



**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**  
**Departamento de Psicología y Antropología**

## **TESIS DOCTORAL**

**“LA EXPERIENCIA EMOCIONAL DE  
LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA  
COMO PRESTADORES DE CUIDADOS”**

**Doctorando:** LUIS LEITÃO SARNADAS

**Directores:** Dr. D. Florencio Vicente Castro

**Badajoz Setembro 2014**



## TESIS DE DOCTORADO

# “LA EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA COMO PRESTADORES DE CUIDADOS”

**Doctorando;** LUIS LEITÃO SARNADAS

Trabajo de investigación presentado por D. Luis Leitão Sarnadas Dirigido por el Doctor Florencio Vicente Castro Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Extremadura

Visto Bueno para su defensa.  
El Director del trabajo

Fdo.  
Florencio Vicente Castro





UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA  
Departamento de Psicología y Antropología  
**BADAJOS**

**FLORENCIO VICENTE CASTRO,**  
Profesores de Psicología Evolutiva y de la Educación  
de la Universidad de Extremadura

**CERTIFICAMOS:**

Que el presente trabajo de investigación titulado  
“Experiencia emocional dos estudantes de enfermagem  
como prestadores de cuidados” constituye el trabajo de  
investigación, original e inédito que presenta Luis Leitão  
Sarnadas para optar a la consecución del Grado de Doctor

Para que conste  
Badajoz Setembre 2014



## Agradecimentos

No final deste trabalho, cumpre-nos uma palavra de agradecimento a todos os que nos ajudaram em tal empreendimento.

Ao Sr. Professor Doutor Florêncio Vicente Castro, catedrático da Faculdade de Educação da Universidad de Extremadura, supervisor do Curso de Doutoramento e orientador desta tese, pela competência, disponibilidade e entusiasmo com que sempre me orientou.

À Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professora Maria da Conceição da Costa Bento, pelo parecer favorável e apoio, imprescindível à conciliação da nossa actividade docente com o tempo dedicado à concretização deste projecto de investigação

Àos estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, pelo entusiasmo e prontidão com que aceitaram colaborar.

Ào Pedro Parreira, Isabel Fernandes, Maria da Conceição Madanelo e José Roxo pelo incentivo e orientações pertinentes que nos foram dando.

Àos meus colegas, docentes da organização onde trabalhamos e grupo de doutorandos a que pertencemos, pela partilha de saberes e incentivo.

À minha família pelo apoio que sempre demonstrou

A todos, a minha sincera gratidão



## Índice

Resumo .....	13
Resumen.....	15
Abstract .....	17
Resumen ampliado .....	19
Introdução.....	84
Capítulo I - Enquadramento Teórico.....	86
1 – O Cuidar e a Prestação de Cuidados .....	87
1.1 - Alguns procedimentos utilizados no cuidar .....	89
1.2 - Eventos associados ao cuidar .....	99
1.3 - Estratégia para aprender a cuidar .....	104
2 – Emoções .....	110
2.1 – Teoria das emoções .....	112
2.2 – As emoções no processo de cuidar .....	123
2.3 – Estratégia para gerir emoções .....	132
2.4 - Intervenção Pedagógica na Gestão de Emoções .....	138
2.5 - Experiências Emocionais do Enfermeiro Descritas em Investigações .....	140
Capítulo II - Enquadramento Metodológico .....	146
1 – Metodologia .....	147
1.1 – Problemática, Objectivos e Questões de investigação .....	147
1.2 - Tipo de Estudo .....	148
1.3 - Abordagem Qualitativa .....	149
1.3.1 – Participantes no Estudo .....	149
1.3.2 - Instrumentos de Colheita de Informação .....	150
1.3.3 - Tratamento da Informação .....	152
1.3.4 - Procedimentos Formais e Éticos .....	153
1.4 - Abordagem Quantitativa .....	154
1.4.1 - Participantes no Estudo .....	154
1.4.2 - Instrumento de Colheita de Informação .....	154
1.4.3 – Tratamento da Informação .....	159



1.4.4 – Procedimentos Formais e Éticos .....	159
2 – Hipoteses .....	159
2.1 – Hipóteses planeadas .....	159
3 – Variáveis .....	160
3.1 – Variáveis Dependentes .....	160
3.1 – Variáveis Independentes .....	160
Capítulo III – Apresentação e Análise da Informação .....	162
1 – A experiência emocional dos estudantes como prestadores de cuidados .....	163
1.1 – Informação das Narrativas de Aprendizagem .....	164
1.2 - Informação das Narrativas Temáticas .....	190
2 – Apresentação dos Resultados dos Questionários .....	204
2.1 – Caracterização da Amostra .....	204
2.2 – Avaliação das emoções na prestação de cuidados .....	208
2.3 – Relações entre as emoções envolvidas na prestação de cuidados e o sexo dos estudantes .....	233
2.4 – Relações entre as emoções envolvidas na prestação de cuidados e o ano de curso dos estudantes .....	236
Capítulo IV – Síntese e Discussão da Informação .....	240
1 – Narrativas de Aprendizagem e Narrativas Temáticas .....	243
2 – Questionário .....	250
Conclusões do estudo .....	257
Referências Bibliográficas .....	262
<b>Anexos:</b> Anexo 1 – Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de informação	
Anexo 2 – Narrativas de Aprendizagem	
Anexo 3 – Narrativas Temáticas	
Anexo 4 - Questionário	

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Composição dos factores, cargas factoriais, comunalidade, variância explicada, média da correlação item-total e confiabilidade dos factores .....	158
Quadro 2 – As dificuldades emocionais evidenciadas pelos estudantes na prestação de cuidados .....	166

Quadro 3 – Os sentimentos percebidos pelos estudantes na prestação de cuidados .....	169
Quadro 4 - O Medo / Receio evidenciado pelos estudantes na prestação de cuidados .....	174
Quadro 4 - O Medo / Receio manifestado pelos estudantes na prestação de cuidados (continuação) .....	175
Quadro 5 – Tristeza/desânimo manifestado pelos estudantes na prestação de cuidados .....	178
Quadro 6 – Surpresa / Choque sentido pelos estudantes na prestação de cuidados .....	180
Quadro 7 – Vergonha / Embaraço manifestado por um estudante na prestação de cuidados .....	182
Quadro 8 – Amor/confiança relatado pelos estudantes na prestação de cuidados	183
Quadro 9 – Prazer / agrado sentido pelos estudantes na prestação de cuidados .	184
Quadro 10 – Ira / Indignação sentida pelos estudantes na prestação de cuidados	185
Quadro 11 – Aversão / Desagrado manifestado pelos estudantes na prestação de cuidados .....	186
Quadro 12 - Estratégias adoptadas pelos estudantes para gerir as emoções .....	188
Quadro 13 – Respostas dos estudantes à questão: Que emoções lhe suscitam a prestação de cuidados aos doentes? .....	192
Quadro 14 – Respostas dos estudantes à questão: “Que Cuidados prestados ao doente lhe suscitam mais Emoções”? .....	195
Quadro 15 – Respostas dos Estudantes à Questão: “Que sensações são mais marcantes na Prestação de Cuidados”? .....	198
Quadro 16 – Respostas dos Estudantes à Questão: “Que Estratégia utiliza para Gerir as Emoções? .....	201
Quadro 17 – Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados à Comunicação com os utentes pelos estudantes em Ensino Clínico	210
Quadro 18 – Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados a Situações em que os Estudantes lidam com a morte de utentes em Ensino Clínico .....	213
Quadro 19 – Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados a Situações em que os Estudantes Cuidam do Corpo após a morte	

de utentes em Ensino Clínico .....	216
Quadro 20 – Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados a Situações em que os Estudantes prestam Cuidados de Higiene a utentes em Ensino Clínico .....	219
Quadro 21 – Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes prestam cuidados à ferida a utentes em ensino clínico .....	222
Quadro 22 – Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam o cateterismo vesical a utentes em ensino clínico .....	225
Quadro 23 – Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam punções venosas a utentes em ensino clínico .....	228
Quadro 24 – Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam a ressuscitação Cardio-respiratória a utentes em ensino clínico .....	231
Quadro 25 - Relações entre as emoções envolvidas na prestação de Cuidados e o sexo dos estudantes .....	235
Quadro 26 - Relações entre as emoções envolvidas na prestação de Cuidados e o ano de Curso dos Estudantes .....	240
Quadro 27 - Relações entre as emoções envolvidas na prestação de Cuidados e o ano de Curso dos Estudantes (continuação) .....	241

### **Índice de Diagramas**

Diagrama 1 – Dificuldades emocionais sentidas pelos estudantes na prestação de cuidados .....	167
Diagrama 2 – Sentimentos percebidos pelos estudantes na prestação de cuidados .....	170
Diagrama 3 – O Medo/receio percebido pelos estudantes na prestação de cuidados .....	176
Diagrama 4 – A Tristeza/desânimo percebido pelos estudantes na prestação de cuidados .....	179
Diagrama 5 – Surpresa/choque sentido pelos estudantes na prestação de cuidados .....	181

Diagrama 6 – O Prazer / Agrado percebido pelos estudantes na prestação de cuidados .....	184
Diagrama 7 – A aversão / desagrado manifestado pelos estudantes na prestação de cuidados .....	187
Diagrama 8 – Estratégias adoptadas pelos estudantes para gerir as emoções na prestação de cuidados .....	190
Diagrama 9 – Emoções na prestação de cuidados aos doentes .....	193
Diagrama 10 – Cuidados que suscitam mais emoções.....	196
Diagrama 11 – Sensações marcantes na prática de Cuidados .....	199
Diagrama 12 – Estratégia para gerir as emoções na prestação de Cuidados .....	203
Diagrama 13 – Experiência emocional dos estudantes de enfermagem como prestadores de cuidados .....	249

#### **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Distribuição da Idade dos Estudantes .....	205
Tabela 2 - Distribuição dos Estudantes segundo o Sexo .....	206
Tabela 3 - Distribuição dos Estudantes segundo o Estado Civil .....	207
Tabela 4 – Distribuição da frequência de estudantes por ano do curso .....	208
Tabela 5 - Resumo da experiência Emocional dos estudantes como prestadores de cuidados .....	66
Tabela 5 - Resumo da experiência Emocional dos estudantes como prestadores de cuidados .....	244

#### **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 – Distribuição das Idades dos Estudante .....	206
Gráfico 2 - Distribuição dos Estudantes segundo o Sexo .....	207
Gráfico 3 - Distribuição dos Estudantes segundo o Estado Civil .....	208
Gráfico 4 - Distribuição dos Estudantes por ano de Curso .....	209
Gráfico 5 - Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados à Comunicação com os utentes pelos estudantes em Ensino Clínico ...	211
Gráfico 6 - Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados a Situações	

em que os Estudantes lidam com a morte de utentes em Ensino Clínico .....	214
Gráfico 7 - Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados a situações em que os estudantes cuidam do corpo de utentes após a sua morte .....	217
Gráfico 8 - Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes prestam cuidados de higiene a utentes .....	220
Gráfico 9 - Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes prestam cuidados à ferida a utentes .....	223
Gráfico 10 - Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam o cateterismo vesical a utentes .....	226
Gráfico 11 - Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam punções venosas a utentes .....	229
Gráfico 12 - Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam a ressuscitação cardio-respiratória a utentes .....	232
Gráfico 13 - Resumo da experiência Emocional dos estudantes como prestadores de cuidados .....	244
Gráfico 13 - Resumen de la experiencia emocional de los estudiantes como prestadores de cuidados .....	66
Gráfico 14 – Síntesis de la evaluación de emociones en las diferentes prácticas de Cuidados .....	75
Gráfico 14 – Síntese da avaliação de Emoções nas diferentes práticas de Cuidados .....	255

## Resumo

Este estudo pretende dar visibilidade á experiência emocional do estudante na prestação de cuidados em ensino clínico. Formulámos como objectivos: identificar as emoções presentes na interacção estudante / doente; identificar os cuidados geradores de maior impacto emocional no estudante; compreender a maneira como os estudantes gerem o impacto emocional da prestação de cuidados.

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva composta por uma abordagem qualitativa e quantitativa. A primeira, de natureza exploratória, em que na colheita de informação se recorreu a narrativas de aprendizagem e a narrativas temáticas. A segunda, é uma abordagem quantitativa, com recurso a um questionário que incluiu a escala de avaliação de emoções.

Das trinta e uma narrativas de aprendizagem analisadas e com recurso à análise de conteúdo de Bardin, obtivemos como categorias emergentes: dificuldades emocionais, sentimentos percebidos, emoções sentidas e estratégias para gerir emoções.

Como cuidados prestados aos doentes que suscitam emoções, surgiram: a comunicação, os cuidados de doentes em fase terminal, as manobras de ressuscitação cardio-respiratória, cuidados pós morte e a execução de procedimentos. Numa segunda etapa do estudo solicitámos a oito estudantes, a realização de uma narrativa para aprofundar a informação anteriormente obtida nas narrativas de aprendizagem e que desse resposta a quatro questões orientadoras: Que emoções lhe suscitam a Prestação de Cuidados aos Doentes? Que cuidados lhe suscitam mais emoções? Que sensações são mais marcantes na prestação de cuidados e Que Estratégias utiliza para gerir as emoções?

A terceira etapa do estudo foi descritiva e analítica, com o recurso a um questionário aplicado a 411 estudantes que realizaram ensino clínico em cuidados diferenciados. Este incluiu variáveis socio demográficas e a Escala de Avaliação de Emoções.

Os 24 itens da Escala avaliam os seguintes indicadores: Medo; Felicidade; Ansiedade; Culpa; Cólera; Surpresa e Tristeza. Solicitou-se assim que perante a prática de cuidados tais como a comunicação; o lidar com a morte; o cuidado ao corpo após a morte, os cuidados de higiene; os cuidados à ferida; o cateterismo vesical, a punção venosa e a ressuscitação cardio-respiratória, o estudante identificasse a emoção que a mesma lhe suscitava e ainda a quantificassem de 1 a 10.

A comunicação e o lidar com o fim de vida, foram os aspectos mais valorizados pelos estudantes, apresentando por isso médias mais elevadas

Como cuidados menos valorizados pelos estudantes, encontrámos a ressuscitação cardio-respiratória; o cuidado ao corpo após a morte, os cuidados de higiene; os cuidados à ferida; o cateterismo vesical e por último a punção venosa.

A felicidade, o medo e a surpresa estiveram muito presentes nos procedimentos acima mencionados. Consideramos que a felicidade está relacionada com a oportunidade que o estudante tem de realizar a experiência, associado ao medo do insucesso ou ao sofrimento que pode provocar na pessoa e a surpresa pela imprevisibilidade que o procedimento lhe provocou. A tristeza surge unicamente nos procedimentos que envolvem o fim de vida e com os cuidados após a morte.

Ao testarmos as hipóteses formuladas podemos verificar algumas diferenças de médias relativas às emoções envolvidas na prestação de cuidados, entre os estudantes do sexo masculino e feminino e entre os diferentes anos do curso.

## Resumen

Este estudio pretende dar visibilidad a la experiencia emocional del estudiante en la prestación de cuidados en la formación clínica. De este modo, se formularon los siguientes objetivos: identificar las emociones presentes en la interacción entre el estudiante y el paciente; identificar los cuidados que generan un mayor impacto emocional en el estudiante, y comprender la manera como los estudiantes gestionan el impacto emocional de la prestación de cuidados.

Se trata de una investigación retrospectiva con enfoque cualitativo y cuantitativo. En el primero, de naturaleza exploratoria, se recurrió, en la recogida de información, a narrativas de aprendizaje y narrativas temáticas. El segundo se trata de un enfoque cuantitativo en el que se recurrió a un cuestionario que incluyó la escala de evaluación de emociones.

De las treinta y una narrativas de aprendizaje analizadas y en las que se recurrió al análisis de contenido de Bardin, obtuvimos como categorías emergentes: dificultades emocionales, sentimientos percibidos, emociones sentidas y estrategias para gestionar emociones.

Como cuidados prestados a los pacientes que suscitan emociones, surgieron: la comunicación, el cuidado de pacientes en fase terminal, las maniobras de reanimación cardiorrespiratoria, el cuidado posmorte y la ejecución de procedimientos.

En una segunda etapa del estudio, solicitamos a ocho estudiantes que realizasen una narrativa para profundizar en la información anteriormente obtenida en las narrativas de aprendizaje y que respondiese a cuatro cuestiones orientadoras: ¿Qué emociones le suscita la prestación de cuidados a los pacientes? ¿Qué cuidados le suscitan más emociones?

¿Qué sensaciones marcan más en la prestación de cuidados y qué estrategias utiliza para gestionar las emociones?

La tercera etapa del estudio fue descriptiva y analítica, y se recurrió a un cuestionario aplicado a 411 estudiantes que realizaron la formación clínica en atención diferenciada. En este cuestionario, se incluyeron una serie de variables sociodemográficas y la Escala de Evaluación de Emociones.

Los 24 ítems de la escala evalúan los siguientes indicadores: miedo; felicidad; ansiedad; culpa; cólera; sorpresa y tristeza. De este modo, se pidió que, ante la práctica de cuidados tales como la comunicación; el hacer frente a la muerte; el cuidar el cuerpo después de la muerte; el cuidar la higiene; el cuidar las heridas; el



cateterismo vesical, la punción venosa y la reanimación cardiopulmonar, el estudiante identificase la emoción que la misma le suscitaba y que la calificase del 1 al 10.

La comunicación y el hacer frente a la muerte fueron los aspectos más valorados por los estudiantes, por lo que presentaron medias más elevadas.

Entre los cuidados menos valorados por los estudiantes, encontramos la reanimación cardiopulmonar; el cuidar el cuerpo después de la muerte; el cuidar la higiene; el cuidar la herida; el cateterismo vesical y, por último, la punción venosa.

La felicidad, el miedo y la sorpresa estuvieron muy presentes en los procedimientos anteriormente mencionados. A este respecto, consideramos que la felicidad está relacionada con la oportunidad que el estudiante tiene de realizar esta experiencia, asociada al miedo al fracaso o al sufrimiento que puede provocar en la persona y la sorpresa por la imprevisibilidad que el procedimiento le provocó. La tristeza surge únicamente en los procedimientos que implican el fin de la vida y los cuidados posmorte.

Al comprobar las hipótesis formuladas, podemos observar algunas diferencias de medias relativas a las emociones relacionadas con la prestación de cuidados entre los estudiantes del sexo masculino y femenino, y entre los diferentes años de los estudios.

## Abstract

This study aims to provide visibility to the student's emotional experience during the provision of care in clinical teaching. The following objectives were set out: to identify emotions in the student/patient interaction; to identify the type of care generating greater emotional impact on students; and to understand how students manage their emotional impact of care provision.

This is a retrospective study comprising both a qualitative and a quantitative approach. The former, of exploratory nature, was used to collect information through learning narratives and thematic narratives. The latter was a quantitative approach using a questionnaire which included the Assessing Emotions Scale.

Of the thirty-one learning narratives analyzed using the Bardin's content analysis, the following categories emerged: emotional difficulties, perceived feelings, emotions felt, and strategies to manage emotions.

The types of care which raised emotions were as follows: communication, end-of-life care, cardiopulmonary resuscitation maneuvers, post-mortem care, and the implementation of procedures.

In a second stage of the study, we asked eight students to write a narrative to deepen the information that had been previously obtained in the learning narratives and to answer four guiding questions: Which emotions rose from the Provision of Care to Patients? What types of care raised more emotions? Which sensations were more striking in the provision of care?, and What strategies did you use to manage emotions?

The third stage of the study was descriptive and analytical, with the application of a questionnaire to 411 students who developed their clinical teaching in differentiated care. The questionnaire included socio-demographic variables and the Assessing Emotions Scale.

The 24 items of the Scale assessed the following indicators: Fear; Happiness; Anxiety; Guilt; Anger; Surprise and Sadness. Thus, the student was asked to identify the emotion that he/she had felt and to rate it between 1 and 10, taking into account practice related-aspects such as communication; dealing with death; post-mortem care; hygiene care; wound care; urinary and venous catheterization and cardiopulmonary resuscitation.

Communication and dealing with death were the most valued aspects by the students, thus showing the highest mean scores.

The students' least valued aspects were cardiopulmonary resuscitation; post-mortem care; hygiene care; wound care; urinary catheterization; and, lastly, venous catheterization.

Happiness, fear and surprise were very present during the above-mentioned procedures. We believe that happiness was related to the student's opportunity to enjoy this experience, associated with either fear of failure or the suffering that he/she might cause to the patient, and the surprise at the unpredictability of the procedure. Sadness arose only during the end of life and post-mortem care procedures.

After testing the formulated hypotheses, we found some differences in the mean results between male and female students' emotions involving the provision of care and between students from different course years.

## Resumen ampliado

### **Problemática**

La Licenciatura de Enfermería incluye dos momentos distintos, uno de naturaleza teórica y otro de naturaleza práctica. El primero engloba un conjunto de asignaturas que permite al estudiante adquirir los conocimientos y las habilidades intelectuales necesarios para llevar a cabo sus intervenciones con el paciente y la familia.

Para facilitar la realización de estas actividades y para reducir la sensación de inseguridad y ansiedad se realizan clases de naturaleza teórico-práctica y prácticas de laboratorio en las que se promueve el entrenamiento de habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras en situaciones simuladas. Con ellas, se pretende proporcionar al alumno mayor sensación de seguridad y menos riesgo para el paciente.

Después de un período teórico en las instalaciones de la escuela, se inicia el período práctico, al que denominamos «formación clínica» y que se realiza en diversas unidades sanitarias de la ciudad de Coímbra.

La formación clínica se espera con gran expectativa por el papel que el alumno desempeñará en relación a los pacientes. Normalmente, este aspecto se vive con gran entusiasmo, por un lado, y, por otro, con cierta ansiedad, pues pasará de un medio conocido, la escuela, a una unidad de internamiento en la que no sabe cómo se le recibirá y se le integrará en las actividades profesionales, y en la que no conoce el estilo ni el modelo de supervisión utilizado por el profesor ni las repercusiones. Estos aspectos se evaluarán en la formación clínica.

La integración del alumno en los servicios la planea, normalmente, el profesor orientador y el jefe o responsable de la misma, y tiene como objetivo dominar el espacio físico, las características y la organización del trabajo.

Para el alumno, es fundamental desarrollar sus actividades en un espacio y una organización que conoce, saber quién está directamente envuelto y es responsable de su aprendizaje para poder alcanzar los objetivos establecidos para esta fase de los estudios.

Cuando alguien aprende una profesión debe ser «iniciado nas suas convenções, dificuldades, limitações, saberes e linguagens específicas, esquemas de pensamento e de acção » (Alarcão, 1996, pág. 18). El aprendizaje debe darse en una atmósfera afectiva y relacional positiva, es decir, un lugar donde subyazca el espíritu de

colaboración, reciprocidad, apertura, autenticidad, cordialidad y empatía. Esta atmósfera de seguridad permitirá al profesor detectar las dificultades que el alumno tiene y la ayuda que necesita.

Los alumnos también se enfrentan a realidades particularmente agresivas, tales como situaciones de alta morbilidad y/o mortalidad; situaciones terminales, desfigurativas, debilitantes y de dependencia excesiva. Estas situaciones de salud que se revisten de gravedad tienen, normalmente, un gran impacto emocional para el paciente, la familia y el equipo terapéutico, y exigen al alumno mucha dedicación y mucho empeño, para lo cual, muchas veces, no tiene madurez social ni emocional.

Para los profesores debe constituir una preocupación constante poder proporcionar al alumno situaciones de aprendizaje que permitan un desarrollo técnico y humano continuo y progresivo, en las que se tengan en cuenta los riesgos que las situaciones implican y se enseñe a adoptar estrategias que reduzcan el riesgo de actuación y que refuercen, al mismo tiempo, las competencias personales globales del estudiante.

En la prestación de cuidados, trabajar con seguridad es una necesidad natural e inherente a la condición humana, y vivir las situaciones de aprendizaje en un ambiente de seguridad, sin que estas constituyan un riesgo para el alumno de enfermería, ya sea este de naturaleza física, psicológica o emocional, es un derecho de cada una de las personas que intervienen en la formación clínica.

A este respecto, sabemos que ninguna profesión está exenta de riesgos, por lo que es fundamental conocerlos para evitarlos o reducirlos y promover, desde la formación inicial, la reflexión crítica de la actuación para que se adopten comportamientos seguros.

Puesto que sabemos que la formación clínica constituye un momento de gran implicación emocional, hemos escogido como tema de estudio «La experiencia emocional de los estudiantes de enfermería como prestadores de cuidados», con el cual se pretende:

Identificar las emociones presentes en la interacción entre el estudiante que presta los cuidados y los pacientes;

Identificar los cuidados que generan un mayor impacto emocional en el estudiante;

Comprender la manera como los estudiantes gestionan el impacto emocional de la prestación de cuidados.

El presente documento escrito está estructurado en cuatro partes. En la primera se trata el marco teórico, en el cual abordaremos algunos aspectos del cuidado y de la prestación de cuidados; algunos procedimientos utilizados en el cuidado; los hechos asociados al cuidado y las estrategias para aprender a cuidar; las emociones y las

teorías de las emociones; la emoción relacionada con el proceso del cuidado; las estrategias para gestionar las emociones; la intervención pedagógica en la gestión de emociones, y las experiencias emocionales de los enfermeros descritas en las investigaciones. En la segunda parte, se describe la metodología utilizada, el tipo de estudio realizado, las variables implicadas, las hipótesis establecidas, la selección de la población sobre la cual se realizó el estudio, así como los aspectos relativos a la recogida y al tratamiento de la información. En la tercera parte del trabajo, se presentarán y analizarán los resultados; en la cuarta se realizará la síntesis y discusión de los mismos y por último la conclusión del estudio.

## **Marco teórico**

### **PARTE I**

#### **El cuidado y la prestación de cuidados**

La enfermería es una profesión que gira en torno a la relación enfermero-usuario y que exige que el enfermero tenga «um comprometimento consigo e com os outros» (Pires y Goês, 2008, pág. 185).

Para estos autores, se aprende a cuidar a través de la experiencia y de la reflexión sobre el trabajo realizado, e implica desarrollar un sistema de valores que incluye el interés sincero, la atención y el afecto, basado en el respeto hacia la persona como ser único (ídem).

Para Ferreira, citado por este autor (2008, pág. 186), cuidar «implica centrar-se na especificidade da pessoa humana tendo em conta a identidade, a cultura, sentimentos e emoções próprias e individuais».

Una ausencia de relación válida entre la persona cuidada y la que cuida, así como la falta de un trabajo relacional intenso deshumaniza los cuidados y despersonaliza el papel del enfermero. En la relación interpersonal, la comunicación es una condición de nuestra humanidad y la forma como el enfermero se comunica con el usuario traduce la calidad de esa relación (ídem).

El cuidado también se manifiesta en los gestos, en el tacto, en el tono de voz, en el estar cerca, en el mostrar formas de presencia e interés. Entre las actitudes que manifiestan un cuidado se encuentran saber oír, compartir pensamientos y ser confidente (ídem).

Collière (2003) caracteriza el tipo de cuidados que se prestan o ejecutan de acuerdo con la o las finalidades que se pretende conseguir. De este modo, caracteriza los

cuidados como de compensación, de mantenimiento de la vida, de estimulación, de bienestar, de parecer y de apaciguamiento.

Los cuidados de compensación son los que solventan los efectos de las pérdidas y que derivan de disminuciones sensoriomotoras, ya sean de tipo visual, táctil, motor y de pérdida del control de esfínteres.

Los cuidados de mantenimiento de la vida son complementarios a los cuidados de compensación, pues sustentan y mantienen la capacidad de hacer frente a las necesidades de la vida cotidiana, en concreto, comer, lavarse, vestirse, desplazarse o eliminar.

Los cuidados de estimulación permiten readquirir las capacidades que habían quedado disminuidas o transitoriamente perdidas (hemiplejía, coma), así como adquirir nuevas capacidades. Los cuidados de bienestar pretenden confortar, fortalecer física y afectivamente para mantener las capacidades existentes y reconquistar las que se pueden recuperar.

Los cuidados de parecer pretenden limitar la degradación de la imagen del cuerpo, así como el sentimiento de decadencia y sufrimiento moral.

Por último, los cuidados de apaciguamiento contribuyen a soportar los momentos de sufrimiento. Estos cuidados tienen preponderancia en patologías dolorosas y en personas moribundas.

Los cuidados de compensación y los de manutención de la vida son los que predominan, tanto en las situaciones de enfermedad aguda y crónica como en el proceso de envejecimiento.

Según el Colegio de Enfermería (2001, pág. 8), en su definición de los patrones de calidad para los cuidados de enfermería, considera que estos ayudan a la persona a lo largo del ciclo vital a prevenir la enfermedad y a promover los procesos de readaptación, «procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente».

En la gestión de los recursos sanitarios, los enfermeros, al promover el aprendizaje, aumentan el repertorio de los recursos personales, familiares y comunitarios para hacer frente a los desafíos de la salud.

Hesbeen (2006, pág.14) añade el concepto de calidad de los cuidados, pues esta «é observável, mensurável e pode ser melhorada com a aquisição de novos conhecimentos e capacidades ou com a utilização de novos meios; a qualidade do cuidado, essa requer a presença particular, logo, sensível, de um profissional-sujeito

que decidiu pessoalmente impregnar de cuidado os cuidados que presta, os actos que realiza».

### **Algunos procedimientos utilizados en el cuidado**

Los estudiantes de formación clínica mencionaron, en las narrativas de aprendizaje y en las narrativas temáticas, dificultades emocionales en procedimientos tales como los cuidados de higiene, el cateterismo venoso, el cuidado de heridas, el cateterismo vesical, la comunicación, la parada cardiorrespiratoria y el cuidado posmorte al cuerpo. En una primera etapa, el aprendizaje de estos procedimientos forma parte, como menciona Callara (2008), del aprendizaje experiencial, en el que los estudiantes no solo adquieren los conocimientos y habilidades esenciales para los enfermeros, sino también la forma como estos se integran en su práctica.

Este autor considera además que el aprendizaje es más eficaz cuando resulta de la exposición al mundo laboral real, a los otros profesionales y a su integración en el cuidado de los enfermos (ídem).

A los estudiantes de formación clínica se les exige que conozcan a los usuarios, sus problemas de salud y que sepan integrar la realización de los diferentes procedimientos en su resolución.

La realización implica al usuario y/o a la familia y requiere que el estudiante, mediante la orientación de un tutor o profesor, proceda a la preparación del material; a la preparación de las condiciones ambientales y de privacidad necesarias; a la preparación del usuario, informándolo y obteniendo su consentimiento; a la realización de las diferentes etapas del procedimiento y, por último, a la realización los registros.

Sá Chaves (2000), citando a Schön, expone que la confrontación con cada situación problema exige que se dialogue, que se conozcan los entresijos, las encrucijadas, la revelación de la complejidad, la comprensión del dinamismo, sus actores y los matices que cada cual le atribuye y le añade, como primer paso en la búsqueda de la solución adecuada para cada caso. Después es cuando se puede recurrir a la vasta gama de saberes, científicos y técnicos, seleccionando y ajustando las hipótesis de acción que se aproximen a los niveles de calidad que las situaciones exigen.

Para la autora, la situación es siempre la misma y siempre otra, en un proceso inacabado que es la mejor garantía de la posibilidad de mejora y el acceso a los niveles más elevados de calidad.



Los contextos son inestables e inciertos, en una dinámica que genera, momento a momento, las condiciones que hacen de cada situación un caso único, singular y en evolución.

El cambio de contextos, de los otros y de nosotros mismos. Si actuamos es porque creemos y sabemos lo suficiente para intervenir de forma cualificada. «Ninguém pode esperar que no momento decisivo da intervenção, se chame o especialista em psicologia para nos ler e traduzir a complexa teia de inseguranças, medos e angustias» (ídem, pág. 91).

No se trata de más competencias, sino de comprender cómo las múltiples subcompetencias se interrelacionan de forma coherente, configurando una matriz epistemológicamente diferenciada.

La competencia es multidimensional y compleja, y equivalente a la propia complejidad de las situaciones que constituyen el ejercicio normal de estas profesiones. La meta-competencia reflexiva añade calidad a la acción, a través de una reflexión más compleja que la justifica, evalúa y regula de forma continua.

#### Cuidados de higiene

Para Fonseca (2013), el baño apareció como un cuidado de enfermería que permite al enfermero cuidar de la persona, percibir sus necesidades y crear lazos de relación en un espacio incomparable de presencia y contacto directo entre enfermero/persona.

En el hospital, los cuidados relativos a la higiene constituyen un ritual que pone a dos cuerpos frente a frente y los sitúa en una relación de proximidad que sobrepasa el espacio privado de cada uno, en una proximidad corporal que no deja indiferente ni al cuerpo del enfermero o cuidador ni al de la persona cuidada. La interacción entre ellos se caracteriza por una asimetría, en la que la persona cuidada, por ser un cuerpo enfermo, depende del otro (Salvado, 2010).

Se recomienda a los alumnos que «respeitem o pudor do doente, que evitem desnudá-lo completamente, destapando-o apenas em parte de cada vez, para evitar constrangê-lo; mas nada se diz sobre o constrangimento do próprio prestador de cuidados» (Mercadier, 2004, pág. 3).

Las emociones que surgen por el contacto con el cuerpo del enfermo se ignoran como si no existiesen, se consideran como un espacio en blanco sobre una vida emocional intensa en la que se mantiene a los prestadores de cuidados en una posición de neutralidad emocional (ídem).

En relación a las orientaciones de ejecución, el Manual de Normas de Enfermería del Ministerio de Sanidad, ACSS (2011), considera fundamental consultar el proceso

clínico para poder individualizar, diagnosticar, planear los cuidados y evaluar los resultados. Asimismo, considera importante comprobar las condiciones ambientales de la unidad (la temperatura, ventilación e iluminación) y lavar y secar el cuerpo, comenzando por las zonas más limpias y continuando por las más sucias, haciendo hincapié en orejas, axilas, ombligo, pliegues cutáneos y espacios interdigitales.

En resumen, podemos concluir que los cuidados de higiene son complejos porque exigen que el estudiante ponga en marcha competencias cognitivas, técnicas y relacionales (Sarroeira, 2011).

La dificultad que presentan en su realización no tiene tanto que ver con la naturaleza técnica, sino con el acceso a la privacidad e intimidad del enfermo, con tener la obligatoriedad de proteger el cuerpo del enfermo y respetar su pudor.

Muchas veces, el estudiante tiene también dificultad en gestionar la sensación de pudor (*constrangimento*) que surge por el contacto con el cuerpo del enfermo.

#### Cateterismo venoso

Según el ACSS (2011), el cateterismo venoso consiste en una serie de acciones que se realizan durante la introducción de un catéter en una vena periférica con fines terapéuticos y/o diagnósticos. Se trata de una actividad realizada por el enfermero que le permite garantizar el acceso al sistema venoso.

La realización de un cateterismo venoso implica al usuario y requiere que el estudiante, con la orientación de un tutor o profesor, proceda a la preparación del material, del usuario, del ambiente y, en una última etapa, a la realización de los registros.

Antes de realizar la cateterización, debe procederse a la selección y gestión de los lugares que se van a puncionar. En la cateterización, debe garantizarse una técnica aséptica en la punción, un rigor en la manipulación del catéter, del sistema y del lugar de inserción y, por último, deben realizarse los registros, en los que se señala el día y la hora en que se realizó, el tipo de catéter utilizado, los resultados obtenidos y la información dada al paciente.

A modo de resumen, al realizar este procedimiento, las mayores dificultades con las que el estudiante se encuentra están relacionadas con los preparativos para la punción, en concreto, la selección y gestión de los lugares de punción, así como con la realización de la punción en sí para que el catéter avance hacia el interior de la vena sin que el vaso se perfora y quede inutilizable. El sufrimiento que el paciente puede tener durante la realización de este procedimiento y el miedo que el estudiante tiene a no realizarlo bien son aspectos que dificultan la acción.

Para Lopes et al. (2011), La punción venosa, a pesar de ser un procedimiento necesario, no está exento de riesgos, pues pueden surgir diversos traumas y/o complicaciones, como extravasamiento sanguíneo, hematoma, flebitis e infección.

### Cateterismo vesical

A continuación podemos identificar algunas dificultades que el estudiante puede encontrar al realizar el procedimiento, tomando como referencia lo mencionado en el Manual de Enfermería, ACSS (2011): antes del cateterismo urinario, (el estudiante, con la orientación de un tutor o profesor), se procede a la preparación del material para la higiene de los genitales y el material específico para el cateterismo en sí; a la preparación del usuario, informándolo de lo que se va a realizar y comprobando las condiciones del ambiente, en concreto, la temperatura, iluminación y ventilación, así como el respeto por la privacidad. En el cateterismo urinario, debe realizarse la higiene genital y debe utilizarse la técnica aséptica quirúrgica al introducir el catéter, y, tras la realización del procedimiento, deben realizarse los registros, en los que se señala el día y la hora en que se realizó, el calibre del catéter urinario utilizado, los resultados obtenidos y la información dada al paciente (ídem).

En resumen, los cuidados higiénicos que preceden al cateterismo vesical producen en los estudiantes una sensación de pudor (*constrangimento*) al estar ante alguien del mismo sexo o del sexo opuesto y al exponer y manipular los genitales de la persona.

Los preparativos para el cateterismo urinario son muy importantes pero la mayor dificultad técnica tiene que ver con la manipulación del material esterilizado y el miedo/recelo de causar incomodidad o incluso sufrimiento a la persona.

Para Lopes et al. (2011), el cateterismo vesical requiere una técnica con mayor habilidad manual y es responsable de numerosos casos de infección urinaria. La infección del tracto urinario es la causa más frecuente de infección bacteriana en los usuarios hospitalizados y la mayor causa de septicemia, teniendo como agente patógeno común la *Escherichia Coli* del 65 al 100 %.

### Cuidados de la herida

También según el ACSS (2011), antes de realizar los cuidados de la herida, es fundamental, además de preparar al usuario, el material y el ambiente, observar la postura, el olor de la herida, así como las manifestaciones de dolor y de bienestar del paciente. Para realizar los cuidados de la herida, primero debe retirarse la compresa y

se deben observar las características de la herida para, después, poder limpiarla o irrigarla, para movilizar, fijar o retirar el(los) drenaje(s), remover puntos/grapas, y, por último, limpiar la herida de nuevo y poner la compresa. Tras la realización del procedimiento, deben realizarse los registros, en los que se señala el día y la hora en que se realizó, los diagnósticos y las intervenciones de enfermería, los resultados y la educación para la salud.

En resumen, en la realización de este procedimiento, la mayor dificultad que el estudiante puede encontrar está relacionada con el procedimiento propiamente dicho, que incluye: la evaluación de la herida, la decisión terapéutica, la destreza y la manipulación correcta del material esterilizado y la realización de registros. Además de estos aspectos de naturaleza técnica, podemos añadir el seguimiento del tutor y/o profesor profesional y al mismo usuario.

#### Comunicación/Relación interpersonal

Para Viana da Silva y Nakata (2005), las barreras de la comunicación derivan normalmente de la falta de habilidad para oír, ver, sentir y comprender el mensaje o el estímulo recibido. En la relación con otras personas, debemos intentar hablar de forma pausada, resaltar las ideas principales y repetirlas para comprobar que se han comprendido (ídem).

Para Bail (2007), una comunicación efectiva es aquella en la que el paciente tiene la oportunidad de sentirse entendido. De este modo, es más probable que un paciente exprese sus necesidades cuando se siente oído y comprendido.

Además, sentirse entendido disminuye la ansiedad. El estrés y la ansiedad aumentan el umbral del dolor y disminuyen la respuesta inmunitaria, haciendo que los pacientes sean más susceptibles a la infección (ídem).

Los profesionales de la salud deben desarrollar la autoconsciencia y las artes de escuchar y tener empatía, habilidades básicas de inteligencia emocional que deben ser desarrolladas desde la formación inicial (ídem).

En resumen, durante la realización de este procedimiento, la mayor dificultad que el estudiante puede encontrar tiene que ver, muchas veces, con la falta de habilidad para oír, ver, sentir y comprender el mensaje que permita responder a las necesidades de la persona.

## Cuidados a la persona en parada cardiorrespiratoria (PCR)

El primer eslabón de la cadena de supervivencia para la atención cardiovascular de urgencia propuesta por la *American Heart Association* es el reconocimiento inmediato del individuo que se encuentra en riesgo de parada cardiorrespiratoria y la importancia de pedir ayuda, con la expectativa de que el tratamiento precoz pueda prevenir la parada (European Resuscitation Council, 2010).

Los cuidados después de la parada cardiorrespiratoria incluyen: optimizar la función cardiopulmonar y la perfusión de los órganos vitales tras la vuelta de la circulación espontánea, transportar al paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos que disponga de recursos para llevar a cabo los cuidados después de la parada cardiorrespiratoria, incluidos la capacidad de intervención en casos de síndromes coronarios agudos, el control de la temperatura para mejorar el pronóstico neurológico, el tratamiento y la prevención de la disfunción de múltiples órganos (idem).

De este modo, constituyen etapas del algoritmo soporte vital básico: garantizar que la víctima y los presentes estén seguros; comprobar si la víctima responde y, si no responde, gritar para pedir ayuda; con la vía aérea permeable ver, oír y sentir si la víctima respira; si la respiración es normal, colocar a la víctima en posición lateral de seguridad (PLS) e ir a o mandar buscar ayuda; si la respiración no es normal o no hay respiración mandar a alguien pedir ayuda y buscar un desfibrilador externo automático; iniciar las compresiones torácicas y combinar las compresiones torácicas con ventilaciones en una relación de 30:2; mantener la reanimación sin interrupciones hasta que lleguen los profesionales que se hagan cargo de lo ocurrido hasta que la víctima dé señales de estar despertando, moverse, abrir los ojos y respirar normalmente o hasta que el reanimador esté exhausto (European Resuscitation Council, 2010).

En resumen, la dificultad que el estudiante puede encontrar tiene que ver con el dominio teórico y práctico de la realización del soporte vital básico.

## Cuidados posmorte al cuerpo

Para la persona muerta, los cuidados que se le prestan forman parte de los rituales de prestación de los últimos homenajes y son una forma de «restituir ao morto o seu aspecto humano, num derradeiro assomo de dignidade» (Mercadier, 2004, pág. 154)

Lavar el cuerpo del muerto significa borrar las señales de su paso por el hospital, así como remover las compresas, las sondas y los materiales de reanimación. Se trata de

liberarlo de su impureza y prepararlo para el paso a otro mundo: el de los muertos (ídem).

Cuando el paciente muere, una de las primeras tareas consiste en avisar a la familia y, posteriormente, acogerla, consolarla, tranquilizarla e incluso controlarla (Mercadier, 2004).

Este procedimiento lo realiza, normalmente, el enfermero o el estudiante con el apoyo de un colega o de un auxiliar y tiene como finalidad: cuidar el cuerpo de acuerdo con los derechos y la dignidad de la persona humana; proceder a su protección; garantizar la protección de quien manipula el cuerpo, y preparar el cuerpo para que los miembros de la familia y los amigos lo vean.

En resumen, los cuidados posmorte son un procedimiento difícil para que lo realicen los estudiantes por ser un momento en que tienen que enfrentarse al final de la vida y a manipular y preparar el cuerpo sin vida. Se trata de una intervención de enfermería necesaria y, por ello, es importante conocer las responsabilidades y los procedimientos profesionales inherentes a su realización.

### **Eventos asociados al cuidado**

Además de los procedimientos anteriormente desarrollados, consideramos pertinente incluir eventos que, muchas veces, se asocian a la práctica del cuidado y que constituyen, para el estudiante, una dificultad extra. De este modo, abordaremos el fin de la vida, la muerte, el luto y el ambiente asociado al cuidado.

#### Fin de la vida

Para Cooper y Barnett, citado por Serra (2010, pág. 42), «a ansiedade que os estudantes sentem face aos doentes em fim de vida, relaciona-se com a dificuldade em lidar com o sofrimento físico».

La dificultad en la relación y, en concreto, en la comunicación con estas personas, según Serra (2010), lleva a que se den situaciones en las que el estudiante no encuentra las palabras exactas o incluso no sabe qué decir o hacer.

Para Beck (1997), al cuidar a pacientes agonizantes, los estudiantes viven el miedo, la tristeza, la frustración y la ansiedad. Asimismo, sienten rabia hacia los médicos y enfermeros porque estos, muchas veces, no hacen más por estos pacientes.

Magalhães, citado por Serra (2010), defiende que si el estudiante desarrolla una actitud problemática al vivir estas situaciones, esto puede llevarle a distanciarse de los pacientes que se encuentran en el final de la vida a lo largo de su vida profesional.

### La muerte

El hecho de morir en el hospital se considera un anacronismo y los profesionales lo sienten como un fracaso. La muerte hace recordar que la vida tiene límites y, a los prestadores de cuidados, los límites que tiene su capacidad de curar (Mercadier, 2004).

Para este autor, los prestadores de cuidados se quedan, muchas veces, consternados, en relación a lo cual se observan dos reacciones opuestas: o tardan días en hablar del asunto o se sumergen en el silencio, ocultando una carga emocional demasiado fuerte. La gran angustia que la muerte provoca en los que están vivos explica la incapacidad de muchos prestadores de cuidados de encararla, llegando incluso a que huyan de quien está muriendo.

Para el prestador de cuidados, es tanto más difícil enfrentarse a la muerte, y más aún si esta supone estar envuelto por el halo de los afectos. Todo tipo de relación privilegiada con quien muere, así como los largos períodos de internamiento, entre otros, favorecen el desarrollo de relaciones afectivas entre los prestadores y aquellos que los reciben, y los primeros lo viven de forma más intensa (Mercadier, 2004).

Asimismo, la muerte puede reavivar, en el prestador de cuidados, la memoria de un luto doloroso, o lutos recientes que se reviven por la interacción con los pacientes que están a punto de morir.

En resumen, para el estudiante, es más difícil enfrentarse a la muerte cuando se ha tenido una relación con el paciente más próxima y cuando su período de internamiento ha sido más largo. Asimismo, la muerte puede reavivar, en el estudiante, la memoria de un luto doloroso, o lutos recientes que se reviven por la interacción con los pacientes.

### El luto

Durante el proceso de luto, la persona puede experimentar múltiples sentimientos y/o comportamientos considerados normales y que el responsable de hacer el seguimiento de esa persona debe conocer. Los sentimientos y/o comportamientos pueden agruparse en cuatro categorías: manifestaciones normales, sensaciones físicas, cogniciones y conductas (Pereira, 2008).

Para Gameiro, citado por Pereira (2008, pág. 111), el trabajo de luto «exige uma canalização de energia, vivência de sentimentos de perda, integração dos mesmos e a reconstrução».

Worden, citado por este autor, identificó cuatro tareas que la persona debe desarrollar, en nuestro caso, el estudiante, en su proceso de luto por muerte: aceptar la realidad de la pérdida, enfrentándose y aceptando la realidad de los hechos; trabajar las emociones y el dolor de la pérdida (dolor físico y dolor emocional asociado a la pérdida); adaptarse a la situación (normalmente las personas buscan cambiar su vida para dar sentido a la pérdida); reubicar emocionalmente la pérdida y continuar viviendo (conducir la energía emocional hacia otros aspectos o vivencias).

Para Campbell (2011), la asistencia en el luto debe realizarse de acuerdo con las necesidades culturales, espirituales y evolutivas, con las expectativas y las preferencias de la familia, incluyendo las necesidades de los hijos de los pacientes adultos. Quien presta esta asistencia debe recibir formación, supervisión y apoyo permanente, y se deben planear reuniones periódicas para revisar y discutir el impacto emocional y los métodos de prestación de cuidados paliativos.

#### Ambiente asociado al cuidado

Las mayores dificultades encontradas por los prestadores de cuidados, según Collière (2003), son las que surgen cuando estos se ven enfrentados a un tiempo fragmentado, entrecortado, pero con la forma de una opresión permanente.

McNeely, citado por Bail (2007), añade que, además del mucho trabajo y del poco tiempo, las causas de mayor estrés incluyen la falta de apoyo de los trabajadores sénior, la falta de elementos y la incapacidad para cubrir las necesidades del paciente. Asimismo, la falta de disponibilidad y una fatiga latente causada por un estrés acumulado llevan a una falta de energía física y emocional que puede dar lugar a desgaste profesional (Collière, 2003; Bail, 2007).

#### **Estrategia para aprender a cuidar**

Para tal, al estudiante le debe acompañar un orientador con experiencia que sepa escoger situaciones útiles de aprendizaje y que le ayude a ver lo que no es capaz de hacer solo (Masters, 2013).

En relación a la supervisión, los profesores tienen la responsabilidad de orientar la práctica pedagógica de los alumnos que se encuentran en la formación clínica para



que, al terminar esta, el alumno haya adquirido un conjunto de competencias que le exige el cuidado profesional.

El profesor y el supervisor están implicados en una gran tarea: la de aprender, enseñar y desarrollarse para intervenir mejor en el aprendizaje y el desarrollo de los alumnos. Esta tarea implica una reflexión mutua y un trabajo persistente que permitan desarrollar un conjunto de habilidades que lleven del saber al saber-hacer (Alarcão, 2010).

Para que las actividades tengan lugar en una atmósfera afectivo-relacional y cultural positiva, Alarcão (2010, p. 61) considera que, deben basarse en: «entreaajuda, reciproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária entre supervisor e professor».

El seguimiento del componente práctico preconiza un ciclo de supervisión que engloba: el encuentro de preobservación y/o planificación, la observación, el análisis de los datos y el encuentro de posobservación (Vieira, 1993; Moya, 2002; Alarcão, 2010).

A este respecto, Serra (2010) señala que si los formadores fuesen conscientes de lo que puede ser una fuente de sufrimiento emocional para los estudiantes, podrían optimizar este trabajo. Para ello, es necesario una implicación en la práctica de los cuidados. Por ello, es fundamental mantener una postura de seguimiento y mediación, optimizando los momentos en los que se promueve el desarrollo del autoanálisis en los estudiantes.

Asimismo, según Darras (2004), la emoción puede parasitar el saber. Muchas veces, esta no se considera como se debe, lo que desemboca en actitudes y comportamientos inadecuados que pueden provocar un gran sufrimiento. De este modo, considera urgente abandonar la visión de un saber reducido a una suma de conocimientos preconstituidos y transmitir un saber que evoluciona, influido por el contexto y por la afectividad.

Por último, cabe mencionar la práctica reflexiva como conocimiento en la acción, en que el estudiante toma su propia acción, sus propios funcionamientos mentales como objeto de su observación y de su análisis, a fin de comprender su forma de pensar y actuar (idem).

Serra (2010), citando a Gray, sostiene que la supervisión y la reflexión sobre las emociones en un trabajo conjunto, por pares o con los orientadores, en un espacio físico-temporal que lo permita, son métodos de prevención del estrés y del desgaste profesional.

## II PARTE

### Emociones

Las emociones son manifestaciones afectivas acompañadas de reacciones intensas y breves del organismo en respuesta a acontecimientos repentinos, o al contrario, muy esperados... Las emociones son, por tanto, intensas, repentinas y breves (Ries e Rodrigues, 2004, pág. 69).

Las emociones producen cambios psíquicos o del comportamiento y, según Belzung (2010), un estado de choque que puede ser positivo o negativo. Como ejemplo, podemos mencionar el placer, la alegría y/o la ansiedad, el disgusto y los comportamientos asociados de aproximación o evitación.

Goleman (2002) considera que existen centenas de emociones, incluyendo sus respectivas combinaciones, variaciones, mutaciones y tonalidades. Asimismo, señala que los estudiosos trabajan para precisar las emociones primarias, tales como: la ira, la tristeza, el miedo, el placer, el amor, la sorpresa, la aversión y la vergüenza. Este autor establece familias de emociones, que demuestran las infinitas tonalidades de la vida emocional, en que cada una de ellas tiene, en su trasfondo, un núcleo emocional básico.

Además de las emociones primarias, con una base biológica, Belzung (2010) menciona las secundarias que, aunque no son universales, tienen un soporte cultural. Entre ellas, se incluyen la euforia, la ansiedad y la envidia, entre otras. La relación que existe entre emociones primarias y secundarias se explica mediante el enfoque psicoevolucionista de Plutchik, que propone el modelo multidimensional. Este distingue las díadas primarias, que son el resultado de la combinación de dos emociones primarias y que corresponden a emociones secundarias, de las secundarias, que son emociones representadas por porciones no adyacentes pero separadas por una porción correspondiente a una emoción primaria y de las terciarias, cuando están separadas por porciones correspondientes a dos emociones primarias.

Para Belzung (2010), hay diversas activaciones fisiológicas a nivel del sistema nervioso autónomo, a nivel de las tasas hormonales y de ciertos neurotransmisores asociadas a los estados emocionales. A nivel del sistema nervioso autónomo, pueden surgir alteraciones del ritmo cardíaco, de la presión arterial, de la temperatura corporal, de la respuesta electrodérmica, del ritmo electroencefalográfico, de la dilatación pupilar, de la actividad respiratoria y de la motilidad gástrica.

Citando a Elkman, Belzung (2010) señala que las expresiones faciales de las emociones están relacionadas con la activación innata de ciertos patrones

neuromusculares faciales, en concreto, la apertura de los ojos, la apertura de la boca y la elevación de la cejas. Estos músculos los dirigen ramas diferentes del nervio facial (rama temporal, cigomática, bucal y mandibular).

Otro componente expresivo de las emociones es el componente vocal, por ejemplo, la cólera está asociada a vocalizaciones fuertes y discordantes, mientras que el miedo está asociado a vocalizaciones agudas y de intensidad débil (ídem).

El autor distingue la emoción de la motivación porque la primera la desencadenan acontecimientos externos, o sea, elementos del entorno, y la motivación, causas internas. Asimismo, distingue sentimiento de emoción, pues, mientras que el primero designa el componente subjetivo, la emoción se refiere al componente fisiológico y del comportamiento.

A continuación, abordaremos las principales corrientes teóricas de la emoción y haremos referencia a las teorías primitivas que han ayudado a generar algunas de las principales teorías actuales y a la teoría fisiológica, que concibe el proceso neurofisiológico como responsable de la emergencia de las reacciones emocionales.

La teoría fenomenológica representa un enfoque muy específico de la emoción y sus teóricos se preocupan por la naturaleza de la experiencia emocional.

En la teoría cognitiva, las emociones se ven como el resultado de una evaluación cognitiva y, en la teoría conductista, la emoción es una manifestación afectiva aprendida y desencadenada por estímulos externos que llevan a estados emocionales con impacto en el comportamiento de la persona.

La teoría del individuo, del ambiente y de la cultura se convierte en uno de los análisis más minuciosos de las relaciones emoción-personalidad. Las relaciones entre la emoción, las actividades culturales y el ambiente tienen un impacto emocional en el individuo.

La teoría desarrollista resalta la comprensión del cambio que se produce a lo largo de la vida del individuo y, en la teoría social, los estímulos de las reacciones emocionales de las otras personas o el impacto que ellas tienen en nosotros.

Para la teoría clínica, la emoción está implicada en todos los trastornos afectivos. Se piensa así que los trastornos psiquiátricos tienen, muchas veces, origen en problemas emocionales y que existe una relación entre el trastorno emocional y el trastorno del comportamiento.

Las teorías filosóficas se preocupan por las causas de la emoción, mientras que las teorías que derivan de la Historia y de la Antropología enfatizan las variables culturales. Estas teorías dan mucha importancia al cambio, al significado cultural en el que puede estar basada la emoción y a las variables sociales.

## **Teoría primitiva**

La teoría de la emoción tuvo su origen en la filosofía y no fue hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX cuando los psicólogos y otros estudiosos comenzaron a interesarse por ella.

Los teóricos primitivos de la emoción comenzaron por considerar el origen y el desarrollo de la emoción y la distinción entre emoción y no emoción. De este modo, comenzaron por tratar lo que es la emoción, cuál es su localización y la naturaleza de los aspectos fisiológicos, y reconocieron que la emoción tiene un lado relacionado con el comportamiento y la expresión y que puede ser funcional en un sentido evolutivo (Strongman, 2004).

Además, este autor sintetizó la contribución de diversos estudiosos, tales como: Platón, Aristóteles, Descartes, Darwin, McDougall, William James y Lange, Cannon, Papez y Duffy.

## **Teoría fisiológica**

Los que defienden el origen biológico de la emoción se aproximan a la perspectiva que concibe el proceso neurofisiológico como el responsable de la emergencia de las reacciones emocionales (Zanelli, Andrade y Cols, 2005).

El cerebro, al detectar un estímulo, desencadena reacciones fisiológicas, tales como el aumento del ritmo cardíaco, la transpiración y la sensación de calor, de modo que, en el momento en que las personas son conscientes de ellas, interpretan el evento atribuyéndole estados afectivos, tales como el miedo, la tristeza, la alegría, entre otros, (Strongman, 2004).

El cerebro induce las emociones a partir de un número pequeño de regiones cerebrales. La mayor parte se encuentra situada bajo la corteza y se denomina región subcortical. Las principales regiones subcorticales se encuentran en el tronco cerebral, el hipotálamo y el prosencéfalo basal (Damasio, 2000).

Las regiones de la corteza cerebral relacionadas con la inducción de las emociones incluyen sectores de la corteza cingulada anterior y de la corteza prefrontal ventromedial.

Durante las emociones, las neuronas del hipotálamo, prosencéfalo basal y tronco cerebral envían sustancias químicas, como la norepinefrina, la serotonina y la dopamina, a las neuronas de otras regiones del cerebro y, al hacerlo, transforman

temporalmente el modo en que los circuitos neuronales funcionan (Damásio 2000, Belzung, 2010).

El aumento o la disminución del envío de esos neurotransmisores repercute en el aumento o la disminución de la velocidad de los procesos mentales, así como la sensación de placer o desplacer que invade la experiencia mental (Damasio, 2000).

Este autor señala que la inducción y la experiencia de las emociones, tristeza, cólera, miedo y felicidad, conducen a la activación de diferentes regiones. De este modo, en la tristeza, hay un aumento en la corteza ventromedial prefrontal, en el hipotálamo y en el tronco cerebral (ídem).

La cólera y el miedo no activan ni la corteza prefrontal ni el hipotálamo. La activación de núcleos del tronco cerebral la comparten estas tres emociones, aunque las activaciones del hipotálamo y la región ventromedial prefrontal son diferentes en la tristeza y en la felicidad (ídem).

La amígdala, situada en una zona profunda de cada uno de los lóbulos temporales, es indispensable para el reconocimiento del miedo en las expresiones faciales, para el condicionamiento y hasta la expresión del miedo (Damasio, 2000; Belzung, 2010).

En una emoción, algunas regiones del cerebro que forman parte del sistema neuronal envían mensajes a otras regiones del cerebro y a casi todas las regiones del cuerpo. Estos se envían a través de dos vías: una sanguínea, en la que los mensajes en forma de moléculas se envían y actúan en los receptores de las células de los tejidos; otra consiste en neuronas y mensajes que, a lo largo de esa vía, usan señales electroquímicas que actúan sobre otras neuronas, fibras musculares o vísceras, que pueden liberar sustancias químicas en la corriente sanguínea (ídem).

El cerebro modifica, entonces, la liberación de sustancias como las monoaminas y los péptidos a partir de núcleos del tronco cerebral y del prosencéfalo basal, altera el funcionamiento de muchos circuitos cerebrales, desencadena algunos comportamientos específicos y modifica el modo en que los estados del cuerpo son representados en el cerebro (Damásio, 2000).

### **Otros enfoques teóricos**

La **teoría fenomenológica** representa un enfoque muy específico de la emoción, y los teóricos se preocupan de la naturaleza de la experiencia emocional.

Según Strongman (2004), Zanelli, Andrade y Cols (2005), las teorías fenomenológicas de la emoción son útiles porque constituyen un intento de explicar el lado subjetivo y experiencial de la emoción.

Los psicólogos fenomenológicos se preocupan de lo que cada persona experimenta aquí y ahora, en este momento, en este lugar, en el presente. Los datos de la experiencia son subjetivos, pues se trata de relatos personales conscientes o experienciales (ídem).

Para Belzung (2010, pág. 98) «o interesse enorme das teorias fenomenológicas é de terem dado de novo um lugar ao sujeito, à sua experiência subjetiva e portanto à consciência». En este marco teórico, la consciencia es la que da sentido al mundo y a la experiencia.

La perspectiva fenomenológica fue desarrollada por algunos estudiosos, de los cuales resaltamos: Sartre, Buytedjik,, Fell, Denzin, Stein, Trabasso y Liwag, (Strongman, 2004; Belzung, 2010).

En la **teoría cognitiva**, las emociones se ven como el resultado de una evaluación cognitiva. Según estos teóricos, la evaluación incide sobre la situación y/o sobre la elaboración de los planes de acción para reaccionar a la situación (Belzung, 2010).

La evaluación, para Strongman (2004), constituye un concepto central, pues evaluamos cada estímulo con el que nos deparamos de acuerdo con su relevancia y significado. De este modo, reconoce la existencia de la emoción a tres niveles: fisiológico, cognitivo y del comportamiento. El concepto de *coping* (estrategia de afrontamiento) es una concepción de Lazarus que afirma que tenemos disposición para buscar y dar respuestas a ciertos estímulos que dan forma a nuestra interacción con el ambiente. La evaluación cognitiva de estos estímulos, que se encuentran en constante cambio, provoca respuestas emocionales. La relación entre la persona y el ambiente promueve la evaluación y la forma de ajuste.

Las teorías cognitivas de la emoción se preocupan de la naturaleza y del funcionamiento pormenorizado del proceso de evaluación. No obstante, son bastante leves en los aspectos fisiológicos y del comportamiento (ídem).

Lazarus, citado por Belzung (2010), propone su propia teoría relacional, motivacional y cognitiva de las emociones. De este modo, la considera relacional porque no se puede comprender la emoción si consideramos al sujeto y el medio ambiente como unidades separadas. Las interacciones inducen costes o beneficios.

La teoría motivacional tiene que ver con los objetivos del sujeto y la disposición para alcanzarlos, y cognitiva porque implica una evaluación de la situación. La evaluación puede ser primaria, cuando se refiere a la apreciación de las implicaciones del acontecimiento en el bienestar del individuo, y secundaria, cuando hay apreciación de los recursos disponibles para enfrentarse a la situación y a la reevaluación de las evaluaciones primarias y secundarias inducidas por los cambios de la situación.

En la **teoría conductista**, la emoción es una manifestación afectiva aprendida y desencadenada por estímulos externos que llevan a estados emocionales con impacto en el comportamiento de la persona (Zanelli, Andrade y Cols, 2005).

En esta teoría, la expresión facial, el movimiento corporal y la postura son significativos para la comprensión de la emoción (Strongman, 2004).

Para este autor, la principal contribución de Watson a la teoría de la emoción fue haber postulado que existen tres tipos de reacción emocional fundamentales: el miedo, la rabia y el amor.

Asimismo, Harlow y Stagner amplían su teoría de cuatro formas fundamentales: sugieren que las emociones pueden reflejar estados conscientes y no solo sensaciones; los sentidos son controlados por el tálamo y las sensaciones por la corteza; las emociones no son innatas pero existen respuestas no condicionadas a partir de las cuales se desarrollan las emociones; los autores distinguen la emoción de la sensación.

Millenson amplía el análisis conductista al considerar que ciertas emociones difieren unas de las otras solo en intensidad, en concreto, la alegría y el éxtasis; algunas emociones son básicas, como la ansiedad, la elación y la rabia, y otras son combinaciones de estas.

A la teoría conductista contribuyeron también otros teóricos como Staats y Eifert, Gray y Weiskrantz, (Strongman, 2004).

En la **teoría del individuo, del ambiente y de la cultura**, Mandler, citado por Strongman (2004), hace uno de los análisis más minuciosos de las relaciones emoción-personalidad y sugiere dos enfoques para analizar las diferencias individuales. El primero consiste en delinear escalas de personalidad que permitan caracterizar las reacciones emocionales individuales y el segundo consiste en buscar sistemas cognitivos en una determinada cultura que permitan prever respuestas emocionales individuales.

Asimismo, asume que una situación se convierte en emocionalmente significativa cuando se reconoce que es relevante para la personalidad.

El ambiente, tanto natural como artificial, tiene un impacto emocional en el individuo. Asimismo, las relaciones entre la emoción y las actividades culturales son significativas. Lo que se designa normalmente como artes depende del impacto emocional.

Riviera distingue atmósfera, clima y cultura emocional. Una atmósfera emocional es una respuesta emocional colectiva a un acontecimiento. Esta se encuentra localizada como la cultura emocional, es duradera, relativamente estable y forma parte de la

estructura social y de las instituciones de la sociedad. El clima emocional se encuentra entre las dos y puede responder a factores religiosos, políticos, económicos y otros (Strongman, 2004).

La **teoría desarrollista** tiene relevancia para comprender, de manera general, la emoción y tiene que ser tratada desde el punto de vista del cambio que tiene lugar durante la vida del individuo.

Los investigadores prestaron especial atención a algunos temas significativos para el desarrollo emocional, como la cognición y la evaluación. De este modo, mencionan los posibles orígenes biológicos de la emoción y el consecuente desarrollo social, con frecuencia, por vía del proceso de vinculación. Asimismo, se refieren a la evolución de la emoción y a las posibles relaciones entre emoción y personalidad, confieren también un papel importante a la cognición y se preocupan de conceptos como la autoconsciencia, apoyando su teoría en la maduración y la socialización (Strongman, 2004)

Además, conciben las emociones como motivadores discretos del comportamiento humano, cada una de las cuales está constituida por procesos neuroquímicos, motor-expresivos y mentales. El desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo están relacionados, y el último está relacionado con la socialización.

Las teorías más recientes, en concreto las de Izard y Malatesta-Magai, Fischer, Campos y Lewis, aportan explicaciones del desarrollo emocional (Strongman, 2004).

En la **teoría social**, los estímulos de las reacciones emocionales vienen de las otras personas o del impacto que ellas tienen en nosotros.

Siempre que interactuamos con alguien, experimentamos y expresamos emociones, o sea, investigamos e interpretamos la expresión emocional de la otra persona. Este proceso es complejo, sutil y, con frecuencia, inconsciente, y da a la interacción social cierta profundidad (Strongman, 2004).

Además, para este autor, las teorías de derivación social consideran que la emoción tiene que ver con la comunicación interpersonal. Las nociones de *feedback* facial fueron pertinentes para la comprensión de las áreas más significativas de la expresión facial y del reconocimiento de la emoción.

Para Zanelli, Andrade y Cols (2005), la emoción y el afecto son manifestaciones culturales de la vida de un grupo humano que especifican y delimitan los contextos sociales en los que tienen lugar.

En la **teoría clínica**, según Strongman (2004), la emoción está implicada en todos los trastornos afectivos. Se piensa así que los trastornos psiquiátricos generales y diversos tipos de comportamientos tienen origen en problemas emocionales y que



existe una relación entre el trastorno emocional, las modificaciones automáticas y el trastorno del comportamiento. Este enfoque permitió comprender la emoción anormal o la emoción en una gran variedad de situaciones clínicas.

En el estudio de la teoría de la ansiedad se han seguido enfoques psicoanalíticos, del comportamiento, fisiológicos, experienciales y/o fenomenológicos y cognitivos. Esta pluralidad teórica permite sacar conclusiones; la primera de las cuales es que la ansiedad no puede ser totalmente comprendida sin tener en cuenta los aspectos e influencias cognitivas y que se puede distinguir del miedo o del susto, ya que el objeto de estos dos últimos es real, conocido u objetivo (Strongman, 2004).

Asimismo, considera que la depresión es una emoción importante demostrada por la variedad de teorías semejantes a las de la ansiedad. Normalmente, no figura en las listas de las principales emociones porque se la considera un estado más general que envuelve una mezcla de emociones, la tristeza y la recriminación.

Las relaciones entre emoción y enfermedad pueden ser aclaradas al considerar las emociones como conjuntos diferenciados. Las emociones deben ser consideradas en su marco social, debido a que la interpersonalidad regula las reacciones emocionales y modela la relación entre estrés y salud. En el contexto de la salud, las emociones pueden ser vistas como un sistema de múltiples niveles (cognitivo, de la sensación, motor y sistémico) y cualquiera de estos niveles tiene múltiples componentes que pueden verse afectados por la actividad nerviosa o endocrina (Strongman, 2004).

En la **teoría fuera de la psicología**, las teorías filosóficas se preocupan de las causas de la emoción y de la emoción como variable independiente y no como variable dependiente (Strongman, 2004).

Las consideraciones teóricas que derivan de la Historia y de la Antropología enfatizan la importancia de las variables culturales para poder comprender la emoción, que, sin ser estática, depende en cierta medida del cambio, tanto en lo que respecta al tiempo como al espacio.

Las teorías culturales de la emoción se restringen a los significados culturales y al significado del lenguaje. Sin embargo, no incluyen aspectos de la biología, del comportamiento o de la fisiología. Se centran en las causas de las emociones, en la emoción y en la comunicación interpersonal y en las emociones básicas.

Estas teorías de la emoción fuera de la psicología dan mucha importancia al cambio, al significado cultural en el que puede estar basada la emoción y a las variables sociales, tales como poder, «estatus» y función, y a conceptos muy básicos como la reflexividad. Asimismo, tienen en cuenta la forma como las personas pueden ser

consideradas simultáneamente sujetos u objetos, al tratar de la emoción (Strongman, 2004).

**La teoría de las emociones especiales** aborda la función de la emoción y las emociones como entidades aisladas, y considera la rabia; la ansiedad y el miedo; la tristeza; la aversión; la felicidad; el amor; la incomodidad; el orgullo; la timidez; la vergüenza, y la culpa. Los teóricos resaltan la importancia de la cognición en sus trabajos, establecen una relación entre emoción y personalidad, se preocupan de la fundamentación biológica y de su probable construcción social, permitiendo así un enfoque multidisciplinar.

Esta teoría se apoya en cinco presupuestos: los sistemas de la emoción son motivacionales; cada emoción discreta organiza la percepción, la cognición y el comportamiento para la adaptación, el *coping* y la creatividad; las relaciones entre la emoción y el comportamiento se desarrollan pronto y se mantienen estables, incluso si se desarrollan respuestas específicas; el desarrollo emocional contribuye al desarrollo de la personalidad, y los rasgos y dimensiones de la personalidad se arraigan a las diferencias individuales, a los umbrales de la activación de la emoción y a la experiencia de ciertas emociones (Strongman, 2004).

### **Las emociones experimentadas en el proceso de cuidar**

En el repertorio emocional de los estudiantes de formación clínica se comprobaron el miedo, la tristeza, la sorpresa, la vergüenza, el amor, la felicidad, la ira, la rabia, la aversión, la indignación y la repulsión.

#### **Miedo**

El miedo fue una emoción observada en muchas de las narrativas analizadas, así como los términos: recelo, preocupación, nerviosismo y ansiedad. Según la clasificación de Goleman (2002), estos términos están asociados a la emoción básica miedo.

Asimismo, según este autor, «no repertório emocional do indivíduo, cada emoção desempenha um papel único. Os investigadores estão a descobrir mais pormenores fisiológicos de como cada emoção prepara o corpo para um tipo de resposta muito diferente» Goleman (2002, pág. 28). Con el miedo, la sangre circula hacia los grandes músculos, como los de las piernas, y la cara se empalidece, debido a la pérdida del riego sanguíneo. El cuerpo se inmoviliza durante breves instantes, tal vez para tener

tiempo para decidir si esconder no será la mejor reacción. De este modo, se desencadena un flujo de hormonas de los circuitos de los centros emocionales que ponen el cuerpo en estado de alerta, manteniéndolo tenso y preparándolo para la acción, y la atención se fija en la amenaza presente para evaluar mejor la respuesta que se va a dar.

La investigación sobre el miedo como sistema de respuestas neurobiológicas, según Neto (2003), se activa por la situación de amenaza. Se trata de la existencia de dos vías mediadoras entre la respuesta de miedo y el estímulo que la provoca: una subcortical y otra que implica la corteza. Antes de tener la percepción consciente de un estímulo que desencadena el miedo, podemos ser sorprendidos por un estímulo con una configuración semejante, que, por sí solo, puede desencadenar el conjunto de respuestas de defensa.

La vía subcortical es mucho más rápida en transmitir la información (amenaza) hasta la amígdala, la estructura cerebral implicada en la respuesta fisiológica a la situación de miedo, que se caracteriza por un aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial y liberación hormonal en la circulación sanguínea (ídem).

A este respecto, Magalhães (2007) señala que la emoción miedo lleva al organismo a segregar adrenalina, haciendo que el corazón lata más deprisa, aumentando el nivel de azúcar en sangre y dilatando las pupilas.

En relación a las respuestas fisiológicas al miedo, Belzung (2010) menciona, además del aumento del ritmo cardíaco, el aumento de la tensión arterial, la alteración de la resistencia cutánea y las respuestas del comportamiento, como la fuga o la inmovilización. Estas respuestas forman parte del repertorio defensivo. Este autor señala que el miedo puede ser espontáneo o aprendido, requiere la activación de estructuras cerebrales implicadas en la percepción y regulación de las áreas somatosensoriales y la ínsula; la amígdala no está implicada en el sentimiento de miedo, sino que su papel se limita al reconocimiento y a la inducción de la emoción.

El término ansiedad corresponde a una emoción secundaria, descrita por Belzung (2010) como un miedo anticipado que surge frente a un peligro potencial e incierto. Así, se traduce en reacciones fisiológicas próximas al miedo, con el aumento de la vigilancia y de las respuestas de evitación, y puede existir aun cuando no haya un acontecimiento estresante (Belzung, 2010).

Como trastornos ansiosos, Belzung (2010) indica las siguientes patologías: trastorno de pánico, fobia, trastorno obsesivo compulsivo, estrés postraumático y ansiedad generalizada. Esta, está asociada a síntomas como la agitación, la sensación de estar

sobreexcitado o exaustado, la fatiga, la dificultad de concentración o de memorización, la irritabilidad, la tensión muscular o las dificultades para dormir.

Ries y Rodrigues (2004) añaden que la ansiedad puede afectar al aprendizaje porque afecta a la codificación, al almacenamiento y a la recuperación del conocimiento. Las personas codifican menos dimensiones del contenido que va a ser aprendido, utilizan estrategias más complicadas de procesar la información y son menos flexibles.

## **Tristeza**

La tristeza es una emoción negativa y su experiencia está compuesta por desánimo, desaliento, soledad y aislamiento. Izard, citado por Strongman (2004), afirma que la tristeza es tan común que, con frecuencia, interactúa con otras emociones como la rabia, el miedo y la vergüenza.

Magalhães (2007, pág. 110) considera que «o sofrimento, a mágoa, o desânimo, a melancolia, a solidão, o desamparo, o desespero e o desalento são algumas das características psicológicas associadas à emoção tristeza».

La tristeza es una emoción ligada a la pérdida de algo deseado y valorado, y su intensidad depende, según Ries y Rodrigues (2004), del valor que el objeto tiene para la persona.

Para Oatley y Jenkins (2002), la tristeza es lo opuesto a la felicidad y hay resignación en relación al evento que la causó. Asimismo, está relacionada con el disgusto, con la depresión, con el remordimiento, con el arrepentimiento e implica alguna reorientación interna.

Pettinelli (2008) distingue la depresión de la tristeza. La depresión afecta más a la persona porque envuelve más de un sentimiento aislado, como la tristeza, y porque constituye una experiencia más profunda. La tristeza es un sentimiento que tiene lugar, normalmente, después de un evento, y la persona sabe cuál es la causa. Al envolver una mezcla de emociones de naturaleza más intensa, es siempre difícil identificar su causa.

Las reacciones psicofisiológicas se caracterizan por la disminución de los mecanismos que llevan al entusiasmo, la convivencia y la diversión, entre otros. El nivel de aminas, noradrenalina, dopamina y serotonina baja provocando trastornos del sueño, pérdida de apetito, indiferencia y retraimiento frente a personas y actividades (Magalhães, 2007).

La tristeza provoca resignación, desagrado, desilusión, desaliento y culpa, y su experiencia permite a la persona reconstruir sus medios de conservar energía para experiencias posteriores (ídem).

## **Sorpresa**

El asombro, la perplejidad y el sobresalto son algunas de las características asociadas a la emoción sorpresa. Esta es una experiencia breve e inesperada que dura solo algunos segundos (Magalhães, 2007).

Normalmente, ocurre en el momento en que tiene lugar lo que nos sorprende y, después de que eso ocurre, la sorpresa puede pasar a miedo, alivio, cólera o aversión, o puede que no la preceda ninguna emoción (ídem).

Para que algo nos sorprenda, el acontecimiento tiene que ocurrir de repente y tenemos que estar desprevenidos, puesto que si el acontecimiento ocurre lentamente, no provoca ninguna emoción (ídem).

Aunque algunos investigadores consideren que la sorpresa no es una emoción porque no es buena ni mala, Paul Ekman, citado por Magalhães (2007, pág. 114), afirma que «num momento ou dois antes de nos apercebermos do que se está a passar, antes de mudarmos para outra emoção ou mesmo nenhuma emoção de todo, a surpresa pode ser algo bom ou mau».

La sorpresa puede ser identificada por los siguientes movimientos faciales: los ojos y los párpados se quedan abiertos, las narinas se dilatan, las mejillas se elevan, la boca se queda abierta en forma de elipse y la barbilla se eleva (ídem).

## **Vergüenza**

Las emociones relacionadas con la consciencia del yo, según Strongman (2004), tales como la incomodidad, el orgullo, la timidez, la vergüenza y la culpa, son emociones que se ocupan del yo, de nuestras cogniciones acerca del yo y de la forma como el yo se relaciona con los otros.

Izard, citado por Neto (2003, pág. 114), la considera como «a menos negativa das emoções negativas». De este modo, corresponde a la experiencia subjetiva de las fuerzas contextuales, próximas o distantes, de regulación del comportamiento individual, y tiene como característica contribuir al desarrollo de aptitudes sociales, no es detectable y quien la vive de forma habitual niega su existencia y la evita.

Cuando alguien se siente avergonzado, se siente mal consigo mismo y vive una situación que acarrea sufrimiento. Este ayuda a evitar el error en situaciones futuras.

La vergüenza tiene un papel regulador del entusiasmo y de la excitación excesiva, evitando así actitudes precipitadas.

Los prestadores de cuidados emplean muchas veces el término pudor (*constrangimento*) para designar la vergüenza sexual. Esta se encuentra ligada al pudor, entendido por Habib como el «receio de exposição à vergonha que vem sancionar a falta de conduta pudica (Mercadier, 2004, pág. 56).

## **Amor**

El amor es la emoción más compleja (Strongman, 2004). Todos los tipos de amor poseen ciertos elementos en común: la vinculación, la lealtad, la devoción, la protección y los esfuerzos de creación y educación.

Asociado al amor, Strongman (2004) menciona los celos como una reacción a la amenaza de poder perder el afecto de alguien que es importante para nosotros y de dedicar ese afecto a otra persona. Se basa en la posibilidad de perder una relación existente y está relacionado con sentimientos de sospecha, rechazo, hostilidad, rabia, miedo a la pérdida, dolor, etc.

Neto (2003, pág. 34) añade que «o amor é a emoção mãe desta família que tem como familiares a aceitação, a amizade, a confiança, a bondade, a afinidade, a devoção, a adoração, a fascinação e o ágape».

Asimismo, considera que son varias las teorías que guían las investigaciones en la temática del amor: la psicodinámica, basada en la teoría de Freud que enfatiza la tendencia del inconsciente para repetir el aprendizaje realizado en las relaciones de la infancia.

El amor es una emoción ligada a otras personas u objetos externos e implica una disposición emocional duradera que puede presentar varias formas: el amor materno, filial, romántico, entre otros. Estas formas diferentes tienen como núcleo la atracción hacia el otro y el deseo de atraerlo. El amor es altruista e implica la necesidad de devoción del yo al otro (Ries y Rodrigues, 2004).

## **Felicidad**

La felicidad se define como un estado duradero de plenitud, satisfacción y equilibrio físico y psíquico. Además, la felicidad tiene el significado de bienestar espiritual o paz

interior. Pereira, citado por Schafranski (2012), clasificó el bienestar objetivo (*welfare*), en el cual se incluyen las circunstancias objetivas de la vida, y el bienestar subjetivo (*well-being*), compuesto por experiencias subjetivas e indicadores emocionales, entre los que se incluye la evaluación de la satisfacción con la vida. El mismo autor cita a Conceição y Bandura, quienes consideran que el bienestar subjetivo implica un enfoque multidimensional de la vida, en el que se incluye el juicio cognitivo de la satisfacción con la vida. De este modo, existen diferentes enfoques para estudiar la felicidad, tales como los de naturaleza filosófica, religiosa y también psicológica.

Los filósofos y los religiosos han buscado definir la naturaleza y el tipo de comportamiento o estilo de vida que llevaría a la felicidad plena. La psicología menciona la felicidad como una emoción positiva, muy difícil de conceptualizar debido a su extensión y profundidad (Strongman, 2004).

La felicidad es la emoción que hace que la organización cognitiva sea más flexible y que produce asociaciones poco habituales. Además, estimula a las personas a alcanzar objetivos más elevados, a continuar con lo que están haciendo y a resistir al cambio. Cuando son felices, las personas son más útiles y cooperativas (Oatley y Jenkins, 2002).

### **Ira, rabia, indignación**

La ira es la emoción de la frustración. Berkowitz, citado por Oatley y Jenkins (2002), demostró que la ira puede ser inducida, sometiendo a las personas a limitaciones, e instiga a la agresión bien en relación a la persona que frustra, bien a otra persona que sea un objetivo conveniente.

Novaco, citado por Neto (2003, pág. 52), considera que la ira es «uma emoção de tonalidade negativa subjectivamente experienciada como um estado de excitação e antagonismo contra alguém ou alguma coisa, percebido como a causa de acontecimentos de carácter aversivo para o próprio».

Para este autor, la ira es una realidad subjetiva basada en la percepción de una realidad exterior. La persona dominada por la emoción casi nunca cuenta con el distanciamiento para verse en esa situación, característica que está en la base de la dificultad de autocontrol de la emoción. Además, considera que esta emoción, en situaciones extremas, representa la victoria del mundo exterior sobre la vida interior del sujeto.

La ira es modelada y regulada, en su expresión, por el contexto circunstancial y cultural.

Desde el punto de vista del funcionamiento individual, la ira se constituye como un elemento de protección del autoestima y posibilita la comunicación de sentimientos negativos, lo que para algunos autores es positivo y saludable. Además, potencia la capacidad de superar las dificultades y los obstáculos (ídem).

La rabia se considera, normalmente, una emoción negativa. Asimismo, forma parte de la agresión, hostilidad y violencia, que son negativas para la sociedad, y tiene la función de proporcionar a la persona energía para defenderse (Strongman, 2004).

En las narrativas analizadas surgen relatos de estudiantes indignados con los procedimientos de otros prestadores de cuidados, médicos y enfermeros, y en defensa de la dignidad de los pacientes. Este hecho corrobora la idea de Mercadier (2004), que considera que la cólera se dirige, con más frecuencia, a los otros actores del hospital que a los pacientes.

Los prestadores de cuidados racionalizan las situaciones de agresividad de los pacientes, principalmente cuando estos se muestran agresivos, violentos o irrespetuosos, relacionándolas con la enfermedad. El comportamiento indigno es justificado por el estado en que se encuentran y debe comprenderse.

Cuando esta emoción no se controla ni se gestiona ni se supera acaba por inclinarse hacia la violencia o al sentimiento de impotencia (Mercadier, 2004).

### **Aversión/repulsión**

La aversión es una emoción negativa de repulsión y alejamiento que se refiere al rechazo de aquello que puede estar contaminado y ser desagradable, física o psicológicamente (Oatley y Jennifer, 2002; Strongman, 2004).

En los humanos, no solo lo que se ve y/o se huele causa esta emoción, sino también las ideas (Oatley e Jennifer, 2002).

La repulsión es una emoción primaria, espontánea y específicamente humana, crucial para sobrevivir. Las sustancias que suscitan repulsión contienen todas agentes patógenos (Belzung, 2010).

Podemos identificar la aversión en los otros a través de las siguientes señales faciales: se frunce el ceño, se dejan caer las cejas, los párpados superiores se contraen horizontalmente, los párpados inferiores se elevan, los ojos se quedan semicerrados, las mejillas se contraen y suben, la boca se contrae hacia dentro y perpendicularmente y la barbilla se contrae hacia el centro y hacia arriba (Magalhães, 2007).



## **Estrategia para gestionar emociones**

La exposición de los estudiantes a las realidades profesionales y a los estímulos emocionales no difiere mucho de a lo que están sujetos los propios profesionales en el ejercicio. Su impacto puede marcar, pues el proceso de desarrollo de la identidad profesional es simultáneo a un proceso de maduración que coincide con el fin de la adolescencia y el principio de la edad adulta, período conflictivo y en construcción (Serra, 2010).

Esperidião y Munari (2004) están de acuerdo con esta idea, tal y como se observa cuando mencionan que la edad de los alumnos es cada vez menor, pues muchos de ellos están en plena adolescencia y llegan al medio académico bajo un estrés y una presión fuerte que resultan del ingreso en la enseñanza superior. Al iniciar los estudios, se encuentran con una realidad que no siempre coincide con la esperada, tanto en relación a los estudios como a las condiciones de enseñanza.

Para Antunes, mencionado por Serra (2010), la respuesta emocional de los estudiantes y profesionales se ve condicionada por la personalidad, las expectativas y las experiencias individuales. La naturaleza de las situaciones que envuelven a los estudiantes, así como las relaciones que se establecen durante las mismas determinan que los individuos confronten la imagen que tienen de sí mismos con la de los otros, lo que da lugar a cambios en las dinámicas identitarias.

Una de las principales competencias de regulación de las emociones es la habilidad de comprender y nombrar las emociones y los sentimientos. Para Diogo (2006), esta habilidad no siempre es fácil de conseguir pero es posible ejercitarla y entrenarla. A estas cualidades emocionales que pueden aprenderse y perfeccionarse se les da el nombre de inteligencia emocional.

Diogo (2006) y Agostinho (2010), refiriéndose a la inteligencia emocional y al modelo propuesto por Goleman, consideran que son cinco las competencias/capacidades por desarrollar: la autoconsciencia; la gestión de las emociones; la automotivación; la empatía, y la gestión de las relaciones en grupo.

### **Autoconsciencia**

Profundizar en el conocimiento sobre sí mismo es fundamental para un futuro profesional en la salud, puesto que ser cuidador significa enfrentarse a los límites físicos y psicológicos (Diogo, 2006).

«O cuidador deve, pois, melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus sentimentos, dos seus medos, tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitiram melhorar a qualidade dos cuidados que presta» (Diogo 2006, pág. 81).

Una vez que se reconocen los sentimientos y las emociones, es necesario saber orientarlos en vez de dejarlos que sean ellos los que nos orienten. Ante una situación emocional difícil, podemos aplicar las siguientes estrategias: detenerse, reconocer el estado emocional, analizar las opciones, encontrar una respuesta reflexiva, no reactiva a la situación, y actuar, detectando cuáles son las conductas que dificultan nuestra felicidad y nuestras conductas desadaptativas (Conangla, 2004).

### Capacidad para gestionar emociones

El individuo, además de tener una percepción elevada de lo que consigue controlar, también debe poseer estrategias para alejarse cognitivamente y afectivamente de la fuente de conflicto. Al percibir los sentimientos como algo peligroso, busca distracciones y, mediante el distanciamiento, hace posible razonar, consiguiendo así el autocontrol y la mejora del clima interrelacional. Mediante la reevaluación de la situación y de los sentimientos, piensa en la forma de enfrentarse a ellos y, en el caso de que no lo consiga hacer, al menos, es consciente de ellos para pedir ayuda (Agostinho, 2010).

Lazarus y Folkman describieron las fases para evaluar una situación amenazadora: la evaluación primaria, que implica la apreciación del mundo exterior, es decir, el individuo evalúa la situación; la evaluación secundaria, en la que evalúa los pros y contras de las diferentes estrategias de *coping*, los recursos de confrontación y las alternativas para enfrentarse a la situación, y la evaluación terciaria, en la que reevalúa la situación en relación al modo de confrontación utilizado y los cambios que tuvieron lugar (Pereira, 2008).

El *coping* tiene como objetivo mantener la homeostasia e implica dos tipos de mecanismos de adaptación: el *coping* centrado en las emociones y el *coping* centrado en los problemas (ídem).

El bienestar emocional se basa no en evitar todos los sentimientos desagradables, sino en educar las emociones, con el objetivo de impedir que dominen los sentimientos negativos.

Veiga Branco, citado por Agostinho (2010, pág. 45), considera que «a melhor forma de lidar com as mais variadas emoções é experimentá-las de forma consciente e num

estado controlado de alerta, decidir como se quer tratar os sentimentos e acontecimentos que os desencadeiam, para além de decidir o quanto da vida interior se está disposto a partilhar com os outros»

### Automotivación

La automotivación es una competencia que implica la movilización de las emociones al servicio de un objetivo, y es esencial para concentrar la atención, la automotivación, la competencia y la creatividad (Diogo, 2006).

Cuando el individuo es capaz de controlar sus impulsos, actuando después de pensar, cuando no le importa esperar para actuar, incluso en una situación de desafío, y es capaz de salir de cualquier dificultad con energía y habilidad para enfrentarse a los problemas, corresponde al control productivo de las emociones y al aprovechamiento de la energía en su propio provecho (Agostinho, 2010).

Para la capacidad de controlar el impulso escogiendo posponer la recompensa, son necesarios autocontrol y determinación en la elección; la ansiedad es esencial para la capacidad de automotivarse y de proseguir, y el optimismo puede aumentar la productividad, evitando que las personas caigan en la apatía o la depresión en relación a las dificultades. Asimismo, tener esperanza se considera un factor moderador de los niveles de ansiedad, pues las personas que tienen un elevado grado de esperanza no se dejan dominar por la ansiedad frente a las dificultades.

Los profesionales de la salud están muy expuestos al estrés y a la desmotivación porque viven situaciones muy duras que ponen a prueba su equilibrio y madurez emocional. El optimismo y la esperanza se aprenden y ayudan al individuo a no caer en la apatía y la depresión. De este modo, es importante fijar nuestros objetivos y trabajar la alegría como fuente de motivación (Conanglia, 2004).

### Empatía

La empatía es una capacidad que nace de la autoconsciencia (Diogo, 2006). Asimismo, constituye la aptitud personal más fundamental y tiene como última finalidad comprender al otro y manifestarle esa comprensión. Corresponde a la capacidad de comprender las emociones, registrar/comprender los sentimientos de los otros y sintonizarse con lo que los otros están sintiendo (Agostinho, 2010).

Además, consigue leer las señales no verbales, como la expresión facial y la actitud del comportamiento, la cual dará indicadores de la intensidad emocional, tales como el tono de voz, los gestos de las manos y del cuerpo y la mirada.

Una visión más global es la que presenta Conanglia (2004), al mencionar que para educar la competencia empática es necesario trabajar el autoconocimiento emocional, el autocontrol, la atención, la escucha activa, la comunicación verbal y no verbal, la consideración y el sentido de responsabilidad por el bienestar de los otros y la expresión del interés por el otro a través de la atención y la ayuda.

Las habilidades de comunicación fomentan las relaciones interpersonales terapéuticas y aumentan el nivel de satisfacción de las personas asistidas, así como de las personas que los asisten.

### Gestionar relaciones en grupo

Gestionar las emociones de los otros, según Goleman, citado por Agostinho (2010), está en la base de la popularidad, del liderazgo y de la eficacia interpersonal, permitiendo tener éxito en todo lo que tenga que ver con la interacción con terceros.

Otros estudiosos proponen estrategias para enfrentarse a las emociones y los sentimientos a nivel del sufrimiento emocional.

Magalhães, citado por Diogo (2006, pág. 71), presenta como estrategia de superación y de alivio del sufrimiento emocional las siguientes tareas específicas:

«Admitir, consciencializar, evitar a negação e a evasão; relacionar, a forma como se resolveram outras crises permite encarar os novos problemas com mais confiança e reconhecer os seus modos de reagir e de lidar com as situações; relativizar, dimensionar o sofrimento como uma vivência de passagem para um estágio de desenvolvimento mais elevado; comunicar a outro, a ajuda de outra pessoa é necessária quando o sofrimento é profundo, face a uma situação grave, inesperada e incompreensível; tirar proveito procurar o sentido positivo da experiência».

### **Intervención pedagógica en la gestión de emociones**

La supervisión y la reflexión sobre las emociones, en un trabajo conjunto, entre pares o con los orientadores, en un espacio físico-temporal que lo permita, son métodos de prevención del estrés y del desgaste profesional (Gray, citado por Serra, 2010).

En este proceso reflexivo de la práctica clínica, la ansiedad y el estrés pueden ser disminuidos con el apoyo del grupo de colegas y del profesor.

Según Davis (1995), en las sesiones de *debriefing* (rendimiento de informes), los estudiantes deben describir sentimientos, compartir experiencias, proceder a la resolución de problemas e identificar razones para la acción.

En el *debriefing*, los estudiantes analizan las experiencias relacionadas con las actitudes negativas del equipo, las intervenciones específicas del enfermero y las interacciones entre el enfermero y el usuario (ídem).

Una estrategia pedagógica que puede utilizarse es el trabajo escrito sobre las emociones, mediante la realización de un diario de experiencias en la práctica clínica, pues se trata de un instrumento muy valioso en la reflexión personal y el desarrollo personal y profesional (Moya, 2002; Serra 2010).

Otra estrategia utilizada en la formación inicial para potenciar en los estudiantes los procesos reflexivos son los estudios de casos. Estos permiten que el estudiante tome conciencia de la singularidad y complejidad del proceso de cuidar; desarrolle capacidades de pensamiento analítico y sintético; desarrolle el pensamiento crítico, y fomente la capacidad de resolución de problemas (Moya, 2002).

El desarrollo del pensamiento crítico estimula a los estudiantes a evaluar actitudes y comportamientos, lo que parece ser, para Serra (2010), un factor protector del sufrimiento psicológico. Además, señala que los estudios muestran que los individuos con un pensamiento crítico más elaborado muestran bajos niveles de ansiedad y elevados niveles de autoestima.

### **Experiencias emocionales del enfermero descritas en investigaciones**

Encontramos descripciones realizadas en el ámbito de las experiencias emocionales de los enfermeros en el estudio realizado por Diogo (2006), en el que menciona los estudios de Ferreira en 1996, Vasconcelos en 1999, Martins y col. en 1999, José en 2002 y Mercadier en 2004.

De este modo, **Ferreira**, citado por Diogo (2006), identificó las siguientes emociones: amor, cariño, pena, fraternidad, angustia, ansiedad, apego, abnegación, empatía, entre otras. Una mezcla de sentimientos positivos y negativos.

**Vasconcelos**, también citado por Diogo (2006), aborda las vivencias de las enfermeras que cuidan de la madre/del recién nacido toxicodependiente, y encuentra en ellas sentimientos de rebelión, irritación, rabia, odio y pena hacia las madres toxicodependientes.

En el estudio de las reacciones y los sentimientos de los profesionales de enfermería en relación a los pacientes en fase terminal, y citando a **Martins y col.**, se concluyó

que el grupo de enfermeros presenta dificultades profesionales y personales que interfieren en la dinámica de los cuidados. Las dificultades están relacionadas con sentimientos de angustia, relacionados con la muerte de los usuarios, así como con sentimientos de impotencia y desvalorización de su trabajo.

**José**, citado por Diogo (2006), encontró sentimientos vividos por los enfermeros, tanto positivos como negativos. Los sentimientos negativos surgen cuando la persona que cuida está triste y cuando del resultado de su comportamiento y de otros profesionales adviene malestar. El sentimiento positivo surge cuando el enfermero cuida a la persona en su conjunto y cuando a través de la buena disposición consigue fomentar en él el bienestar y la buena disposición.

Por último, **Mercadier** estudió el trabajo emocional de los prestadores de cuidados que vivieron en interacción con el usuario y lo describe como una experiencia que envuelve pudor (*constrangimento*), humillación, repulsión, cólera, miedo, tristeza, placer, alegría y satisfacción (Diogo, 2006).

Asimismo, en el ámbito de las experiencias emocionales de los enfermeros, **Mazhindu** (2003) investigó el modo como los enfermeros gestionaban algunas dimensiones del trabajo emocional en el desempeño profesional. Del análisis de los datos, surgieron seis categorías: implicación completa en las situaciones, comprendiendo y gestionando sus sentimientos; monitorización activa, con selección deliberada de las situaciones en las que se incluye la capacidad de enfrentarse a los sentimientos de conflicto causado por otros; piloto automático, centrándose en la acción y en la rutina y no en los sentimientos; disonancia emocional, actúa de forma incongruente, con sumersión de sentimientos y sentimientos de incomodidad y frustración; expectativa pasiva, reconfiguración mental de los sentimientos para hacerlos más soportables y con un esfuerzo intenso para mantener una postura profesional adecuada, y exclusión emocional completa, con incapacidad para hacer frente a los sentimientos conflictivos. Además, para explorar y comprender la experiencia emocional del enfermero en la práctica de cuidados, **Diogo (2006)**, en su estudio, la caracteriza por el reconocimiento de sus propias emociones y sus propios sentimientos, las emociones y los sentimientos vividos, tales como: la tristeza, el miedo, la sorpresa, la culpa, la rebelión, la angustia, la alegría y una combinación de emociones y sentimientos (ambivalencia e intensidad emocional).

También analizó las situaciones emotivas del cuidar, identificando los cuidados relacionados con el sufrimiento, con la pérdida y con la muerte, y las circunstancias determinantes de la emotividad.

Posteriormente, en 2012, el mismo autor estudió el uso de las emociones como instrumento terapéutico en la enfermería pediátrica, lo que mostró una realidad mayor compuesta por cinco categorías: promover un ambiente seguro y afectuoso, nutrir los cuidados con afecto, gestionar las emociones de los clientes, construir la estabilidad en la relación y regular la disposición emocional.

Los enfermeros, en su práctica de cuidados, buscan promover un ambiente seguro y afectuoso porque las emociones perturbadoras están asociadas a un ambiente percibido como extraño y estresante, frío y asustador, o adverso y dominador (Diogo, 2012).

En relación a **la experiencia emocional de los estudiantes**, surgen diversos estudios: unos referentes al proceso de formación académica, otros referentes a la experiencia de los mismos en la formación clínica.

**Esperidião y Munari (2004)** estudiaron el proceso de formación académica, el cual no ha privilegiado aspectos que posibilitan el fortalecimiento emocional de los futuros profesionales de la salud. La postura de los educadores y profesionales con quienes los alumnos interactúan a lo largo de los cursos sanitarios los estimula poco para decir lo que piensan y lo que sienten.

La humanización de la enseñanza es una estrategia para establecer relaciones humanizadas con las personas a las que este profesional asiste.

**Benbunan Bentata et al. (2005)** aplicaron un inventario de estrés a 87 estudiantes de la Escuela de Enfermería de Melilla. Los resultados permitieron establecer un orden jerárquico entre las experiencias clínicas evaluadas con mayor carga de estrés. Estas fueron, por orden decreciente: la fase terminal y la muerte; la tolerancia al sufrimiento ajeno y al medio hospitalario; el tratamiento a pacientes oncológicos; a pacientes psiquiátricos; la tolerancia a la agresividad, y los pacientes portadores de una enfermedad infecciosa.

**Santos (2009)** estudió el aprendizaje a través de la reflexión en la formación clínica para comprender el tenor de las situaciones vividas por los estudiantes y que fueron significativas para sus prácticas clínicas.

En relación a las situaciones significativas para los estudiantes, fueron organizadas en cuatro dominios: centradas en el cliente, centradas en la relación cliente-enfermero, centradas en la práctica de los cuidados y centradas en el ambiente de los cuidados.

**Fernandes (2010)** menciona, en su estudio sobre la primera formación clínica, que las emociones y los sentimientos derivan de las vivencias que el ambiente/contexto de la formación clínica proporcionó, del contacto con la prestación de cuidados, tanto por la

observación de otros profesionales como por la ejecución directa y, también, aquellos que se implican en una primera experiencia en el contexto de la formación clínica.

**Lourenço (2012)**, en su estudio sobre el estrés académico de los estudiantes de enfermería en formación clínica, tanto a nivel del estrés y los factores asociados como a nivel de la ansiedad, estos presentan valores medios elevados. La falta de competencias para ejecutar los procedimientos, así como los riesgos y miedos que derivan de las situaciones de aprendizaje en la formación clínica fueron los factores percibidos como generadores de mayor estrés. Los valores de ansiedad expresados son igualmente elevados en todos sus componentes. Los resultados indican que los estudiantes utilizan un conjunto de estrategias positivas de *coping*, del tipo de control y de distracción y soporte social.

En relación a la **experiencia emocional de los profesores**, el estudio de **Branco (2005)** fue diseñado para conocer sus comportamientos y actitudes que identifican las cinco capacidades de la competencia emocional de los profesores, a partir del constructo teórico de la inteligencia emocional de Goleman.

### **Marco metodológico**

A continuación, procedemos a la especificación metodológica de este estudio, que engloba la problemática, los objetivos y las cuestiones de investigación, el tipo de estudio, los participantes, los instrumentos de recogida de información, el tratamiento de la misma y los aspectos ético-legales.

#### **Problemática**

En relación al fenómeno que escogimos para este estudio surgieron muchas dudas. Así, destapar el modo como el estudiante vive su experiencia emocional como prestador de cuidados constituye una realidad subjetiva, que tiene que ver con la intimidad de cada uno. Lo que sentimos en conjunto pero que queda por compartir, por analizar y escondido en el mundo interior, a veces mal resuelto, por miedo a que los otros no lo comprendan. Esta experiencia emocional que parece que solo tiene que ver con el otro o con cada uno, de forma aislada, al final nos atañe a todos nosotros, profesores y estudiantes, y se enmarca en el contexto de la práctica de los cuidados.

Con este estudio, pretendemos dar visibilidad a la experiencia emocional del estudiante, a la inversión afectiva durante la prestación de cuidados en la formación clínica, tantas veces silenciada y reprimida pero que reside y persiste, y que muchas veces perturba el mundo interior del estudiante.



De este modo, se definió, para el estudio, como objetivo general:

- Conocer el impacto emocional que la prestación de cuidados provoca en el estudiante que se encuentra en la formación clínica.

Como objetivos específicos:

- Identificar las emociones presentes en la interacción entre el estudiante prestador de cuidados y los pacientes.
- Identificar los cuidados que generan mayor impacto emocional en el estudiante.
- Comprender la manera en que los alumnos gestionan el impacto emocional de la prestación de los cuidados.

Las cuestiones de investigación son enunciados interrogativos escritos en presente e incluyen una o dos variables y a la población del estudio. Estas derivan directamente de los objetivos formulados y especifican los aspectos que se van a estudiar (Fortin, 2003).

Como cuestiones de investigación, exponemos las siguientes:

- ¿Cuáles son las emociones presentes en la interacción entre el estudiante prestador de cuidados y los pacientes?
- ¿Cuáles son los cuidados que generan mayor impacto emocional en el estudiante?
- ¿Qué estrategias utilizan los estudiantes en la gestión de las emociones que derivan de la prestación de cuidados?

### **Tipo de estudio**

El estudio contempla, en una primera y segunda etapa, un enfoque cualitativo, y en una tercera, un enfoque cuantitativo.

Las investigaciones cualitativas, según Streubert (2002), forman parte del paradigma naturalista o interpretativo, y el enfoque cuantitativo, basado en la perspectiva positivista, constituye un proceso deductivo en el que los datos numéricos proporcionan conocimientos en relación a las variables del estudio.

La triangulación de métodos utiliza varios métodos de investigación en un mismo estudio y puede emplearse a nivel del diseño o de la recogida de datos (Fortin, 2003).

Según este autor, además, podemos usar la triangulación de los datos, que consiste en una recogida de datos con diversas fuentes de información con el objetivo de estudiar diversas perspectivas de un fenómeno.

A este respecto, debemos considerar tres aspectos en la triangulación de datos, que están interrelacionados: el espacio, en el que la recogida de datos tiene lugar en varios medios; el tiempo, en el que se explora la influencia del fenómeno en diversos

momentos, y las personas, en el que se estudian diferentes poblaciones objetivo (individuos, grupos y comunidades).

### **Enfoque cualitativo**

El principal objetivo de muchos estudios es la descripción y la elucidación de fenómenos. El investigador que dirige la investigación descriptiva observa, cuenta, describe y clasifica (Polit, Beck y Hungler, 2004).

Los estudios descriptivos, según Fortin (2009, pág. 221), pretenden comprender fenómenos vividos por personas, categorizar a una población o conceptualizar una situación.

Como la investigación descriptiva, la investigación exploratoria más que observar y describir el fenómeno, investiga su naturaleza compleja y otros factores con los cuales está relacionado.

La investigación cualitativa exploratoria se ocupa de revelar las varias maneras a través de las cuales un fenómeno se manifiesta, así como los procesos que subyacen (Polit, Beck y Hungler, 2004).

### **Participantes en el estudio**

En la investigación cualitativa no existen criterios establecidos para el tamaño de las muestras. El tamaño de la muestra se define en función de la finalidad de la investigación, de la calidad de los informantes y del tipo de estrategia de muestreo utilizada. Un principio orientador en el muestreo es la saturación de los datos, es decir, muestrear hasta el punto en que no se obtiene ninguna información nueva y se llega a la redundancia (Polit, Beck y Hungler, 2004).

La muestra accidental o de conveniencia está formada por individuos fácilmente accesibles y que responden a criterios de inclusión (Fortin, 2009).

En la primera etapa de nuestro estudio, establecimos como criterios de inclusión: la facilidad en acceder a la información y en los cursos de formación clínica de Fundamentos (2.º año de la Licenciatura de Enfermería) y Cuidados Diferenciados del 6.º y 7.º semestre (3.º y 4.º año de la Licenciatura de Enfermería).

Para ello, recurrimos a las narrativas que los estudiantes realizan y que los profesores que orientan a los estudiantes que se encuentran en la formación clínica, en el área de la Enfermería Médico-Quirúrgica y de Rehabilitación, nos proporcionaron. De las treinta y una narrativas analizadas, dieciséis son de estudiantes del 2.º año, seis del 3.º año y nueve son del 4.º año.

En la segunda etapa del estudio, pedimos a ocho estudiantes del 4.º año que realizasen una narrativa temática para profundizar.

### **Instrumentos de recogida de información**

Como instrumento de recogida de información, utilizamos, en una primera etapa del estudio, las narrativas de aprendizaje. El guía orientador de la formación clínica Fundamentos de Enfermería, de la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra, aboga por que, en la realización de la misma, se refleje lo que el estudiante aprendió, a qué nivel lo aprendió, las dudas o dificultades que tuvo para este aprendizaje, cómo las superó, quién aclaró las dudas, qué trabajo fue desarrollado de forma autónoma o con orientación, cómo se sintió, qué fue lo más significativo y qué balance hace de este recorrido.

Savin Baden y Van Nickirk, citado por Murray (2010), señalan muchas oportunidades relacionadas con la utilización de narrativas en la enseñanza de prácticas profesionales como las de enfermería, donde las experiencias de aprendizaje son un fuerte componente de ejercicio y evaluación. Este método anima a los estudiantes a que reflexionen sobre sus experiencias, integrando competencias y conocimiento.

Se debe crear un clima de intercambio de las narrativas y habituar al grupo de personas en prácticas a dividir, discutir e intentar gestionar las angustias y los éxitos que pueden ser formativos para todos los intervinientes (Alarcão, 1996).

En una segunda etapa de nuestro estudio y para profundizar en aspectos mencionados en las narrativas de aprendizaje, pedimos a ocho estudiantes del 4.º año que realizasen una narrativa temática que diese respuesta a cuatro cuestiones orientadoras: ¿Qué emociones le produce la prestación de cuidados a los pacientes? ¿Qué cuidados le producen más emociones?; ¿Qué sensaciones marcan más en la prestación de cuidados? ¿Y qué estrategias utiliza para gestionar las emociones?

### **Tratamiento de la información**

Para el tratamiento de la información contenida en las narrativas de aprendizaje y en las narrativas temáticas, se respetaron las etapas propuestas por Bardin para el análisis de contenido. Las diferentes fases del análisis de contenido se organizan en torno a tres polos cronológicos: el preanálisis, la exploración del material y el tratamiento de los resultados, la inferencia y la interpretación (Bardin, 2013).

En la fase de preanálisis, una primera actividad consiste en establecer contacto con los documentos que se van a analizar y en conocer el texto. Esta fase se llama lectura fluctuante.

La elección de los documentos lleva a la constitución del «corpus», formado por el conjunto de documentos que se someterán a los procedimientos analíticos.

De este modo, tratar el material es codificarlo, los datos en bruto se transforman y agregan en unidades, las cuales permiten una descripción exacta de las características del contenido.

Las unidades de registro más utilizadas son la palabra y el tema. La primera puede ser cualquier palabra, palabra clave o palabra tema; la segunda puede ser una frase o una frase compuesta. La unidad de contexto corresponde al segmento del mensaje para que se entienda la unidad de registro, por tanto, sirve de unidad de comprensión para codificar la unidad de registro (ídem).

Las categorías son rúbricas o clases que reúnen un grupo de elementos (unidades de registro) bajo un título genérico debido a las características comunes de estos elementos

(ídem). El tratamiento de los resultados obtenidos permite establecer un cuadro de resultados, diagramas y modelos que condensan y ponen de relieve la información proporcionada por el análisis. De este modo, una vez que se dispone de resultados significativos, se pueden adelantar las interpretaciones (ídem).

### **Procedimientos formales y éticos**

El hecho de asumir el compromiso de realizar un estudio de investigación implica la responsabilidad personal y profesional de certificar que el diseño del estudio es sólido desde el punto de vista ético y moral, o sea, que los derechos humanos son siempre protegidos (Streubert y Carpenter, 2002).

Los mismos autores, citando a Polit y Hungler, señalan que el consentimiento informado significa que los participantes poseen la información adecuada en lo que respecta a la investigación, son capaces de comprender la información transmitida, tienen la capacidad de escoger libremente y consentir o rechazar voluntariamente participar en la investigación.

Para la recogida de información obtenida a través de las narrativas de aprendizaje, las narrativas temáticas y el cuestionario aplicado a los estudiantes, se solicitó la autorización de la presidenta de la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra, cuya

aprobación se obtuvo (Anexo 1). En cuanto a los estudiantes, obtuvimos su consentimiento y participación voluntaria.

### **Enfoque cuantitativo**

Con el enfoque cuantitativo se pretende, como la propia palabra indica, cuantificar las emociones implicadas en la prestación de diferentes cuidados.

Este es descriptivo y analítico, y pretende describir, analizar e interpretar una situación pedagógica, y será retrospectivo, pues nos da la información acerca de la situación en un determinado período de tiempo pasado.

### **Participantes en el estudio**

Los estudiantes referentes a nuestro estudio fueron caracterizados cuanto a su edad, sexo, estado civil y distribución por año de curso académico. La media de las edades de los estudiantes es de 21 años; 82.2% son mujeres e 17,8% varones; 97.8% son solteros, 2% casados o viven en pareja de hecho.

Nuestro estudio englobó a 411 estudiantes, de los cuales 158 fueron del 2º año de los estudios, 187 del 3.º año y 67 del 4.º año, y que realizaron los cursos de formación clínica de Fundamentos y Cuidados Diferenciados.

Los estudiantes del primer año no están incluidos en el estudio, puesto que el plan de estudios en vigor no contempla ninguna experiencia en contexto clínico.

Para el resto de los alumnos, el cuestionario fue aplicado al final del semestre, en la reunión de evaluación del 4.º semestre para los estudiantes del 2.º año; reunión del 6.º semestre para los del 3.º año, y reunión del 8.º semestre para los del 4.º año.

El cuestionario fue distribuido personalmente a todos los estudiantes. Asimismo, se leyó y explicó de forma oral el modo de cumplimentación.

### **Instrumento de recogida de información**

En la segunda etapa del estudio, aplicamos un cuestionario (Anexo 4) que contempla las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y unidad de internamiento e institución donde realizó la formación clínica.

Asimismo, contempla la Escala de Evaluación de Emociones, en la que se pide al estudiante que ante la práctica de diversos cuidados, tales como comunicación; enfrentarse a la muerte; cuidado posmorte al cuerpo, cuidados de higiene; cuidados de

la herida; cateterismo vesical; punción venosa, y reanimación cardiorrespiratoria identifique la emoción que la misma le suscita. Además, se le pide que la cuantifique del 1 al 10.

La Escala de Evaluación de Emociones (Emotional Assessment Scale, EAS) fue desarrollada en 1989 por Carlson, Collins et al., con el objetivo de evaluar la reactividad emocional, y estuvo constituida por 24 ítems (Ramos, 2006).

En el estudio de las características psicométricas de la Escala de Evaluación de las Emociones, en su aplicación a una muestra de la población portuguesa, Ramos (2006) utilizó una muestra de 80 sujetos y procedió a realizar el análisis factorial, con el objetivo de encontrar sus dimensiones principales. Una vez encontradas, se pudo establecer las principales subescalas y estudiar la consistencia interna de estas subescalas. Puesto que la escala mide la reactividad emocional en función de un número de emociones básicas, distintas y no relacionadas, no hay un valor total de la escala sino valores totales de cada subescala.

El análisis factorial, con el objetivo de conocer las dimensiones subyacentes a este instrumento. Para encontrar un análisis factorial con rotación Varimax y según el método de Kaiser, que llevó a la identificación de 7 factores principales, en oposición a los 8 de la escala original.

Factor 1 – Miedo, compuesto por los ítems 4, 6, 14 y 22 (irritado, ansioso, preocupado y nervioso).

Factor 2 – Felicidad, compuesto por los ítems 8, 16 y 24 (contento, alegre y feliz).

Factor 3 – Ansiedad, compuesto por los ítems 9, 15, 17 y 23 (sobresaltado, perturbado, asustado y desesperado).

Factor 4 – Culpa, compuesto por los ítems 2, 5, 11, 20 y 21 (receloso, culpado, rechazado, contrariado y humillado).

Factor 5 – Cólera, compuesto por los ítems 12, 13 y 19 (cabreado, avergonzado, molesto).

Factor 6 – Sorpresa, compuesto por los ítems 1, 10 y 18 (sorprendido, asombrado y perplejo).

Factor 7 – Tristeza, compuesto por los ítems 3 y 7 (descontento y triste)

En relación a los estudios efectuados, mostraron una buena homogeneidad de las escalas. Los valores del alpha de Cronbach para cada una de las 7 escalas, que corresponden a los 7 factores encontrados, revelaron una buena consistencia interna, en la medida en que los valores de alpha se sitúan entre 0,73 y 0,88. Las correlaciones de Split-half obtenidas fueron elevadas, así como los coeficientes de

Spearman Brown, indicadores de la consistencia esperada de las escalas cuando se aplican a otras muestras.

Además, la escala fue objeto de estudio de la validez, tanto del contenido como del constructo. Ramos (2006) decidió, por las buenas características psicométricas de la escala, considerarla como la indicada para utilizarla en el estudio de la reactividad emocional.

#### Pretest

A pesar de que la EAS tiene valores de validez y fiabilidad elevados, aplicamos el cuestionario, como un todo, a seis alumnos (dos del segundo año, dos del tercer año y dos del cuarto año) y verificamos así las dificultades que podían surgir antes de la aplicación a la población que pretendíamos estudiar.

#### Características psicométricas de la escala en la muestra en estudio

Para analizar los datos obtenidos, se utilizó el programa estadístico SPSS® (Statistical Package of Social Sciences, versión 15.0). En el análisis exploratorio, se verificaron los presupuestos necesarios para aplicar la técnica de análisis factorial.

Para analizar la validez de este análisis se utilizó el criterio KMO con los criterios de clasificación definidos en Pestana & Gageiro (2005) y Maroco (2007).

Así, se observó un KMO=0,934, que indicó la adecuación de la muestra para realizar la técnica de análisis factorial. La factorabilidad de la matriz de correlación fue confirmada por el test de esfericidad de Barlett ( $\chi^2=5110,612$   $p\leq 0,001$ ), lo que significa que las variables están correlacionadas significativamente. Por tanto, el análisis factorial podría ser ejecutado. Las comunalidades de los ítems variaron entre 0,597 y 0,890.

De este modo, en el **Factor 1**, los ítems 4, 6, 14 y 22 presentan respectivamente las cargas factoriales de 0,614; 0,852; 0,816; 0,865 y el valor de comunalidad de 0,377, 0,727; 0,666 y 0,748. La varianza explicada es del 62,95 %, el Alpha de Cronbach es de 0,803 y el valor de KMO de 0,764.

El **Factor 2** está compuesto por los ítems 8, 16 y 24, presentan respectivamente las cargas factoriales de 0,846; 0,895; 0,881 y un valor de comunalidad de 0,716; 0,802 y 0,777. El valor de la varianza explicada es del 76,483 %, el Alpha de Cronbach es de 0,845 y el valor de KMO de 0,719.

El **Factor 3** está compuesto por los ítems 9, 15, 17 y 23, presentan respectivamente las cargas factoriales de 0,763; 0,849; 0,841 y 0,812 y un valor de comunalidad de 0,582; 0,720; 0,708 y 0,659. El valor de la varianza explicada es del 66,730 %, el Alpha de Cronbach es de 0,834 y el valor de KMO de 0,802.

El **Factor 4** está compuesto por los ítems 2, 5, 11, 20 y 21, presentan respectivamente las cargas factoriales de 0,581; 0,794; 0,739; 0,805 y 0,751 y un valor de comunalidad de 0,337; 0,630; 0,546; 0,648 y 0,563. El valor de la varianza explicada es del 54,494 %, el Alpha de Cronbach es de 0,772 y el valor de KMO de 0,806.

El **Factor 5** está compuesto por los ítems 12, 13 y 19, presentan respectivamente las cargas factoriales de 0,865; 0,748; 0,849 y un valor de comunalidad de 0,748; 0,560 y 0,721. El valor de la varianza explicada es del 67,638 %, el Alpha de Cronbach es de 0,741 y el valor de KMO de 0,662.

El **Factor 6** está compuesto por los ítems 1, 10 y 18, presentan respectivamente las cargas factoriales de 0,718; 0,845; 0,808 y un valor de comunalidad de 0,516; 0,714 y 0,654. El valor de la varianza explicada es del 62,786 %, el Alpha de Cronbach es de 0,699 y el valor de KMO de 0,641.

El **Factor 7** está compuesto por los ítems 3 y 7, presentan respectivamente las cargas factoriales de 0,874 y 0,874, y un valor de comunalidad de 0,764 y 0,764. El valor de la varianza explicada es del 76,354 %, el Alpha de Cronbach es de 0,845 y el valor de KMO de 0,500.

Los coeficientes del Alpha de Cronbach obtenidos demuestran una buena fidelidad, presentando para los 24 ítems un valor de 0,915, que podemos considerar, según Pestana y Gageiro (2005), una consistencia «muy buena». Asimismo, podemos concluir que todos los ítems contribuyen positivamente a la fiabilidad interna de la escala, ya que, con cada uno de ellos no aumenta en relación al Alpha de Cronbach Global.

#### Tratamiento de la información

Para tratar los datos de la Escala de Evaluación de Emociones, los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a los estudiantes (Anexo 4) se someterán al tratamiento informático en el programa de estadística SPSS.

En el análisis de los datos, contemplamos usar la estadística descriptiva: distribución de frecuencia, frecuencias absolutas y frecuencias relativas; medidas de tendencia central (media, moda); medidas de dispersión (desviación típica) y, para el análisis inferencial, utilizamos el test T para medias y el test Anova.



## Procedimientos formales y éticos

Se solicitó la autorización de la presidenta de la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra y se obtuvo su aprobación para aplicar un cuestionario a los estudiantes del 2.º, 3.º y 4.º año. Asimismo, se solicitó la participación voluntaria de los estudiantes para cumplimentar el cuestionario.

## Hipótesis

Con base en la fundamentación teórica realizada y los objetivos propuestos, formulamos las siguientes hipótesis:

- Los estudiantes del sexo femenino presentan mayor intensidad emocional en la comunicación, en enfrentarse a la muerte, en cuidar el cuerpo después de la muerte, en los cuidados de higiene, en el cuidado de heridas, en la práctica de punciones venosas, en la práctica del cateterismo vesical y en la reanimación cardiorrespiratoria que los estudiantes del sexo masculino.
- Los estudiantes del 2.º año presentan mayor intensidad emocional en la comunicación, en enfrentarse a la muerte, en cuidar el cuerpo después de la muerte, en los cuidados de higiene, en el cuidado de heridas, en la práctica de punciones venosas, en la práctica del cateterismo vesical y en la reanimación cardiorrespiratoria que los estudiantes del 3.º y 4.º año.

## Variables

Para medir la variable dependiente, las emociones experimentadas por los estudiantes en la práctica de los cuidados, utilizamos los siguientes indicadores:

- **Factores relacionados con el miedo** - irritado, ansioso, preocupado y nervioso.
- **Factores relacionados con la felicidad** - contento, alegre y feliz.
- **Factores relacionados con la ansiedad** - sobresaltado, perturbado, asustado y desesperado
- **Factores relacionados con la culpa** - receloso, culpado, rechazado, contrariado y humillado.
- **Factores relacionados con la cólera** - cabreado, avergonzado, molesto.
- **Factores relacionados con la sorpresa** - sorprendido, asombrado y perplejo.

- **Factores relacionados con la tristeza** - descontento y triste.

Como variables independientes, nuestro estudio englobó variables biológicas y sociales. Como variables biológicas consideramos:

**Edad** – se trata de un factor biológico que caracteriza a todo individuo, constituye la primera pregunta del cuestionario y se expresa en número de años.

**Sexo** – con el objetivo de caracterizar mejor a la población, se seleccionó el sexo como variable dicotómica, masculino y femenino. Además de las diferencias anatómicas y fisiológicas que caracterizan a los hombres y a las mujeres, cada uno vive experiencias específicas, lo que constituye la segunda pregunta del cuestionario.

Como variables sociales, definimos:

**Estado civil** – pregunta abierta que puede comprender a solteros, casados, divorciados y otras situaciones, y que constituye la tercera pregunta del cuestionario.

**Año de los estudios** – registro señalado por el investigador por haber sometido de forma separada a los alumnos del 2.º, 3.º y 4.º año de la Licenciatura de Enfermería.

La práctica de los cuidados engloba: comunicarse con los pacientes, enfrentarse a la muerte, cuidar el cuerpo después de la muerte, cuidados de higiene, cuidado de heridas, punción venosa, cateterismo vesical y reanimación cardiorrespiratoria.

### **Análisis y discusión de la información**

El análisis de la información contenida en las narrativas de aprendizaje de los estudiantes nos permitió encontrar las siguientes categorías: dificultades emocionales, sentimientos, emociones y, por último, estrategias para gestionar las emociones.

Las dificultades emocionales mencionadas por los estudiantes se refieren a la comunicación; el ambiente de trabajo; la ejecución de procedimientos; el conocimiento; las capacidades y el ambiente de cuidados.

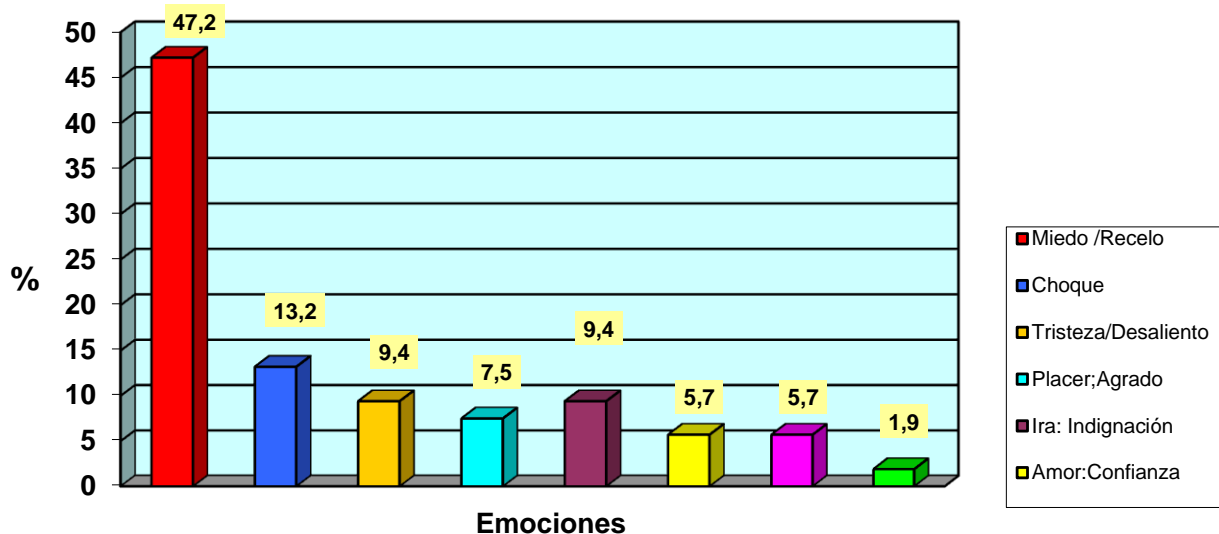
En relación a las emociones, encontramos como emociones negativas el miedo/recelo, que constituye el 47,2 % de los indicadores y, a continuación, el choque (emoción sorpresa), con el 13,2 %. La tristeza/el desaliento constituyen el 9,4% de los indicadores, así como la indignación (ira). Las emociones de aversión/desagrado surgen en el 5,7 % de los indicadores y la vergüenza/el embarazo en el 1,9 %.

Las emociones positivas identificadas fueron el placer: agrado, que constituyen el 7,5 % de los indicadores y el amor: confianza, el 5,7 % de los mismos. Además de estas emociones, surgió, en las narrativas temáticas, la alegría.

**Tabla n.º 5 - Resumen de la experiencia emocional de los estudiantes como prestadores de cuidados**

EMOCIONES EXPERIMENTADAS POR LOS ESTUDIANTES	N.º Indicadores	%
Miedo / Recelo	25	47,2
Choque	7	13,2
Tristeza / desaliento	5	9,4
Ira: indignación	5	9,4
Placer: Agrado	4	7,5
Amor: Confianza	3	5,7
Aversión: desagrado	3	5,7
Vergüenza: Embarazo	1	1,9
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 13 - Resumen de la experiencia emocional de los estudiantes como prestadores de cuidados**



Estos resultados reflejan la experiencia emocional de los estudiantes, idéntica a la experiencia del estudio de Mercadier (2004) y Diogo (2006), que evidencia las siguientes emociones de los enfermeros en la práctica de cuidados: la tristeza, el miedo, la sorpresa, la culpa, la rebelión, la angustia y la alegría.

El miedo/recelo manifestado por los estudiantes en la prestación de cuidados tiene que ver con el ambiente de trabajo y de cuidados; la comunicación y, también, la ejecución de procedimientos (competencias del marco de referencia del Colegio de Enfermería, Consejo de Enfermería del Colegio de Enfermería, 2003). Además, se verificaron referencias relativas a las capacidades, los conocimientos y los errores de ejecución.

Se encontró un predominio de manifestaciones de miedo en torno al ambiente de trabajo/cuidados y a las capacidades/competencias.

En relación a estas últimas, también en el estudio de Fernandes (2010), los estudiantes mencionan que el miedo surge en situaciones con personas en situación de salud grave por el recelo de no saber y poder fallar.

Lourenço (2012) menciona que la falta de competencias para ejecutar procedimientos, así como los riesgos y miedos que derivan de situaciones de aprendizaje en la formación clínica fueron considerados por los estudiantes como generadores de mayor estrés.

Para Masters (2013), se enseña a los alumnos de acuerdo con un ideal teórico, lo que contribuye a un alto patrón en la práctica profesional. Cuando los alumnos entran en contacto con el mundo real, la cultura de la práctica clínica y la cultura de la sala de la clase pueden parecer mundos aparte. El choque con la realidad tiene lugar cuando el papel atribuido entra en conflicto con la función realizada. Esto puede ser aminorado con la experiencia clínica y la orientación tutorial, que ayudan al estudiante a realizar la transición de las expectativas del papel atribuido a las expectativas del papel real.

La sorpresa/el choque sentido por los estudiantes envolvió, además de aspectos comunicativos y la ejecución de procedimientos (competencias del marco de referencia del Colegio de Enfermería), la postura profesional y las capacidades del estudiante.

Asimismo, en el estudio de Fernandes (2010), el contacto con la enfermedad grave y el sufrimiento originan tristeza y choque.

El asombro, la perplejidad y el sobresalto son algunas de las características asociadas a la emoción sorpresa. Esta es una experiencia breve e inesperada que dura solo algunos segundos (Magalhães, 2007).

Normalmente, ocurre en el momento en que tiene lugar lo que nos sorprende y, después de que eso ocurre, la sorpresa puede pasar a miedo, alivio, cólera o aversión, o puede que no la suceda ninguna emoción (ídem).

Para Mercadier (2004), los prestadores de cuidados se quedan, muchas veces, consternados con la muerte de un paciente, en relación a lo cual se observan dos

reacciones opuestas: o tardan días en hablar del asunto o se sumergen en el silencio, ocultando una carga emocional demasiado fuerte. Para el prestador de cuidados, es tanto más difícil enfrentarse a la muerte, y más aún si esta supone estar envuelto por el halo de los afectos.

Para Neto (2003), la tristeza es la más común de las emociones negativas y tiene como causa situaciones de pérdida relativas a relaciones interpersonales o de posesión, en las que la decepción normalmente acompaña a la consciencia de no realización de objetivos e intenciones.

En relación a la vergüenza, Mercadier (2004, pág. 3) menciona: «recomenda-se aos alunos que respeitem o pudor do doente, que evitem desnudá-lo completamente, destapando-o apenas em parte de cada vez, para evitar constrangê-lo; mas nada se diz sobre o constrangimento do próprio prestador de cuidados».

La vergüenza y la culpa tienen lugar, con frecuencia, en conjunto, y la principal diferencia entre ellas es el hecho de que la vergüenza implica las evaluaciones de los otros y la culpa, principalmente, una autoevaluación (ídem).

La vergüenza tiene una función adaptativa de sensibilizarnos en torno a la opinión de los otros y permite desarrollar aptitudes del comportamiento social.

En las narrativas analizadas surgieron relatos de indignación relacionados con los procedimientos de médicos y enfermeros y en defensa de la dignidad de los pacientes. Este hecho corrobora la idea de Mercadier (2004), que considera que la cólera se dirige, con más frecuencia, a los otros actores del hospital que a los pacientes.

La aversión es una emoción negativa de repulsión y alejamiento que se refiere al rechazo de aquello que puede estar contaminado, ser desagradable, física o psicológicamente (Oatley y Jenniffer, 2002; Strongman, 2004).

El ambiente de trabajo y la comunicación fueron manifestaciones de desagrado y desfavorables para el desarrollo del estudiante.

El placer y el agrado fueron relativos al ambiente de cuidados y al de trabajo. Estos se percibieron como positivos y favorables para el desarrollo del estudiante.

Lazarus, citado por Oatley y Jenkins (2002), identificó también el amor como una emoción positiva. Para Neto (2003, pág. 34) «o amor é a emoção mãe desta família que tem como familiares a aceitação, a amizade, a confiança, a bondade, a afinidade, a devoção, a adoração, a fascinação e o ágape».

La confianza en sus capacidades para prestar cuidados al usuario es algo que los estudiantes relatan con frecuencia.

### **En cuanto a los cuidados prestados a los pacientes que suscitan emociones:**

En las narrativas de aprendizaje, la comunicación, los cuidados de pacientes en fase terminal, las maniobras de reanimación cardiopulmonar, los cuidados posmorte y la ejecución de procedimientos fueron los cuidados más valorados por los estudiantes. En las narrativas temáticas surgieron de nuevo relatos de cuidados a personas en fase terminal, cuidado posmorte al cuerpo y cuidados de higiene.

Collière (2003) caracteriza el o los tipos de cuidados que se prestan o ejecutan de acuerdo con la o las finalidades que se propone alcanzar. De este modo, caracteriza los cuidados como de compensación, de mantenimiento de la vida, de estimulación, de bienestar, de parecer y de apaciguamiento.

En una primera etapa, el aprendizaje de estos procedimientos se integra, como menciona Callara (2008), en el aprendizaje experiencial, en el que los estudiantes no solo adquieren los conocimientos y las habilidades esenciales para los enfermeros, sino también la forma como estos se integran en su práctica.

Este autor considera también que el aprendizaje es más eficaz cuando deriva de la exposición al mundo real del trabajo, la exposición a los otros profesionales y a su integración en el cuidado a los pacientes (ídem).

Su realización implica al usuario/la familia y necesita que el estudiante, con la orientación de un tutor o profesor, proceda a la preparación del material; a la preparación de las condiciones ambientales y la privacidad necesarias; a la preparación del usuario, informándolo y obteniendo su consentimiento; a la realización de las diferentes etapas del procedimiento y, por último, a la realización de los registros. Los contextos son inestables e inciertos, en una dinámica que genera, momento a momento, condiciones que hacen que cada situación sea un caso único, singular y en evolución.

### **En relación a los sentimientos percibidos por los estudiantes**

En cuanto a los sentimientos percibidos por los estudiantes, unos fueron negativos, traducidos por la impotencia, la frustración, la inutilidad, el desagrado, la fuga y la intimidación. Los sentimientos positivos fueron traducidos por la seguridad, el deber cumplido, el altruismo, la satisfacción, el orgullo y la serenidad.

Se verificó un predominio de manifestaciones de sentimientos negativos, la impotencia, la frustración y la inutilidad; al contrario de los positivos, en los que solo encontramos la seguridad.

El sentimiento se distingue de la emoción en que este designa más particularmente el componente subjetivo, sentido, de la emoción y no se refiere a los componentes del comportamiento y fisiológicos (Belzung, 2010).

Citando a Damásio, este autor define sentimiento como «a percepção de um estado do corpo assim como a percepção de um certo modo de pensamento e de pensamentos contendo certos temas» (ídem, pág. 18).

### **Estrategia para gestionar las emociones**

Como estrategias para gestionar las emociones, los estudiantes adoptaron: soporte y ayuda de colegas, momentos de reflexión con colegas, intercambio con profesionales, profesor/tutor y desahogo con familiares y amigos. Además, cabe mencionar la investigación, la comunicación con los pacientes, el aprendizaje a través de la observación, el hábito y el mantenimiento de una distancia adecuada.

Mercadier (2004) menciona que el aprendizaje del cuidado está envuelto, muchas veces, en la negación de las emociones y considera que a los enfermeros se les exige que mantengan el control y que encuentren una buena distancia para continuar siendo dueños de sus emociones. Con frecuencia, hay una confusión entre sentimientos y comportamientos, como si hubiese una infiltración del sentir en el actuar.

A este respecto, Esperedião y Munari mencionan que la postura de los educadores y los profesionales con quienes los estudiantes interactúan a lo largo de los cursos de salud los estimula poco para decir lo que piensan y lo que sienten.

En el estudio de Lourenço (2012), los resultados indican que los estudiantes utilizan un conjunto de estrategias positivas de *coping*, del tipo de control, distracción y soporte social.

Según Davis (1995), las sesiones de *debriefing* deben utilizarse para que los estudiantes describan sentimientos, compartan experiencias, procedan a la resolución de problemas e identifiquen razones para la acción. En el *debriefing*, los estudiantes analizan las experiencias relacionadas con las actitudes negativas del equipo, las intervenciones específicas del enfermero y las interacciones enfermero/usuario (ídem). En este proceso reflexivo de la práctica clínica, la ansiedad y el estrés pueden ser disminuidos con el apoyo del grupo de colegas y del profesor (ídem).

El aprendizaje de los estudiantes con los profesionales con demostración y ayuda mutua invita a la observación y a la imitación y tiene un impacto en el futuro profesional (Mercadier, 2004).

Las habilidades de comunicación fomentan las relaciones interpersonales terapéuticas y aumentan el nivel de satisfacción de las personas asistidas, así como de las personas que los asisten (Conanglia, 2004).

Una de las competencias/capacidades para gestionar las emociones es la empatía, que constituye la aptitud personal más fundamental y tiene como finalidad última comprender al otro y manifestarle esa comprensión (Agostinho, 2010).

Para educar la competencia empática, según Conanglia (2004), es necesario trabajar el autoconocimiento emocional, el autocontrol, la atención, la escucha activa, la comunicación verbal y no verbal, la consideración y el sentido de responsabilidad por el bienestar de los otros y la expresión del interés por el otro a través de la atención y la ayuda.

En el diagrama 13 (p. 249), presentamos la síntesis de la información contenida en las narrativas de aprendizaje y las narrativas temáticas que nos permiten tener una visión global de la experiencia emocional de los estudiantes.

### **En cuanto a la evaluación de las emociones en la práctica de cuidados**

Con la aplicación de la escala de evaluación de las emociones en la práctica de cuidados, es importante destacar la comunicación y el enfrentarse a la muerte como los más valorados por los estudiantes, presentando medias superiores a 5, en una escala de 0-10.

En la comunicación se valoraron más las dimensiones felicidad, sorpresa y miedo.

En las narrativas de aprendizaje, aunque no se hayan encontrado indicadores de felicidad, los de miedo y sorpresa se observan en las siguientes frases:

- Una de las principales cosas que me asustaba cada vez que pensaba en la formación clínica era la comunicación y la relación con los pacientes (2.1)
- Por la mañana, cuando entramos a la habitación y decimos «bom dia» («buenos días»), a veces, la única manifestación de comunicación que recibimos es un silencio frío que nos cuesta aceptar (4.4)

Para Viana da Silva y Nakata (2005), las barreras de la comunicación derivan normalmente de la falta de habilidad para oír, ver, sentir y comprender el mensaje o el estímulo recibido.

Citando a Santos, Pereira (2008) menciona que «cada pessoa sente necessidade de ser olhada, escutada, acolhida, compreendida e reconhecida na sua identidade e singularidade» (idem, pág. 92).



En el enfrentarse a la muerte, las dimensiones tristeza, miedo y sorpresa fueron más valoradas. En las narrativas encontramos únicamente indicadores de tristeza y sorpresa pero no de miedo, como se observa en las siguientes frases:

- Me sentí un poco triste, no por pensar que se podría haber hecho alguna cosa, sino porque era una vida que acababa allí, ante nuestros ojos (4.5)
- El paciente falleció mientras yo estaba presente, me sentí muy conmovida, era una realidad para la cual no estaba preparada (2.8)

A medida que surgen y se desarrollan relaciones con los pacientes moribundos, los estudiantes toman conciencia de que la persona que cuidan no es solo un cuerpo en la cama, sino que fue un tipo de persona que vivió una determinada vida (Beck,1997).

Muchas veces, se sienten desesperados e inútiles cuando los pacientes no son conscientes de su pronóstico, cuando no pueden aumentar el tratamiento analgésico para proporcionarles una muerte serena y cuando son incapaces de realizar sus últimos deseos (ídem).

Su inexperiencia en cuidar a este tipo de pacientes lleva a que se sientan incómodos en discutir sobre la muerte y el morir, sea con los pacientes o con sus familiares. Muchas veces, sienten frustración y rabia por la dificultad de encontrar las palabras exactas y permitir que el paciente discuta su muerte. Sin embargo, son conscientes de que estos son componentes esenciales del cuidado (ídem).

Como puntos menos valorados por los estudiantes encontramos la reanimación cardiorrespiratoria, el cuidado posmorte al cuerpo, los cuidados de higiene, los cuidados de la herida, el cateterismo vesical y la punción venosa.

En la reanimación cardiorrespiratoria, las dimensiones más valoradas fueron el miedo y la sorpresa, indicadores que surgen igualmente en las narrativas, expresados del siguiente modo:

- Una situación de parada cardiorrespiratoria... Ahí me di cuenta del miedo que tengo a estar un día en aquella posición y quedarme «conmocionado» y no conseguir pensar ni actuar (3.3)
- Ver a los médicos durante las maniobras de reanimación con una actitud relajada, como si no pasase nada, me chocó bastante (2.1)

En el cuidado posmorte al cuerpo, se valoraron más las dimensiones tristeza y miedo. Las narrativas expresan únicamente la emoción tristeza, como se observa en la siguiente frase:

- Me sentí un poco triste, no por pensar que se podría haber hecho alguna cosa, sino porque era una vida que acababa allí, ante nuestros ojos (4.5)

Aunque los cuidados de higiene se hayan valorado más en las dimensiones felicidad, miedo y sorpresa, en las narrativas encontramos únicamente referencias al pudor

(*constrangimento*) / el embarazo, sea en el estudiante o en la persona cuidada, tal y como se observa en las siguientes frases:

- Por mucho que respetemos la intimidad y la privacidad de aquella persona, no consigo dejar de imaginar el pudor (*constrangimento*) y el embarazo que esta siente (8)
- Al principio, los cuidados de higiene y bienestar ...eran bastante incómodos, especialmente si me encontraba con personas...jóvenes, del sexo femenino...(1)

En el hospital, los cuidados relativos a la higiene constituyen un ritual que pone a dos cuerpos frente a frente y los sitúa en una relación de proximidad que sobrepasa el espacio privado de cada uno, en una proximidad corporal que no deja indiferente ni al cuerpo del enfermero o cuidador ni al de la persona cuidada (Salvado, 2010).

La emoción que los enfermeros sienten más veces durante la interacción con los pacientes es el pudor (*constrangimento*). Esta palabra encierra varios significados, que van desde la vergüenza a la humillación y a la repulsión (Mercadier, 2004).

En los cuidados de la herida se valoraron más las dimensiones felicidad y, después, sorpresa y miedo. En las narrativas surgen únicamente expresiones de miedo, como se observa en esta frase:

- En relación al tratamiento del lugar de inserción del catéter venoso central, la primera vez que lo hice, me sentí un poco nerviosa (2.9)

En la realización de este procedimiento, consideramos que la mayor dificultad que el estudiante puede encontrar está relacionada con el procedimiento propiamente dicho, que incluye: la evaluación de la herida, la decisión terapéutica, la destreza y la manipulación correcta del material esterilizado y la realización de registros.

En el procedimiento de punción venosa se valoraron más las dimensiones felicidad y miedo. En las narrativas de aprendizaje, el miedo fue más evidente:

- debido al miedo de contaminar el material y toda la técnica aséptica y por la falta de experiencia que sentí en ese momento. (2.12);
- A pesar del nerviosismo que sentía (punción venosa), el procedimiento se desarrolló muy bien, debido, principalmente, a la orientación de la enfermera tutora (4.9)

Podemos identificar algunas dificultades que el estudiante puede encontrar en las diferentes etapas de desarrollo del procedimiento, tal como se señala en el Manual de Normas de Enfermería ACSS (2011): antes de la cateterización, seleccionar y gestionar los lugares que se van a puncionar; en la cateterización, garantizar una técnica aséptica en la punción, en la manipulación del catéter, del sistema y del lugar de inserción y, por último, realizar los registros, en los que se señala el día y la hora en

que se realizó, el tipo de catéter utilizado, los resultados obtenidos y la información dada al paciente.

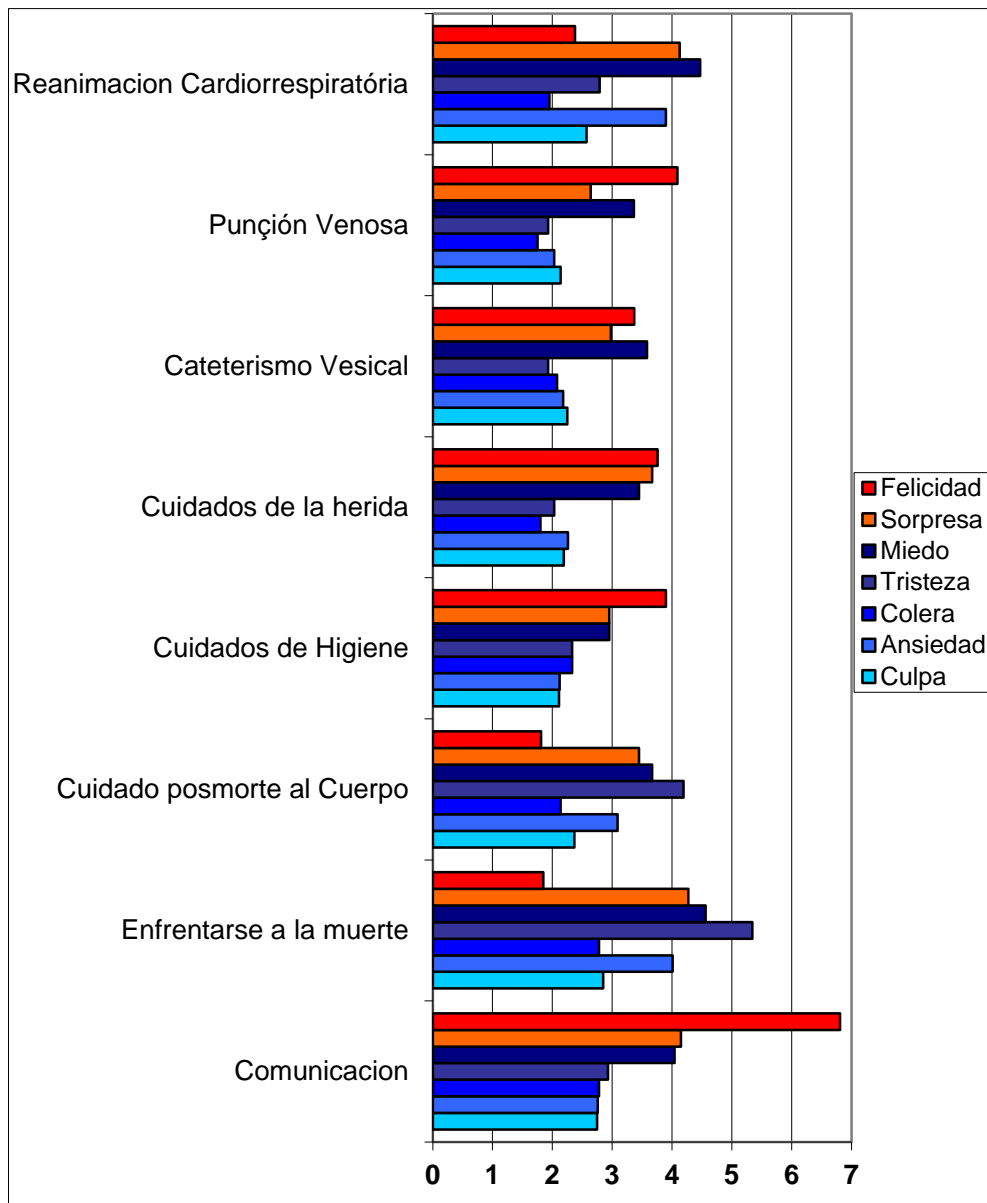
Consideramos que el miedo que el estudiante tiene al fracaso y al sufrimiento que puede tener durante la realización de este procedimiento con el paciente son aspectos que dificultan el desarrollo de la acción.

En el cateterismo vesical, las dimensiones más valoradas fueron el miedo y, después, la felicidad. Podemos identificar también las dificultades que el estudiante puede encontrar en las diferentes etapas de desarrollo del cateterismo vesical, tal como se señala en el Manual de Normas de Enfermería, ACSS (2011): antes del cateterismo urinario, también es necesario que el estudiante proceda a la preparación del material (para la higiene de los genitales y el específico para el cateterismo), del usuario, informándolo de lo que se va a realizar y comprobando las condiciones del ambiente (temperatura, iluminación y ventilación, así como el respeto a la privacidad); en el cateterismo urinario, se debe realizar la higiene genital y se debe utilizar la técnica aséptica quirúrgica en la introducción del catéter, y después de la realización del procedimiento, se deben realizar los registros, en los que se señala el día y la hora en que tuvo lugar, el calibre del catéter urinario utilizado, los resultados obtenidos y la información dada al paciente (ídem).

En todos los cuidados desarrollados por los estudiantes, a excepción de los cuidados posmorte al cuerpo y en el enfrentarse a la muerte, encontramos la emoción felicidad. En las narrativas encontramos expresiones de alegría patentes en las siguientes frases:

- La prestación de cuidados, en general, me produce...y alegría, por sentir que estoy contribuyendo a la recuperación de una persona (3);
- Cuando me encuentro ante personas...autónomas y visiblemente alegres...experimento emociones positivas como la alegría y el entusiasmo (7)

Gráfico 14 – Síntesis de la evaluación de emociones en las diferentes prácticas de cuidados



Además, evaluamos las posibles relaciones entre las emociones envueltas en la prestación de cuidados, el sexo de los estudiantes y el año de los estudios.

## **Relaciones entre las emociones envueltas en la prestación de cuidados y el sexo de los estudiantes**

Comparamos las medias relativas a las emociones envueltas en la prestación de cuidados entre estudiantes del sexo masculino y del sexo femenino.

En la comunicación, entre los estudiantes del sexo femenino y del masculino, hay una diferencia de medias en relación a la emoción culpa a un nivel de significación de 0,045.

En la práctica enfrentarse a la muerte, hay, entre los estudiantes del sexo femenino y del masculino, una diferencia de medias en relación a la emoción miedo, felicidad, ansiedad, sorpresa y tristeza a un nivel de significación, respectivamente, de 0,001, 0,033, 0,029, 0,027 y 0,006.

En la práctica cuidar el cuerpo después de la muerte hay, entre los estudiantes del sexo femenino y del masculino, una diferencia de medias en relación a la emoción miedo, felicidad y tristeza a un nivel de significación, respectivamente, de 0,040, 0,033 y 0,006.

En la práctica del cateterismo vesical, hay una diferencia de medias entre los estudiantes del sexo femenino y los del sexo masculino en relación a la emoción cólera a un nivel de significación de 0,033.

En cuanto a la reanimación cardiorrespiratoria, hay una diferencia de medias entre los estudiantes del sexo femenino y los del sexo masculino en relación a la emoción miedo y sorpresa a un nivel de significación de 0,004 y de 0,026.

## **En las relaciones entre las emociones envueltas en la prestación de cuidados y el año de estudios de los estudiantes**

Comparamos las medias relativas a las emociones envueltas en la prestación de cuidados entre estudiantes del 2.º año, 3.º año y 4.º año.

De este modo, en la **comunicación**, hay una diferencia de medias en las estudiantes del sexo femenino en el 2.º, 3.º y 4.º año en relación a la emoción felicidad a un nivel de significación de 0,001 y a la emoción sorpresa a un nivel de significación de 0,003.

En el **enfrentarse a la muerte**, hay una diferencia de medias entre los estudiantes del 2.º, 3.º y 4.º año en relación a la emoción culpa a un nivel de significación de 0,008 y a la emoción sorpresa a un nivel de significación de 0,028.

En el **cuidar el cuerpo después de la muerte**, hay una diferencia de medias entre los estudiantes del 2.º, 3.º y 4.º año en relación a la emoción miedo a un nivel de

significación de 0,034; a la emoción culpa a un nivel de significación de 0,001; en relación a la cólera a un

nivel de significación de 0,007; a la sorpresa a un nivel de significación de 0,007, y a la tristeza a un nivel de significación de 0,042.

En los **cuidados de higiene**, hay una diferencia de medias entre los estudiantes del 2.º, 3.º y 4.º año en relación a la emoción miedo a un nivel de significación de 0,004; a la emoción felicidad a un nivel de significación de 0,008; en relación a la ansiedad a un nivel de significación de 0,016; a la sorpresa a un nivel de significación de 0,007; a la tristeza a un nivel de significación de 0,042, y a la culpa a un nivel de significación de 0,031.

En los **cuidados de la herida**, hay una diferencia de medias entre los estudiantes del 2.º, 3.º y 4.º año en relación a la emoción miedo a un nivel de significación de 0,004; en relación a la ansiedad a un nivel de significación de 0,009; a la sorpresa a un nivel de significación de 0,000, y a la tristeza a un nivel de significación de 0,010.

En el **cateterismo vesical**, hay una diferencia de medias entre los estudiantes del 2.º, 3.º y 4.º año en relación a la emoción miedo a un nivel de significación de 0,001; en relación a la ansiedad a un nivel de significación de 0,031; a la culpa a un nivel de significación de 0,012, y a la sorpresa a un nivel de significación de 0,000.

En la **punción venosa**, hay una diferencia de medias entre los estudiantes del 2.º, 3.º y 4.º año en relación a la emoción miedo a un nivel de significación de 0,038; en relación a la felicidad a un nivel de significación de 0,000, y a la sorpresa a un nivel de significación de 0,000.

Por último, en la **reanimación cardiorrespiratoria**, hay una diferencia de medias entre los estudiantes del 2.º, 3.º y 4.º año en relación a la emoción miedo a un nivel de significación de 0,000; en relación a la ansiedad a un nivel de significación de 0,029; a la culpa a un nivel de significación de 0,000, y a la cólera a un nivel de significación de 0,040.

### Conclusiones del estudio

De acuerdo con los objetivos delimitados para este estudio, consideramos que hemos obtenido información relevante acerca de los cuidados con mayor impacto emocional en los estudiantes, que fueron: la comunicación, los cuidados a los pacientes que se encuentran en el final de la vida, las maniobras de reanimación cardiorrespiratoria, los cuidados posmorte, la ejecución de cuidados de higiene, de cuidados de las heridas, el cateterismo venoso y el cateterismo vesical. De estos, resaltamos la comunicación y el

enfrentarse a la muerte como aspectos más valorados por el estudiante y que, por tanto, presentan medias más elevadas. En la comunicación, es importante resaltar la valoración de las emociones felicidad, sorpresa y miedo, y, en el enfrentarse a la muerte, la valoración de la tristeza y del miedo. Como cuidados menos valorados por los estudiantes, encontramos: la reanimación

cardiorrespiratoria, en que fueron valorados el miedo y la sorpresa; el cuidado posmorte al cuerpo, en que fueron valorados la tristeza y el miedo; los cuidados de higiene, en que fueron valorados la felicidad, el miedo y la sorpresa; los cuidados de la herida, en que resaltamos las emociones felicidad, sorpresa y miedo; el cateterismo vesical, en que las emociones valoradas fueron el miedo y la felicidad y, por último, la punción venosa, en que resaltaron la felicidad y el miedo.

La felicidad, el miedo y la sorpresa están muy presentes en los procedimientos anteriormente mencionados. A este respecto, consideramos que la felicidad está relacionada con la oportunidad que el estudiante tiene de realizar la experiencia, asociado al miedo al fracaso o al sufrimiento y a la sorpresa por la imprevisibilidad que el procedimiento puede provocar en la persona.

La tristeza surge únicamente en los procedimientos que envuelven el fin de la vida y con los cuidados posmorte.

Además, podemos verificar algunas diferencias de medias relativas a las emociones envueltas en la prestación de cuidados entre los estudiantes del sexo masculino y femenino y entre los diferentes años de los estudios.

De este modo, la diferencia de medias entre estudiantes del sexo masculino y femenino en la comunicación fue en relación a la emoción culpa; en el enfrentarse a la muerte a las emociones miedo, felicidad, ansiedad, sorpresa y tristeza; en el cuidar el cuerpo después de la muerte a la emoción miedo, felicidad y tristeza; en el cateterismo vesical a la emoción cólera y, por último, en la reanimación cardiorrespiratoria fue en relación a las emociones miedo y sorpresa.

En relación a las diferencias de media entre los estudiantes del 2.º, 3.º y 4.º año en la comunicación y en las estudiantes del sexo femenino fue relativa a la emoción felicidad; en enfrentarse a la muerte a la emoción culpa; en el cuidar el cuerpo después de la muerte a la emoción miedo; en los cuidados de higiene a las emociones miedo, ansiedad y felicidad; en los cuidados de la herida a la emoción miedo, ansiedad, sorpresa y tristeza; en el cateterismo vesical a las emociones miedo, ansiedad, culpa, y sorpresa, y en la punción venosa a las emociones, miedo, felicidad y sorpresa.

En cuanto a los sentimientos percibidos por los estudiantes, unos fueron negativos, traducidos por impotencia, frustración, inutilidad, desagrado, fuga e intimidación. Los sentimientos positivos fueron traducidos por seguridad, deber cumplido, altruismo, satisfacción, orgullo y serenidad.

Como estrategias para gestionar las emociones, los estudiantes adoptaron: soporte y ayuda de colegas, momentos de reflexión con colegas, intercambio con profesionales, profesor/tutor y desahogo con familiares y amigos. Además, se mencionaron la investigación, la comunicación con los pacientes, el aprendizaje a través de la observación, el hábito y el mantenimiento de una distancia adecuada.

### **Implicación de este estudio para los estudiantes**

En la prestación de cuidados, trabajar con seguridad es una necesidad natural e inherente a la condición humana, un derecho de cada uno de los intervinientes de la formación clínica. Esto significa poder vivir las situaciones de aprendizaje en un ambiente de seguridad, sin que las mismas constituyan una fuente de riesgo para el estudiante de enfermería, sea de naturaleza física, psicológica o emocional.

La respuesta emocional de los estudiantes y profesionales se ve condicionada por la personalidad, las expectativas y las experiencias individuales. Una de las principales competencias de regulación de las emociones que el estudiante debe adquirir es la habilidad de comprender y nombrar las emociones y los sentimientos, que, aunque no siempre es fácil de conseguir, se puede ejercitar y entrenar (Diogo, 2006; Serra, 2010). Ante una situación emocional difícil, el estudiante debe conseguir adoptar una de las siguientes estrategias: detenerse, reconocer el estado emocional, analizar las opciones, encontrar una respuesta reflexiva y no reactiva a la situación, y actuar, detectando cuáles son las conductas que dificultan nuestra felicidad y nuestras conductas desadaptativas (Conangla, 2004).

Se pretende así que el estudiante, en nuestro caso, mantenga relaciones personales estables, diga de forma clara lo que piensa, independientemente de la opinión de los otros y se comunique mirando a los ojos, sintiéndose tranquilo, empático, con mayor respeto por la individualidad y más tolerante ante el conflicto (Agostinho, 2010).

Asimismo, se pretende que, al entender los sentimientos como peligrosos, busque distracciones y se distancie, lo que hace posible razonar, consiguiendo así el autocontrol y la mejora del clima interrelacional. Mediante la reevaluación de la situación y de los sentimientos, piensa en la forma de enfrentarse a ellos, y en el caso de que no lo consiga hacer, al menos, es consciente de ellos para pedir ayuda (Agostinho, 2010).



El bienestar emocional se basa no en evitar los sentimientos desagradables, sino en educar las emociones, con el objetivo de impedir que dominen los sentimientos negativos (Franco, 2005).

### **Implicación para la orientación pedagógica**

Para los profesores, es una constante preocupación poder proporcionar al alumno situaciones de aprendizaje que permitan un desarrollo técnico y humano continuo y progresivo, teniendo en cuenta los riesgos que las situaciones implican, enseñándolo a adoptar estrategias que reduzcan el riesgo de actuación, al mismo tiempo que refuerzan las competencias personales globales del estudiante.

Estos deben ser apoyados en el proceso de socialización profesional para que desarrollen la asertividad, la reflexión y el pensamiento crítico, necesarios para un cuidar holístico y una práctica basada en la evidencia (Masters, 2013).

Para ello, el estudiante debe contar con el apoyo de un orientador con experiencia, que sepa escoger situaciones útiles para el aprendizaje y que lo ayude a ver lo que solo no es capaz de hacer.

En relación a la supervisión, los profesores tienen la responsabilidad de orientar la práctica pedagógica de los alumnos que se encuentran en la formación clínica para que, al terminar esta, el alumno haya adquirido un conjunto de competencias que se le exigen en el cuidado profesional (Alarcão, 2010).

A este respecto, Serra (2010) señala que si los formadores fuesen conscientes de lo que puede ser fuente de sufrimiento emocional para los estudiantes, podrían adoptar una postura de seguimiento y mediación, optimizando los momentos en que se promueve el desarrollo del autoanálisis por los estudiantes.

Debido a los resultados obtenidos en nuestro estudio, pretendemos divulgarlos en el cuerpo docente y recomendar invertir en la formación teórica y práctica de técnicas de comunicación, en la comunicación de más noticias, en enfrentarse a personas que se encuentran en el final de la vida y en la gestión del sufrimiento, entre otros.

El seguimiento del componente práctico preconiza un ciclo de supervisión que es fundamental y que engloba: el encuentro de preobservación/planificación, la observación, el análisis de los datos y el encuentro de posobservación (Vieira, 1993; Moya, 2002; Alarcão (2010: 80).

En la última etapa del ciclo de supervisión, el supervisor ayuda a reflexionar, interpretar y ver la realidad por detrás de los datos, les atribuye significado y lo ayuda en la toma de decisiones futuras (Ribeiro, 1991; Vieira, 1993; Moya, 2002; Alarcão, 2010).

Los estudiantes deben poder describir sentimientos, compartir experiencias, proceder a la resolución de problemas e identificar razones para la acción. El resultado principal será la posibilidad de identificar las necesidades de aprendizaje que conducirán a respuestas tales como: cooperación, intercambio y autoevaluación. En este proceso reflexivo de la práctica clínica, la ansiedad y el estrés pueden ser disminuidos con el apoyo del grupo de colegas y del profesor (Davis, 1995).

Además, se pueden utilizar otras estrategias que complementan el proceso de supervisión, tales como el trabajo escrito sobre las emociones (Moya, 2002; Serra 2010), con la realización de un diario de experiencias en la práctica clínica, y el estudio de casos (Moya, 2002).

El desarrollo del pensamiento crítico estimula a los estudiantes a evaluar actitudes y comportamientos, lo que parece ser un factor protector del sufrimiento psicológico. Los estudios muestran que los individuos con un pensamiento crítico más elaborado muestran bajos niveles de ansiedad y elevados niveles de autoestima (Serra, 2010).

Para Darras (2004), la emoción puede parasitar el saber. Muchas veces, esta no se considera como se debe, lo que desemboca en actitudes y comportamientos inadecuados que pueden provocar un gran sufrimiento. De este modo, considera urgente abandonar la visión de un saber reducido a una suma de conocimientos preconstituidos y transmitir un saber que evoluciona, influido por el contexto y por la afectividad.

### **Limitaciones del estudio**

En relación a los resultados obtenidos en nuestro estudio, resaltamos la convicción de que otro tipo de enfoque puede ayudar a profundizar en el ámbito de esta investigación.

Asimismo, es importante aumentar las fuentes de motivación y satisfacción obtenida en las actividades pedagógicas desarrolladas en la formación clínica.

En las narrativas de los estudiantes estuvieron patentes otros aspectos que envuelven la práctica de cuidados y que suscitaron emociones. Para el estudiante, el ambiente de prestación de cuidados sufre un cambio muy significativo, pues pasa de un contexto de simulación en una sala de clase a un contexto hospitalario.

Para los estudiantes, constituyeron una fuente de dificultad extra los cambios regulares del campo de prácticas, la integración en las unidades, la organización del trabajo de los equipos y el seguimiento del que fueron objeto, aspectos que influyen en su bienestar en la formación clínica y que puede también ser motivo de investigación.

Asimismo, las sensaciones que envuelven la práctica de cuidados fueron un tema que acabó por no ser desarrollado. No obstante, pensamos que puede ser objeto de investigación por la influencia que tienen en relación a suscitar emociones en los estudiantes.

En relación a las estrategias para gestionar emociones, sería interesante profundizar en la influencia del intercambio de experiencias con el profesor y los colegas en el bienestar emocional del estudiante.



**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**  
**Departamento de Psicología y Antropología**

## **TESIS DOCTORAL**

# **“A EXPERIÊNCIA EMOCIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM COMO PRESTADORES DE CUIDADOS”**

**Doctorando:** LUIS LEITÃO SARNADAS

**Directores:** Dr. D Florencio Vicente Castro

**Badajoz Setembro 2014**

## Introdução

O Curso de Licenciatura em Enfermagem comporta dois momentos distintos, um de natureza teórica e outro de natureza prática. O primeiro engloba um elenco de disciplinas que permite ao aluno adquirir conhecimentos e habilidades intelectuais que fundamentem as suas intervenções junto do utente e família.

Para facilitar a realização destas actividades e para minorar as sensações de insegurança e ansiedade são proporcionadas aulas de natureza teórico-prática e de práticas laboratoriais onde se promove o treino de habilidades cognitivas, afectivas e psicomotoras em situação simulada. Esta pretende proporcionar ao aluno maior sensação de segurança e para o doente menor risco.

Após um período teórico que decorre no espaço Escola, inicia-se o período prático a que denominamos de ensino clínico, e que decorre em diversas unidades de saúde da cidade de Coimbra.

Os ensinamentos clínicos são aguardados com grande expectativa pelo papel que o aluno vai desempenhar junto dos doentes. Aspecto normalmente vivido com grande entusiasmo por um lado, e por outro, com alguma ansiedade pois irá passar de um meio conhecido, a Escola, para uma unidade de internamento onde não sabe como irá ser recebido e integrado nas actividades profissionais; não conhece o estilo e modelo de supervisão utilizado pelo professor e que repercussões terão na avaliação do ensino clínico.

A integração do aluno na unidade de internamento é normalmente planeada pelo professor orientador e o chefe ou responsável da mesma e tem como objectivo o domínio do espaço físico, características e organização do trabalho.

Para o aluno é fundamental desenvolver as suas actividades num espaço e organização que conhece, saber quem está directamente envolvido e responsável pela sua aprendizagem para que possa alcançar os objectivos estipulados para esta fase do curso.

Quando alguém aprende uma profissão deve ser “iniciado nas suas convenções, dificuldades, limitações, saberes e linguagens específicas, esquemas de pensamento e de acção”, (Alarcão, 1996, p.18). As aprendizagens devem ocorrer numa atmosfera afectivo relacional positiva, isto é, tem de ter subjacente o espírito de entajuda, reciprocidade, abertura, autenticidade, cordialidade e empatia. Esta atmosfera de segurança permitirá ao professor detectar as dificuldades que o aluno tem e a ajuda que necessita.

Os alunos confrontam-se ainda com realidades particularmente agressivas tais como situações de alta morbilidade e ou mortalidade; situações terminais, desfigurantes e ou debilitantes e de dependência excessiva. Estas situações de saúde que se revestem de gravidade, têm normalmente um grande impacto emocional para o doente, família e equipa terapêutica, exigindo do aluno muita dedicação e empenhamento, para as quais não tem muitas vezes maturidade social e emocional.

Torna-se pois uma constante preocupação para os professores, poder proporcionar ao aluno situações de aprendizagem que permitam um contínuo e progressivo desenvolvimento técnico e humano, tendo em conta os riscos que as situações envolvem, ensinando-o a adoptar estratégias que minorem o risco de actuação.

Na prestação de cuidados, trabalhar em segurança é uma necessidade natural e inerente à condição humana, um direito de cada um dos intervenientes do ensino clínico viver as situações de aprendizagem num ambiente de segurança, não devendo as mesmas constituir fonte de risco para o aluno de enfermagem, quer este seja de natureza física, psicológica e emocional.

Sabemos que nenhuma profissão é isenta de riscos, tornando-se fundamental conhecê-los para os evitar ou diminuir, promovendo desde a formação inicial a reflexão crítica da actuação para que sejam adoptados comportamentos seguros.

Por sabermos que o ensino clínico constitui um momento de grande envolvimento emocional escolhemos como tema de estudo “A Experiência emocional dos estudantes de enfermagem como prestadores de cuidados.”

Pretendemos com a sua realização:

- Identificar as emoções presentes na interacção entre o estudante prestador de cuidados e os doentes
- Identificar os cuidados geradores de maior impacto emocional no estudante.
- Compreender a maneira como os alunos gerem o impacto emocional da prestação de cuidados.

Estruturámos o nosso trabalho em quatro capítulos. O primeiro é referente ao enquadramento teórico, em que abordaremos alguns aspectos da evolução no estudo das emoções, aos mecanismos cerebrais da emoção e às experiências emocionais dos enfermeiros descritas em Investigações.

No segundo, descrevemos a metodologia utilizada, o tipo de estudo efectuado, as variáveis envolvidas, as hipóteses delineadas, a selecção da população sobre a qual recaiu o estudo, os aspectos relativos à colheita e tratamento da informação.

No terceiro e quarto capítulo, serão apresentados e analisados os resultados, no primeiro; sintetizados e discutidos, no segundo. Por último as conclusões do nosso estudo.

## Capitulo I - Enquadramento Teórico

## 1 – O Cuidar e a Prestação de Cuidados

Sendo a Enfermagem uma profissão que tem o seu fundamento na relação com o outro, compreende-se que um dos conceitos centrais seja Cuidar.

Para Hesbeen (2006, p 6) cuidar é o “encontrar e colher em si a energia e os recursos adequados para oferecer ao outro, mas também a si mesmo, uma atenção ao mesmo tempo respeitosa e particular, compatível com um agir que se pretende sensato ou, humildemente, que se espera que o seja”

A enfermagem é uma profissão que existe em torno da relação enfermeiro-utente. Cuidar exige do enfermeiro “um comprometimento consigo e com os outros e tem como fim a protecção, o desenvolvimento e a preservação da dignidade humana” (Pires e Goês, 2008, p.185).

Gastmans (1999) considera o cuidar como uma atitude moral que no contexto da enfermagem é menos uma forma de saber actuar e mais de saber ser. Aplicado aos cuidados de enfermagem, significa ir ao encontro do doente como pessoa, percebendo e interpretando as situações numa atitude de abertura e receptividade.

Para Ferreira, citado por Pires e Goês (2008, p186) cuidar “implica centrar-se na especificidade da pessoa humana tendo em conta a identidade, a cultura, sentimentos e emoções próprias e individuais”.

Aprende-se a cuidar pela experiência e pela reflexão sobre o trabalho realizado e implica o desenvolvimento de um sistema de valores, nomeadamente o interesse sincero, a atenção e o afecto, fundamentado no respeito pela pessoa como ser único (idem).

Uma ausência de relação válida entre a pessoa cuidada e a que cuida, a falta de um trabalho relacional intenso, desumaniza os cuidados e despersonaliza o papel do enfermeiro. Na relação interpessoal a comunicação é uma condição da nossa humanidade e a forma como o enfermeiro comunica com o utente e traduz a qualidade dessa relação (idem).

Cuidar também se manifesta nos gestos, no toque, no tom de voz, no estar junto, no mostrar formas de presença e interesse. Saber ouvir, partilhar pensamentos, ser confidente, são atitudes que manifestam cuidado (idem).

Collière (2003) caracteriza o ou os tipos de cuidados a prestar ou executar, de acordo com a ou as finalidades que se propõe atingir. Assim caracteriza os cuidados como de compensação, de manutenção de vida, de estimulação, de conforção, de parecer e de apaziguamento.



Os cuidados de compensação são os que colmatam os efeitos das perdas e que resultam de diminuições sensoriomotoras, sejam elas visuais, tácteis, motoras, perda de controlo de esfíncteres.

Já os cuidados de manutenção de vida, são complementares dos cuidados de compensação, sustentam e mantêm as capacidades de fazer face às necessidades da vida quotidiana, nomeadamente o comer, o lavar-se, o vestir-se, o deslocar-se e eliminar.

Os cuidados de estimulação permitem a reacquirição de capacidades diminuídas ou transitoriamente perdidas (hemiplegia, coma) e permitem a aquisição de novas capacidades. Os cuidados de confortação destinam-se a confortar, a fortalecer física e afectivamente para manter as capacidades existentes e reconquistar as que podem ser recuperadas.

Os cuidados de parecer procuram limitar a degradação da imagem do corpo bem como o sentimento de decadência e sofrimento moral.

Por ultimo os cuidados de apaziguamento que contribuem para suportar os momentos de sofrimento. Estes cuidados têm preponderância em patologias dolorosas e junto de pessoas moribundas.

Os cuidados de compensação e os de manutenção de vida são os predominantes, quer nas situações de doença aguda e crónica, quer no processo de envelhecimento.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 8) na sua definição de padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem, considera que estes ajudam a pessoa ao longo do ciclo vital, a prevenir a doença e promover os processos de readaptação, “procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros ao promoverem a aprendizagem, aumentam o repertorio dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

Hesbeen (2006, p.14) acrescenta o conceito de qualidade dos cuidados, pois esta “ é observável, mensurável e pode ser melhorada com a aquisição de novos conhecimentos e capacidades ou com a utilização de novos meios; a qualidade do cuidado, essa requer a presença particular, logo, sensível, de um profissional-sujeito que decidiu pessoalmente impregnar de cuidado os cuidados que presta, os actos que realiza”.

## 1.1 - Alguns procedimentos utilizados no cuidar

Os estudantes em ensino clínico mencionaram nas narrativas de aprendizagem e nas narrativas temáticas, dificuldades emocionais em procedimentos tais como os cuidados de higiene, o cateterismo venoso, o cuidar de feridas; o cateterismo vesical, a comunicação; a paragem cardiorrespiratória e o cuidar o corpo após a morte.

Numa primeira etapa, a aprendizagem destes procedimentos integram-se, como menciona Callara (2008), na aprendizagem experiencial, em que os estudantes não só adquirem os conhecimentos e habilidades essenciais aos enfermeiros, mas também a forma como estes se integram na sua prática.

Este autor considera ainda que a aprendizagem é mais eficaz quando resulta da exposição ao mundo real do trabalho, a exposição aos outros profissionais e ao seu entrosamento no cuidar dos doentes (idem).

Aos estudantes em ensino clínico é exigido que conheçam os utentes, os seus problemas de saúde e saibam integrar a realização dos diferentes procedimentos na sua resolução.

A realização envolve o utente/família e necessita que o estudante sob orientação de um tutor ou professor, proceda à preparação do material; à preparação das condições ambientais e privacidade necessárias; à preparação do utente, informando-o e obtendo o seu consentimento; à realização das diferentes etapas do procedimento e por último que efectue os registos.

Sá Chaves (2000) citando Schön refere que o confronto com cada situação problema, exige que se dialogue com ela, que se conheça os meandros, as encruzilhadas, o desvendar da complexidade, o perceber o dinamismo, os seus actores e os matizes que cada qual lhe atribui e acrescenta, como o primeiro passo na procura de solução adequada a cada caso. Só depois se pode recorrer à vasta gama de saberes, científicos e técnicos, seleccionando e ajustando as hipóteses de acção que se aproximem dos níveis de qualidade que as situações exigem.

Para a autora a situação é sempre a mesma e sempre outra, num processo inacabado que é o melhor garante da possibilidade de aprimoramento e o acesso a níveis mais elevados de qualidade.

Os contextos são instáveis e incertos, numa dinâmica que gera, momento a momento, as condições que tornam cada situação em caso único, singular e em evolução.

A mudança de contextos, dos outros e de nós mesmos. Se agimos é porque acreditamos e sabemos o suficiente para intervir de forma qualificada. “Ninguém pode esperar que no momento decisivo da intervenção, se chame o especialista em

psicologia para nos ler e traduzir a complexa teia de inseguranças, medos e angústias” (idem, p.91).

Não se trata de mais competências, mas sim a compreensão de como as múltiplas sub competências se interligam de forma coerente, configurando uma matriz epistemologicamente diferenciada.

A competência é multidimensional e complexa equivalente à própria complexidade das situações que constituem o normal exercício destas profissões. A meta-competência reflexiva acrescenta qualidade à acção, através de uma também mais complexa reflexão que a justifica, avalia e regula de forma continuada.

### **Cuidados de higiene**

Na sociedade ocidental, a higiene é um ritual de limpeza, realizado no início de cada dia, pelo próprio ou por outrem, de modo a apresentar o corpo limpo e em condições para se relacionar com os outros ou seja prepara o individuo para a vida social diária. No hospital, os cuidados de higiene constituem um ritual que põe dois corpos num frente a frente, situando-os numa relação de proximidade que ultrapassa o espaço privado de cada um, numa proximidade corporal que não deixa indiferente tanto o corpo do enfermeiro / cuidador, como o da pessoa cuidada. A interacção entre eles é caracterizada por uma assimetria, em que a pessoa cuidada por ser um corpo doente, está dependente do outro, (Salvado, 2010).

O hospital reforça este sentimento de dependência e passividade, em que o doente renuncia aos seus papéis e confia no agir do enfermeiro, entregando-lhe o corpo para ser cuidado, numa espera pela cura e remissão dos seus problemas de saúde, desvelando o seu corpo aos olhos do outro, que o desnuda e toca, permitindo-lhe aceder à sua privacidade e intimidade (idem).

O termo privacidade é aceite como uma necessidade humana básica e um direito humano, termo que se associa um estado de controlo de si, uma liberdade de escolha e a delimitação de uma zona de inacessibilidade. É um princípio fundamental da prática de cuidados e protegê-lo consiste, na evitação de uma exposição desnecessária do corpo doente, exposição que se encontra associada à noção de vulnerabilidade (Lawer, citado por Salvado, 2010).

Para este autor, cuidar o corpo do outro, desnudá-lo e tocar-lhe é uma experiência que não se limita a uma exposição do corpo matéria, mas que expõe a totalidade da pessoa e que toca por isso a sua interioridade e intimidade, que devem ser respeitadas e preservadas. Os cuidados de higiene, ao implicarem uma interacção de

grande proximidade física e ao dirigirem-se a um corpo frágil e vulnerável, os profissionais têm a obrigatoriedade ética de protecção desse corpo, que deve ser assegurada através do respeito de que esse corpo é merecedor; do reconhecimento da sua condição humana de ser autónoma e com capacidade para agir autonomamente; no requisito de condições para poder exercer esta autonomia e na exigência de uma equidade no cuidado.

Segundo Mercadier (2004, p.3), recomenda-se aos estudantes “que respeitem o pudor do doente, que evitem desnudá-lo completamente, destapando-o apenas em parte de cada vez, para evitar constrangê-lo; mas nada se diz sobre o constrangimento do próprio prestador de cuidados”.

As emoções suscitadas pelo contacto com o corpo do doente são ignoradas como se não existissem, são como um espaço em branco sobre uma vida emocional intensa em que os prestadores de cuidados são mantidos em posição de neutralidade emocional (idem).

Os enfermeiros fazem a aprendizagem do cuidar envolvidos na negação das emoções, e devem controlar e conservar uma distância adequada ao controlo das suas emoções.

A emoção sentida mais vezes pelos enfermeiros durante a interacção com os doentes é o constrangimento. Esta palavra encerra vários significados, que vão da vergonha à humilhação e à repulsa (idem).

Existem razões para atribuir importância aos cuidados de higiene, pela fonte de conhecimento e de informação que proporcionam; pela relação que se estabelece; e pelos cuidados de manutenção essenciais à vida que proporcionam.

Ao providenciar-se a limpeza e conforto, pode também avaliar o estado geral da pessoa, ensinar a higiene apropriada, conforto e auto cuidado e avaliar as suas necessidades psicossociais (Bolander,1998; Fonseca,2013).

O Manual de Normas de Enfermagem do Ministério da Saúde, ACSS (2011) acrescenta que este procedimento estimula a função respiratória, circulatória, de mobilidade e de eliminação no doente.

Relativamente aos tipos de cuidados de higiene, Bolander (1998) estabelece: os cuidados totais ou parciais da manhã, os cuidados matinais e os cuidados da tarde.

Os cuidados totais incluem o banho geral e cuidados perineais, a massagem das costas, cuidados à boca, cabelo e unhas e mudança total da roupa da cama.

Entende-se por cuidados parciais, a lavagem da cara e mãos, cuidados à boca e cabelo, lavagem de áreas do corpo que tenham mais secreções (axilas, períneo) e inclui mudança de roupa que se encontre suja.

Os cuidados matinais preparam os doentes para o pequeno-almoço ou exames complementares de diagnóstico. Os cuidados da tarde são prestados mesmo antes do doente se preparar para dormir e incluem cuidados à boca, lavagem da face e mãos, massagem das costas para relaxamento e esticar a roupa da cama bem como a mudança da que se encontre suja.

O Manual de Normas de Enfermagem do Ministério da Saúde, ACSS (2011) relativamente às orientações de execução considera fundamental consultar o processo clínico para ser possível individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados. Considera também importante verificar as condições ambientais da unidade (a temperatura, ventilação e iluminação) e lavar e secar o corpo, começando das zonas mais limpas para as mais sujas, dando especial atenção às orelhas, axilas, umbigo, pregas cutâneas e espaços interdigitais.

Bolander (1998) menciona que os cuidados devem promover a limpeza e tratamento da pele, conforto e o relaxamento e devem proporcionar estimulação da circulação e melhoria do auto imagem. Os cuidados devem ocorrer num espaço que providencie a privacidade territorial e corporal e constituem momentos excelentes de observação do seu estado e de comunicação. Esta deve ser iniciada antes de serem iniciados os cuidados de higiene, facilitando a interacção com o doente e permitindo a avaliação das suas preferências (tipo de banho e horário), determinação do nível funcional para proceder ao seu próprio arranjo e embelezamento (independente, a necessitar de ajuda moderada, ajuda considerável ou de ajuda total) e identificar factores culturais ou outros que possam afectar a aceitação de ajuda na higiene.

Quando um doente apresenta défice no autocuidado banho / higiene pessoal, geralmente também apresenta défice no autocuidado vestir / arranjar-se. O primeiro relacionado com a incapacidade para lavar todo o corpo, para chegar à torneira ou obter água, incapacidade de regular a temperatura ou pressão da água e incapacidade de se sentar ou ficar de pé durante o banho. O vestir e arranjar-se, relaciona-se com a diminuição da capacidade de obter ou substituir artigos de vestuário, com a diminuição de capacidade de vestir ou despir a roupa, de a apertar e manter o arranjo pessoal e aparência (Bolander, 1998).

**Em síntese** podemos concluir que os cuidados de higiene são complexos por exigirem do estudante a mobilização de competências cognitivas, técnicas e relacionais (Sarroeira, 2011).

A dificuldade que apresentam para a sua realização não tanto de natureza técnica mas por acederem à privacidade e intimidade do doente, por terem a obrigatoriedade de proteger o corpo do doente, respeitando o seu pudor.

O estudante tem também muitas vezes, dificuldade em gerir o constrangimento suscitado pelo contacto com o corpo do doente.

### **Cateterismo venoso**

Este foi um cuidado mencionado pelos estudantes como gerador de dificuldades emocionais. Segundo o ACSS (2011) o cateterismo venoso consiste nas acções a desenvolver durante a introdução de um cateter numa veia periférica com fins terapêuticos e

ou diagnósticos. É uma actividade realizada pelo enfermeiro que lhe permite assegurar o acesso ao sistema venoso.

A sua realização envolve o utente e necessita que o estudante sob orientação de um tutor ou professor, proceda à preparação do material, do utente, do ambiente e que numa última etapa efectue os registos.

Para além destas dificuldades podemos ainda identificar outras que o estudante pode encontrar no desenvolvimento do procedimento, tendo como referência o mencionado no Manual de Normas de Enfermagem, ACSS (2011) considera que antes da cateterização, a selecção e gestão dos locais a puncionar; na cateterização, o assegurar técnica asséptica na punção, o rigor na manipulação do cateter, do sistema e do local de inserção e por ultimo os registos, em que assinala dia e hora em que ocorreu, o tipo de cateter utilizado, os resultados obtidos e a informação prestada ao doente.

**Em síntese** na realização deste procedimento a maior dificuldade que o estudante tem relacionam-se com os preparativos para a punção, nomeadamente a selecção dos locais de punção e sua gestão, a punção propriamente dita, para que o cateter progrida no interior da veia sem que ocorra perfuração do vaso e a sua inutilização. O sofrimento que o doente pode ter durante a realização deste procedimento e o medo que o estudante tem do insucesso são aspectos dificultadores da acção.

Para Lopes et al. (2011) a punção venosa apesar de ser um procedimento necessário, não está isento de riscos, podendo surgir diversos traumas e ou complicações, como sejam o extravasamento sanguíneo, hematoma, flebite e infecção.

## Cateterismo vesical

O cateterismo vesical é um procedimento invasivo complexo, por exigir rigor na sua execução, por ser constrangedor para o cuidador e para a pessoa alvo e ainda por ser causa de sofrimento.

Segundo o ACSS (2011) o cateterismo urinário consiste na introdução de um cateter do meato urinário e uretra até à bexiga. O enfermeiro executa de acordo com prescrição do médico/enfermeiro, de acordo com o protocolo do serviço e necessidade do doente.

Constituem objectivos deste procedimento, esvaziar a bexiga quando há retenção urinária e insucesso de outras intervenções; descomprimir a bexiga antes, durante e após intervenções cirúrgicas; monitorizar o débito urinário; irrigar a bexiga ou instilar medicamentos; obter amostras assépticas de urina; monitorizar o volume residual da urina na bexiga e controlar a incontinência em doentes com lesões que contraindiquem o contacto da urina com a pele (idem).

Podemos em seguida identificar algumas dificuldades que o estudante pode encontrar no desenvolvimento do procedimento, tendo como referência o mencionado no Manual de Enfermagem, ACSS (2011): antes do cateterismo urinário, necessita também que o estudante sob orientação de um tutor ou professor, proceda à preparação do material para a higiene dos genitais e o específico para o cateterismo; do utente, informando-o do que irá ser realizado e verificando as condições do ambiente nomeadamente a temperatura, iluminação e a ventilação, bem como o respeito pela privacidade. No cateterismo urinário, deve ser realizada a higiene genital e deve ser utilizada a técnica asséptica cirúrgica na introdução do cateter; e após a realização do procedimento devem ser efectuados os registos, em que assinala dia e hora em que ocorreu, calibre do cateter urinário utilizado, resultados obtidos e informação prestada ao doente (idem).

**Em síntese**, os cuidados de higiene que precedem o cateterismo vesical geram nos estudantes o constrangimento de estar perante alguém do mesmo sexo ou do sexo oposto, de expor e mexer nos genitais da pessoa.

Os preparativos para o cateterismo urinário são muito importantes mas a maior dificuldade técnica, prende-se com a manipulação de material esterilizado e o medo /receio de causar desconforto ou mesmo sofrimento à pessoa.

Para Lopes et al. (2011) o cateterismo vesical requer uma técnica com maior habilidade manual e é responsável por inúmeros casos de infecção urinária. A infecção do trato urinário é a causa mais frequente de infecção bacteriana nos utentes

hospitalizados e a maior causa de septicemia tendo como agente patogénico comum a Escherichia Coli de 65 a 100%.

### **Cuidados à ferida**

A complexidade das feridas faz com que este procedimento seja mencionado pelos estudantes como fonte de dificuldade na prestação de cuidados.

Segundo o ACSS (2011, p.64) os cuidados a feridas “consiste na limpeza e / ou desinfeção da pele e tecidos subjacentes, e se necessário na aplicação de penso protector”.

Constituem objectivos deste procedimento, induzir a cicatrização da ferida, proteger a pele e tecidos subjacentes, prevenir a infecção, drenar o conteúdo da ferida e manter o conforto e bem-estar (idem)

O enfermeiro executa os cuidados à ferida de acordo com prescrição do médico / enfermeiro, de acordo com o protocolo do serviço e necessidade do doente.

Podemos em seguida identificar algumas dificuldades que o estudante pode encontrar no desenvolvimento do procedimento: antes da realização dos cuidados à ferida, é fundamental para além da preparação do utente, material e ambiente, observar o doente face à postura, ao cheiro da ferida, às manifestações de dor e bem-estar; na execução, primeiro deve ser removido o penso e deve ser observada as características da ferida para que, em seguida seja limpa ou irrigada, mobilizado, fixo ou retirados o(s) dreno(s), removidos pontos/agrafes, novamente limpa a ferida e aplicado o penso; após a realização do procedimento devem ser efectuados os registos, em que assinala dia e hora em que ocorreu, diagnósticos e intervenções de enfermagem, resultados e educação para a saúde.

**Em síntese** na realização deste procedimento a maior dificuldade que o estudante tem prende-se com o procedimento propriamente dito e que inclui: a avaliação da ferida, decisão terapêutica, destreza e manipulação correcta de material esterilizado e realização de registos. Para além destes aspectos de natureza técnica ainda podemos acrescentar o acompanhamento do tutor / professor profissional e o próprio utente.

### **Comunicação / Relação interpessoal**

A comunicação é influenciada pelos intervenientes, os enfermeiros, os doentes, e o meio envolvente, (Tay et al, 2011).



Os enfermeiros vêem a sua prática ser influenciada pelas suas características pessoais, a sua autenticidade e domínio das competências comunicacionais (idem).

Os doentes ao participarem activamente nos seus próprios cuidados e procurarem incessantemente informação, promovem a comunicação com os enfermeiros (idem).

O meio envolvente em que ocorre a prestação de cuidados que deve assegurar uma cultura de apoio e uma carga de trabalho apropriada que permita aos enfermeiros a prestação global de cuidados aos doentes (idem).

Para Silva e Nakata (2005), as barreiras à comunicação decorrem habitualmente da falta de habilidade para ouvir, ver, sentir e compreender a mensagem ou o estímulo recebido. No nosso relacionamento com outras pessoas devemos procurar falar pausadamente, focando as ideias principais e repetindo-as para verificar se foram entendidas (idem).

Entre as várias barreiras à comunicação a pressuposição da compreensão e a influência de mecanismos inconscientes e imposição de esquemas e valores, tornam a comunicação entre enfermeiro / utente apática, sem efectividade e afecto, deixando de ser uma comunicação terapêutica. Também a linguagem inacessível e a falsa tranquilização identificam uma comunicação não terapêutica, a primeira por usar palavras desconhecidas e por utilizar frases estereotipadas e vazias na tentativa de confortar o utente, (idem)

Uma comunicação efectiva significa para Bail (2007), que o paciente tem a oportunidade de se sentir entendido. Um paciente tem maior probabilidade de expressar as suas necessidades quando se sente ouvido e compreendido.

Sentir-se entendido diminui a ansiedade. O stresse e a ansiedade aumentam o limiar da dor e diminuem a resposta imunitária tornando-os mais susceptíveis à infecção (idem).

Pereira (2008) acrescenta ao considerar a inteligência emocional um factor importante no domínio da comunicação e como tal das relações interpessoais

Os profissionais de saúde devem desenvolver a autoconsciência e as artes de escuta e empatia, habilidades básicas de inteligência emocional que devem ser desenvolvidas desde a formação inicial (idem).

Também Santos citado por Pereira (2008, p.92) menciona que, “cada pessoa sente necessidade de ser olhada, escutada, acolhida, compreendida e reconhecida na sua identidade e singularidade”. Para a autora, a relação interpessoal na vertente de relação de relação de ajuda é um tipo de interacção fundamental à prática dos profissionais de saúde para que desenvolvam um processo de comunicação que

responda às necessidades de cada pessoa, estabelecendo um clima de segurança e confiança.

É importante que o profissional se conheça a si próprio, tenha consciência do seu estado psicológico/ emoções para que estabeleça uma boa relação com doente / família / equipa.

**Em síntese**, na realização deste procedimento a maior dificuldade que o estudante tem prende-se muitas vezes com a falta de habilidade para ouvir, ver, sentir e compreender a mensagem que permita responder às necessidades da pessoa.

### **Cuidados à pessoa em paragem cardiorrespiratória (PCR).**

O primeiro elo da cadeia de sobrevivência para o atendimento cardiovascular de emergência proposto pela American Heart Association é o reconhecimento imediato do indivíduo em risco de paragem cardiorrespiratória e a importância de pedir ajuda na expectativa de que o tratamento precoce possa prevenir a paragem, (European Resuscitation Council, 2010).

O suporte básico de vida e a desfibrilhação são componentes fundamentais da reanimação precoce na tentativa de salvar vidas. O início imediato de suporte básico de vida permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevivida.

A sequência para atendimento, recomenda a sequência, compressões torácicas, via aérea, respiração, C-A-B, numa relação compressão-ventilação de 30:2 (idem)

As directrizes de uma ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade, incluem: frequência de compressão torácica mínima de 100/minuto; profundidade de compressão mínima de 5 cm em adultos; retorno total do tórax após cada compressão, minimização das interrupções nas compressões torácicas, e evitar excesso de ventilação.

As recomendações aconselham a utilização do Desfibrilador Externo Automático (DEA) o quanto antes, em caso de paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar presenciada. Nestes casos, pode-se considerar 1 a 3 minutos de RCP antes do primeiro choque de desfibrilação (idem).

Foi ainda estimulada a implementação de programas que estabeleçam a existência de desfibriladores externos automáticos acessíveis, em locais públicos nos quais exista uma probabilidade relativamente alta de paragem cardiorrespiratória presenciada (idem).

As novas directrizes minimizam a importância de avaliar o pulso e quando esta ocorrer não pode levar mais que 10 segundos.

Os cuidados pós-paragem cardiorrespiratória incluem: otimização da função cardiopulmonar e da perfusão dos órgãos vitais após o retorno da circulação espontânea, transporte para uma unidade de Cuidados Intensivos que disponha de recursos para cuidados pós-paragem cardiorrespiratória, incluindo capacidade de intervenção em casos de síndromes coronárias agudas, controle de temperatura para melhorar prognóstico neurológico, e tratamento e prevenção da disfunção de múltiplos órgãos (idem).

Constituem etapas do algoritmo suporte básico de vida: assegurar que a vítima e os presentes estão em segurança; verificar se a vítima responde e se não responde, gritar por ajuda; com a via aérea permeável ver, ouvir e sentir se a vítima respira; se a respiração é normal colocar a vítima em posição lateral de segurança (PLS) e ir ou mandar buscar ajuda; se a respiração não é normal ou está ausente mandar alguém buscar ajuda e procurar e trazer um desfibrilador externo automático; iniciar compressões torácicas e combinar compressões torácicas com ventilações numa relação de 30:2; manter a reanimação sem interrupções até chegarem profissionais que tomem conta da ocorrência, até a vítima mostrar sinais de estar a despertar, mexer, abrir os olhos e respirar normalmente ou até o reanimador ficar exausto. (European Resuscitation Council, 2010).

**Em síntese**, a dificuldade que o estudante pode apresentar prende-se com o domínio teórico e prático da realização do algoritmo suporte básico de vida.

### **Cuidar do corpo após a morte**

Os cuidados pós morte fazem parte dos rituais de passagem e tem dupla função, por um lado para o morto e por outro para os vivos (Mercadier, 2004).

Para os cuidadores trata-se de um ritual de purificação que visa protegê-los do risco de contágio, reúnem toda a roupa e enviam-na para a lavandaria, todos os objectos pessoais são desinfectados ou deitados fora e o próprio espaço físico onde a morte ocorreu é desinfectado.

Para a pessoa falecida, os cuidados que lhe são prestados incluem-se entre os rituais de prestação das últimas homenagens, tratando-se de “restituir ao morto o seu aspecto humano, num derradeiro assomo de dignidade”( Mercadier, 2004, p.154)

Lavar o corpo do morto é apagar os vestígios da sua passagem pelo hospital, bem como a remoção de pensos, sondas, e materiais de reanimação. Trata-se de libertá-lo da sua impureza e prepará-lo para a passagem para o outro mundo, o dos mortos (idem).

Os cuidados não apresentam o mesmo significado para os prestadores de cuidados, pois para uns significa restituir ao morto o seu aspecto humano, enquanto para outros não passa de uma actividade que há que despachar rapidamente porque não se teve a sorte de não se poder esquivar dela (idem).

Quando o doente morre, uma das primeiras tarefas consiste em avisar a família e posteriormente acolhê-la, consolá-la, tranquilizá-la e mesmo controlá-la (Mercadier, 2004)

Os cuidados de enfermagem ao corpo serão a última intervenção a realizar ao Ser Humano. A família pode fazer parte integrante do processo de cuidar, caso manifeste o desejo de participar nos cuidados e deve ser ajudada a fazê-lo.

A execução deste procedimento é normalmente realizada pelo enfermeiro ou estudante com o apoio de um colega ou de um auxiliar de acção médica e tem como finalidade: cuidar o corpo respeitando os direitos e a dignidade da pessoa humana, proceder à sua protecção; assegurar a protecção de quem manipula o corpo e preparar o corpo para que seja visto pelos membros da família e amigos.

**Em síntese**, os cuidados após a morte é um procedimento difícil de realizar pelos estudantes pelo confronto que têm com o fim de vida, manipular e preparar o corpo sem vida. Esta é uma intervenção de enfermagem necessária, daí a importância de se conhecerem as responsabilidades e procedimentos profissionais inerentes à sua realização.

## 1.2 - Eventos associados ao cuidar

Para além dos procedimentos anteriormente desenvolvidos consideramos pertinente incluir eventos que andam muitas vezes associadas à prática do cuidar e que constituem para o estudante uma dificuldade acrescida. Assim abordaremos o fim de vida, a morte, o luto e o ambiente associado ao cuidar.

### **Fim de vida**

Desde os anos 60 os educadores procuraram a abordagem mais eficaz para preparar os estudantes de enfermagem para cuidarem física, emocional e espiritualmente de pessoas moribundas e de apoiarem a suas famílias, (Beck, 1997).

À medida que surgem e desenvolvem ligações com os pacientes moribundos, os estudantes tomam consciência que a pessoa que cuidam não é só um corpo na cama, mas o tipo de pessoas que foram e a vida que viveram (idem).

Os estudantes sentem-se muitas vezes desesperados e inúteis, quando os doentes não estão conscientes do seu prognóstico, quando têm incapacidade para aumentar a terapêutica analgésica para proporcionar uma morte serena e quando são incapazes de realizar os seus últimos desejos (idem).

Para Cooper e Barnett citado por Serra (2010, p.42),” a ansiedade que os estudantes sentem face aos doentes em fim de vida, relaciona-se com a dificuldade em lidar com o sofrimento físico”.

A sua inexperiência em cuidar este tipo de doentes, leva a que os estudantes se sintam desconfortáveis a discutir a morte e o morrer quer com os doentes quer com os seus familiares. Sentem muitas vezes frustração e raiva pela dificuldade em encontrar as palavras certas e em permitir que o paciente discuta a sua morte eminente, contudo conscientes que era um componente essencial do cuidado (Beck,1997).

A dificuldade na relação e especificamente na comunicação com estas pessoas, segundo Serra (2010), leva a que ocorram situações em que o estudante não encontra as palavras certas ou não sabe mesmo o que dizer ou fazer.

Outras dificuldades manifestadas pelos estudantes prendem-se com a incapacidade de ajustar a terapêutica analgésica por forma a proporcionar uma morte serena e de fazer cumprir os seus últimos desejos.

No cuidar de doentes moribundos, os estudantes experienciaram: medo, tristeza, frustração e ansiedade. Sentem também raiva dos médicos e enfermeiros por estes muitas vezes não fazerem mais do que já fazem pelos doentes moribundos, (Beck,1997).

Os professores devem primeiramente ajudar os estudantes a lidar com a sua ansiedade. Uma vez que o estudante se sinta mais preparado e confiante na sua habilidade de apoio a moribundos, eles podem então ser capazes de reconhecer e enfrentar as suas próprias reacções à morte (idem).

Para reduzir os níveis de ansiedade do estudante, estes devem estar ligados a enfermeiros peritos, usando o modelo de competências de Benner, para poderem observar e estudar o seu desempenho até se sentirem habilitados a cuidarem do doente moribundo por si próprios (idem).

Magalhães (2009) citado por Serra (2010), defende que se o estudante desenvolve uma atitude problemática na vivência destas situações, poderá conduzir ao distanciamento dos doentes em fim de vida, ao longo da sua vida profissional.

Em síntese as dificuldades que o estudante tem a cuidar de doentes em fim de vida relacionam-se: com a tomada de consciência que a pessoa que cuida não é só um corpo na cama; com o discutir a morte e o morrer quer com os doentes quer com os seus familiares; com o lidar com o sofrimento físico; com a incapacidade para aumentar a terapêutica analgésica para proporcionar uma morte serena e quando são incapazes de realizar os seus últimos desejos; com o não encontrar as palavras certas ou não saber o que dizer ou fazer e com a frustração e raiva pela dificuldade em permitir que o paciente discuta a sua morte eminente;

## **A Morte**

A morte e os cuidados pós morte foram dois aspectos que assumiram uma grande relevância nas narrativas dos estudantes. A este propósito Mercadier (2004) lembra que cuidar é a missão de que todo o corpo de prestadores de cuidados se sente incumbido, pois para estes profissionais, cuidar significa curar.

Morrer no hospital é visto como um anacronismo e é sentido pelos profissionais como um fracasso. A morte vem lembrar que a vida tem limites bem como lembra os prestadores de cuidados os limites na sua capacidade de curar,( Mercadier, 2004).

Os prestadores de cuidados ficam muitas vezes chocados, verificando-se duas reacções opostas: ou levam dias a falar do assunto ou então remetem-se ao silêncio, abafando um afluxo emocional demasiado forte. A grande angustia que a morte provoca naquele que continua vivo explica a incapacidade de muitos prestadores de cuidados em encará-la, chegando mesmo a fugirem de quem está a morrer (idem).

Para o prestador de cuidados é tanto mais difícil lidar com a morte quanto mais esta se encontra envolvida pelo halo dos afectos. Qualquer tipo de relacionamento privilegiado com quem morre, a longa duração de alguns internamentos, entre outros, é favorecedor do desenvolvimento de relações afectivas entre os prestadores e aqueles que os recebem, e vivida mais intensamente pelos primeiros (idem).

Também a morte pode reavivar no prestador de cuidados a memória de um luto doloroso, ou lutos recentes que são revividos na interacção com doentes que estão a morrer. Estes aspectos alteraram a percepção que ele tem do doente terminal, do doente morto, tornando bem difícil, quando não mesmo impossível estas vivências. Com o decorrer do tempo os profissionais podem vir a mudar o relacionamento com doentes em fase terminal, passando a valorizar mais o relacionamento e a qualidade

da sua presença, em virtude de terem pessoalmente sido afectados pela morte de alguém próximo (idem).

Para Mercadier (2004, p. 144) “as competências relacionais exigidas para o exercício da enfermagem se desenvolvem, em parte, fora do ambiente de trabalho, através de experiências pessoais”. Refere ainda que a formação permite a aquisição de conhecimentos, capacidades, e competências que têm pouco impacto naquelas qualidades que tem a ver com a pessoa e não com a profissão.

Para o mesmo autor, citando Louis Vicent-Thomas, considera que o acompanhante de uma pessoa em fase terminal deve possuir numerosas qualidades, como humildade, autenticidade, espontaneidade, generosidade, entre outros, e não competências.

**Em resumo**, para o estudante é tão mais difícil lidar com a morte quanto mais próximo tenha sido o seu relacionamento com o doente e de maior duração tenha sido o seu internamento. Também a morte pode reavivar no estudante a memória de um luto doloroso, ou lutos recentes que são revividos na interacção com doentes.

## O Luto

O luto é uma experiência individual que percorre a fase de insensibilidade e incredulidade; a fase em que há tendência a negar a perda; a da desorganização e desespero e por último, a da reorganização, em que a pessoa recupera a sua vida normal, (Pereira, 2008).

Para Gameiro citado por Pereira (2008, p. 111) o trabalho do luto “exige uma canalização de energia, vivência de sentimentos de perda, integração dos mesmos e a reconstrução”.

A forma como o individuo lida com a perda e o luto depende do nível de desenvolvimento de cada um, da sua personalidade e características pessoais, das experiências anteriores, da condição física e psíquica, da cultura, das crenças e adaptabilidade às situações (idem).

O luto é um processo longo que requer de quem acompanha um apoio incondicional que contribua para a resolução saudável da situação, ajudando a pessoa a adquirir a capacidade de redefinir os objectivos e a redescobrir o prazer da vida, evitando a não resolução que pode conduzir a uma depressão ou a um estado de luto patológico (idem).

Durante o processo do luto, a pessoa pode experimentar uma multiplicidade de sentimentos/comportamentos considerados normais, os quais devem ser do conhecimento de quem acompanha essa pessoa. Os sentimentos/comportamentos

podem ser agrupados em quatro categorias: manifestações normais, sensações físicas; cognições e condutas (idem).

Quanto às manifestações normais, podem surgir sentimentos de tristeza; enfado; culpa; ansiedade; saudade; fadiga; impotência; choque; alívio e insensibilidade. As sensações físicas observadas com mais frequência são a sensação de estômago vazio, pressão no peito; opressão na garganta; hipersensibilidade ao ruído, falta de ar; debilidade muscular; falta de energia e secura na boca (idem).

Relativamente às cognições são vários os padrões de pensamento que marcam a experiência do luto: a incredulidade; a confusão; preocupação; sentido de presença e alucinações.

Por último as condutas específicas de um luto normal traduzem-se em alterações do sono; transtornos alimentares; distração; isolamento social; suspirar e chorar (idem).

O luto pode ser vivido pelo estudante principalmente quanto mais próximo tenha sido o seu relacionamento com o doente / família e maior tenha sido a duração do internamento.

Worden referenciado por Pereira (2008), identificou quatro tarefas a desenvolver pela pessoa, no nosso caso pelo estudante, no seu processo de luto por morte: aceitar a realidade da perda, confrontando e aceitando a realidade dos factos; trabalhar as emoções e a dor da perda (dor física e dor emocional associada à perda); adaptar-se à situação (normalmente as pessoas procuram mudar a sua vida para dar sentido à perda) e recolocar emocionalmente a perda e continuar vivendo (conduzir a energia emocional para outros aspectos ou vivências).

Para Campbell (2011) a assistência no luto deve ser realizada de acordo com as necessidades culturais, espirituais, evolutivas, expectativas e preferências da família incluindo as necessidades dos filhos dos pacientes adultos. Quem a presta deve receber formação, supervisão e apoio permanente, devendo estar previstas reuniões periódicas para revisão e discussão do impacto emocional e dos métodos de prestação de cuidados paliativos.

### **Ambiente associado ao cuidar**

As maiores dificuldades encontradas pelos prestadores de cuidados, segundo Collière (2003) são as que surgem quando os prestadores de cuidados se vêem confrontados com um tempo fragmentado, entrecortado, mas sob a forma de uma opressão



permanente. Também as dificuldades relacionadas com o número, em que cuidar de várias pessoas em vez de uma podem levantar dificuldades acrescidas.

McNeely citado por Bail (2007) acrescenta que para além do muito trabalho e pouco tempo as causas de maior stresse incluem a falta de apoio do staff sénior, a falta de elementos e a incapacidade para ir ao encontro das necessidades do doente.

Também a falta de disponibilidade e uma fadiga latente causada por um stresse acumulado, levam a uma falta de energia físico e emocional que pode originar burnout., (Collière, 2003; Bail, 2007)

Há ainda a considerar a insuficiência de recursos e a reconstituição da energia dos prestadores de cuidados, que segundo Collière (2003), origina nos enfermeiros uma dificuldade acrescida em reconstruir os seus recursos afectivos, emocionais, físicos, intelectuais e espirituais.

Os prestadores de cuidados necessitam restabelecer as suas forças, expressar as suas emoções, as suas preocupações e enriquecer os seus conhecimentos, condições indispensáveis ao desenvolvimento do seu trabalho.

### 1.3 - Estratégia para aprender a cuidar

Os estudantes devem ser apoiados no processo de socialização profissional para que desenvolvam a assertividade, reflexão e o pensamento crítico, necessários a um cuidar holístico e a uma prática baseada na evidência (Masters, 2013)

Para tal o estudante deve ser acompanhado por um orientador experiente que saiba escolher situações úteis à aprendizagem e que o ajuda a ver aquilo que sozinho não é capaz de fazer, (idem).

Relativamente à supervisão os professores têm a responsabilidade de orientar a prática pedagógica dos alunos em ensino clínico para que no término do mesmo o aluno tenha adquirido um conjunto de competências exigidas ao cuidar profissional.

Assim entende-se por orientação pedagógica / supervisão:

"na monitoração sistemática da prática pedagógica, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação", Vieira (1993, p. 28).

O conceito de Supervisão surge em alternativa ao de orientação pedagógica e é vulgarmente utilizado na formação de professores em que "um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional " (Alarcão, 2010, p.16).

Consideramos este aspecto da formação de professores aplicável à orientação de alunos de enfermagem em ensino clínico, pois constitui um processo que principia na formação inicial e que perdura ao longo da vida profissional.

Para este mesmo autor o processo de supervisão ou orientação pedagógica deve englobar quatro elementos considerados essenciais: os sujeitos e o seu estágio de desenvolvimento; as tarefas a realizar; os conhecimentos a adquirir e a atmosfera afectivo – relacional envolvente, (Alarcão, 2010)

Os intervenientes no processo ensino aprendizagem são adultos, e a acção educativa será tanto mais eficaz quanto maior e mais equilibrado for o seu desenvolvimento.

O desenvolvimento dos sujeitos envolvidos no processo, passa por realizar actividades / tarefas mais ou menos específicas. A actividade dos alunos consiste em aprender para se desenvolverem, em que são ensinados a resolver tarefas ou problemas, de acordo com os objectivos previamente traçados (idem).

O professor e o supervisor estão envolvidos numa grande tarefa que é a de aprenderem, ensinar e desenvolverem-se para melhor intervir, na aprendizagem e no desenvolvimento dos alunos. Esta tarefa implica reflexão mútua, trabalho persistente que permitam desenvolver um conjunto de skills que o levem do saber ao saber-fazer (idem).

Para que haja uma efectiva ajuda do supervisor este deverá dominar não só os conteúdos programáticos, mas também uma boa cultura geral, formação nos domínios das ciências da educação, formação de adultos, de professores, desenvolvimento curricular, didáctica ou metodologias de ensino e respectivas tecnologias. Acresce ter um bom conhecimento de si próprio, ter uma atitude permanente de bom senso (idem).

O ambiente em que se desenvolvem as actividades em ensino clínico constitui um elemento fundamental do processo de supervisão.

Para que as actividades decorram numa atmosfera afectivo relacional e cultural positiva, Alarcão (2010, p. 61) tem de ter subjacente:” entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária entre supervisor e professor”.

A este respeito Serra (2010) considera que o espaço deve constituir um ambiente seguro, onde os actores expressem livremente as suas experiências emocionais, sem o medo de um julgamento negativo, onde a análise crítica das práticas e o suporte e o aconselhamento permitam a prevenção do sofrimento emocional.

O acompanhamento da componente prática preconiza um ciclo de supervisão que engloba: o encontro de pré observação / planificação, a observação, análise dos dados e o encontro de pós observação. (Vieira, 1993; Moya, 2002; Alarcão,2010);

O Encontro de pré observação, tem lugar antes da observação de uma actividade educativa e tem como objectivos: ajudar o professor na análise e tentativa de resolução dos problemas ou inquietações que se lhe deparam e decidir que aspecto vai ou não ser observado (Alarcão, 2010).

Por observação “entende-se como um conjunto de actividades destinadas a obter dados e informações sobre o que se passa no processo de ensino /aprendizagem com a finalidade de, mais tarde, proceder a uma análise do processo numa ou noutra das variáveis em foco” (Idem, p 86).

Para além da observação e em situações de ensino clinico também pode ser vantajoso o recurso a outras três estratégias de formação:

"a experimentação em conjunto (joint experimentation), a demonstração acompanhada de reflexão e a experiência (follow me) e análise de situações homológicas (play in a hall of mirrors)", ( Schön citado por Alarcão,1996, p.19)

A este respeito Serra (2010) refere que os formadores se estiverem conscientes do que pode ser fonte de sofrimento emocional para os estudantes podem otimizar este trabalho, para tal é necessário um envolvimento na prática de cuidados. Torna-se fundamental uma postura de acompanhamento e mediação, otimizando os momentos em que se promove o desenvolvimento do auto análise pelos estudantes.

A etapa seguinte do ciclo de supervisão é constituída pela análise dos dados. Esta é posterior à observação, proporcionando um conjunto de dados que têm de ser ordenados e analisados, (Alarcão, 2010).

A última etapa do ciclo de supervisão é o encontro de pós observação, em que o supervisor ajuda a reflectir, interpretar e ver a realidade por detrás dos dados, atribui-lhes significado e ajuda-o na tomada de decisões futuras. (Ribeiro, 1991; Vieira, 1993; Moya, 2002; Alarcão, 2010).

Deve haver contextualização das aprendizagens, pois o contexto e a sua compreensão vão dar sentido ao saber.

Para a transmissão do saber cognitivo, gestual, atitudinal e relacional, Darras (2004) propõe as seguintes modalidades didácticas: criar um processo de elaboração de sentido para quem aprende, exprimir o saber de forma concreta, estimular o reflexo do pensamento e compreensão da complexidade do saber no estudante.

Assim para criar um processo de elaboração de sentido para quem aprende, implica a criação de um espaço de encontro, de dialogo, de troca, de negociação, de co

construção, visando o crescimento intelectual e afectivo daqueles que aprendem, com disponibilidade do professor para a escuta, compreensão, suporte e orientação.

Para o autor citado a motivação e o clima positivo para aprender devem apoiar-se na liberdade intelectual e na segurança afectiva.

Já para exprimir o saber de uma forma concreta há todo o interesse em prever situações de aprendizagem concretas e diversificadas, sempre próximas da realidade, contextualizando e permitindo a transferência da teoria para a prática.

Para estimular o reflexo do pensamento no estudante, este deve manifestar-se, expressando o que compreendeu.

Por último para compreender a complexidade do saber, implica inserir o saber em situações concretas. Deve ser realizada uma primeira abordagem global, intuitiva, complexa e sistémica. Num segundo tempo é preciso estudar os diferentes constituintes da situação de uma forma mais sistemática e mais analítica. Num terceiro tempo, revelar ao estudante todas as dimensões e logo o grau de maior complexidade das situações futuras com que irá trabalhar.

Ainda segundo Darras (2004), a emoção pode parasitar o saber. Esta é muitas vezes não devidamente considerada, o que leva a atitudes e comportamentos inadequados susceptíveis de provocar um grande sofrimento. Considera urgente deixara visão de um saber reduzido a uma soma de conhecimentos pré constituídos e transmitir um saber que evolui, influenciado pelo contexto e pela afectividade.

Para além do processo reflexivo, Darras (2004) menciona outras atitudes e actividades favoráveis à apropriação das competências profissionais, tais como: a mediação, o diálogo cognitivo, a meta cognição, a auto avaliação e a prática reflexiva.

O diálogo cognitivo como procedimento em que o professor incita à análise e juízo crítico. Para estimular a reflexão implica uma certa cumplicidade e o colocar-se num plano de igualdade para participar na reflexão comum. Já a meta cognição tem como finalidade, alargar a capacidade do estudante reutilizar o que sabe em diferentes contextos, bem como serve de instrumento de transferência de conhecimentos e atitudes. No auto avaliação, tem como finalidade a demonstração do que sabe, do que sabe fazer, ser ou estar em relação. Por ultimo a prática reflexiva como conhecimento na acção, em que o estudante toma a sua própria acção, os seus próprios funcionamentos mentais como objecto da sua observação e da sua análise, a fim de perceber e compreender a sua forma de pensar e agir (idem).

A este respeito Masters (2013) considera a reflexão das práticas profissionais como um meio efectivo de compreender as emoções humanas e suas respostas.

Acrescenta Moya (2006) que a prática reflexiva é uma estratégia para a aprendizagem da arte de cuidar, pois é através dela que se assimilam os conteúdos que fazem parte do currículo básico de formação, não se limitando a uma simples reprodução da actividade desenvolvida pelo enfermeiro. A visão dialéctica da relação conhecimento/acção é útil para a resolução de problemas (reflexão na acção e sobre a acção) e permite a intervenção competente em situações complexas e instáveis.

Moya (2002) enuncia dois modelos de formação que permitem entender a relação entre o conhecimento académico e a prática profissional, o modelo do treino e o da resolução de problemas.

O modelo do treino do estudante ocorre em procedimentos e habilidades que se demonstram mais eficazes na prestação de cuidados. No modelo de resolução de problemas, para além do enfermeiro conhecer as diversas técnicas e procedimentos deve conhecer quais são as situações problemáticas do cuidado, como se identificam e manifestam e quais são os procedimentos para a sua resolução e como se aplicam. (idem).

Serra (2010) citando Gray, sustenta que a supervisão e a reflexão sobre as emoções, num trabalho conjunto, interpares ou com os orientadores, num espaço físico-temporal que o permita, são métodos de prevenção do stresse e burnout.

Em resumo, os estudantes em ensino clínico mencionaram nas narrativas de aprendizagem e nas narrativas temáticas, dificuldades emocionais em procedimentos tais como os cuidados de higiene, o cateterismo venoso, o cuidar de feridas; o cateterismo vesical, a comunicação; a paragem cardiorrespiratória e o cuidar o corpo após a morte.

Aos estudantes em ensino clínico é exigido que conheçam os utentes, os seus problemas de saúde e saibam integrar a realização dos diferentes procedimentos na sua resolução.

A realização destes procedimentos envolve o utente/família e necessita que o estudante sob orientação de um tutor ou professor, proceda à preparação do material; à preparação das condições ambientais e privacidade necessárias; à preparação do utente, informando-o e obtendo o seu consentimento; à realização das diferentes etapas do procedimento e por último que efectue os registos.

Os cuidados de higiene são complexos por exigirem do estudante a mobilização de competências cognitivas, técnicas e relacionais.

A dificuldade que apresentam para a sua realização não são tanto de natureza técnica mas por acederem à privacidade e intimidade do doente, por terem a obrigatoriedade de proteger o corpo do doente, respeitando o seu pudor.

No cateterismo venoso, a maior dificuldade que o estudante tem relacionam-se com os preparativos para a punção, nomeadamente a selecção dos locais de punção e sua gestão, a punção propriamente dita, para que o cateter progrida no interior da veia sem que ocorra perfuração do vaso e a sua inutilização.

No cateterismo vesical, os preparativos para o cateterismo urinário são muito importantes mas a maior dificuldade técnica, prende-se com a manipulação de material esterilizado e o medo /receio de causar desconforto ou mesmo sofrimento à pessoa.

Na realização de cuidados a feridas, a sua avaliação, decisão terapêutica, destreza e manipulação correcta de material esterilizado e realização de registos, constituem as principais dificuldades que o estudante pode apresentar no seu desenvolvimento. Para além destes aspectos de natureza técnica ainda podemos acrescentar o acompanhamento do tutor / professor profissional e o próprio utente.

Quanto à comunicação e relações interpessoais, o estudante apresenta dificuldades relacionadas com a falta de habilidade para ouvir, ver, sentir e compreender a mensagem que permita responder às necessidades da pessoa.

Nos cuidados à pessoa em paragem cardiorrespiratória, o estudante pode apresentar dificuldades que se prendem com o domínio teórico e prático da realização do algoritmo suporte básico de vida.

Os cuidados após a morte são um procedimento difícil de realizar pelos estudantes pelo confronto que têm com o fim de vida e por manipularem e prepararem o corpo sem vida.

Foram ainda abordados outros eventos associados ao cuidar, nomeadamente o fim da vida, a morte, o luto e o ambiente (gestão do tempo, apoio do staff sénior, entre outros).

Por último o ambiente em que se desenvolvem as actividades em ensino clínico constitui um elemento fundamental do processo de supervisão, para que as actividades decorram numa atmosfera afectivo relacional e cultural positiva, O acompanhamento da componente prática preconiza um ciclo de supervisão que engloba: o encontro de pré observação / planificação, a observação, análise dos dados e o encontro de pós observação.

Na segunda parte desta fundamentação serão abordadas as emoções, as diferentes abordagens explicativas e as emoções envolvidas no processo de cuidar. Por último será aprofundada a estratégia para gerir emoções.

## 2 – Emoções

As emoções são manifestações afectivas acompanhadas de reacções intensas e breves do organismo em resposta a acontecimentos repentinos, ou ao contrário, muito esperados...As emoções são assim, intensas, repentinas e breves (Ries e Rodrigues,2004, p 69).

As emoções produzem mudanças psíquicas ou comportamentais, um estado de abalo que pode ser positivo ou negativo, como por exemplo, o prazer, a alegria / ansiedade, o desgosto, com os comportamentos associados de aproximação ou evitamento, (Belzung, 2010).

A emoção é um estado psicológico... e segundo Magalhães (2007, p.90) "é uma resposta reactiva e automática, ao nível inconsciente, perante o perimundo".

Goleman (2002) considera existirem centenas de emoções, incluindo respectivas combinações, variações, mutações e tonalidades. Refere que estudiosos trabalham no sentido de precisar emoções primárias, tais como: a ira, a tristeza, o medo, o prazer, o amor, a surpresa, a aversão e a vergonha. Este autor estabelece famílias de emoções, demonstrativas das infindáveis tonalidades da vida emocional, e em que cada uma delas tem no seu âmago um núcleo emocional básico.

Além das emoções primárias, com um suporte biológico, Belzung (2010) menciona as secundárias que não sendo universais, têm um suporte cultural e que inclui a euforia, a ansiedade, a inveja, entre outras. A ligação existente entre emoções primárias e secundárias é explicada pela abordagem psicoevolucionista de Plutchik que propõe o modelo multidimensional. Este distingue as díades primárias, que resultam da combinação de duas emoções primárias e que correspondem a emoções secundárias), das secundárias (emoções representadas por porções não adjacentes mas separadas por uma porção correspondente a uma emoção primária) e das terciárias (quando separadas por porções correspondentes a duas emoções primárias).

Um outro modelo explicativo do elo entre emoções primárias e secundárias é o proposto por Oatley e Johnson-Laird, de abordagem cognitivista, em que a emoção secundária compreende um núcleo formado por uma emoção de base, emoção primária, da qual herda a sua valência positiva ou negativa. A este núcleo de base juntam-se representações (de situação, de objecto, de si e de outrem, de fim, de causa e de consequência) que permitem construções mais complexas, (idem).

Ainda para este autor as emoções desenrolam-se no teatro do corpo, enquanto os sentimentos, no teatro da mente.

Para Belzung (2010) há diversas activações fisiológicas ao nível do sistema nervoso autónomo, ao nível das taxas hormonais e de certos neurotransmissores, associadas aos estados emocionais. A nível do sistema nervoso autónomo, podem surgir as alterações do ritmo cardíaco, da pressão arterial, da temperatura corporal, da resposta electrodermica, do ritmo electroencefalográfico, da dilatação pupilar, da actividade respiratória e da motilidade gástrica.

Ainda segundo este autor, certos estudos evidenciam um aumento do ritmo cardíaco e da resposta eletrodérmica em certas emoções como o medo, a cólera e a tristeza. O aumento do ritmo cardíaco é idêntico para as três, enquanto a resposta eletrodérmica (aumento da temperatura cutânea) é mais evidente na cólera e menos no medo e na tristeza.

Citando Elkman, Belzung (2010), menciona que as expressões faciais das emoções estão ligadas à activação inata de certos padrões neuromusculares faciais, em particular a abertura dos olhos, a abertura da boca e a elevação das sobrancelhas. Estes músculos são comandados por ramos diferentes do nervo facial (ramos temporal, zigomático, bucal e mandibular).

Outra componente expressiva das emoções é a componente vocal, em que por exemplo, a cólera está associada a vocalizações fortes e discordantes, enquanto o medo está associado a vocalizações agudas e de fraca intensidade (idem)

A experiência emocional resulta da activação da componente fisiológica, expressiva e comportamental. A esta pode ainda associar-se a história do sujeito, os seus valores, o contexto cultural ou estado de fundo particular (idem)

O autor distingue emoção da motivação porque a primeira é desencadeada por acontecimentos externos, ou seja por elementos do meio envolvente e a motivação por causas internas. Distingue ainda sentimento da emoção, pois enquanto o primeiro designa a componente subjectiva, a emoção refere-se às componentes comportamentais e fisiológicas.

A interacção de factores subjectivos e objectivos, realizados por sistemas neuronais ou endócrinos, podem induzir sentimentos de alerta, de prazer ou de desprazer; gerar processos cognitivos, activar ajustamentos fisiológicos globais e induzir comportamentos quase sempre expressivos e orientados para um fim. (Belzung, 2010)

O sentimento distingue-se da emoção no sentido em que ele designa mais particularmente a componente subjectiva, sentida, da emoção e não se refere às componentes comportamentais e fisiológicas (Belzung, 2010).



Citando Damásio, este autor define sentimento como “a percepção de um estado do corpo assim como a percepção de um certo modo de pensamento e de pensamentos contendo certos temas”, (2010, p18).

Ries e Rodrigues (2004) consideram que o sentimento para além da subjectividade tem uma maior duração e uma menor explosão.

Em seguida iremos realizar uma abordagem das principais correntes teóricas da emoção com referência às teorias primitivas que têm ajudado a gerar algumas das principais teorias actuais, à teoria Fisiológica que concebe o processo neurofisiológico como responsável pela emergência das reacções emocionais.

Já a Teoria Fenomenológica representa uma abordagem muito específica da emoção e os seus teóricos preocupam-se com a natureza da experiência emocional.

A teoria cognitiva as emoções são vistas como o resultado de uma avaliação cognitiva e na teoria comportamentalista, a emoção é uma manifestação afectiva aprendida e desencadeada por estímulos externos que eliciam estados emocionais com impacto no comportamento da pessoa.

A teoria do individuo, do ambiente e da cultura faz-se uma das mais minuciosas análises das ligações emoção-personalidade. As ligações entre a emoção, as actividades culturais e o ambiente têm um impacte emocional no individuo.

A teoria desenvolvimentista salienta a compreensão da mudança ocorrida ao longo da vida do indivíduo e a teoria social os estímulos das reacções emocionais das outras pessoas ou sobre o impacte que elas têm em nós.

Para a teoria clinica a emoção está implicada em todas as perturbações afectivas. Pensa-se que as perturbações psiquiátricas muitas vezes origem em problemas emocionais e que existe uma relação entre a perturbação emocional e a perturbação do comportamento.

As teorias filosóficas preocupam-se com as causas da emoção e as teorias que derivam da Historia e da Antropologia, enfatizam as variáveis culturais. Estas teorias dão grande importância à mudança, ao significado cultural que pode estar subjacente à emoção, às variáveis sociais.

## 2.1 – Teoria das emoções

Uma teoria deve conter um razoável poder de explicação e conduz a previsões susceptíveis de serem comprovadas. A validade de uma teoria depende da capacidade de gerar novas ideias ou maneiras de ver as coisas. Muitas vezes a

comprovação, numa área tão complexa como a das emoções está repleta de dificuldades (Strongman, 2004).

Qualquer teoria da emoção deveria ser suficientemente lata para incluir todas as facetas da emoção, os factores fisiológicos, do comportamento, cognitivos e experimentais (idem).

### Teoria Primitiva

A teoria da emoção teve as suas origens na filosofia e só no fim do século XIX e princípio do séc. XX, os psicólogos e outros estudiosos se começaram a interessar por ela.

Os teóricos primitivos da emoção começaram por considerar a origem e o desenvolvimento da emoção e a distinção entre emoção e não emoção.

Principiaram por tratar aquilo que é a emoção, qual a sua localização e a natureza dos aspectos fisiológicos. Reconheceram que a emoção tem o seu lado comportamental, expressivo e que pode ser funcional num sentido evolutivo (Strongman, 2004).

Este autor sintetizou ainda o contributo de diversos estudiosos tais como: Platão, Aristóteles, Descartes, Darwin, McDougall, William James e Lange, Cannon, Papez e Duffy.

Assim, **Platão** pareceu desvalorizar a emoção, considerou-a como desconcertante, por interromper e interferir com a razão humana (idem).

Para **Aristóteles**, as emoções eram produto de uma combinação da vida cognitiva superior e da vida sensual inferior. Também estava ligada ao prazer e à dor e referiu emoções específicas como a raiva, o medo e a piedade (idem).

Depois de Aristóteles foi a conceptualização da emoção de **Descartes** que predominou até começarem a surgir as teorias psicológicas no fim do século passado. O nome de Descartes é sinónimo de dualismo, existindo um corpo fisiológico e a mente que é de certo modo uma duplicação da alma (idem).

**Darwin** exerceu uma influência na compreensão inicial da emoção, e sugere que as expressões emocionais não evoluíram porque não dependem da selecção natural.

A Teoria da emoção de **McDougall** enfatizou os instintos, que acreditava proporcionarem o ímpeto para todo o pensamento. Uma das facetas dos instintos é a excitação emocional, que se reflecte em discretas modificações viscerais e corporais. Um organismo pode perceber um estímulo ameaçador que simultaneamente provoca a fuga e a sensação de medo, reflectindo um instinto básico (idem).

**William James e Lange** propuseram uma teoria de emoções quase em simultâneo e é provavelmente das teorias da emoção mais conhecida.

Para James qualquer sensação tem manifestações fisiológicas extremamente complexas e todas elas são sentidas, umas de forma óbvia e outras de forma mais obscura. O que James chamava de emoções grosseiras está associado a distúrbios corporais e estes podem ser tão fortes que elas próprias causam medo (idem).

Oatley e Jenkins (2002, p 27) consideram a teoria de James “como uma advertência de que não somos espíritos desincorporados. Agitando o corpo, as nossas emoções mostram-nos que algo importante está a acontecer”

James considera que as emoções dão cor e calor à vivência, porque sem estes tudo seria baço.

Para Strongman (2004), a teoria de **Cannon** expôs a importância do tálamo na emoção e produziu alguns argumentos anti James. A neurofisiologia da emoção culminou num teorizar sobre a emoção que se conta entre os mais sofisticados que podemos encontrar.

Depois da teoria de **Cannon**, a de **Papez** salientou a ligação entre os hemisférios cerebrais e o hipotálamo nos vertebrados inferiores e entre os hemisférios cerebrais e o tálamo dorsal. De acordo com Papez estas interligações, são mediadoras da emoção. A emoção implica comportamento e sensação. A expressão depende do hipotálamo e a experiência do córtex (idem). Além do circuito implicado nas emoções, Belzung (2010) acrescenta que Papez propõe que o hipotálamo está envolvido na expressão emocional e o córtex no aspecto subjectivo da experiência emocional. Atribui ao hipocampo um papel central, pois envia informações ao hipotálamo via fornix, gerando assim a expressão emocional.

Por último **Duffy** formulou a hipótese dos estados emocionais terem de envolver a modificação dos níveis de energia, em que a excitação representa um nível de energia elevado e a depressão um nível mais baixo (Strongman, 2004).

### Teoria Fisiológica

Os que defendem a origem biológica da emoção aproximam-se da perspectiva que concebe o processo neurofisiológico como responsável pela emergência das reacções emocionais (Zanelli, Andrade e Cols 2005, p.212).

O cérebro, ao detectar um estímulo, desencadeia reacções fisiológicas tais como o aumento dos batimentos cardíacos, a sudorese e a sensação de calor, que ao

tornarem-se conscientes fazem com que a pessoa interprete o evento atribuindo estados afectivos (medo, tristeza, alegria, etc.)

Strogman (2004) sintetizou o contributo de diversos estudiosos neste campo, tais como: Wenger, Young, Lindsley, Gellhorn, Bindra, MacLean, Rolls, Panksepp, Scherer, Cacioppo, Klein, Bernston e Hatfield, McGuire.

Tendo por base os autores citados por Strongman (2004), Wenger sugere que a percepção dos estímulos emocionais depende de como os estímulos condicionados e incondicionados se combinam, após o que a activação do sistema nervoso central conduz a respostas viscerais. Estas conduzem a estímulos de impulso que **Wenger** considera como percepções da actividade visceral (idem).

**Young** em vez de falar de emoção, fala de processos afectivos e faz a distinção entre processos afectivos e sensoriais, tendo o primeiro um papel motivacional e regulador do comportamento. Ainda sugere que os processos afectivos desempenham quatro funções principais: são activadores, sustentam e concluem o comportamento, regulam-no e são organizadores (idem).

**Lindsley** considera que a emoção se expressa de três formas: através de canais do córtex, de canais viscerais e canais somatomotores. Este teórico mais do que a emoção, preocupa-se com fenómenos tais como o sono e a vigília, o estado de alerta, a atenção, a vigilância e a motivação (idem).

**Gellhorn** sugere que a base da emoção é a integração das actividades somática e autónoma, modificada por neuro-humores e pelas hormonas, naquilo que classifica como actividades ergotrópica e trofotrópica. As primeiras são dirigidas pela actividade e as segundas pelo repouso. Quando um dos sistemas é excitado o outro é reduzido. Os efeitos ergotropicos e trofotropicos podem ser provocados pela manipulação do sistema reticular do tálamo, do septo, do hipotálamo anterior e da medula e o equilíbrio entre os dois reflecte a reactividade emocional.

O autor sugere que quando as emoções são activadas, o equilíbrio ergotropico / trofotropico altera-se tanto por processos neurogénicos como hormonais (idem).

**Bindra** tem uma teoria neurofisiológica da emoção e da motivação, em que estes dois tipos de fenómenos podem ser estudados a partir de uma estrutura comum, o estado motivacional central. Esta surge como resultado da interacção entre estímulos ambientais e alterações fisiológicas, uma alteração que ocorre num grupo comum de neurónios do sistema nervoso central (idem).

**MacLean** partindo do pressuposto que a expressão emocional e a experiência emocional se podem dissociar e que os aspectos experienciais exigem a mediação do córtex, defende que o sistema límbico integra a experiência emocional, embora o

sistema activo seja provavelmente o hipotálamo. Este e a amígdala têm especial significado nas facetas, subjectiva e experiencial da emoção e que todas as estruturas do sistema límbico estão de certo modo, envolvidas na emoção.

A visão da emoção de MacLean tem uma base fisiológica, e atribui uma grande importância à subjectividade ou aos aspectos experienciais da emoção (idem).

Belzung (2010) menciona que McLean alargou a noção de sistema límbico ao considerar que se articula com dois outros sistemas, o cérebro reptiliano ou arquipálio e o neocortex ou neopálio.

**Rolls**, segundo Strogman (2004), sugere que a emoção tem funções especiais, com valor óbvio para a sobrevivência: a emoção induz respostas do sistema nervoso autónomo e endócrinas; a emoção permite que os comportamentos de resposta a estímulos sejam flexíveis; a emoção é motivadora e susceptível de ser comunicada; a emoção permite a vinculação social e o reforço positivo (idem).

Para **Panksepp** a teoria nasce da probabilidade de os mamíferos disporem de circuitos emocionais no sistema límbico. Baseia-se em cinco suposições: que existem processos emocionais reflectidos nos circuitos cerebrais; que os seres humanos e os animais partilham processos emocionais primitivos; que embora existam um número limitado de circuitos emocionais básicos, as suas combinações e a aprendizagem social proporcionam muito mais que a neuro taxonomia e a compreensão científica da emoção e podem ser obtidas pelo estudo da organização cerebral.

Panksepp considera quatro os circuitos mediadores da emoção que passam pelo mesencéfalo, pelo sistema límbico e pelos gânglios basais. Estes são nomeados de acordo com as experiências emocionais extremas: a expectativa, o medo, a raiva e o pânico (idem).

Explica também a base neurofisiológica, que vai do mesencéfalo, através dos campos reticulares do hipotálamo e do tálamo, até aos gânglios basais e áreas límbicas mais elevadas. Neuroquimicamente estes circuitos dependem de transmissores, em que por exemplo a dopamina e acetilcolina desempenham funções chave quanto à expectativa e à raiva e que os receptores das benzodiazepinas e os sistemas de endorfinas estão envolvidos no pânico e no medo. O autor salienta que a aprendizagem e o reforço podem influenciar os circuitos da emoção (idem).

Scherer define emoção como aquilo que acontece quando os cinco componentes de todos os subsistemas do funcionamento do organismo estão sincronizados em reacção a qualquer acontecimento de importância central. Os componentes são a cognição, a regulação fisiológica, a motivação, a expressão motora e a monitorização / sensação (idem).

**Cacioppo, Klein, Bernston e Hatfield** elaboraram um resumo das ideias que engloba a psicofisiologia da emoção. Consideram haver nas teorias da emoção duas categorias de alterações fisiológicas: teorias que sugerem que as emoções discretas provêm de padrões somatoviscerais discretos e teorias que sugerem que tais experiências emocionais provêm de avaliações cognitivas originadas na activação indiferenciada.

Por fim McGuire faz algumas considerações interessantes acerca do futuro do estudo da emoção com base na biologia e afirma que este deve prosseguir através da modelação dos sistemas invertebrados (a que se seguirão os mamíferos) e acredita que isto conduzirá à descoberta dos circuitos nervosos subjacentes à emoção e a determinar a neuromodulação e a genética da emoção (idem).

**Damásio** (2000) explica os mecanismos cerebrais da emoção. O cérebro induz as emoções a partir de um número pequeno de regiões cerebrais, em que a maior parte se encontra situada sob o córtex e é designada por subcortical. As principais regiões subcorticais encontram-se no tronco cerebral, no hipotálamo e proencéfalo basal.

As regiões do córtex cerebral ligadas à indução das emoções incluem sectores do córtex cingulado anterior e dos córtices pré frontais ventromedianos.

Durante as emoções, os neurónios do hipotálamo, proencéfalo basal e tronco cerebral enviam estas substâncias químicas, como seja a norepinefrina, a serotonina e a dopamina para os neurónios de várias outras regiões do cérebro e, ao fazerem-no, transformam temporariamente o modo como os circuitos neurais funciona (Damásio 2000, Belzung, 2010)

O aumento ou diminuição do envio desses neurotransmissores repercutem-se no aumento ou diminuição da velocidade dos processos mentais bem como a sensação de prazer ou desprazer que invade a experiência mental (Damasio, 2000).

Este autor refere que a indução e a experiência das emoções, tristeza, cólera, medo e felicidade conduzem à activação de diferentes regiões. Assim na tristeza há um aumento nos córtices ventromedianos pré frontais, no hipotálamo e no tronco cerebral (idem).

A Cólera e o medo não activam nem o córtex pré-frontal nem o hipotálamo. A activação de núcleos do tronco cerebral é partilhada por estas três emoções embora as activações do hipotálamo e região ventromediana pré-frontal são diferentes na tristeza e na felicidade (idem).

A amígdala, situada numa zona profunda de cada um dos lobos temporais, é indispensável para o reconhecimento do medo nas expressões faciais, para o condicionamento e até expressão do medo (Damasio, 2000; Belzung, 2010).

Numa emoção, certas regiões do cérebro que fazem parte do sistema neural enviam mensagens para outras regiões do cérebro e para quase todas as regiões do corpo. Estas são enviadas através de duas vias: uma sanguínea, na qual as mensagens na forma de moléculas são enviadas e actuam nos receptores das células dos tecidos; outra consiste em neurónios e mensagens ao que longo dessa via usa sinais electroquímicos que actuam sobre outros neurónios, fibras musculares ou sobre vísceras, que podem libertar substâncias químicas na corrente sanguínea, (idem).

O cérebro modifica-se pois a libertação de substâncias como as monoaminas e os péptidos a partir de núcleos do tronco cerebral e do prosencefalo basal, altera o funcionamento de muitos circuitos cerebrais e desencadeia certos comportamentos específicos e modifica o modo como os estados do corpo são representados no cérebro (Damásio, 2000).

### **Outras abordagens teóricas**

A Teoria Fenomenológica representa uma abordagem muito específica da emoção e os seus teóricos preocupam-se com a natureza da experiência emocional.

Segundo Strongman (2004); Zanelli, Andrade e Cols.(2005), as teorias fenomenológicas da emoção são úteis por constituírem uma tentativa para explicar o lado subjectivo e experiencial da emoção.

Os psicólogos fenomenológicos preocupam-se com aquilo que cada pessoa experimenta aqui e agora, neste momento, neste lugar, no presente. Os dados da experiência são subjectivos, tratando-se de relatos pessoais conscientes ou experienciais (idem).

Para Belzung (2010, p 98) "o interesse enorme das teorias fenomenológicas é de terem dado de novo um lugar ao sujeito, à sua experiência subjectiva e portanto à consciência". Neste quadro teórico, é a consciência que dá sentido ao mundo e à experiência.

A perspectiva fenomenológica foi desenvolvida por alguns estudiosos dos quais salientamos: Sartre, Buytedjik, Fell, Denzin, Stein, Trabasso e Liwag (Strongman, 2004; Belzung,2010).

Na teoria cognitiva as emoções são vistas como o resultado de uma avaliação cognitiva. Segundo estes teóricos, a avaliação incide sobre a situação e ou sobre a elaboração dos planos de acção para reagir à situação, (Belzung 2010).

A avaliação para Strongman (2004), constitui um conceito central, pois avaliamos cada estímulo com que nos deparamos, no que diz respeito à sua relevância e significado. Reconhece a existência da emoção a três níveis: comportamental, fisiológico ou cognitivo. O conceito de coping é uma concepção de Lazarus que afirma possuímos disposições para procurar e dar respostas a certos estímulos e que dão forma à nossa interacção com o ambiente. A avaliação cognitiva destes estímulos, que se encontram em constante mudança, provoca respostas emocionais pois encontramos-nos continuamente a fazer-lhes face. A relação entre a pessoa e o ambiente promove a avaliação e a forma de ajustamento.

As teorias cognitivas da emoção preocupam-se com a natureza e o funcionamento pormenorizado do processo de avaliação, contudo, são bastante ligeiras nos aspectos comportamentais e fisiológicos (idem).

Lazarus referido por Belzung (2010), propõe a sua própria teoria relacional, motivacional e cognitiva das emoções. Considera relacional pois não é possível compreender a emoção se considerarmos o sujeito e o meio ambiente como unidades separadas. As interacções induzem custos ou benefícios.

A teoria motivacional, porque tem a ver com os objectivos do sujeito e disposições para os atingir e cognitiva por implicar uma avaliação da situação. A avaliação pode ser primária quando se refere à apreciação das implicações do acontecimento no bem-estar do individuo, secundária quando há apreciação dos recursos disponíveis para enfrentar a situação e a reavaliação das avaliações primárias e secundárias induzidas pelas mudanças da situação. Estas avaliações determinam a experiência emocional e a estratégia de ajustamento.

Oatley e Johnson-Laird citado por Belzung (2010), situam as emoções no mundo social e mencionam uma lista de cinco modos básicos e universais da emoção humana, a considerar: felicidade, tristeza, ansiedade ou medo, raiva e repugnância. Defendem que cada um destes estados emocionais exerce uma influência inibidora sobre os outros e que o sistema cognitivo tem de estar num modo de emoção ou oscilar entre dois deles para que ocorra uma emoção.

Na teoria comportamentalista, a emoção é uma manifestação afectiva aprendida e desencadeada por estímulos externos que eliciam estados emocionais com impacto no comportamento da pessoa, (Zanelli, Andrade e Cols., 2005).

Nesta teoria a expressão facial, o movimento corporal e a postura para tornaram-se significativos na compreensão da emoção, (Strongman, 2004).



Para este autor, a principal contribuição de Watson para a teoria da emoção foi a de ter postulado que existem três tipos de reacção emocional fundamentais: o medo, a raiva e amor.

Ainda ao mencionar Harlow e Stagner, expandem a sua teoria de quatro formas fundamentais: sugerem que as emoções podem reflectir estados conscientes e não apenas sensações; os sentidos são controlados pelo tálamo e as sensações pelo córtex; as emoções não são inatas, mas existem respostas não condicionadas a partir das quais as emoções se desenvolvem; os autores distinguem entre emoção e sensação.

Millenson expande a análise comportamentalista ao considerar que certas emoções diferem umas das outras apenas em intensidade (alegria, êxtase); algumas emoções são básicas (ansiedade, elação e raiva) e outras são combinações destas.

A teoria comportamentalista ainda obteve contributos de outros teóricos tais como: Staats e Eifert, Gray, e Weiskrantz, (Strongman, 2004).

Na teoria do individuo, do ambiente e da cultura, Mandler citado por Strongman (2004), faz uma das mais minuciosas análises das ligações emoção-personalidade e sugere duas abordagens para a análise das diferenças individuais. A primeira consiste no delinear escalas de personalidade que permitem caracterizar as reacções emocionais individuais e a segunda que consiste em procurar sistemas cognitivos numa determinada cultura que permitam a previsão de respostas emocionais individuais.

Assume também que uma situação se torna emocionalmente significativa quando se reconhece que é relevante para a personalidade.

O ambiente quer seja natural quer seja artificial, tem um impacte emocional no individuo. Também as ligações entre a emoção e as actividades culturais são significativas. Aquilo que se designa normalmente como artes depende do impacte emocional.

Riviera distingue entre atmosfera, clima e cultura emocionais. Uma atmosfera emocional é uma resposta emocional colectiva a um certo acontecimento. Esta é localizada enquanto a cultura emocional é duradoura e relativamente estável, faz parte da estrutura social e das instituições de uma sociedade. O clima emocional encontra-se entre as duas e é susceptível de responder a factores religiosos, políticos, económicos e outros (Strongman, 2004).

A teoria desenvolvimentista tem relevância para a compreensão geral da emoção e tem de ser tratada do ponto de vista da mudança ocorrida durante a vida do indivíduo (Strongman, 2004).

Os investigadores deram atenção a alguns temas significativos para o desenvolvimento emocional, como a cognição e avaliação. Mencionam as possíveis origens biológicas da emoção e subsequente desenvolvimento social, frequentemente por via do processo de vinculação. Referem-se à evolução da emoção e às possíveis ligações entre emoção e personalidade.

Também conferem um papel importante à cognição, preocupam-se com conceitos como a autoconsciência, apoiando a sua teoria no amadurecimento e socialização.

Concebem ainda as emoções como motivadores discretos do comportamento humano, cada uma das quais é constituída por processos neuroquímicos, motor-expressivos e mentais.

O desenvolvimento emocional e o desenvolvimento cognitivo estão ligados, estando o último ligado à socialização.

As teorias mais recentes, nomeadamente as de Izard e Malatesta-Magai, Fischer, Campos e Lewis, proporcionam explicações do desenvolvimento emocional ( Strongman, 2004).

Na teoria social os estímulos das reacções emocionais vêm das outras pessoas ou sobre o impacte que elas tiveram em nós.

Sempre que interagimos com alguém estamos a experimentar e expressar emoções, ou seja, estamos a investigar e interpretar a expressão emocional da outra pessoa. Este processo é complexo, subtil e frequentemente inconsciente que dá à interacção social alguma profundidade.

As teorias da emoção de derivação social consideram a emoção como tendo basicamente a ver com a comunicação interpessoal. As noções de feedback facial foram pertinentes para a compreensão das áreas mais significativas da expressão facial e do reconhecimento da emoção.

Para Zanelli, Andrade e Cols.(2005) a emoção e o afecto são manifestações culturais da vida de um grupo humano que especificam e delimitam os contextos sociais em que ocorrem.

Na teoria clinica a emoção está implicada em todas as perturbações afectivas. Pensa-se que as perturbações psiquiátricas gerais e diversos tipos de comportamentos têm origem em problemas emocionais.

Existe uma relação entre a perturbação emocional, as modificações automáticas e a perturbação do comportamento.

Esta abordagem permitiu a compreensão da emoção anormal ou a emoção numa grande variedade de situações clínicas.

No estudo da teoria da ansiedade têm seguido abordagens psicanalíticas, comportamentais, fisiológicas, experienciais/ fenomenológicas e cognitivas. Esta pluralidade teórica permite retirar conclusões, a primeira das quais é que a ansiedade não pode ser inteiramente compreendida sem ter em conta os aspectos e influências cognitivas e que se pode distinguir do medo ou do susto, por o objecto destes dois últimos ser real, conhecido ou objectivo.

Também a depressão é uma emoção importante demonstrada pela variedade de teorias semelhantes às da ansiedade. Não figura normalmente nas listas das principais emoções por se considerada como um estado mais geral que envolve uma mistura de emoções, a tristeza e a recriminação.

As ligações entre emoção e doença podem ser clarificadas ao considerar as emoções como conjuntos diferenciados; as emoções devem ser consideradas no seu enquadramento social, visto a interpersoalidade regular as reacções emocionais e moderar a relação entre stresse e saúde; no contexto da saúde, as emoções podem ser vistas como um sistema de múltiplos níveis (cognitivo, da sensação, motor e sistémico) e qualquer destes níveis tem múltiplos componentes que podem ser afectados pela actividade nervosa ou endócrina.

Na Teoria fora da psicologia, as teorias filosóficas preocupam-se com as causas da emoção e com a emoção como variável independente e não como variável dependente, (Strongman, 2004).

As considerações teóricas que derivam da Historia e da Antropologia, enfatizam a importância das variáveis culturais para se poder compreender a emoção, que não sendo estática, depende em certa medida da mudança, tanto no que respeita ao tempo como quanto ao espaço.

Embora se preocupem com o significado que pode estar subjacente à emoção, têm tendência para a situar fora do indivíduo, enquanto para os psicólogos, o seu lugar de eleição seja no interior do mesmo.

As teorias culturais da emoção restringem-se aos significados culturais e ao significado da linguagem, contudo não incluem aspectos da biologia, comportamento ou fisiologia. Encontram-se empenhadas nas causas das emoções, na emoção e na comunicação interpessoal e nas emoções básicas.

Estas teorias da emoção fora da psicologia dão grande importância à mudança, ao significado cultural que pode estar subjacente à emoção, às variáveis sociais tais como poder, status e função, e a conceitos muito básicos como reflexividade. Têm em conta a forma como as pessoas podem ser consideradas simultaneamente sujeitos ou objectos, ao tratar da emoção, ( Strongman, 2004).

A Teoria das emoções especiais abordam a função da emoção e as emoções como entidades isoladas, a considerar: a raiva; a ansiedade e o medo; a tristeza; a aversão; a felicidade; o amor; o embaraço; o orgulho; a timidez; a vergonha e a culpa. Os teóricos realçam a importância da cognição nos seus trabalhos, estabelecem uma ligação entre emoção e personalidade, preocupam-se com a fundamentação biológica e a sua provável construção social, permitindo uma abordagem multidisciplinar.

Esta teoria apoia-se em cinco pressupostos: os sistemas da emoção são motivacionais; cada emoção discreta organiza a percepção, a cognição e o comportamento para adaptação, coping e criatividade; as relações entre a emoção e o comportamento desenvolvem-se cedo e mantêm-se estáveis, mesmo que se desenvolvam respostas específicas; o desenvolvimento emocional contribui para o desenvolvimento da personalidade e os traços e dimensões da personalidade enraízam-se nas diferenças individuais, nos limiares da activação da emoção e na experiência de certas emoções (Strongman, 2004).

## 2.2 – As emoções no processo de cuidar

No repertório emocional dos estudantes em ensino clínico, serão evidenciados: o medo, a tristeza, a surpresa, a vergonha, o amor, a felicidade, a ira, a raiva, a aversão, a indignação e a repulsa.

### **Medo**

O medo foi uma emoção evidenciada em muitas das narrativas analisadas bem como os termos: receio, preocupação, nervosismo e ansiedade. Segundo a classificação de Goleman (2002) estes termos estão associados à emoção básica medo.

Ainda segundo este autor, “no repertório emocional do indivíduo, cada emoção desempenha um papel único. Os investigadores estão a descobrir mais pormenores fisiológicos de como cada emoção prepara o corpo para um tipo de resposta muito diferente” Goleman (2002, p. 28). Com o medo, o sangue corre para os grandes

músculos como os das pernas, surge o empalidecimento da face, devido à perda de fluxo sanguíneo. O corpo imobiliza-se por breves instantes, talvez para ter tempo para decidir se esconder não será a melhor reacção. Desencadeia-se um fluxo de hormonas dos circuitos dos centros emocionais, que colocam o corpo em estado de alerta, mantendo-o tenso e preparando-o para a acção e a atenção fixa-se na ameaça presente para melhor avaliar a resposta a dar.

A investigação sobre o medo enquanto sistema de respostas neurobiológicas, segundo Neto (2003), é activada pela situação de ameaça. Trata-se da existência de duas vias mediadoras entre a resposta de medo e o estímulo que a provoca: uma subcortical e outra que envolve o córtex. Antes de termos a percepção consciente de um estímulo desencadeador de medo, podemos ser surpreendidos por um estímulo com uma configuração semelhante, que por si só, pode desencadear o conjunto de respostas defensivas.

A via subcortical é muito mais rápida a transmitir a informação (ameaça) até à amígdala, a estrutura cerebral que está na resposta fisiológica à situação de medo, que se caracteriza por um aumento da frequência cardíaca, pressão sanguínea, libertação hormonal na corrente sanguínea (idem).

A este respeito Magalhães (2007) refere que a emoção medo leva o organismo a segregar adrenalina, fazendo o coração bater mais rápido, aumenta o nível de açúcar no sangue e dilata as pupilas.

A propósito das respostas fisiológicas ao medo, Belzung (2010), menciona para além do aumento do ritmo cardíaco, o aumento da pressão arterial, a alteração da resistência cutânea e as respostas comportamentais como a fuga ou a imobilização. Estas respostas fazem parte do repertório defensivo. Este autor refere que o medo pode ser espontâneo ou aprendido, necessita da activação de estruturas cerebrais implicadas na percepção e regulação das áreas somato-sensoriais e insula; a amígdala não está implicada no sentimento de medo, limitando-se o seu papel ao reconhecimento e à indução da emoção.

Segundo Neto (2003), podemos identificá-la através das seguintes modificações faciais: as pálpebras superiores sobem, as inferiores contraem-se, a boca abre-se de um modo horizontal e o queixo descai.

O medo e o terror diferem apenas em termos de intensidade e são ambos definidos pelo sistema de respostas adaptativas a uma situação de ameaça. “O que definimos e designamos como medo / terror, constitui a experiência consciente da activação do sistema psicobiológico de defesa perante uma ameaça”( Neto, 2003, p.72).

As fobias surgem nas situações em que um dado medo provoca uma perturbação considerável na pessoa podendo interferir no decorrer da vida corrente. As fobias não sociais são relacionadas com espaços fechados, animais e alturas. Já as fobias sociais são devidas a situações em que ocorre um medo sistemático ou embaraço relacionado com situações interpessoais (idem).

O pânico ou os ataques de pânico são constituídos por uma reacção extrema de medo, acompanhada de sintomas fisiológicos não proporcional à situação vivida pela pessoa (Neto, 2003).

As pessoas que sofrem de medo nos ataques de pânico dizem que este sentimento é pior do que qualquer outra experiência. (Oatley e Jenkins, 2002).

Já o termo ansiedade corresponde a uma emoção secundária, descrita por Belzung (2010), como um medo antecipado que surge face a um perigo potencial e incerto.

A ansiedade é uma emoção negativa que pode ser motivadora e parece ser um aspecto inevitável da condição humana. Distingue-se do medo porque o objecto do medo é real ou externo ou conhecido ou objectivo (Strongman, 2004).

Traduz-se por reacções fisiológicas próximas do medo, com o aumento da vigilância e das respostas de evitamento, podendo existir na ausência de acontecimento stressante (Belzung, 2010).

O autor distingue ansiedade do humor ansioso e ansiedade traço da ansiedade estado (idem). O humor ansioso corresponde a uma disposição para sentir ansiedade. Já uma forte ansiedade traço corresponde a uma disposição importante para apresentar ansiedade mesmo na ausência de qualquer acontecimento stressante. A ansiedade estado, varia em função dos estímulos do meio ambiente e só sobrevêm quando ocorre um acontecimento que a suscite (idem).

Como transtornos ansiosos, Belzung (2010), lista as seguintes patologias: distúrbio de pânico, fobia, distúrbio obsessivo compulsivo, stresse pós traumático e ansiedade generalizada. Esta, está associada a sintomas como a agitação, a sensação de estar superexcitado ou exausto, a fadiga, a dificuldade de concentração ou de memorização, a irritabilidade, a tensão muscular ou a perturbação do sono.

Ries e Rodrigues (2004) acrescentam que a ansiedade pode afectar a aprendizagem, por afectar a codificação, o armazenamento e a recuperação do conhecimento. As pessoas codificam menos dimensões do conteúdo a ser aprendido, utilizam estratégias mais complicadas de processar a informação e são menos flexíveis.

## Tristeza

A tristeza é uma emoção negativa e a sua experiência composta de desânimo, desencorajamento, solidão e isolamento. Izard citado por Strongman (2004), afirma que a tristeza é tão comum que frequentemente interage com outras emoções como a raiva, o medo e a vergonha.

Magalhães (2007, p.110) considera que “o sofrimento, a mágoa, o desânimo, a melancolia, a solidão, o desamparo, o desespero e o desalento são algumas das características psicológicas associadas à emoção tristeza”.

A tristeza é uma emoção ligada à perda de algo ambicionado e valorizado e a sua intensidade depende do valor que o objecto possui para a pessoa, Ries e Rodrigues (2004). Apresenta ainda como característica marcante, a quietude.

Para Oatley e Jenkins (2002) a tristeza é o oposto da felicidade e há resignação acerca do evento que a causou. Está relacionada com o desgosto, com a depressão, com o remorso, com o arrependimento e implica alguma reorientação interna.

Pettinelli (2008) distingue a depressão da tristeza. A depressão afecta mais a pessoa por envolver mais do que um sentimento isolado, como a tristeza, e por constituir uma experiência mais profunda. A tristeza é um sentimento que ocorre normalmente após um evento, sendo claro para a pessoa a sua causa. Ao envolver uma mistura de emoções de natureza mais intensa é sempre difícil identificar a sua causa.

Para Neto (2003), a tristeza é a mais comum das emoções ditas negativas e tem como causa, situações de perda relativas a relações interpessoais ou de posses, e em que o desapontamento normalmente acompanha a consciência de não realização de objectivos e intenções.

As reacções psicofisiológicas caracterizam-se pela diminuição dos mecanismos que levam ao entusiasmo, convívio, diversão, entre outros. O nível de aminas, noradrenalina, dopamina e serotonina, baixa provocando transtornos do sono, perdas de apetite, indiferença e retraimento face a pessoas e actividades (Magalhães, 2007).

A tristeza provoca resignação, desagrado, desilusão, desencorajamento e culpa e a sua experiência permite à pessoa reconstruir os seus meios de conservar energia para experiências posteriores (idem).

Podemos identificar a emoção tristeza nos outros através das seguintes movimentações faciais: contracção da glabella, as sobrancelhas descem, as pálpebras inferiores contraem-se e as narinas contraem-se para baixo e o queixo cai (idem).

Para Neto (2003) a tristeza pode ter um valor adaptativo quer individual quer para a espécie humana, pois quando a pessoa está triste tenderá a abrandar e tentar

perceber o que se passa consigo e em seu redor, aspecto que trará consequências positivas ao indivíduo. Ainda considera existir uma distinção teórica a fazer, a diferença entre sentimento de tristeza e a expressão desse sentimento. As lágrimas e a expressão facial de contracção da zona ocular, são sinais fisiológicos, desencadeadores da regulação do sentimento de tristeza.

Citando Izard (2000), o autor considera ainda haver uma relação entre tristeza e empatia, pois sem a primeira não se verifica a segunda e conclui que a tristeza estaria na base das relações sociais.

As formas de enfrentarmos a tristeza, são numerosas e incluem a identificação e proscricção de pensamentos ruminativos, planeamento e execução de actividades, o exercício físico, a mudança de ambiente e a imersão numa situação que provoque o interesse intelectual da pessoa (idem).

Podemos identificar a emoção tristeza nos outros através das seguintes movimentações faciais: contracção da glabella, as sobrancelhas descem, as pálpebras inferiores contraem-se e as narinas contraem-se para baixo e o queixo cai (Magalhães 2007).

## **Surpresa**

O espanto, a perplexidade e o sobressalto são algumas das características associadas à emoção surpresa. Esta é uma experiência breve e inesperada, durando apenas alguns segundos (Magalhães, 2007).

Normalmente acontece no momento em que decorre o que nos surpreende e depois de isso acontecer, a surpresa pode passar a medo, alívio, cólera ou aversão, ou pode não ser precedida por qualquer emoção (idem).

Para se ficar surpreendido com qualquer coisa, o acontecimento tem de ocorrer subitamente e temos de estar desprevenidos, pois se o acontecimento ocorrer lentamente não provoca qualquer emoção (idem).

Embora alguns investigadores considerem que a surpresa não é uma emoção porque não é boa nem má, Paul Ekman citado por Magalhães (2007, p. 114) afirma que num momento ou dois antes de nos apercebermos do que se está a passar, antes de mudarmos para outra emoção ou mesmo nenhuma emoção de todo, a surpresa pode ser algo bom ou mau.

A surpresa pode ser identificada pelos seguintes movimentos faciais: os olhos e pálpebras ficam abertos, dá-se a dilatação das narinas, as bochechas elevam-se, a boca fica aberta em forma de elipse e o queixo eleva-se. (idem)



A este propósito Neto (2003) considera que a conclusão da investigação de Paul Ekman e Carol Izard revelou uma expressão facial própria da surpresa que inclui abertura de boca, arquejar das sobrancelhas, abertura de olhos e franzir de testa.

## **Vergonha**

As emoções relacionadas com a consciência do eu, segundo Strongman (2004), tais como o embaraço, o orgulho, a timidez, a vergonha e a culpa, são emoções que estão centralmente ocupadas com o Eu, com as nossas cognições acerca do Eu e a forma como o Eu se relaciona com os outros.

A vergonha tem uma função adaptativa de nos sensibilizar para a opinião dos outros e permite o desenvolvimento de aptidões do comportamento social.

O embaraço é quase um sinónimo de vergonha ou simplesmente como um aspecto da vergonha que ocorre especialmente em situações de insucessos sociais.

A vergonha e a culpa ocorrem frequentemente em conjunto, sendo a principal diferença entre elas o facto de a vergonha implicar as avaliações dos outros e a culpa principalmente a auto-avaliação (idem).

Izard citado por Neto (2003, p. 114), considera como “a menos negativa das emoções negativas”. Corresponde à experiência subjectiva das forças contextuais, próximas ou distantes, de regulação do comportamento individual.

Tem como característica contribuir para o desenvolvimento de aptidões sociais, é indetectável e quem a vive habitualmente nega a sua existência e evita-a.

Quando alguém se sente envergonhado, sente-se mal consigo e é uma situação que acarreta sofrimento. Este ajuda a evitar o erro em situações futuras.

A vergonha tem um papel regulador do excessivo entusiasmo e excitação, evitando atitudes precipitadas.

As pessoas que frequentemente sentem vergonha têm uma grande propensão para desenvolver sintomas psicológicos (Neto, 2003).

Os prestadores de cuidados empregam muitas vezes o termo constrangimento para designar a vergonha sexual. Esta encontra-se ligada ao pudor, entendido como “receio de exposição à vergonha que vem sancionar a falta de conduta pudica” Mercadier (2004, p. 56) citando Habib.

Alguns prestadores de cuidados assinalam um constrangimento próprio, derivado da introdução na intimidade alheia, contudo também é frequente o que é detectado no doente. É um sentimento interactivo: o que é sentido pelo doente induz no prestador de cuidados e vice-versa.

## **Amor**

O amor é a emoção mais complexa de todas elas (Strongman, 2004). Todos os tipos de amor possuem certos elementos em comum: a vinculação, a lealdade, a devoção, a protecção e os esforços de criação e educação.

Associado ao amor, Strongman (2004) menciona o ciúme como uma reacção à ameaça de podermos perder o afecto de alguém que é importante para nós e que esse afecto seja dedicado a outra pessoa. Baseia-se na possibilidade de perder uma relação existente e está ligado a sentimentos de suspeição, rejeição, hostilidade, raiva, medo da perda, dor, etc..

Neto (2003, p 34) acrescenta que “o amor é a emoção mãe desta família que tem como familiares a aceitação, a amizade, a confiança, a bondade, a afinidade, a devoção, a adoração, a fascinação e o ágape”.

Considera várias as teorias que norteiam as pesquisas na temática do amor: a psicodinâmica, baseada na teoria de Freud que enfatiza a tendência do inconsciente para repetir as aprendizagens feitas nos relacionamentos da infância. Complementando esta orientação, o autor cita Bowlby, criador da teoria da vinculação e que definiu três tipos das ligações na infância: a segura, a evitante e a ansiosa ambivalente (idem).

Na teoria da aprendizagem desenvolvida por Harold Kelly e John Tibaut (1978), a atracção por um parceiro depende das expectativas de resultados positivos na sua relação com o outro; e o modelo de auto-expansão, para o qual um relacionamento é visto como uma extensão ou parte de si próprio, e tão intenso quanto cada um vê no outro, um potencial para a sua auto-expansão (idem).

O amor é uma emoção ligada a outras pessoas ou objectos externos e implica uma disposição emocional duradoura que pode apresentar várias formas: o amor materno, filial, romântico, entre outros. Estas diferentes formas têm como núcleo a atracção para o outro e o desejo de o atrair. O amor é altruísta, envolvendo a necessidade de devoção do eu ao outro (Ries e Rodrigues, 2004)

## **Felicidade**

Define-se felicidade como um estado durável de plenitude, satisfação e equilíbrio físico e psíquico. A felicidade tem ainda o significado de bem-estar espiritual ou paz interior. Pereira citado por Schafranski (2012), classificou o bem-estar objectivo (welfare), no qual se incluem as circunstâncias objectivas de vida e o bem-estar subjectivo (well-

being), composto de experiências subjectivas e de apontadores emocionais, incluindo a avaliação a respeito da satisfação com a vida. Para o mesmo autor, citando Conceição e Bandura, consideram que o bem-estar subjectivo envolve uma abordagem multidimensional da vida, incluindo o julgamento cognitivo da satisfação com a vida.

A este respeito, Magalhães (2013, p.26) refere que “o sorriso é uma reacção neuropsicológica que se desenvolve em situações que envolvem o bem-estar e a felicidade, e quando tal não se verifica, por motivos externos, o sorriso é inibido e recalçado”.

Existem diferentes abordagens no estudo da felicidade, tais como as de natureza filosófica, religiosa ou ainda a psicológica.

Os Filósofos e os religiosos procuraram definir a natureza e o tipo de comportamento ou estilo de vida que levaria à felicidade plena.

Já a psicologia menciona a felicidade como uma emoção positiva, muito difícil de conceptualizar devido à sua extensão e profundidade, (Strongman, 2004).

A felicidade é a emoção que torna a organização cognitiva mais flexível e que produz associações pouco habituais. Estimula as pessoas a alcançar objectivos mais elevados, a continuar o que estão a fazer e a resistir á mudança. Quando felizes as pessoas são mais úteis e cooperativas (Oatley e Jenkins, 2002).

### **Ira, Raiva, Indignação**

A ira é a emoção da frustração. Berkowitz citado por Oatley e Jenkins (2002), demonstrou que a ira pode ser induzida, sujeitando as pessoas a limitações e instiga a agressão quer em relação à pessoa que está a frustrar quer a outra pessoa que seja um alvo conveniente.

A ira, como família de emoções, inclui a raiva, a fúria, o ultraje, o ressentimento, a cólera, exasperação, indignação, entre outros.

Neto (2003, p. 52) citando Novaco considera a ira “uma emoção de tonalidade negativa subjectivamente experienciada como um estado de excitação e antagonismo contra alguém ou alguma coisa, percebido como a causa de acontecimentos de carácter aversivo para o próprio”

Para este autor, a ira é uma realidade subjectiva, baseada na percepção de uma realidade exterior. Raramente a pessoa possuída / dominada pela emoção tem o distanciamento para se ver nessa situação, característica que está na base da dificuldade de autocontrolo da emoção. Considera ainda que esta emoção, em

situações extremas, representa a vitória do mundo exterior sobre a vida interior do sujeito.

A ira é modelada e regulada, na sua expressão pelo contexto circunstancial e cultural. Do ponto de vista do funcionamento individual, a ira constitui-se como um elemento de protecção do auto estima e possibilita a comunicação de sentimentos negativos, o que para alguns autores é positivo e saudável. Além disso potencia a capacidade de ultrapassar as dificuldades e obstáculos (idem).

A Raiva é normalmente considerada uma emoção negativa. Constitui parte integrante da agressão, hostilidade e da violência, que são negativas para a sociedade e tem a função de proporcionar à pessoa energias para a defesa (Strongman, 2004).

Nos episódios em que nos sentimos irados, raivosos, desvalorizados, o sistema cardiovascular, límbico e endócrino são activados assim como diversas áreas dos sistemas nervosos central e autónomo. As pressões sistólica e diastólica e o ritmo cardíaco aumentam bem como a tensão nos músculos esqueléticos (Neto, 2003).

Esta emoção, pode provocar movimentos faciais próprios: a testa e as sobrancelhas descaem e cerram-se ligeiramente, os olhos. As sobrancelhas contraem-se para dentro, a raiz do nariz contrai-se e há dilatação das narinas; a boca fica cerrada e o queixo contrai-se para baixo (Magalhães, 2007).

Neste estado de activação fisiológica, surgem alterações no processamento da informação e diminuição das capacidades de controlo cognitivo do comportamento. O risco de um comportamento violento aumenta, pois o indivíduo deixa de estar num nível de alerta óptimo, deixa de ser prudente, perde capacidades de raciocínio (Neto, 2003).

Nas narrativas analisadas surgem relatos de estudantes indignados com procedimentos de outros prestadores de cuidados, médicos e enfermeiros, e em defesa da dignidade dos doentes. Tal facto corrobora a ideia de Mercadier (2004) que considera que a cólera é mais frequentemente dirigida aos outros actores do hospital do que dirigida aos doentes.

Os prestadores de cuidados racionalizam as situações de agressividade dos doentes, principalmente quando estes se mostram agressivos, violentos ou desrespeitadores, explicando-as com a doença. O comportamento indigno é legitimado pelo estado em que se encontram e deve ser compreendido.

Quando esta emoção não é controlada, gerida e ultrapassada, acaba por resvalar ou para a violência ou para o sentimento de impotência (Mercadier, 2004).

## **Aversão / Repulsa**

A aversão é uma emoção negativa de repulsa e de afastamento que se refere à rejeição daquilo que pode estar contaminado, ser desagradável, física ou psicologicamente (Oatley e Jenniffer, 2002; Strongman, 2004).

Nos humanos, não só o que se vê e o que se cheira causam esta emoção, mas também as ideias (Oatley e Jenniffer, 2002).

A repulsa é uma emoção primária, espontânea e especificamente humana, crucial para a sobrevivência. As substâncias que suscitam repulsa contêm todas agentes patogénicos, Belzung (2010).

Fisiologicamente, a insula e os gânglios da base estão implicados na experiência de sentir repulsa e na identificação das expressões faciais de repulsa nos outros.

A implicação da insula na aptidão de identificar expressões de repulsa foi destacada por estudos de neuroimagem. Também quando se vêem rostos com expressões faciais de repulsa, observa-se um aumento da actividade nos gânglios da base, em particular no núcleo caudado e no putâmen (idem).

Segundo Magalhães (2007) podemos identificar a aversão nos outros através dos seguintes sinais faciais: a testa franze para baixo, as sobrancelhas descaem, as pálpebras superiores contraem-se horizontalmente, as pálpebras inferiores elevam-se, os olhos ficam semi cerrados, as bochechas contraem-se e sobem, a boca contrai-se para dentro e perpendicularmente e o queixo contrai-se para o centro e para cima.

### **2.3 – Estratégia para gerir emoções**

Os enfermeiros desenvolvem um intenso trabalho de gestão de sentimentos associados ao contacto directo e permanente com os utentes, Serra (2010).

O trabalho emocional, segundo este autor não tem sido alvo de uma intervenção atenta das estruturas que regulam a própria profissão, nem das instituições de saúde nem da formação inicial.

Antunes citado por Serra (2010), considera que a exposição dos estudantes às realidades profissionais e estímulos emocionais não difere muito do que são sujeitos os próprios profissionais no exercício e que o seu impacto pode ser marcante pois o processo de desenvolvimento da identidade profissional é simultâneo a um processo

de amadurecimento que coincide com o fim da adolescência e princípio da idade adulta, período ele próprio conflituoso e em construção.

Concordam com esta ideia, Esperidião e Munari (2004) ao mencionarem que a idade dos alunos é cada vez menor, estando muitos deles em plena adolescência e chegam ao meio académico sob forte stresse e pressão que decorre do ingresso no ensino superior. Ao iniciarem a frequência do curso deparam-se com uma realidade nem sempre em consonância com a esperada, tanto em relação ao curso como às condições de ensino. As experiências vivenciadas influenciam os pensamentos, sentimentos e acções dos alunos, nem sempre levados em consideração pelas instituições formadoras.

A formação académica não tem privilegiado aspectos que possibilitem o fortalecimento emocional dos futuros profissionais de saúde. A postura dos educadores e profissionais com quem os alunos interagem ao longo do curso, estimulam-nos pouco a dizer o que pensam e o que sentem (idem).

Os alunos relatam uma desarticulação entre o que aprendem para a vida profissional e o que se apropriam para a sua dimensão pessoal. Embora esta situação desencadeie sentimentos desconfortáveis é também responsável pelo seu crescimento pessoal, na medida em que a trajectória académica lhe possibilita o desenvolvimento sem a participação directa dos professores ou proposta do curso. A tendência da formação é centrada nos procedimentos técnicos e nas necessidades do paciente, sem contemplar muitas vezes a pessoa do aluno. (idem)

Para Antunes referenciado por Serra (2010), a resposta emocional dos estudantes e profissionais é condicionada pela personalidade, expectativas e experiências individuais. A natureza das situações que envolvem os estudantes bem como as relações que se estabelecem no decurso das mesmas, determina que os indivíduos se confrontem com a imagem que têm de si próprios, com a dos outros, originando alterações nas dinâmicas identitárias.

Uma das principais competências da regulação das emoções é a habilidade de compreender e nomear as emoções e sentimentos. Para Diogo (2006) nem sempre é fácil de se conseguir mas que é possível exercitar e treinar. A estas qualidades emocionais que podem aprender-se e aperfeiçoar-se dá-se o nome de inteligência emocional.

Para Diogo (2006) e Agostinho (2010), referindo-se à inteligência emocional e ao modelo proposto por Goleman, consideram cinco as competências / capacidades a desenvolver; a autoconsciência, gerir emoções; auto motivação; empatia e gerir relacionamentos em grupo.

## **Autoconsciência**

A autoconsciência refere-se à capacidade do indivíduo conseguir uma alta percepção das emoções que sente, ou seja perante uma situação negativa e ao ficar envolvido por sentimentos desagradáveis, tem consciência deste estado de espírito, tem uma noção exacta do tipo de sentimentos que o invadem, consegue defini-los e identifica o que o seu corpo está a sentir (Agostinho, 2010).

Aprofundar a consciência sobre si próprio é fundamental para um futuro profissional de saúde pois ser cuidador é ser confrontado com os limites físicos e psicológicos, (Diogo, 2006).

“O cuidador deve, pois, melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus sentimentos, dos seus medos, tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitiram melhorar a qualidade dos cuidados que presta” (Diogo 2006, p.81).

Considera ainda que a habilidade de compreender e nomear as emoções e sentimentos é uma das principais competências da regulação das emoções nem sempre fácil de se conseguir, mas passível de ser exercitada e treinada (idem).

Reconhecidos os sentimentos e emoções, implica saber orientá-los em vez de deixá-los que sejam eles a orientarem-nos. Perante uma situação emocional difícil podemos aplicar as seguintes estratégias: deter-se, reconhecer o estado emocional, analisar as opções, encontrar uma resposta reflexiva (não reactiva à situação) e actuar, detectando quais as condutas que dificultam a nossa felicidade e as nossas condutas desadaptativas, (Conangla, 2004)

Mayer citado por Goleman (2002, distribui as pessoas por três grupos, tendo em conta a forma como enfrentam e lidam com as suas emoções, os auto conscientes, as imersas e as aceitantes. As primeiras são pessoas conscientes dos seus estados de espírito à medida que eles ocorrem, possuem uma boa saúde psicológica e encaram a vida de uma forma positiva. As imersas são pessoas que se deixam avassalar pelas emoções, são instáveis, não muito conscientes do seu estado de espírito, sentindo-se emocionalmente descontroladas. Por último, as aceitantes, que são pessoas conscientes dos seus estados

de espírito, com tendência para os aceitar e nada fazer para os modificar. (Diogo, 2006; Agostinho 2010).

## Capacidade para gerir emoções

Uma outra competência é o gerir as emoções, que é “o sentido de autodomínio, é uma capacidade que nasce do autoconhecimento, sendo a chave para o bem-estar emocional” (Agostinho, 2010, p. 44). A este respeito Diogo (2006, p.69) considera que “o lidar com as sensações de modo apropriado é uma capacidade que nasce do autoconhecimento”

O indivíduo para além de ter uma alta percepção do que consegue controlar, deve também possuir estratégias para se afastar cognitivamente e afetivamente da fonte de conflito. Ao perceber os sentimentos como perigosos, procura distrações e distanciando-se, possibilita o raciocínio, conseguindo assim o autocontrolo e a melhoria do clima inter-relacional. Reavaliando a situação e reavaliando os sentimentos, pensa na forma de lidar com eles, e caso não o consiga fazer, fica pelo menos consciente para pedir ajuda, (Agostinho, 2010).

Lazarus e Folkman descreveram as fases para avaliar uma situação ameaçadora, e que compreendem: a avaliação primária que envolve a apreciação do mundo exterior, isto é o indivíduo avalia a situação; a avaliação secundária em que avalia os prós e contras das diferentes estratégias de coping, recursos de confronto e alternativas para lidar com a situação e a avaliação terciária em que reavalia a situação face ao modo de confronto utilizado e as mudanças que ocorreram, (Pereira, 2008).

Por coping entende-se “os esforços pessoais, cognitivos e comportamentais, em permanente mudança, que surge de modo a gerir as exigências, internas e externas, consideradas como penosas ou que transcendem os recursos pessoais” Lazarus e Folkman citado por Franco, 2005, p.8).

O coping visa a manutenção da homeostasia e envolve dois tipos de mecanismos de adaptação, o coping centrado nas emoções e o coping centrado nos problemas (idem).

O coping orientado para a resolução de problemas ocorre quando as situações são percebidas como passíveis de ser controladas ou modificadas pelo indivíduo.

Em relação a esta estratégia, Conanglia (2004) considera três os estilos para uma pessoa enfrentar uma crise: o estilo passivo a estratégia pode tentar simular que não se passa nada, ou considerar que está tudo perdido, não se assumindo o controlo; o estilo agressivo pode dificultar as relações das pessoas implicadas na crise (a ira e a cólera da perda converte-se em agressão ou violência, que se dirige frequentemente para as pessoas que estão ao redor tentando ajudar) e o estilo assertivo que é o mais



difícil pois implica expressar o que se pensa e sente, ser capaz de pedir o que se necessita, com respeito e não agredindo o outro, são uma competência essencial nas relações interpessoais.

Para Franco (2005) o coping centrado no controlo das emoções ocorre geralmente quando há percepção de que nada pode ser feito para modificar o perigo, a ameaça ou o desafio passa por diminuir o desconforto emocional, a angústia e o sofrimento.

O bem-estar emocional assenta não em evitar todos os sentimentos desagradáveis, mas sim educar as emoções, de forma a impedir que os sentimentos negativos dominem.

Veiga Branco citado por Agostinho (2010, p. 45), este considera que “ a melhor forma de lidar com as mais variadas emoções é experimentá-las de forma consciente e num estado controlado de alerta, decidir como se quer tratar os sentimentos e acontecimentos que os desencadeiam, para além de decidir o quanto da vida interior se está disposto a partilhar com os outros”.

### **Auto motivação**

O auto motivação é uma competência que implica a mobilização das emoções ao serviço de um objectivo, sendo essencial para concentrar a atenção, o auto motivação, a competência e a criatividade, (Diogo, 2006).

Quando o individuo é capaz de controlar os seus impulsos, agindo após pensar, quando não se importa de esperar para agir, mesmo em situação de desafio e é capaz de sair de qualquer dificuldade com energia e habilidade para enfrentar os problemas, corresponde ao controlo produtivo das emoções e ao aproveitamento da energia em proveito próprio. (Agostinho, 2010).

Para este autor, citando Goleman, o auto motivação apresenta um conjunto de elementos através dos quais pode ser experienciada: o controlo do impulso e o adiar da recompensa; a ansiedade; o optimismo; a esperança e o estado de fluxo.

Para a capacidade de controlar o impulso escolhendo adiar a recompensa é necessário autocontrolo e determinação na escolha; a ansiedade é essencial à capacidade de se auto motivar e de prosseguir; o optimismo pode aumentar a produtividade, evitando que as pessoas caiam em apatia ou depressão face às dificuldades. Já ter esperança é considerado moderador dos níveis de ansiedade pois as pessoas com elevado grau de esperança não se deixam dominar pela ansiedade face às dificuldades.

O “estado de fluxo” representa o estado máximo de domínio das emoções ao serviço do desempenho e da aprendizagem dando à tarefa toda a atenção com um mínimo de dispêndio de energia e em que o desempenho óptimo parece fácil e simples (idem).

Os profissionais de saúde estão muito expostos ao stresse e à desmotivação, por viverem situações muito duras que põem à prova o seu equilíbrio e maturidade emocional. O optimismo e a esperança aprendem-se e impulsionam o individuo a não cair na apatia e depressão. Torna-se importante fixar os nossos objectivos e trabalharmos a alegria como fonte de motivação, (Conanglia, 2004)

## **Empatia**

A empatia é outra capacidade que nasce da autoconsciência (Diogo, 2006, p.69). Agostinho (2010) acrescenta que é a mais fundamental das aptidões pessoais, e tem como finalidade última compreender o outro e manifestar-lhe essa compreensão. Corresponde à capacidade de perceber as emoções, registar / perceber os sentimentos dos outros e sintonizar-se com o que os outros estão a sentir.

Consegue ainda ler os sinais não-verbais, como a expressão facial, a atitude comportamental, a qual dará indicadores da intensidade emocional (o tom de voz, os gestos das mãos e do corpo, o olhar). (idem)

A expressão facial tem uma intenção de comunicar mas constitui fundamentalmente informação em contexto social. Para além disso, “os comportamentos faciais não são deliberados e conscientes, por um lado, e espontâneos e naturais, por outro, mas mais ou menos conscientes e mais ou menos espontâneos”, (Sousa, 2010, p.21).

Uma visão mais global é apresentada por Conanglia (2004), ao referir que para educar a competência empática é necessário trabalhar o autoconhecimento emocional, o autocontrolo, a atenção, a escuta activa, a comunicação verbal e não-verbal, a consideração e o sentido de responsabilidade pelo bem-estar dos outros e a expressão do interesse pelo outro através da atenção e ajuda.

As habilidades de comunicação fomentam as relações interpessoais terapêuticas e aumentam o nível de satisfação das pessoas assistidas assim como das pessoas que os assistem.

## **Gerir relacionamentos em grupo**

Esta aptidão identifica o individuo que tem a percepção de conseguir dar expressão verbal aos sentimentos colectivos e partindo da habilidade em controlar a expressão

das suas emoções, consegue ajustar-se aos sentimentos que detecta no grupo. (Agostinho, 2010).

Representa a aptidão emocional que se desencadeia em cascata, ao reconhecer os sentimentos de outra pessoa e agir de forma a influenciar esses sentimentos, (idem, p.47).

O enfermeiro emocionalmente competente mantém relações pessoais estáveis, diz de forma clara o que pensa, independentemente da opinião dos outros; comunica olhando nos olhos,

sentindo-se calmo, empático, com maior respeito pela individualidade e mais tolerante perante o conflito.

Gerir as emoções dos outros, segundo Goleman, citado por Agostinho (2010), está na base da popularidade, da liderança e da eficácia interpessoal, permitindo saírem-se bem em tudo o que tenha a ver com interação com terceiros.

Outros estudiosos propõem estratégias para enfrentar e lidar com as emoções e sentimentos, mas ao nível do sofrimento emocional.

Magalhães citado por Diogo (2006, p. 71) apresenta como estratégia de superação e de alívio do sofrimento emocional, as seguintes tarefas específicas:

“Admitir, consciencializar, evitar a negação e a evasão; relacionar, a forma como se resolveram outras crises permite encarar os novos problemas com mais confiança e reconhecer os seus modos de reagir e de lidar com as situações; relativizar, dimensionar o sofrimento como uma vivência de passagem para um estágio de desenvolvimento mais elevado; comunicar a outro, a ajuda de outra pessoa é necessária quando o sofrimento é profundo, face a uma situação grave, inesperada e incompreensível; tirar proveito procurar o sentido positivo da experiência”.

#### 2.4 - Intervenção Pedagógica na Gestão de Emoções

A supervisão e a reflexão sobre as emoções, num trabalho conjunto, interpares ou com os orientadores, num espaço físico-temporal que o permita, são métodos de prevenção do stresse e burnout, (Gray citado por Serra, 2010).

Neste processo reflexivo da prática clínica, a ansiedade e o stresse podem ser diminuídos, com o apoio do grupo de colegas e do professor.

Segundo Davis (1995) nas sessões de debriefing os estudantes devem descrever sentimentos, partilhar experiências, proceder à resolução de problemas e identificar razões para a acção.

No debriefing os estudantes analisam as experiências relacionadas com atitudes negativas da equipa, intervenções específicas do enfermeiro e as interacções enfermeiro/ utente (idem).

O principal resultado do debriefing é a possibilidade de identificar as necessidades de aprendizagem que conduzem a respostas tais como: cooperação, partilha e auto avaliação (idem).

Uma estratégia pedagógica que pode ser utilizada é o trabalho escrito sobre as emoções, com a realização de um diário de vivências em prática clínica, pois revela-se um instrumento precioso na reflexão pessoal e desenvolvimento pessoal e profissional, (Moya, 2002; Serra 2010).

Os diários englobam-se, segundo Moya (2002), no paradigma de escrever para reflectir, e implicam um processo de reflexão através do qual os estudantes acedem ao conhecimento profissional de uma maneira profunda, compreensiva e significativa; um potenciar da habilidade de pensamento de ordem superior (dimensão cognitiva, afectiva, lógica, social e atitudinal) e da escrita e a compreensão profunda como processo de construção de significados.

Uma outra estratégia utilizada na formação inicial para potencializar nos estudantes os processos reflexivos é os estudos de casos. Estes permitem que o estudante tome consciência da singularidade e complexidade do processo de cuidar, desenvolve capacidades de pensamento analítico e sintético; desenvolve o pensamento crítico e fomenta a capacidade de resolução de problemas (Moya, 2002).

O desenvolvimento do pensamento crítico estimula os estudantes a avaliar atitudes e comportamentos, o que parece ser para Serra (2010), um factor protector do sofrimento psicológico. Refere ainda que os estudos revelam que indivíduos com um pensamento crítico mais elaborado, revelam baixos níveis de ansiedade e elevados níveis de auto estima.

O próprio trabalho em equipa pode constituir um apoio afectivo ao estudante, o que Mercadier (2004) salienta ao exemplificar as passagens de turno, as pausas para o café, as conversas de corredor, entre outros, como favorecedores da partilha e de uma certa cumplicidade no seio do grupo, funcionando como um elo de pertença.

A autora salienta ainda o apoio afectivo que os prestadores de cuidados encontram junto da equipa, os rituais iniciáticos ou de investidura, os rituais de agregação e as manifestações de exclusão (idem).

Os rituais de agregação permitem reforçar a coesão do grupo e influenciam a organização da vida colectiva dos cuidadores e traduzem a partilha de valores, de crenças, de regras de funcionamento comuns. A aprendizagem dos estudantes junto

dos profissionais com demonstração e ajuda mútua, convida à observação e imitação e tem um impacto no futuro profissional (idem).

Também a protocolização dos cuidados pode fazer parte de um conjunto amplo de estratégias que permitem ao cuidador manter o controlo das emoções na sua relação com o corpo doente (idem).

Outra estratégia é a palavra, "muitas vezes utilizada pelo prestador de cuidados com a intenção de anular o embaraço provocado pelas situações, enquanto o silêncio, pelo contrário aumenta-o". (idem, p. 262).

Já o riso e o humor para estarem presentes na interacção prestador / receptor de cuidados requerem uma gestão muito delicada que depende da intuição do profissional e que se desenvolve com a experiência e com o conhecimento de quem se cuida. A regra segundo a autora parece ser, não tratar com humor nada que se relacione com a doença (idem).

A exclusão é uma experiência muito dolorosa que os prestadores de cuidados podem viver, bem como o risco de serem marginalizados (Mercadier, 2004).

## 2.5 - Experiências Emocionais do Enfermeiro Descritas em Investigações

Encontramos descrições efectuados no âmbito das experiências emocionais dos enfermeiros no estudo efectuado por Diogo (2006), em que menciona as pesquisas de Ferreira em 1996, Vasconcelos em 1999, Martins e col. em 1999, José em 2002 e Mercadier em 2004.

Assim, **Ferreira** citado por Diogo (2006), no estudo sobre emoções em enfermagem oncológica, identificou as seguintes emoções: amor, carinho, pena, fraternidade, angustia, ansiedade, apego, abnegação, empatia, entre outros. Um misto de sentimentos positivos e negativos. Para além das emoções a autora realça uma série de citações que ilustram o modo das enfermeiras lidarem com a dor, com o sofrimento e com a morte.

O estudo fenomenológico de **Vasconcelos** também citado por Diogo (2006), aborda as vivências das enfermeiras que cuidam de mãe/ recém-nascido toxicod dependente. Encontrou nelas sentimentos de revolta, irritação, raiva, ódio e pena face às mães toxicod dependentes. As enfermeiras sentem ainda dificuldades em lidar e em se relacionarem com elas.

Ainda o mesmo autor, no estudo das reacções e sentimentos dos profissionais de enfermagem face aos clientes em fase terminal e citando, **Martins e col.**, concluíram que o grupo de enfermeiros apresenta dificuldades profissionais e pessoais que

interferem na dinâmica de cuidados. As dificuldades dizem respeito a sentimentos de angústia

(relacionados com a morte de utentes), sentimentos de impotência e desvalorização do seu trabalho, por alguns membros da equipa multidisciplinar. Consideram ainda que é necessário conhecer o funcionamento das equipas, as dificuldades em lidar com as questões emocionais, a ansiedade, o stresse e a desvalorização profissional. É necessário favorecer as relações dos enfermeiros com o utente terminal, investigar reacções e sentimentos e saber quais as implicações para o enfermeiro. Se os enfermeiros forem ajudados a elaborar a vivência das perdas no dia a dia do seu trabalho, de uma forma saudável, podem verificar-se implicações na melhoria do atendimento.

No estudo sobre o humor nos cuidados de enfermagem, **José** citado por Diogo (2006) encontrou sentimentos vividos pelo enfermeiro, tanto positivos quanto negativos. Os sentimentos negativos surgem quando a pessoa que cuida está triste e quando do resultado do seu comportamento e de outros profissionais, advém mal-estar. O sentimento positivo surge quando o enfermeiro cuida a pessoa no seu todo e quando através da boa disposição consegue promover-lhe o bem-estar e a boa disposição.

Por último **Mercadier** estudou o trabalho emocional dos prestadores de cuidados vividos na interacção com o utente e descreve-o como uma experiência que envolve constrangimento, a humilhação, a repulsa, a cólera, o medo, a tristeza, o prazer, a alegria e a satisfação (Diogo, 2006).

No contacto doente - prestador de cuidados, raramente este último tem prazer, sobretudo no relacionamento com o corpo do doente. O prazer centra-se mais no diálogo com a pessoa e no próprio facto de o cuidar poder contribuir para a sua cura, aspectos que são aparentemente insuficientes para compensar uma vivência emocional repleta de repulsa, vergonha, cólera, medo e tristeza (Mercadier, 2004).

Também no âmbito das experiências emocionais dos enfermeiros, **Mazhindu** (2003) investigou o modo como os enfermeiros geriam algumas dimensões do trabalho emocional no desempenho profissional e da análise dos dados emergiram seis categorias: o envolvimento completo nas situações, percebendo e gerindo os seus sentimentos; a monitorização activa, em que a selecção deliberada das situações em que se envolve constitui a capacidade de lidar com sentimentos de conflito causado por outros; o piloto automático, centrando-se na acção e na rotina e não nos sentimentos; a dissonância emocional, agindo de forma incongruente, com submersão de sentimentos e sentimentos de desconforto e frustração; a expectativa passiva com reconfiguração mental dos sentimentos para os tornar mais suportáveis e com um

esforço intenso para manter uma postura profissional adequada e por fim a exclusão emocional completa com incapacidade para lidar com sentimentos conflituosos.

Ainda no sentido de explorar e compreender a experiência emocional do enfermeiro na prática de cuidados, **Diogo (2006)** no seu estudo, caracteriza-a pelo reconhecimento das suas próprias emoções e sentimentos; as emoções e sentimentos vividos tais como: a tristeza, o medo, a surpresa, a culpa, a revolta, a angústia, a alegria e um misto de emoções e sentimentos (ambivalência e intensidade emocional).

Analizou também as situações emotivas do cuidar, identificando os cuidados ligados ao sofrimento, à perda e à morte e as circunstâncias determinantes da emotividade. Quanto ao relacionamento emotivo com o cliente, identificou as características peculiares da relação, as finalidades de cuidar com emotividade e os seus benefícios. Identificou ainda as dificuldades e incapacidades sentidas bem como os factores que potenciam; o sofrimento da vivência, o (re) agir ao vivido, procurar o alívio e o desenvolvimento de estratégias de gestão das experiências emocionais.

Posteriormente em 2012, o mesmo autor estudou o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica, o que revelou uma realidade composta por cinco categorias major: promover um ambiente seguro e afectuoso, nutrir os cuidados com afecto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional.

Os enfermeiros na sua prática de cuidados procuram promover um ambiente seguro e afectuoso porque as emoções perturbadoras estão associadas a um ambiente percebido como estranho e stressante, frio e assustador, ou adverso e dominador, (Diogo, 2012).

A autora refere ainda existirem duas formas dos enfermeiros darem afecto, uma de um modo espontâneo e outra de um modo intencional. O sorriso, a voz suave, o olhar meigo e o carinho, são dádivas de afecto dos enfermeiros que surgem em momentos únicos ou vinculados aos procedimentos de enfermagem.

Considera ainda que os enfermeiros procuram gerir as emoções dos clientes no confronto com a doença e hospitalização porque são vivências que possuem o potencial de serem perturbadoras e de fragilizar as pessoas.

Os enfermeiros procuram ainda construir a estabilidade na relação, essencial na gestão das emoções e prática de cuidados. Por ultimo, os enfermeiros procuram regular a disposição emocional para cuidar porque a sua atenção e sensibilidade afectiva para com as pessoas e experiências emocionais podem sofrer oscilações, Diogo (2012).

Em relação à **experiência emocional dos estudantes** surgem-nos diversos estudos, uns referentes ao processo de formação académica, outros referentes à experiência dos mesmos em ensino clínico.

**Esperidião e Munari (2004)** estudaram o processo de formação académica. Este não tem privilegiado aspectos que possibilitam o fortalecimento emocional dos futuros profissionais de saúde. A postura dos educadores e profissionais com quem os alunos interagem ao longo dos cursos de saúde, pouco os estimulam a dizer o que pensam e o que sentem.

Os resultados da pesquisa elaborada pelos autores acima mencionados, oferecem elementos importantes a serem repensados pelas Escolas na formação do aluno como pessoa. Os autores têm a convicção de que o profissional de saúde ao trabalhar com pessoas e lidando com as suas emoções e sentimentos, não conseguem colocar a sua própria pessoa à margem deste processo. A humanização do ensino é uma estratégia para o estabelecimento de relações humanizadas com as pessoas que este profissional assiste.

**Benbunan Bentata et al. (2005)**, aplicaram um inventário de stresse a 87 estudantes da escola de Enfermagem de Melilla, Os resultados permitiram estabelecer uma ordem hierárquica entre as experiências clínicas avaliadas com maior carga de stresse. Estas foram por ordem decrescente: a fase terminal e a morte; a tolerância ao sofrimento alheio e meio hospitalar; o lidar com doentes oncológicos; com doentes psiquiátricos; a tolerância à agressividade e os doentes portadores de doença infecciosa. Ainda é sugerido um programa de intervenção que contribua para minorar o impacto emocional do stresse nas experiências clínicas.

Já **Santos (2009)**, estudou a aprendizagem pela reflexão em ensino clínico no sentido de perceber o teor das situações vividas pelos estudantes e significativas para as suas práticas clínicas.

Relativamente às situações significativas para os estudantes, estas foram organizadas em quatro domínios: centradas no cliente, centradas na relação cliente-enfermeiro, centrada na prática de cuidados e centrada no ambiente de cuidados. Nas situações significativas centradas no cliente salientamos as alterações de humor, tristeza, sofrimento, apreensão, ansiedade e outras expressões emocionais tais como o choro, agressividade e negação.

**Fernandes (2010)** refere no seu estudo sobre o primeiro ensino clínico, que as emoções e sentimentos são decorrentes das vivências que o ambiente/contexto do ensino clínico proporcionou; do contacto com a prestação de cuidados, tanto pela



observação de outros profissionais como pela execução directa e ainda, aqueles que são associados a uma primeira experiência em contexto de ensino clínico.

Relativamente ao ambiente refere que este é globalmente conotado com sentimentos e emoções positivas pelo acolhimento e integração que os estudantes perceberam, mas que a ansiedade e o nervosismo podem surgir pela percepção de que a proximidade do supervisor tem por objectivo a avaliação. Já o contacto com factores ligados ao ambiente da unidade de cuidados como a doença grave e o sofrimento, podem originar tristeza e choque.

Quanto à prestação de cuidados, esta ocasiona manifestações ou vivências emocionais positivas pelo feedback que o doente dá ao aluno sobre os cuidados que lhe prestou mas também por ser neste contacto que pode perceber dor, tristeza ou choque emocional quando a pessoa a cuidar está numa situação de saúde muito grave, ou repugnância/constrangimento quando há situações que exigem manipulação ou contacto directo com o seu corpo. O medo surge em múltiplas situações tais como cuidar de uma pessoa em situação de saúde grave pelo receio de não saber e poder falhar.

Ainda relativamente à primeira experiência, alguns alunos expressam que na realização de procedimentos técnico-instrumentais, sentem ansiedade, nervosismo e medo perante o assumir de uma responsabilidade para a qual não sabem se estão preparados, se vão falhar e pela carga de imprevisibilidade na sua execução.

**Lourenço (2012)**, no seu estudo sobre o stresse académico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, tanto a nível do stresse e factores associados, quanto a nível de ansiedade, estes apresentam valores médios elevados. A falta de competências para executar os procedimentos e aos riscos e medos decorrentes das situações de aprendizagem em ensino clínico, foram os factores percebidos como geradores de maior stresse. Os valores de ansiedade expressos são igualmente elevados em todas as suas componentes. Os resultados indicam que os estudantes utilizam um conjunto de estratégias positivas de coping, do tipo de controlo e de distração e suporte social. Exercem efeitos diferenciais na problemática em estudo, o sexo dos estudantes, as notas de ano / semestre, o ano de frequência do curso e a participação em actividades em actividades extracurriculares.

Relativamente à experiência emocional dos professores, o estudo de **Branco (2005)** foi desenhado no sentido de conhecer os seus comportamentos e atitudes que identificam as cinco capacidades da competência emocional dos professores, a partir do constructo teórico da Inteligência Emocional (Goleman, 1995). Para tal, adoptou uma opção metodológica de natureza quantitativa e qualitativa. O percurso quantitativo

incluiu uma amostra de 464 professores do Ensino Básico e Secundário. A partir das suas respostas à “Escala Veiga Branco das capacidades da Inteligência Emocional”, emergiram 18 Factores, construídos através de técnicas de Análise Factorial de componentes principais. O percurso qualitativo, com base na “grounded theory”, abordou os dispositivos discursivos de uma amostra intencional de 18 sujeitos.

Dos resultados empíricos emergiram: um perfil de “Maior e Menor Competência Emocional” em contextos de trabalho; a confluência de cinco lógicas argumentativas construtoras de competência emocional no campo educativo que revelam formas pessoais e intransmissíveis de interagir nos contextos de vida, no sentido auto e inter adaptativo e de (auto) organização.

O estudo contribuiu para dar consistência à ideia expressa na literatura de que há no Professor, factores comportamentais que podem ser ensinados e aprendidos e que levam à Competência Emocional, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Mas em conclusão o que em tese se defende é que a Competência Emocional é de natureza intra pessoal mas restrita a um certo âmbito contextual. As capacidades que dizem respeito às estratégias de gestão emocional dos professores, emergem tanto dos limites do sujeito como dos limites do campo educativo, facto que é importante em Ciências de Educação.

Ainda encontrámos um estudo que aborda os factores comportamentais do professor que podem ser ensinados e aprendidos e que o levam à Competência Emocional, quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

# Capitulo II

## Enquadramento Metodológico

## 1 - Metodologia

Procederemos em seguida à especificação metodológica deste estudo e que engloba a problemática, objectivos e questões de investigação, o tipo de estudo, os participantes, os instrumentos de colheita de informação, o tratamento da mesma e os aspectos ético-legais.

### 1.1 – Problemática, Objectivos e Questões de investigação

Muitas dúvidas surgiram sobre o fenómeno que escolhemos para este estudo. Desocultar o modo como o estudante vive a sua experiência emocional como prestador de cuidados, uma realidade subjectiva, que é do domínio íntimo de cada um, faz-nos muito sentido, para dar voz ao que muitas vezes fica por dizer, que fica oculto e mal compreendido. Aquilo que parece que os outros sentem mas que nunca se chega realmente a saber. Aquilo que sentimos em conjunto mas que fica por partilhar, por analisar e escondido no mundo interior, por vezes mal resolvido, por receio que os outros não compreendam. Esta experiência emocional que parece só ter a ver com o outro ou cada um isoladamente, afinal diz respeito a todos nós, professores e estudantes e inscreve-se no contexto da prática de cuidados.

Pretendemos pois com este estudo, dar visibilidade á experiência emocional do estudante, ao investimento afectivo durante a prestação de cuidados em ensino clínico, tantas vezes calada e reprimida, mas que reside e persiste e que muitas vezes perturba o seu mundo interior.

O objectivo do estudo de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação, constituindo “um enunciado declarativo que precisa as variáveis – chave: a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 2003, p.100).

Assim foram definidos para o estudo como objectivos:

#### **Objectivo Geral:**

- Conhecer o impacto emocional que a prestação de cuidados provoca no estudante em ensino clínico.

### **Objectivos Específicos:**

- Identificar as emoções presentes na interacção entre o estudante prestador de cuidados e os doentes
- Identificar os cuidados geradores de maior impacto emocional no estudante.
- Compreender a maneira como os alunos gerem o impacto emocional da prestação de cuidados.

As questões de investigação são enunciados interrogativos escritos no presente, incluem uma ou duas variáveis e a população em estudo. Sucedem directamente dos objectivos formulados e especificam os aspectos a estudar (Fortin, 2003)

### **Questões de investigação**

- Quais as emoções presentes na interacção entre o estudante prestador de cuidados e os doentes?
- Quais os cuidados geradores de maior impacto emocional no estudante?
- Que estratégias os estudantes utilizam na gestão das emoções decorrentes da prestação de cuidados?

### **1.2 - Tipo de Estudo**

O estudo prevê numa primeira e segunda etapa, uma abordagem qualitativa e numa terceira uma abordagem quantitativa.

As investigações qualitativas, segundo Streubert (2002), fazem parte do paradigma naturalista ou interpretativo e a abordagem quantitativa, baseada na perspectiva positivista, constitui um processo dedutivo em que os dados numéricos fornecem conhecimentos no que concerne às variáveis em estudo.

A triangulação de métodos, utiliza vários métodos de investigação num mesmo estudo e pode empregar-se ao nível do desenho ou da colheita de dados.

Podem identificar-se dois tipos de triangulação, os intra-métodos, que englobam a utilização de múltiplas estratégias no interior de um método e os inter-métodos, quando se combinam duas ou várias estratégias de investigação aplicadas a uma mesma unidade empírica. Podem ser usados neste caso métodos quantitativos e qualitativos de investigação (Reidy e Mercier, citado por Fortin, 2003).

A triangulação dos dados consiste numa colheita de dados junto de diversas fontes de informação a fim de estudar diversas perspectivas de um fenómeno.

Há a considerar três aspectos na triangulação de dados e que estão interligados, a considerar: o espaço, em que a colheita de dados ocorre em vários meios; o tempo, em que se explora a influência do fenómeno em diversos momentos; e as pessoas, em que se estudam diferentes populações alvo (indivíduos, grupos e comunidades).

### 1.3 - Abordagem Qualitativa

O principal objectivo de muitos estudos é a descrição e a elucidação de fenómenos. O pesquisador que conduz a investigação descritiva, observa, conta, descreve e classifica (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Os estudos descritivos, segundo Fortin (2009, p.221), visa compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação.

Como a pesquisa descritiva, a pesquisa exploratória mais do que observar e descrever o fenómeno, investiga a sua natureza complexa e outros factores com os quais está relacionado.

A pesquisa qualitativa exploratória destina-se a desvendar as várias maneiras pelas quais um fenómeno se manifesta, assim como os processos subjacentes. O autor proporciona visões promissoras Polit, Beck e Hungler (2004)

#### 1.3.1 – Participantes no Estudo

Os estudos qualitativos utilizam amostras pequenas, não aleatórias. A pesquisa qualitativa preocupa-se em descobrir o significado e revelar realidades múltiplas em que a generalização não é critério orientador.

A amostragem proposital é denominada frequentemente de amostragem teórica, isto é, independentemente de como os participantes iniciais são seleccionados, o pesquisador procura escolher membros da amostra, com base nas necessidades de informação que emergem dos resultados preliminares.

Em pesquisa qualitativa não existem critérios estabelecidos para o tamanho das amostras na pesquisa qualitativa. O tamanho da amostra é definido em função da finalidade da pesquisa, da qualidade dos informantes e do tipo de estratégia de amostragem utilizada. Um princípio orientador na amostragem é a saturação dos dados, isto é, amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância. (Polit, Beck e Hungler, 2004)

Para a amostra acidental ou de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão (Fortin, 2009).

Na primeira etapa do nosso estudo estabelecemos como critérios de inclusão, a facilidade em aceder à informação proporcionada pelos estudantes a frequentar o ensino clínico de Fundamentos (2ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem) e o de Cuidados Diferenciados, do 6º e 7º semestre (3º e 4º ano do CLE).

Recorremos para isso às narrativas que os estudantes realizam e que os professores que orientam estudantes em ensino clínico na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Reabilitação nos disponibilizaram.

Das narrativas analisadas, dezasseis são de estudantes do 2º ano, seis do 3º ano e nove são do 4º ano.

Na segunda etapa do estudo solicitámos a oito estudantes do 4º ano, a realização de uma narrativa temática para aprofundamento.

### 1.3.2 - Instrumentos de Colheita de Informação

Os instrumentos de colheita de informação devem ser adaptados ao estudo de investigação. Fortin (2003) refere que este método é determinado pelo problema de investigação.

#### **Narrativas de aprendizagem**

Utilizámos como instrumento de colheita de informação na primeira etapa do estudo, as narrativas de aprendizagem (Anexo 2).

O Guia orientador do Ensino Clínico - Fundamentos de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2010), preconiza a realização de uma narrativa de aprendizagem, onde seja espelhado: o que o estudante aprendeu; a que nível aprendeu; que dúvidas ou dificuldades tiveram para estas aprendizagens; como as ultrapassou; quem tem esclarecido as dúvidas; que trabalho foi desenvolvido autonomamente ou sob orientação; como se sentiu; o que foi mais significativo e que balanço faz deste percurso.

Segundo Streubert (2002) muitos investigadores, preferem narrativas escritas à palavra falada porque permitem que os participantes pensem sobre o que desejam partilhar. É de extrema importância ser claro relativamente ao que se deseja que o

participante escreva, uma vez que o investigador não está presente durante o acto da escrita. Torna-se indispensável que exista instruções que foquem a informação desejada.

A narrativa escrita pode ser uma técnica efectiva e inovadora no ensino, encorajando os estudantes na interiorização de conceitos chave baseados em experiências ou aplicações teóricas.

O valor da reflexão individual é um meio de transformar a experiência vivida e o conhecimento em aprendizagens efectivas.

Savin Baden e Van Nickirk citado por Murray (2010), referem muitas oportunidades na utilização de narrativas no ensino de práticas profissionais como as de enfermagem, onde as experiências de aprendizagem são um forte componente de treino e avaliação.

Este método encoraja os estudantes a reflectirem sobre as suas experiências, integrando competências e conhecimento.

As narrativas que os estagiários escrevem durante a formação inicial e que continuam a fazer na sua vida profissional, podem constituir documentos profissionais e pessoais preciosos, permitindo assim guardar experiências vividas e dar uma perspectiva diacrónica das mesmas, de modo a que se possam tirar conclusões sobre a sua evolução e desenvolvimento.

Deve ser criado um clima de partilha das narrativas, habituando o grupo de estagiários a dividir, discutir e tentar gerir angústias e os sucessos que podem ser formativos para todos os intervenientes (Alarcão, 1996).

### **Narrativa Temática**

Numa segunda etapa do nosso estudo e no sentido de aprofundar aspectos mencionados nas narrativas de aprendizagem, solicitámos a oito estudantes do 4º ano a realização de uma narrativa temática, que desse resposta (Anexo 3) a quatro questões orientadoras:

- 1 – Que Emoções lhe suscitam a Prestação de Cuidados aos Doentes?
- 2 – Que Cuidados lhe suscitam mais Emoções?
- 3 – Que sensações são mais marcantes na Prestação de Cuidados?
- 4 – Que Estratégias utiliza para Gerir as Emoções?



### 1.3.3 - Tratamento da Informação

Para o tratamento da informação contida nas narrativas de aprendizagem e nas narrativas temáticas, foram respeitadas as etapas preconizadas por Bardin para a análise de conteúdo.

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos cronológicos: o pré análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, (Bardin, 2014).

Na fase do pré análise, uma primeira actividade consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto. Esta fase é chamada de leitura “flutuante”.

A escolha dos documentos leva à constituição do “Corpus”, constituído pelo conjunto de documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos.

A sua constituição faz-se segundo a regra da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Uma vez definido o campo do corpus é preciso ter-se em conta todos os elementos desse corpus – regra da exaustividade. A análise pode efectuar-se numa amostra, podendo esta fazer-se ao acaso ou por quotas – regra da representatividade. Os documentos devem ser homogéneos, obedecendo a critérios precisos de escolha e não representar demasiada singularidade fora destes critérios de escolha – regra da homogeneidade. Os documentos devem ser adequados de modo a corresponderem ao objectivo que suscita a análise – regra da pertinência (idem).

A formulação de objectivos é outra etapa e traduz a finalidade geral a que nos propomos. Já o estabelecer de hipóteses não é obrigatória, podendo algumas análises serem efectuadas “às cegas”, sem ideias pré concebidas. Os procedimentos exploratórios, permitem que a partir dos próprios textos, aprender as ligações entre as diferentes variáveis, facilitando a construção de novas hipóteses (idem).

A referenciação dos índices e elaboração de indicadores, em que o primeiro pode ser a menção explícita de um tema numa mensagem e os indicadores, como unidade comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registo dos dados (idem).

A preparação do material é a ultima etapa do pré análise e implica que este seja reunido e preparado. Após a realização das diferentes operações do pré análise, a exploração do material consiste na aplicação sistemática das decisões tomadas.

Tratar o material é codifica-lo, os dados em bruto são transformados e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características do conteúdo.

As unidades de registo mais utilizados são a palavra e o tema, a primeira, pode ser qualquer palavra, palavra-chave, palavra-tema, a segunda pode ser uma frase ou uma frase composta.

Já a unidade de contexto corresponde ao segmento da mensagem para que se entenda da unidade de registo, serve pois de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo (idem).

As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico efectuado em razão das características comuns destes elementos (idem).

O tratamento dos resultados obtidos permitem estabelecer quadro de resultados, diagramas e modelos que condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. Tendo à disposição resultados significativos pode-se então adiantar interpretações (idem).

#### 1.3.4 - Procedimentos Formais e Éticos

No que respeita à investigação, as reflexões éticas são sempre de apreciação crítica. Ao assumirmos o compromisso de realizar um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de nos certificarmos que o desenho do estudo é sólido do ponto de vista ético e moral, ou seja, que os direitos humanos são sempre protegidos (Streubert e Carpenter, 2002).

Os mesmos autores citando Polit e Hungler, advogam que o consentimento informado significa que os participantes possuem a informação adequada no que se refere à investigação, são capazes de compreender a informação transmitida e têm a capacidade de escolher livremente e consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação.

Para a primeira etapa do nosso estudo, em que foram analisados os conteúdos das **narrativas de aprendizagem** dos estudantes, foi solicitada a autorização à Sra. Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e obtida a sua aprovação para analisar o conteúdo das narrativas de aprendizagem (Anexo 1).

Na segunda etapa do estudo, solicitámos a oito estudantes do quarto ano a realização de uma **narrativa temática** e obtivemos o seu consentimento e participação voluntária.

## 1.4 - Abordagem Quantitativa

Com a abordagem quantitativa pretende-se como a própria palavra o indica, quantificar as emoções envolvidas na prestação de diferentes cuidados.

Esta será descritiva e analítica, pretendendo-se descrever, analisar e interpretar uma situação pedagógica e será retrospectiva, pois dá-nos a informação acerca da situação num determinado período de tempo passado.

### 1.4.1 - Participantes no Estudo

O nosso estudo englobou 411 estudantes, em que 158 foram do 2º ano do curso, 187 do 3º, e 67 do 4º ano que realizaram ensinamentos clínicos em Cuidados Diferenciados.

Os estudantes do primeiro ano do Curso não estão englobados no estudo pois o plano de estudos em vigor não prevê qualquer experiência em contexto clínico.

Para os restantes alunos o questionário foi aplicado no término do semestre, na reunião de avaliação do 4º semestre do curso, para os estudantes do 2º ano; reunião do 6º semestre para os do 3º ano e reunião do 8º semestre, para os do 4º ano.

O Questionário foi distribuído pessoalmente a todos os estudantes e feita a leitura e explicação oral sobre o modo de preenchimento.

### 1.4.2 - Instrumento de Colheita de Informação

Na segunda etapa do estudo realizámos a aplicação de um questionário (Anexo 4) que prevê: as variáveis sócio demográficas: Idade, Sexo, Estado Civil e Unidade de Internamento e Instituição onde desenvolveu o ensino clínico.

Prevê ainda a Escala de Avaliação de Emoções, em que se pede ao estudante que perante a prática de diversos cuidados tais como, comunicação; lidar com a morte; cuidado ao corpo após a morte, cuidados de higiene; cuidados à ferida; cateterismo vesical, punção venosa e ressuscitação cardio-respiratória, identifique a emoção que a mesma lhe suscita e ainda a quantifique de 1 a 10.

#### **A escala de Avaliação de Emoções**

A escala Emotional Assessment Scale (EAS) foi desenvolvida em 1989 por Carlson, Collins et al. com o objectivo de avaliar a reactividade emocional. “Quando se fala em reactividade emocional, considera-se a existência de um conjunto de emoções categoriais ou discretas que permite, com base nessas emoções, descrever um

acontecimento tal como ele é experimentado pelo indivíduo, que contribui para uma maior riqueza do estudo”. (Ramos, 2006, p. 155).

Ainda a mesma autora refere que a escala foi elaborada assumindo a existência de emoções fundamentais presentes em diferentes culturas, nomeadamente a cólera, o descontentamento, a felicidade, a tristeza, a surpresa, o medo e a culpa, emoções representativas das respostas emocionais dos indivíduos. Para além destas Carlson et al. (1989), acrescentou a ansiedade à lista de emoções fundamentais, por defender a sua relevância para a investigação e prática clínica em Psicologia.

A Emotional Assessment Scale é constituída por 24 itens e na sua elaboração foram utilizados três adjectivos que descrevessem cada uma das oito emoções e representassem as palavras mais utilizadas para cada categoria de emoções. A selecção de três adjectivos por cada oito categorias de emoções permitiu a elaboração de 24 itens. Estes foram listados de forma aleatória.

No estudo das características psicométricas da escala de Avaliação das Emoções na sua aplicação a uma amostra da população portuguesa, Ramos (2006) utilizou uma amostra de 80 sujeitos e procedeu à análise factorial, com o objectivo de encontrar as suas principais dimensões. Encontradas que foram, permitiram o estabelecimento das principais subescalas e possibilitaram o estudo da consistência interna destas subescalas. Uma vez que a escala mede a reactividade emocional em função de um número de emoções básicas, distintas e não relacionadas, não há um valor total da escala mas valores totais de cada subescala.

A análise factorial, com o objectivo de conhecer as dimensões subjacentes a este instrumento. Para encontrar uma análise factorial, com rotação Varimax e segundo o método de Kaiser, que conduziu à identificação de 7 factores principais, em oposição aos 8 da escala original.

**Factor 1 – Medo** é composto pelos itens 4, 6, 14 e 22 (irritado, ansioso, preocupado e nervoso).

**Factor 2 – Felicidade** é composto pelos itens 8, 16 e 24 (contente, alegre e feliz).

**Factor 3 – Ansiedade** é composto pelos itens 9, 15, 17 e 23 (sobressaltado, perturbado, assustado e desesperado).

**Factor 4 – Culpa** é composto pelos itens 2, 5, 11, 20 e 21 (receoso, culpado, rejeitado, contrariado e humilhado).

**Factor 5 – Cólera** é composto pelos itens 12, 13 e 19 (zangado, envergonhado, aborrecido).

**Factor 6 – Surpresa** é composto pelos itens 1, 10 e 18 (surpreendido, espantado e perplexo).

### **Factor 7 – Tristeza** é composto pelos itens 3 e 7 (descontente e triste)

Relativamente aos estudos efectuados revelaram uma boa homogeneidade das escalas, os valores do alpha de Cronbach para uma das 7 escalas, que correspondem aos 7 factores encontrados, revelaram uma boa consistência interna, na medida em que os valores de alpha se situam entre 0,73 e 0,88. As correlações de Split-half obtidas foram elevadas, bem com os coeficientes de Spearman Brown, indicadores da consistência esperada das escalas quando aplicadas a outras amostras.

A escala ainda foi alvo de estudo de validade quer de conteúdo quer de constructo.

Ramos (2006) concluiu pelas boas características psicométricas da escala, torna-a indicada para a sua utilização no estudo da reactividade emocional.

### **Preenchimento da escala**

A medição utilizada na EAS implica que os sujeitos têm que assinalar a intensidade de uma emoção numa escala numérica de 1 a 10, na qual o sujeito, no extremo esquerdo tem a indicação de “o menos possível” e no extremo direito “o mais possível”.

### **Pré-Teste**

Apesar de a EAS ter valores de validade e fidedignidade elevados, submetemos o questionário como um todo a seis alunos (dois do segundo ano, dois do terceiro e dois do quarto ano) e verificámos assim as dificuldades que porventura pudessem surgir antes da aplicação à população que pretendíamos estudar.

### **Características Psicométricas da Escala na Amostra em Estudo**

Para análise dos dados obtidos, utilizou-se o programa estatístico SPSS® (Statistical Package of Social Sciences, versão 15.0). Na análise exploratória, verificaram-se os pressupostos necessários para aplicação da técnica de análise factorial.

Para analisar a validade desta análise utilizou-se o critério KMO com os critérios de classificação definidos em Pestana & Gageiro (2005) e Maroco (2007).

Observou-se um KMO=0,934, que indicou a adequação da amostra para a realização da técnica da análise factorial. A factorabilidade da matriz de correlação foi confirmada pelo teste de esfericidade de Barlett ( $\chi^2=5110,612$   $p\leq 0,001$ ) o que significa que as variáveis estão correlacionadas significativamente. Portanto, a análise factorial poderia ser executada. As comunalidades dos itens variaram entre 0,597 e 0,890.

Analisando o Quadro nº 1 verificamos não só a composição de cada um dos sete factores e a carga factorial de cada um deles. Assim no **Factor 1**, o item 4, 6, 14 e 22, apresentam respectivamente as cargas factoriais de 0,614; 0,852; 0,816; 0,865 e o valor de Comunalidade de 0,377, 0,727; 0,666 e 0,748.

A variância explicada é de 62,95 %, o Alpha de Chronbach 0,803 e um valor de KMO de 0,764.

O **Factor 2** é composto pelos itens 8, 16 e 24, apresentam respectivamente as cargas factoriais de 0,846; 0,895; 0,881 e um valor de Comunalidade de 0,716; 0,802 e 0,777.

O Valor da Variância Explicada é de 76,483 %, o Alpha de Chronbach é de 0,845 e o valor de KMO de 0,719.

O **Factor 3** é composto pelos itens 9, 15, 17 e 23, apresentam respectivamente as cargas factoriais de 0,763; 0,849; 0,841 e 0,812; um valor de Comunalidade de 0,582; 0,720; 0,708 e 0,659. O Valor da Variância Explicada é de 66,730 %, o Alpha de Chronbach é de 0,834 e o valor de KMO de 0,802.

O **Factor 4** é composto pelos itens 2, 5, 11, 20 e 21, apresentam respectivamente as cargas factoriais de 0,581; 0,794; 0,739; 0,805 e 0,751; e um valor de Comunalidade de 0,337; 0,630; 0,546; 0,648 e 0,563. O Valor da Variância Explicada é de 54,494 %, o Alpha de Chronbach é de 0,772 e o valor de KMO de 0,806.

O **Factor 5** é composto pelos itens 12, 13 e 19, apresentam respectivamente as cargas factoriais de 0,865; 0,748; 0,849 e um valor de Comunalidade de 0,748; 0,560 e 0,721. O Valor da Variância Explicada é de 67,638 %, o Alpha de Chronbach é de 0,741 e o valor de KMO de 0,662.

O **Factor 6** é composto pelos itens 1, 10 e 18, apresentam respectivamente as cargas factoriais de 0,718; 0,845; 0,808 e um valor de Comunalidade de 0,516; 0,714 e 0,654. O Valor da Variância Explicada é de 62,786 %, o Alpha de Chronbach é de 0,699 e o valor de KMO de 0,641.

O **Factor 7** é composto pelos itens 3 e 7, apresentam respectivamente as cargas factoriais de 0,874 e 0,874; e um valor de Comunalidade de 0,764 e 0,764. O Valor da Variância Explicada é de 76,354 %, o Alpha de Chronbach é de 0,845 e o valor de KMO de 0,500.

Os coeficientes de Alpha de Cronbach obtidos demonstram uma boa fidelidade, apresentando para os 24 itens um valor de 0,915, que podemos considerar segundo Pestana e Gageiro (2005), uma consistência “muito boa”. Podemos, igualmente, concluir que todos os itens contribuem positivamente para a fiabilidade interna da escala uma vez que, com cada um deles não aumenta relativamente ao Alpha de

Cronbach Global. Portanto, todos os itens são importantes e contribuem significativamente para a consistência interna do instrumento de colheita de dados

Quadro nº 1 - Composição dos factores, cargas factoriais, comunalidade, variância explicada, média da correlação item-total e confiabilidade dos factores.

<b>Factores</b>	<b>Composição dos Factores</b>	<b>Cargas Factoriais</b>	<b>Variância Explicada</b>	<b>H<sup>2</sup></b>	<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>KMO e Bartlett teste</b>
Factor 1 (Medo)	Item4 – Irritado	0,614	62,95	0,377	0,803	0,764
	Item 6 – Ansioso	0,852		0,727		
	Item14 – Preocupado	0,816		0,666		
	Item 22 – Nervoso	0,865		0,748		
Factor 2 (Felicidade)	Item 8 – Contente	0,846	76,48	0,716	0,845	0,719
	Item 16 – Alegre	0,895		0,802		
	Item24 – Feliz	0,881		0,777		
Factor 3 (Ansiedade)	Item 9 – Sobressaltado	0,763	66,73	0,582	0,834	0,802
	Item 15 - Perturbado	0,849		0,720		
	Item 17 – Assustado	0,841		0,708		
	Item 23 - Desesperado	0,812		0,659		
Factor 4 (Culpa)	Item 2 – Receoso	0,581	54,49	0,337	0,772	0,806
	Item 5 – Culpado	0,794		0,630		
	Item 11 – Rejeitado	0,739		0,546		
	Item 20 – Contrariado	0,805		0,648		
	Item 21 – Humilhado	0,751		0,563		
Factor 5 (Cólera)	Item 12 – Aborrecido	0,865	67,63	0,748	0,741	0,662
	Item 13 – Envergonhado	0,748		0,560		
	Item 19 – Zangado	0,849		0,721		
Factor 6 (Surpresa)	Item 1 – Surpreendido	0,718	62,78	0,516	0,699	0,641
	Item 10 – Espantado	0,845		0,714		
	Item 18 - Espantado	0,808		0,654		
Factor 7 (Tristeza)	Item 3 – Descontente	0,718	76,35	0,764	0,690	0,500
	Item 7 – Triste	0,845		0,764		

### 1.4.3 – Tratamento da Informação

Para o tratamento dos dados da Escala de Avaliação de Emoções os dados obtidos pela aplicação do questionário aos estudantes (Anexo 4) serão submetidos a tratamento informático feito no programa de estatística SPSS.

Na análise dos dados prevemos usar a estatística descritiva:

- Distribuição de frequência: frequências absolutas e frequências relativas.
- Medidas de tendência central: média, moda.
- Medidas de dispersão: desvio padrão.

Para a análise inferencial utilizámos: o teste T para médias e o Teste Anova

### 1.4.4 – Procedimentos Formais e Éticos

Foi solicitada a autorização à Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e obtida a sua aprovação para aplicar um questionário aos estudantes do 2º, 3º e 4º ano e que inclui a Escala de avaliação de Emoções (Emotional Assessment Scale).

Também foi pedida a participação voluntária dos estudantes para o preenchimento do Questionário.

## 2 – Hipóteses

Considerando a fundamentação teórica realizada e os objectivos propostos, formulámos as seguintes hipóteses:

### 2.1 – Hipóteses planeadas

Como Hipóteses formulámos:

- Os Estudantes do sexo feminino apresentam maior intensidade emocional **na Comunicação, no lidar com a morte, no cuidar o corpo após a morte, nos cuidados de higiene, no cuidar de feridas, na prática de punções venosas, na prática do cateterismo vesical e na ressuscitação cardio respiratória** que os estudantes do sexo masculino.



- Os Estudantes do 2º ano apresentam maior intensidade emocional na **Comunicação, no lidar com a morte, no cuidar o corpo após a morte, nos cuidados de higiene, no cuidar de feridas, na prática de punções venosas, na prática do cateterismo vesical e na ressuscitação cardio respiratória** que os estudantes do 3º e 4º ano.

### 3 – Variáveis

Procederemos em seguida à especificação da variável dependente e indicadores utilizados para a sua medição bem como as variáveis independentes englobadas no nosso estudo.

#### 3.1 – Variáveis Dependentes

Para medir a variável dependente, as Emoções experimentadas pelos estudantes na prática de cuidados, utilizámos os seguintes indicadores:

- **Factores relacionados com o Medo:** irritado, ansioso, preocupado e nervoso.
- **Factores relacionados com a Felicidade** - contente, alegre e feliz.
- **Factores relacionados com a Ansiedade** - sobressaltado, perturbado, assustado e desesperado.
- **Factores relacionados com a Culpa** - receoso, culpado, rejeitado, contrariado e humilhado.
- **Factores relacionados com a Cólera** - zangado, envergonhado, aborrecido.
- **Factores relacionados com a Surpresa** - surpreendido, espantado e perplexo.
- **Factores relacionados com a Tristeza** descontente e triste.

#### 3.2 – Variáveis Independentes

O nosso estudo englobou variáveis biológicas e sociais. Como variáveis biológicas considerámos:

**Idade** – trata-se de um factor biológico que caracteriza todo e qualquer indivíduo constitui a primeira pergunta do questionário e é expresso em numero de anos.

**Sexo** – a fim de melhor caracterizar a população, foi seleccionado o sexo como variável dicotómica, masculino e feminino. Além das diferenças anatómicas e

fisiológicas que caracterizam homens e mulheres, cada um vive experiências específicas, constituindo a segunda pergunta do questionário.

Como variáveis Sociais, definimos:

**Estado Civil** – pergunta aberta que pode abranger os solteiros, os casados, os divorciados e outras situações, constituindo a terceira pergunta do questionário.

**Ano do Curso** – registo assinalado pelo investigador dado ter aplicado de forma separada aos alunos do 2º, 3º e 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

**A Prática de Cuidados engloba:** a Comunicação com os doentes, lidar com a morte, cuidar do corpo após a morte, cuidados de higiene, cuidados à ferida, punção venosa, cateterismo vesical e a ressuscitação cardio-respiratória.

## Capítulo III

# Apresentação e Análise da Informação

## 1 – A experiência emocional dos estudantes como prestadores de cuidados

Na experiência de cuidar os alunos experienciam dificuldades para lidar com um conjunto de situações emocionalmente intensas.

Para analisar as narrativas de aprendizagem recorreremos ao quadro de referência de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Para o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003, p.17- 23) este compreende: "a prática profissional ética e legal; a prestação e gestão de cuidados e de desenvolvimento profissional".

No âmbito da prestação de cuidados, as competências são na área da promoção da saúde, na colheita de dados; no planeamento; na execução; avaliação; comunicação e relações interpessoais e gestão de cuidados. É de realçar a área da execução e da comunicação e relações interpessoais bem patente no discurso dos estudantes.

As competências no âmbito da **execução**, segundo o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003, p.21) englobam:

- implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados;
- pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente;
- documenta a implementação das intervenções;
- responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente;
- responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.

Também constituem competências do âmbito da **comunicação e relações interpessoais**:

- inicia e desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais;
- comunica com consistência a informação relevante, correcta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência;
- assegura que a informação dada ao cliente e ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara;
- responde apropriadamente às questões, solicitações e problemas dos clientes e ou cuidadores, no respeito pela sua área de competência;
- comunica com o cliente e ou familiares, de forma a dar-lhes poder
- utiliza a tecnologia de informação disponível de forma eficaz e apropriada;
- demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/ aplicações locais no campo das tecnologias da saúde (idem, p21).

Encontramos também patente no discurso dos estudantes aspectos relacionados com a gestão de cuidados e mais especificamente com o **ambiente seguro**. Este envolve as seguintes competências:

- cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco;
- utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais;
- garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas;
- implementa procedimentos de controlo de infeção;
- regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança (idem, p 22)

### 1.1 – Informação das Narrativas de Aprendizagem

A análise da informação contida nas narrativas de aprendizagem dos estudantes permitiu-nos encontrar as seguintes categorias: Dificuldades; Sentimentos e Emoções (medo / receio; tristeza, surpresa: choque; vergonha: embaraço; amor: confiança; prazer: agrado; ira: indignação; aversão: desagrado) e por último as estratégias para gerir emoções.

#### Categorias Emergentes:

Os estudantes revelaram ao longo das narrativas a percepção das dificuldades que sentem em dirigir as situações de cuidados vividas, ao nível das emoções. Assim encontrámos quatro indicadores relativos à dificuldade na comunicação; dois referentes respectivamente ao ambiente de trabalho, execução de procedimentos, conhecimento e capacidades e um indicador referente ao ambiente de cuidados.

#### **Dificuldades evidenciadas**

No Quadro 2 e Diagrama 1 apresentamos – As dificuldades emocionais sentidas pelos estudantes durante a prestação de cuidados.

Quatro estudantes explicam dificuldades na **comunicação** da seguinte forma:

- Ainda sinto dificuldades ...na comunicação e relação com os doentes (2.1)
- É difícil, principalmente no contacto inicial, ter um à vontade que me permita falar com a pessoa doente. (2.5)

- Inicialmente, comunicar com os utentes com patologias oncológicas era difícil e marcante (2.11).
- Tenho confiança que até ao fim do Ensino Clínico irei ter mais facilidade em comunicar verbal e não verbalmente, adquirir e desenvolver estratégias para melhor compreender e ser compreendida. (3.4)

Dois estudantes apresentaram dificuldades relativas ao **ambiente de trabalho** e expressaram-no da seguinte forma:

- Uma das maiores dificuldades que senti, inicialmente... a forma de trabalho da equipa de enfermagem ...um pouco desorganizada em comparação com o serviço anterior. (2.1)
- No que toca à integração no serviço foi o aspecto em que senti maiores dificuldades (2.12)

Relativamente ao **ambiente de cuidados**, um estudante referiu:

- É difícil gerir esta situação, visto que, muitas vezes são pessoas as quais presto cuidados e comunico diariamente. (4.4)

Dois estudantes manifestaram dificuldades de **execução de procedimentos** - técnica de pensos e de punção Venosa. As manifestações foram:

- Nunca tinha puncionado um doente com tão maus acessos venosos periféricos, o que para mim foi a principal barreira (2.3)
- Na execução de pensos, senti alguma dificuldade...., devido ao medo de conspurcar o material e toda a técnica asséptica e pela falta de experiência que senti nesse momento. (2.12)

Um estudante manifestou dificuldades relativas ao **conhecimento**, expressas da seguinte forma:

- A elevada taxa de mortalidade e morbilidade, tema com o qual não estava muito familiarizado em contexto de ensino clínico (4.4)

Quanto às **capacidades** três estudantes referiram:

- Torna-se mais difícil para mim gerir emoções quando não consigo fazer algo ou se sinto que estão a ser injustos para comigo e me sinto algo oprimida pela própria condição de aluna (3.1)
- Está a ser um pouco mais difícil, pois todas as semanas, muitos utentes morrem, alguns nem chegamos a saber quem são (3.4)
- A morte é algo... para o qual ainda não me sinto preparada (4.2)

Quadro 2 – As dificuldades emocionais evidenciadas pelos estudantes na prestação de cuidados.

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
Dificuldades	Comunicação	Ainda sinto dificuldades ...na comunicação e relação com os doentes (2.1)
		É difícil, principalmente no contacto inicial, ter um à vontade que me permita falar com a pessoa doente. (2.5)
		Inicialmente, comunicar com os utentes com patologias oncológicas era difícil e marcante (2.11).
		Tenho confiança que até ao fim do Ensino Clínico irei ter mais facilidade em comunicar verbal e não verbalmente, adquirir e desenvolver estratégias para melhor compreender e ser compreendida. (3.4)
	Ambiente de Trabalho	Uma das maiores dificuldades que senti, inicialmente... a forma de trabalho da equipa de enfermagem ...um pouco desorganizada em comparação com o serviço anterior. (2.1)
		No que toca à integração no serviço foi o aspecto em que senti maiores dificuldades (2.12)
	Ambiente de Cuidados	. É difícil gerir esta situação, visto que, muitas vezes são pessoas as quais presto cuidados e comunico diariamente. (4.4)
	Execução de Procedimentos	Nunca tinha puncionado um doente com tão maus acessos venosos periféricos, o que para mim foi a principal barreira (2.3)
		Na execução de pensos, senti alguma dificuldade..., devido ao medo de conspurcar o material e toda a técnica asséptica e pela falta de experiência que senti nesse momento. (2.12)
	Conhecimento	A elevada taxa de mortalidade e morbilidade, tema com o qual não estava muito familiarizado em contexto de ensino clínico (4.4)
	Capacidades	Torna-se mais difícil para mim gerir emoções quando não consigo fazer algo ou se sinto que estão a ser injustos para comigo e me sinto algo oprimida pela própria condição de aluna (3.1)
		Está a ser um pouco mais difícil, pois todas as semanas, muitos utentes morrem, alguns nem chegamos a saber quem são (3.4)
		A morte é algo... para o qual ainda não me sinto preparada (4.2)

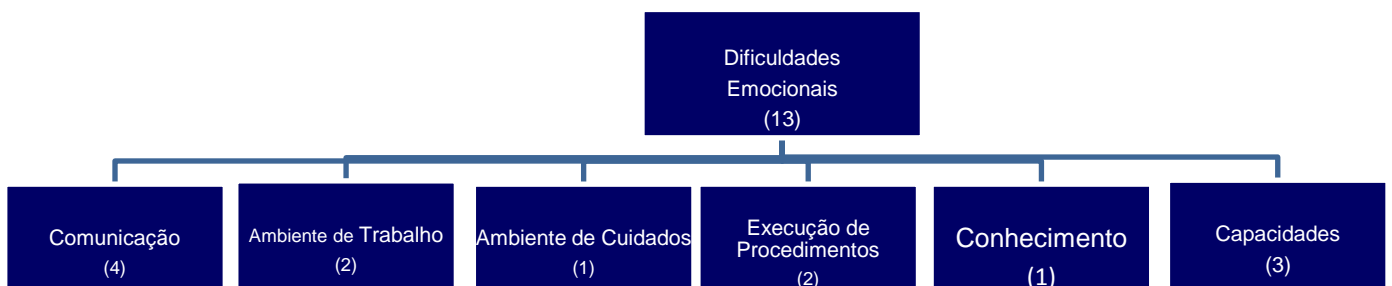
As dificuldades de comunicação com os utentes são as mais relatadas, a que se seguem as capacidades para lidar com as diferentes situações que o estudante enfrenta.

Alem das competências do enfermeiro de cuidados gerais que constam do quadro de referência da Ordem dos Enfermeiros e que são respeitantes à comunicação, execução de procedimentos e ambiente quer de trabalho quer de prestação de cuidados, encontramos as respeitantes ao conhecimento e capacidades.

Sá Chaves (2000) citando Schön refere que o confronto com cada situação problema, exige que se dialogue com ela, que se conheça os meandros, as encruzilhadas, o desvendar da complexidade, o perceber o dinamismo, os seus actores e os matizes que cada qual lhe atribui e acrescenta, como o primeiro passo na procura de solução adequada a cada caso. Só depois se pode recorrer à vasta gama de saberes, científicos e técnicos, seleccionando e ajustando as hipóteses de acção que se aproximem dos níveis de qualidade que as situações exigem.

Sá Chaves (2000) considera ainda que a competência é multidimensional e complexa equivalente à própria complexidade das situações que constituem o normal exercício destas profissões.

Diagrama 1 – Dificuldades emocionais sentidas pelos estudantes na prestação de cuidados.





## Sentimentos percebidos

Os Sentimentos que os estudantes percebem na prestação de cuidados são de impotência, frustração, inutilidade e segurança, num total de onze indicadores como se pode verificar no Quadro 3 e Diagrama 2.

As percepções de **impotência** foram:

- A visão de uma pessoa prostrada, induz a sentimentos de tristeza, de impotência (2.3)
- Esta situação novamente influenciou a afluência de sentimentos, tais como tristeza, incompreensão, impotência ...será que a doente sabia o que nós estávamos a fazer? (2.3)
- Muitas vezes senti-me impotente e incapaz de confortar os utentes que, em conversas simples, acabavam por fazer desabaços profundos e com uma grande carga emocional (2.11)
- E embora o sentimento de impotência que aparece face às questões destes doentes... percebi que por vezes a simples presença de um bom ouvinte (2.12)

As percepções de **frustração** foram:

- Assistir à paragem cardíaca e às manobras de reanimação que se revelaram infrutíferas. Esta situação deixou-me com uma sensação de frustração...por não ter sido possível fazer nada (2.1)
- Senti por vezes alguma frustração por não me ser permitido, por exemplo, realizar certas actividades, das quais possuo conhecimento e capacidade para executar. (2.12)
- Por diversas vezes senti-me frustrada comigo mesma por sentir que havia algo mais a ser dito (2.14)
- Tentei promover-lhe o máximo de conforto ... mas no final ficou o sentimento de frustração por não poder disponibilizar a todas as pessoas no serviço...a relação de ajuda que necessitam. (4.9)

A percepção de **inutilidade** foi:

- Muitas vezes os utentes tentam dizer algo, e se não entendo acabo por me sentir um pouco inútil nestes casos (3.4)

O sentimento de **segurança** foi percebido por dois estudantes que referiram:

- Aos poucos, eu própria fui-me sentindo ... segura em tudo o que realizava, quer na componente técnica, quer na relacional (2.2).
- Procuo manter sempre uma atitude positiva e demonstrar segurança..., quer durante os procedimentos que realizo quer nos ensinamentos que faço (3.1)

Quadro 3 – Os sentimentos percebidos pelos estudantes na prestação de cuidados.

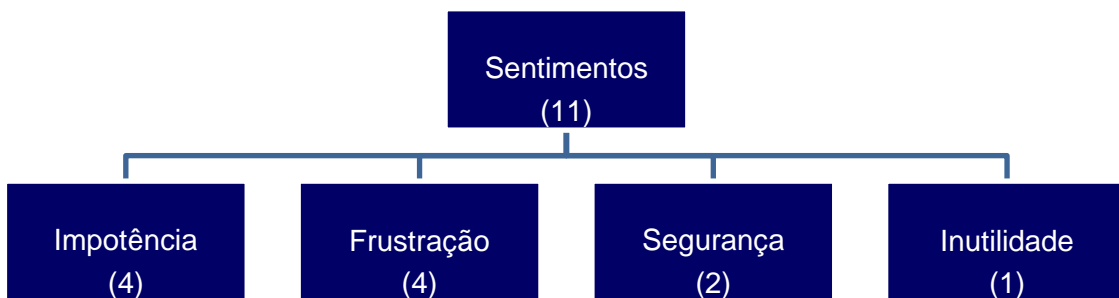
CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
<b>Sentimentos</b>	<b>Impotência</b>	A visão de uma pessoa prostrada, induz a sentimentos de tristeza, de impotência (2.3)
		Esta situação novamente influenciou a afluência de sentimentos, tais como tristeza, incompreensão, impotência...será que a doente sabia o que nós estávamos a fazer? (2.3)
		Muitas vezes senti-me impotente e incapaz de confortar os utentes que, em conversas simples, acabavam por fazer desabafos profundos e com uma grande carga emocional (2.11)
		E embora o sentimento de impotência que aparece face às questões destes doentes... percebi que por vezes a simples presença de um bom ouvinte (2.12)
	<b>Frustração</b>	Assistir à paragem cardíaca e às manobras de reanimação que se revelaram infrutíferas. Esta situação deixou-me com uma sensação de frustração...por não ter sido possível fazer nada (2.1)
		Senti por vezes alguma frustração por não me ser permitido, por exemplo, realizar certas actividades, das quais possuo conhecimento e capacidade para executar. (2.12)
		Por diversas vezes senti-me frustrada comigo mesma por sentir que havia algo mais a ser dito (2.14)
		Tentei promover-lhe o máximo de conforto ... mas no final ficou o sentimento de frustração por não poder disponibilizar a todas as pessoas no serviço...a relação de ajuda que necessitam. (4.9)
	<b>Segurança</b>	Aos poucos, eu própria fui-me sentindo ... segura em tudo o que realizava, quer na componente técnica, quer na relacional (2.2).
		Procuro manter sempre uma atitude positiva e demonstrar segurança..., quer durante os procedimentos que realizo quer nos ensinamentos que faço (3.1)
	<b>Inutilidade</b>	Muitas vezes os utentes tentam dizer algo, e se não entendo acabo por me sentir um pouco inútil nestes casos (3.4)

Verificou-se um predomínio de manifestações de sentimentos negativos, a impotência, a frustração e a inutilidade; ao invés dos positivos, em que só encontramos a segurança.

O sentimento distingue-se da emoção, no sentido em que ele designa mais particularmente a componente subjectiva, sentida, da emoção e não se refere às componentes comportamentais e fisiológicas (Belzung, 2010).

Citando Damásio, este autor define sentimento como “a percepção de um estado do corpo assim como a percepção de um certo modo de pensamento e de pensamentos contendo certos temas”, (idem, p18)

Diagrama 2 – Sentimentos percebidos pelos estudantes na prestação de cuidados.



### Emoções sentidas

Na análise das narrativas, para além do quadro de referência das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003), recorreremos ainda à classificação de emoções de Goleman.

Este autor refere existirem centenas de emoções, incluindo respectivas combinações, variações, mutações e tonalidades. Estudiosos trabalham no sentido de precisar que emoções podem ser consideradas primárias. Alguns deles propõem famílias básicas como:

**Ira:** fúria, ultraje, ressentimento, cólera, exasperação, indignação, vexação, acrimónia, animosidade, aborrecimento, irritabilidade, hostilidade e talvez no extremo, ódio e violência patológicos.

**Tristeza:** dor, pena, desanimo, desalento, melancolia, autocomiseração, solidão, abatimento, desespero, e quando patológica, depressão profunda.

**Medo:** ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, e como psico-patologias, fobia e pânico.

**Prazer:** felicidade, alegria, alívio, contentamento, satisfação, delícia, divertimento, orgulho, prazer sensual, excitação, êxtase, agrado, euforia, gratificação, bom-humor, arrebatamento, entusiasmo, e no extremo, mania.

**Amor:** aceitação, amizade, confiança, bondade, afinidade, devoção, adoração, fascinação, ágape.

**Surpresa:** choque, espanto, assombro, admiração.

**Aversão:** desprezo, desdém, troça, repugnância, nojo, desagrado, repulsa.

**Vergonha:** culpa, embaraço, desgosto, remorso, humilhação, arrependimento, mortificação e contrição, Goleman (2002, p. 310).

O autor aceita esta categorização, consciente que o debate sobre a classificação das emoções continua. As famílias de emoções são demonstrativas das infindáveis tonalidades da vida emocional e cada uma delas tem no seu âmago um núcleo emocional básico, do qual emanam incontáveis mutações aparentadas.

#### Medo / Receio evidenciados

O medo foi uma emoção muito evidenciada nas narrativas analisadas, bem como os termos que segundo Goleman (2002) lhe estão associados - o receio, a preocupação, o nervosismo e a ansiedade.

No Quadro 4 e Diagrama 3, podemos verificar vinte e cinco indicadores de medo / receio expressos pelos estudantes nas suas narrativas de aprendizagem.

Surgiram cinco relatos de estudantes que manifestaram o medo relativo às suas **capacidades / competências**:

- Questiono-me com frequência se serei capaz, se irei corresponder às expectativas que são esperadas relativamente às minhas competências. Este é um aspecto que em mim provocou alguma inquietação (3.2)
- Uma situação de paragem cardio respiratória... Aí deparei-me com o medo que tenho de um dia estar naquela posição e ficar em "estado choque" e não conseguir pensar e agir (3.3)
- O meu maior receio quando iniciei o estágio no serviço de medicina I, era a morte. (3.5)
- Como iria eu reagir nos cuidados pós-morte? (3.5)
- Cada ensino clínico que se inicia desperta em mim um leque de sentimentos e questões..., atrevido-me a dizer até um certo medo do que iria encontrar. (4.5)

Quanto ao **ambiente de trabalho / cuidados**, oito relatos de estudantes mencionaram:

- No início senti-me um pouco assustada com a ideia de me encontrar em contexto hospitalar, a cuidar de doentes reais e não de modelos, como nas aulas (2.1)
- A mudança para Ginecologia B... levou a que surgisse mais uma vez a insegurança... uma vez que as técnicas mais usuais no serviço anterior, deixaram de ser tão praticadas e deram lugar a novos procedimentos (2.2)
- O facto de saber que ia estar em contacto com um meio diferente do que estava habituado “assustava-me” (2.4)
- Um aspecto que gerou em mim alguma inquietação e preocupação foi o facto de este ser o meu primeiro Ensino Clínico com regime tutelado (3.1)
- O processo de integração...provocou em mim sentimentos... e receio em relação ao que iria ser esta nova experiência (3.2)
- Cada ensino clínico que se inicia desperta em mim um leque de sentimentos e questões, uma certa ansiedade (4.5)
- Este ensino clínico...veio repleto de sentimentos, de ansiedade..., pois à partida já tinha noção de que seria uma nova forma de trabalhar, com o regime tutorial que para mim era desconhecido. (4.6)
- Devo confessar que o receio e ansiedade foram sentimentos que me invadiram aquando da realização deste ensino clínico...característico do contacto com uma realidade que não conhecemos e muito menos dominamos (4.9)

Quanto ao **conhecimento**, três estudantes manifestaram:

- O facto de ter que aplicar o conhecimento prático que tinha apreendido no primeiro ano da licenciatura em contexto real fazia com que ficasse ansiosa (2.2)
- Fiquei, de certa forma, preocupado uma vez que... essa teoria teria que estar presente nos meus pensamentos, nas minhas intervenções (2.4)
- Cada ensino clínico que se inicia desperta em mim um leque de sentimentos e questões, uma certa ansiedade (4.5)

O medo / receio **na execução de procedimentos**, foi manifestado no discurso de três estudantes que referiram:

- Em relação à realização do penso do local de inserção do cateter venoso central, na primeira vez que o executei senti-me um pouco nervosa (2.9)
- Ainda levo muito tempo a executar determinadas tarefas...receio comprometer os cuidados urgentes a serem prestados por falta de destreza da minha parte (3.6)
- Apesar do nervosismo que sentia (punção venosa), o procedimento correu muito bem, devido essencialmente à orientação da Enfermeira tutora (4.9)

O medo / receio do **erro na execução** foi manifestado no discurso de três estudantes que referiram:

- O medo de falhar e por em risco a recuperação de alguém (2.1)
- O ensino Clínico... é a constatação de uma nova realidade que pode mesmo por vezes tornar-se aterradora... na medida em que um pequeno erro... pode assumir proporções com consequências desastrosas e extremamente graves (2.16)
- Tenho medo de errar naquilo que já é suposto saber fazer. (3.2)

Na **comunicação** com os doentes e enfermeiros, três estudantes relataram:

- Uma das principais coisas que me assustava cada vez que pensava no ensino clínico era a comunicação e relação com os doentes (2.1)
- Ver uma pessoa que não comunica, não estabelece um discurso mesmo que fosse incoerente..., e isso deixa-me inquieta face a esta situação. (2.3)
- Relativamente à passagem de turno, apesar de continuar a sentir-me algo nervosa no seu decurso..., da falta de experiência, aliada à falta de competência suficiente para discriminar e assimilar toda a informação importante (3.6)

Quadro 4 - O Medo / Receio evidenciado pelos estudantes na prestação de cuidados

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
<b>Medo</b> <b>(Receio, preocupação, ansiedade, nervosismo)</b>	<b>Capacidades / competências.</b>	Questiono-me com frequência se serei capaz, se irei corresponder às expectativas que são esperadas relativamente às minhas competências. Este é um aspecto que em mim provocou alguma inquietação (3.2)
		Uma situação de paragem cardio respiratória... Af deparei-me com o medo que tenho de um dia estar naquela posição e ficar em “estado choque” e não conseguir pensar e agir (3.3)
		O meu maior receio quando iniciei o estágio no serviço de medicina I, era a morte. (3.5)
		Como iria eu reagir nos cuidados pós-morte? (3.5)
		Cada ensino clínico que se inicia desperta em mim um leque de sentimentos e questões..., atrevendo-me a dizer até um certo medo do que iria encontrar. (4.5)
	<b>Ambiente de Trabalho / Cuidados</b>	No início senti-me um pouco assustada com a ideia de me encontrar em contexto hospitalar, a cuidar de doentes reais e não de modelos, como nas aulas (2.1)
		A mudança para Ginecologia B... levou a que surgisse mais uma vez a insegurança... uma vez que as técnicas mais usuais no serviço anterior, deixaram de ser tão praticadas e deram lugar a novos procedimentos (2.2)
		O facto de saber que ia estar em contacto com um meio diferente do que estava habituado “assustava-me” (2.4)
		Um aspecto que gerou em mim alguma inquietação e preocupação foi o facto de este ser o meu primeiro Ensino Clínico com regime tutelado (3.1 )
		o processo de integração...provocou em mim sentimentos... e receio em relação ao que iria ser esta nova experiência (3.2)
		Cada ensino clínico que se inicia desperta em mim um leque de sentimentos e questões, uma certa ansiedade (4.5)
		O ensino clínico...veio repleto de sentimentos, de ansiedade..., pois à partida já tinha noção de que seria uma nova forma de trabalhar, com o regime tutorial que para mim era desconhecido. (4.6)
		Devo confessar que o receio e ansiedade foram sentimentos que me invadiram aquando da realização deste ensino clínico...característico do contacto com uma realidade que não conhecemos e muito menos dominamos (4.9)

Quadro 4 - O Medo / Receio manifestado pelos estudantes na prestação de cuidados  
(continuação)

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
<p><b>Medo</b> ( Receio, preocupação, ansiedade, nervosismo)</p>	<p><b>Conhecimento</b></p>	<p>O facto de ter que aplicar os conhecimentos práticos que tinha apreendido no primeiro ano da licenciatura em contexto real fazia com que ficasse ansiosa (2.2)</p>
		<p>Fiquei, de certa forma, preocupado uma vez que... essa teoria teria que estar presente nos meus pensamentos, nas minhas intervenções (2.4)</p>
		<p>Cada ensino clínico que se inicia desperta em mim um leque de sentimentos e questões, uma certa ansiedade (4.5)</p>
	<p><b>Execução de Procedimento</b></p>	<p>Em relação à realização do penso do local de inserção do cateter venoso central, na primeira vez que o executei senti-me um pouco nervosa (2.9)</p>
		<p>Ainda levo muito tempo a executar determinadas tarefas...receio comprometer os cuidados urgentes a serem prestados por falta de destreza da minha parte (3.6)</p>
		<p>Apesar do nervosismo que sentia (punção venosa), o procedimento correu muito bem, devido essencialmente à orientação da Enfermeira tutora (4.9)</p>
	<p><b>Erro de Execução</b></p>	<p>O medo de falhar e por em risco a recuperação de alguém (2.1)</p>
		<p>O ensino Clínico... é a constatação de uma nova realidade que pode mesmo por vezes tornar-se aterradora... na medida em que um pequeno erro... pode assumir proporções com consequências desastrosas e extremamente graves (2.16)</p>
		<p>Tenho medo de errar naquilo que já é suposto saber fazer. (3.2)</p>
	<p><b>Comunicação</b></p>	<p>Uma das principais coisas que me assustava cada vez que pensava no ensino clínico era a comunicação e relação com os doentes (2.1)</p>
		<p>Ver uma pessoa que não comunica, não estabelece um discurso mesmo que fosse incoerente..., e isso deixa-me inquieta face a esta situação. (2.3)</p>
		<p>Relativamente à passagem de turno, apesar de continuar a sentir-me algo nervosa no seu decurso..., da falta de experiência, aliada à falta de competência suficiente para discriminar e assimilar toda a informação importante (3.6)</p>



O medo / Receio manifestado pelos estudantes na prestação de cuidados engloba-se nas competências do quadro de referência da Ordem dos Enfermeiros e é referente ao ambiente de trabalho e de cuidados; comunicação e execução de procedimentos.

Ainda se verificaram referências relativas às capacidades, conhecimentos e erros de execução. Encontrámos um predomínio de manifestações de medo em torno do ambiente de trabalho/cuidados e das capacidades/competências.

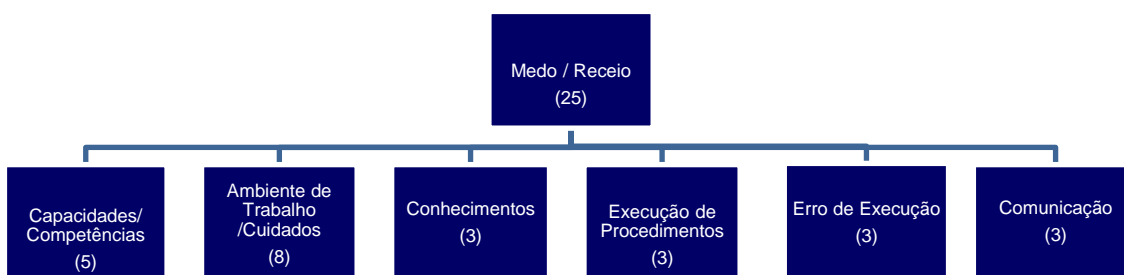
O medo enquanto sistema de respostas neurobiológicas é activado pela situação de ameaça. Trata-se da existência de duas vias mediadoras, uma subcortical e outra que envolve o córtex, entre a resposta de medo e o estímulo que a provoca (Neto, 2003).

A ansiedade é uma emoção negativa que pode ser motivadora e parece ser um aspecto inevitável da condição humana. Distingue-se do medo porque o objecto do medo é real ou externo, conhecido e objectivo (Strongman, 2004).

Traduz-se por reacções fisiológicas próximas do medo, com o aumento da vigilância e das respostas de evitamento, podendo existir na ausência de acontecimento stressante (Belzung, 2010).

Os alunos são ensinados segundo um ideal teórico, o choque com a realidade ocorre segundo Masters (2013), quando o papel percebido entra em conflito com a função realizada e pode ser minorado com a experiência clínica e orientação tutorial que ajudam o estudante a realizar a transição entre “from perceived role expectations” ao actual “role expectations”.

Diagrama 3 – O Medo / Receio percebido pelos estudantes na prestação de cuidados.



## **Tristeza / Desanimo manifestado**

A tristeza foi manifestada por cinco estudantes sob várias formas e em vários contextos.

Adoptando a tipologia da família das emoções de Goleman (2002), para além da emoção primária, tristeza, os estudantes caracterizaram ainda as situações vividas com o termo, desânimo.

Apresentamos no Quadro 5 e diagrama 4 – A tristeza e o desânimo sentido pelos estudantes na prestação de cuidados.

Um estudante relacionou a tristeza com a comunicação com os doentes, dois com a capacidade, um outro com a Execução de Procedimento e ainda com o erro na execução de um procedimento, expressa nas seguintes frases:

### **Comunicação:**

- Mas posso confessar que me sinto muito triste muitas das vezes que os utentes tentam dizer algo, e eu não entendo (3.4)

### **Capacidades:**

- Parece que nunca há tempo para nada e olhando para o que fiz, fico desanimada por constatar que deveria ter feito tanto mais (3.6)
- Senti-me um pouco triste, não por pensar que poderia ter sido feita alguma coisa, mas porque era uma vida que acabava ali diante dos nossos olhos (4.5)

### **Execução de procedimento:**

- Quanto à alimentação, devo dizer que por vezes não tem sido fácil... o que me deixa um pouco desanimada (2.10)

### **Erro de Execução num procedimento técnico:**

- Na introdução da sonda nasogastrica...esta minha falha de não ter feito a flexão da cabeça do utente fez-me sentir muito mal...ter de o realizar duas vezes seguidas, por minha culpa deixa-me aborrecida comigo mesma, pois os doentes não têm culpa dos nossos erros. (4.6)

Quadro 5 – Tristeza / Desânimo manifestado pelos estudantes na prestação de cuidados.

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
<b>Tristeza / Desanimo</b>	Comunicação	Mas posso confessar que me sinto muito triste muitas das vezes que os utentes tentam dizer algo, e eu não entendo (3.4)
	Capacidades	Parece que nunca há tempo para nada e olhando para o que fiz, fico desanimada por constatar que deveria ter feito tanto mais (3.6)
		Senti-me um pouco triste, não por pensar que poderia ter sido feita alguma coisa, mas porque era uma vida que acabava ali diante dos nossos olhos (4.5)
	Erro de Execução	Na introdução da sonda nasogastrica...esta minha falha de não ter feito a flexão da cabeça do utente fez-me sentir muito mal...ter de o realizar duas vezes seguidas, por minha culpa deixa-me aborrecida comigo mesma, pois os doentes não têm culpa dos nossos erros. (4.6)
	Execução de Procedimentos	Quanto à alimentação, devo dizer que por vezes não tem sido fácil... o que me deixa um pouco desanimada (2.10)

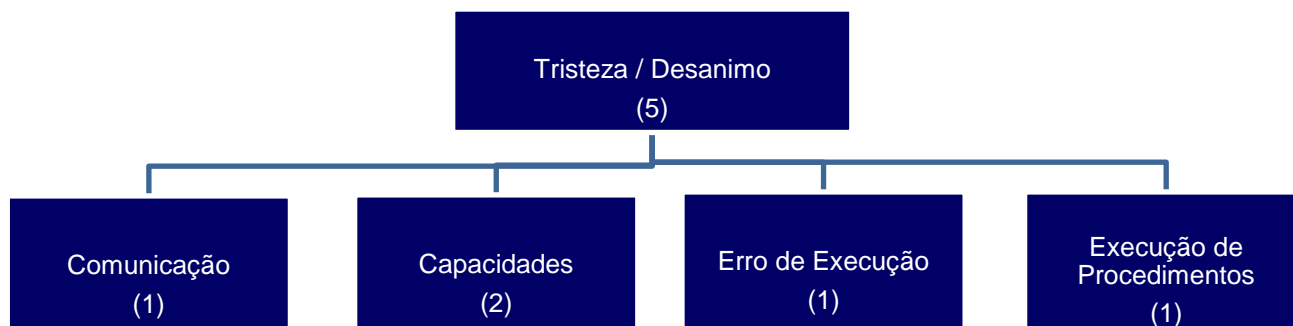
Para além da comunicação e execução de procedimentos, competências do quadro de referência da Ordem dos Enfermeiros, como já mencionámos, surgiram o erro de execução e as capacidades do estudante.

Para Neto (2003), a tristeza é a mais comum das emoções ditas negativas e tem como causa, situações de perda relativas a relações interpessoais ou de posses, e em que o desapontamento normalmente acompanha a consciência da não realização de objectivos e intenções.

Segundo Magalhães (2007, p. 110) “o sofrimento, a mágoa, o desânimo, a melancolia, a solidão, o desamparo, o desespero e o desalento são algumas das características psicológicas associadas à emoção tristeza”.

Pettinelli (2008) distingue a depressão da tristeza. A depressão afecta mais a pessoa por envolver mais do que um sentimento isolado, como a tristeza, e por constituir uma experiência mais profunda. A tristeza é um sentimento que ocorre normalmente após um evento, sendo claro para a pessoa a sua causa.

Diagrama 4 – A Tristeza / Desanimo percebido pelos estudantes na prestação de cuidados.



### Surpresa / Choque vividos

Caracterizámos as situações vividas pelos estudantes como Surpresa / Choque que se encontram apresentadas no Quadro 6 e Diagrama 5.

Podemos verificar que dois estudantes manifestaram-se surpresos relativamente às suas **capacidades** para lidar com as situações de morte, tendo referido:

- O doente faleceu na minha presença, senti-me muito sensibilizada, era uma realidade para a qual não estava preparada (2.8)
- Um outro tipo de situações com as quais me deparei pela primeira vez... prende-se com a morte ... situação que envolve uma alta carga emocional (2.16)

Três estudantes manifestaram-se chocados com a **execução de procedimentos** pós morte:

- A realização dos cuidados pós morte a um utente.... Tocar naquele corpo, posicioná-lo, lavá-lo, sabendo que aquela pessoa já não estava ali, suscitou em mim um conjunto de sentimentos confusos (2.11)
- Um dos acontecimentos que me marcou...foi colaborar na prestação de cuidados pós morte..., pela consciência que tive da morte..., obrigando-nos a adquirir estratégias para lidar com estas situações. (2.13)
- Foi a primeira vez que toquei numa pessoa sem vida, desconhecida. (4.3)

Um estudante considerou chocante a **postura dos profissionais**, traduzidas na seguinte frase:

- Ver os médicos durante as manobras de reanimação com uma atitude descontraída como se nada se passasse deixou-me algo chocada (2.1)

Por ultimo, um estudante referiu-se chocado com a **comunicação** de alguns doentes, tendo mencionado:

- De manhã quando entramos no quarto e dizemos “bom dia” por vezes a única manifestação comunicacional que recebemos é um silêncio frio que nos custa a aceitar (4.4)

Quadro 6 – Surpresa / Choque sentido pelos estudantes na prestação de cuidados.

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
<b>Surpresa / Choque</b>	Capacidades	O doente faleceu na minha presença me senti muito sensibilizada,...era uma realidade para a qual não estava preparada (2.8)
		Um outro tipo de situações com as quais me deparei pela primeira vez... prende-se com a morte ... situação que envolve uma alta carga emocional (2.16)
	Execução de Procedimento	A realização dos cuidados pós morte a um utente.... Tocar naquele corpo, posicioná-lo, lavá-lo, sabendo que aquela pessoa já não estava ali, suscitou em mim um conjunto de sentimentos confusos (2.11)
		Um dos acontecimentos que me marcou...foi colaborar na prestação de cuidados pós morte (2.13)
		Foi a primeira vez que toquei numa pessoa sem vida, desconhecida. (4.3)
	Postura profissional	Ver os médicos durante as manobras de reanimação com uma atitude descontraída como se nada se passasse deixou-me algo chocada (2.1)
	Comunicação	De manhã quando entramos no quarto e dizemos “bom dia” por vezes a única manifestação comunicacional que recebemos é um silêncio frio que nos custa a aceitar.(4.4)

A surpresa/choque sentido pelos estudantes envolveu para além de aspectos comunicacionais e execução de procedimentos (competências do quadro de referência da Ordem dos Enfermeiros), a postura profissional e as capacidades do estudante.

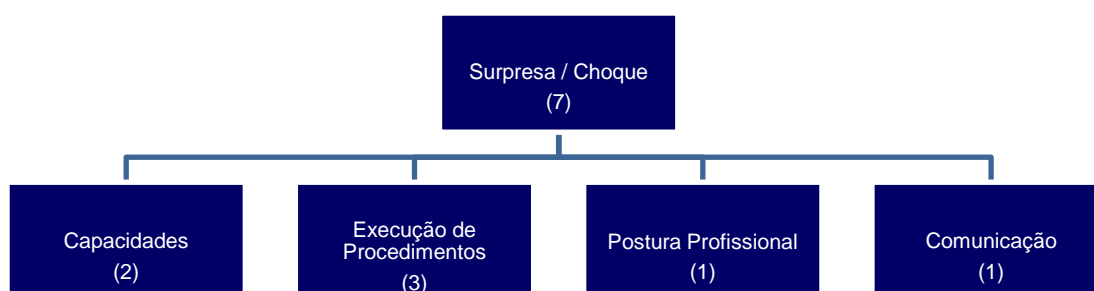
O espanto, a perplexidade e o sobressalto são algumas das características associadas à emoção surpresa. Esta é uma experiência breve e inesperada que dura apenas alguns segundos (Magalhães, 2007).

Normalmente acontece no momento em que decorre o que nos surpreende e depois de isso acontecer, a surpresa pode passar a medo, alívio, cólera ou aversão, ou pode não ser precedida por qualquer emoção (idem).

Para Mercadier (2004) os prestadores de cuidados ficam muitas vezes chocados com a morte de um utente, verificando-se duas reacções opostas: ou levam dias a falar do assunto ou então remetem-se ao silêncio, abafando um afluxo emocional demasiado forte.

Para o prestador de cuidados é tanto mais difícil lidar com a morte quanto mais esta se encontra envolvida pelo halo dos afectos.

Diagrama 5 – Surpresa / Choque sentido pelos estudantes na prestação de cuidados.



### **Vergonha / Embaraço manifestado**

Caracterizámos a situação relatada pelo estudante como embaraço, termo da família de emoções, a vergonha.

No Quadro 7 fica expressa uma situação de embaraço manifestado por um estudante na Execução de Procedimento, nomeadamente na prestação de cuidados de higiene e conforto:

- Nos cuidados de higiene e conforto... A primeira vez que os prestei não me senti à vontade, pois a intimidade da pessoa estava completamente exposta, no entanto, como este é um cuidado diário, acabei por me ir sentindo gradualmente menos constrangida (2.9)

Quadro 7 – Vergonha / Embaraço manifestado por um estudante na prestação de cuidados.

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
Vergonha / Embaraço	Execução de procedimento	Nos cuidados de higiene e conforto... A primeira vez que os prestei não me senti à vontade, pois a intimidade da pessoa estava completamente exposta, no entanto, como este é um cuidado diário, acabei por me ir sentindo gradualmente menos constrangida (2.9)

“Recomenda-se aos alunos que respeitem o pudor do doente, que evitem desnudá-lo completamente, destapando-o apenas em parte de cada vez, para evitar constrangê-lo; mas nada se diz sobre o constrangimento do próprio prestador de cuidados”, (Mercadier, 2004, p.3). O embaraço é quase um sinónimo de vergonha ou simplesmente como um aspecto da vergonha que ocorre especialmente em situações de insucessos sociais.

A vergonha e a culpa ocorrem frequentemente em conjunto, sendo a principal diferença entre elas o facto de a vergonha implicar as avaliações dos outros e a culpa principalmente a auto-avaliação (idem).

A vergonha tem uma função adaptativa de nos sensibilizar para a opinião dos outros e permite o desenvolvimento de aptidões do comportamento social.

### **Amor / Confiança**

A situação de confiança relatada pelos estudantes é um termo da família de emoções, o amor.

Como podemos analisar no Quadro 8, três estudantes revelaram capacidades, expressas da seguinte forma:

- Neste momento, sinto-me mais confiante nas minhas capacidades e naquilo que faço diariamente (2.1)
- Aos poucos, eu própria me fui sentindo mais confiante ... em tudo o que realizava, quer na componente técnica, quer na relacional. (2.2)

- Procuo manter sempre uma atitude positiva ... e auto confiança, quer durante os procedimentos que realizo quer nos ensinios que faço (3.1)

Quadro 8 – Amor / Confiança relatado pelos estudantes na prestação de cuidados.

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
Amor / Confiança	Capacidades	Neste momento, sinto-me mais confiante nas minhas capacidades e naquilo que faço diariamente (2.1)
		Aos poucos, eu própria fui-me sentindo mais confiante...em tudo o que realizava, quer na componente técnica quer na relacional (2.2)
		Procuo manter sempre uma atitude positiva e demonstrar...auto-confiança, quer durante os procedimentos que realizo quer nos ensinios que faço (3.1)

A confiança nas suas capacidades para prestar cuidados ao utente é algo relatado pelos estudantes.

Lazarus citado por Oatley e Jenkins (2002), identificou o amor como uma emoção positiva. Para Neto (2003, p 34) “o amor é a emoção mãe desta família que tem como familiares a aceitação, a amizade, a confiança, a bondade, a afinidade, a devoção, a adoração, a fascinação e o ágape”.

### **Prazer / Agrado assinalados**

O agrado é uma emoção pertencente à família do prazer, recorrendo à classificação utilizada por Goleman (2002).

O Quadro 9 e Diagrama 6 assinalam o agrado dos estudantes. Este surgiu em relação em relação ao Ambiente de Cuidados e de Trabalho.

Em relação ao **ambiente de cuidados**, este é expresso nas seguintes frases:

- Ao assistir a todas as tentativas de devolver a vida aquele doente. Fiquei maravilhada pela forma como a equipa de enfermeiros e de médicos trabalharam em conjunto (4.3)
- Apreciei a equipa em geral, e particularmente a enfermeira (4.4)



- Fiquei radiante com o gesto da senhora e foi como um incentivo que recebi...nunca mais vou esquecer o dia em que recebi o primeiro mimo de uma doente (4.7)

Quanto ao **ambiente de trabalho** em ensino clínico é realçada na frase:

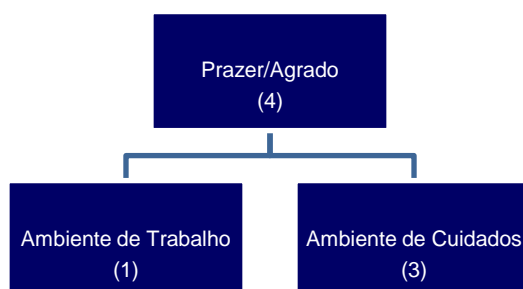
- O seu acompanhamento como tutora revelou-se importante ao longo dos turnos, deixando-me à vontade, dando a liberdade necessária para a colocação de questões sem receio (4.4)

Quadro 9 – Prazer / Agrado sentido pelos estudantes na prestação de cuidados.

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
Prazer / Agrado	Ambiente de cuidados	Ao assistir a todas as tentativas de devolver a vida aquele doente. Fiquei maravilhada pela forma como a equipa de enfermeiros e de médicos trabalharam em conjunto (4.3)
		Apreciei a equipa em geral, e particularmente a enfermeira (4.4)
		Fiquei radiante com o gesto da senhora e foi como um incentivo que recebi...nunca mais vou esquecer o dia em que recebi o primeiro mimo de uma doente (4.7)
	Ambiente de trabalho	O seu acompanhamento como tutora revelou-se importante ao longo dos turnos, deixando-me à vontade, dando a liberdade necessária para a colocação de questões sem receio (4.4)

O ambiente de cuidados e o de trabalho foram percebidos como positivo e favorável ao desenvolvimento do estudante.

Diagrama 6 – O Prazer / Agrado percebido pelos estudantes na prestação de cuidados.



## Ira / Indignação revelados

A situação de Indignação vivida pelos estudantes é um termo da família de emoções, a ira.

No ambiente de cuidados os estudantes revelaram manifestações de indignação (com cinco indicadores), conforme podemos verificar no Quadro 10.

- Outro facto que me marcou, mas um pouco mais pela negativa foi observar que existiam utentes imobilizados no leito ou em cadeiras de rodas. (2.2)
- Situações de abandono e negligência por parte dos familiares de alguns doentes geravam em mim grande revolta (2.6)
- Outra situação significativa que me levou a reflectir por me ter incomodado.... Foi a intervenção de um enfermeiro junto a um doente com dores, queixoso e frágil... dirigiu-se ao senhor tratando-o por tu e com modos algo imperativos (2.12)
- Outra situação para mim geradora de revolta... A enfermeira tentou várias vezes colher sangue... e não conseguiu... Os médicos vieram, tentaram também... estiveram a dizer-lhe que ela era “uma baleia” (3.3)
- Outro dos aspectos que me afrontou foi o facto de existirem profissionais a realizar procedimentos invasivos sem a utilização de luvas (3.4)

Quadro 10 – Ira / Indignação sentida pelos estudantes na prestação de cuidados

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
<b>Ira / Indignação</b>	Ambiente de Cuidados	Outro facto que me marcou, mas um pouco mais pela negativa foi observar que existiam utentes imobilizados no leito ou em cadeiras de rodas. (2.2)
		Situações de abandono e negligência por parte dos familiares de alguns doentes geravam em mim grande revolta (2.6)
		Outra situação significativa que me levou a reflectir por me ter incomodado.... Foi a intervenção de um enfermeiro junto a um doente com dores, queixoso e frágil... dirigiu-se ao senhor tratando-o por tu e com modos algo imperativos (2.12)
		Outra situação para mim geradora de revolta... A enfermeira tentou várias vezes colher sangue... e não conseguiu... Os médicos vieram, tentaram também... e disseram-lhe que ela era “uma baleia” (3.3)
		Outro dos aspectos que me afrontou foi o facto de existirem profissionais a realizar procedimentos invasivos sem a utilização de luvas (3.4)

Nas narrativas analisadas surgem relatos de estudantes indignados com procedimentos de outros prestadores de cuidados, médicos e enfermeiros, e em defesa da dignidade dos doentes. Tal facto corrobora a ideia de Mercadier (2004) que considera que a cólera é mais frequentemente dirigida aos outros actores do hospital do que dirigida aos doentes.

Quando esta emoção não é controlada, gerida e ultrapassada, acaba por resvalar ou para a violência ou para o sentimento de impotência (Mercadier, 2004).

### **Aversão / Desagrado manifestado**

A situação de desagrado manifestada por três estudantes e é um termo da família de emoções, a aversão. As manifestações de desagrado expressas no Quadro 11 e Diagrama 7, são relativas ao ambiente de trabalho e comunicação.

Relativamente ao **ambiente de trabalho**,

- Outro factor foi a presença incomodativa de outros colegas da qual me senti pressionada (2.3)
- Fiquei extremamente incomodada com o facto da mistura de sentimentos que surgiram naquele momento de indecisão. (2.3).
- Quanto à **comunicação**,
- Senti algum desconforto com as perguntas, a angustia e a incerteza destas pessoas, como por exemplo, quando referem a sua tristeza face à doença, a falta de esperança que sentem ... (2.12)

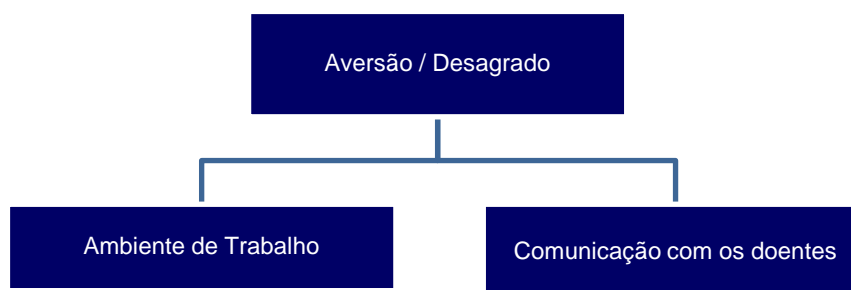
Quadro 11 – Aversão / Desagrado manifestado pelos estudantes na prestação de cuidados

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
<b>Aversão / Desagrado</b>	Ambiente de trabalho	Outro factor foi a presença incomodativa de outros colegas da qual me senti pressionada (2.3) Fiquei extremamente incomodada com o facto da mistura de sentimentos que surgiram naquele momento de indecisão. (2.3).
	Comunicação	Senti algum desconforto com as perguntas, a angústia e a incerteza destas pessoas, como por exemplo, quando referem a sua tristeza face à doença, a falta de esperança que sentem ... (2.12)

A aversão é uma emoção negativa de repulsa e de afastamento que se refere à rejeição daquilo que pode estar contaminado, ser desagradável, física ou psicologicamente ( Oatley e Jenniffer, 2002; Strongman, 2004).

O ambiente de trabalho e a comunicação foram manifestações de desagrado e desfavorável ao desenvolvimento do estudante.

Diagrama 7 – A Aversão / Desagrado manifestado pelos estudantes na prestação de cuidados.



### **Estratégia adoptada para gerir emoções**

Os estudantes especificaram algumas estratégias que adoptaram para gerir as emoções que a prestação de cuidados suscitava. Este tema encontra-se apresentado no Quadro 12 e Diagrama 8 - Estratégias adoptadas pelos estudantes para gerir as emoções, e é constituído pelas seguintes categorias: manter a adequada distancia; suporte e ajuda de colegas; pesquisa; momentos de paragem e reflexão com colegas e comunicação com os doentes (com um total de sete indicadores).

Relativamente às cinco categorias anteriormente referidas os estudantes expressaram sete indicadores:

#### **Manter a adequada distância**

- Citando Frei Bernardo (1988), “Lucidamente faz o possível por manter a serenidade, sem te deixares perturbar e envolver emocionalmente; mantém a adequada distância crítica para, de forma empática e objectiva, poderes ajudar a pessoa segundo as próprias necessidades”. (2.5)

## Suporte e Ajuda de colegas

- Controlando as minhas emoções com o suporte e ajuda das minhas colegas (2.12)

## Pesquisa

- Com a pesquisa de alguns testemunhos e artigos, sobre a relação de ajuda de enfermagem para com doentes oncológicos (2.12).

## Momentos de reflexão com colegas

- A gestão das emoções não se revelou uma tarefa simples, tendo exigido de mim e das minhas colegas, muitos momentos de paragem e reflexão (2.11)
- O que tenho feito, é continuar...conversas e reflexões nos momentos próprios (2.12)

## Comunicação com os doentes

- que tenho feito, é continuar a conviver e aprender com estes doentes, tentando não ficar triste ou demasiadamente abalada. (2.12)
- Procuo não demonstrar desconforto, nem desânimo e utilizo a comunicação como um “escudo”, procurando manter uma relação de confiança e apoio com os utentes. (3.1)

## Quadro 12 - Estratégias adoptadas pelos estudantes para gerir as emoções

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
<b>Estratégia para gerir emoções</b>	Manter a adequada distancia	Citando Frei Bernardo (1988), “Lucidamente faz o possível por manter a serenidade, sem te deixares perturbar e envolver emocionalmente; mantém a adequada distância crítica para, de forma empática e objectiva, poderes ajudar a pessoa segundo as próprias necessidades”. (2.5)
	Suporte e Ajuda de colegas	Controlando as minhas emoções com o suporte e ajuda das minhas colegas (2.12)
	Pesquisa	Com a pesquisa de alguns testemunhos e artigos, sobre a relação de ajuda de enfermagem para com doentes oncológicos (2.12).
	Momentos de reflexão com os colegas	A gestão das emoções não se revelou uma tarefa simples, tendo exigido de mim e das minhas colegas, muitos momentos de paragem e reflexão (2.11)
		O que tenho feito, é continuar... conversas e reflexões nos momentos próprios (2.12)
	Comunicação com os doentes	O que tenho feito, é continuar a conviver e aprender com estes doentes, tentando não ficar triste ou demasiadamente abalada. (2.12)
Procuo não demonstrar desconforto, nem desânimo e utilizo a comunicação como um “escudo”, procurando manter uma relação de confiança e apoio com os utentes. (3.1)		

Para Mercadier (2004) o corpo doente impõe um distanciamento que permita evitar a contaminação decorrente do contacto ou da mera proximidade.

Para a autora, a aprendizagem do cuidar é muita vez envolvida na negação das emoções e considera que aos enfermeiros se exige que mantenham o controlo e encontrem uma boa distancia para se manterem donos das suas emoções. Com frequência há confusão entre sentimentos e comportamentos, como se houvesse uma infiltração do sentir no agir.

Segundo Davis (1995) nas sessões de debriefing os estudantes devem descrever sentimentos, partilhar experiências, proceder à resolução de problemas e identificar razões para a acção.

No debriefing os estudantes analisam as experiências relacionadas com atitudes negativas da equipa, intervenções específicas do enfermeiro e as interacções enfermeiro/ utente (idem).

Neste processo reflexivo da prática clinica, a ansiedade e o stresse podem ser diminuídos, com o apoio do grupo de colegas e do professor (idem).

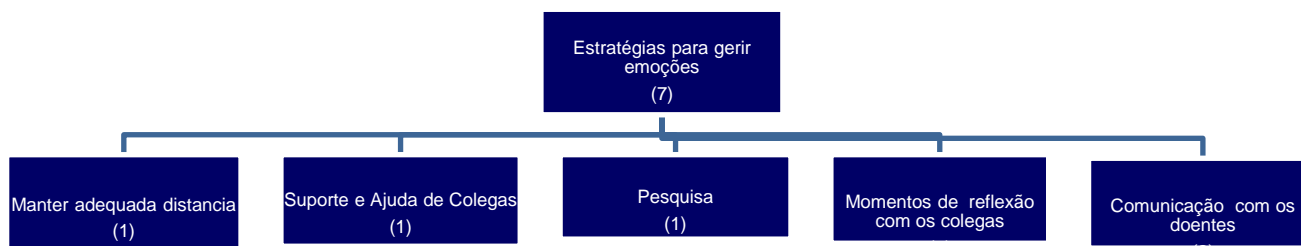
A aprendizagem dos estudantes junto dos profissionais envolve muitas vezes a demonstração, a ajuda mútua e convida à observação e imitação. (Mercadier, 2004).

Uma das competências / capacidades para gerir as emoções, é a empatia que constitui a mais fundamental das aptidões pessoais que tem como finalidade última, compreender o outro e manifestar-lhe compreensão, Agostinho (2010)

Para educar a competência empática, segundo Conanglia (2004) é necessário trabalhar o autoconhecimento emocional, o autocontrolo, a atenção, a escuta activa, a comunicação verbal e não-verbal, a consideração e o sentido de responsabilidade pelo bem-estar dos outros e a expressão do interesse pelo outro através da atenção e ajuda.

As habilidades de comunicação fomentam as relações interpessoais terapêuticas e aumentam o nível de satisfação das pessoas assistidas assim como das pessoas que os assistem Conanglia (2004).

Diagrama 8 – Estratégias adoptadas pelos estudantes para gerir as emoções na prestação de cuidados



## 1.2 - Informação das Narrativas Temáticas

A análise da informação contida nas narrativas temáticas dos estudantes permitiu-nos obter mais informação sobre as emoções envolvidas na prática de cuidados ao doente; os cuidados que suscitam mais emoções; as sensações que envolvem a prestação de cuidados e as estratégias para gerir as emoções.

### Emoções na prática de cuidados

Quanto às emoções que a prática de cuidados suscita no estudante e analisando o Quadro 13 e Diagrama 9, podemos verificar que a alegria, a tristeza, prazer, medo, ira ou raiva e vergonha ou embaraço.

As situações de **alegria** são referentes à execução de procedimentos, ambiente de trabalho e autonomia dos doentes.

A alegria relativa à execução de procedimentos é expresso com a frase:

- A prestação de cuidados, regra geral, suscita-me...e alegria, por sentir que estou a contribuir para a recuperação de uma pessoa (3);

As situações de alegria são também referentes ao ambiente de trabalho, como podemos verificar na frase:

- A alegria, por fazer parte integrante da equipa responsável pela recuperação de determinada pessoa (3)

Ainda são referentes à autonomia dos doentes e expresso da seguinte forma:

- Quando me encontro perante pessoas...autónomas e visivelmente alegres...experiencio emoções positivas como a alegria e o entusiasmo (7)

A **tristeza** é referente à **ineficácia dos cuidados, incapacidade** para fazer mais e de alterar situação e à **falta de autonomia dos doentes**.

Relativamente à ineficácia dos cuidados, os estudantes mencionaram:

- Tem a ver com os momentos em que sinto que os meus cuidados não estão a ser eficazes, e então o sentimento de frustração aparece aliado a alguma tristeza (3).

Quanto à incapacidade para fazer mais e de alterar situação, os estudantes referiram:

- Foi um turbilhão de emoções...tristeza e raiva por não ter podido fazer mais (4)
- Senti...uma tristeza imensa...por não ter as capacidades de alterar aquela situação (5).

Já a falta de autonomia dos doentes é expressa num indicador, em que o estudante referiu:

- Quando me encontro perante pessoas dependentes / acamadas, surgem-me emoções negativas como a tristeza (7).

Já as situações de **prazer** são relativas à **execução de procedimentos e ao sentimento de utilidade**, expresso pelos estudantes com as seguintes frases:

- A prestação de cuidados, regra geral, suscita-me prazer (3)
- Querer continuar a cuidar do outro da melhor forma, sem nunca me esquecer o quão importante e prazeroso é no final de um turno sentir que se foi útil (3).

O **medo** é manifestado em relação a **situações imprevistas**, e expressa do seguinte modo:

- Medo ou nervosismo pelo receio que aconteça alguma coisa que não tínhamos previsto ou que não consiga dar resposta de forma correcta (2).

A **ira ou raiva** surge quando a pessoa **recusa cuidados** e que é mencionado da seguinte forma:

- Até a ira ou raiva unicamente em casos em que por recusa consciente ou até inconsciente, a pessoa em causa dificulta a prestação de cuidados que lhe são indispensáveis (5).

A **vergonha / embaraço** é valorizada por um estudante que considera:

- Por muito que respeitemos a intimidade e privacidade daquela pessoa, não consigo deixar de imaginar o constrangimento e embaraço por ela sentidos (8)



Quadro 13 – Respostas dos Estudantes à Questão: Que Emoções Lhe suscitam a Prestação de Cuidados aos Doentes?

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
Emoções	Tristeza	Tem a ver com os momentos em que sinto que os meus cuidados não estão a ser eficazes, e então o sentimento de frustração aparece aliado a alguma tristeza (3)
		Foi um turbilhão de emoções...tristeza e raiva por não ter podido fazer mais (4)
		Senti...uma tristeza imensa...por não ter as capacidades de alterar aquela situação (5)
		Quando me encontro perante pessoas dependentes / acamadas, surgem-me emoções negativas como a tristeza (7)
	Alegria	A prestação de cuidados, regra geral, suscita-me ...e alegria, por sentir que estou a contribuir para a recuperação de uma pessoa (3)
		A alegria, por fazer parte integrante da equipa responsável pela recuperação de determinada pessoa (3)
		Quando me encontro perante pessoas...autónomas e visivelmente alegres...experienço emoções positivas como a alegria e o entusiasmo (7)
	Prazer	A prestação de cuidados, regra geral, suscita-me prazer (3)
		Querer continuar a cuidar do outro da melhor forma, sem nunca me esquecer o quão importante e prazeroso é no final de um turno sentir que se foi útil (3)
	Medo ou Nervosismo	Medo ou nervosismo pelo receio que aconteça alguma coisa que não tínhamos previsto ou que não consiga dar resposta de forma correcta...(2)
	Ira ou Raiva	...Até a ira ou raiva unicamente em casos em que por recusa consciente ou até inconsciente, a pessoa em causa dificulta a prestação de cuidados que lhe são indispensáveis (5)
Vergonha / Embaraço	Por muito que respeitemos a intimidade e privacidade daquela pessoa, não consigo deixar de imaginar o constrangimento e embaraço por ela sentidos (8)	

Relativamente à questão: “Que emoções lhe suscitam a prestação de cuidados?”, Constituiu nosso objectivo aprofundar a informação anteriormente obtida nas

narrativas de aprendizagem pelo que vamos mencionar unicamente os aspectos que a complementam.

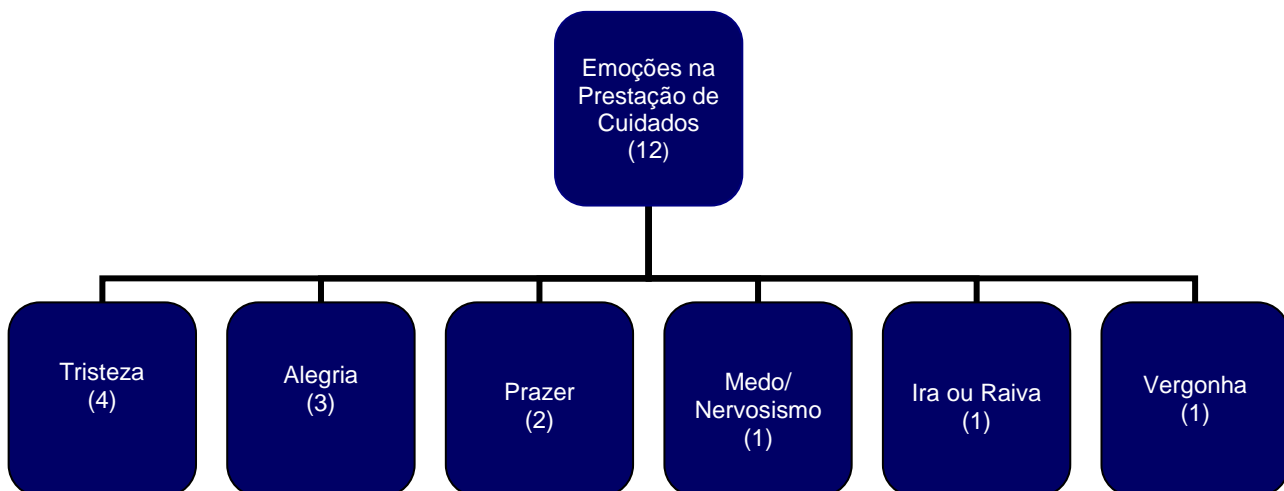
Os estudantes expressaram **alegria**, referente à execução de procedimentos, ambiente de trabalho e autonomia dos doentes, emoção não anteriormente evidente nas narrativas de aprendizagem.

Quanto à **tristeza** também surge no discurso dos estudantes dois aspectos não anteriormente mencionados, a ineficácia dos cuidados e a falta de autonomia dos doentes.

Relativamente ao **prazer**, para além do ambiente de trabalho e de cuidados evidente nas narrativas de aprendizagem, surge o prazer relativo à execução de procedimentos e ao sentimento de utilidade.

O medo relativo a situações imprevistas complementa a informação anteriormente obtida tal como na ira ou raiva, as situações de recusa de cuidados.

Diagrama 9 – Emoções na prestação de cuidados aos doentes.



## **Cuidados prestados ao doente que suscitam mais emoções**

Analisando o Quadro 14 e o Diagrama 10, verificamos que os estudantes valorizaram mais os **cuidados de higiene e conforto**, seguido dos **cuidados ao corpo após a morte** e por último o **cuidar pessoas em fase terminal**.

Os **Cuidados de higiene e conforto** foram valorizados por alguns estudantes como o cuidado que suscitou mais emoções, como espelham os seguintes indicadores:

- No início os cuidados de higiene e conforto ...eram bastante incómodos especialmente se estava com pessoas...jovens, do sexo feminino...(1)
- Os cuidados que suscitam mais emoções são os cuidados de higiene e conforto...por um lado o contacto com o corpo de outra pessoa...estou a invadir, a entrar numa área que de facto não deveria ser de mais ninguém senão do doente (2)
- Uma vez que ao darmos um banho no leito nós estamos a expor a pessoa, (6)
- Os cuidados que suscitam mais emoções são os cuidados de higiene (7)
- O momento das higiènes sempre me sensibilizou, principalmente as higiènes no leito (8)

Também **os cuidados ao corpo após a morte** suscitaram mais emoções nos estudantes como verificamos nos seguintes indicadores:

- No início os cuidados...os cuidados a um cadáver eram bastante incómodos (1)
- Os cuidados pos mortem... não sei lidar com as minhas emoções nesses momentos e não gosto de pensar sobre isso (2)
- Os cuidados mais carregados de emoções são sem duvida a prestação de cuidados pós morte (4)
- Para mim os cuidados mais carregados de emoções são, sem dúvida, situações limite de... e prestação de cuidados pós morte (5)

Por último, **cuidar pessoas em fase terminal**, surgem expressas nos seguintes indicadores:

- Terá sido mais marcante especialmente nas situações de pessoas em estado terminal (1)
- Os cuidados mais carregados de emoções são sem duvida as pessoas em fim de vida (4)
- Para mim os cuidados mais carregados de emoções são, sem dúvida, situações limite de pessoas em fim de vida ou casos de morte cerebral (5)

Quadro 14 – Respostas dos Estudantes à Questão: “Que Cuidados prestados ao doente lhe suscitam mais Emoções”?

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
Cuidados prestados	Cuidados de Higiene	No início os cuidados de higiene e conforto ...eram bastante incómodos especialmente se estava com pessoas...jovens, do sexo feminino...(1)
		Os cuidados que suscitam mais emoções são os cuidados de higiene e conforto...por um lado o contacto com o corpo de outra pessoa...estou a invadir, a entrar numa área que de facto não deveria ser de mais ninguém senão do doente (2)
		Uma vez que ao darmos um banho no leito nós estamos a expor a pessoa, (6)
		Os cuidados que suscitam mais emoções são os cuidados de higiene (7)
		O momento das higiènes sempre me sensibilizou, principalmente as higiènes no leito (8)
	Cuidado ao Corpo Após a Morte	No início os cuidados...os cuidados a um cadáver eram bastante incómodos (1)
		Os cuidados pos mortem... não sei lidar com as minhas emoções nesses momentos e não gosto de pensar sobre isso (2)
		Os cuidados mais carregados de emoções são sem duvida a prestação de cuidados pós morte (4)
		Para mim os cuidados mais carregados de emoções são, sem dúvida, situações limite de... e prestação de cuidados pós morte (5)
	Pessoas em Fase Terminal	Terá sido mais marcante especialmente nas situações de pessoas em estado terminal (1)
		Os cuidados mais carregados de emoções são sem duvida as pessoas em fim de vida (4)
		Para mim os cuidados mais carregados de emoções são, sem dúvida, situações limite de pessoas em fim de vida ou casos de morte cerebral (5)

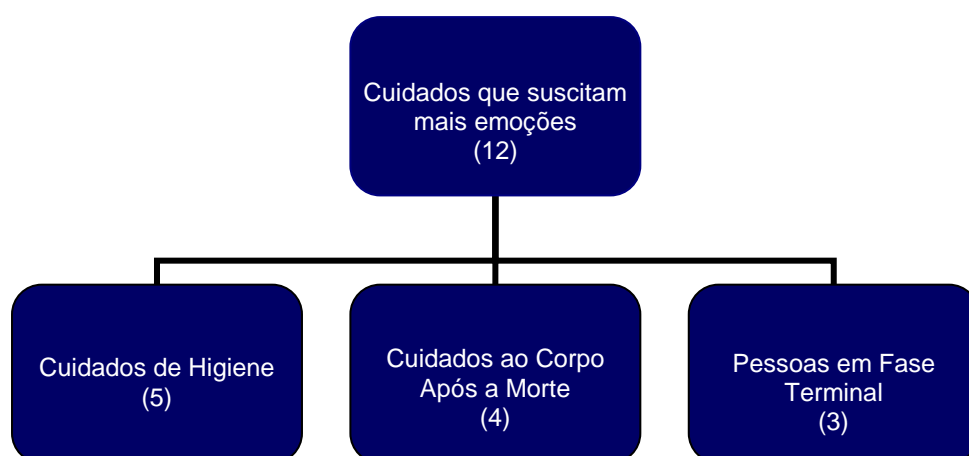
Os cuidados ao corpo após a morte e os cuidados à pessoa em fase terminal já tinham sido valorizados na análise das narrativas de aprendizagem. Os cuidados de higiene surgem muito enfatizados nos relatos dos estudantes.

Os cuidados de higiene constituem um ritual que põe dois corpos num frente a frente, situando-os numa relação de proximidade que ultrapassa o espaço privado de

cada um, numa proximidade corporal que não deixa indiferente tanto o corpo do enfermeiro / cuidador, como o da pessoa cuidada, (Salvado, 2010).

Cuidar o corpo do outro, desnuda-lo e tocar-lhe é uma experiência que não se limita a uma exposição do corpo mas que expõe a totalidade da pessoa, a sua interioridade e intimidade, que devem ser respeitadas e preservadas (idem).

Diagrama 10 – Cuidados que suscitam mais emoções ao estudante.



### Sensações marcantes na prestação de cuidados

Nesta questão pretendia-se conhecer quais os estímulos visuais, auditivos, tácteis, e olfactivos (sensações) presentes na prestação de cuidados e capazes de induzir emoções, contudo, as respostas dos estudantes foram respeitantes aos sentimentos que a mesma provocava. Embora não tenha sido possível obter a informação pretendida, ampliámos o conhecimento dos sentimentos que envolvem a prestação de cuidados.

Analisando o Quadro 15 e Diagrama 11, verificamos que dos quinze indicadores, três são respeitantes ao sentimento de impotência, dois do dever cumprido, dois de desagrado, dois de frustração, e um respectivamente de Altruísmo, Satisfação, Orgulho, Fuga, Intimidação e Serenidade.

O sentimento de **impotência** foi percebido pelos estudantes e expresso nas seguintes frases:

- A impotência de não poder intervir prestando cuidados ao doente que lhe aliviem o sofrimento (1)
- A impotência de não poder intervir...nas situações de pessoas em estado terminal (1)
- A impotência por não poder auxiliar mais aquela pessoa, por não poder fazer nada para que ela possa melhorar rapidamente (5)

O sentimento do **dever cumprido** foi percebido por dois estudantes que referem:

- Os sentimentos que ao longo do curso mais vivenciei foram os de dever cumprido. (1)
- Por vezes sinto também a sensação de dever cumprido por estar a ajudar aquelas a ultrapassarem as suas dificuldades (6).

Já o sentimento de **desagrado** foi percebido por dois estudantes que mencionaram:

- Em situações mais desagradáveis...mais constrangedoras ou repugnantes...em que era obrigado a lidar...talvez o sentimento de desagrado fosse o mais presente (1)
- Só em casos particulares em que o procedimento é doloroso é que sinto algum desagrado pela dor que possa causar (3)

As percepções de **frustração** são expressas por dois estudantes que mencionam:

- Tem a ver com os momentos em que sinto que os meus cuidados não estão a ser eficazes, e então o sentimento de frustração aparece (3)
- Sensação de frustração por não ter as capacidades de alterar aquela situação (5).

Já os sentimentos de **Altruísmo, Satisfação, Orgulho, Fuga, Intimidação e Serenidade**, com um indicador de cada um, mencionados da seguinte forma:

- Os sentimentos que ao longo do curso mais vivenciei foram os de altruísmo (1)
- A disponibilidade para ouvir o utente...e colaborar em manobras de suporte avançado de vida...dá-me a mesma satisfação pessoal (1)
- Senti um enorme orgulho por ser escolhida como confidente (5)
- Sentia uma enorme vontade de talvez fugir para evitar aquele envolvimento (5)
- Sinto-me intimidado e retraído, uma vez que ao darmos um banho no leito nós estamos a expor a pessoa, a violar a sua privacidade e isso faz-me ficar intimidado (6)
- Com a experiência vem a serenidade... dei comigo a pensar que esta serenidade pode ser perigosa... pode deixar-nos anestesiado, apáticos ao que nos rodeia( 8)

Quadro nº 15 – Respostas dos Estudantes à Questão: “Que sensações são mais marcantes na Prestação de Cuidados”?

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
Sentimentos	Impotência	A impotência de não poder intervir prestando cuidados ao doente que lhe aliviem o sofrimento (1)
		A impotência de não poder intervir...nas situações de pessoas em estado terminal (1)
		impotência por não poder auxiliar mais aquela pessoa, por não poder fazer nada para que ela possa melhorar rapidamente (5)
	Dever cumprido	Os sentimentos que ao longo do curso mais vivenciei foram os de dever cumprido. (1)
		Por vezes sinto também a sensação de dever cumprido por estar a ajudar aquelas a ultrapassarem as suas dificuldades (6)
	Desagrado	Em situações mais desagradáveis...mais constrangedoras ou repugnantes...em que era obrigado a lidar...talvez o sentimento de desagrado fosse o mais presente (1)
		Só em casos particulares em que o procedimento é doloroso é que sinto algum desagrado pela dor que possa causar (3)
	Frustração	Tem a ver com os momentos em que sinto que os meus cuidados não estão a ser eficazes, e então o sentimento de frustração aparece (3)
		Sensação de frustração por não ter as capacidades de alterar aquela situação (5)
	Altruísmo	Os sentimentos que ao longo do curso mais vivenciei foram os de altruísmo (1)
	Satisfação	A disponibilidade para ouvir o utente...e colaborar em manobras de suporte avançado de vida...dá-me a mesma satisfação pessoal (1)
	Orgulho	Senti um enorme orgulho por ser escolhida como confidente (5)
	Fuga	Sentia uma enorme vontade de talvez fugir para evitar aquele envolvimento (5)
Intimidação	Sinto-me intimidado e retraído, uma vez que ao darmos um banho no leito nós estamos a expor a pessoa, a violar a sua privacidade e isso faz-me ficar intimidado (6)	
Serenidade	Com a experiência vem a serenidade... dei comigo a pensar que esta serenidade pode ser perigosa... pode deixar-nos anestesiado, apáticos ao que nos rodeia...(8)	

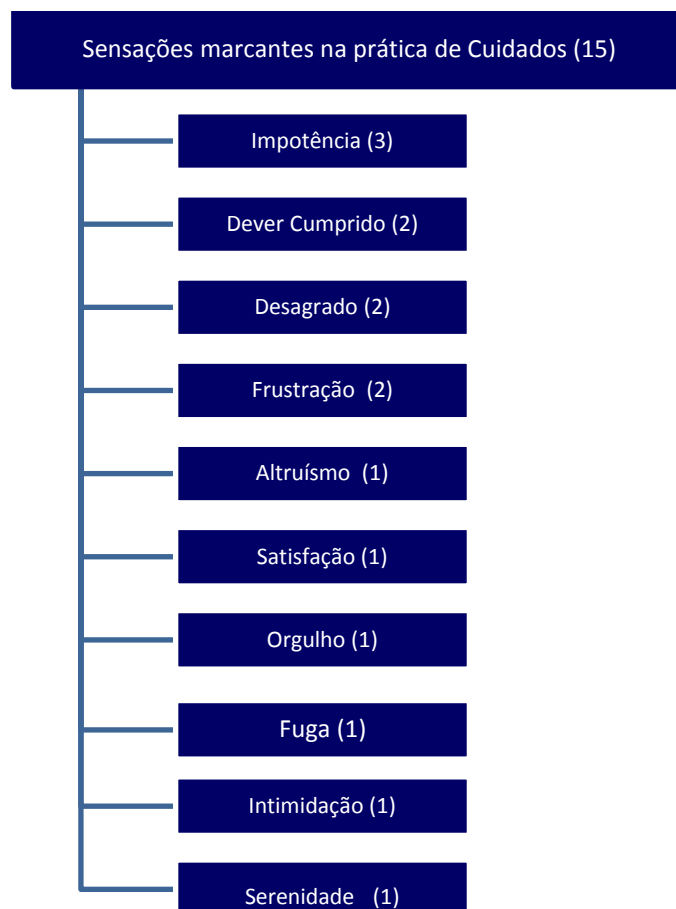
Encontrámos sentimentos positivos tais como o do dever cumprido, o altruísmo, a satisfação, o orgulho e a serenidade.

A impotência e a frustração, foram sentimentos já mencionados pelos estudantes nas narrativas de aprendizagem. Surgiram ainda como sentimentos negativos o desagrado a fuga e a intimidação.

Para Diogo (2006, p.81) “o cuidador deve, pois, melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus sentimentos, dos seus medos, tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitiram melhorar a qualidade dos cuidados que presta”.

Considera ainda que a habilidade de compreender e nomear as emoções e sentimentos é uma das principais competências da regulação das emoções nem sempre fácil de se conseguir, mas passível de ser exercitada e treinada (idem).

Diagrama 11 – Sensações marcantes na prática de Cuidados.





## Estratégia utilizada para gerir as emoções

Analisando o Quadro 16 e Diagrama 12 podemos verificar que dos catorze indicadores, a partilha foi a estratégia expressa em quatro indicadores, a considerar:

- Tento partilhar com enfermeiros, professores, colegas de curso (4)
- Procuo partilhar experiências com enfermeiros, professores, colegas de curso (5)
- Para isso partilhava as minhas emoções com os meus colegas para perceber se eles sentiam o mesmo e como as ultrapassavam e partilhava com o professor e tutor, para que eles me ajudassem a encontrar estratégias para gerir as minhas emoções (6)
- Ao partilharmos experiências, percebemos que não somos os únicos a vivenciar e a sentir o mesmo (8)

Outra estratégia que os estudantes mencionaram foi o **desabafo** (dois indicadores) e expresso nas seguintes frases:

- Tento... desabafar com amigos e familiares (4)
- Procuo... desabafar com amigos e familiares, sobre a forma como me senti perante uma situação difícil (5)

**Aprender pela observação** foi outra das estratégias apresentadas nos dois indicadores, abaixo mencionados:

- Tento aprender formas de lidar com a situação pela observação dos profissionais de saúde (4)
- Passa pelo método de observação social e imitação dos comportamentos observados nos profissionais de saúde (5)

O **Hábito** e o **Apoio de Colegas**, com dois indicadores cada, foram outra das estratégias valorizadas pelos estudantes, a considerar:

- Penso que me fui habituando a lidar com as situações mais difíceis e agora já nada é emocionalmente muito mau (2)
- Com o tempo e a prática, os sentimentos, apesar de presentes passam a ser menos intensos, como se a caixinha que temos no coração para guardar tais emoções fosse aumentando e deixasse de transbordar como no início (5)
- No início recorria ... a alguns colegas que foram uma ótima ajuda (2)
- Juntos (com colegas) descobrimos a melhor forma de ultrapassar barreiras, festejamos vitórias, rimos e choramos, os dramas são minimizados e os sucessos sobrevalorizados. (8)

Com um indicador cada, surge a **Formação** e o **Distanciamento e Autocontrolo**, como podemos verificar nas frases seguintes:

- Passa por recordar muita da formação oferecida no curso ao nível da psicologia (5)
- As emoções negativas desencadeiam no enfermeiro reacções como o stress ou a ansiedade, e por isso, neste tipo de situações, faço uso dos mecanismos de coping, principalmente o distanciamento ou o autocontrolo (7)

Quadro 16 – Respostas dos Estudantes à Questão: “Que Estratégia utiliza para Gerir as Emoções”?

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADORES
Estratégia para Gerir Emoções	Partilha	Tento partilhar com enfermeiros, professores, colegas de curso (4)
		Procuro partilhar experiências com enfermeiros, professores, colegas de (5)
		Para isso partilhava as minhas emoções com os meus colegas para perceber se eles sentiam o mesmo e como as ultrapassavam e partilhava com o professor e tutor, para que eles me ajudassem a encontrar estratégias para gerir as minhas emoções (6)
		Ao partilharmos experiências, percebemos que não somos os únicos a vivenciar e a sentir o mesmo (8)
	Desabafar	Tento... desabafar com amigos e familiares (4)
		Procuro... desabafar com amigos e familiares, sobre a forma como me senti perante uma situação difícil (5)
	Aprender pela observação	Tento aprender formas de lidar com a situação pela observação dos profissionais de saúde (4)
		Passa pelo método de observação social e imitação dos comportamentos observados nos profissionais de saúde (5)
	Hábito	Penso que me fui habituando a lidar com as situações mais difíceis e agora já nada é emocionalmente muito mau (2)
		Com o tempo e a prática, os sentimentos, apesar de presentes passam a ser menos intensos, como se a caixinha que temos no coração para guardar tais emoções fosse aumentando e deixasse de transbordar como no início (5)
	Apoio de Colegas	No início recorria ... a alguns colegas que foram uma ótima ajuda (2)
		Juntos (com colegas) descobrimos a melhor forma de ultrapassar barreiras, festejamos vitórias, rimos e choramos, os dramas são minimizados e os sucessos sobrevalorizados. (8)
	Formação	Passa por recordar muita da formação oferecida no curso ao nível da psicologia (5)
	Distanciamento ou o autocontrolo	...as emoções negativas desencadeiam no enfermeiro reacções como o stress ou a ansiedade, e por isso, neste tipo de situações, faço uso dos mecanismos de coping, principalmente o distanciamento ou o autocontrolo (7)

Relativamente à partilha, ao desabafo e ao apoio de colegas, Gray citado por Serra (2010) considera que a supervisão e a reflexão sobre as emoções, num trabalho conjunto, interpares ou com os orientadores, num espaço físico-temporal que o permita, são métodos de prevenção do stress e burnout,

Davis (1995) menciona que nas sessões de debriefing os estudantes devem descrever sentimentos, partilhar experiências, proceder à resolução de problemas e identificar razões para a acção.

No debriefing os estudantes analisam as experiências relacionadas com atitudes negativas da equipa, intervenções específicas do enfermeiro e as interacções enfermeiro/ utente. O principal resultado do debriefing é a possibilidade de identificar as necessidades de aprendizagem que conduzem a respostas tais como: cooperação, partilha e auto avaliação (idem).

Neste processo reflexivo da prática clínica, a ansiedade e o stress podem ser diminuídos, com o apoio do grupo de colegas e do professor (idem).

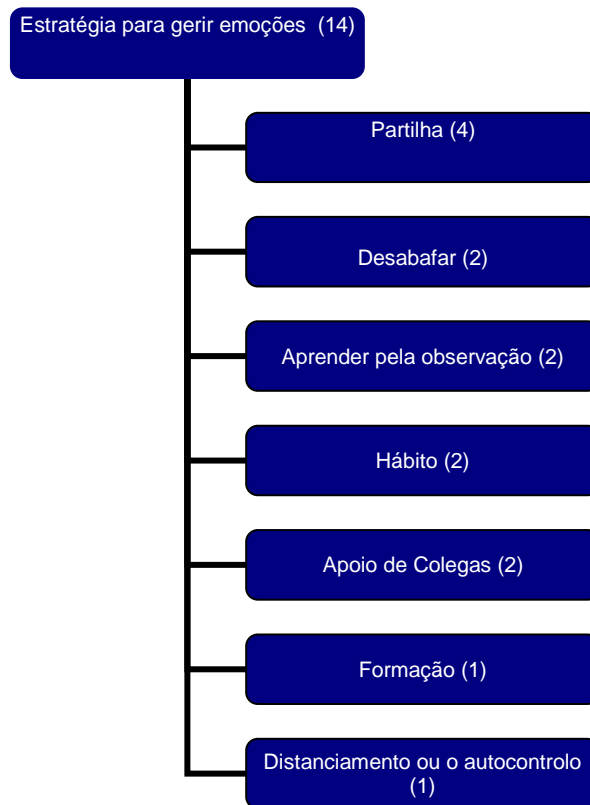
Relativamente ao **hábito** e ao **aprender pela observação**, Mercadier (2004) considera que o apoio afectivo que os prestadores de cuidados encontram junto da equipa, salientam os rituais iniciáticos ou de investidura, os rituais de agregação e as manifestações de exclusão. Os rituais de agregação permitem reforçar a coesão do grupo e influenciam a organização da vida colectiva dos cuidadores e traduzem a partilha de valores, de crenças, de regras de funcionamento comuns. A aprendizagem dos estudantes junto dos profissionais com demonstração e ajuda mútua, convida à observação e imitação e tem um impacto no futuro profissional (idem).

Também a protocolização dos cuidados pode fazer parte de um conjunto amplo de estratégias que permitem ao cuidador manter o controlo das emoções na sua relação com o corpo doente (idem).

Quanto a **manter uma adequada distancia**, Mercadier (2004) refere que o corpo doente impõe um distanciamento que permite evitar a contaminação decorrente do contacto ou da mera proximidade.

Para a autora, a aprendizagem do cuidar é muita vez envolvida na negação das emoções e considera que aos enfermeiros se exige que mantenham o controlo e encontrem uma boa distancia para se manterem donos das suas emoções. Com frequência há confusão entre sentimentos e comportamentos, como se houvesse uma infiltração do sentir no agir.

Diagrama 12 – Estratégia para gerir as emoções na prestação de Cuidados.



## 2 - Apresentação dos Resultados dos Questionários

Como metodologia de apresentação dos dados mantivemos a sequência das perguntas constantes do questionário (Anexo 4)

### 2.1 - Caracterização da Amostra

Os Estudantes alvo do nosso estudo foram caracterizados quanto à idade, sexo, estado civil e distribuição por ano de curso.

#### Idade dos Estudantes

Analisando a Tabela e o Gráfico nº 2 verificamos que 127 estudantes têm 21 anos; seguido de 126 de 20 anos; 75 de 22 anos; 37 de 19 anos, 17 de 23 anos; 8 de 24 anos; 4 de 26 anos e 3 de 27, 28, e 32 anos respectivamente. Um só estudante possui as seguintes idades: 18; 29; 31; 35; 36 e 41 anos. A Idade mínima é de 18 anos e a máxima de 41. A média de idades é 21,24 e o desvio padrão 2,322.

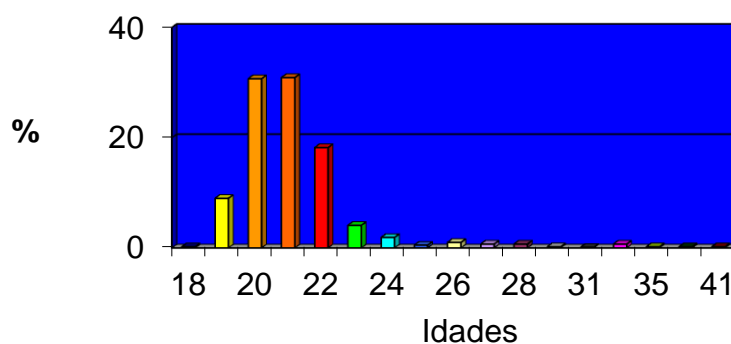
Tabela 1 - Distribuição da Idade dos Estudantes

IDADE DOS ESTUDANTES	Nº	%
18	1	0,2
19	37	9,0
20	126	30,7
21	127	30,9
22	75	18,2
23	17	4,1
24	8	1,9
25	2	0,5
26	4	1,0
27	3	0,7
28	3	0,7
29	1	0,2
31	1	0,2
32	3	0,7
35	1	0,2
36	1	0,2
41	1	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>411</b>	<b>100,0</b>

Esperidião e Munari (2004) mencionam que a idade dos estudantes é cada vez menor, estando muitos deles em plena adolescência e chegam ao meio acadêmico sob forte stress e pressão que decorre do ingresso no ensino superior.

Citando Antunes, Serra (2010), considera que a exposição dos estudantes às realidades profissionais e estímulos emocionais não difere muito do que são sujeitos os próprios profissionais no exercício e que o seu impacto pode ser marcante pois o processo de desenvolvimento da identidade profissional é simultâneo a um processo de amadurecimento que coincide com o fim da adolescência e princípio da idade adulta, período ele próprio conflituoso e em construção

Gráfico 1 – Distribuição das Idades dos Estudantes



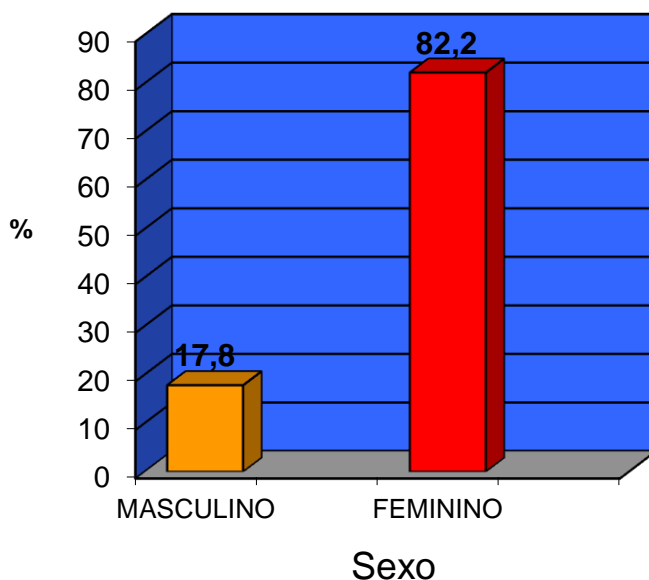
### Sexo dos Estudantes

Analisando a Tabela e Gráfico 3 respeitante à distribuição dos estudantes segundo o sexo, verificamos que 338 são do sexo Feminino e 73 do sexo masculino.

Tabela 2 - Distribuição dos Estudantes segundo o Sexo

SEXO	Nº	%
Masculino	73	17,8
Feminino	338	82,2
<b>TOTAL</b>	<b>411</b>	<b>100,0</b>

Gráfico 2 - Distribuição dos Estudantes segundo o Sexo



Para Felman (2001) parecem existir diferenças em termos de género nas experiências emocionais.

Uma série de estudos sugere que as mulheres relatam experimentar emoções mais intensamente e expressam-nas mais prontamente.

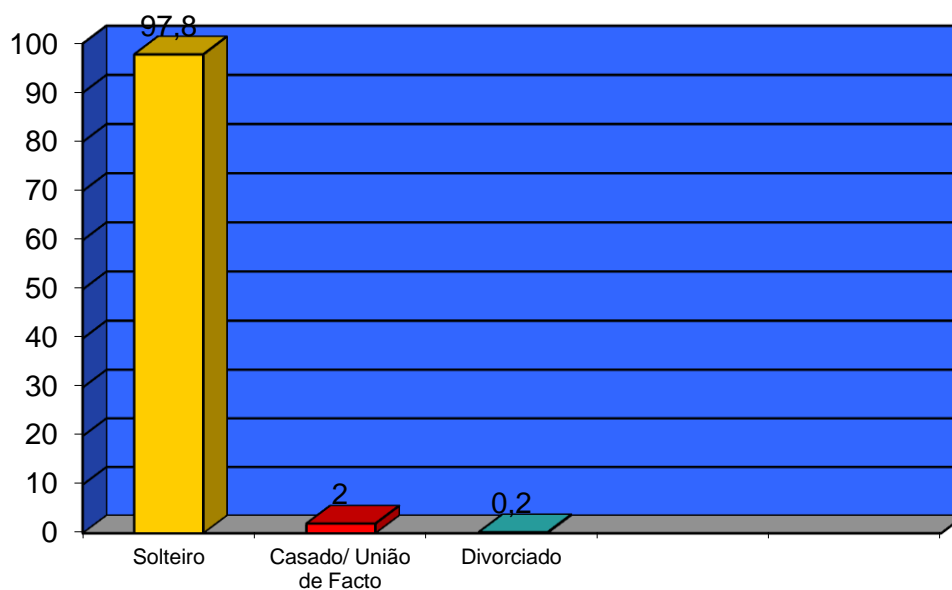
### Estado Civil

Pela análise da Tabela e Gráfico 4, dos 411 estudantes, 402, (97,8%) são solteiros, 8 (2%) são Casados ou em União de Facto e só 1 (0,2 %) estudante é Divorciado.

Tabela 3 - Distribuição dos Estudantes segundo o Estado Civil

ESTADO CIVIL	Nº	%
Solteiro	402	97,8
Casado / União De Facto	8	2,0
Separado / Divorciado	1	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>411</b>	<b>100,0</b>

Gráfico 3 - Distribuição dos Estudantes segundo o Estado Civil



### Estudantes por ano de Curso

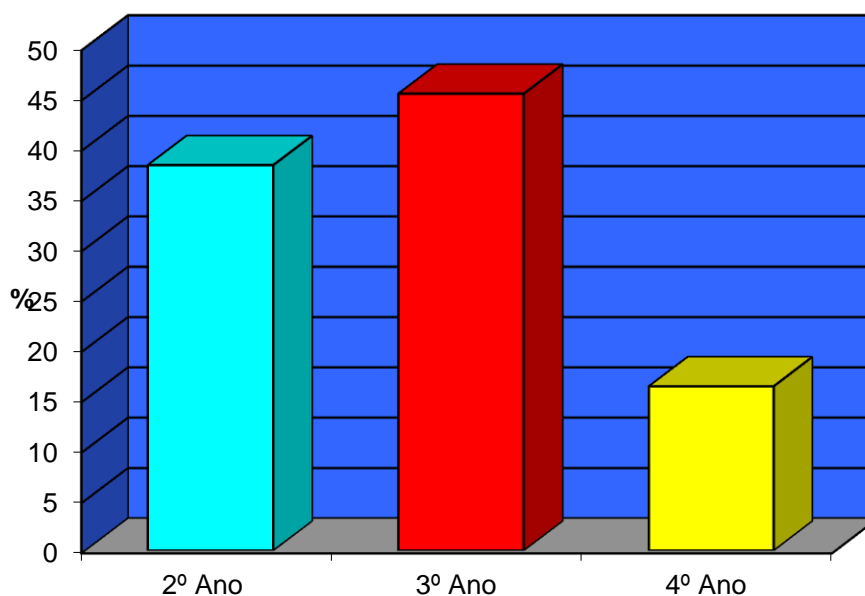
Analisando a Tabela e Gráfico 5, podemos verificar que 158 estudantes (38,3 %) frequentam o 2º ano; 187 (45,4%) estudantes frequentam o 3º ano e 67, (16,3 %) frequentam o 4º ano.

Tabela 4 – Distribuição da frequência de estudantes por ano do curso

ANO DE CURSO	Nº	%
2º Ano	158	38,3
3º Ano	187	45,4
4º Ano	67	16,3
<b>TOTAL</b>	<b>411</b>	<b>100,0</b>



Gráfico 4 - Distribuição dos Estudantes por ano de Curso



## 2.2 – Avaliação de emoções na prestação de cuidados

Utilizando a Escala de avaliação das emoções, pediu-se aos estudantes que perante a prática de cuidados (comunicação; lidar com a morte; cuidado ao corpo após a morte, cuidados de higiene; cuidados à ferida; cateterismo vesical, punção venosa e ressuscitação cardio-respiratória), identificassem, quantificando (de 1 a 10) a emoção que a mesma lhe suscitou.

### Comunicação

Analisando o Quadro 18 e Gráfico 6 podemos verificar que o **Factor 2 – Felicidade (com os itens: Contente, Alegre e Feliz)** apresentam as médias mais elevadas, respectivamente, **6,94; 6,69, 6,79** e desvios padrão de **2,071; 2,222 e 2,364**.

O **Factor 1 – Medo (com os itens, Irritado, Ansioso, Preocupado e Nervoso)**, apresenta respectivamente as médias de **2,43; 4,70; 4,70 e 4,37** e desvio padrão de **1,766; 2,317, 2,470 e 2,443**.

O **Factor 6 – Surpresa**, com os itens **Surpreendido, Espantado e Perplexo** apresenta respectivamente as médias de **5,25; 3,82 e 3,40** e o desvio padrão de **2,287; 2,183 e 2,113**.

O **Factor 4 - Culpa**, com os itens **Receoso, Culpado, Rejeitado, Contrariado e Humilhado** têm como média respectivamente **4,54; 2,15; 2,48, 2,49 e 2,10** e o desvio padrão de **2,310; 1,5595; 1,873; 1,813 e 1,691**.

O **Factor 3 - Ansiedade**, com os itens **Sobressaltado, Perturbado, Assustado e Desesperado** têm como média respectivamente **2,88; 2,95; 2,97; 2,25** e o desvio padrão de **1,795; 1,991; 1,960 e 1,851**.

Ainda o **Factor 5 – Cólera**, com os itens **Zangado, Envergonhado e Aborrecido**, apresentam respectivamente as médias de **2,26; 3,60 e 2,49** e o desvio padrão de **1,716; 2,201 e 1,657**.

Por ultimo o **Factor 7 – Tristeza** com os itens **Descontente e Triste** têm respectivamente as médias de **2,99 e 2,86** e o desvio padrão de **1,999 e 2,044**.

Quadro 17 – Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados à Comunicação com os utentes pelos estudantes em Ensino Clínico

FACTORES	ITENS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
FACTOR 1- MEDO	Item 4 – Iritado	2,43	1,766
	Item 6 – Ansioso	4,70	2,317
	Item 14 –Preocupado	4,70	2,470
	Item 22 – Nervoso	4,37	2,443
FACTOR 2- FELICIDADE	Item 8 – Contente	6,94	2,071
	Item 16 – Alegre	6,69	2,222
	Item 24 – Feliz	6,79	2,364
FACTOR 3- ANSIEDADE	Item 9 - Sobressaltado	2,88	1,795
	Item 15 – Perturbado	2,95	1,991
	Item 17 – Assustado	2,97	1,960
	Item 23 – Desesperado	2,25	1,851
FACTOR 4 - CULPA	Item 2 – Receoso	4,54	2,310
	Item 5 – Culpado	2,15	1,595
	Item 11 – Rejeitado	2,48	1,873
	Item 20 – Contrariado	2,49	1,813
	Item 21 – Humilhado	2,10	1,691
FACTOR 5 - COLERA	Item 12 – Zangado	2,26	1,716
	Item 13 – Envergonhado	3,60	2,201
	Item 19 – Aborrecido	2,49	1,657
FACTOR 6- SURPRESA	Item 1 – Surpreendido	5,25	2,287
	Item 10 – Espantado	3,82	2,183
	Item 18 – Perplexo	3,40	2,113
FACTOR 7 - TRISTEZA	Item 3 – Descontente	2,99	1,999
	Item 7 – Triste	2,86	2,044

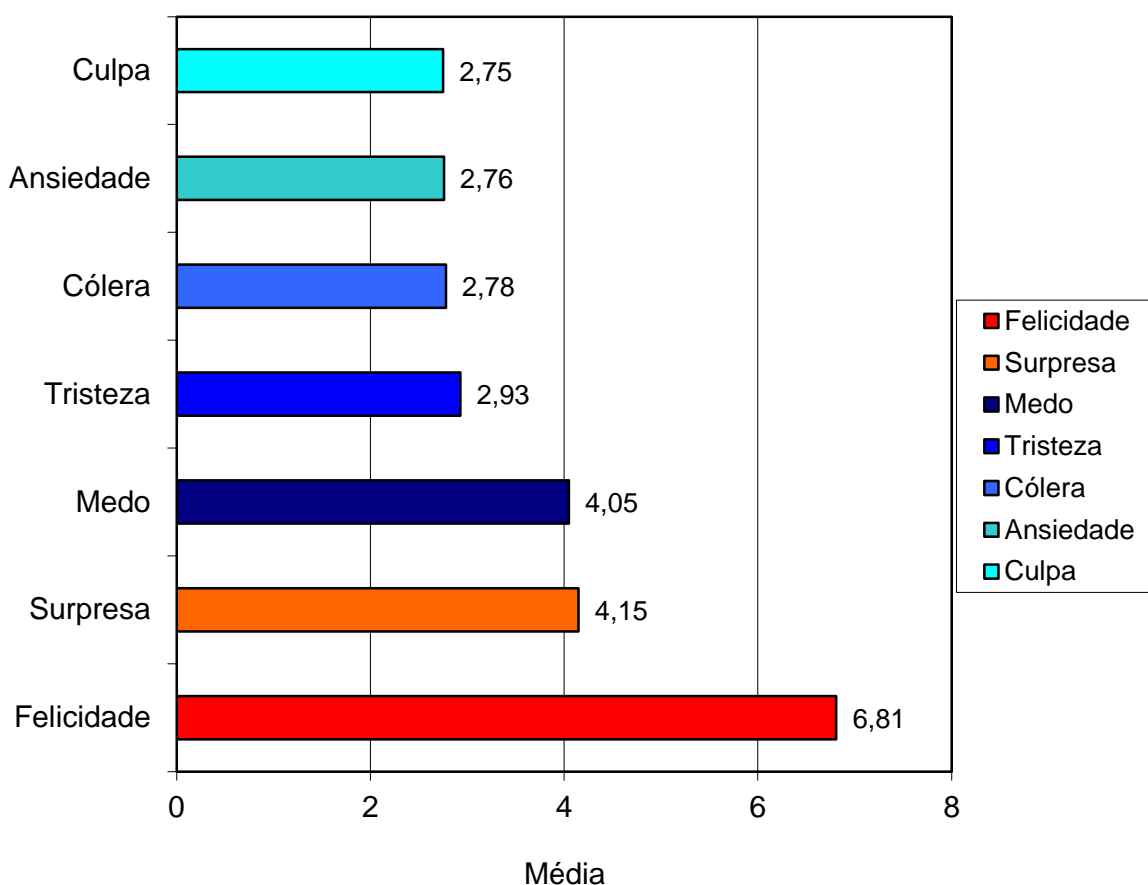
A felicidade na comunicação com os doentes engloba os itens, contente, alegre e feliz com a maior média, a que se segue a emoção, medo e surpresa.

A felicidade constitui um estado durável de plenitude, satisfação e equilíbrio físico e psíquico. A felicidade tem ainda o significado de bem-estar espiritual ou paz interior. Pereira citado por Schafranski (2012) classificou o bem-estar objectivo (welfare), no qual inclui as circunstâncias objectivas de vida e o bem-estar subjectivo (well-being), composto de experiências subjectivas e de apontadores emocionais, incluindo a avaliação da satisfação com a vida.

Segundo Conanglia (2004) é necessário trabalhar o autoconhecimento emocional, o autocontrolo, a atenção, a escuta activa, a comunicação verbal e não-verbal, a consideração e o sentido de responsabilidade pelo bem-estar dos outros e a expressão do interesse pelo outro através da atenção e ajuda.

As habilidades de comunicação fomentam as relações interpessoais terapêuticas e aumentam o nível de satisfação das pessoas assistidas assim como das pessoas que os assistem (idem).

Gráfico 5 - Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados à Comunicação com os utentes pelos estudantes em Ensino Clínico



## Lidar com a morte

Analisando o Quadro 19 e Gráfico 7, podemos verificar que o **Factor 1 – Medo (com os itens, Irritado, Ansioso, Preocupado e Nervoso)**; apresenta as médias mais elevadas, respectivamente **3,09; 5,24, 4,98 e 4,93** e desvios padrão de **2,287; 2,537; 2,652 e 2,628**.

Segue-se o **Factor 7 – Tristeza** com os itens **Descontente e Triste**; respectivamente com a média de **4,74 e 5,95** e desvio padrão de **2,618 e 2,675**.

O **Factor 3 - Ansiedade**, com os itens **Sobressaltado, Perturbado, Assustado e Desesperado** tem como média respectivamente, **3,94; 5,05; 4,33; 2,73** e o desvio padrão de **2,464; 2,614; 2,543 e 2,282**.

O **Factor 6 – Surpresa**, com os itens **Surpreendido, Espantado e Perplexo** apresentam respectivamente as médias de **5,22; 3,94 e 3,64** e o desvio padrão de **2,309; 2,283 e 2,330**.

O **Factor 4 - Culpa**, com os itens **Receoso, Culpado, Rejeitado, Contrariado e Humilhado** tem como média respectivamente **5,83; 2,11; 2,07; 2,43 e 1,79** e o desvio padrão de **2,546; 1,674; 1,641; 2,043 e 1,576**.

Ainda o **Factor 5 – Cólera**, com os itens **Zangado, Envergonhado e Aborrecido**, apresenta respectivamente as médias de **2,95; 2,14 e 3,25** e o desvio padrão de **2,389; 1,764 e 2,490**.

Por ultimo o **Factor 2 – Felicidade** com os itens **Contente, Alegre e Feliz**, têm respectivamente as médias de **1,94; 1,84 e 1,78** e o desvio padrão de **1,687; 1,665 e 1,719**.

Quadro 18 – Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados a Situações em que os Estudantes lidam com a morte de utentes em Ensino Clínico

FACTORES	ITENS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
FACTOR 1- MEDO	Item 4 – Irritado	3,09	2,287
	Item 6 – Ansioso	5,24	2,537
	Item 14 – Preocupado	4,98	2,652
	Item 22 – Nervoso	4,93	2,628
FACTOR 2- FELICIDADE	Item 8 – Contente	1,94	1,687
	Item 16 – Alegre	1,84	1,665
	Item 24 – Feliz	1,78	1,719
FACTOR 3- ANSIEDADE	Item 9 – Sobressaltado	3,94	2,464
	Item 15 – Perturbado	5,05	2,614
	Item 17 – Assustado	4,33	2,543
	Item 23 – Desesperado	2,73	2,282
FACTOR 4 – CULPA	Item 2 – Receoso	5,83	2,546
	Item 5 – Culpado	2,11	1,674
	Item 11 – Rejeitado	2,07	1,641
	Item 20 – Contrariado	2,43	2,043
	Item 21 – Humilhado	1,79	1,576
FACTOR 5 – COLERA	Item 12 – Zangado	2,95	2,389
	Item 13 – Envergonhado	2,14	1,764
	Item 19 – Aborrecido	3,25	2,490
FACTOR 6- SURPRESA	Item 1 – Surpreendido	5,22	2,309
	Item 10 – Espantado	3,94	2,283
	Item 18 – Perplexo	3,64	2,330
FACTOR 7 – TRISTEZA	Item 3 – Descontente	4,74	2,618
	Item 7 – Triste	5,95	2,675

Lidar com a morte de utentes suscitou nos estudantes, tristeza, emoção expressa pelos itens, triste e descontente, que apresentam uma média mais elevada.

O medo com os itens ansioso, preocupado e nervoso, foi outra emoção mais valorizada pelos estudantes.

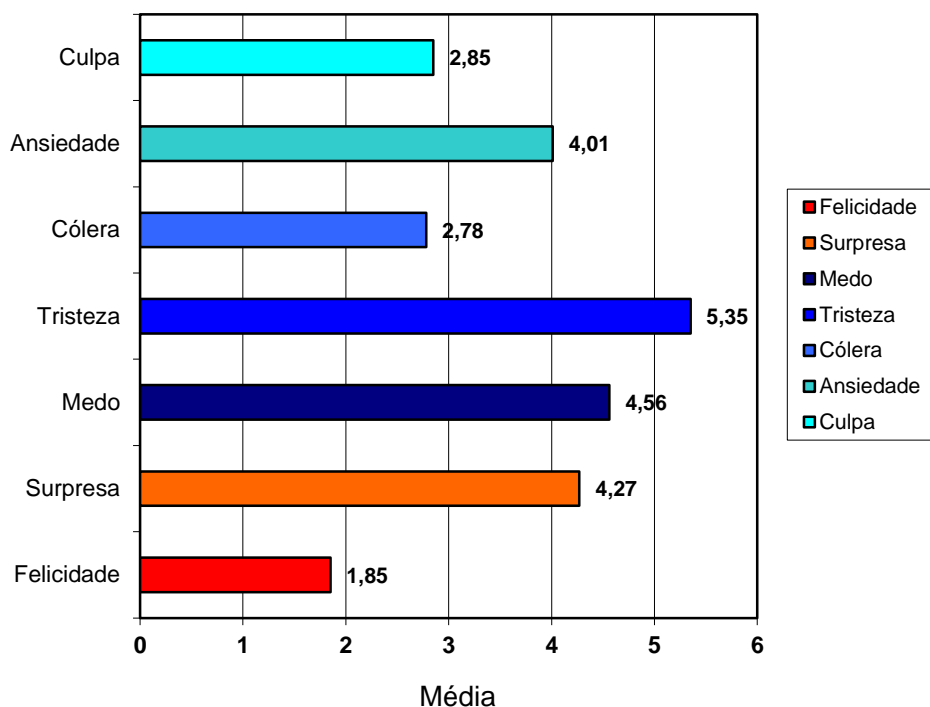
Para Cooper e Barnett (2005) citado por Serra (2010, p.42), “a ansiedade que os estudantes sentem face aos doentes em fim de vida, relaciona-se com a dificuldade em lidar com o sofrimento físico”.

A sua inexperiência em cuidar este tipo de doentes, leva a que se sintam desconfortáveis a discutir a morte e o morrer quer com os doentes quer com os seus familiares. Sentem muitas vezes frustração e raiva pela dificuldade em encontrar as palavras certas e em permitir que o paciente discuta a sua morte eminente, contudo conscientes que era um componente essencial do cuidado (Beck,1997).

A dificuldade na relação e especificamente na comunicação com estas pessoas, segundo Serra (2010), leva a que ocorram situações em que o estudante não encontra as palavras certas ou não sabe mesmo o que dizer ou fazer.

Outra dificuldade manifestada pelos estudantes prendem-se com a incapacidade de ajustar a terapêutica analgésica por forma a proporcionar uma morte serena e de fazer cumprir os seus últimos desejos.

Gráfico 6 - Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados a Situações em que os Estudantes lidam com a morte de utentes em Ensino Clínico



## **Cuidado ao corpo após a morte**

Analisando o Quadro 20 e Gráfico 8, podemos verificar que o **Factor 1 – Medo (com os itens, Irritado, Ansioso, Preocupado e Nervoso)**; apresenta as médias mais elevadas, respectivamente **2,23; 4,64, 3,62 e 4,28** e desvios padrão de **1,965; 2,576; 2,361 e 2,620**.

Segue-se o **Factor 7 – Tristeza** com os itens **Descontente e Triste**; respectivamente com a média de **3,53 e 4,79** e desvio padrão de **2,512 e 2,740**.

O **Factor 6 – Surpresa**, com os itens **Surpreendido, Espantado e Perplexo** apresentam respectivamente as médias de **4,10; 3,18 e 3,04** e o desvio padrão de **2,597; 2,325 e 2,170**.

O **Factor 3 - Ansiedade**, com os itens **Sobressaltado, Perturbado, Assustado e Desesperado** tem como média respectivamente, **3,04; 3,90; 3,30; 2,14** e o desvio padrão de **2,319; 2,462; 2,405 e 1,882**.

O **Factor 4 - Culpa**, com os itens **Receoso, Culpado, Rejeitado, Contrariado e Humilhado** tem como média respectivamente **4,76; 1,75; 1,75; 2,06 e 1,53** e o desvio padrão de **2,72; 1,50; 1,465; 1,895 e 1,280**.

Ainda o **Factor 5 – Cólera**, com os itens **Zangado, Envergonhado e Aborrecido**, apresenta respectivamente as médias de **1,80; 3,03 e 2,15** e o desvio padrão de **1,497; 2,009 e 1,674**.

Por ultimo o **Factor 2 – Felicidade** com os itens **Contente, Alegre e Feliz**, tem respectivamente as médias de **1,83; 1,76 e 1,88** e o desvio padrão de **1,674; 1,575 e 1,919**.



Quadro 19 – Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados a Situações em que os Estudantes Cuidam do Corpo após a morte de utentes em Ensino Clínico

FACTORES	ITENS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
FACTOR 1- MEDO	Item 4 – Irritado	2,23	1,965
	Item 6 – Ansioso	4,64	2,576
	Item 14 – Preocupado	3,62	2,361
	Item 22 – Nervoso	4,28	2,620
FACTOR 2- FELICIDADE	Item 8 – Contente	1,83	1,674
	Item 16 – Alegre	1,76	1,575
	Item 24 – Feliz	1,88	1,919
FACTOR 3- ANSIEDADE	Item 9 – Sobressaltado	3,04	2,319
	Item 15 – Perturbado	3,90	2,462
	Item 17 – Assustado	3,30	2,405
	Item 23 – Desesperado	2,14	1,882
FACTOR 4 – CULPA	Item 2 – Receoso	4,76	2,72
	Item 5 – Culpado	1,75	1,50
	Item 11 – Rejeitado	1,75	1,465
	Item 20 – Contrariado	2,06	1,895
	Item 21 – Humilhado	1,53	1,280
FACTOR 5 – COLERA	Item 12 – Zangado	1,96	1,591
	Item 13 – Envergonhado	1,94	1,610
	Item 19 – Aborrecido	2,56	2,181
FACTOR 6- SURPRESA	Item 1 – Surpreendido	4,10	2,597
	Item 10 – Espantado	3,18	2,325
	Item 18 – Perplexo	3,04	2,170
FACTOR 7 – TRISTEZA	Item 3 – Descontente	3,53	2,512
	Item 7 – Triste	4,79	2,740

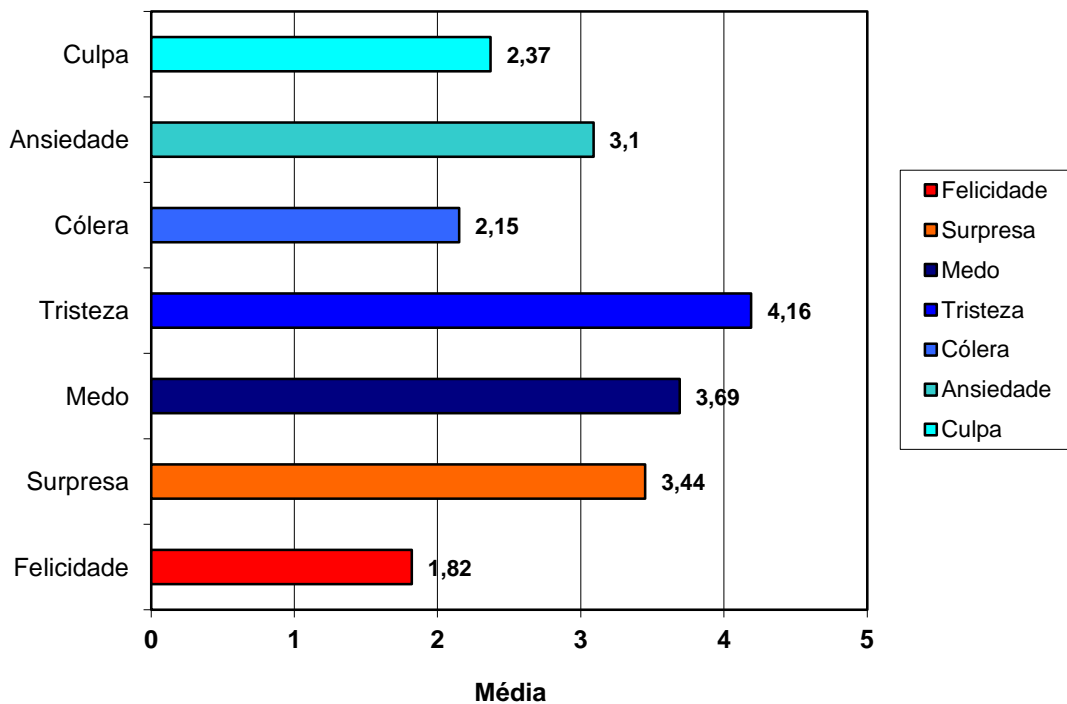
O cuidado ao corpo após a morte suscitou tristeza nos estudantes, em que os itens, descontente e tristes, apresentaram a média mais elevada.

A emoção, medo, com os itens ansioso, nervoso e preocupado também foram muito valorizados

Para Mercadier (2004) os prestadores de cuidados ficam muitas vezes chocados com a morte de um utente, verificando-se duas reacções opostas: ou levam dias a falar do assunto ou então remetem-se ao silêncio, abafando um afluxo emocional demasiado forte. A grande angústia que a morte provoca naquele que continua vivo explica a incapacidade de muitos prestadores de cuidados em encará-la, chegando mesmo a fugirem de quem está a morrer (idem).

Qualquer tipo de relacionamento privilegiado com quem morre, a longa duração de alguns internamentos, entre outros, é favorecedor do desenvolvimento de relações afectivas entre os prestadores e aqueles que os recebem, e vivida mais intensamente pelos primeiros (idem).

Gráfico 7 - Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados a situações em que os estudantes cuidam do corpo de utentes após a sua morte



## Cuidados de Higiene

Analisando o Quadro 21 e Gráfico 9, podemos verificar que o **Factor 2 – Felicidade** com os itens **Contente, Alegre e Feliz**, apresentam as médias mais elevadas, respectivamente, **4,13; 3,67 e 3,89** e o desvio padrão de **2,660; 2,525 e 2,627**.

**Factor 1 – Medo (com os itens, Irritado, Ansioso, Preocupado e Nervoso)**; apresenta respectivamente as médias de **1,97; 3,22, 3,55 e 3,10** e desvios padrão de **1,541; 2,112; 2,291 e 2,074**.

O **Factor 6 – Surpresa**, com os itens **Surpreendido, Espantado e Perplexo** apresentam respectivamente as médias de **3,62; 2,72 e 2,49** e o desvio padrão de **2,353; 1,961 e 1,834**.

O **Factor 4 - Culpa**, com os itens **Receoso, Culpado, Rejeitado, Contrariado e Humilhado** tem como média respectivamente **3,34; 1,69; 1,78; 2,01 e 1,70** e o desvio padrão de **2,266; 1,361; 1,444; 1,632 e 1,387**.

O **Factor 5 – Cólera**, com os itens **Zangado, Envergonhado e Aborrecido**, apresenta respectivamente as médias de **1,80; 3,03 e 2,15** e o desvio padrão de **1,497; 2,009 e 1,674**.

O **Factor 3 - Ansiedade**, com os itens **Sobressaltado, Perturbado, Assustado e Desesperado** tem como média respectivamente, **2,11; 2,43; 2,19; 1,78** e o desvio padrão de **1,594; 1,848; 1,675 e 1,455**.

Por ultimo o **Factor 7 – Tristeza** com os itens **Descontente e Triste**; respectivamente com a média de **2,49 e 2,15** e desvio padrão de **1,890 e 1,858**.

Quadro 20 – Factores da Escala de Avaliação de Emoções aplicados a Situações em que os Estudantes prestam Cuidados de Higiene a utentes em Ensino Clínico

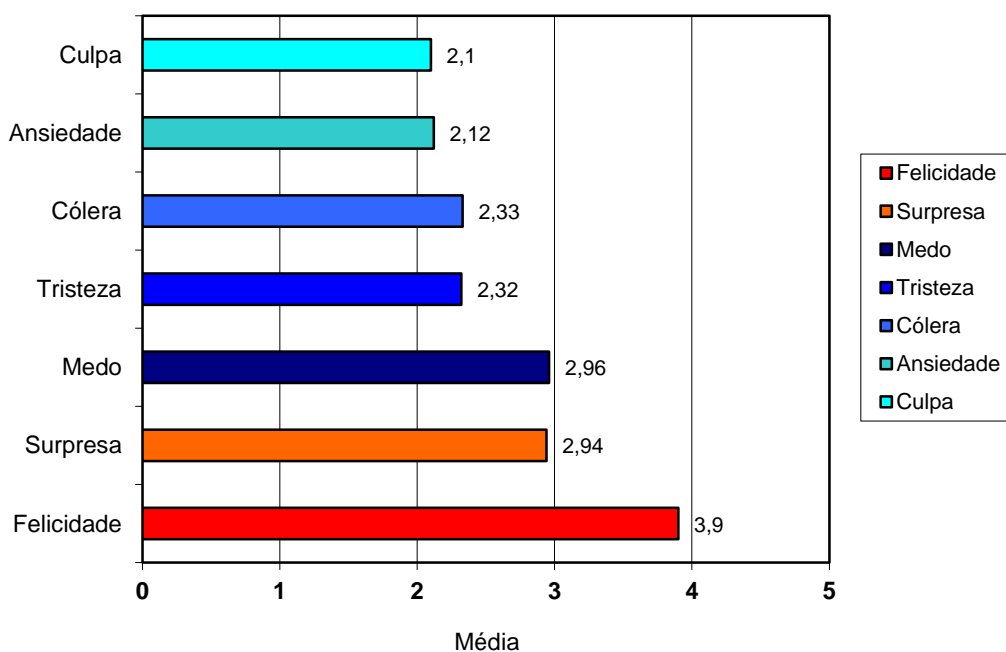
FACTORES	ITENS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
FACTOR 1- MEDO	Item 4 – Irritado	1,97	1,541
	Item 6 – Ansioso	3,22	2,112
	Item 14 –Preocupado	3,55	2,291
	Item 22 – Nervoso	3,10	2,074
FACTOR 2- FELICIDADE	Item 8 – Contente	4,13	2,660
	Item 16 – Alegre	3,67	2,525
	Item 24 – Feliz	3,89	2,627
FACTOR 3- ANSIEDADE	Item 9 - Sobressaltado	2,11	1,594
	Item 15 - Perturbado	2,43	1,848
	Item 17 - Assustado	2,19	1,675
	Item 23 - Desesperado	1,78	1,455
FACTOR 4 – CULPA	Item 2 – Receoso	3,34	2,266
	Item 5 – Culpado	1,69	1,361
	Item 11 - Rejeitado	1,78	1,444
	Item 20 - Contrariado	2,01	1,632
	Item 21 - Humilhado	1,70	1,387
FACTOR 5 – CÓLERA	Item 12 – Zangado	1,80	1,497
	Item 13 – Envergonhado	3,03	2,009
	Item 19 – Aborrecido	2,15	1,674
FACTOR 6- SURPRESA	Item 1 - Surpreendido	3,62	2,353
	Item 10 - Espantado	2,72	1,961
	Item 18 - Perplexo	2,49	1,834
FACTOR 7 – TRISTEZA	Item 3 - Descontente	2,49	1,890
	Item 7 – Triste	2,15	1,858

Os cuidados de higiene não foram muito valorizados pelos estudantes, contudo, a felicidade e o medo são as emoções com médias mais elevadas. Para Salvado (2010) os cuidados de higiene constituem um ritual que põe dois corpos num frente a frente, situando-os numa relação de proximidade que ultrapassa o espaço privado de cada um, numa proximidade corporal que não deixa indiferente tanto o corpo do enfermeiro / cuidador, como o da pessoa cuidada.

Bolander (1998) menciona que os cuidados devem ocorrer num espaço que providencie a privacidade territorial e corporal e constituem momentos excelentes de observação do seu estado e de comunicação. Esta deve ser iniciada antes de serem iniciados os cuidados de higiene, facilitando a interação com o doente e permitindo a avaliação das suas preferências (tipo de banho e horário), determinação do nível funcional para proceder ao seu próprio arranjo e embelezamento e identificar factores culturais ou outros que possam afectar a aceitação de ajuda na higiene.

Cuidar o corpo do outro, desnuda-lo e tocar-lhe é uma experiência que não se limita a uma exposição do corpo mas que expõe a totalidade da pessoa, a sua interioridade e intimidade, que devem ser respeitadas e preservadas (Salvado, 2010).

Gráfico 8 - Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes prestam cuidados de higiene a utentes



## Cuidados à ferida

Analisando o Quadro 22 e Gráfico 10, podemos verificar que o **Factor 1 – Medo (com os itens, Irritado, Ansioso, Preocupado e Nervoso)** apresenta as médias mais elevadas, respectivamente **1,85; 4,04; 4,09 e 3,86** e desvios padrão de **1,548; 2,287; 2,262 e 2,405**.

O **Factor 6 – Surpresa**, com os itens **Surpreendido, Espantado e Perplexo** apresentam respectivamente as médias de **4,49; 3,41 e 3,09** e o desvio padrão de **2,483; 2,268 e 2,307**.

O **Factor 2 – Felicidade** com os itens **Contente, Alegre e Feliz** respectivamente, **3,93; 3,49 e 3,89** e o desvio padrão de **2,593; 2,541 e 2,702**.

O **Factor 3 - Ansiedade**, com os itens **Sobressaltado, Perturbado, Assustado e Desesperado** tem como média respectivamente, **2,32; 2,49; 2,54; 1,75** e o desvio padrão de **1,884; 2,099; 2,014 e 1,509**.

O **Factor 4 - Culpa**, com os itens **Receoso, Culpado, Rejeitado, Contrariado e Humilhado** tem como média respectivamente **4,38; 1,66; 1,67; 1,67 e 1,59** e o desvio padrão de **2,325; 1,438; 1,426; 1,370 e 1,350**.

**Factor 7 – Tristeza** com os itens **Descontente e Triste**; respectivamente com a média de **2,16 e 1,91** e desvio padrão de **1,699 e 1,622**.

Por ultimo o **Factor 5 – Cólera**, com os itens **Zangado, Envergonhado e Aborrecido**, apresenta respectivamente as médias de **1,68; 1,90 e 1,84** e o desvio padrão de **1,427; 1,510 e 1,494**.

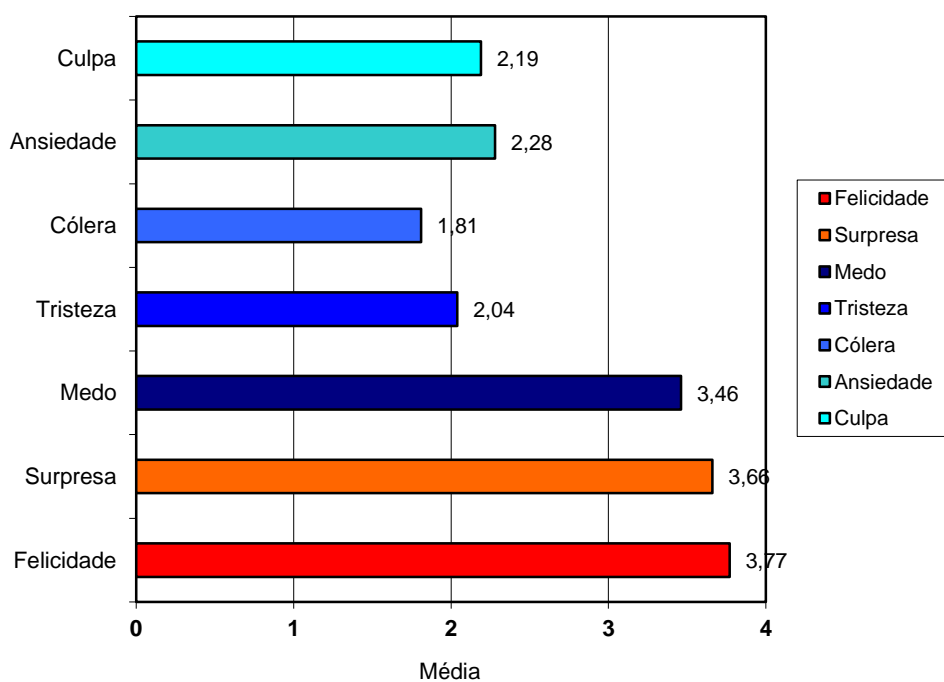
Quadro 21 – Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes prestam cuidados à ferida a utentes em ensino clínico

FACTORES	ITENS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
FACTOR 1- MEDO	Item 4 – Irritado	1,85	1,548
	Item 6 – Ansioso	4,04	2,287
	Item 14 –Preocupado	4,09	2,262
	Item 22 – Nervoso	3,86	2,405
FACTOR 2- FELICIDADE	Item 8 – Contente	3,93	2,593
	Item 16 – Alegre	3,49	2,541
	Item 24 – Feliz	3,89	2,702
FACTOR 3- ANSIEDADE	Item 9 – Sobressaltado	2,32	1,884
	Item 15 – Perturbado	2,49	2,099
	Item 17 – Assustado	2,54	2,014
	Item 23 – Desesperado	1,75	1,509
FACTOR 4 – CULPA	Item 2 – Receoso	4,38	2,325
	Item 5 – Culpado	1,66	1,438
	Item 11 – Rejeitado	1,67	1,426
	Item 20 – Contrariado	1,67	1,370
	Item 21 – Humilhado	1,59	1,350
FACTOR 5 – CÓLERA	Item 12 – Zangado	1,68	1,427
	Item 13 – Envergonhado	1,90	1,510
	Item 19 – Aborrecido	1,84	1,494
FACTOR 6- SURPRESA	Item 1 – Surpreendido	4,49	2,483
	Item 10 – Espantado	3,41	2,268
	Item 18 – Perplexo	3,09	2,307
FACTOR 7 – TRISTEZA	Item 3 – Descontente	2,16	1,699
	Item 7 – Triste	1,91	1,622

Os cuidados à ferida foram outro procedimento pouco valorizado pelos estudantes, contudo é de assinalar que as médias mais elevadas foram obtidas na emoção felicidade, seguido da surpresa (item surpreendido) e do medo (item ansioso e preocupado) com valores médios próximos.

Segundo o ACSS (2011) antes da realização dos cuidados à ferida, é fundamental para além da preparação do utente, material e ambiente, observar o doente (face, postura, cheiro da ferida, manifestações de dor e bem-estar); na execução, primeiro deve ser removido o penso e deve ser observada as características da ferida para que em seguida seja limpa ou irrigada, mobilizado, fixo ou retirados o(s) dreno(s), removidos pontos/agrafes, novamente limpa a ferida e aplicado o penso; após a realização do procedimento devem ser efectuados os registos, em que assinala dia e hora em que ocorreu, diagnósticos e intervenções de enfermagem, resultados e educação para a saúde.

Gráfico 9 - Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes prestam cuidados à ferida a utentes





## Cateterismo Vesical

Analisando o Quadro 23 e Gráfico 11, podemos verificar que o **Factor 1 – Medo (com os itens, Irritado, Ansioso, Preocupado e Nervoso)** apresenta as médias mais elevadas, respectivamente **1,84; 4,55; 3,71 e 4,26** e desvios padrão de **1,503; 2,420; 2,334 e 2,537**.

O **Factor 2 – Felicidade** com os itens **Contente, Alegre e Feliz** respectivamente, **3,58; 3,16 e 3,39** e o desvio padrão de **2,537; 2,359 e 2,578**.

O **Factor 6 – Surpresa**, com os itens **Surpreendido, Espantado e Perplexo** apresentam respectivamente as médias de **3,81; 2,66 e 2,51** e o desvio padrão de **2,504; 2,003 e 1,892**.

O **Factor 4 - Culpa**, com os itens **Receoso, Culpado, Rejeitado, Contrariado e Humilhado** tem como média respectivamente **4,76; 1,64; 1,68; 1,64 e 1,57** e o desvio padrão de **2,401; 1,385; 1,385; 1,250 e 1,306**.

O **Factor 3 - Ansiedade**, com os itens **Sobressaltado, Perturbado, Assustado e Desesperado** tem como média respectivamente, **2,18; 2,32; 2,43; 1,77** e o desvio padrão de **1,730; 1,888; 1,943 e 1,474**.

O **Factor 5 – Cólera**, com os itens **Zangado, Envergonhado e Aborrecido**, apresenta respectivamente as médias de **1,69; 2,83 e 1,72** e o desvio padrão de **1,444; 2,059 e 1,305**.

Por ultimo **Factor 7 – Tristeza** com os itens **Descontente e Triste**; respectivamente com a média de **2,08 e 1,80** e desvio padrão de **1,566 e 1,490**.

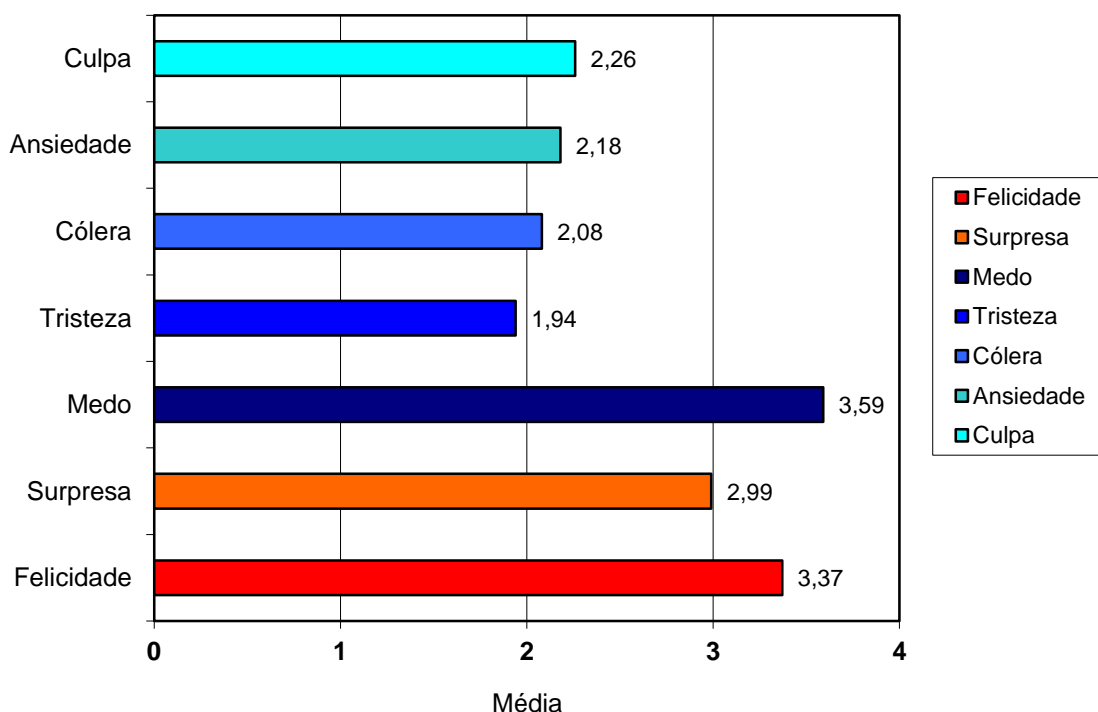
Quadro 22 – Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam o cateterismo vesical a utentes em ensino clínico

FACTORES	ITENS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
FACTOR 1- MEDO	Item 4 – Irritado	1,84	1,503
	Item 6 – Ansioso	4,55	2,420
	Item 14 –Preocupado	3,71	2,334
	Item 22 – Nervoso	4,26	2,537
FACTOR 2- FELICIDADE	Item 8 - Contente	3,58	2,537
	Item 16 – Alegre	3,16	2,359
	Item 24 – Feliz	3,39	2,578
FACTOR 3- ANSIEDADE	Item 9 - Sobressaltado	2,18	1,730
	Item 15 - Perturbado	2,32	1,888
	Item 17 - Assustado	2,43	1,943
	Item 23 - Desesperado	1,77	1,474
FACTOR 4 – CULPA	Item 2 – Receoso	4,76	2,401
	Item 5 – Culpado	1,64	1,385
	Item 11 - Rejeitado	1,68	1,385
	Item 20 - Contrariado	1,64	1,250
	Item 21 - Humilhado	1,57	1,306
FACTOR 5 – CÓLERA	Item 12 - Zangado	1,69	1,444
	Item 13 – Envergonhado	2,83	2,059
	Item 19 – Aborrecido	1,72	1,305
FACTOR 6- SURPRESA	Item 1 - Surpreendido	3,81	2,504
	Item 10 - Espantado	2,66	2,003
	Item 18 - Perplexo	2,51	1,892
FACTOR 7 - TRISTEZA	Item 3 - Descontente	2,08	1,566
	Item 7 – Triste	1,80	1,490

O cateterismo vesical foi outro procedimento pouco valorizado pelos estudantes, contudo é de assinalar que as médias mais elevadas foram obtidas na emoção medo (nos itens ansioso, nervoso e preocupado) e na felicidade (nos itens, contente, alegre e feliz).

A complexidade na realização do procedimento, envolve as seguintes etapas: antes do cateterismo urinário, é necessário proceder à preparação do material (para a higiene dos genitais e o específico para o cateterismo), do utente, informando-o do que irá ser realizado e verificando as condições do ambiente (temperatura, iluminação e ventilação, bem como o respeito pela privacidade). Para o cateterismo urinário propriamente dito deve ser realizada a higiene genital e utilizada a técnica asséptica cirúrgica na introdução do cateter. Após a realização do procedimento devem ser efectuados registos (ACSS, 2011).

Gráfico 10 - Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam o cateterismo vesical a utentes



## **Punção Venosa**

Analisando o Quadro 24 e Gráfico 12, podemos verificar que o **Factor 2 – Felicidade** com os itens **Contente, Alegre e Feliz**, apresenta as médias mais elevadas, respectivamente **4,26; 3,92 e 4,10** e o desvio padrão de **2,836; 2,787 e 2,907**.

O **Factor 1 – Medo (com os itens, Irritado, Ansioso, Preocupado e Nervoso)** apresenta respectivamente as médias de **1,80; 4,25; 3,43 e 3,96** e desvios padrão de **1,479; 2,369; 2,262 e 2,494**.

O **Factor 4 - Culpa**, com os itens **Receoso, Culpado, Rejeitado, Contrariado e Humilhado** tem como média respectivamente **4,26; 1,76; 1,60; 1,56 e 1,50** e o desvio padrão de **2,339; 1,457; 1,280; 1,160 e 1,177**.

O **Factor 6 – Surpresa**, com os itens **Surpreendido, Espantado e Perplexo** apresentam respectivamente as médias de **3,45; 2,28 e 2,23** e o desvio padrão de **2,437; 1,784 e 1,727**.

O **Factor 3 - Ansiedade**, com os itens **Sobressaltado, Perturbado, Assustado e Desesperado** tem como média respectivamente, **2,08; 2,01; 2,40; 1,68** e o desvio padrão de **1,668; 1,654; 1,904 e 1,451**.

O **Factor 7 – Tristeza** com os itens **Descontente e Triste**; respectivamente com a média de **2,03 e 1,82** e desvio padrão de **1,625 e 1,473**.

Por ultimo o **Factor 5 – Cólera**, com os itens **Zangado, Envergonhado e Aborrecido**, apresenta respectivamente as médias de **1,61; 1,96 e 1,70** e o desvio padrão de **1,332; 1,707 e 1,348**.

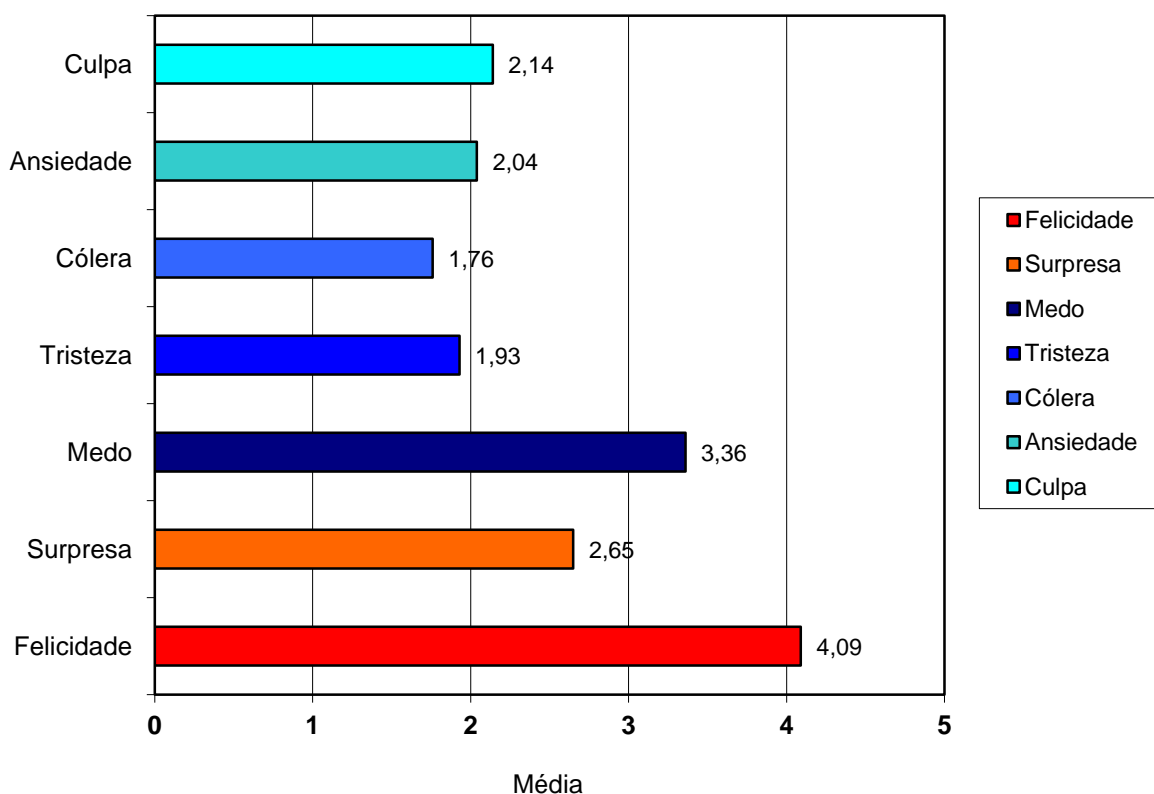
Quadro 23 – Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam punções venosas a utentes em ensino clínico

FACTORES	ITENS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
FACTOR 1- MEDO	Item 4 – Irritado	1,80	1,479
	Item 6 – Ansioso	4,25	2,369
	Item 14 –Preocupado	3,43	2,262
	Item 22 – Nervoso	3,96	2,494
FACTOR 2- FELICIDADE	Item 8 – Contente	4,26	2,836
	Item 16 – Alegre	3,92	2,787
	Item 24 – Feliz	4,10	2,907
FACTOR 3- ANSIEDADE	Item 9 – Sobressaltado	2,08	1,668
	Item 15 – Perturbado	2,01	1,654
	Item 17 – Assustado	2,40	1,904
	Item 23 – Desesperado	1,68	1,451
FACTOR 4 – CULPA	Item 2 – Receoso	4,26	2,339
	Item 5 – Culpado	1,76	1,457
	Item 11 – Rejeitado	1,60	1,280
	Item 20 – Contrariado	1,56	1,160
	Item 21 – Humilhado	1,50	1,177
FACTOR 5 – CÓLERA	Item 12 – Zangado	1,61	1,332
	Item 13 – Envergonhado	1,96	1,707
	Item 19 – Aborrecido	1,70	1,348
FACTOR 6- SURPRESA	Item 1 – Surpreendido	3,45	2,437
	Item 10 – Espantado	2,28	1,784
	Item 18 – Perplexo	2,23	1,727
FACTOR 7 – TRISTEZA	Item 3 – Descontente	2,03	1,625
	Item 7 – Triste	1,82	1,473

A punção venosa foi também pouco valorizado pelos estudantes, contudo é de assinalar que as médias mais elevadas foram obtidas na emoção felicidade (nos itens, contente, feliz e alegre) e no medo (nos itens ansioso, nervoso e preocupado).

A complexidade na realização do procedimento, envolve as seguintes etapas: antes da cateterização, a selecção e gestão dos locais a puncionar; na cateterização, assegurar técnica asséptica na punção, na manipulação do cateter, do sistema e do local de inserção e por ultimo os registos, em que assinala dia e hora em que ocorreu, cateter utilizado, resultados obtidos e informação prestada ao doente (ACSS, 2011).

Gráfico 11 - Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam punções venosas a utentes



## **Ressuscitação Cardio - Respiratória**

Analisando o Quadro 25 e Gráfico 13, podemos verificar que o **Factor 1 – Medo (com os itens, Irritado, Ansioso, Preocupado e Nervoso)** apresenta as médias mais elevadas, respectivamente **2,03; 5,45; 5,22 e 5,13** e desvios padrão de **1,765; 2,952; 2,931 e 3,069**.

O **Factor 3 - Ansiedade**, com os itens **Sobressaltado, Perturbado, Assustado e Desesperado** tem como média respectivamente, **4,18; 4,05; 4,33; 2,89** e o desvio padrão de **2,901; 2,760; 2,937 e 2,497**.

O **Factor 4 - Culpa**, com os itens **Receoso, Culpado, Rejeitado, Contrariado e Humilhado** tem como média respectivamente **5,49; 2,09; 1,97; 1,66 e 1,71** e o desvio padrão de **2,959; 1,970; 1,866; 1,277 e 1,594**.

O **Factor 6 – Surpresa**, com os itens **Surpreendido, Espantado e Perplexo** apresentam respectivamente as médias de **4,68; 3,78 e 3,72** e o desvio padrão de **2,997; 2,659 e 2,742**.

O **Factor 2 – Felicidade** com os itens **Contente, Alegre e Feliz**, apresenta respectivamente as médias de **2,56; 2,31 e 2,23** e o desvio padrão de **2,215; 2,090 e 2,029**.

O **Factor 5 – Cólera**, com os itens **Zangado, Envergonhado e Aborrecido**, apresenta respectivamente as médias de **1,84; 2,02 e 2,02** e o desvio padrão de **1,571; 1,808 e 1,821**.

Por último o **Factor 7 – Tristeza** com os itens **Descontente e Triste**; respectivamente com a média de **2,77 e 2,80** e desvio padrão de **2,365 e 2,401**.

Quadro 24 – Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam a ressuscitação Cardio-respiratória a utentes em ensino clínico

FACTORES	ITENS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
FACTOR 1- MEDO	Item 4 – Irritado	2,03	1,765
	Item 6 – Ansioso	5,45	2,952
	Item 14 –Preocupado	5,22	2,931
	Item 22 – Nervoso	5,13	3,069
FACTOR 2- FELICIDADE	Item 8 - Contente	2,56	2,215
	Item 16 – Alegre	2,31	2,090
	Item 24 – Feliz	2,23	2,029
FACTOR 3- ANSIEDADE	Item 9 - Sobressaltado	4,18	2,901
	Item 15 - Perturbado	4,05	2,760
	Item 17 - Assustado	4,33	2,937
	Item 23 - Desesperado	2,89	2,497
FACTOR 4 – CULPA	Item 2 – Receoso	5,49	2,959
	Item 5 – Culpado	2,09	1,970
	Item 11 - Rejeitado	1,97	1,866
	Item 20 - Contrariado	1,66	1,277
	Item 21 - Humilhado	1,71	1,594
FACTOR 5 – CÓLERA	Item 12 - Zangado	1,84	1,571
	Item 13 – Envergonhado	2,02	1,808
	Item 19 – Aborrecido	2,02	1,821
FACTOR 6- SURPRESA	Item 1 - Surpreendido	4,68	2,997
	Item 10 - Espantado	3,78	2,659
	Item 18 - Perplexo	3,72	2,742
FACTOR 7 – TRISTEZA	Item 3 - Descontente	2,77	2,365
	Item 7 – Triste	2,80	2,401



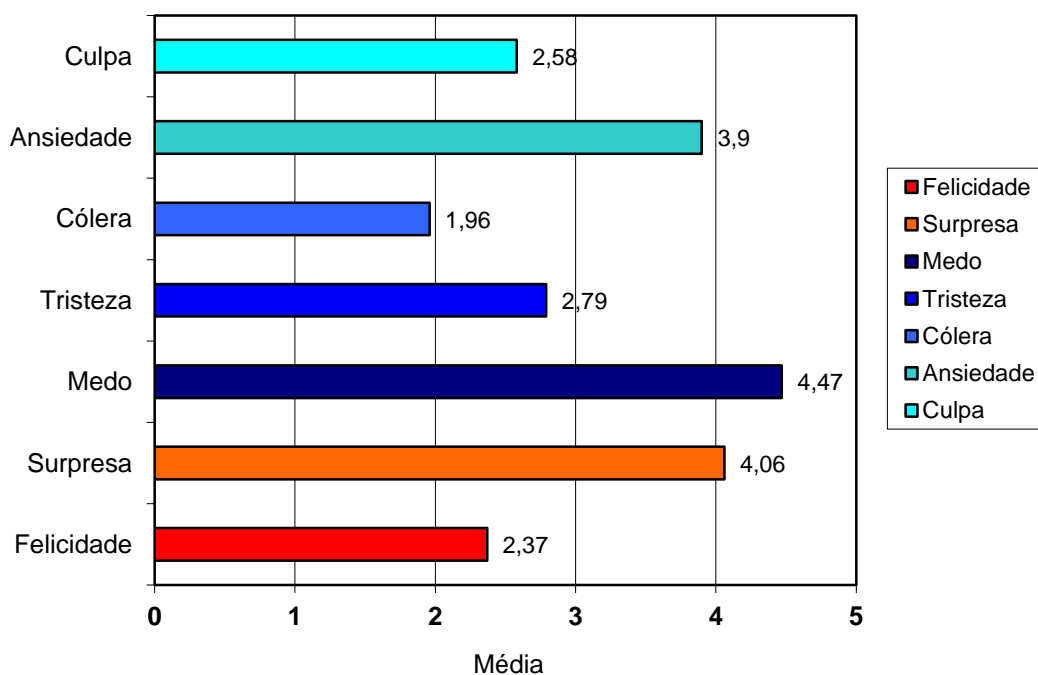
As manifestações de medo foram as mais valorizadas, nomeadamente, nos itens ansioso, preocupado e nervoso.

O primeiro elo da cadeia de sobrevivência para o atendimento cardiovascular de emergência proposto pela American Heart Association é o reconhecimento imediato do indivíduo em risco de paragem cardiorrespiratória e a importância de pedir ajuda na expectativa de que o tratamento precoce possa prevenir a paragem, European Resuscitation Council (2010).

O início imediato de suporte básico de vida permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevivida. O suporte básico de vida e a desfibrilhação são componentes fundamentais da reanimação precoce na tentativa de salvar vidas.

Os cuidados pós-paragem cardiorrespiratória incluem: optimização da função cardiopulmonar e da perfusão dos órgãos vitais após o retorno da circulação espontânea, transporte para uma unidade de Cuidados Intensivos que disponha de recursos para cuidados pós-paragem cardiorrespiratória e tratamento e prevenção da disfunção de múltiplos órgãos European Resuscitation Council (2010).

Gráfico 12 - Factores da escala de avaliação de emoções aplicados a situações em que os estudantes realizam a ressuscitação cardio-respiratória a utentes



Avaliamos ainda as possíveis relações entre as emoções envolvidas na prestação de Cuidados, o sexo dos estudantes e o ano do curso.

### 2.3 - Relações entre as emoções envolvidas na prestação de Cuidados e o sexo dos estudantes

Comparámos as médias relativas às emoções envolvidas na prestação de cuidados (Comunicação, nas situações em que o estudante lida com a morte de doentes, quando cuida do corpo após a morte, nos cuidados de higiene, no cateterismo vesical, na punção venosa, no cuidar de feridas e na ressuscitação cardio respiratória) entre estudantes do sexo masculino e do sexo feminino, conforme podemos constatar no Quadro 26.

Na **Comunicação**, a média que os estudantes do sexo feminino apresentam relativamente à emoção **Culpa** é de 2,69 e a do sexo masculino é de 3,05. **Há uma diferença de médias** a um nível de significância de 0,045

Na prática, **Lidar com a Morte**:

A média que os estudantes do sexo feminino apresentam relativamente à emoção **Medo**, apresenta uma média de 4,67 e a do sexo masculino 3,82. **Há uma diferença de médias entre os dois sexos**, a um nível de significância de 0,001.

Relativamente à emoção **Felicidade**, os estudantes do sexo feminino apresentam uma média de 1,79 e os do sexo masculino 2,27. **Há entre os sexos diferença de médias**, a um nível de significância de 0,033.

Em relação à **Ansiedade**, os estudantes do sexo feminino têm uma média de 4,09 e os do sexo masculino 3,49. **Há uma diferença de médias entre os sexos** a um nível de significância de 0,029.

Relativamente à **Surpresa**, os estudantes do sexo feminino têm uma média de 4,35 e os do sexo masculino 3,81. **Há uma diferença de médias entre os sexos**, a um nível de significância de 0,027.

Na emoção, **Tristeza**, os estudantes do sexo feminino é de 5,49 e os do sexo masculino 4,68. Há portanto, uma diferença de médias a um nível de significância de 0,006.

### Na prática **Cuidar do Corpo Após a Morte:**

A média que os estudantes do sexo feminino apresentam relativamente à emoção **Medo**, apresenta uma média de 3,75 e a do sexo masculino 3,20. **Há uma diferença de médias entre os dois sexos**, a um nível de significância de 0,040.

Relativamente à emoção **Felicidade**, os estudantes do sexo feminino apresentam uma média de 1,72 e os do sexo masculino 2,27. **Há entre os sexos uma diferença de médias**, a um nível de significância de 0,033.

Em relação à **Tristeza**, os estudantes do sexo feminino têm uma média de 4,31 e os do sexo masculino 3,48. **Há uma diferença de médias entre os sexos** a um nível de significância de 0,006.

### Já na prática do **Cateterismo Vesical:**

A média que os estudantes do sexo feminino apresentam relativamente à emoção **Colera**, apresenta uma média de 1,72 e a do sexo masculino 2,27. **Há uma diferença de médias entre os dois sexos**, a um nível de significância de 0,033.

### Quanto à **Ressuscitação Cardio Respiratória**

A média que os estudantes do sexo feminino apresentam relativamente à emoção **Medo**, apresenta uma média de 4,64 e a do sexo masculino 3,59. **Há uma diferença de médias entre os dois sexos**, a um nível de significância de 0,004.

Relativamente à **Surpresa**, os estudantes do sexo feminino têm uma média de 4,28 e os do sexo masculino 3,38. **Há uma diferença de médias entre os sexos**, a um nível de significância de 0,026.

Quadro 25 - Relações entre as emoções envolvidas na prestação de Cuidados e o sexo dos estudantes

<b>Prest. de Cuidados / Emoção</b>	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Sig.(2- tailed)</b>
Comunicação: Culpa	F	329	2,69	0,045
	M	69	3,05	
Lidar com a Morte: Medo	F	318	4,67	0,001
	M	64	3,82	
Lidar com a Morte: Felicidade	F	318	1,79	0,033
	M	64	2,27	
Lidar com a Morte: Ansiedade	F	321	4,09	0,029
	M	64	3,49	
Lidar com a Morte: Surpresa	F	321	4,35	0,027
	M	64	3,81	
Lidar com a Morte: Tristeza	F	323	5,49	0,008
	M	66	4,68	
Cuidar do Corpo após a Morte: Medo	F	297	3,75	0,040
	M	60	3,20	
Cuidar do Corpo após a Morte: Felicidade	F	298	1,72	0,033
	M	58	2,27	
Cuidar do Corpo após a Morte: Tristeza	F	292	4,31	0,006
	M	60	3,48	
Cateterismo Vesical: Cólera	F	324	1,72	0,033
	M	70	2,27	
Ressuscitação Cardio Respiratória: Medo	F	179	4,64	0,004
	M	42	3,59	
Ressuscitação Cardio Respiratória: Surpresa	F	179	4,28	0,026
	M	40	3,38	

## 2.4 - Relações entre as emoções envolvidas na prestação de Cuidados e o Ano de Curso dos estudantes

Para a comparação de médias considerámos os estudantes do 2º ano, 3º e 4º ano. Analisando os Quadros 27 e 28, podemos verificar:

### **Comunicação,**

A média que os estudantes do sexo feminino apresentam relativamente à emoção **Felicidade** é de 7,27, no 2ª ano; 6,64 no 3º ano e 6,29 no 4º ano. **Há uma diferença de médias** a um nível de significância de 0,001

Ainda na **Comunicação**, a média que os estudantes apresentam relativamente à emoção **Surpresa** é de 4,44 no 2ªano; 4,13 no 3º ano e 3,58 no 4º ano. **Há portanto uma diferença de médias** a um nível de significância de 0,003.

### **Lidar com a Morte**

A média que os estudantes apresentam relativamente à **emoção Culpa**, apresenta uma média de 2,62 no 2º ano, 3,05 no 3º ano e 2,73 no 4º ano. **Há uma diferença de médias entre os três anos**, a um nível de significância de 0,008.

Relativamente à **emoção Surpresa**, apresenta uma média de 4,45 no 2º ano, 4,31 no 3º ano e 3,76 no 4º ano. **Há diferença de médias entre os três anos**, a um nível de significância de 0,028.

### **Cuidar do Corpo Após a Morte**

A média que os estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso apresentam relativamente à emoção **Medo** é de 3,42; 3,94 e 3,42, respectivamente. **Há uma diferença de médias entre as médias dos três anos do Curso**, a um nível de significância de 0,034.

Relativamente à emoção **Culpa**, os estudantes do 2º ano apresentaram uma média de 2,14; os do 3º ano, 2,62 e 2,11 nos do 4º ano. **Há entre os estudantes dos três anos do Curso uma diferença de médias**, a um nível de significância de 0,001.

Em relação à **Cólera**, os estudantes do 2º ano têm uma média de 1,87; os do 3º ano uma média de 2,39 e 1,99 nos do 4º ano. **Há uma diferença de médias entre os estudantes dos três anos do Curso** a um nível de significância de 0,007.

A média que os estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso apresentam relativamente à emoção **Surpresa** é de 3,42; 3,71 e 2,78, respectivamente. **Há uma diferença de médias entre os estudantes dos três anos do Curso** a um nível de significância de 0,007.

Relativamente à emoção **Tristeza**, os estudantes do 2º ano apresentaram uma média de 3,81; os do 3º ano, uma média de 4,47 e 4,12 nos do 4º ano. **Há entre os estudantes dos três anos do Curso uma diferença de médias**, a um nível de significância de 0,042.

### **Cuidados de Higiene**

A média que os estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso apresentam relativamente à emoção **Medo** é de 3,17; 2,97 e 2,40, respectivamente. **Há uma diferença de médias entre as médias dos três anos do Curso**, a um nível de significância de 0,004.

Relativamente à emoção **Felicidade**, os estudantes do 2º ano apresentaram uma média de 4,38; os do 3º ano, 3,58 e 3,68 nos do 4º ano. **Há entre os estudantes dos três anos do Curso uma diferença de médias**, a um nível de significância de 0,008

A média que os estudantes apresentam relativamente à emoção **Ansiedade**, apresenta uma média de 2,15 no 2º ano, 2,26 no 3º ano e 1,68 no 4º ano. **Há uma diferença de médias entre os três anos**, a um nível de significância de 0,016.

Relativamente à emoção **Culpa**, os estudantes apresentam uma média de 2,20 no 2º ano; 2,16 no 3º ano e 1,74 no 4º ano. **Há diferença de médias entre os três anos**, a um nível de significância de 0,031.

### **Nos Cuidados à Ferida**

A média que os estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso apresentam relativamente à emoção **medo** é de 3,59; 2,55 e 2,84, respectivamente. **Há uma diferença de médias entre as médias dos três anos do Curso**, a um nível de significância de 0,004.

Relativamente à emoção **Ansiedade**, os estudantes do 2º ano apresentaram uma média de 2,25; os do 3º ano, uma média 2,45 e 1,78 nos do 4º ano. **Há entre os estudantes dos três anos do Curso uma diferença de médias**, a um nível de significância de 0,009.

A média que os estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso apresentam relativamente à emoção **Surpresa** é de 3,90; 3,77 e 2,83, respectivamente.

**Há uma diferença de médias entre os estudantes dos três anos do Curso** a um nível de significância de 0,000.

Relativamente à emoção **Tristeza**, os estudantes do 2º ano apresentaram uma média de 1,90; os do 3º ano, uma média de 2,27 e 1,70 nos do 4º ano. **Há entre os estudantes dos três anos do Curso uma diferença de médias**, a um nível de significância de 0,010.

### **Cateterismo Vesical**

A média que os estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso apresentam relativamente à emoção **Medo** é de 3,88; 3,56 e 2,97, respectivamente. **Há uma diferença de médias entre as médias dos três anos do Curso**, a um nível de significância de 0,001.

Relativamente à emoção **Ansiedade**, os estudantes do 2º ano apresentaram uma média de 2,24; os do 3º ano, 2,29 e 1,74 nos do 4º ano. **Há entre os estudantes dos três anos do Curso uma diferença de médias**, a um nível de significância de 0,031.

Relativamente à emoção **Culpa**, os estudantes apresentam uma média de 2,29 no 2º ano; 2,35 no 3º ano e 1,89 no 4º ano. **Há diferença de médias entre os três anos**, a um nível de significância de 0,012.

A média que os estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso apresentam relativamente à emoção **Surpresa** é de 3,32; 2,99 e 2,20, respectivamente. **Há uma diferença de médias entre os estudantes dos três anos do Curso** a um nível de significância de 0,000.

### **Punção Venosa**

A média que os estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso apresentam relativamente à emoção **medo** é de 3,55; 3,36 e 2,92, respectivamente. **Há uma diferença de médias entre as médias dos três anos do Curso**, a um nível de significância de 0,038.

Relativamente à emoção **Felicidade**, os estudantes do 2º ano apresentaram uma média de 4,89; os do 3º ano, 3,53 e 3,75 nos do 4º ano. **Há entre os estudantes dos três anos do Curso uma diferença de médias**, a um nível de significância de 0,000. A média que os estudantes apresentam relativamente à emoção **Surpresa**, apresenta uma média de 2,94 no 2º ano, 2,62 no 3º ano e 1,97 no 4º ano. **Há uma diferença de médias entre os três anos**, a um nível de significância de 0,000.

### **Ressuscitação Cardio-Respiratória**

A média que os estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso apresentam relativamente à emoção **medo** é de 3,22; 4,57 e 5,14, respectivamente. **Há uma diferença de médias entre as médias dos três anos do Curso**, a um nível de significância de 0,000.

Relativamente à emoção **Ansiedade**, os estudantes do 2º ano apresentaram uma média de 2,99; os do 3º ano, 4,14 e 3,96 nos do 4º ano. **Há entre os estudantes dos três anos do Curso uma diferença de médias**, a um nível de significância de 0,029.

Relativamente à emoção **Culpa**, os estudantes apresentam uma média de 1,86 no 2º ano; 2,81 no 3º ano e 2,51 no 4º ano. **Há diferença de médias entre os três anos**, a um nível de significância de 0,000.

Em relação à **Cólera**, os estudantes do 2º ano têm uma média de 1,54; os do 3º ano uma média de 2,16 e 1,74 nos do 4º ano. **Há uma diferença de médias entre os estudantes dos três anos do Curso** a um nível de significância de 0,040.



Quadro 26 - Relações entre as emoções envolvidas na prestação de Cuidados e o ano de Curso dos Estudantes

<b>Prest. de Cuidados / Emoção</b>	<b>Ano de Curso</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>sig.</b>
Comunicação: Felicidade	2º	153	7,27	0,001
	3º	180	6,64	
	4º	66	6,29	
Comunicação: Surpresa	2º	152	4,44	0,003
	3º	184	4,13	
	4º	67	3,58	
Lidar com a Morte: culpa	2º	141	2,62	0,008
	3º	176	3,05	
	4º	65	2,73	
Lidar com a Morte: Surpresa	2º	140	4,45	0,028
	3º	179	4,31	
	4º	67	3,76	
Cuidar do Corpo após a Morte: Medo	2º	122	3,42	0,034
	3º	171	3,94	
	4º	65	3,42	
Cuidar do Corpo após a Morte: Culpa	2º	121	2,14	0,001
	3º	171	2,62	
	4º	66	2,11	
Cuidar do Corpo após a Morte: Cólera	2º	122	1,87	0,007
	3º	171	2,39	
	4º	65	1,99	
Cuidar do Corpo após a Morte: Surpresa	2º	122	3,42	0,007
	3º	171	3,71	
	4º	65	2,78	
Cuidar do Corpo após a Morte: Tristeza	2º	117	3,81	0,042
	3º	170	4,47	
	4º	66	4,12	
Cuidados de Higiene: Medo	2º	155	3,17	0,004
	3º	186	2,97	
	4º	66	2,40	
Cuidados de Higiene: Felicidade	2º	147	4,38	0,008
	3º	184	3,58	
	4º	66	3,68	
Cuidados de Higiene: Ansiedade	2º	155	2,15	0,016
	3º	183	2,26	
	4º	67	1,68	
Cuidados de Higiene: Culpa	2º	154	2,20	0,031
	3º	186	2,16	
	4º	66	1,74	
Cuidados à Ferida: Medo	2º	153	3,59	0,004
	3º	186	3,55	
	4º	67	2,84	
Cuidados à Ferida: Ansiedade	2º	154	2,25	0,009
	3º	185	2,45	
	4º	67	1,78	
Cuidados à Ferida: surpresa	2º	153	3,90	0,000
	3º	184	3,77	
	4º	67	2,83	
Cuidados à Ferida: Tristeza	2º	154	1,90	0,010
	3º	186	2,27	
	4º	67	1,70	

Quadro 27- Relações entre as emoções envolvidas na prestação de Cuidados e o ano de Curso dos Estudantes (continuação)

<b>Prest. de Cuidados / Emoção</b>	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Sig.(2- tailed)</b>
Cateterismo Vesical: Medo	2º	149	3,88	0,001
	3º	182	3,56	
	4º	65	2,97	
Cateterismo Vesical: ansiedade	2º	149	2,24	0,031
	3º	181	2,29	
	4º	66	1,74	
Cateterismo Vesical: Culpa	2º	150	2,29	0,012
	3º	181	2,35	
	4º	67	1,89	
Cateterismo Vesical: surpresa	2º	148	3,32	0,000
	3º	181	2,99	
	4º	64	2,20	
Punção Venosa: Medo	2º	156	3,55	0,038
	3º	185	3,36	
	4º	66	2,92	
Punção Venosa: Felicidade	2º	155	4,89	0,000
	3º	185	3,53	
	4º	67	3,75	
Punção Venosa: Surpresa	2º	155	2,94	0,000
	3º	186	2,62	
	4º	66	1,97	
Ressuscitação Cardio Respiratória: Medo	2º	40	3,22	0,000
	3º	127	4,57	
	4º	55	5,14	
Ressuscitação Cardio Respiratória: Ansiedade	2º	38	2,99	0,029
	3º	128	4,14	
	4º	53	3,96	
Ressuscitação Cardio Respiratória: Culpa	2º	38	1,86	0,000
	3º	126	2,81	
	4º	55	2,51	
Ressuscitação Cardio Respiratória: Cólera	2º	38	1,54	0,040
	3º	127	2,16	
	4º	54	1,74	

## Capítulo IV

# Síntese e discussão da informação

## 1 - Narrativas de Aprendizagem e Narrativas Temáticas

A análise da informação contida nas narrativas de aprendizagem dos estudantes permitiu-nos encontrar as seguintes categorias: dificuldades emocionais, sentimentos, emoções e por último as estratégias para gerir as emoções.

As dificuldades emocionais mencionadas pelos estudantes são relativas à comunicação; ambiente de trabalho; execução de procedimentos; conhecimento; capacidades e ao ambiente de cuidados.

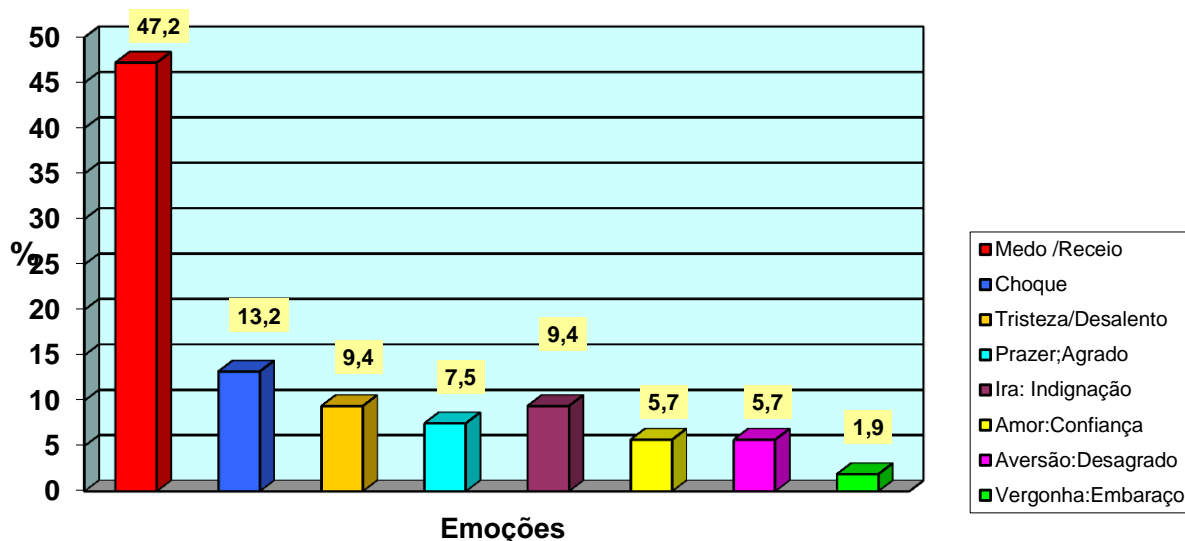
Relativamente às emoções e consultando a tabela 5 e gráfico 13, encontrámos como emoções negativas o medo / receio que constitui 47,2% dos indicadores, seguido do choque (emoção surpresa), com 13,2 %. A tristeza / desalento constituem 9,4% dos indicadores bem como a indignação (ira). As emoções de aversão / desagrado, surgem em 5,7% dos indicadores e a vergonha / embaraço, em 1,9 %.

As emoções positivas identificadas foram o prazer/agrado que constituem 7,5 % dos indicadores e o amor/confiança 5,7 % dos mesmos. Para além destas emoções, surgiu nas narrativas temáticas, a alegria.

Tabela 5 - Resumo da experiência Emocional dos estudantes como prestadores de cuidados

<b>EMOÇÕES EXPERIMENTADAS PELOS ESTUDANTES</b>	<b>Nº Indicadores</b>	<b>%</b>
Medo / Receio	25	47,2
Choque	7	13,2
Tristeza / desalento	5	9,4
Ira: indignação	5	9,4
Prazer: Agrado	4	7,5
Amor: Confiança	3	5,7
Aversão: desagrado	3	5,7
Vergonha: Embaraço	1	1,9
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Gráfico 13 - Resumo da experiência Emocional dos estudantes como prestadores de cuidados



Estes resultados espelham a experiência emocional dos estudantes, em tudo idêntica à experiência do estudo de Mercadier (2004) e Diogo (2006) que evidencia as seguintes emoções dos enfermeiros na prática de cuidados: a tristeza, o medo, a surpresa, a culpa, a revolta, a angústia e a alegria.

**O Medo / Receio** manifestado pelos estudantes na prestação de cuidados é referente ao ambiente de trabalho e de cuidados; comunicação e ainda execução de procedimentos (competências do quadro de referência da Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2003). Ainda se verificaram referências relativas às capacidades, conhecimentos e erros de execução.

Encontrámos um predomínio de manifestações de medo em torno do ambiente de trabalho/cuidados e das capacidades/competências.

Em relação a estas últimas também no estudo de Fernandes (2010), os estudantes referem que o medo surge em situações de pessoas em situação de saúde grave, pelo receio de não saber e poder falhar.

Lourenço (2012) menciona que a falta de competências para executar procedimentos e os riscos e medos decorrentes de situações de aprendizagem em ensino clínico foram percebidos pelos estudantes como geradores de maior stress.

Para Masters (2013), os alunos são ensinados segundo um ideal teórico o que contribui para um alto padrão na prática profissional. Quando os alunos entram em contacto com o mundo real, a cultura da prática clínica e a cultura da sala de aula podem parecer mundos à parte. O choque com a realidade ocorre quando o papel percebido entra em conflito com a função realizada e pode ser minorado com a experiência clínica e orientação tutorial que ajudam o estudante a realizar a transição entre “from perceived role expectations to actual role expectations”.

A **surpresa/choque** sentida pelos estudantes envolveu para além de aspectos comunicacionais e execução de procedimentos, a postura profissional e as capacidades do estudante.

Também no estudo de Fernandes (2010) o contacto com a doença grave e o sofrimento originam tristeza e choque.

O espanto, a perplexidade e o sobressalto são algumas das características associadas à emoção surpresa. Esta é uma experiência breve e inesperada, durando apenas alguns segundos (Magalhães, 2007).

Normalmente acontece no momento em que decorre o que nos surpreende e depois de isso acontecer, a surpresa pode passar a medo, alívio, cólera ou aversão, ou pode não ser sucedido por qualquer emoção (idem).

Para Mercadier (2004) os prestadores de cuidados ficam muitas vezes chocados com a morte de um utente, verificando-se duas reacções opostas: ou levam dias a falar do assunto ou então remetem-se ao silêncio, abafando um fluxo emocional demasiado forte. Para o prestador de cuidados é tanto mais difícil lidar com a morte quanto mais esta se encontra envolvida pelo halo dos afectos.

Para Neto (2003), a **tristeza** é a mais comum das emoções ditas negativas e tem como causa, situações de perda relativas a relações interpessoais ou de posses, em que o desapontamento normalmente acompanha a consciência de não realização de objectivos e intenções.

Relativamente à **vergonha**, Mercadier (2004, p.3) menciona: “recomenda-se aos alunos que respeitem o pudor do doente, que evitem desnudá-lo completamente, destapando-o apenas em parte de cada vez, para evitar constrangê-lo; mas nada se diz sobre o constrangimento do próprio prestador de cuidados”.

A vergonha e a culpa ocorrem frequentemente em conjunto, sendo a principal diferença entre elas o facto de a vergonha implicar as avaliações dos outros e a culpa principalmente de uma auto-avaliação (idem).

A vergonha tem uma função adaptativa de nos sensibilizar para a opinião dos outros e permite o desenvolvimento de aptidões do comportamento social.

Nas narrativas analisadas surgiram ainda relatos de **indignação** relacionados com procedimentos de médicos e enfermeiros, e em defesa da dignidade dos doentes. Tal facto corrobora a ideia de Mercadier (2004) que considera que a cólera é mais frequentemente dirigida aos outros actores do hospital do que dirigida aos doentes.

A **aversão** é uma emoção negativa de repulsa e de afastamento que se refere à rejeição daquilo que pode estar contaminado, ser desagradável, física ou psicologicamente (Oatley e Jenniffer, 2002; Strongman, 2004).

O ambiente de trabalho e a comunicação foram manifestações de desagrado e desfavorável ao desenvolvimento do estudante.

**O prazer e o agrado** foram relativos ao ambiente de cuidados e o de trabalho. Estes foram percebidos como positivos e favoráveis ao desenvolvimento do estudante.

Lazarus citado por Oatley e Jenkins (2002), identificou também o **amor** como uma emoção positiva. Para Neto (2003, p 34) “o amor é a emoção mãe desta família que tem como familiares a aceitação, a amizade, a confiança, a bondade, a afinidade, a devoção, a adoração, a fascinação e o ágape”.

A confiança nas suas capacidades para prestar cuidados ao utente é algo relatado com frequência pelos estudantes.

### **Quanto aos Cuidados Prestados aos doentes que suscitam emoções**

Nas narrativas de aprendizagem, a comunicação, os cuidados de doentes em fase terminal, as manobras de ressuscitação cardio-respiratória, cuidados pós morte e a execução de procedimentos, foram os cuidados mais valorizados pelos estudantes. Nas narrativas temáticas surgiram de novo relatos de cuidados a pessoas em fase terminal, ao cuidado ao corpo após a morte e cuidados de higiene.

Collière (2003) caracteriza o ou os tipos de cuidados a prestar ou executar, de acordo com a ou as finalidades que se propõe atingir. Assim caracteriza os cuidados como de compensação, de manutenção de vida, de estimulação, de conforto, de parecer e de apaziguamento.

Numa primeira etapa, a aprendizagem destes procedimentos integram-se, como menciona Callara (2008), na aprendizagem experiencial, em que os estudantes não só adquirem os conhecimentos e habilidades essenciais aos enfermeiros, mas também a forma como estes se integram na sua prática.

Este autor considera ainda que a aprendizagem é mais eficaz quando resulta da exposição ao mundo real do trabalho, a exposição aos outros profissionais e ao seu entrosamento no cuidar dos doentes (idem).

A sua realização envolve o utente/família e necessita que o estudante sob orientação de um tutor ou professor, proceda à preparação do material; à preparação das condições ambientais e privacidade necessárias; à preparação do utente, informando-o e obtendo o seu consentimento; à realização das diferentes etapas do procedimento e por último que efectue os registos. Os contextos são instáveis e incertos, numa dinâmica que gera, momento a momento, condições que tornam cada situação num caso único, singular e em evolução.

### **Relativamente aos Sentimentos percebidos pelos estudantes**

Quanto aos sentimentos percebidos pelos estudantes, uns foram negativos, traduzidos pela impotência, frustração, inutilidade, desagrado, fuga e intimidação. Os sentimentos positivos foram traduzidos por segurança, dever cumprido, altruísmo, satisfação, orgulho, e serenidade.

Verificou-se um predomínio de manifestações de sentimentos negativos, a impotência, a frustração e a inutilidade; ao invés dos positivos, em que só encontramos a segurança.

O sentimento distingue-se da emoção no sentido em que ele designa mais particularmente a componente subjectiva, sentida, da emoção e não se refere às componentes comportamentais e fisiológicas (Belzung, 2010).

Citando Damásio, este autor define sentimento como “a percepção de um estado do corpo assim como a percepção de um certo modo de pensamento e de pensamentos contendo certos temas”, (idem, p18).

### **Estratégia para gerir as emoções**

Como estratégias para gerir as emoções, os estudantes adoptaram: suporte e ajuda de colegas, momentos de reflexão com colegas, partilha com profissionais, professor / tutor e o desabafo com familiares e amigos. Ainda a pesquisa, a comunicação com os doentes, o aprender pela observação, o hábito e o manter uma adequada distância.

Mercadier (2004) menciona que a aprendizagem do cuidar é muita vez envolvida na negação das emoções e considera que aos enfermeiros se exige que mantenham o controlo e encontrem uma boa distancia para se manterem donos das suas emoções. Com frequência há confusão entre sentimentos e comportamentos, como se houvesse uma infiltração do sentir no agir.



A este respeito, Esperedião e Munari (2004) referem que a postura dos educadores e profissionais com quem os estudantes interagem ao longo dos cursos de saúde, pouco os estimulam a dizer o que pensam e o que sentem.

No estudo de Lourenço (2012) os resultados indicam que os estudantes utilizam um conjunto de estratégias positivas de coping, do tipo de controlo, distração e suporte social.

Segundo Davis (1995) as sessões de debriefing devem ser utilizadas para os estudantes descreverem sentimentos, partilhar experiências, proceder à resolução de problemas e identificar razões para a acção. No debriefing os estudantes analisam as experiências relacionadas com atitudes negativas da equipa, intervenções específicas do enfermeiro e as interações enfermeiro/ utente (idem).

Neste processo reflexivo da prática clínica, a ansiedade e o stress podem ser diminuídos, com o apoio do grupo de colegas e do professor (idem).

A aprendizagem dos estudantes junto dos profissionais com demonstração e ajuda mútua, convida à observação e imitação e tem um impacto no futuro profissional (Mercadier, 2004).

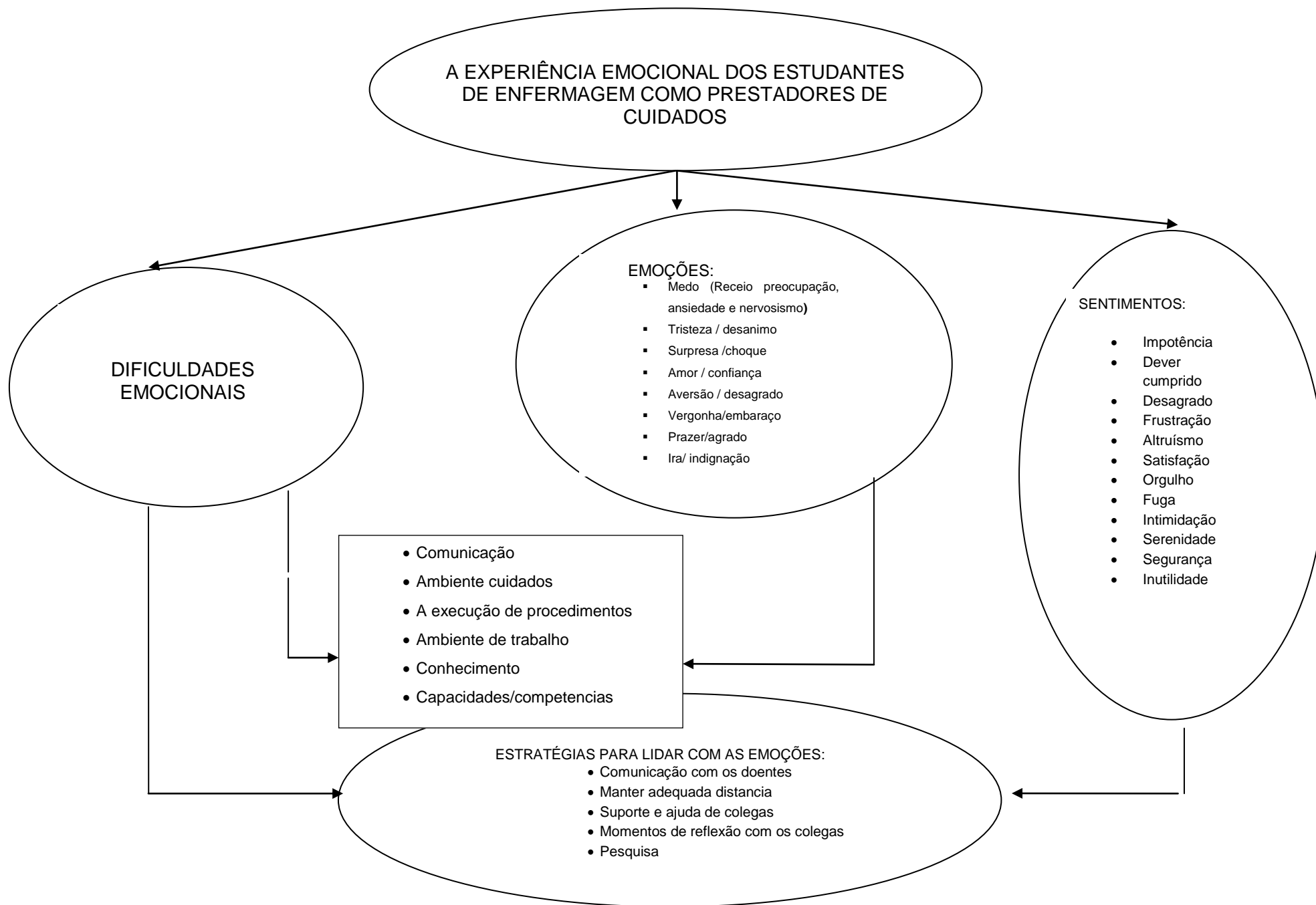
As habilidades de comunicação fomentam as relações interpessoais terapêuticas e aumentam o nível de satisfação das pessoas assistidas assim como das pessoas que os assistem Conanglia (2004).

Uma das competências / capacidades para gerir as emoções, é a empatia que constitui a mais fundamental das aptidões pessoais que tem como finalidade última, compreender o outro e manifestar-lhe compreensão, Agostinho (2010)

Para educar a competência empática, segundo Conanglia (2004) é necessário trabalhar o autoconhecimento emocional, o autocontrolo, a atenção, a escuta activa, a comunicação verbal e não-verbal, a consideração e o sentido de responsabilidade pelo bem-estar dos outros e a expressão do interesse pelo outro através da atenção e ajuda.

Apresentamos em diagrama a síntese da informação contida nas narrativas de aprendizagem e narrativas temáticas que nos permitem uma visão global da experiência emocional dos estudantes.

Diagrama 13 – Experiência Emocional dos Estudantes de Enfermagem como Prestadores de Cuidados



## 2 - Questionário:

**Os Estudantes alvo do nosso estudo foram caracterizados quanto à idade, sexo, estado civil e distribuição por ano de curso.**

A média das idades dos estudantes é de 21 anos; 82,2 % são do sexo feminino e 17,8 % do masculino; 97,8% são solteiros, 2% são casados ou vivem em união de facto e dos 411 estudantes a quem aplicámos o questionário, 158 são do 2º ano, 187 do 3º ano e 67 do 4º ano.

### **Quanto à avaliação das emoções na prática de cuidados**

Com a aplicação da Escala de avaliação das emoções na prática de cuidados é de salientar a comunicação e o lidar com a morte, como os mais valorizados pelos estudantes, apresentando médias superiores a 5, numa escala de 0-10.

Na comunicação foram mais valorizadas as dimensões, Felicidade, Surpresa e Medo.

Nas narrativas de aprendizagem embora não se tenham encontrado indicadores de felicidade, os de medo e surpresa, surgem evidenciados nas seguintes frases:

- Uma das principais coisas que me assustava cada vez que pensava no ensino clínico era a comunicação e relação com os doentes (2.1)
- De manhã quando entramos no quarto e dizemos “bom dia” por vezes a única manifestação comunicacional que recebemos é um silêncio frio que nos custa a aceitar (4.4)

Para Viana da Silva e Nakata (2005), as barreiras à comunicação decorrem habitualmente da falta de habilidade para ouvir, ver, sentir e compreender a mensagem ou o estímulo recebido.

Citando Santos, Pereira (2008, p.92) menciona que, “cada pessoa sente necessidade de ser olhada, escutada, acolhida, compreendida e reconhecida na sua identidade e singularidade”.

No lidar com a morte as dimensões tristeza, o Medo e a Surpresa foram mais valorizadas. Nas narrativas encontrámos unicamente indicadores de tristeza e surpresa, mas não de medo, como evidenciam as seguintes frases:

- Senti-me um pouco triste, não por pensar que poderia ter sido feita alguma coisa, mas porque era uma vida que acabava ali diante dos nossos olhos (4.5)
- O doente faleceu na minha presença senti-me muito sensibilizada, era uma realidade para a qual não estava preparada (2.8)

À medida que surgem e desenvolvem ligações com os pacientes moribundos, os estudantes tomam consciência que a pessoa que cuidam não é só um corpo na cama, mas o tipo de pessoas que foram e a vida que viveram (Beck,1997).

Sentem-se muitas vezes desesperados e inúteis quando os doentes não estão conscientes do seu prognóstico, quando têm incapacidade para aumentar a terapêutica analgésica para proporcionar uma morte serena e quando são incapazes de realizar os seus últimos desejos (idem).

A sua inexperiência em cuidar este tipo de doentes, leva a que se sintam desconfortáveis a discutir a morte e o morrer quer com os doentes quer com os seus familiares. Sentem muitas vezes frustração e raiva pela dificuldade em encontrar as palavras certas e em permitir que o paciente discuta a sua morte eminente, contudo conscientes que estes são componentes essenciais do cuidado (idem).

**Menos valorizados** pelos estudantes encontrámos a ressuscitação Cardio-respiratória, o cuidado ao corpo após a morte, os cuidados de higiene, cuidados à ferida, cateterismo vesical e punção venosa.

Na ressuscitação Cardio-respiratória as dimensões mais valorizadas foram o medo e a surpresa, indicadores que surgem igualmente nas narrativas, expressos do seguinte modo;

- Uma situação de paragem cardio respiratória... Aí deparei-me com o medo que tenho de um dia estar naquela posição e ficar em "estado choque" e não conseguir pensar e agir (3.3)
- Ver os médicos durante as manobras de reanimação com uma atitude descontraída como se nada se passasse deixou-me algo chocada (2.1)

No cuidado ao corpo após a morte foram mais valorizadas as dimensões, tristeza e medo. As narrativas expressam unicamente a emoção tristeza, como verificamos na seguinte frase:

- Senti-me um pouco triste, não por pensar que poderia ter sido feita alguma coisa, mas porque era uma vida que acabava ali diante dos nossos olhos (4.5)

Embora os cuidados de higiene tenham sido mais valorizados nas dimensões felicidade, medo e surpresa, nas narrativas encontramos unicamente referências ao constrangimento/embaraço quer no estudante quer na pessoa cuidada, patentes nas seguintes frases;

- Por muito que respeitemos a intimidade e privacidade daquela pessoa, não consigo deixar de imaginar o constrangimento e embaraço por ela sentidos (8)
- No inicio os cuidados de higiene e conforto ...eram bastante incómodos especialmente se estava com pessoas...jovens, do sexo feminino...(1)

No hospital, os cuidados de higiene constituem um ritual que põe dois corpos num frente a frente, situando-os numa relação de proximidade que ultrapassa o espaço privado de cada um, numa proximidade corporal que não deixa indiferente tanto o corpo do enfermeiro / cuidador, como o da pessoa cuidada (Salvado, 2010).

A emoção sentida mais vezes pelos enfermeiros durante a interacção com os doentes é o constrangimento. Esta palavra encerra vários significados, que vão da vergonha à humilhação e à repulsa (Mercadier, 2004).

Nos cuidados à ferida foram mais valorizadas as dimensões, felicidade, seguido da surpresa e do medo. Nas narrativas surgem unicamente expressões de medo, como pode ser verificado nesta frase:

- Em relação à realização do penso do local de inserção do cateter venoso central, na primeira vez que o executei senti-me um. pouco nervosa (2.9)

Na realização deste procedimento consideramos que a maior dificuldade que o estudante tem prende-se com o procedimento propriamente dito e que inclui: a avaliação da ferida, decisão terapêutica, destreza e manipulação correcta de material esterilizado e realização de registos.

No procedimento, punção venosa, foram mais valorizadas as dimensões felicidade e medo. Nas narrativas de aprendizagem o medo foi mais evidente:

- devido ao medo de conspurcar o material e toda a técnica asséptica e pela falta de experiência que senti nesse momento. (2.12);
- Apesar do nervosismo que sentia (punção venosa), o procedimento correu muito bem, devido essencialmente à orientação da Enfermeira tutora (4.9)

Podemos identificar algumas dificuldades que o estudante pode encontrar nas diferentes etapas de desenvolvimento do procedimento, tal como preconizado no Manual de Normas de Enfermagem, ACSS (2011): antes da cateterização, a selecção e gestão dos locais a puncionar; na cateterização, assegurar técnica asséptica na punção, na manipulação do cateter, do sistema e do local de inserção e por ultimo os registos, em que assinala dia e hora em que ocorreu, cateter utilizado, resultados obtidos e informação prestada ao doente.

Consideramos que o medo que o estudante tem do insucesso e do sofrimento que pode infringir na realização deste procedimento ao doente são aspectos dificultadores no desenvolvimento da acção.

No cateterismo vesical, as dimensões mais valorizadas foram o medo, seguido da dimensão felicidade. Podemos identificar ainda as dificuldades que o estudante pode encontrar nas diferentes etapas de desenvolvimento do cateterismo vesical, tal como

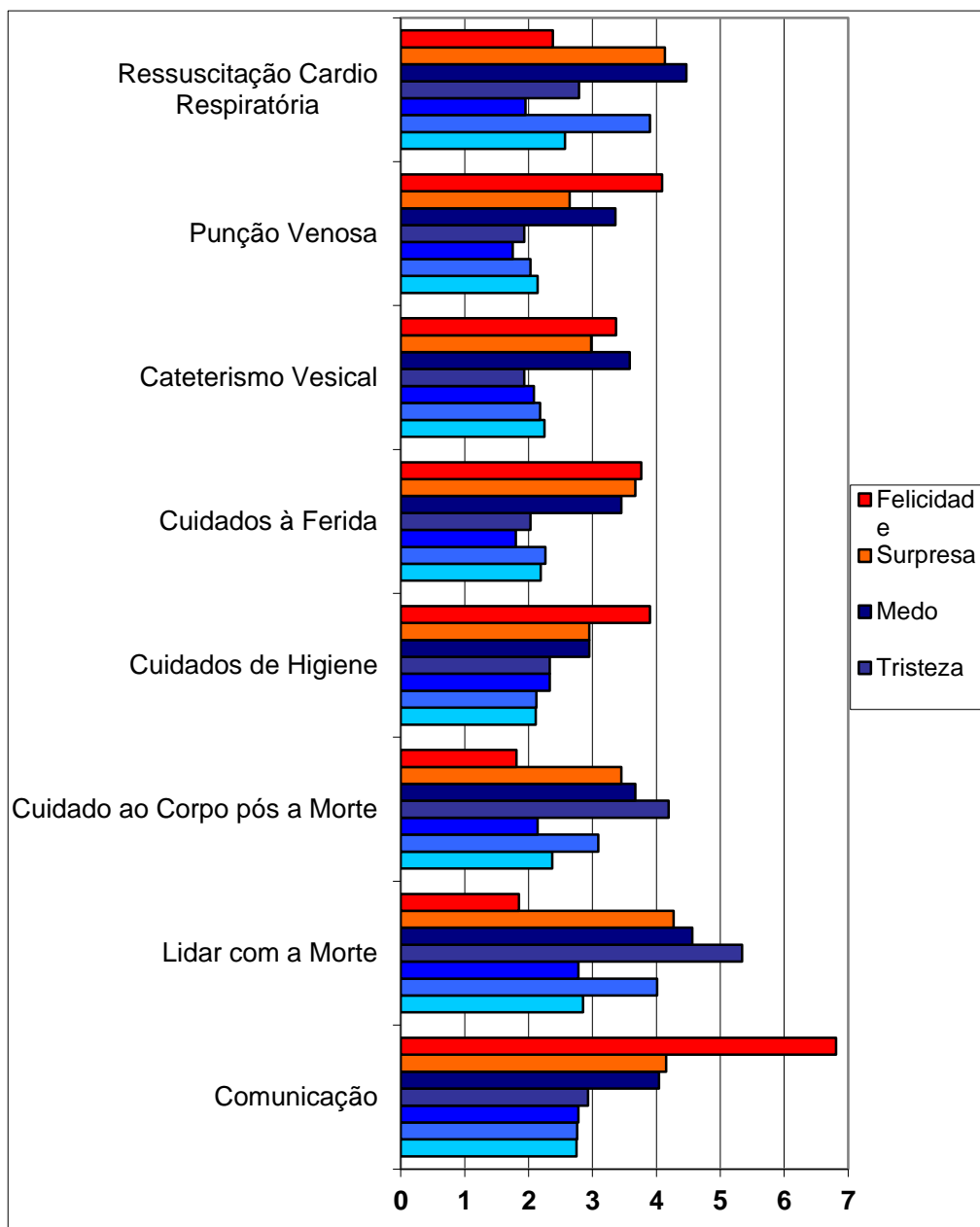
preconizado no Manual de Normas Enfermagem, ACSS (2011): antes do cateterismo urinário, necessita também que o estudante, proceda à preparação do material (para a higiene dos genitais e o específico para o cateterismo), do utente, informando-o do que irá ser realizado e verificando as condições do ambiente (temperatura, iluminação e ventilação, bem como o respeito pela privacidade); no cateterismo urinário, deve ser realizada a higiene genital e deve ser utilizada a técnica asséptica cirúrgica na introdução do cateter; e após a realização do procedimento devem ser efectuados os registos, em que assinala dia e hora em que ocorreu, calibre do cateter urinário utilizado, resultados obtidos e informação prestada ao doente (idem).

Em todos os cuidados desenvolvidos pelos estudantes, à excepção dos cuidados ao corpo após a morte e no lidar com a morte, encontramos a emoção felicidade. Nas narrativas encontrámos, expressões de alegria patentes nas seguintes frases:

- A prestação de cuidados, regra geral, suscita-me...e alegria, por sentir que estou a contribuir para a recuperação de uma pessoa (3);
- Quando me encontro perante pessoas...autónomas e visivelmente alegres...experienço emoções positivas como a alegria e o entusiasmo (7)

Podemos verificar no gráfico que apresentamos em seguida, a síntese da aplicação da Escala de avaliação das emoções aos estudantes

Gráfico 14 – Síntese da avaliação de Emoções nas diferentes práticas de Cuidados



Avaliamos ainda as possíveis relações entre as emoções envolvidas na prestação de cuidados, o sexo dos estudantes e o ano do curso.

**Nas Relações entre as emoções envolvidas na prestação de Cuidados e o sexo dos estudantes,** comparámos as médias relativas às emoções envolvidas na prestação de cuidados, entre estudantes do sexo masculino e do sexo feminino,

Na **Comunicação** há entre os estudantes do sexo feminino e do masculino, uma diferença de médias, relativamente à emoção **Culpa** a um nível de significância de 0,045.

Na prática, **Lidar com a Morte** há entre os estudantes do sexo feminino e do masculino, uma diferença de médias, relativamente à emoção **medo, felicidade, ansiedade, surpresa e tristeza**, a um nível de significância, respectivamente de 0,001, 0,033, 0,029, 0,027 e 0,006.

Na prática **Cuidar do Corpo Após a Morte** há entre os estudantes do sexo feminino e do masculino, uma diferença de médias, relativamente à emoção **medo, felicidade e tristeza** a um nível de significância, respectivamente de 0,040, 0,033 e 0,006.

Já na prática do **Cateterismo Vesical** há uma diferença de médias entre os estudantes do sexo feminino e os do sexo masculino, relativamente à emoção **Cólera**, a um nível de significância de 0,033.

Quanto à **Ressuscitação cardio-respiratória** há uma diferença de médias entre os estudantes do sexo feminino e os do sexo masculino, relativo à emoção **medo e surpresa**, a um nível de significância de 0,004 e de 0,026.

Nas relações entre as emoções envolvidas na prestação de Cuidados e o Ano de Curso dos estudantes, **comparamos as médias relativas às emoções envolvidas na prestação de cuidados, entre estudantes do 2º ano, 3º e 4º ano.**

Assim, na **comunicação**, há uma diferença de médias nas estudantes do sexo feminino, no 2º, 3º e 4º anos, relativamente à emoção felicidade, a um nível de significância de 0,001 e à emoção Surpresa, a um nível de significância de 0,003.

No **lidar com a morte** há uma diferença de médias entre os estudantes do 2º, 3º e 4º ano, relativamente à emoção Culpa, a um nível de significância de 0,008 e à emoção Surpresa, a um nível de significância de 0,028.

No **Cuidar do corpo após a morte** há uma diferença de médias entre os estudantes do 2º, 3º e 4º ano, relativamente à emoção medo, a um nível de significância de 0,034; à emoção culpa, a um nível de significância de 0,001; em relação à Cólera a um nível de significância de 0,007; à Surpresa a um nível de significância de 0,007 e à Tristeza, a um nível de significância de 0,042.

Nos **cuidados de higiene** há uma diferença de médias entre os estudantes do 2º, 3º e 4º ano, relativamente à emoção medo, a um nível de significância de 0,004; à emoção felicidade, a um nível de significância de 0,008; em relação à ansiedade, a um nível de significância de 0,016; à Surpresa a um nível de significância de 0,007; à tristeza, a um nível de significância de 0,042 e à culpa, a um nível de significância de 0,031.



Nos **Cuidados à Ferida** há uma diferença de médias entre os estudantes do 2º, 3º e 4º ano, relativamente à emoção medo, a um nível de significância de 0,004; em relação à ansiedade, a um nível de significância de 0,009; à Surpresa a um nível de significância de 0,000; à tristeza, a um nível de significância de 0,010.

No **Cateterismo Vesical** há uma diferença de médias entre os estudantes do 2º, 3º e 4º ano, relativamente à emoção medo, a um nível de significância de 0,001; em relação à ansiedade, a um nível de significância de 0,031; à culpa, a um nível de significância de 0,012 e à Surpresa a um nível de significância de 0,000.

Na **Punção Venosa** há uma diferença de médias entre os estudantes do 2º, 3º e 4º ano, relativamente à emoção medo, a um nível de significância de 0,038; em relação à felicidade, a um nível de significância de 0,000 e à surpresa, a um nível de significância de 0,000.

Por último na **Ressuscitação cardio-respiratória** há uma diferença de médias entre os estudantes do 2º, 3º e 4º ano, relativamente à emoção medo, a um nível de significância de 0,000; em relação à ansiedade, a um nível de significância de 0,029; a culpa, a um nível de significância de 0,000 e a cólera, a um nível de significância de 0,040.

## **Conclusões do estudo**

De acordo com os objectivos traçados para este estudo, consideramos ter obtido informação relevante acerca dos cuidados com maior impacto emocional nos estudantes e que foram: a comunicação, os cuidados aos doentes em fim de vida, as manobras de ressuscitação cardio-respiratória, cuidados pós morte, a execução de cuidados de higiene, de cuidados a feridas, o cateterismo venoso e o cateterismo vesical. Destes, salientamos a comunicação e o lidar com a morte, aspectos mais valorizados pelo estudante, apresentando por isso médias mais elevadas. Na comunicação é de salientar ainda a valorização das emoções, felicidade, surpresa e medo e no lidar com a morte, a valorização da tristeza e do medo.

Como cuidados menos valorizados pelos estudantes, encontrámos: a ressuscitação cardio-respiratória, em que foram evidenciados o medo e a surpresa; o cuidado ao corpo após a morte, em que salientamos a tristeza e o medo; os cuidados de higiene, em que foram valorizados a felicidade, medo e a surpresa; os cuidados à ferida, em que salientamos as emoções, felicidade, surpresa e medo; o cateterismo vesical em que as emoções valorizadas foram, o medo e a felicidade e por último a punção venosa, em que se salientaram a felicidade e o medo.

A felicidade, o medo e a surpresa estão muito presentes nos procedimentos acima mencionados. Consideramos que a felicidade está relacionada com a oportunidade que o estudante tem de realizar a experiência, associado ao medo do insucesso ou ao sofrimento que pode provocar na pessoa e a surpresa pela imprevisibilidade que o procedimento lhe provocou.

A tristeza surge unicamente nos procedimentos que envolvem o fim de vida e com os cuidados após a morte.

Ainda podemos verificar algumas diferenças de médias relativas às emoções envolvidas na prestação de cuidados, entre os estudantes do sexo masculino e feminino e entre os diferentes anos do curso.

Assim a diferença de médias entre estudantes do sexo masculino e feminino, na comunicação foi relativa à emoção culpa; no lidar com a morte, foi relativa às emoções, medo, felicidade, ansiedade, surpresa e tristeza; no cuidar do corpo após a morte foi, relativa à emoção medo, felicidade e tristeza; no cateterismo vesical foi relativa à emoção, cólera e por último na ressuscitação cardio-respiratória foi relativa às emoções, medo e surpresa.

Relativamente às diferenças de média entre os estudantes do 2º, 3º e 4º ano, na comunicação e nas estudantes do sexo feminino foi relativa à emoção felicidade; no

lidar com a morte foi relativa à emoção culpa; no cuidar do corpo após a morte, relativa à emoção medo; nos cuidados de higiene, relativa às emoções, medo, ansiedade e felicidade, nos cuidados à ferida relativas à emoção medo, ansiedade, surpresa e tristeza; no cateterismo vesical, relativa às emoções, medo, ansiedade, culpa, e surpresa e na punção venosa, relativa às emoções, medo, felicidade, e surpresa.

Quanto aos sentimentos percebidos pelos estudantes, uns foram negativos, traduzidos pelas expressões, impotência, frustração, inutilidade, desagrado, fuga e intimidação. Os sentimentos positivos foram traduzidos por segurança, dever cumprido, altruísmo, satisfação, orgulho, e serenidade.

Como estratégias para gerir as emoções, os estudantes adoptaram: suporte e ajuda de colegas, momentos de reflexão com colegas, partilha com profissionais, professor / tutor e o desabafo com familiares e amigos. Ainda foram mencionadas a pesquisa, a comunicação com os doentes, o aprender pela observação, o hábito e o manter uma adequada distância.

### **Implicação para os estudantes**

Na prestação de cuidados, trabalhar em segurança é uma necessidade natural e inerente à condição humana, um direito de cada um dos intervenientes do ensino clínico viver as situações de aprendizagem num ambiente de segurança, não devendo as mesmas constituir fonte de risco para o estudante de enfermagem, quer este seja de natureza física, psicológica e emocional.

A resposta emocional dos estudantes e profissionais é condicionada pela personalidade, expectativas e experiências individuais. Uma das principais competências da regulação das emoções que o estudante deve adquirir é a habilidade de compreender e nomear as emoções e sentimentos, nem sempre fácil de se conseguir mas que é possível exercitar e treinar. (Diogo, 2006; Serra, 2010)

Perante uma situação emocional difícil, o estudante deve conseguir adoptar uma das seguintes estratégias: deter-se, reconhecer o estado emocional, analisar as opções, encontrar uma resposta reflexiva e não reactiva à situação; e actuar, detectando quais as condutas que dificultam a felicidade e as condutas desadaptativas, (Conangla, 2004).

Pretende-se assim que o nosso caso o estudante mantenha relações pessoais estáveis, diga de forma clara o que pensa, independentemente da opinião dos outros; comunique olhando nos olhos, sentindo-se calmo, empático, com maior respeito pela individualidade e mais tolerante perante o conflito (Agostinho, 2010).

Pretende-se ainda que o estudante, ao perceber os sentimentos como perigosos, procure distrações e distancie-se, possibilitando o raciocínio e conseguindo assim o autocontrolo e a melhoria do clima inter-relacional. Com a reavaliação da situação e reavaliação dos sentimentos, pensa na forma de lidar com eles, e caso não o consiga fazer, fica pelo menos consciente para pedir ajuda, (Agostinho, 2010).

O bem-estar emocional assenta não no evitar os sentimentos desagradáveis, mas sim em educar as emoções, de forma a impedir que os sentimentos negativos dominem (Franco, 2005).

### **Implicação para a orientação pedagógica**

Torna-se uma constante preocupação para os professores, poder proporcionar ao aluno situações de aprendizagem que permitam um contínuo e progressivo desenvolvimento técnico e humano, tendo em conta os riscos que as situações envolvem, ensinando-o a adoptar estratégias que minorem o risco de actuação, ao mesmo tempo que reforçam as competências pessoais globais do estudante.

Estes devem ser apoiados no processo de socialização profissional para que desenvolvam a assertividade, reflexão e o pensamento crítico, necessários a um cuidar holístico e a uma prática baseada na evidência (Masters, 2013).

Para tal, o estudante deve ser acompanhado por um orientador experiente que saiba escolher situações uteis à aprendizagem e que o ajudem a ver aquilo que sozinho não é capaz de fazer.

Relativamente à supervisão os professores têm a responsabilidade de orientar a prática pedagógica dos alunos em ensino clínico para que no término do mesmo o aluno tenha adquirido um conjunto de competências exigidas ao cuidar profissional (Alarcão, 2010).

Os formadores se estiverem conscientes do que pode ser fonte de sofrimento emocional para o estudante, podem adoptar uma postura de acompanhamento e mediação, optimizando os momentos em que se promova o desenvolvimento do auto-análise pelos estudantes, (Serra 2010).

Pelos resultados no nosso estudo, pretendemos divulgá-los junto da corpo docente e recomendar o reforço do ensino teórico e prático das técnicas de comunicação, e a comunicação de más notícias, o lidar com pessoas em fim de vida e a gestão do sofrimento, entre outros.

O acompanhamento da componente prática preconiza um ciclo de supervisão que é fundamental e que engloba: o encontro de pré observação / planificação, a

observação, análise dos dados e o encontro de pós observação. (Vieira, 1993; Moya, 2002; Alarcão (2010: 80);

Na última etapa do ciclo de supervisão, o supervisor deve ajudar a reflectir, interpretar e ver a realidade por detrás dos dados, atribui-lhes significado e ajuda-o na tomada de decisões futuras. (Ribeiro, 1991; Vieira, 1993; Moya, 2002; Alarcão, 2010)

Os estudantes devem poder descrever sentimentos, partilhar experiências, proceder à resolução de problemas e a identificação de razões para a acção. O principal resultado será a possibilidade de identificar as necessidades de aprendizagem que conduzam a respostas tais como: cooperação, partilha e auto avaliação. Neste processo reflexivo da prática clinica, a ansiedade e o stresse podem ser diminuídos, com o apoio do grupo de colegas e do professor (Davis, 1995).

Podem ainda ser utilizadas outras estratégias que complementam o processo supervisivo tais como o trabalho escrito sobre as emoções (Moya, 2002; Serra 2010)., com a realização de um diário de vivências em prática clinica, e o estudo de casos (Moya, 2002).

O desenvolvimento do pensamento crítico estimula os estudantes a avaliar atitudes e comportamentos, o que parece ser, um factor protector do sofrimento psicológico. Os estudos revelam que indivíduos com um pensamento crítico mais elaborado, revelam baixos níveis de ansiedade e elevados níveis de auto estima (Serra, 2010).

A emoção pode parasitar o saber e é muitas vezes não devidamente considerada, o que leva a atitudes e comportamentos inadequados susceptíveis de provocar um grande sofrimento. Considera urgente deixar a visão de um saber reduzido a uma soma de conhecimentos pré constituídos e transmitir um saber que evolui, influenciado pelo contexto e pela afectividade Darras (2004).

### **Limitações do estudo**

Face aos resultados obtidos no nosso estudo, fica-nos a convicção que outro tipo de abordagem pode ajudar a aprofundar o âmbito desta investigação.

É importante aumentar as fontes de motivação e satisfação obtida nas actividades pedagógicas desenvolvidas em ensino clinico.

Estiveram patentes nas narrativas dos estudantes, outros aspectos que envolvem a prática de cuidados e que suscitaram emoções. O ambiente de prestação de cuidados sofre uma mudança muito significativa pois o estudante passa de um contexto de simulação em sala de aula para um contexto hospitalar.

Para os estudantes constituíram fonte acrescida de dificuldade, as regulares mudanças de campo de estágio, a integração nas diferentes unidades, a organização

de trabalho das equipas e o acompanhamento de que foram alvo, aspectos que influenciam o seu bem-estar em ensino clínico e que pode também ser alvo de pesquisa.

Também as sensações que envolvem a prática de cuidados foi um tema que acabou por não ser desenvolvido mas que pensamos poder ser alvo de pesquisa pela influência que têm no suscitar de emoções nos estudantes.

Relativamente às estratégias para gerir emoções seria interessante importante aprofundar a influência da partilha de experiências com o professor e colegas, no bem-estar emocional do estudante.

## Referências Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS. (2011). *Manual de normas de enfermagem: Procedimentos técnicos* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Agostinho, L. M. (2010). *Competência emocional em enfermeiros*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão*. Porto, Portugal: Porto Editora.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Almedina.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2010). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Almedina.

Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Bail, K. S. (2007). Engaging nurses in patient care: Clinical reflection by a student nurse. *Contemporary Nurse*, 25(1-2), 156-162.

Beck, C. T. (1997). Nursing students' experiences caring for dying patients. *Journal of Nursing Education*, 36(9), 408-415.

Belzung, C. (2010). *Biologia das emoções*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.

Benbunan Bentata, B., Alfaya Gongora, M. M., Chocrón Cohen, S., Cruz Quintana, F., Villaverde Gutierrez, C., & Roa Venegas, J. M. (2005). El Impacto emotivo del hospital: Implicaciones en la formación universitaria de los estudiantes de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 28(10), 35-42.

Bogdin, R., & Bicklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora.

Bolander, V. B. (1998). *Enfermagem fundamental: Uma abordagem psicofisiológica*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta

Branco, M. A. R. V. (2005). *Competência emocional em professores: Um estudo em discursos do campo educativo* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.

Branco, A. V. (2004). *Competência emocional*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

Callara, L. R. (2008). *Nursing education challenges in the 21st Century*. New York, NY: Nova–Science Publishers.

Campbell, M. L. (2011). *Nurse to nurse: Cuidados paliativos em enfermagem*. São Paulo, Brasil: AMGH Ed.

Carlson, C. R., Collins Jr., F. L., Stewart, J. F., Porzelius, J., Nitz, J. A., & Lind, C. O. (1989). The assessment of emotional reactivity: A scale development and validation study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2(4), 313-325. doi: 10.1007/BF00961530

Chabot, D. (2000). *Cultive a sua inteligência emocional*. Cascais, Portugal: Pergaminho.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE, versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Conangla, M. M. M. (2004). Acompanhar en un viaje emocional: La inteligência emocional aplicada a la relacion de ayuda. *Revista Rol de Enfermería*, 27(3), 202-210.

Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho de Enfermagem. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Damásio, A. (2000). *O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (11ª ed.). Mem Martins, Portugal: Publicações Europa América.



Darras, E. (2004). O cuidar pedagógico. In W. Hesbeen (Ed.), *Cuidar neste mundo* (pp. 263-287). Loures, Portugal: Lusociência.

Davis, E. (1995). Reflective practice: A focus for caring. *Journal of Nursing Education*, 34(4), 167-174.

Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados. Coimbra, Portugal: Formasau.

Diogo, P. (2012). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. Loures, Portugal: Lusociência.

Dubouloz, C.-J. (2003). Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa. In M.-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3ª ed., pp. 305-315). Loures, Portugal: Lusociência.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2010). Guia orientador de ensino clínico: Cuidados primários/diferenciados, 3º ano–6º semestre. Coimbra, Portugal: Autor.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2010). Guia orientador de ensino clínico: Cuidados primários/diferenciados, 4º ano–7º semestre. Coimbra, Portugal: Autor.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2010). *Guia orientador de ensino clínico: Fundamentos de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Autor.

Esperidião, E., & Munari, D. B. (2004). Holismo só na teoria: A trama de sentimentos do académico de enfermagem sobre sua formação. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 38(3), 332-340. doi: 10.1590/S0080-62342004000300012

Hazinski, M. F. (Ed.). (2010). *Destaques das directrizes da American Heart Association para RCP e ACE*. Edegem, Bélgica: American Heart Association.

European Resuscitation Council. (2010). *Guidelines for resuscitation 2010*. Edegem, Bélgica: American Heart Association.

Feldman, R. S. (2001). *Compreender a psicologia* (5ª ed.). Amadora, Portugal: McGraw-Hill.

Fernandes, I. D. (2010). *O primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Departamento de Educação, Portugal.

Fonseca, E. (2013). *Cuidados de higiene - banho: Significados nos cuidados de enfermagem. Perspectiva dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.

Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Franco, D. L. (2005). Na tua mão: A gestão de emoções e a prestação de cuidados ao doente oncológico. *Enfermagem*, 2(40), 5-8.

Gastmans, C. (1999). Care as a moral attitude in nursing. *Nursing Ethics*, 6(3), 214-222. doi: 10.1177/096973309900600304

Goleman, D. (2002). *Inteligência emocional* (11ª ed.). Lisboa, Portugal: Temas e Debates.

Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade: Emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Loures, Portugal: Lusociência.

Huffman, K., Vernoy, M., & Vernoy, J. (2003). *Psicologia*. São Paulo, Brasil: Atlas.

Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Métodos, avaliação crítica e utilização* (4ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Lopes, A. C. C., Ferreira, A. A., Fernandes, J. A. L., Morita, A. B. P. S., Poveda, V. B., & Souza, A. J. S. (2011). Construção e avaliação de software educacional sobre cateterismo urinário de demora. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45(1), 215-222. doi 10.1590/S0080-62342011000100030

Lopes, M. F., Santos, S. P. C., Graveto, J. M. G. N., & Chaves, M. C. (2011). Trauma resultante de cateterismo venoso periférico [Supl.]. *Nursing*, 23(275), 6-10.

Lourenço, A. C. (2012). *Desafios no ensino de enfermagem: Stresse académico dos estudantes em ensino clínico* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade da Extremadura, Badajoz, Espanha.

Magalhães, A. F. (2007). *A psicologia das emoções: O fascínio do rosto humano*. Porto, Portugal: Universidade Fernando Pessoa.

Magalhães, A. F. (2013). *O poder da face* (Vol. 1). Recuperado de <http://www.feelab.org>

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com a utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Silabo.

Masters, K. (2013). *Role development in professional nursing practice* (3ª ed.). New York, NY: Jones & Bartlett Learning.

Mazhindu, D. M. (2003). Ideal nurses: The social construction of emotional labour. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 6(3), 243-262. doi: 10.1080/0967026042000269647

Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: O corpo âmago da interacção prestador de cuidados-doente*. Loures, Portugal: Lusociência

Medina Moya, J. L. (2002). Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista de Enfermería de la Universidad de Albacete*, 15(1), 21-30.

Medina Moya, J. L., & Castillo Parra, S. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto Contexto - Enfermagem*, 15(2), 303-311. doi: 10.1590/S0104-07072006000200015

Murray, R. S. (2010). Writing for Immediacy: Narrative writing as a teaching technique in undergraduate cultural geography. *Journal of Geography in Higher Education*, 34(2), 231-245. doi: 10.1080/03098260903274378

- Neto, L. M., & Azevedo, I. (2003). *A nossa vida emocional*. Barcarena, Portugal: Presença.
- Oatley, K., & Jenkins, J. M. (2002). *Compreender as emoções*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Pereira, M. A. G. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Descobrimo a regressão com a complementaridade do SPSS*. Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Pettinelli, M. (2008). *The psychology of emotions, feelings and thoughts* (3ª ed.). Recuperado de <http://cnx.org/content/col10447/latest>
- Pires, A. M. B., & Goês, M. M. (2008). Cuidar: Um conceito central em enfermagem: Uma revisão da literatura. *Servir*, 56(5), 184–188.
- Polit, D., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Ramos, M. C. B. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Reidy, M., & Mercier, L. (2003). A triangulação. In M.-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3ª ed., pp. 321-326). Loures, Portugal: Lusociência.
- Ribeiro, A. C. (1991). *Formar professores: Elementos para uma teoria e prática da formação* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Texto Editora.
- Ries, B. E., & Rodrigues, E. W. (2004). *Psicologia e educação: Fundamentos e reflexões*. Porto Alegre, Brasil: Edipucrs.

- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão: Contributos nas áreas da formação de professores e outros profissionais*. Aveiro, Portugal: Universidade de Aveiro.
- Salvado, M. M. G. G. (2010). *O exercício do poder nos cuidados de enfermagem: Os cuidados de higiene* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Santos, E. M. M. (2009). *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico. Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Sarroeira, C. (2011). *Cuidados de higiene: Da tarefa ao cuidado: Uma reflexão* (3ª série, Vol. 2). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Schafanski, M. (2012). *Medicina da felicidade*. São Paulo, Brasil: Matrix.
- Serra, M. N. (2010). O trabalho emocional do estudante de enfermagem em ensino clínico. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 22, 41-47.
- Silva, W. V., & Nakata, S. (2005). Comunicação: Uma necessidade percebida no período pré operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 673–676. doi: 10.1590/S0034-71672005000600008
- Sousa, C. (2010). Emoções e expressão facial: Novos desafios. *Psicologia*, 24(2), 17-41.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002) . *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Strongman, K. T. (2004). *A Psicologia da emoção: Uma perspectiva sobre as teorias da emoção* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Tay, L. H., Hegney, D., & Ang, E. (2011). Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in a inpatient setting: A systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(2), 151-164. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00212.x

Vieira, F. (1993). *Supervisão: Uma prática reflexiva de formação de professores*. Rio Tinto, Portugal: Asa.

Zanelli, J. C., Borges-Andrade, J. E., & Bastos, A. V. B. (2007). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.