pela identificação dos estressores no trabalho. Composta por 38 itens referentes a estressores no ambiente laboral, os quais são avaliados de acordo com uma escala de frequência de cinco pontos, que variam de um ponto para a opção nunca e cinco para sempre ocorre. São propostas as seguintes categorias para os estressores do ambiente de trabalho: a) *Relações interpessoais*: composta por 17 itens (2, 3, 11, 13, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27,28, 33, 35, 37, 38) que abordam relações no ambiente de trabalho com outros profissionais, com pacientes e familiares, com alunos, com o grupo de trabalho, e também com a própria família do profissional; b) *Papéis estressores da carreira*: composta por 11 itens (15, 16, 17, 18, 26, 29, 30, 31, 32,34, 36) e refere-se à indefinição, à falta de reconhecimento, à autonomia da profissão, à impotência diante da impossibilidade de executar algumas tarefas e a aspectos sobre a organização institucional e ao ambiente físico; e c) *Fatores intrínsecos ao trabalho*: composta por 10 itens (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14) que se referem a funções desempenhadas como a jornada de trabalho e como os recursos inadequados. O IEE (Stacciarini & Tróccoli, 2000) fornece uma medida geral de *stress* ocupacional do enfermeiro a partir da média dos itens que compõem a escala, sendo que a avaliação dos domínios é feita pela média dos atributos.

Na análise dos resultados da escala geral do IEE, a média representa duas hipóteses sobre ocorrência do *stress* para a população: 1) baixo *stress*; ou 2) alto *stress.* Valores abaixo

de três são afirmativos para a primeira hipótese (baixo *stress*) e acima de três para a segunda (alto *stress*).

4.3.3 Instrumentos para avaliação do Coping

A) Inventário COPE (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989): foi desenvolvido para avaliar as estratégias de enfrentamento do *stress* em contextos gerais. No estudo foi aplicada a versão adaptada para a realidade brasileira por Mazon, Carlotto, e Câmara (2008) (APÊNDICE F) do Inventário COPE – Escala de Estratégias de Enfrentamento de Carver et al. (1989). A escala é autoaplicável e totaliza 60 itens com sistema de pontuação Likert de 1 a 4, sendo 1 para "não costumo fazer isso nunca" e 4 para "costumo fazer isso muito". A escala total se subdivide nos 15 fatores a seguir, todos compostos por 4 itens cada um: 1) *Coping ativo* (5, 25, 47, 58); 2) *Planejamento* (19, 32, 39, 56)*;* 3) S*upressão de atividades concomitantes* (15, 33, 42, 55)*;* 4) *Coping moderado* (10, 22, 41, 49) ; 5) *Busca de suporte social por razões instrumentais* (4, 14, 30, 45)*;* 6) *Busca de suporte social por razões emocionais* (11, 23, 34, 52)*;* 7) *Reinterpretação positiva* (1, 29, 38, 59)*;* 8) *Aceitação* (13, 21, 44, 54)*;* 9) *Religiosidade* (7, 18, 48, 60)*;* 10) *Foco na expressão de emoções* (3, 17, 28, 46)*;* 11) *Negação* (6, 27, 40, 57)*;* 12) D*esligamento comportamental* (9, 24, 37, 51)*;* 13) *Desligamento mental* (2, 16, 31, 43)*;* 14) *Humor* (8, 20, 36, 50)*; e* 15) *Uso de substâncias* (12, 26, 35, 53) (As definições das categorias encontram-se no APÊNDICE A).

Para a análise do Inventário COPE, adotando como ponto mínimo de corte a pontuação de até quatro pontos, os autores definiram a seguinte classificação: a) até 4 pontos: o indivíduo NUNCA utiliza a estratégia de *coping*; b) de 5 a 8 pontos: o indivíduo utiliza POUCAS VEZES a estratégia de *coping*; c) 9 a 11 pontos: o indivíduo utiliza de forma MODERADA a estratégia de *coping*; d) 12 a 15 pontos: o indivíduo utiliza MUITAS VEZES a estratégia de *coping;* e e) acima de 16 pontos: o indivíduo utiliza sempre a estratégia de *coping*. O Inventário COPE tem como aporte teórico a Teoria Disposicional do *Coping* de C.

S. Carver, descrita anteriormente na Introdução, que serviu como referencial teórico para o presente estudo, juntamente com a Teoria Motivacional de E. Skinner (Skinner, 1999).

Para avaliação do *coping* também foi usado um roteiro de entrevista semiestruturado, apresentado a seguir, que foi elaborado para a pesquisa devido à inexistência de instrumentos de avaliação de *coping* baseados na Teoria Motivacional de E. Skinner padronizado para uso no Brasil.

B) Roteiro de Entrevista "Coping Motivacional" (APÊNDICE G): foi elaborado especialmente para este estudo adotando-se como referencial a Teoria Motivacional do *Coping* de E. Skinner (Skinner, 1999) e a Escala de *Coping* da Teoria Motivacional (*Motivational Theory of Coping Scale-12*) de Lees (2007) para uso com crianças, que segue um formato de questionário com 12 perguntas relacionadas às 12 famílias de *coping* da Teoria Motivacional (APÊNDICE H). O roteiro de entrevista apresenta 12 perguntas elaboradas com base nas 12 famílias de *coping*, a saber: *1) Autoconfiança; 2) Busca por suporte social; 3)Resolução de problemas; 4) Busca por informação; 5) Acomodação; 6) Negociação; 7) Delegação; 8) Isolamento; 9) Desamparo; 10) Fuga; 11) Submissão; e 12) Oposição* (as definições das categorias encontram-se no APÊNDICE B). Teve como objetivo identificar as estratégias de *coping* dos profissionais de Enfermagem frente ao contexto de morte fetal.

4.3.4 Instrumento para avaliação dos aspectos cognitivos e emocionais

A) Roteiro de Entrevista "Aspectos cognitivos e emocionais frente à morte fetal" (APÊNDICE I): Este roteiro, elaborado especialmente para o estudo, apresenta 10 perguntas com objetivo de identificar aspectos cognitivos (percepções e crenças) e emocionais (sentimentos) dos enfermeiros relacionados ao contexto da morte fetal, com base em temáticas gerais, tais como a concepção e crenças relacionadas à morte/morte fetal,

experiência e sentimentos relacionados à morte/ morte fetal, além da prática profissional diante da morte fetal.

Como material para coleta de dados foi necessário ainda folhas de papel A4, lápis, borrachas e canetas; além de um gravador de áudio em formato MP3 para a realização das entrevistas.

4.4 Procedimentos

Após as reformulações propostas pela Banca de Qualificação, o projeto foi encaminhado aos Comitês de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (CAEE nº 248.750 de 04/03/2013- APÊNDICE J), do Hospital Doutor Dório Silva e da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ) (CAEE nº 91.838 de 06/09/2012- APÊNDICE K) a fim de se adequar aos aspectos éticos previstos na Resolução 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2012), que regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos.

Inicialmente, foi realizado o contato com a direção geral do HDDS e a gerência do Setor Materno-Infantil, responsável pelo Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto, assim como a direção geral e de ensino, além da chefia de Enfermagem do Centro Obstétrico, da ME/UFRJ. Nesse contato foi apresentado o projeto, seus objetivos e procedimentos, assim como foi solicitado a colaboração para realização da pesquisa e estabelecidos os procedimentos para início da coleta de dados.

A pesquisa foi conduzida nas dependências do próprio hospital, onde os profissionais da equipe de Enfermagem foram convidados a participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE L), esclarecendo-se quaisquer dúvidas que poderiam surgir.

Em seguida, foram aplicados os instrumentos de avaliação do *stress*, do *coping* e dos aspectos cognitivos e emocionais (Roteiro de Entrevista), descritos anteriormente. Esta aplicação ocorreu em um único encontro, em uma sessão de aproximadamente 40 minutos. Em alguns casos foi necessário mais de um encontro para finalizar a aplicação dos instrumentos, devido à interrupção em virtude da rotina do trabalho.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e o relato verbal registrado em áudio foi analisado com base nas categorias anteriormente descritas. Os dados das entrevistas, assim como dos instrumentos de avaliação, foram processados e analisados de acordo com o que será descrito a seguir.

4.5 Processamento e análise dos dados

De uma maneira geral, os dados das entrevistas e das escalas foram processados, analisados e organizados em planilhas do software Microsoft Excel a fim de realizar as análises estatísticas necessárias para responder aos objetivos do estudo, utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 18.0). Posteriormente, as variáveis sociodemográficas e os dados dos instrumentos de avaliação do *stress* (ISSL e IEE) e *coping* (Inventário COPE) foram corrigidos e processados de acordo com a orientação dos autores e analisados estatisticamente com base no cálculo das frequências, médias, medianas e desvios-padrões.

As correlações entre as médias dos fatores do IEE, a média geral do IEE, as medianas dos fatores do Inventário COPE, bem como os domínios correspondentes de cada instrumento e as variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, número de filhos e tempo de formação) foram realizadas através de teste estatístico não paramétrico de correlação de Spearman.

As associações entre a ocorrência de *stress* no ISSL e a média geral do IEE, assim como relações entre os dados do ISSL (ocorrência de *stress*) e as medianas dos fatores do Inventario COPE foram realizadas através de teste estatístico não paramétrico de Mann Whitney.

Os dados do roteiro de entrevista "Aspectos cognitivos e emocionais diante da morte fetal" foram analisados através da metodologia da Análise de Conteúdo qualitativa (Bardin, 1977), a qual possibilitou a reconstrução do material coletado através de uma compreensão psicodinâmica do conteúdo registrado. Com o objetivo de interpretar o discurso relatado nas entrevistas, de forma direta e sistemática, foram definidas categorias e subcategorias de análise do relato verbal, citadas anteriormente, com base na leitura do próprio relato dos profissionais.

Sendo assim, o relato verbal dos participantes coletado com este roteiro foi analisado individualmente e processado em termos de frequência de ocorrência de cada subcategoria, como descritas a seguir:

1) "Estressores do ambiente de trabalho", refere-se ao relato verbal do profissional sobre sua percepção acerca do que causava *stress* em seu ambiente de trabalho. Esta categoria foi criada com base no Inventário de Estresse em Enfermeiros.

    1.1) "Relações interpessoais": relato verbal do profissional que aborda relações no ambiente de trabalho com outros profissionais, com pacientes e familiares, com alunos, com o grupo de trabalho, e também com a própria família do profissional;

    1.2) "Estressores próprios da profissão": relato verbal do profissional que se refere às funções desempenhadas inerentes à própria profissão, tais como indefinição, à falta de reconhecimento e à autonomia da profissão, à impotência diante da impossibilidade de executar algumas tarefas etc.;

1.3) "Estressores próprios do trabalho": Relato verbal do profissional que se refere aos fatores inerentes ao próprio ambiente de trabalho, tais como desgaste emocional intenso, falta de material, falta de recursos humanos, etc.;

2) "Concepções sobre a morte e morte fetal", refere-se ao relato verbal do profissional sobre suas concepções acerca do conceito de morte e morte fetal:

2.1) "Morte como evento natural": relato verbal do profissional que se refere à sua concepção sobre a morte e morte fetal como algo natural e que faz parte da vida;

2.2) "Morte como evento espiritual/religioso": relato verbal do profissional que se refere à concepção sobre a morte e morte fetal, como uma consequência divina, sob responsabilidade de um Deus, podendo considerada também como a passagem para uma outra vida, por exemplo;

2.3) "Morte como fenômeno biológico": relato verbal do profissional que se refere à concepção sobre a morte e morte fetal como o fim de um ciclo biológico;

2.4) "Morte como algo negado/indesejado": relato verbal do profissional que se refere à concepção da morte como um evento velado, que não deve ser pensado e/ou falado e que ocorre subitamente, ocasionando surpresa para quem a vivencia, além de tristeza, dor e sofrimento, que levam a pessoa ao cansaço e exaustão;

2.5) "Morte como perda": Relato verbal do profissional que se refere à concepção de morte como perda de um ente querido;

3) "Sentimentos relacionados à morte/morte fetal", refere-se ao relato verbal do profissional sobre seus sentimentos relacionados à vivência da morte/morte fetal, tais como tristeza, dor, medo, impotência, compaixão. Devido à baixa frequência nos

quesitos medo, impotência e compaixão, foi realizado o agrupamento desses sentimentos.

4) "Relação pessoal com a morte/morte fetal", refere-se ao relato verbal do profissional sobre sua vivência ou não da situação de morte/morte fetal na sua vida pessoal.

5) "Procedimentos técnicos diante da morte fetal", refere-se ao relato verbal do profissional sobre os procedimentos técnicos adotados pelos profissionais diante da morte fetal. Nessa categoria temática não houve subcategorias porque as respostas foram padronizadas, ou seja, os profissionais responderam da mesma forma se limitando a relatar descritivamente os procedimentos técnicos tais como, identificar, limpar, enrolar e pesar o bebê após o óbito.

6) "Enfrentamento da morte", refere-se ao relato verbal do profissional sobre sua percepção acerca dos recursos que auxiliariam no enfrentamento da morte fetal no ambiente de trabalho:

6.1) "Suporte pessoal e emocional": refere-se ao relato verbal do profissional sobre a necessidade de um profissional qualificado para dar suporte emocional para a equipe lidar com a morte fetal, além de aspectos de suporte pessoal como uma atitude empática, ou seja, se compadecer com o sofrimento da mãe após a perda do seu bebê;

6.2) "Investimento na formação técnica-profissional": refere-se ao relato verbal do profissional sobre a necessidade de investimento na sua formação técnica-profissional pela aquisição de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e competências sobre questões relacionadas à morte e luto, quer seja em nível técnico ou superior, quer seja através de treinamento-em-serviço (palestras, dinâmicas de grupos e oficinas);

6.3) “Tempo de experiência profissional”: refere-se ao relato verbal dos profissionais sobre o fato de que a vivência recorrente da situação de morte fetal no trabalho possibilitaria lidar melhor com o tema;

Cabe ressaltar que este roteiro foi inicialmente testado em estudo-piloto com profissionais de Enfermagem da Maternidade-Escola da UFRJ, que, posteriormente, foram excluídos da amostra desse trabalho.

Já os dados do roteiro de entrevista *“Coping* Motivacional” foram analisados em termos de frequência de ocorrência de respostas do tipo “Sim” e “Não”. Optou-se por não realizar análise de conteúdo para este roteiro, visto que a maioria das justificativas dadas pelos participantes corresponderam de modo adequado às Famílias de *Coping*, não havendo a necessidade de criar subcategorias específicas.

5 AVALIAÇÃO ÉTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS

A Resolução N° 466/2012 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução N° 016/2000 de 20 de dezembro de 2002 do Conselho Federal de Psicologia estabelecem normas para a realização de pesquisas que envolvam seres humanos no Brasil. Dessa forma, como prevê essas resoluções a fim de garantir o respeito às normas éticas, a pesquisa foi executada somente após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Espírito Santo, do Hospital Dório Silva/ES da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A coleta de dados ocorreu após a apresentação aos participantes dos objetivos da pesquisa e a solicitação da sua autorização, com assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Foram fornecidos os devidos esclarecimentos sobre o projeto e dado destaque ao

sigilo das informações prestadas e à possibilidade de desistência da participação no projeto a qualquer momento.

De acordo com as regras firmadas nessas resoluções, a pesquisa foi de risco mínimo, já que os procedimentos realizados não representavam riscos físicos ou psíquicos, além dos já existentes na vida cotidiana dos participantes. Esta pesquisa trouxe benefícios para os participantes, na medida em que possibilitou aos mesmos expressarem seus sentimentos, crenças e percepções no que concerne a essa situação específica no seu cotidiano profissional que é lidar com a morte no seu ambiente de trabalho.

Mais especificamente, a pesquisa trouxe benefícios para o próprio contexto hospitalar das instituições pesquisadas e, de maneira geral, para o próprio sistema publico de saúde, uma vez que forneceu informações que poderão auxiliar na elaboração e implementação de futuras intervenções psicológicas junto à equipe de Enfermagem, o que facilitaria a estes profissionais lidarem melhor com o *stress* advindo do contexto de morte fetal.

6 RESULTADOS

6.1 Dados de avaliação do *stress* (ISSL e IEE)

A avaliação do *stress* pelo Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) revelou que dos 36 participantes, 18 (50%) foram considerados estressados (os dados individuais dos profissionais encontram-se no APÊNDICE M). Destes, 15 (41,7%) se encontravam na fase de resistência, dois (5,5%) na de exaustão e um (2,8 %) na de alerta, não havendo profissionais na fase de quase- exaustão (Figura 1).

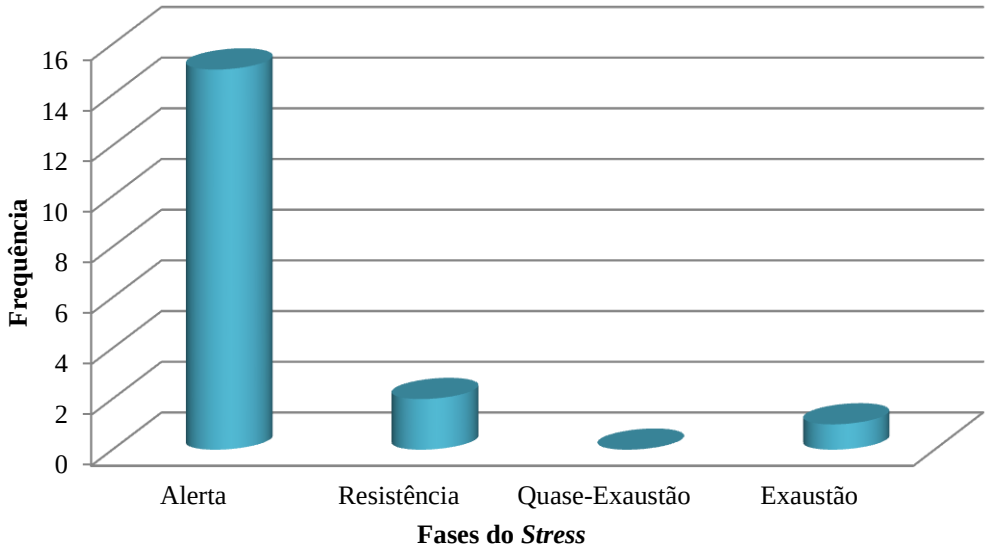

Figura 1. Frequência das fases do *stress* pelo ISSL (N=18)

Dentre os profissionais estressados (N = 18) houve equivalência de sintomas psicológicos (44,4%) e físicos (44,4%); além da ocorrência de sintomas mistos, físicos e psicológicos (11,2%), como pode ser observado na Figura 2.

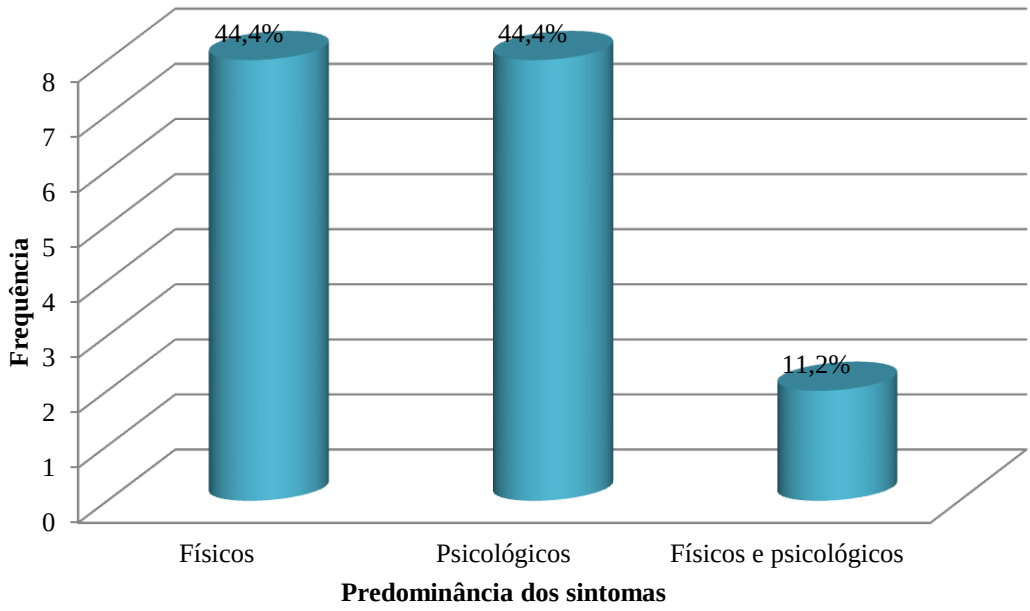

Figura 2. Predominância dos sintomas de *stress* pelo ISSL (N = 18)

Considerando que valores abaixo da média geral 3,0 representariam baixo *stress* pelo Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE), pode-se observar baixa intensidade de *stress* ocupacional para o total dos 36 enfermeiros, cuja média geral foi de 2,36 (Tabela 1).

Analisando-se o *stress* através dos fatores do IEE, a maior frequência esteve vinculada ao fator *Papéis Estressores da Carreira*, com média de 2,52, ainda abaixo de 3,0 e insuficiente para ser considerada como alto nível de *stress.* Da mesma forma, na análise dos fatores *Relações Interpessoais* (M = 2,19) e *Fatores Intrínsecos ao Trabalho* (M = 2,32) foram obtidas médias inferiores a 3,0, sendo, portanto, baixa intensidade de *stress*.

Tabela 1. *Valores (medias e desvios-padrão) obtidos no IEE, geral e por fatores (N = 36)*

IEE/FATORES	**Valores**			
	Mínimo	Máximo	M	DP
IEE geral	1,24	4,14	2,36	0,75
Relações Interpessoais	1,00	4,35	2,19	0,89
Papéis estressores da carreira	1,18	4,27	2,52	0,85
Fatores intrínsecos ao trabalho	1,20	3,70	2,32	0,70

Legenda: M= média; DP= desvio padrão.

Considerando-se as médias para cada item que compõe o IEE obtido pelo grupo, foram analisados aqueles de maior e menor pontuação, ou seja, as situações/condições relacionadas ao ambiente ocupacional que representavam ser mais ou menos desgastante para os enfermeiros no cotidiano de trabalho (Tabela 2).

Tabela 2. *Itens de maior e menor pontuação por fator do IEE (N = 36)*

	Valores	
Itens da escala IEE	**Média**	**DP**
Mais pontuados		
Atender familiares de pacientes (25)	3,03	1,48
Trabalhar em instalações físicas inadequadas (16)	3,00	1,35
Fazer esforço físico para cumprir o trabalho (5)	2,72	1,45
Menos pontuados		
Levar serviço para fazer em casa (9)	1,53	1,05
Relacionamento com os colegas enfermeiros (19)	1,72	1,14
Ensinar o aluno (27)	1,72	1,20
A especialidade em que trabalho (37)	1,72	1,08

Destacaram-se entre os mais pontuados o item 25 do fator *Relações interpessoais* e o item 16 do fator *Papéis estressores da carreira*. Já dentre os menos pontuados foram observados os itens 19, 27 e 37 do fator *Relações interpessoais* e o item 9 do fator *Fatores intrínsecos ao trabalho*.

6.2 Dados de avaliação do *coping*

Na avaliação do *coping* pelo Inventário COPE pode ser observado que as estratégias mais utilizadas pelos profissionais de ambas às instituições foram a *Religiosidade* (Md = 13,5), seguida da *Reinterpretação positiva e crescimento* (Md = 13), *Planejamento* (Md = 12), *Coping Ativo* (Md = 11) e Aceitação (Md = 11) (Figura 3). Considerando a classificação

desse inventário, pode-se afirmar que o grupo de enfermeiros utilizava as três primeiras estratégias (*Religiosidade, Reinterpretação positiva e Planejamento*) de forma frequente, ou seja, muitas vezes; ao passo que as demais estratégias (*Coping ativo e Aceitação*) eram usadas de forma moderada.

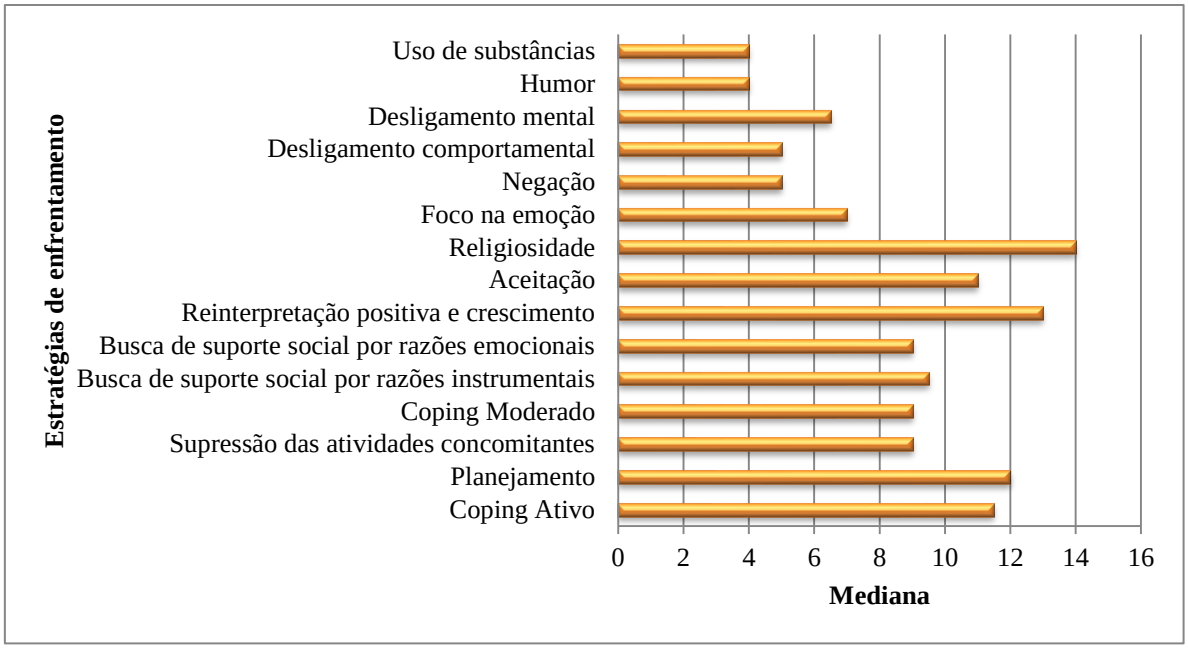

Figura 3. Valores (medianas) das estratégias de enfrentamento obtidos no Inventário COPE (N = 36)

Na análise do *coping* pelo Roteiro de Entrevista "*Coping* Motivacional" pode-se perceber que as categorias mais utilizadas pelos profissionais foi *Negociação* (N = 35), seguida de *Busca por Informação* (N = 33), *Autoconfiança* (N = 25) e *Busca por suporte* (N = 23) (Tabela 3).

Tabela 3. *Frequência das famílias de coping obtidas através da análise da entrevista "Coping Motivacional"*

Categorias/Famílias de *Coping*	Frequência (N = 36)	Exemplo
Negociação	35	*"É melhor lidar com outras pessoas, por que sozinho é difícil, com outras pessoas, mais cabeça pensando é melhor"* (E12).
Busca por informação	33	*"Ah, não, sim, procuro. Ai eu procuro muito em internet, procura no Google. Converso também com pessoas do hospital e querendo ou não, como eu te falei o dia – a – dia vai mostrando pra gente que isso acontece direto, que isso acontece muito"* (E9).
Autoconfiança	25	*"Sim, eu acho que eu já estou mais preparada pra isso. No início não, no início foi meio complicado, mas vai passando o tempo e a gente vai se acostumando mais"* (E14).
Busca de Suporte	23	*"Sim, às vezes a gente procura pelos colegas para conversar sobre isso, aqui dentro"* (E16).
Resolução de problemas	17	*"Sempre que dá, eu tento. Eu procuro mesmo. Está melhorando (a paciente), eu faço para melhorar mais. Eu procuro saber para lidar melhor com a situação"* (E1).
Desamparo	16	*"Sim, porque não tem mais nada o que fazer, aconteceu, aconteceu e não pode fazer mais nada"* (E19).

Acomodação	15	*"Sim, todo dia tem né, tipo óbito aqui, então eu já trato como uma rotina"* (E4).
Delegação	13	*"Sim. Primeiro porque eu acho que eles estão mais gabaritados, tem mais embasamento (prática) que eu para poder lidar com a situação (...)" (E35).*
Submissão	13	*"Sim, nos dois, três primeiros dias sim. Mas depois você não pode ficar... se não você fica doido né. Você não pode ficar com aquela coisa na sua cabeça pra sempre, você um dia tem diluir..."* (E33)
Oposição	7	*"Olha, quando eu vejo, quando eu percebo os erros, erros médicos, eu aqui dentro eu tenho que chegar e falar, relatar pro meu chefe, no momento meu chefe do setor, se houve uma negligência médica, entendeu?" (E24).*
Fuga	6	*"Sim, porque eu não sei lidar com a situação. Porque eu não gosto. Tenho medo de ser fria de mais" (E32).*
Isolamento	6	*"Ahh... Dependendo da situação eu preferiria. Tem algumas situações que é muita carga" (E34).*

Já as categorias menos utilizadas pelos profissionais foram a *Oposição* (N = 7), *Fuga* (N = 6) e o *Isolamento* (N = 6). Considera-se importante destacar o caráter positivo desse resultado haja vista que essas categorias são consideradas pouco adaptativas no enfrentamento do estressor morte fetal.

6.3 Dados de avaliação dos aspectos cognitivos e emocionais

A entrevista “Aspectos cognitivos e emocionais diante da morte fetal” teve como objetivo investigar os aspectos cognitivos (percepções e crenças) e emocionais (sentimentos) diante da situação de morte fetal no contexto hospitalar, cujo relato foi analisado com base nas categorias e subcategorias descritas anteriormente. Na Tabela 4 podem ser observados os resultados dessa entrevista.

Tabela 4. *Número de relatos por categorias de análise da entrevista “Aspectos cognitivos e emocionais diante da morte fetal” (N = 36)*

Categorias	Subcategorias	Frequências (N)
"Estressores no ambiente de trabalho"	Relações interpessoais	56
	Estressores próprios da profissão	15
	Estressores próprios do trabalho	12
"Concepções sobre a morte/morte fetal"	Morte como evento natural	11
	Evento espiritual/ religioso	10
	Fenômeno biológico	10
	Morte como evento negado/ indesejado	21
	Morte como perda	8
"Sentimentos relacionados à morte"	Tristeza	22
	Dor	12
	Outros sentimentos (impotência, medo, compaixão)	10
"Enfrentamento da morte"	Suporte pessoal e emocional	30
	Investimento na formação técnica e profissional	14
	Tempo de Experiência	3

Na temática “Estressores no ambiente de trabalho”, os principais estressores se referiram às “Relações interpessoais” (N = 56), seguido dos “Estressores próprios da

profissão" (N = 15) e "Estressores próprios do trabalho" (N = 12). Na primeira subcategoria, "Relações interpessoais*"*, podem ser citados tanto exemplos de relatos sobre o relacionamento interpessoal no trabalho ("*A dificuldade de relacionamento interpessoal, em função da hipocrisia, do descomprometimento, falta de sinceridade, do espírito de coleguismo"* E29), quanto sobre o relacionamento com pacientes e familiares (*"O que às vezes estressa um pouco é o acompanhante, que interfere um pouco"* - E25).

É importante ressaltar que a morte/morte fetal foi mais frequentemente relatada como estressor dentro do ambiente hospitalar (N = 21) relacionado à subcategoria "Relações Interpessoal", como se pode ver na seguintes fala *"(...) A morte estressa, porque a gente fica triste quando morre alguém, acontece, às vezes, a paciente vem fica internada aqui e de repente morre, a gente que conviveu ali, conversou ela todo dia, então a gente fica estressado*" (E14).

No que se refere às "Concepções sobre a Morte e Morte fetal", houve predominância de relatos que consideravam a morte como um evento negado/indesejado (N = 21), o que pode ser corroborado com o fato da morte ter sido vista como algo estressor (N = 21). Outras percepções também foram relatadas nessa categoria, tais como a morte como evento natural, que faz parte da vida (N = 11), evento espiritual/religioso (N = 10), fenômeno biológico (N = 10) e como perda (N = 8). Exemplos desses relatos podem ser descritos a seguir: a) Morte como evento negado/indesejado: *"Pensar, pensar eu não penso não, só acho muito triste* (E11)*";* b) Morte como evento natural: "(...) *É um ciclo de vida, é da natureza que todos nasçam e todos algum dia por alguma razão vão morrer, então é o natural da vida"* (E3)*;* c) Morte como evento espiritual/religioso: *"Eu penso assim, a morte é igual, vou trazer um pouco do meu lado espiritual, como Jesus, nós sabemos que Jesus morreu e ressuscitou, ele tá vivo na minha vida, então as pessoas que morreram pra mim, os meus entes queridos, pra mim eles estão vivos, não vivos, assim, não vivos, mas como Jesus, entendeu?* (E12)*;* d) Morte

como fenômeno biológico: *"(...) fisiologicamente acabou e quem fica tem que aceitar e ponto"* (E2); e) Morte como perda: *"(...) é uma perda, uma coisa que, como tivessem arrancando de você alguma coisa, entendeu? Assim, parece que fica faltando alguma coisa de você. Sei lá, como se fosse um órgão, um braço, que é tão importante pra você e você necessita tanto, e naquele momento você não tem mais aquilo"* (E27).

Dentre os "Sentimentos relacionados à morte/morte fetal" foi verificada maior frequência de tristeza, com 22 relatos ("*O primeiro momento dá aquela tristeza, você fica com pena, solidária a mãe, mas é um momento passageiro, uma questão de segundos, sempre"*– E4), seguido da dor com 12 relatos (*" É doloroso, porque a gente não entende o motivo... não é algo concreto, é uma vontade de gritar"*- E34); além de compaixão, medo, impotência e incompetência, porém com frequência inferior, apenas 10 relatos ao todo, como o exemplo que segue: *"Eu fico com medo de morrer e não criar a minha filha, então no momento, o sentimento assim, de pensar em morrer é muito ruim, eu fico com medo de morrer por causa da minha filha, e eu sou muito feliz, entendeu? Eu sou muito feliz com tudo o que eu faço, então eu quero viver muito [risos] Não quero conhecer o outro lado mesmo sendo melhor, não! [risos]*-E32.

Na categoria "Relação pessoal com a morte", pode-se constatar que a absoluta maioria dos profissionais (N = 35) já havia vivenciado situações de morte, como pode ser ilustrado no seguinte relato: *"Já, com meu irmão, ele foi assassinado há sete anos, pai de família, trabalhava, foi assassinado por engano, ai que me deu maior "baque", me vi a pé, impotente na minha profissão e não poder fazer nada"* (E16). Ao contrário, no que tange à morte fetal somente oito profissionais haviam tido essa experiência, como no exemplo do relato a seguir: *"Já vivenciei, foi com uma prima minha que perdeu, só que ela estava gestante, ela perdeu o bebê e como o bebê era grandinho a gente foi até o cemitério pra poder a gente enterrar o*

corpinho... ninguém esperava, todo mundo esperava que ele nascesse vivo, mas todo mundo foi lá chocado ver aquela situação" (E6).

Na categoria "Procedimentos técnicos diante da morte fetal" todos os profissionais entrevistados responderam de forma semelhante, o que indica que há um procedimento padrão previsto para essas situações, como exemplificado nesse relato: *"O bebê é pesado, pesa o feto, pesa a placenta e depois a gente coloca ele em um paninho, é identificado e encaminhado (...) acima de 30 semanas, ou acima de 500g vai pra SVO, que ai a mãezinha ou o pai pode procurar para estar fazendo o enterro, fora isso vai para a patologia pra saber a causa da morte ou porque aconteceu*" –E1.

Em "Enfrentamento da morte", ou seja, a percepção acerca dos recursos que auxiliariam o profissional a lidar com a situação de morte fetal no trabalho, 30 relatos indicaram o "Suporte pessoal e emocional" como facilitador para lidar com essa situação no contexto hospitalar*: "Se tivesse uma psicóloga permanente, até mesmo para nos auxiliar*" (E24). Além disso, apareceram como importante nos relatos (N = 14) o "Investimento na formação técnica-profissional", que pode ser exemplificado pela fala a seguir: *"se a gente tivesse tipo assim algum curso, alguma palestra, alguma coisa, isso iria alertar bastante, a gente já iria ter ideias de como reagir numa situação que a gente normalmente se vê sem ninguém para ajudar*" (E27), e o "Tempo de experiência do profissional", com apenas três relatos como, por exemplo, esse: *"cada vez que eu passo por essa experiência eu me fortaleço mais diante do paciente, porque eu me sinto na obrigação de estar em equilíbrio para manter o equilíbrio dele também"* (E29).

6.4 Análises Estatísticas

Associações e correlações estatísticas foram realizadas para responder aos objetivos de estudo. Para tanto, foram selecionadas variáveis de interesse correspondentes aos dados com variabilidade para os cruzamentos.

6.4.1 *Dados de correlação entre os dados de stress pelo IEE e variáveis sociodemográficas*

Utilizou-se o teste de Correlação de Spearman, mediante observação do nível de significância de 0,05, para realizar correlações entre as médias dos fatores do IEE e média geral do IEE e as variáveis sociodemográficas (idade, número de filhos e tempo de experiência).

A idade e tempo de formação não se correlacionaram significativamente com a média geral do IEE. No entanto, houve correlação negativa significativa entre o número de filhos e a média geral do IEE, o que indica que quanto maior o número de filhos menor o *stress* (r=-0,036; p =0,031).

De forma semelhante, em análise por fatores do IEE, houve correlação negativa significativa entre o número de filhos e o fator *Relações Interpessoais* (r=-0,036; p=0,030), o que indica que quanto maior o número de filhos, menor a média de *stress* no que se refere às relações interpessoais no trabalho (Tabela 5).

Tabela 5. *Índices de correlação entre as médias dos fatores do IEE, média geral do IEE e as variáveis sociodemográficas (idade, número de filhos e tempo de formação) (N = 36)*

	Idade	Número de filhos	Tempo de formação (anos)
Média IEE	,256	,031*	,978
Relações Interpessoais	,120	,030*	,340
Papéis estressores da carreira	,318	,267	,635
Fatores Intrínsecos ao trabalho	,220	,084	,890

*p<0,05 Teste de correlação de Spearman

6.4.2 *Dados de correlação entre os dados de stress pelo ISSL e pelo IEE*

Utilizou-se o teste não paramétrico de Mann Whitney para realizar associações entre a ocorrência de *stress* pelo ISSL (*stress* geral) e a média geral do IEE (*stress* ocupacional), cujo índice não foi estatisticamente significativo (p = 0,112).

6.4.3 *Dados de correlação entre os dados de stress (ISSL) e de coping*

Utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para relacionar a ocorrência de *stress* pelo ISSL e a mediana dos fatores do Inventario COPE, que pode ser observado na tabela 6.

Tabela 6. *Relação entre ocorrência de stress pelo ISSL e a mediana dos fatores do Inventário COPE (N = 36)*

	Coping Ativo	Planejamento	Supressão de atividades	*Coping* Moderado	Busca de suporte razões instrumentais	Busca de suporte razões emocionais	Reinterpretação positiva e crescimento	Aceitação	Religiosidade	Emoção	Negação	Desligamento comportamental	Desligamento Mental	Humor	Uso de Substâncias
Ocorrência de *stress* pelo ISSL	,974	,502	,166	,798	,799	,243	,098	,124	,847	,574	,225	,592	,949	,405	,344

*p<0,05 Teste de Mann Whitney

A associação entre os dados de *stress* pelo ISSL e os dados de coping analisados em termos dos 15 fatores do Inventario COPE não foi estatisticamente significativo.

7. DISCUSSÃO

Através de um estudo descritivo e correlacional, foi proposto investigar como profissionais de Enfermagem enfrentam o *stress* advindo da situação de morte fetal no contexto hospitalar. Mais especificamente, relativo ao enfrentamento da morte fetal pretendeu-se: a) identificar e analisar indicadores de *stress* em profissionais da equipe de Enfermagem; b) identificar e analisar indicadores de enfrentamento (*coping*) de profissionais da equipe de Enfermagem; c) identificar e analisar os aspectos cognitivos (percepções e crenças) e emocionais (sentimentos) de profissionais da equipe de Enfermagem; d) analisar possíveis associações entre os aspectos cognitivos e emocionais, os indicadores de *stress* e de

enfrentamento (*coping*) e variáveis sociodemográficas (idade, número de filhos, religião) e profissionais (tempo de experiência profissional, capacitação/especialização) dos participantes.

Sendo assim, para análise do perfil sociodemográfico e profissional, consideraram-se as seguintes variáveis: sexo, idade, número de filhos, religião, tempo de experiência e capacitação/ especialização profissional. Nessa pesquisa, pode-se observar prevalência de profissionais do sexo feminino (86,1%), o que está de acordo com a tradição, tendo em vista que o gênero feminino é característico da profissão de enfermagem, como encontrado em outros estudos (Guido, 2003; Magnago, et al., 2010; Preto, 2008). No entanto, Costa, Lima e Almeida (2003) explicam que o fato de haver mais mulher do que homem trabalhando como enfermeiro se associa à questão dos papéis de gênero que cada um desempenha na sociedade, sendo o gênero feminino aquele que provê cuidados ao outro.

No que tange à idade, observou-se uma média de 43,75 anos, com variação entre 25 e 68 anos. Nessa pesquisa, a idade da população foi bem distribuída em faixas etárias diferentes, ainda que se possa considerá-la jovem. A maior parte se encontrava na faixa etária de 25 a 35 anos (30,6%), seguida por enfermeiros com idade entre 36 a 45 anos (25%) e 46 a 55 anos (27,78%). Esta amostra é considerada por Preto (2008) como relativamente jovem e estando em sua fase plena de produtividade. Entende-se que pessoas mais jovens tendem a se envolver em atividades de maior complexidade, como, por exemplo, o Centro Obstétrico, dado também corroborado por Preto e Pedrão (2009) com profissionais de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva.

Com relação ao tempo de experiência obteve-se uma média de 14,99 anos, o que pode ser compreendido como favorável ao desempenho profissional devido a maior competência técnica e segurança na realização das atividades diárias (Preto, 2008; Umann, 2011). Tal dado pode se relacionar com a análise da categoria *Acomodação* do roteiro de entrevista "*Coping*

Motivacional" (Skinner), já que houve 15 profissionais que referiram adotar essa família de *coping* para enfrentar a morte fetal no trabalho. Assim, a aceitação da morte como "algo natural", se relaciona a definição da categoria *Acomodação* que é conceituada como um ajustamento flexível das preferências através da distração, reestruturação cognitiva, minimização, aceitação.

Diferente do que tem sido encontrado em outros estudos (Araújo et al., 2003; Pafaro & Martino, 2004; Preto & Pedrão, 2009), nos quais grande parte da amostra faz dupla jornada imposta pela necessidade econômica devido aos baixos salários da categoria, neste estudo 56% dos profissionais de enfermagem não possuíam outro vínculo empregatício.

Notou-se que metade da amostra possuía capacitação/especialização, o que indica que este tipo de setor requer maior qualificação profissional ou simplesmente estes profissionais estariam em busca de maior aperfeiçoamento profissional, de acordo com que afirma Umann (2011). Essa demanda também pode ocorrer devido à necessidade de progressão funcional e a concessão de benefícios salariais decorrentes de uma maior titulação, como estabelece a Lei Federal 11.091/2005 de incentivo à qualificação de cargos técnico-administrativos. Outros autores (Cavalheiro et al., 2008) afirmam ainda que possuir algum tipo de capacitação/especialização pode ajudar a elevar a autoestima, fazendo, consequentemente, com que o profissional desempenhe melhor suas atividades rotineiras do ambiente hospitalar.

Dado importante também de considerar foi o estado civil e o número de filhos. Mais da metade dos participantes era casada (52,8%) ou já havia sido casada (divorciados= 13,9%) e parte (69,4%) tinha filhos, cuja quantidade variou de zero a quatro (M= 1,28; DP=1,16). Apesar da idade não ter se correlacionado significativamente com os dados de *stress* obtidos no IEE, foi encontrada correlação negativa significativa entre o número de filhos e a média geral do IEE (p =0,031), assim como a média do fator *Relações Interpessoais* (p=0,030).

Isto significa dizer que quanto maior o número de filhos, menor o *stress*, sobretudo no campo dos relacionamentos interpessoais que o profissional estabelece no seu ambiente de trabalho. Estudo de Umann (2011), realizado com enfermeiros que trabalhavam em Unidade de Terapia Intensiva, encontrou dado que corrobora com os resultados encontrados. Assim como na presente pesquisa observou-se que enfermeiros com filhos apresentaram baixo *stress* geral, o que sugere que ao expandir os relacionamentos e contatos sociais, facilitado por uma família com filhos, pode-se garantir uma rede de suporte social que auxilie também no enfrentamento de situações estressantes no trabalho.

De uma maneira geral, na análise do *stress* nesse grupo de enfermeiros observou-se a presença de indicadores de *stress* geral pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), e baixo *stress* pela avaliação do Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE). Assim, foi possível perceber que não houve discrepância nos resultados dos dois instrumentos (ISSL e IEE), ainda que estas escalas avaliem dimensões diferentes para uma mesma variável, ou seja, enquanto o ISSL avalia o nível de *stress* que o indivíduo experimenta de uma forma geral, o IEE avalia o nível de *stress* ocupacional percebido pela pessoa no ambiente de trabalho.

Pelo ISSL, metade da amostra estava estressada e 41,7% se encontrava na fase de resistência, o que indica que os indivíduos se deparavam com maior desgaste emocional e estavam mais suscetíveis a desenvolver quadro sintomatológico com manifestações psicossociais (Lipp, 2002). Além disso, a fase de resistência está relacionada a cansaço excessivo, problemas de memória e dúvidas quanto a si próprio, o que pode influenciar, inclusive, a qualidade do trabalho do profissional. Faz-se relevante ainda pontuar que 5,5% dos profissionais se encontravam na fase de exaustão, que é considerada a fase patológica do *stress*, onde há permanência de estímulos estressantes, que desencadeiam falha na capacidade

adaptativa do organismo, com importante desequilíbrio interior, ocorrência de depressão e produtividade nula (Lipp, 2002).

No entanto, ao contrário do que se esperava e do que a literatura apresenta (Mongentale, 2009; Preto & Pedrão, 2009), na avaliação pelo IEE, os profissionais apresentaram baixo nível de *stress* ocupacional. Igualmente, Costa et al. (2003) em pesquisa com enfermeiros de um hospital psiquiátrico, porém utilizando o ISSL como instrumento, encontraram mais da metade de sua amostra também sem *stress.*

Considerando que os fatores do IEE incluem itens que exigem a avaliação do profissional acerca da instituição onde trabalha, acredita-se que o baixo nível de s*tress* identificado por este instrumento pode ser explicado pelo fato dos participantes terem se sentido receosos em falar abertamente sobre os estressores do trabalho, o que é uma hipótese da própria pesquisadora por reconhecer na atitude do profissional certa postura de esquiva e preocupação. Em contrapartida, explica-se a presença de *stress* identificada pelo ISSL pelo fato dessa escala não possuir relação direta com o ambiente ocupacional, o que pode ter deixado os participantes mais confortáveis para identificar os sintomas relacionados ao *stress*. Dessa forma, discute-se a questão de conteúdo dos instrumentos de avaliação psicológica como determinantes dos resultados de uma avaliação e, assim, a importância de se utilizar diferentes instrumentos de medida de uma mesma variável a fim de minimizar questões deste tipo.

E, ainda, analisando-se o *stress* através dos fatores do IEE, a maior frequência esteve vinculada aos *Papéis Estressores da Carreira*, com média de 2,52 (baixo *stress*), ainda que insuficiente para ser considerada indicativa de alto nível de stress (M = 3,0). Relacionando esses dados com os dados da entrevista “Aspectos cognitivos e emocionais diante da morte fetal” pode-se observar que esse mesmo tema apareceu nos relatos de pelo menos 15 profissionais, que deram destaque em seus relatos a questões como desorganização do setor,

trabalhar com pessoas despreparadas, curto prazo para cumprimento das tarefas, entre outros, como variáveis estressoras características da carreira de enfermeiros.

Ao contrário, quando se faz uma análise dos itens mais e menos pontuados do IEE, os itens do fator *Relações Interpessoais* aparecem como os mais frequentes, que também se relacionaram com os relatos das entrevistas. Observou-se que houve 56 relatos indicando também o relacionamento interpessoal como evento mais estressante no ambiente de trabalho. A consonância desses dados confirma a adequação do roteiro de entrevista, elaborado para a pesquisa com intuito de avaliar os aspectos cognitivos e emocionais relacionados ao *stress* de profissionais de enfermagem acerca da morte fetal no contexto hospitalar.

Os profissionais afirmam que o maior estressor no ambiente hospitalar seria lidar com situações que envolvem relações interpessoais, tais como morte do outro, relação com a equipe, ensinar ao aluno, entre outros, o que pode ser ilustrado pelo seguinte relato de E23:*"Tem profissionais que não tratam as pessoas com o devido respeito, ou educação, pode ser um estranho na rua e você tem que tratar, né? E as pessoas parecem que estão lidando com a porta, não é com gente"*.

Percebe-se, assim, clara relação com um dos itens mais pontuados do IEE que foi o item 25 *(Atender familiares de pacientes*) que se refere também ao fator *Relações Interpessoais*. Apesar desta categoria ter sido avaliada como um dos maiores estressores no ambiente hospitalar, tanto pelo IEE quanto pela entrevista, sendo por isso considerada bastante importante para essa discussão, não houve conteúdo suficiente nas entrevistas para que fosse possível estabelecer relações mais extensas entre os dados do IEE e essa categoria. Os relatos dos participantes sobre essa temática foram sucintos e não foram devidamente explorados no momento da coleta, talvez pela própria metodologia de pesquisa com aplicação de vários instrumentos em um mesmo encontro. No entanto, vale ressaltar que a opção de fazer a coleta em único encontro se deu pela dificuldade de disponibilidade desses

profissionais, que cumpriam uma dinâmica bastante intensa em termos de horários e rotina profissional, e por vezes tendo que ser interrompida a coleta devido a um evento de urgência no Centro Obstétrico.

Importante também discutir o baixo nível de *stress* identificado pelo IEE. Para tanto, outra hipótese pode ser levantada, ou seja, de que o baixo nível de *stress* no IEE pode estar relacionado a possíveis estratégias de enfrentamento mais adaptativas e equilibradas adotadas por aqueles profissionais diante da morte fetal no contexto hospitalar. Ainda que sem correlação estatisticamente significativa, as estratégias de *coping* mais usadas foram a *Religiosidade, Reinterpretação positiva e crescimento, Planejamento*, pelo Inventário COPE, a *Negociação, Busca por Informação* e *Autoconfiança*, pela entrevista "*Coping* Motivacional", o que será discutido a seguir.

Outra variável de estudo foi o *coping*, ou seja, o processo de enfrentamento desses enfermeiros diante da morte fetal. Esta variável foi analisada por dois instrumentos, que embora se amparem em abordagens teóricas diferentes, encerram aproximações conceituais por sustentarem a compreensão do fenômeno do *coping* no conceito de autorregulação emocional e comportamental.

Assim, a análise do perfil de *coping* foi feita com base em aproximações conceituais entre as categorias analisadas nos dois instrumentos, o Inventário COPE, baseado na Teoria Disposicional do *Coping*, e o roteiro de entrevista de "*Coping* Motivacional", elaborado especialmente para este estudo com base na Teoria Motivacional de Skinner. Esse tipo de análise nunca foi feita anteriormente e é nesse ponto que reside o potencial inovador desse trabalho.

De todo modo, isto impõe certa limitação para discussão dos resultados desse estudo, já que é inexistente a literatura sobre ambos os enfoques aplicada ao estudo do *coping* de enfermeiros, sobretudo relacionando variáveis como *stress*. Nesse sentido, foi um árduo

exercício discutir os dados pela tentativa de aproximar as duas teorias, ainda mais considerando que foram utilizados apenas os dados resultantes somente de dois instrumentos.

De uma maneira geral, as estratégias mais utilizadas foram a *Religiosidade* (Md = 13,5), *Reinterpretação positiva e crescimento* (Md = 13) e *Planejamento* (Md = 12), pelo Inventário COPE; e *Negociação* (N = 35), *Busca por Informação* (N = 33) e *Autoconfiança* (N = 25), pela Entrevista "*Coping* Motivacional". Todas essas estratégias e/ou famílias de *coping* podem ser consideradas adaptativas no enfrentamento da morte fetal por esses profissionais. Pensa-se que isto também pode estar associado ao tempo de experiência profissional de aproximadamente 15 anos para aquele grupo, já que, diferente de profissionais recém-formados, que vivenciariam reações mais profundas, a experiência clinica dos participantes pode ter feito com que eles apresentassem uma resposta emocional mais equilibrada diante de situações de *stress* como a morte fetal (Rashotte et al., 1997; Yang e Mcilfatrick, 2001).

Na tentativa de realizar uma análise multidimensional do processo de *coping* optou-se por analisar esse fenômeno discutindo-se as definições das categorias de *coping* propostas pelas duas abordagens. Assim, buscou-se aproximações entre as categorias *Negociação* (Teoria Motivacional) e *Coping ativo* (Teoria Disposicional), ambas com altas frequências de ocorrência nesse trabalho. Além disso, também foi considerado que as categorias *Busca por suporte* (Teoria Motivacional) e *Religiosidade* (Teoria Disposicional) possuíam proximidade conceitual, o que será discutido adiante. Nas demais categorias não foi possível observar aproximações conceituais tomando-se como base a definição das mesmas.

De forma particular, o processo de *coping* no contexto de morte fetal analisado pelo Inventário COPE revelou que a estratégia mais utilizada foi a *Religiosidade*, o que é legitimado pelos dados sociodemográficos dos participantes, já que 89,2% declarou pertencer alguma religião. Outros estudos também indicam que a religião é uma das estratégias mais

utilizadas pelos profissionais diante da morte (Bosco, 2008; Cassarin & Siqueira, 2010; Colossi et al., 2011; Rockembach, Cassarin, & Siqueira ; Shimizu, 2007). Pargment (1997), por exemplo, afirma que possuir uma crença religiosa traz alívio, conforto e consolo diante de situações consideradas marcantes, como por exemplo, a morte fetal. Além disso, a religiosidade contribui para o sujeito dar sentido à existência humana frente à morte (Bromberg, 1997; Shimizu, 2007).

Igualmente, pela entrevista "*Coping* Motivacional" foi encontrada como uma das famílias de *coping* mais frequentes a *Busca por suporte*, que diz respeito ao uso dos recursos sociais disponíveis, tais como a busca por contato com as pessoas, busca de ajuda instrumental, conselho, conforto e apoio espiritual. Dessa forma, fica clara a relação dessa família de *coping* com a estratégia de *coping Religiosidade*, cuja definição se refere à tendência do indivíduo em voltar-se para a religião como forma de aliviar a tensão. Percebe-se aqui que a religiosidade foi considerada como uma forma de suporte social, o que aproxima conceitualmente as duas categorias.

A segunda estratégia mais utilizada indicada pelo Inventário COPE foi a *Reinterpretação positiva e crescimento*, que, apesar de não voltar-se diretamente para resolução de um problema, precede a ação, fazendo com que o sujeito consiga um maior equilíbrio emocional (Carver et al., 1989). A partir disso é possível afirmar que a amostra estudada utilizava essa estratégia, considerada adaptativa por Carver & Connor-Smith (2010), para lidar com o evento da morte fetal em seu contexto de trabalho. Tal dado também pode ser observado nos relatos das entrevistas quando os profissionais declararam que interpretavam a morte como um evento natural que faz parte da vida ou como um evento espiritual/religioso, podendo, inclusive, ser considerada como a passagem para uma outra vida, o que, em ultima análise, também estaria relacionado à estratégia *Religiosidade*.

A terceira estratégia mais utilizada pelo Inventário COPE foi o *Planejamento*, que representa a atividade de pensar sobre alternativas para lidar com um estressor por meio de estratégias de ação (Carver et. al, 1989). Tal dado sugere que os profissionais se sentiam capazes de lidar com a morte utilizando uma estratégia voltada para a resolução do problema. Segundo os relatos das entrevistas, pode-se observar que houve clara preocupação dos participantes em planejar a forma de comunicação da notícia para a mãe do bebê falecido, além de pensamentos referentes ao modo de dar conforto e suporte para esta mãe. Relacionado a isto, os dados das entrevistas revelaram que os profissionais usavam a empatia como recurso emocional para enfrentar a dor e sofrimento (da mãe) acerca da perda, ou mesmo se proteger dessa dor, como afirmam Yam, Rossiter, e Cheung (2001). Para estes autores, profissionais de enfermagem sofrem a perda e passam a se proteger emocionalmente através do engajamento na rotina do trabalho ou mesmo na diminuição da interação social com os pais.

Estudo semelhante ao anterior (Stayt, 2007) afirma que esses profissionais passam a empreender esforços para se distanciarem das famílias, tanto com redução do contato físico quanto o distanciamento emocional. Para os participantes dessa pesquisa, foram observados dados diferentes, uma vez que foi identificada nas entrevistas a empatia, que se inclui na categoria “Suporte pessoal e emocional”, como recurso para compreender e enfrentar a situação de morte fetal. Claro que este dado deve ser olhado com cuidado, já que não se tem dados de observação para reafirmar que o recurso da empatia era de fato exercido pelos participantes. Pesquisa de Santos et al. (2012), com enfermeiros de serviço de gestação de alto risco, comprovou que apesar da equipe de Enfermagem considerar importante oferecer suporte emocional às mães em situação de perda gestacional, eles delegavam esta e outras tarefas a outros profissionais considerados mais preparados para lidar com a morte fetal. Para

aqueles autores isto demonstra o despreparo desses profissionais mascarado sob uma forma de negação e esquiva em lidar com pacientes nessas condições.

No entanto, no presente trabalho, a categoria de *coping Delegação* (pela Teoria Motivacional) ou *Negação* (pela Abordagem Disposicional) tiveram baixos valores, respectivamente 13 e 5. De todo modo, pode-se pensar na hipótese de que os profissionais que adotavam estratégias de *coping* mais adaptativas teriam mais facilidade para lidar com situações de morte no contexto hospitalar e, consequentemente, vivenciar o luto decorrente dessa situação.

Contudo, a impossibilidade de do uso da observação como instrumento de coleta de dados faz com que essa hipótese tenha que ser ainda confirmada. Dessa forma, sugere-se futuras pesquisas que combinem a metodologia da observação com aplicação de escalas e entrevistas na tentativa de testar hipóteses como a acima.

Dessa forma, outra categoria considerada bastante utilizada foi o *Coping Ativo*, que consiste no processo de estabelecer passos sucessivos para remover, atenuar ou melhorar os efeitos do estressor. Tal definição se aproxima do conceito de *Negociação* da teoria Motivacional, já que diz respeito a tentativas ativas de fazer um acordo entre suas necessidades e as restrições impostas pela situação estressante, ou seja, adotar atitudes ("passos sucessivos") tais como barganha, persuasão, com objetivo de minimizar (remover ou atenuar) as consequências da situação estressante.

Dessa forma, entende-se que a barganha e a persuasão poderiam ser consideradas possíveis estratégias utilizadas para remover, atenuar ou melhorar os efeitos do estressor. Em ambas as categorias, o que se espera é que o indivíduo tenha um comportamento proativo diante do evento estressor, o que faz com que tenha uma melhor percepção do seu trabalho e com que se sinta mais realizado. Nas entrevistas também foi possível observar relatos de profissionais que afirmavam adotar comportamentos engajados para confortar, aconselhar e

tranquilizar a mãe que perdeu seu bebê, como por exemplo: "(...) *Eu sinto uma necessidade de confortar a mãezinha, levando uma palavra pra ela"* (E10).

Por fim, a estratégia *Aceitação* corresponde à percepção do estressor como real, num primeiro momento, e à aceitação do estressor como algo natural, num segundo momento (Carver et al.,1989). Esta estratégia não foi encontrada na maior parte dos relatos dos profissionais nas entrevistas, já que a grande maioria (N = 21) das concepções dos profissionais sobre morte se referiam à morte como um evento negado/indesejado (N = 21). No entanto, houve profissionais (N = 11) que apresentavam um conceito de morte baseado na ideia de um evento natural e esperado como término de um ciclo vital. Tal dado pode se relacionar com a análise da categoria *Acomodação* do roteiro de entrevista "*Coping* Motivacional" (Skinner), já que houve 15 profissionais que referiram adotar essa família de *coping* para enfrentar a morte fetal no trabalho. Assim, a aceitação da morte como "algo natural", se relaciona a definição da categoria *Acomodação* que é conceituada como um ajustamento flexível das preferências através da distração, reestruturação cognitiva, minimização, aceitação.

Aspectos cognitivos (crenças) e emocionais (sentimentos) no enfrentamento da morte fetal também foram estudados. Analisando as "Concepções sobre morte/ morte fetal" daqueles profissionais foi possível observar que a morte era considerada como um evento negado/indesejado (N = 21), o que pode ser legitimado pelo fato da morte ter sido vista por eles também como algo estressor (N = 21). Isto pode ser respaldado pela literatura, que indica que desde os séculos XX e XXI, "a morte é considerada uma realidade inquietante para o homem" (Ogandoa & García, 2007, p.147), pois passa a ser negada, considerada um tabu, interdita e vergonhosa (Ariès, 1977/ 2003; Kovács, 2003).

Para discutir o enfrentamento do luto relacionado à vivência da morte no seu contexto de trabalho fez-se importante analisar os sentimentos desses profissionais diante da morte.

Ainda que Parkes (1998) considere que o luto ocorra devido à morte de um ente querido, no ambiente hospitalar o paciente internado se torna essa pessoa querida a partir do momento em que cria-se um vínculo afetivo e o paciente e o profissional, permitindo que este experimente um verdadeiro sentimento de perda.

Diversos sentimentos acerca da morte foram indicados pelos enfermeiros, tais como, tristeza, dor, medo, impotência e incompetência. Alguns relatos podem ilustrar o dado: *"Eu acho muito triste, acho triste no sentindo que a gente poderia fazer alguma coisa, mas quando Deus quer..."* (E7); *"A morte fetal, pela criança nem ter vivido, eu acho que é muito dolorido"* (E31).

Os sentimentos identificados nessa pesquisa foram encontrados em outros estudos com temática semelhante (Aguiar, et al, 2006; Palú, Labronici, & Albini, 2004; Poles & Bousso, 2006). Acredita-se, inclusive, que tais sentimentos fazem parte do processo da morte e morrer (Lorençon, 1998; Papadatou et al., 2001; Rashotte et al.,1997; Wong et al., 2001; Yang & Mcilfatrick, 2001).

Sentimentos como impotência e incompetência podem ser explicados pela ideia de limitação, falha e insucesso profissional. Nesse sentido, a morte é compreendida como um evento estressor e mais difícil de lidar quando ocorre no início do desenvolvimento humano, por ser considerada a interrupção do ciclo vital (Zorzo, 2004; Shimizu, 2007). Além disso, a morte é vista ainda como um tabu, algo que o profissional deve manter distância física e emocional a fim de legitimar uma postura ética e técnica, e não permitir, assim, que seus sentimentos afetem seu trabalho (Costa & Lima, 2005).

Ademais, a impotência por não poder domar a morte é algo recorrente no contexto hospitalar, pois faz com que o indivíduo reflita sobre sua própria morte. O profissional de enfermagem luta contra a ideia de se sentir impotente para impedir a morte do outro que está sob seus cuidados e, assim, sentimentos de impotência e incompetência se intensificam

quando o profissional percebe que, mesmo com todo o avanço da tecnologia, a morte ocorre de qualquer forma e não é possível eliminá-la (Fernandes et al., 2001; Shimizu, 2007).O relato a seguir pode ilustrar melhor o que foi discutido: *"Eu acho que naturalmente, um dos primeiros sentimentos que vem e que passa, mas que passa e não fica em geral, é o sentimento de impotência. Porque o profissional de saúde, principalmente aqueles que lidam com esse setor de vida, de nascimento, a gente se sente na obrigação de que tudo tem que dar certo, que a vida tem que ser preservada"* (E29).

Além disso, no contexto hospitalar, o luto não é e "nem pode" (grifo do autor) ser expresso, sendo vivido de maneira oculta pelo fato da sociedade não suportar a proximidade com a morte. Sobre isto, Ribeiro et al. (1998) afirmam que profissionais da enfermagem utilizam como estratégias de enfrentamento, no contexto da morte, mecanismos de distanciamento ou de negação, pelo simples fato de não saberem como lidar com a dor da morte. No entanto, isto não foi observado neste estudo, quando se realizou a análise do *coping* pelo Inventário COPE, já que foram frequentes estratégias de enfrentamento como o *Coping ativo*, ou seja, atitudes planejadas com intuito de remover, amenizar ou melhorar os efeitos do estressor.

De todo modo, considerando os relatos os dados das entrevistas, mais especificamente relacionando a morte com a dor pela perda de um ente querido e os dados de *coping*, pode-se afirmar que, apesar dos sentimentos de tristeza e dor, os participantes da pesquisa conseguiam adotar estratégias de *coping* ativas e mais equilibradas, como a *Reinterpretação positiva*, por exemplo. Isto possibilitaria a eles atribuir um novo significado ao evento da morte e, assim, adotar um *Coping ativo* ou a *Autoconfiança*, por exemplo, como estratégias de enfrentamento da situação.

Possivelmente, isto foi reforçado pelo fato de a grande maioria dos enfermeiros (N = 35) ter experiência pessoal com a morte, o que pode ter ajudado no aprendizado de estratégias adaptativas, como a *Negociação*, para lidar com a situação de morte fetal.

Nesse sentido, é importante discutir que a atitude que a equipe de enfermagem adota diante da morte fetal revela a forma como enfrenta a situação. De uma maneira geral, os profissionais de enfermagem são obrigados a cumprir um protocolo com procedimentos técnicos específicos como rotina hospitalar, definido pelo Ministério da Saúde (2009), tal como os participantes da pesquisa relataram. Tal rotina certamente impõe um modo geral de lidar com a situação, mas que encerra uma forma particular de enfrentar a questão da morte e os recursos pessoais que podem auxiliar nesse enfrentamento.

Nessa perspectiva, a maioria dos participantes (N = 30) revelou que o "Suporte pessoal e emocional" seria algo facilitador para lidar com essa situação, tal como pode ser ilustrado no seguinte trecho: *"Sinceramente acho que todo profissional da saúde tinha que ter um apoio psicológico dentro da instituição, pra gente poder trabalhar essas questões, e como eu falei, a gente eliminar o que causa angústia, que pra mim é ver a paciente ali sofrendo horas e horas para parir um bebê morto, isso me incomoda"* (E32).

Desse modo, fica evidente a importância e a contribuição da Psicologia para essa questão, ainda mais quando se considera que profissionais de enfermagem que lidam com a morte fetal vivenciam essa situação como fonte de *stress*, independente deles utilizarem estratégias adaptativas no enfrentamento dessa questão no seu contexto de trabalho.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos nesse trabalho, percebe-se a clara necessidade de se propor ações dentro do contexto hospitalar que sirvam como dispositivos de suporte

psicológico aos profissionais que lidam com a morte. O objetivo principal de tais propostas seria fazer com que os profissionais consigam expressar suas crenças e sentimentos diante da situação da morte fetal, assim como sobre outras situações estressoras do ambiente de trabalho.

Isto posto, certamente auxiliaria a minimizar as repercussões emocionais, físicas e intelectuais resultantes dessa situação, sobretudo quando se considera que questões sociais e políticas, tais como extensas jornadas de trabalho, ausência de apoio psicossocial aos profissionais, condições físicas e estruturais do ambiente de trabalho, potencializam tais repercussões. Nesse sentido, políticas públicas de saúde deveriam ser pensadas a fim de se propor intervenções para minimizar fatores de risco, como o *stress* ocupacional, que repercute negativamente na qualidade da prática assistencial e nos próprios profissionais de saúde que atuam no contexto da morte fetal.

No presente trabalho pode-se também discutir e ressignificar, a partir das entrevistas, a ideia de profissionais da Enfermagem como pessoas "frias", quando se identifica a empatia como recurso adaptativo utilizado por eles. Por outro lado, este recurso pode levar os profissionais a um processo de maior sofrimento, pelo fato de, ao se colocarem no lugar da mãe que perdeu o bebê, sentirem a dor e sofrimento da mãe como se fosse sua. Isto certamente constitui um fator de risco à saúde física e mental do profissional de saúde, o que reforça a ideia da necessidade de suporte psicológico a estes e outros profissionais que lidam com a morte dentro do ambiente hospitalar.

Por fim, tendo em vista o caráter inovador da pesquisa e a pouca literatura sobre *coping* de enfermeiros com base na abordagem disposicional e motivacional, sugere-se a realização de novos estudos na área relacionando *stress*, *coping*, profissionais de enfermagem e morte fetal, principalmente investigações que utilizem o Inventário COPE e o roteiro de entrevista elaborado especificamente para este estudo. Com isso, seria possível aprimorar os

instrumentos, realizar comparações mais concretas entre os estudos e agregar conhecimento para o campo da Psicologia, Saúde e área afins.

9 REFERÊNCIAS

Agargün, M.Y.,Beşiroğlu, L.,Kıran, Ü.K.,Özer, Ö.A., & Kara, H. (2005) The psychometric properties of the COPE inventory in Turkish sample: a preliminary research. *Anatolian Journal of Psychiatry, 6* (4), 221-226.

Aguiar, I.R., Veloso, T.M.C., Pinheiro, A.K.B., & Ximenes LB. (2006) O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em unidade neonatal. *Acta Paul Enferm.,19* (2), 131-7.

Ahlenius, I., Floberg J., & Thomassen, P. (1995). Sixty-six cases of intrauterine fetal death: A prospective study with an extensive test protocol. *Acta Obstet. Gynecol. Scand., 74*(2), 109-17.

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

Aldwin, C. M. (2007).*Stress, coping, and development: An integrative perspective.* New York: Guilford Press.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2009).Induction of labor.*ACGO Practice Bulletin,114* (107), 386-97.

Aquino, M. M. A., Cecatti, J.G., & Mariani Neto, C. (1998). Risk factors associated to fetal death. *São Paulo Medical Journal,116*(6), 1852-7.

Araújo, P., Santo, E. E. S., & Servo, M. L. S. (2009). Análise do estresse e suas implicações no processo de trabalho do enfermeiro. *Diálogos & Ciência – Revista da Rede de Ensino FTC, 3*(9), 27-37.

Ariès, P.(2003) *História da Morte no Ocidente: Da Idade Média aos nossos dias.* Rio de Janeiro: Ediouro (Texto originalmente publicado em 1977).

Ayers, T.S., Sandler, I.N., West, S.G., & Roosa, M. W. (1996). A dispositional and situational assessment of children's coping: testing alternative models of coping. *J. Personal, 64*(4), 923–58.

Baptista, M.N. & Campos, D.C. (2007). *Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa.* Rio de Janeiro: LTC.

Beck, C. T. (1997). Nursing students' experiences caring for dying patients. *Journal Nurs. Educ*, *36*(9), 408-15.

Bardin, L.(1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Bianchi, E. R. F (1990). *Estresse em enfermagem: Análise da atuação do enfermeiro de c entro cirúrgico* **(**Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade deSão Paulo, São Paulo.

Boemer, M. R. (1989). *O fenômeno da morte: O pensar, o conviver e o educar* (Tese de Doutorado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Bolwby, J. (1985). *Apego e perda.* (Vol. 3). São Paulo: Martins Fontes.

Brasil, Ministério da Educação (2005). *Lei Federal 11.091*. Acessado em 13 de fevereiro de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11091.htm

Brasil, Ministério da Educação (2011). *Histórico da Maternidade- Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.* Acessado em 11 de abril de 2014, de http://www.maternidade.ufrj.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27:historia&catid=1:historia&Itemid=9.

Bromberg, M. H. P. F. (2000). *A Psicoterapia em situação de perdas e luto*. Campinas: Livro Pleno.

Bosco, A.G. (2008). Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência (Dissertação de mestrado). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Candeias, N. M. F., Abujamra, A. M. D, & Sabbag, S. N. (1992). Stress em atendentes de enfermagem. *Rev. Bras. Saúde Ocup*, *20*(75), 38-44.

Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989).Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers. Soc. Psychol.*, *56*(2), 267-83.

Carver, C.S & Connor-Smith, J. (2010) Personality and Coping.*Annu. Rev. Psychol.61*, 679–704.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2011). Self regulation of action and affect. In K.D.Vohls; R.F.Baumeister. *Handbook of Self regulation: research, theory and applications.* 2a ed. New York: Guilford Press.

Cavalheiro, A. M., Moura Junior, D. F., & Lopes, A.C.(2008). Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, *16*(1), 29-35.

Cerqueira, A.T.A.R. (2000). O conceito e metodologia de coping: Existe consenso e necessidade?. In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre Comportamento e cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva- conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na inovação e no questionamento clínico* (Vol. 5, pp. 279-289). Santo André/SP: Arbytes Editora.

Chaves, E.C. (1994) *Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Colossi, E.G. Calesso-Moreira, M., & Pizzinato, A. (2011). Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem de um CTI adulto perante situações de estresse. *Revista Ciência & Saúde, 4* (1),14-21.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research.*Psychological Bulletin, 127*, 87-127.

Compas, B.E., Connor, J. Osowieck, D., & Welch, A. (1997). Effortful and involuntary responses to stress: implications for coping with chronic stress. In B.H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp.105-130). New York: Plenum.

Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A.H., & Saltzman H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *J. Consult.Clin.Psychol. 68*, 976–92.

Conde-Agudelo, A., Belizán, I. M., & Diaz-Rossello, J. L. (2000). Epidemiology of fetal death in Latin America.*ActaObstetGynecolScand, 79*(5), 371-8.

Conselho Nacional de Saúde (2012). *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo pesquisas com seres humanos. Resolução 466/2012.*Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acessado em 30/08/2013.

Costa, P.T. Jr., & McCrae, R.R. (1992). Four Ways five factors are basic. Personality and individual differences, *13*(6), 653-665.

Costa, J.C., & Lima, R.A.G. (2005). Luto da equipe: Revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino americana de Enfermagem, 13*(2), 151-7.

Costa, J. R. A., Lima, J. V., & Almeida, P. C.(2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *37*(3), 63-71.

Cooper, C. L., & Banglioni Junior, A. J. (1988). A structural model approach toward the development of a theory of the link between stress and mental health. *British Journal of Medical Psychology, 61*(1) 87-102.

Couceiro, A.G.D. (2008). *Avaliação das estratégias de coping nas crianças e adolescentes: questões desenvolvimentistas*. Dissertação de Mestrado não publicada, Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Cunha, A. C. B., & Cravinho, C. R. M. (2012). *Malformação e luto: uma revisão sistemática da literatura.* Trabalho apresentado no VII Congresso Iberoamericano de Psicologia & 42ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, São Paulo.

Cunha, A. C. B., Santos, C., & Gonçalves, R. M. (2012). Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 64(*1), 139-155.

Cunha, D., & Pinho, M. S.(2011) . Sugestionabilidade Interrogativa em Mulheres Vítimas de Violência Conjugal. *Ex aequo, 23,* 133-147.

Davies, B. et al. (1996). Caring for dying chidren: nurses´experiences.*Pediatr. Nurs, 22*(6), 500-507.

Depue, R.A., & Collins, P.F. (1999). Neurobiology of the structure of personality: dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behav. BrainSci, 22,* 491–517.

Dias, I. M. A.V., & Santos, R. da S.(2007). Profissionais de Enfermagem diante do nascimento da criança com malformação congênita. *Esc. Anna Nery R. Enferm, 11*(1) 73-79.

Dias, T.L., Oliveira, C.G.T., Enumo, S.R.F., & Paula, K.M.P (2013) A dor no cotidiano de cuidadores e crianças com anemia falciforme. *Psicol. USP, 24*(3), 391-411.

Drotar, D., Maskiewicks, A., Irvin, N., Kennel, J., & Klaus, M. (1975). The Adaptation of Parents to the Birth of an Infant with a Congenital Malformation: A Hypothetical Model. *Pediatrics, 56*(5) 710-716.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. K. (1997).Coping with stress: The roles regulation and development. In S. A. Wolchik, & I. N. Sandler (Eds.).*Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp. 41-70). New York: Plenum Press.

Esslinger, I. (2003). *O paciente, a família e o cuidador, de quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Espírito Santo, Secretaria Estadual de saúde (2005*). Lei complementar nº 348*. Acessado em 13 de fevereiro de 2014, de http://www.saude.es.gov.br/Download/lei_complementar_348_2005.doc.

Espírito Santo, Governo do Estado (2010). *Livro sobre novo Dório Silva é lançado pelo Governo durante visita às obras da unidade.* Acessado em 11 de abril de 2014, de http://gov-es.jusbrasil.com.br/politica/5697719/livro-sobre-novo-dorio-silva-e-lancado-pelo-governo-durante-visita-as-obras-da-unidade-nesta-quinta-02.

Ewing, A., & Carter, B. S. (2004). Once Again, Vanderbilt NICU in Nashville leads the way in nurses´emotional support. *Pedriatr Nurs.,30*(6), 471-472.

Fernandes, J.D., Sadigursky, D., Albergaria, A.K.,& Conceição, F.M. (2001). De portas fechadas com a morte. *Texto & Contexto Enferm.,10*(3), 39-59.

Ferrareze, M.V.G., Ferreira,V., & Carvalho, A.M.P. (2006). Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm.,19*(3), 310-315.

Ferreira, L. R. C., & De Martino, M. M. F.(2009). Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua correlação com o cronótipo. *Estudos de Psicologia, 26*(1), 65-72. 2009.

Ferreira, A. B. H. (2010) Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo.

Figueiredo, R. M. (1995). A enfermagem diante do paciente com AIDS e a morte. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44*(12), 641-647.

Figueiró, M.T. et al. (2010) Traços da personalidade de estudantes de psicologia. *Psicólogo Informação, 14*, 13-28.

Foxall, M., Zimmermand, L., Standley, R., &, Bene, R. (1990).A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing, 15*(5), 557-584.

Franco, M. H. P. (2002) Uma mudança no paradigma sobre o enfoque da morte e do luto na contemporaneidade. In: M.H.P. Franco (Org), *Estudos avançados sobre o luto,* (pp.15-38). Campinas, SP: Livro pleno.

Franco, M. H. P. (2003) Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. *O mundo da saúde, 27*(1), 182-184.

Friedman, H.S., & Schustack, M. W. (2004).Teorias da personalidade clássica à pesquisa moderna (2ª ed). São Paulo: Prentice Hall.

Grant, S., & Langan-Fox, J. (2007). Personality and the occupational stressor-strain relationship: the role of the Big Five. *J. Occup. Health Psychol. 12*, 20–33.

Graziano, W.G., & Eisenberg, N.H. (1999). Agreeableness as a dimension of personality. In R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds). *Handbook of Personality* (pp. 795–825). San Diego, CA: Academic.

Graziano, W.G., Habashi, M.M., Sheese B.E., & Tobin, R.M. (2007). Agreeableness, empathy, and helping: a person Xsituation perspective. *J. Personal. Soc. Psychol. 93*, 583–99.

Guido, L.A. (2003). *Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica* (Tese de Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Harris, P. L. (1996). *Criança e emoção: O desenvolvimento da compreensão psicológica*. São Paulo: Martins Fontes.

Hoffman, L. (1993). A morte na infância e sua representação para o médico- Reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Caderno de Saúde Pública, 9*(3), 364-374.

Hopkinson, J., Haller, C., & Lucker, K. (2004).Everyday death: How do people cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies,42*(2), 125-133.

Horovitz, D. D. G., Llerena, J. C., & Mattos, R. A.(2005). Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: um panorama atual (2005). *Cadernos de Saúde Pública,21*(4), 1055-1064.

Huang, D.Y. et al. (2000). Determinants of unexplained antepartum fetal deaths.*Obstet Gynecol, 95*(2), 215-21.

Jodas, D. A., & Hadadd, M. C. L. (2009). Sindrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem,22*(2), 192-7.

John, O.P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: history, measurement, and theoretical perspectives. In L.A Pervin & O.P. John (Eds) *Handbook of Personality: Theory and Research*(pp. 102–38). New York: Guilford.

Johnson, M., & Lorraine, N. (2006). Nurses and patients perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing, 54*(6), 700-109.

Kallasmaa, T., & Pulver, A. (2000). The structure and properties of Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences, 29*(5), 881-894.

Kovács, M. J. (2002). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kovács, M. J. (2003). Bioética nas questões de vida e morte. *Psicologia USP, 14*(2) 115-167.

Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia: ciência e profissão, 25*(3), 484-497.

Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde, 3*(4), 420-429.

Kubler-Ross, E. (2009). On death and dyng: What the dying have to teach doctor, nurses, clergy and their own families. London and New York: Routledge.

Kupst, M. J. (1994). Coping with pediatric cancer: Theoretical and research perspectives. In. D.J. Bearison, & R.K. Mulhern (Eds.), *Pediatric Psychooncology,* (pp. 35-60). New York: Oxford University Press.

Kushnir, T., Rabin, S., & Azulai, S. (1997). A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. *Cancer Nurs., 20*(6), 414-421.

Lautert, L. (1997). O desgaste profissional: Estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev. Gaúcha Enf.*, *18*(2), 133- 44.

Latack, J. C. (1986). Coping with job stress: measures and future directions for scale development.*Journal of Applied Psychology*, *71*(3), 377-385.

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

Lees, D. C. (2007). *An empirical investigation of the motivational theory of coping in middle to late childhood* (Tese de Doutorado).Programa de Filosofia e Psicologia Clínica da Griffith University, Austrália.

Lenart, S., Bauer, C., Brighton, D., Johnson, J., & Stringer, T. (1998).Grief support for nursing staff in the ICU. *Journal for Nurses in Staff Development*, *14*(6), 293-296.

Lima Júnior, J. H. V., & Ésther, A. B. (2001). Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. *Revista de Administração de Empresas*, *41*(3), 20-30.

Lipp, M. N. L. (1998). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL).* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de sintomas de stress de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N. (2002). *O stress do professor*. Campinas: Papirus.

Lipp, M. E. (2003). O modelo quadrifásico do stress. In M. E. Lipp (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas* (pp.17-21).São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N. (2004a). Prefácio. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.11-13). Campinas: Papirus.

Lipp, M.N.(2000b). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp(ISSL).* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N. (2004c). Stress emocional: Esboço da teoria de "temas de vida". In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: Pesquisas avançadas* (pp.17-30). Campinas: Papirus.

Lipp, M. N. & Guevara, A.J.H. (1994). Validação empírica do inventário de sintomas de stress. *Estudos em Psicologia, 11*(3), 43-49.

Lipp, M. E. N. & Malagris, L. E. N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp.475-490). Porto Alegre: Artmed.

Lipp, M. E. N. & Malagris, L. E. N. (2004). O stress no Brasil de hoje. In M. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.215-222). Campinas: Papirus.

Lorençon, M. (1998) Autopercepção da aluna de enfermagem ao desenvolver relação de ajuda a familiares de criança em fase terminal. *Rev. Lat.Am. Enferm., 6*(4), 57-65.

Lunardi, W. D., Sulzbach, R.C., Nunes, A.C., & Lunardi, V. L. (2001) Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. *Texto e contexto de enfermagem, 10*(3), 60-81.

Magnago, T. S. B. S. et al. (2010). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 18*(3), 429-435.

Mander, R. (2009). Good Staff: responses to childbearing loss. *Nurse Education Today, 29*(1), 117-123.

Marino, P. (1998). The effects of cumulative grief in the nurse. *Journal of Intravenous Nursing, 21*(2), 101-104.

McCrae, R.R. (1996). Social consequences of experiential openness. *Psychol. Bull*, 120, 323-337.

McCrae, R.R (2006). O que é personalidade? In C. Flores-Mendonza e R. Colom (Org.), Introdução à psicologia das diferenças individuais (pp.203-218). Porto Alegre: Artmed.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981).The measurement of experienced burnout.*Journal of Occupational Behavior, 2*(2), 99-113.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986).*Maslach Burnout Inventory* (2ª ed). Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1999). Trabalho: fonte de prazer ou desgaste*? Guia para vencer o estresse na empresa* (M. S. Martins, trad.). Campinas: Papirus.

Mazon, V., Carlotto, M.S., & Câmara, S.(2008). Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores. *Arquivo Brasileiro Psicologia*, *60*(1), 55-66.

Meltzoff, J. (2001). Confounding variables and their control. In J. Meltzoff (Org.), *Critical thinking about research: Psychology and related fields* (pp. 65-82). Washington, DC: American Psychological Association.

Meltzoff, J. (2001). Research designs and threats to internal validity. In *Critical thinking about research: Psychology and related fields* (pp. 83-100). Washington, DC: American Psychological Association

Menzies, I. E. P. (1960).Nurses under stress.*Int. Nurs. Review*, *7*(6), 9-16.

Ministério da Saúde (2009). *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal*. Acessado em 5 de novembro de 2013, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf.

Ministério da Saúde. (2012). *Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde*. Acessado em 11 de Janeiro de 2012, de http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Clientela.asp?VEstado=32&VMun=00.

Miquelim, J.D.L., Carvalho, C.B.O., Gir, E., & Pelá, N.T.R.(2004). Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 16*(3), 24-31.

Mongentale, A.P. (2011). *Stress e Reajustamento social em auxiliares de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, São Paulo.

Morán, C., Landero, R., & González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, *9*(2), 543-552.

Motta, A.B., & Enumo, S.R.F. (2010). Intervenção Psicológica Lúdica para o Enfrentamento da Hospitalização em Crianças com Câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa,26*(3), 445-454.

Murofose, N.T., Abranches, S.S., & Napoleão, A.A (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, 13*(2), 255-261.

Murta, S. G., & Tróccoli, B. T (2009). Intervenções psicoeducativas para o manejo de estresse ocupacional: um estudo comparativo. *Revista brasileira de terapia comportamental ecognitiva*, *11*(1), 25-42.

Nunes, C.H.S.S., Hutz, C.S., & Nunes, M.F.O. (2008). *Bateria Fatorial de Personalidade-BFP Manual técnico.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

O'Brien, T. B., & DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem, emotion and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. *Journal of Personality*, *64*, 775-813.

Ogandoa, B. & García, C.(2007). Morir con propiedad en el siglo XXI.*Revista Calidad Asistencial*,*22* (3), 147-53.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. Promoção da Saúde-Temas-Estilos de Vida. 2008. Acessado em 11 de abril de 2014, de http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=232

Pafaro, R.C., & De Martino, M.M.F. (2004) Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *38*(2), 152-60.

Palú, L.A, Labronici, L.,& Albini L. (2004). A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enferm*., *9*(1),33-41.

Papadatou, D., Martinson, I. M., & Chung, P. M. (2001).Caring for a dying children: A comparative study of nurses´s experiences in Greece and Hong Kong.*Cancer Nursing*, *24*(5), 402-12.

Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press

Parkes, C.M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta.* São Paulo: Summus Editorial

Parkes, K.R. (1990). Coping, negative affectivity, and the work environment: Additive and interactive predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology*, *75*(4), 399-409.

Penley, J.A., & Tomaka J. (2002). Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personal. Individ. Differ*, *32*, 1215–28

Pervin, L.A., & John,O.P. (2004). *Personalidade: Teoria e pesquisa* (8ªed). Porto Alegre: Artmed.

Phelps, S.B & Jarvis, P.A. (1994). Coping in adolescence: Empirical evidence for a theoretically based approach to assessing coping. *Journal of Youth and Adolescence, 23*(3), 359-371.

Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T., & Tamayo, M. R.(2003) Mensuração de Coping no Ambiente Ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa,19*(2) 153-158, 2003.

Preto, V.A. (2008). *O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva.* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Preto, V. A., & Pedrão, L. J. (2009) O estresse entre enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP***,** *43*(4), 841-848.

Poles, K., & Bousso, RS.(2006) Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Rev. Latino-am Enferm*., *14*(2), 207-13.

Ramos, F.P. (2012) *Uma proposta de análise do coping de grupo de mães de bebês prematuros com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. (Tese de doutoramento não publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil.

Raphael-Leff, J. (2000). Introduction: Technical issues in perinatal therapy. In J. Raphael-Leff (Org.), *Spilt milk perinatal loss & breakdown* (pp.7-16). Londres: Institute of Psychoanalysis.

Rashotte, J., Fothergill-Bourbonnais, F., & Chamberlain, M. (1997). Pediatric intensive care nurses and their grief experiences: A phenomenological study. *Heart and Lung, 26*(5), 372-386.

Ribeiro, M. C., Baraldi, S., & Silva, M. J. P. (1998). Percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual de preparo do corpo "pós-morte". *Revista Esc. Enfermagem, 33*(2), 117-23.

Rockembach, J.V., Cassarin, S.T., & Siqueira, H.C.H. (2010). Morte Pediátrica no Cotidiano de trabalho do Enfermeiro: Sentimentos e Estratégias de Enfrentamento. *Revista. Rene 11*(2), 63-71.

Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C.(2008). Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(1), 24-28.

Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ryan-Wenger, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *Am. J. Orthopsychiatry, 62*(2), 256–63

Santos, et al. (2012). Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Esc. Anna Nery, 16*(2), 277-284.

Sebastiani, R. W. (2002b). A equipe de saúde frente às situações de crise e emergência no hospital geral: Aspectos psicológicos. In V. A. Angerami-Camom (Org.), *Urgências psicológicas no hospital* (pp. 31-39). São Paulo: Pioneira

Selye, H.(1965). *Stress: A tensão da vida.* São Paulo: IBRASA.

Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., Marziale, M. H. P., & Laus, A. M.(2009). Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Revista Texto & Contexto Enfermagem, 18*(2), 330-337.

Shimizu, H. E. (2000). *As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em hospital-escola* (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Shimizu, H. E. (2007). Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem, 60*(3), 257-62.

Shimizu H. E., & Ciampone M.H.T. (1999). Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. *Revista Escola de Enfermagem USP, 33*(1) 95-106.

Shorter, M., & Stayt, L. C. (2010).Critical care nurses´experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of advanced nursing, 66*(1), 159- 167.

Silva, A., & Bianchi, E. R. F. (1992). Estresse ocupacional da enfermeira de centro de material. *Rev. Esc. Enf. USP, 26*(1), 65-74.

Skinner, E.A. (1992). Perceived control: Motivation, *coping* and development. In R. Schwarzer. *Self-efficacy: Thought control of action* (pp-91-106). Washington: Hemisphere Publishing.

Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping, and development.In Brandtstädter, J. B., & Lerner, R. M. (Eds.), *Action and self-development* (pp. 465-503). Thousand Oaks, CA: Sage.

Skinner, E.A., & Welborn, J.G. (1994). Coping during childhood and adolescence: a motivational perspective. In D.L. Feartherman, R.M. Lerner, & M. Perlumutter (Eds.),

Life-span development and behavior, (v.12, pp. 91-133), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Skinner, E.A., & Edge, K. (2002b). Self-determination, coping and development. In E.L. Deci, & R.M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp.297-337). Rochester, NY: University of Rochester Press.

Skinner, E. A., Edge, K., Altaman, J., & Sherwood, H. (2003).Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Pychological Bulletin, 129*(2), 216-269.

Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology, 58*, 119-144.

Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2009).Challenges to developmental study of coping. *New directions for child and adolescent development*, 124, 5-17.

Speece, M. W., & Brent, S. B. (1984).Children's understanding of death: a review of three components of a death concept. *Child Development, 55*(5), 1671-1686.

Stacciarini, J. M. R.(1999). *Estresse ocupacional, estilos de pensamento e coping - na satisfação, mal estar físico e psicológico em enfermeiros* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

Stacciarini, J. M. R., & Tróccoli, B. T.(2000). Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE). *Revista Latino-americana de Enfermagem ,8*(6), 40-9.

Stayt, L. (2007). Nurses experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 623-630.

Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality, 64*, 711-735.

Suls, J., & Martin, R. (2005). The daily life of the garden-variety neurotic: reactivity, stressor exposure, mood spillover, and maladaptive coping. *J. Personal.,73*, 1485–509.

Tamayo, M. R.(1997). *Relação entre a Síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília.

Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T.(2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos em psicologia, 7*(1), 37-46.

Greer, T.M. (2007). Measuring Coping Strategies Among African Americans: An Exploration of the Latent Structure of the COPE Inventory. *Journal of Black Psychology***,** *33***(**3**),** 260-277.

Torres, W. C. (2002). *A criança diante da morte: desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(5), 223-233.

Umann, J. (2011). *Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros hospitalares* (Dissertação de Mestrado). Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology.*Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 44-50.

Vollrath, M. (2001). Personality and stress.*Scand. J. Psychol,42*, 335–47

Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Van Slyke, D. A. (1997). Development and validation of the pain response inventory for children. *Psychol. Assess.,9*, 392–405

Watson, D., & Hubbard, B. (1996).Adaptational style and disposicional structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality, 64*, 737-774.

Wong, F. K. Y., Lee, W. H., & Mok, E. (2001).Educating Nurses to care the dying in Hong Kong.*Cancer Nurs., 24*(2), 112-21.

Yam, B., Rossiter, J., & Cheung, K. (2001) Caring for dying infants: Experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing, 10*(5), 651-659.

Yang, M., & Mcilfatrick, S. (2001). Intensive care nurses´experiences of caring for dying patients: a phenomenological study. *International Journal of Palliative Nursing, 7*(9), 435-441.

Zaffari, N. T., Peres, V.L., Carlotto, M.S, & Câmara, S.G. (2009). Síndrome de burnout e estratégias de coping em professores: Diferença entre gêneros. *Psicologia Iesb, 1*(2), 1-12

Zorzo, J. C. C. (2004). *O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Enfermagem Materno- Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Definição das estratégias de enfrentamento (*coping*), segundo a Abordagem Disposicional de C.S Carver

Estilos/Estratégias de *Coping*	**Definição**
1) *Coping* Ativo	Consiste no processo de estabelecer passos sucessivos para remover, atenuar ou melhorar os efeitos do estressor;
2) Planejamento	Representa a atividade de pensar sobre alternativas para lidar com um estressor por meio de estratégias de ação;
3) Supressão de atividades concomitantes	Caracteriza-se pela supressão de atividades que distraiam o sujeito do foco representado pelo estressor;
4) *Coping* moderado	Significa esperar uma oportunidade apropriada para a ação, restringindo a impulsividade;
5) Busca de suporte social por razões instrumentais	Configura-se pela procura por conselho, auxílio ou informações relativas ao estressor;
6) Busca de suporte social por razões emocionais	Busca por apoio moral, compaixão ou entendimento;
7) Reinterpretação positiva	Consiste em reinterpretar uma situação negativa ou tensa em termos positivos;
8) Aceitação	Corresponde, em um primeiro momento, à percepção do estressor como real e, em um segundo momento, à aceitação do estressor como um fenômeno natural;
9) Religiosidade	É a tendência a voltar-se para a religião como forma de aliviar a tensão;
10) Foco na expressão das emoções	É a tendência em focalizar a experiência

	de *stress*, ventilando sentimentos negativos;
11) Negação	É a recusa em acreditar na existência do estressor, ou agir como se esse não fosse real;
12) Desligamento comportamental	É o abandono das tentativas para atingir metas nas quais o estressor interfira;
13) Desligamento mental	Ocorre pela utilização de atividades alternativas para afastar o problema da mente;
14) Humor	Configura-se como a estratégia de fazer graça da situação estressora;
15) Uso de substâncias	Consiste em desviar-se do problema pelo uso de substâncias psicoativas que interfiram na capacidade de avaliação das situações.

Nota: Fonte Carver et al (1989), tradução Colossi et al. (2011)

APÊNDICE B

Definição das Famílias de *Coping*, com base na Teoria Motivacional de E. Skinner

Famílias de *Coping*	**Definição**
1)Autoconfiança	Protege os recursos sociais disponíveis através da regulação emocional e comportamental;
2) Busca por suporte	Uso dos recursos sociais disponíveis, tais como a busca por contato com as pessoas, busca de ajuda instrumental, conselho, conforto e apoio espiritual;
3)Resolução de problemas	Abrange a ação instrumental voltada à solução do problema, com o estabelecimento de estratégias, planejamento, análise lógica, esforço, persistência e determinação;
4) Busca por informação	Esforços para aprender mais sobre a situação estressante, como a leitura, observação e perguntas às outras pessoas;
5)Acomodação	Ajustamento flexível das preferências através da distração, reestruturação cognitiva, minimização, aceitação;
6)Negociação	Tentativas ativas de fazer um acordo entre suas necessidades e as restrições impostas pela situação estressante, utilizando barganha, persuasão;
7) Delegação	Comportamentos relacionados à dependência, busca mal-adaptativa por ajuda, reclamações e queixas, resmungos

	e autopiedade;
8) Isolamento	Ações dirigidas a manter-se distante das outras pessoas ou de impedi-las de saber sobre a situação estressante ou seus efeitos emocionais, tais como o isolamento social, evitar as pessoas e isolamento emocional;
9)Desamparo	Achar limitações nas ações através da confusão, interferência ou exaustão cognitiva;
10) Fuga	Inclui esforços para manter-se distante da situação estressante, através de pensamentos fantasiosos, negação, evitação comportamental e cognitiva;
11) Submissão	Desistir de suas preferências, utilizando a ruminação, perseverança rígida e pensamentos intrusivos;
12) Oposição	Compreende os comportamentos de projeção, agressão, reação de raiva, descarga e atribuição de culpa às outras pessoas.

Nota: Baseado em Skinner & Zimmer-Gembeck (2007;2009), Zimmer- Gembeck & Skinner (2008) e Skinner et al. (2003), tradução livre de F. P. Ramos (2012).

APÊNDICE C

Dados pessoais e profissionais dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Profissão	Religião	Nº de filhos	Tempo de formação (anos)	Tempo de trabalho na unidade (anos)	Curso de pós graduação /capacitação	Vínculo empregatício outra instituição
E1	F	39	TE	Católica não praticante	1	6	4	N	S
E2	F	29	E	Cardecista	1	3	1,5	N	N
E3	F	55	TE	Evangélica	3	20	4	S	N
E4	F	56	TE	Católica	1	19	4	S	N
E5	F	35	TE	Católica	0	12	12	S	N
E6	F	34	TE	Evangélica	2	5	3	S	S
E7	F	60	TE	Católica	2	4	1,5	N	N
E8	F	41	TE	Batista	2	16	3	N	S
E9	F	34	E	Católica	1	11	0,7	N	N
E10	F	29	TE	Evangélica	1	6	3	N	N
E11	F	57	AE	Católica não praticante	2	23	14	S	S
E12	F	57	AE	Evangélica (Assembleia de Deus)	0	27	25	S	N
E13	F	47	TE	Católica	3	13	5	N	S
E14	F	53	AE	Evangélica (Testemunho de Jeová)	4	12	2,5	N	N
E15	F	59	AE	Evangélica (presbiteriana)	2	32	25	S	N

Dados pessoais e profissionais dos participantes (cont.)

Participante	Sexo	Idade	Profissão	Religião	Nº de filhos	Tempo de formação (anos)	Tempo de trabalho na unidade (anos)	Curso de pós graduação /capacitação	Vínculo empregatício outra instituição
E16	F	42	TE	Católica	4	15	9	S	N
E17	F	26	E	Protestante	0	3	0,06	N	N
E18	F	52	AE	Evangélica	0	32	24	N	N
E19	F	54	AE	Evangélica	1	15	4	N	N
E20	F	36	TE	Evangélica	0	6	2	N	N
E21	F	45	TE	Evangélica	0	14	11	S	S
E22	F	30	TE	Agnóstica	1	12	5	N	S
E23	M	49	TE	Evangélica	1	18	3	N	S
E24	M	47	TE	Evangélica	2	8	3	N	S
E25	F	45	TE	Católica	2	24	21	N	N
E26	M	46	AE	Nenhuma	2	20	10	N	N
E27	F	47	TE	Evangélica	0	25	25	N	S
E28	M	44	E	Nenhuma	0	8	12	S	N
E29	F	53	E	Evangélica	1	28	30	S	S
E30	F	32	E	Evangélica	1	7	4	S	N
E31	F	44	TE	Evangélica	2	26	7	S	S
E32	F	44	E	Católica	1	20	5	N	S
E33	M	28	TE	Católica	0	3	0,7	S	S
E34	F	28	E	Católica	0	5	3	N	N
E35	F	68	E	Católica	3	42	11	S	N
E36	F	25	E	Espírita	0	2	0,2	S	S

Legenda: F= feminino; M= masculino; E=Enfermeiro; TE= Técnico de Enfermagem; AE= Auxiliar de Enfermagem; S= Sim; N= Não

APÊNDICE D

Protocolo de Dados Gerais

1. Data:
2. Nome:
3. CPF:
4. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
5. Profissão:
6. Idade:
7. Religião:
8. Estado civil:
9. Número de filhos:
10. Tempo de formação (em anos):
11. Tempo de trabalho na unidade (em anos):
12. Tem curso de Pós- graduação/ Capacitação: ( ) Sim ( ) Não

11 Se respondeu sim na questão anterior, qual sua área de especialização?

13. Emprego em outra instituição: ( ) Sim ( ) Não

APÊNDICE E

Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE)
(Stacciarini e Tróccoli, 2000)

Leia cuidadosamente cada uma das sentenças listadas abaixo, que apontam situações comuns à atuação do (a) enfermeiro (a).

Considerando o ambiente de trabalho onde se encontra no momento, indique se nos últimos seis meses elas representaram para você fontes de tensão ou estresse, de acordo com a seguinte escala:

(1) nunca (2) raramente (3) algumas vezes (4) muitas vezes (5) sempre

01. Executar tarefas distintas simultaneamente	1	2	3	4	5
02. Resolver imprevistos que acontecem no local de Trabalho	1	2	3	4	5
03. Fazer um trabalho repetitivo	1	2	3	4	5
04. Sentir desgaste emocional com o trabalho	1	2	3	4	5
05. Fazer esforço físico para cumprir o trabalho	1	2	3	4	5
06. Desenvolver atividades além da minha função Ocupacional	1	2	3	4	5
07. Responder por mais de uma função neste emprego	1	2	3	4	5
08. Cumprir na prática uma carga horária maior	1	2	3	4	5
09. Levar serviço para fazer em casa	1	2	3	4	5
10. Administrar ou supervisionar o trabalho de outras Pessoas	1	2	3	4	5
11. Conciliar as questões profissionais com as familiares	1	2	3	4	5
12. Falta de material necessário ao trabalho	1	2	3	4	5
13. Manter-se atualizada	1	2	3	4	5
14. Falta de recursos humanos	1	2	3	4	5
15. Trabalhar com pessoas despreparadas	1	2	3	4	5
16. Trabalhar em instalações físicas inadequadas	1	2	3	4	5
17. Trabalhar em ambiente insalubre	1	2	3	4	5

(1) nunca (2) raramente (3) algumas vezes (4) muitas vezes (5) sempre

18. Trabalhar em clima de competitividade	1	2	3	4	5
19. Relacionamento com os colegas enfermeiros	1	2	3	4	5
20. Relacionamento com a equipe médica	1	2	3	4	5
21. Relacionamento com a chefia	1	2	3	4	5
22. Trabalhar em equipe	1	2	3	4	5
23. Prestar assistência ao paciente	1	2	3	4	5
24. Prestar assistência a pacientes graves	1	2	3	4	5
25. Atender familiares de pacientes	1	2	3	4	5
26. Distanciamento entre a teoria e a prática	1	2	3	4	5
27. Ensinar o aluno	1	2	3	4	5
28. Executar procedimentos rápidos	1	2	3	4	5
29. Ter um prazo curto para cumprir ordens	1	2	3	4	5
30. Restrição da autonomia profissional	1	2	3	4	5
31. Interferência da Política Institucional no trabalho	1	2	3	4	5
32. Sentir-se impotente diante das tarefas a serem Realizadas	1	2	3	4	5
33. Dedicação exclusiva à profissão	1	2	3	4	5
34. Indefinição do papel do enfermeiro	1	2	3	4	5
35. Responsabilizar-se pela qualidade de serviço que a Instituição presta	1	2	3	4	5
36. Impossibilidade de prestar assistência direta ao Paciente	1	2	3	4	5
37. A especialidade em que trabalho	1	2	3	4	5
38. Atender um número grande de pessoas	1	2	3	4	5

APÊNDICE F

Inventário COPE - Escala de Estratégias de Enfrentamento (Carver et al., 1989)

Estamos interessados na forma com que as pessoas agem quando tem que fazer frente a acontecimentos difíceis ou estressantes. Existem muitas formas de tentar manejar com situações estressantes.

Nas questões abaixo, você deve indicar o que geralmente faz quando experimenta uma situação de *stress*. Responda a cada um dos itens marcando o número que corresponda às opções de resposta indicadas. Escolha suas respostas cuidadosamente, da forma mais sincera possível. Não existem respostas corretas ou incorretas. Escolha a que mais se adapta ao que **VOCÊ** pensa e não no que a maioria das pessoas responderia.

Por favor, responda todos os itens.

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada o que você fez frente a uma situação de *stress* em seu trabalho.

1 não costumo fazer isso nunca
2 costumo fazer isso um pouco
3 costumo fazer isso várias vezes
4 costumo fazer isso muito

1. Tento crescer como pessoa aproveitando o resultado para minha experiência.	1	2	3	4
2. Concentro-me em outras atividades para afastar o problema da minha mente	1	2	3	4
3. Sinto-me angustiado e deixo aflorar minhas emoções	1	2	3	4
4. Procuro conselhos de outras pessoas a respeito do que fazer	1	2	3	4
5. Concentro meus esforços em fazer algo sobre a situação	1	2	3	4
6. Digo a mim mesmo: "isto não é real"	1	2	3	4
7. Ponho minha fé em Deus	1	2	3	4
8. Rio da situação	1	2	3	4
9. Admito para mim mesmo que não posso lidar com a situação e deixo de tentar	1	2	3	4
10. Tento dissuadir-me de fazer algo de forma apressada	1	2	3	4
11. Falo dos meus sentimentos com alguém	1	2	3	4
12. Consumo álcool ou drogas para sentir-me melhor	1	2	3	4
13. Acostumo-me com a ideia de que a situação aconteceu	1	2	3	4

14. Falo com alguém para saber mais sobre a situação	1	2	3	4
15. Evito distrair-me com outros pensamentos ou atividades	1	2	3	4
16. Sonho acordado com outras coisas diferentes da situação	1	2	3	4
17. Fico angustiado e consciente da situação	1	2	3	4
18. Peço a ajuda de Deus	1	2	3	4
19. Faço um plano de ação	1	2	3	4
20. Faço piadas sobre a situação	1	2	3	4
21. Aceito que a situação aconteceu e que isso não pode ser mudado	1	2	3	4
22. Demoro em fazer algo sobre o assunto até que a situação permita	1	2	3	4
23. Tento conseguir apoio emocional de amigos ou familiares	1	2	3	4
24. Simplesmente abandono a tentativa de alcançar meu objetivo	1	2	3	4
25. Tome medidas adicionais para tentar livrar-me do problema	1	2	3	4
26. Tento fugir da situação bebendo álcool ou tomando drogas (ou medicação)	1	2	3	4
27. Recuso-me a acreditar que a situação tenha acontecido	1	2	3	4
28. Deixo aflorar meus sentimentos	1	2	3	4
29. Tento ver a situação de uma forma diferente para fazê-la parecer mais positiva	1	2	3	4
30. Falo com alguém que poderia fazer algo concreto sobre o problema	1	2	3	4
31. Durmo mais que o habitual	1	2	3	4
32. Tento encontrar uma estratégia sobre o que fazer	1	2	3	4
33. Concentro-me em lidar com o problema e se for necessário, afasto outros temas da minha mente.	1	2	3	4
34. Consigo a simpatia e compreensão de alguém	1	2	3	4
35. Bebo álcool ou tomo drogas (ou medicação) para pensar menos na situação	1	2	3	4
36. Brinco sobre a situação	1	2	3	4
37. Desisto de tentar conseguir o que quero	1	2	3	4

38. Busco algo positivo no que está acontecendo	1	2	3	4
39. Penso sobre como poderia lidar melhor com o problema	1	2	3	4
40. Ajo realmente como se o problema não tivesse acontecido	1	2	3	4
41. Asseguro-me de não piorar as coisas por agir apressadamente	1	2	3	4
42. Tento evitar que outras coisas interfiram nos meus esforços para lidar com a situação	1	2	3	4
43. Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos na situação	1	2	3	4
44. Aceito a realidade do fato de que a situação aconteceu	1	2	3	4
45. Pergunto a pessoas que tiveram experiências parecidas a minha, o que elas fizeram	1	2	3	4
46. Sinto um grande mal estar emocional e me vejo expressando muito meus sentimentos	1	2	3	4
47. Realizo uma ação direta em torno do problema	1	2	3	4
48. Tento encontrar conforto na religião	1	2	3	4
49. Obrigo-me a esperar o momento adequado para fazer algo	1	2	3	4
50. Faço graça da situação	1	2	3	4
51. Reduzo a quantidade de esforço que dedico para resolver o problema	1	2	3	4
52. Falo com alguém sobre como me sinto	1	2	3	4
53. Utilizo álcool ou drogas (ou medicação) para ajudar-me a superar o problema	1	2	3	4
54. Aprendo a viver com a situação	1	2	3	4
55. Deixo de lado outras atividades para concentrar-me no problema	1	2	3	4
56. Penso profundamente sobre que passos que devo tomar	1	2	3	4
57. Ajo como se nunca tivesse acontecido	1	2	3	4
58. Faço passo a passo o que tem que ser feito	1	2	3	4
59. Aprendo algo com a experiência	1	2	3	4
60. Rezo mais que o habitual	1	2	3	4

APÊNDICE G
Roteiro de Entrevista "*Coping* Motivacional"

(Versão adaptada da Lees, 2007)

Inicialmente, lembrar-se de fazer um breve *rapport* com o profissional da equipe de Enfermagem, dizendo que o objetivo da entrevista é conhecer mais profundamente a experiência dele no ambiente de trabalho, sobretudo em situação de morte fetal e que não existem respostas certas ou erradas, pois a proposta é que ele fale como ele lida com essa temática.

Autoconfiança 1) Quando vivencia uma situação de morte fetal no seu trabalho, *você se sente capaz de lidar sozinho com a situação? Por quê?* Caso **SIM**: *Como faz isso?*
Busca de suporte 2) Quando vivencia uma situação de morte fetal no seu trabalho, *você procura por apoio ou ajuda de alguém próximo para auxiliá-lo a lidar com a situação? Por quê?* Caso **SIM**: *Como faz isso?*
Resolução de problema 3) Quando vivencia uma situação de morte fetal no seu trabalho, *você se empenha em buscar soluções/alternativas ou planeja estratégias para lidar com a situação? Por quê?* Caso **SIM**: *Como faz isso?*
Busca por informação 4) Quando vivencia uma situação de morte fetal no seu trabalho, *você procura buscar por mais informações sobre a situação para poder lidar com ela? Por quê?* Caso **SIM**: *Como faz isso?*
Acomodação 5) Quando vivencia uma situação de morte fetal, *você aceita a situação e procura tratá-la como rotina do seu trabalho? Por quê?* Caso **SIM**: *Como faz isso?*
Negociação *6)* Quando vivencia uma situação de morte fetal no trabalho, *você acredita que é*

melhor lidar com a situação em acordo com outros profissionais ou pessoas envolvidas?Por quê? Caso **SIM**: *Como faz isso?*
Delegação *7)* Quando vivencia uma situação de morte fetal no seu trabalho, *você prefere deixar outros profissionais lidarem com a situação? Por quê?* Caso **SIM**: *Como faz isso?*
Isolamento *8)* Quando vivencia uma situação de morte fetal no seu trabalho, *você preferiria se isolar e não ter que lidar com a situação? Por quê?* Caso **SIM**: *Como faz isso?*
Desamparo 9) Quando vivencia uma situação de morte fetal no seu trabalho, *você se sente impotente e acha que não pode fazer mais nada diante da situação? Por quê?* Caso **SIM**: *Como faz isso?*
Fuga 10) Quando vivencia uma situação de morte fetal no seu trabalho, *você tem vontade de fugir da situação para não ter que lidar com ela? Por quê?* Caso **SIM**: *Como faz isso?*
Submissão 11) Quando vivencia uma situação de morte fetal no seu trabalho, *você fica pensando sobre a situação e lembrando dela constantemente? Por quê?* Caso **SIM**: *Como faz isso?*
Oposição *12)* Quando vivencia uma situação de morte fetal no seu trabalho, *você procura identificar um culpado para situação? Por quê?* Caso **SIM**: *Como faz isso?*

APÊNDICE H

Tradução livre da *Motivational Theory of Coping Scale*-MTC12 ITENS

(Lees, 2007)

Famílias de *Coping* (*Coping families*)	**Definição (*Definition)***
1)Autoconfiança (*Self reliance*)	Quanto você lida com essa situação sozinho? *How much would you deal the situation on your on?*
2) Busca por suporte*(Suport Seeking)*	Quanto você procura por apoio ou ajuda de alguém próximo a você (pais, amigos) para lidar com essa situação? *How much would you go and seek the support or help someone close to you (e.g. parent, teacher) to deal with the situation?*
3)Resolução de problemas (*Problem Solving)*	Quanto você se dedica para resolução do problema? *How much would you work on solving the problem?*
4) Busca por informação (*Information Seeking)*	Quanto você procura por mais informação sobre essa situação? *How much would you find out more information about the situation?*
5)Acomodação *(Accomodation)*	Quanto você simplesmente aceita a situação? *How much you just accept the situation?*
6)Negociação *(Negotiation)*	Quanto você tenta resolver a situação com outra pessoa ou com as pessoas envolvidas? *How much would you try to work out the situation with the other person or people involved?*
7) Delegação *(Delegation)*	Quanto você preferiria deixar outra pessoa lidar com essa situação? *How much would you rather let someone else deal with the situation?*

8) Isolamento *(Isolation)*	Quanto você gostaria de ficar só diante dessa situação? *How much would you want to go off to be by yourself (or be alone)?*
9)Desamparo*(Helplessness)*	Quanto você sente que não poderia fazer nada diante dessa situação? *How much would you feel like you couldn´t do anything about the situation?*
10) Fuga *(Escape)*	Quanto você tem vontade de fugir da situação o mais rápido possível? *How much would you want to get away from the situation as fast as possible?*
11) Submissão*(Submission)*	Quanto você sente como se não valesse nem a pena lidar com essa situação? *How much would feel it was not even worth trying to deal with the situation?*
12) Oposição*(Opposition)*	Quanto você luta pra mudar essa situação? *How much would you fight to change the situation?*

APÊNDICE I

Roteiro de Entrevista

"Aspectos cognitivos e emocionais frente à morte fetal"

Inicialmente, lembrar-se de fazer um breve *rapport* com o profissional da equipe de Enfermagem, dizendo que o objetivo da entrevista é conhecer mais profundamente a experiência dele no ambiente de trabalho, sobretudo em situação de morte fetal e que não existem respostas certas ou erradas, pois a proposta é que ele fale das suas experiências e percepções sobre essa temática.

1) O que você considera mais estressante no seu ambiente de trabalho? Cite três exemplos.
2) Caso na resposta não apareça o tema da morte ou morte fetal: Você considera estressante a situação de morte no seu ambiente de trabalho?
3) O que significa para você a morte? (Explorar pensamentos e sentimentos relacionados)
4) Você já vivenciou uma situação de morte na família e/ou amigos? Como foi?
5) E a situação de morte fetal, ou seja, a perda de um bebê durante a gestação?
6) O que significa para você a situação de morte fetal no seu contexto de trabalho?(Explorar pensamentos e sentimentos relacionados)
7) No seu ambiente de trabalho quais os procedimentos adotados diante da situação de morte fetal e qual a sua opinião sobre esses procedimentos?
8) O que você pensa e sente quando tem que auxiliar uma mãe que perdeu um bebê?
9) O que você considera que te ajudaria a lidar melhor com a situação de morte fetal no seu ambiente de trabalho? Por quê?
10) Algo mais que você gostaria de falar sobre como você percebe, pensa ou sente-se diante da situação de morte fetal no seu ambiente de trabalho?

APÊNDICE J

Termo de Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da UFES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES - CAMPUS GOIABEIRA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O BEBÊ QUE NÃO NASCEU: STRESS E COPING DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE LIDA COM A MORTE FETAL

Pesquisador: Camilla Ramos Medalane Cravinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11840413.0.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 248.750

Data da Relatoria: 04/03/2013

Apresentação do Projeto:

O presente estudo investiga como profissionais da equipe de Enfermagem lidam com a morte fetal no contexto para entrar em um completo ou adequado processo de luto por alguém que morre. A pesquisa será realizada nas seguintes etapas: 1) apresentação do projeto à direção após aprovação do Comitê de Ética; contato inicial com os participantes; 2) Aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: 1)Inventário de Sintomas de Stress para Adultos da Lipp (ISSL); 2)Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE); 3) Inventário COPE; e 3) Entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem como objetivo estudar como profissionais da equipe de Enfermagem lidam com a morte fetal no contexto para entrar em um completo ou adequado processo de luto por alguém que morre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios presente associados a construção de conhecimento. Risco ausentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na seção de metodologia o pesquisador é pouco claro quanto a forma de aplicação dos instrumento. Com relação ao uso do ISSL o participante não menciona o requisito ou não de um profissional com registro em conselho de classe de psicólogos para uso de instrumento técnico.

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-000
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-2711 **E-mail:** thiago.moraes@ufes.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES - CAMPUS GOIABEIRA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo. Dados instituicionais atualizados. Informações relevantes presentes.

Recomendações:

Apontar adequações quanto ao uso de testes psicológicos. Sinalizar aspectos éticos específicos ao uso de testes psicológicos (ex: SATEPSI; Código de ética de 2005 e Res. 002/2003.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado e de acordo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este colegiado autoriza a aprovação do presente projeto, mas solicita alterações conforme as recomendações.

VITORIA, 18 de Abril de 2013

Assinador por:
Thiago Drumond Moraes
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-000
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-2711 **E-mail:** thiago.moraes@ufes.br

APÊNDICE K

Termo de aprovação do comitê de ética em pesquisa da ME/ UFRJ

MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ

PROJETO DE PESQUISA

Título: Resiliência e indicadores emocionais e de enfretamento (coping) em contextos de vulnerabilidade para o desenvolvimento e saúde.

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06386412.1.0000.5275

Pesquisador: Ana Cristina Barros da Cunha

Instituição: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro ((ME/UFRJ))

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 91.838

Data da Relatoria: 31/08/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto é uma pesquisa-intervenção no campo da Psicologia Pediátrican tem como objetivo geral investigar e propor estratégias de prevenção aos riscos e promoção do desenvolvimento em populações em condições de vulnerabilidade física e psicossocial no contexto hospitalar. Enfoque sócio-interacionista sob uma perspectiva bioecológica do desenvolvimento, o projeto integrado englobará cinco estudos, organizados em subprojetos que totalizarão 11 trabalhos acadêmicos. Com caráter integrado, a pesquisa será conduzida na Maternidade-escola da UFRJ, onde os participantes serão gestantes de risco (diabetes gestacional e malformação fetal), crianças nascidas prematuras ou com condições crônicas de desenvolvimento e saúde e seus cuidadores; além de profissionais de saúde. A coleta de dados seguirá um delineamento de estudo exploratório descritivo com caráter quali-quantitativo e amostra aleatória não-probabilistica, deverá ocorrer em serviços de atenção integral à saúde maternoinfantil: ambulatório pré-natal; ambulatório follow-up; alojamento conjunto e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN.

Os sujeitos serão submetidos aos seguintes instrumentos para: 1) avaliação das ações de prevenção na maternidade: a) Roteiro de entrevista para avaliação das ações de prevenção; 2) avaliação das crianças: a) Escalas de avaliação do desenvolvimento precoce: Bayley-III, para acompanhamento e identificação de atrasos no desenvolvimento infantil; 3) avaliação das gestantes e dos cuidadores: a) Protocolos e Entrevistas,elaborados especificamente para cada estudo; b) Questionário - Momento da Noticia, para avaliar o impacto da noticia do diagnóstico do risco ao desenvolvimento e saúde; c) Escalas ISSL, para avaliação do estresse; d) Escala Beck, inventários BAI e BDI, para avaliação de sinais e sintomas de ansiedade e depressão; e) Escala "Modos de Enfrentamento de Problemas" EMEP; para avaliação das estratégias de coping; f) Escala de

Apego Materno-fetal, para avaliação do apego materno-fetal em gestantes; g) OMI, Observation Mediation Instrument, instrumento de observação para avaliação do padrão de mediação na interação criança-cuidador;4) avaliação dos profissionais: a) Questionário sobre concepção de prematuro,avaliação e manejo de dor, adaptado para o estudo 5.1; b) Effort-Reward Imbalance (ERI, Escala Equilibro entre Esforço e Recompensa), para avaliação do estresse em profissionais de saúde; e c) Escala de Coping Ocupacional (ECO), para avaliação do coping de profissionais frente a potenciais estressores do contexto de trabalho na UTIN; 5) intervenção com os cuidadores: a) Programa de intervenção precoce MISC, More Intelligent Sensitive Child Program; além de outros materiais e equipamentos eletrônicos e de informática. Os participantes serão recrutados no contexto hospitalar, durante consulta conjunta com os profissionais de saúde (médico, nutricionista) ou na espera para o atendimento médicohospitalar,sendo entrevistados e submetidos aos instrumentos mencionados. Serão realizadas intervenções por equipe multiprofissional (médicos,nutricionistas e psicólogos) para promoção de comportamentos mediadores do desenvolvimento infantil na interação familiar e de comportamentos mais resilientes facilitadores da adesão ao tratamento médico-hospitalar e do

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1556-9747 **Fax:** (21)1205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br; ivobasilio@me.ufrj.br

enfretamento dos potenciais estressores. Pretende-se alcançar resultados que subsidiem a elaboração e a adoção de uma prática de atenção à Saúde Materno-Infantil humanizada.

Objetivo da Pesquisa:

investigar e propor medidas de prevenção aos riscos e de intervenção/promoção do desenvolvimento em populações sob condições de vulnerabilidade física e psicossocial no contexto hospitalar. Tais medidas serão planejadas com base na avaliação, identificação e análise de indicadores emocionais e de enfrentamento, ou seja, variáveis relacionadas à condição emocional e à forma como as pessoas enfrentam (coping) situações de vulnerabilidade ao desenvolvimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto não apresenta riscos, mas sim benefícios para os sujeitos envolvidos na medida em que a partir dos instrumentos selecionados haverá intervenção psicológica e/ou psicoeducativas com as mulheres que se encontram psiquicamente vulneráveis.Também traz benefícios ao contexto hospitalar na medida em que avaliará os indicadores emocionais da amostra promovendo ações que visem a redução de danos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é bem estruturado, cuidadoso e apresenta relevância para promoção de um desenvolvimento infantil saudável, sobretudo quando se toma como referência a saúde psicossomática, na medida em que a partir dos dados coletados seu objetivo fundamental é desenvolver estratégias de intervenção precoce facilitadoras do processo de resiliência dos protagonistas envolvidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os documentos comprobatórios. O TCLE é claro indicando as modalidades de resgistro que serão utilizadas. Consta a aprovação para a pesquisa da instituição implicada.

Recomendações:

Não há recomendações, nem pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto aprovado sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Setembro de 2012

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1556-9747 **Fax:** (21)1205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br; ivobasilio@me.ufrj.br

APÊNDICE L

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. Dados sobre a pesquisa científica

Título do Projeto: O Bebê que não Nasceu: *Stress* e *Coping* da Equipe de Enfermagem que lida com a morte fetal

Orientadora: ProfªDrª Ana Cristina Barros da Cunha (Docente do PPGP/UFES)

Pesquisadora: Camilla Ramos Medalane Cravinho (Mestranda do PPGP/UFES, bolsista CAPES)

II. Informações sobre o projeto

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Objetivo: Este estudo tem como objetivo estudar como os profissionais da equipe de Enfermagem lidam com a morte fetal no contexto hospitalar de trabalho com base na investigação e análise de indicadores emocionais (*stress*) e de enfrentamento (*coping*).

Síntese dos Procedimentos: A pesquisa será realizada nas seguintes etapas: 1) apresentação do projeto à direção após aprovação do Comitê de Ética; contato inicial com os participantes; 2) Aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: 1)Inventário de Sintomas de Stress para Adultos da Lipp (ISSL); 2) Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE); 3) Inventário COPE; e 3) Entrevista.

Esclarecimentos:

a) o participante terá direito a quaisquer esclarecimentos em relação à pesquisa em qualquer momento da sua execução;

b) a participação na pesquisa é voluntária, o participante não receberá nem pagará nada para participar da pesquisa;

c) o participante tem liberdade de se recusar a participar da pesquisa e poderá se desligar em qualquer etapa, sem constrangimentos ou prejuízos de qualquer ordem;

d) o participante autoriza a gravação das entrevistas em áudio, respeitados os princípios de sigilo e confidencialidade das informações, a gravação das entrevistas será destruída após a transcrição dos dados;

e) os dados obtidos com os instrumentos ficarão em poder do pesquisador por 5 anos, serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial de todas as informações obtidas, a identificação dos participantes não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho;

f) a pesquisa não oferece quaisquer riscos aos participantes;

g) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES pelo telefone (27) 3335-2501 ou ao Comitê de Ética da UFES, Campus Goiabeiras pelo telefone 27 4009-7840 ou e-mail: cep.goiabeiras@gmail.com.

Consentimento:*Eu,*_____,

abaixo assinado, em pleno uso e gozo de minhas faculdades mentais, declaro que aceito participar da pesquisa acima referida sem qualquer ônus financeiro, pessoal ou moral. Tenho conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico; entretanto, recebi garantias de que serão mantidos absoluto sigilo e respeito sobre minha identidade. Declaro ainda que, tenho plena liberdade para me retirar deste estudo a qualquer momento que decidir, sem que haja qualquer tipo de perda ou constrangimento. Considero plenamente satisfatórias as informações prestadas, bem como as respostas às dúvidas por mim suscitadas e responsabilizando-me pela veracidade das informações por mim fornecidas. Assim, aceito assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RG ou Carteira Profissional da participante: _____ Órgão Emissor: _____-__

Vitória, ES, __ de _____ de 20___.

_____

Assinatura do Participante

Camilla Ramos Medalane Cravinho

_____

Mestranda do PPGP/UFES

_____

Profa. Dra.Ana Cristina Barros da Cunha

Orientadora

APÊNDICE M

Dados de *stress* dos participantes segundo o ISSL e IEE

Participantes	Dados de *Stress*										
	ISSL (escore/fase)								IEE (escore/fator)		
	Stress	FA	FR	FQE	FE	Sintomas			RI	FI	PEC
						F	P	FP			
E1	S	N	S	N	N	N	S	N	2,6	2,8	3
E2	S	S	N	N	N	S	N	N	1,6	2,2	1,6
E3	N	N	N	N	N	N	N	N	2	1,8	2
E4	S	N	S	N	N	S	N	N	3,6	2,9	2,6
E5	N	N	N	N	N	N	N	N	4,35	3,6	3,8
E6	N	N	N	N	N	N	N	N	1,17	1,2	1,36
E7	N	N	N	N	N	N	N	N	1,76	1,7	1,36
E8	S	N	S	N	N	N	N	S	1,7	3	2,2
E9	N	N	N	N	N	N	N	N	2,58	3,2	2,5
E10	S	N	S	N	N	N	N	S	2,88	3,5	4,27
E11	N	N	N	S	N	N	N	N	2	1,6	3,54
E12	S	N	S	N	N	S	N	N	1,35	1,9	1,18
E13	N	N	N	N	N	N	N	N	1,94	2,3	2,72
E14	N	N	N	N	N	N	N	N	1,18	1,2	1,73
E15	N	N	N	N	N	N	N	N	2,05	3,4	2,9
E16	N	N	N	N	N	N	N	N	3	2	1,9
E17	S	N	S	N	N	S	N	N	2,53	3,3	3,36
E18	S	N	S	N	N	N	S	N	2,35	3,7	3,09
E19	N	N	N	N	N	N	N	N	1,18	1,8	1,9

Legenda: S=Sim; N= Não; FA=Fase Alerta; FR=Fase Resistência; FQE=Fase de Quase-Exaustão; FE=Fase de Exaustão; F= Físicos; P= Psicológicos; FP= Físicos e Psicológicos; RI= Relacionamento Interpessoal; FIT= Fatores Intrínsecos ao trabalho; PEC= Papéis estressores da carreira.

Dados de *stress* dos participantes segundo o ISSL e IEE (cont.)

Participantes	Dados de *Stress*										
	ISSL (escore/fase)								IEE (escore/fator)		
	Stress	FA	FR	FQE	FE	Sintomas			RI	FIT	PEC
						F	P	FP			
E20	S	N	S	N	N	S	N	N	1,12	1,9	2,64
E21	S	N	S	N	N	N	S	N	2,35	1,5	1,45
E22	N	N	N	N	N	N	N	N	1,29	1,9	1,36
E23	N	N	N	N	N	N	N	N	1	1,9	1,45
E24	N	N	N	N	N	N	N	N	2,05	2,4	2,81
E25	S	N	S	N	N	N	S	N	1,47	2,2	2,36
E26	N	N	N	N	N	N	N	N	1,11	1,3	1,54
E27	N	N	N	N	N	N	N	N	2,41	1,9	3,82
E28	S	N	S	N	N	N	S	N	4,35	2,8	2,18
E29	S	N	S	N	N	N	S	N	1,76	3,2	2,36
E30	S	N	S	N	N	N	S	N	2,29	2,3	3,36
E31	S	N	S	N	N	S	N	N	1,58	2,1	3,18
E32	S	N	N	N	S	S	N	N	3,58	2,7	3,54
E33	N	N	N	N	N	N	N	N	3,82	2,7	2,45
E34	S	N	N	N	S	N	S	N	2,12	1,7	3,64
E35	N	N	N	N	N	N	N	N	2,12	1,9	3,27
E36	S	N	S	N	N	S	N	N	2,53	2	2,45

Legenda: =Sim; N= Não ;FA=Fase Alerta; FR=Fase Resistência; FQE=Fase de Quase-Exaustão; FE=Fase de Exaustão; F= Físicos; P= Psicológicos; FP= Físicos e Psicológicos; RI= Relacionamento Interpessoal; FIT= Fatores Intrínsecos ao trabalho; PEC= Papéis estressores da carreira.