

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

(Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO - *STRESS* E ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM
ENFERMEIROS EM ONCOLOGIA**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

[Sandra da Fonte Sousa Gomes]

[Nº. de aluno 5908]

Orientadora:

Prof. Doutor [Margarida Cabugueira Custódio dos Santos]

Évora/Lisboa

[Outubro, 2011]

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

(Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO - *STRESS* E ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM
ENFERMEIROS EM ONCOLOGIA**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

[Sandra da Fonte Sousa Gomes]

[Nº. de aluno 5908]

Orientadora:

Prof. Doutor [Margarida Cabugueira Custódio dos Santos]

Évora/Lisboa

[Outubro, 2011]

Agradecimentos

À Professora Doutora Margarida Cabugueira Custódio dos Santos pelo profissionalismo com que orientou este trabalho, pela sua disponibilidade e apoio constante.

À Professora Elisabete Teresa da Mata Almeida Carolino pela sua preciosa colaboração e disponibilidade.

A todos os enfermeiros que participaram neste estudo, sem os quais nada teria sido possível. Em especial aos meus colegas e amigos do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa.

Ao Ruben pelo seu amor e apoio incondicional.

Aos meus pais, a quem devo tudo o que sou...
sempre presentes no meu pensamento!!!

Resumo

Riscos Psicossociais no Trabalho: *Stress* e Estratégias de *Coping* em Enfermeiros em Oncologia.

A prestação de cuidados de enfermagem a doentes oncológicos implica o confronto com situações que são simultaneamente de grande exigência técnica e científica e de grande desgaste emocional. Os níveis de *stress* ocupacional, aliados a estratégias de *coping* pouco eficazes são referidos na literatura como responsáveis pela perturbação da saúde, pelo absentismo laboral, e pela diminuição da qualidade dos cuidados. De entre os vários tipos de doença oncológica, os tumores de cabeça e pescoço são situações de particular risco de *stress* profissional.

Objectivos: Identificar níveis de saúde geral; stressores; e estratégias de *coping* em enfermeiros (N=96) em unidades de oncologia de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Metodologia: Para além do questionário demográfico foram utilizados; Questionário de Saúde Geral-12; Inventário de Stressores Ocupacionais; e o *Brief-COPE*.

Resultados: Verificaram-se níveis razoáveis de saúde geral; os stressores mais referidos dizem respeito à sobrecarga de trabalho; a situações emocionalmente perturbadoras; ao espaço físico; e à falta de reconhecimento da profissão. As estratégias de *coping* mais utilizadas são o planeamento, o *coping* activo; a aceitação e a reinterpretação positiva. Estudos de correlação mostraram valores interessantes de significância estatística nomeadamente entre valores de saúde geral e estratégias de *coping* ou entre as várias estratégias de *coping*.

Palavras-chave: Enfermagem, Oncologia, *Stress*, *Coping*.

Abstrat

Psychosocial Risks at Work: Stress and Coping Strategies of Nurses in Oncology

When taking care of cancer patients, nurses are confronted with life situations that are not only emotionally Stressful, but also demand a great deal of technical and scientific skills (expertise). Reviewed literature shows that professional Stress and weak coping strategies may lead to health disturbs, absenteeism and lower quality of care. Among the several kinds of cancer, head and neck appears to be a particular source of working Stress.

Aims: to identify general health levels; coping strategies in nurses that work in head and neck cancer units.

Methodology: demographic questionnaire; General Health Questionnaire-12 (GHQ-12); Occupational Stressors Inventory; Brief COPE.

Results evidence reasonable general health; the most referred Stressors are due to excessive work hours, emotionally disturbing situations, physical space and the lack of professional recognition. The coping strategies most used are the planning, active coping, acceptance and positive reframing. Correlation studies have shown interesting results of statistic significance concerning general health values and coping strategies and between the several coping strategies.

Key-words: Nursing, Oncology, Stress, Coping.

Índice Geral	Página
Introdução	1
Capítulo I – Fundamentação Teórica	4
1. Riscos Psicossociais na actividade laboral: <i>Stress</i> Ocupacional	4
1.1. Conceito de <i>Stress</i>	4
1.2 Modelo Transaccional de <i>Stress</i>	6
1.3 Modelos de <i>Stress</i> Ocupacional	8
2. Lidar com o <i>Stress</i> : O <i>Coping</i>	11
2.1 Conceito de <i>Coping</i>	11
2.2 Tipos de <i>coping</i>	13
2.3 Relação entre <i>Stress</i> e <i>Coping</i>	15
3. <i>Stress</i> e <i>Coping</i> em Enfermagem Oncológica	16
Capítulo II – Objectivos e Metodologia	24
1. Objectivos do estudo.....	24
2. Metodologia do estudo	24
2.1. Tipo de estudo	24
2.2. População e Amostra.....	25
2.2.1. Caracterização da Amostra.....	26
2.3. Procedimento.....	28
2.4. Instrumentos de colheita de dados	29
2.5. Procedimento de Tratamento e análise de dados	33
Capítulo III – Resultados.....	35
1. Resultados do Questionário de Saúde Geral-12	35
2. Resultados do Inventário de Stressores Profissionais	38
3. Resultados do <i>Brief-COPE</i>	41
4. Avaliação da relação <i>per si</i> e entre si, dos factores sócio-demográficos, do Questionário de Saúde Geral-12, do Inventário de Stressores Profissionais e do <i>Brief-COPE</i>	45
5. Análise de conteúdo dos dados qualitativos	48
Capítulo IV – Discussão de Resultados.....	50

Capítulo V – Conclusões	58
Capítulo VI – Recomendações e sugestões: plano de intervenção sócio- organizacional.....	61
Bibliografia	63

Anexos

Índice de tabelas

Tabela 1: Distribuição de Enfermeiros segundo a idade.....	26
Tabela 2: Distribuição dos Enfermeiros segundo a existência de filhos	27
Tabela 3: Distribuição dos Enfermeiros segundo o tempo de exercício de funções em Oncologia e no serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.	27
Tabela 4: Valores de <i>Alpha de Cronbach</i> da Amostra e de Carver (1997).....	33
Tabela 5: Avaliação do <i>score</i> geral do Questionário de Saúde Geral-12	35
Tabela 6: Medidas descritivas, Moda, Mínimo e Máximo do Questionário de Saúde Geral-12	36
Tabela 7: Avaliação dos <i>scores</i> do Inventário de Stressores Profissionais da Dimensão Funcional e da Dimensão Sócio-Emocional	38
Tabela 8: Medidas descritivas, Moda, Mínimo e Máximo do Inventário de Stressores Profissionais.....	39
Tabela 9: Comparação da distribuição dos <i>scores</i> da Dimensão Funcional e Sócio-Emocional do Inventário de Stressores Profissionais entre os dois géneros e teste t para amostras independentes.....	39
Tabela 10: Comparação da distribuição dos <i>scores</i> da Dimensão Funcional e Sócio-Emocional do Inventário de Stressores Profissionais com o estado civil e teste t para amostras independentes.....	40
Tabela 11: Avaliação dos <i>scores</i> do <i>Brief-COPE</i>	41
Tabela 12: Medidas descritivas, Moda, Mínimo e Máximo do <i>Brief-COPE</i>	42
Tabela 13: Comparação da distribuição dos <i>scores</i> do <i>Brief-COPE</i> entre o género e teste Mann-Whitney U.	43
Tabela 14: Comparação da distribuição dos <i>scores</i> do <i>Brief-COPE</i> com o estado civil e teste Mann-Whitney U.....	44
Tabela 15: Correlações entre o Questionário de Saúde Geral-12 e o <i>Brief-COPE</i> : coeficiente de correlação de Pearson (r) e nível de significância (p)	45

Tabela 16: Correlações *intra Brief-COPE*: coeficiente de correlação de Pearson (r) e nível de significância (p)..... 46

Índice de figuras

Figura 1: Gráfico da Distribuição dos Enfermeiros segundo o género.....	26
Figura 2: Gráfico da Distribuição dos Enfermeiros segundo e estado civil.....	27
Figura 3: Gráfico da Distribuição dos Enfermeiros segundo a formação específica em oncologia.....	28
Figura 4: Caixa de Bigodes: comparação da distribuição do <i>score</i> geral do Questionário de Saúde Geral-12 entre os dois géneros.....	37
Figura 5: Caixa de Bigodes: comparação da distribuição do <i>score</i> geral do Questionário de Saúde Geral-12 com o estado civil.....	37

Introdução

A presente dissertação surge no âmbito do Mestrado Sócio-Organizacioanal da Saúde, na área de especialização de Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde.

Nas últimas décadas, e tendo em conta as transformações do contexto laboral, tem sido dada uma grande relevância ao estudo dos riscos psicossociais no trabalho. Estes resultam da interação entre o indivíduo, com as suas condições de vida dentro e fora do contexto laboral, sendo susceptíveis de influenciar, a produtividade/qualidade do trabalho, a segurança, a saúde, o bem-estar; e a satisfação do trabalhador (Cox, Griffiths & Rial-Gonzáles, 2005). O Observatório Europeu dos Riscos (2008) indica que entre 50% e 60% dos dias de trabalho perdidos estão relacionados com o fenómeno *stress*, e em 2002, o custo económico anual do *stress* ocupacional na União Europeia foi estimado em 20 000 milhões de euros.

Na área da saúde, os profissionais de saúde, em especial os profissionais de enfermagem, têm vindo a ser considerados dos mais expostos a situações potencialmente indutoras de *stress* (McVicar, 2003), e têm sido alvo de diversos estudos nacionais (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Santos, Barros & Carolino, 2010) e internacionais (Petterson, Arnetz, Arnetz, & Horte, 1995; Glazer & Gyurak, 2008). O interesse pelo estudo do *stress* em enfermagem é justificado pela natureza dos serviços que prestam, uma vez que a qualidade e eficácia do seu trabalho pode ter um impacto decisivo na qualidade dos cuidados prestados aos utentes (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009).

O National Institute for Occupational Safety and Health (2008) aponta como factores associados ao *stress* na profissão de enfermagem, a sobrecarga de trabalho, a pressão do tempo, a ausência de apoio social no trabalho, a exposição a doenças infecto-contagiosas, o tratamento de doentes com diagnóstico clínico crítico, ambiguidade e conflito de funções, ameaças ou risco de violência no local de trabalho, e insónia. Relativamente às consequências do *stress* o National Institute for Occupational Safety and Health (2008) faz referência ao sofrimento emocional, à exaustão, ao absentismo, ao desejo de parar de trabalhar, à menor satisfação do doente e há existência de mais erros de diagnóstico e tratamento. Os factores individuais e os recursos sociais podem alterar até certo ponto a reacção às causas de *stress* ocupacional, contudo as condições

laborais têm um papel preponderante, pois podem colocar em risco a saúde dos trabalhadores (National Institute for Occupational Safety and Health, 2008).

O desempenho de funções na área da oncologia, com as características que lhe são inerentes, como tratamentos prolongados e agressivos, com efeitos colaterais, cirurgias mutilantes e a morte, têm sido evidenciados como factores de *stress* ou associados ao sofrimento psíquico do profissional de enfermagem em oncologia (Rodrigues & Chaves, 2008, Faria & Maia, 2007). Sentimentos de medo, desespero, pânico, agressividade, entre outros que estão associadas à doença oncológica, são constantemente vivenciados pelo enfermeiro no seu no dia-a-dia (Rodrigues & Chaves, 2008).

Como enfermeira prestadora de cuidados ao doente oncológico, constato que cuidar de outro ser humano, numa condição de especial fragilidade, exige do profissional um compromisso pessoal. Em especial no caso dos doentes oncológicos de Cirurgia Cabeça e Pescoço, que pela localização do tumor apresentam características muito próprias. Considero, assim, que desempenhar funções num serviço tão particular, constitui um potencial factor de *stress* ocupacional.

Tendo em consideração a experiência profissional de seis anos neste serviço e os conhecimentos entretanto adquiridos através da pesquisa bibliográfica sobre o tema, e tendo constatado a inexistência de estudos específicos sobre *stress* em enfermagem oncológica nos serviços de Cirurgia Cabeça e Pescoço, o presente estudo define como objectivo central identificar factores indutores de *stress* e estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros em oncologia, no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, Coimbra e Porto.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a identificação de factores indutores de *stress*, e para o desenvolvimento de estratégias e conteúdos de formação, que possibilitem a prevenção e a diminuição dos níveis de *stress* dos enfermeiros no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço. Pretende-se melhorar a qualidade de vida e performance profissional dos enfermeiros, bem como a qualidade dos cuidados prestados neste serviço, o que acarretará certamente, benefícios para a própria organização de saúde.

Esta dissertação encontra-se organizada em seis capítulos. O primeiro capítulo compreende a fundamentação teórica do estudo, onde se aborda o conceito de *stress* e *coping*, o modelo Transaccional do *stress* e modelos de *stress* ocupacional. Apresenta-se, ainda, o resultado da revisão da literatura sobre *stress* ocupacional em enfermagem oncológica.

O segundo capítulo integra os objectivos e a metodologia do estudo, onde se expõe o percurso do estudo empírico, a abordagem metodológica escolhida e os instrumentos de colheita de dados utilizados.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados do estudo, de acordo com os objectivos específicos definidos. No quarto capítulo faz-se a análise e discussão dos resultados obtidos.

O quinto capítulo compreende as conclusões e as limitações do estudo, e por último, no sexto capítulo é apresentado um plano de intervenção sócio-organizacional, tendo em conta os resultados obtidos.

Capítulo I – Fundamentação Teórica

1. Riscos Psicossociais na actividade laboral: *Stress* Ocupacional

O mundo do trabalho está em constante mudança, caracterizando-se por ser cada vez menos previsível e mais complexo. As transformações socioeconómicas (globalização, terciarização da economia, mais população feminina no activo, envelhecimento demográfico), o aparecimento de um novo paradigma tecnológico (alteração do conteúdo e da natureza do trabalho), novas formas de organização de trabalho, alteração dos espaços de trabalho, do significado e dos valores laborais, constituem alguns dos factores responsáveis pela complexidade crescente dos meios laborais e são descritos como factores decisivos para o aparecimento de riscos psicossociais (Coelho, 2010; Cox, Griffiths, Barlow, Randall, Thomson, Rial-González 2000).

Cox, Griffiths & Rial-González (2005) definem riscos psicossociais como os aspectos relativos ao desenho, gestão e organização do trabalho, bem como aos contextos sociais e ambientais, que têm potencial para causar danos do tipo físico, social ou psicológico, e que podem ser vivenciados através da experiência de *stress* ocupacional.

1.1. Conceito de *Stress*

O fenómeno *stress* é transversal a toda a sociedade, atingindo todas as gerações, em todas as dimensões das suas actividades. Inicialmente utilizado pela física, indicando “tensão”, “pressão”, “carga” ou “sobrecarga”, sofrida por um objecto devido a uma força externa que lhe é exercida, só no século XX, o termo *stress* surge pela primeira vez aplicado á área da medicina (Ramos, 2001).

O fisiologista Claude Bernard, em 1879, foi o primeiro autor a introduzir o termo *stress* nas ciências da vida, interpretando-o como a resposta dada pelo organismo humano a ameaças físicas, concluindo que, os organismos com melhor defesa apresentariam maior probabilidade de sobrevivência (Melo & Moreira, 2005). Outro fisiologista, Walter Cannon, em 1929, descreve o *stress* tendo por base o conceito de homeostase corporal, que designa o ajustamento dos processos fisiológicos para a manutenção do estado de equilíbrio interno do organismo (Melo & Moreira, 2005).

Anos mais tarde, o médico Hans Selye seguindo uma perspectiva biológica, compreende o *stress* como a resposta geral do organismo a qualquer estímulo ameaçador, sendo um processo inerente à vida de todos os organismos, que pode ou não causar prejuízo/doença (Selye, 1979). Deste modo, o *stress* é definido como um estado que se manifesta por um síndrome, a Síndrome Geral de Adaptação, que consiste no conjunto de alterações não específicas que ocorrem quando um sistema biológico é exposto a estímulos desfavoráveis (Selye, 1979). O autor considera, ainda, que o *stress* tem duas dimensões, a positiva, isto é, o *eustress*, aquele que suscita uma resposta adaptativa dos organismos e portanto normal, e o *distress*, a dimensão negativa, em que o estímulo é tão forte que é susceptível de provocar danos no organismo.

Na década de sessenta, Holmes & Rhae (1967) entendem o *stress* como sendo um estímulo proveniente do meio e que causa na pessoa algum tipo de dano. Os autores contribuíram para a compreensão do *stress*, na medida em que identificaram factores e acontecimentos de vida indutores de *stress*, que requerem necessariamente adaptação por parte do organismo. Esta adaptação será no sentido de restabelecer a normalidade, ou seja, o equilíbrio dinâmico do organismo humano, tendo sempre em conta as características individuais e cada um (Holmes & Rhae, 1967).

Essas duas abordagens (*stress* como resposta e *stress* como estímulo) baseiam-se num processo directo de estímulo-resposta, em que o indivíduo tem um papel passivo. Estes modelos traduzem as características do ambiente em respostas fisiológicas e psicológicas, sem terem em conta as diferenças individuais de cada ser humano, e a sua interacção com o meio envolvente (Cox, Griffiths & Rial-González, 2005).

Só nos anos oitenta, através de Lazarus & Folkman (1984), o *stress* passa a ser entendido como a interacção do indivíduo com o meio ambiente, e mais especificamente como uma reacção psicofisiológica que resulta da percebida incapacidade do indivíduo para enfrentar as solicitações do meio. Este modelo, designado como Modelo Transaccional é o mais utilizado nos recentes estudos sobre o *stress* ocupacional.

Resumindo, após o descrito anteriormente, verifica-se que a evolução conceptual de *stress* passou por várias fases de desenvolvimento do conceito e inúmeros autores no decorrer do último século. Têm sido desenvolvidas muitas teorias/perspectivas relacionadas com o conceito *stress*, na tentativa de explicar as reacções do indivíduo face a situações potencialmente Stressoras. Estas concentram-se em vários aspectos do processo de *stress*, não se excluem mutuamente, e são de alguma forma complementares (Leite & Uva, 2010).

Actualmente, seguindo o modelo de Lazarus & Folkman (1984), a perspectiva mais consensual para a definição de *stress*, diz respeito ao *stress* enquanto reacção psicofisiológica, a qual é parte constituinte e reflecte um processo de interacção entre a pessoa e o seu ambiente, nomeadamente em contexto de trabalho (Lazarus & Folkman, 1984). Os autores acrescentam ainda que, o *stress* poderá ser inferido a partir da existência de inter-relações problemáticas entre a pessoa e o meio envolvente, sendo medido através de processos cognitivos e de reacções emocionais que acompanham tais interacções.

Constituindo o Modelo Transaccional de *stress* a referência teórica do presente estudo, passasse em seguida à sua apresentação mais detalhada.

1.2 Modelo Transaccional de *Stress*

Como já foi referido, segundo a perspectiva transaccional o *stress* é entendido como uma relação particular entre o indivíduo e o meio, avaliada e taxada pelo indivíduo como excessiva face aos recursos que tem disponíveis, e colocando em perigo o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984).

Deste modo, o *stress* é um processo complexo de inter-relações entre variáveis, dando-se especial atenção à avaliação cognitiva feita pelo indivíduo, uma vez que determinada situação apenas se torna stressante quando for avaliada como tal (Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, 1985). O processo de avaliação cognitiva permite a cada indivíduo determinar até que ponto a transacção, ou conjunto de transacções, efectuadas entre a pessoa e o meio, é stressante (Lazarus & Folkman, 1984). Este processo, que pode ser mais consciente ou mais intuitivo, é determinado por aspectos do meio envolvente, por experiências prévias e por um conjunto de características da personalidade, que vão desde crenças e a intenções situacionais, a objectivos pessoais, recursos e vulnerabilidades (Lazarus, 2000).

Assim, segundo o modelo transaccional de Lazarus & Folkman (1984), o indivíduo vivencia a experiência de *stress* quando percepcionar dada situação como ameaçadora (avaliação primária) e quando percepciona os seus recursos para lhes fazer face como inadequados (avaliação secundária).

Os autores distinguem três tipos de avaliações primárias possíveis: “irrelevante”, “benigna-positiva” e “negativa/stressora”, mas salientam que embora distintas não são consideradas categorias estanques. A transacção é avaliada como “irrelevante” quando o indivíduo a avalia como não constituindo nenhuma ameaça ao seu bem-estar pessoal. Da avaliação da transacção como “benigna-positiva” resultam apenas, implicações positivas para o indivíduo, havendo preservação do seu bem-estar pessoal. As avaliações “negativas/stressoras” são categorizadas pelos autores em três tipos: “dano/perda”, “ameaça” e “desafio”, sendo a diferença entre elas de ordem temporal. O primeiro tipo refere-se a um dano, ou seja acontecimentos que violam as crenças do indivíduo sobre a vida ou a sua capacidade de atingir objectivos, sendo que o dano é um prejuízo psicológico já produzido, acarretando emoções negativas (Folkman, 1984) para o indivíduo. O segundo tipo faz referência a um potencial dano ou perda que poderá ser antecipado. Por último, no desafio a avaliação cognitiva foca-se nas implicações positivas ou ganhos para o indivíduo, resultantes das estratégias de *coping* antecipatório utilizadas para a resolução efectiva de situações de dano ou ameaça. Ainda, relativamente ao desafio Lazarus & Folkman (1984) salientam que constitui um indicador de adaptação, uma vez que esta avaliação incorpora emoções positivas, maior auto-confiança, e conseqüentemente, melhor funcionamento e crescimento a nível pessoal e profissional.

A avaliação primária é influenciada por factores pessoais, relativos a características próprias do indivíduo, que podem influenciar a forma de perceber as transacções indivíduo/meio; e ainda factores situacionais, que incluem a natureza da ameaça ou dano, e do evento (novo ou familiar), bem como a possibilidade de ocorrer, em que contexto, e se o resultado esperado é claro ou ambíguo (Folkman, 1984).

A avaliação secundária corresponde ao modo como o indivíduo avalia as estratégias de *coping* e a sua auto-atribuição de competência para, de forma eficaz e eficiente lidar com o acontecimento stressor (Lazarus & Folkman 1984). *Coping* é assim entendido pelos autores, como um processo dinâmico contínuo que se modifica em função das exigências de um encontro ou acontecimento stressante. Folkman (1984) salienta ainda, o conceito de avaliação de controlo, que pode ser alterado à medida que a transacção indivíduo/meio se desenvolve, variando de acordo com novas informações vindas do meio e/ou esforços de *coping*. Este processo torna-se vantajoso, quando o indivíduo considera a situação sob controlo, o que permite a avaliação da sua auto-eficácia (Folkman, 1984).

Após a ocorrência das anteriores avaliações, surge a reavaliação, na qual o indivíduo devido a possíveis alterações individuais, a modificações dos componentes externos ou mesmo aos resultados dos esforços de *coping*, pode fazer emergir novas cognições e emoções, conduzindo a novas respostas (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, a reavaliação surge no decorrer do processo, face a nova informação, remetendo para uma nova avaliação primária e/ou secundária. De acordo com Lazarus & Folkman (1984) a essência do *stress*, do *coping* e da adaptação é a mudança, pois sem ela não se apreende a forma como o indivíduo lida com situações e acontecimentos stressantes.

1.3 Modelos de Stress Ocupacional

O *stress* no trabalho, também denominado como *stress* profissional ou ocupacional, é um dos maiores desafios que a Europa enfrenta no domínio da segurança e saúde no trabalho, antevendo-se um aumento do número de pessoas afectadas por doenças relacionadas com *stress* provocadas ou exacerbadas pelo trabalho. O *stress* ocupacional é o segundo problema de saúde mais comum na Europa, atingindo 22% dos trabalhadores da União Europeia, em 2005 (Observatório Europeu dos Riscos, 2008).

O *stress* ocupacional faz-se sentir quando as exigências colocadas pelo ambiente laboral excedem a capacidade dos trabalhadores para as suportarem ou mesmo controlarem, podendo causar problemas de saúde mental e física, se for vivenciado de forma intensa e permanente ao longo de um certo período de tempo (Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, 2002, Facts 22). De salientar no entanto que a tensão no local de trabalho pode contribuir para a melhoria do desempenho e proporcionar satisfação quando se procuram alcançar objectivos que constituem um desafio (Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, 2002, Facts 22).

O *stress* ocupacional é ainda, definido pelo National Institute for Occupational Safety and Health (2008) como as reacções físicas e emocionais nefastas que ocorrem quando as exigências da função não coincidem com as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador, isto é, uma consequência da discordância entre as exigências do trabalho e as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador.

Os efeitos nocivos do *stress* ocupacional podem manifestar-se ao nível do indivíduo, em termos psicológicos/sociais e fisiológicos/físicos, e ao nível da organização (Cox, Griffiths & Rial-González, 2005). Ao nível do indivíduo, a experiência de *stress* pode alterar a forma como a pessoa pensa, sente e se comporta, e também pode produzir alterações

em termos fisiológicos. Estas alterações podem levar ao mau desempenho profissional, á diminuição da criatividade, da motivação no trabalho, da satisfação e bem-estar do Indivíduo, assim como a estagnação do desenvolvimento pessoal. O *stress* pode ainda, conduzir a problemas sociais e situações de doença física ou psicológica. A nível organizacional, destacam-se como principais efeitos a diminuição da qualidade e rendimento da produção, aumento das queixas por parte dos clientes, aumento dos pedidos de indemnizações, conflitos internos, clima de trabalho pouco satisfatório, flutuação no quadro colaboradores altamente qualificados e absentismo.

De forma a lidar com o *stress* relacionado com o trabalho, Cox, Griffiths & Rial-Gonzáles (2005) propõem acções direccionadas para a Organização e para o Trabalhador, que devem incidir nos seguintes aspectos:

- ✓ Prevenção – controlo da exposição aos factores de risco, através da intervenção na organização do trabalho e na formação diferenciada dos trabalhadores, com o objectivo de reduzir a probabilidade dos trabalhadores virem a desenvolver reacções de *stress*.
- ✓ Reacção – gerir e resolver em tempo útil as situações de *stress* ocupacional, de forma a melhorar a capacidade da Organização no reconhecimento e na forma de lidar com os problemas, quando estes surgem.
- ✓ Reabilitação – melhoria do suporte social e do aconselhamento específico, para que os trabalhadores possam lidar com o *stress* adequadamente e recuperar relativamente aos problemas existentes.

Nos últimos 40 anos alguns modelos teóricos seguindo essencialmente uma orientação transaccional têm tentado explicar o *stress* ocupacional. De entre esses modelos os mais referidos na literatura são: o “*Occupational Stress Model*” (Cooper & Davidson, 1991, Cooper & Payne, 1990) e o “*Demand-control Model*” (Karasek, 1979).

O modelo de *stress* ocupacional proposto por Cooper & Davidson (1991) procura identificar as principais fontes de *stress* ocupacional no trabalho e suas consequências, bem como a sua relação com os factores extra-organizacionais. Os autores reconhecem a necessidade de uma abordagem de carácter abrangente, dado que este processo envolve aspectos psicológicos, sociológicos e fisiológicos. A manifestação do *stress* ocupacional advém da interacção dos elementos vinculados ao trabalho, com os elementos do ambiente extra-laboral, comprometendo a saúde dos trabalhadores (Cooper & Davidson, 1991).

O modelo proposto por estes autores agrupa em dimensões/áreas as fontes de *stress* ocupacional, pois consideram que as manifestações do *stress* resultam da interacção destas quatro dimensões:

- ✓ Trabalho (factores intrínsecos ao trabalho – más condições físicas de trabalho, meios e recursos de trabalho deficitários, excesso de horas de trabalho, tarefas com alto grau de dificuldade; clima e estrutura organizacional – factores organizacionais que promovem ambientes ambíguos e inconsistentes, como políticas administrativas negativas, fraca ou inexistente participação no processo de tomada de decisões; papel na organização – ambiguidade no desempenho de funções e conflito de papéis; relações interpessoais no trabalho; desenvolvimento da carreira profissional).
- ✓ Individual (características genéticas e demográficas; história de vida; personalidade; recursos e estratégias de *coping*).
- ✓ Familiar (dinâmica familiar; suporte familiar; aspectos financeiros e sócio-culturais).
- ✓ Social (mudanças na vida, contactos e actividades sociais, estilos de vida).

Os autores salientam que um factor de *stress* proveniente de uma dimensão pode induzir a mudanças nos factores de *stress* de outra dimensão. Cooper & Davidson (1991) reconhecem que o *stress* ocupacional pode ter repercussões na saúde psíquica do indivíduo, e em outras áreas da esfera da vida do indivíduo. Assim os autores apontam como manifestações resultantes do *stress* ocupacional, a insatisfação profissional, a baixa auto-estima profissional, comportamentos de risco, problemas familiares, doença física, acidentes e baixo rendimento profissional. Para Cooper & Payne (1990) as manifestações do *stress* repercutem-se também ao nível da organização, nomeadamente, no elevado absentismo, abandono frequente do emprego, dificuldades nas relações de trabalho e fraco controlo da qualidade.

O modelo de *stress* ocupacional “*Demand-control Model*” de Karasek (1979) baseia-se nas interacções entre as exigências do meio envolvente e a autonomia ou controlo que o indivíduo detém na tomada de decisão para dar resposta a essas exigências. Este modelo postula que o resultado desta interacção pode provocar mal-estar psicológico ao indivíduo. Segundo Karasek (1979) existem dois factores envolvidos na experiência de *stress*: o primeiro diz respeito às exigências psicológicas do trabalho, e o segundo factor relaciona-se com o grau de controlo que a pessoa tem sobre o seu trabalho (latitude de decisão). As exigências do trabalho compreendem stressores psicológicos envolvidos na realização do trabalho, tais como: tarefas inesperadas, volume de trabalho, nível de atenção e concentração exigida, pressão temporal, interrupção das tarefas, dependência na realização de tarefas e conflito de papéis (Karasek, 1979).

O autor considera que o mal-estar psicológico aumenta à medida que as exigências do trabalho aumentam, e diminui o controlo, por outro lado o desempenho profissional melhora quando os desafios da situação combinam com as capacidades do indivíduo ou com o controlo para lidar com o desafio. Quando as exigências do trabalho e o controlo são simultaneamente elevadas (trabalhos activos), o autor admite que o trabalho conduz ao desenvolvimento de novos comportamentos profissionais e pessoais, bem como ao aumento da satisfação do indivíduo. Nos trabalhos com baixa exigência e controlo (trabalhos passivos), prevê-se um declínio em toda a actividade e uma redução na capacidade de resolução de problemas (Karasek, 1979).

Este modelo foi considerado pelos críticos simplista, pois não valorizava o efeito moderador do apoio social sobre as principais variáveis e não considerava as características individuais de cada um (Cox, Griffiths & Rial-González, 2005). Assim, Karasek & Theorell (1990) ampliaram o modelo mediante a introdução da dimensão apoio social, passando o modelo a denominar-se *Job Demands-Control-Support Model*. Portanto, segundo este modelo o mal-estar psicológico do indivíduo resulta do efeito conjunto de três factores laborais: exigências (sobrecarga de trabalho e competência para o realizar), controlo (poder na tomada de decisão e definição de métodos de trabalho) e suporte social (todos os níveis de interacção e suporte social úteis e disponíveis no trabalho) (Karasek & Theorell, 1990).

2. Lidar com o *Stress*: O *Coping*

O *coping* emergiu da investigação da psicologia sobre o *stress*, quando se verificou que o *stress* não é um processo automático de estímulo resposta, mas mediado por vários factores (Ribeiro, 2005). O interesse pelas diversas formas de adaptação das pessoas a circunstâncias adversas, assim como pelos seus esforços para lidar com situações indutoras de *stress*, tem-se convertido em objecto de estudo.

2.1 Conceito de *Coping*

O conceito de *coping*, utilizado informalmente na literatura médica e nas ciências sociais, adquiriu um carácter científico a partir dos anos sessenta, contudo só nos anos oitenta com a introdução da perspectiva de Lazarus, cujo foco se centra na avaliação cognitiva que o indivíduo faz sobre os estímulos, o *coping* se afasta dos mecanismos de defesa e da patologia (Folkman & Moskowitz, 2004).

Na perspectiva transaccional de Lazarus & Folkman (1984) o *coping* é entendido como os esforços dinâmicos cognitivos e comportamentais, que fazem face às exigências internas ou externas específicas, que são avaliadas como excedendo ou ultrapassando os recursos do indivíduo. Esta definição incorpora uma distinção entre *coping* e respostas adaptativas automáticas, sendo o *coping* compreendido como o conjunto de esforços face a exigências que excedem os recursos dos indivíduos. Contudo, os autores reconhecem que podem existir respostas automáticas que derivam de respostas de *coping*, como acontece no caso dos comportamentos de resolução de problemas que foram automatizados. Verifica-se ainda, a distinção entre *coping* e resultado, já que o *coping* à luz da teoria transaccional é visto como os esforços para gerir as exigências, independentemente do resultado ser bom ou mau (Lazarus & Folkman, 1984).

Os autores conceptualizam o *coping* enquanto processo ou interacção do indivíduo com o meio, que envolve três aspectos fundamentais. Primeiro, a função do *coping* é gerir e regular, em vez de controlar ou dominar a situação de *stress*. Segundo, os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, isto é, como o processo é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo. Terceiro, o processo de *coping* pressupõe a mobilização de recursos, através dos quais o indivíduo irá empreender esforços cognitivos e comportamentais para gerir as exigências internas ou externas que resultam da interacção com o meio ambiente. Qualquer alteração na relação indivíduo-meio conduz a uma reavaliação da situação, que por sua vez conduz à utilização de novas estratégias de *coping* (Lazarus & Folkman, 1984). Estratégias de *coping*, são todas as acções cognitivas ou comportamentais tomadas no decorrer de um acontecimento stressante (Lazarus & Folkman, 1984).

Mais recentemente, o foco da investigação centra-se na convergência entre *coping* e a personalidade, pois considera-se que os factores ambientais por si só, não explicam a diversidade de estratégias de *coping* (Ribeiro, 2005). Assim, Carver, Scheier & Weintraub (1989) acrescentaram alguns aspectos ao modelo de Lazarus e Folkman.

Para tal, os autores fundamentaram-se no modelo de auto-regulação comportamental de Carver & Scheier (1982), que se baseia na importância que as diferenças individuais apresentam no contexto de *coping*, concedendo a cada pessoa um estilo de *coping* que permanecerá, quase sempre, inalterável ao longo do tempo. Este modelo pressupõe a procura constante e efectiva da preservação de um estado de equilíbrio, apenas atingível, através da compreensão da realidade e do controlo das situações inconvenientes que vão surgindo ao longo da vida.

Portanto, Carver, Scheier & Weintraub (1989) defendem a existência de estilos de *coping* próprios de cada indivíduo, que variam de acordo com as características específicas da personalidade, e que se mantêm mais ou menos constantes ao longo da vida, embora as estratégias de *coping* possam variar de acordo com a época e o contexto. Segundo Carver & Scheier (1994), as pessoas adquirem formas habituais de lidar com o *stress*, que posteriormente podem influenciar as suas reacções perante novas situações. Deste modo, para os autores o estilo de *coping* diz respeito à tendência, e não preferência, que o indivíduo tem para utilizar uma estratégia de *coping* em maior ou menor grau, frente a situações de *stress*.

Em modo de síntese, Folkman & Moskowitz (2000) referem que as abordagens contextuais do *coping* convergem em alguns aspectos, designadamente: a função do *coping* (regulação e a gestão de situações indutoras de *stress*), a influência exercida no *coping* pela avaliação das características do contexto de *stress*; a influência exercida no *coping* pelas características da personalidade e também pelos recursos sociais.

2.2 Tipos de *coping*

A tipologia de *coping* mais divulgada é a apresentada pelo modelo transaccional de Folkman & Lazarus (1980) que classifica as estratégias de *coping* em duas grandes categorias: as estratégias focadas no problema e as estratégias focadas na emoção. As estratégias de *coping* focadas no problema referem-se aos esforços desencadeados para alterar ou gerir aspectos percebidos como geradores de *stress*, no indivíduo, no meio ou na relação entre ambos. As estratégias de *coping* focadas no problema podem ser direccionadas internamente ou externamente. Quando o *coping* é direccionado para uma fonte externa de *stress*, incorpora estratégias cujo objectivo seja por exemplo, resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. No caso de o *coping* ser direccionado para uma fonte interna de *stress*, conduz geralmente à reestruturação cognitiva (por exemplo: redefinição do elemento stressor). Por sua vez, as estratégias de *coping* focadas nas emoções referem-se aos esforços desencadeados pelo indivíduo para controlar as emoções resultantes da situação geradora de *stress*. Estes esforços de *coping* são dirigidos a nível somático e/ou a nível sentimental, tendo por objectivo modificar o estado emocional do indivíduo. As estratégias de *coping* focadas na emoção têm como objectivo reduzir a desagradável sensação física resultante da experiência de *stress*.

O *coping* focado na resolução de problemas é mais utilizado em situações avaliadas pela pessoa como sendo susceptíveis de transformação, enquanto o *coping* focado na regulação das emoções é mais utilizado em situações avaliadas pela pessoa como sendo pouco alteráveis (Lazarus & Folkman, 1984). Folkman & Lazarus (1980) mostraram que ambas as formas de *coping* são utilizadas na maioria das transacções e que a proporção relativa com que cada uma é utilizada varia de acordo com o modo como o acontecimento é avaliado. Assim, quando um acontecimento é controlável, avaliá-lo como um desafio mais do que como um factor de *stress*, utilizando para tal esforços de *coping* focados no problema, tem uma maior probabilidade de ser adaptativo. Pelo contrário, caso o evento não seja controlável, o recurso a estratégias de *coping* focadas na emoção, que reduzem a perturbação do indivíduo, tendem a ser mais eficazes.

Embora seja reconhecido o valor da tipologia de *coping* apresentada por Lazarus e Folkman, diversos investigadores, com base nos resultados obtidos da aplicação do *Ways of Coping Questionnaire* (Lazarus & Folkman, 1988), foram constatando a possibilidade desta classificação ser simplista, bem como a possibilidade de existirem mais de dois factores de *coping*, embora reconheçam a distinção entre *coping* focado no problema e *coping* focado nas emoções (Carver, Weintraub & Scheier, 1989). Neste contexto, Carver, Scheier & Weintraub (1989) propuseram a existência de diversas dimensões de *coping*, designadamente: *coping* activo (acções direccionadas para remover/contornar o stressor ou melhorar os seus efeitos); planeamento (acções pensadas para lidar com o stressor); supressão complementar de actividades (tem como objectivo evitar que certos acontecimentos distraiam o indivíduo); *coping* controlado (acções desenvolvidas no momento apropriado); procura de suporte social (que pode ocorrer por razões instrumentas ou emocionais); foco na expressão de emoções; desinvestimento de esforços a nível comportamental ou mental; reinterpretação positiva e crescimento (destinada à gestão do *distress* emocional); negação (negar ou não agir perante o stressor); aceitação (do stressor como real); e apoio na religião como estratégia de *coping*. Com base nestas dimensões os autores elaboraram o *COPE Inventory*, com o objectivo de avaliar as diferentes formas de resposta do indivíduo ao *stress*. Posteriormente Carver (1997) desenvolveu uma versão abreviada deste instrumento, o *Brief-COPE*, utilizado na presente investigação e descrito no próximo capítulo.

2.3 Relação entre *Stress* e *Coping*

Stress e *coping* são conceitos indissociáveis, pois a experiência de *stress* é acompanhada pelo processo de *coping* (Ribeiro, 2005).

Viver uma situação de *stress* conduz o indivíduo ao desenvolvimento de uma variedade de estratégias comportamentais e/ou cognitivas, que visam reduzir a ameaça ou permitir ao indivíduo lidar com as emoções provocadas por uma experiência potencialmente aversiva (Stroebe & Stroebe, 1995). Assim, as situações geradoras de *stress* só constituirão um obstáculo se o indivíduo não conseguir lidar adequadamente com as mesmas, ou seja, se não for capaz de utilizar estratégias de *coping* no sentido de gerir essas mesmas situações, evitando repercussões negativas para o indivíduo (Lazarus, 1999).

A experiência de *stress* encontra-se associada a uma série de perturbações como a ansiedade, a depressão ou a sintomatologia física (Folkman & Moskowitz, 2004). Com efeito, o *stress* tem sido reconhecido como um factor de risco para determinados problemas de saúde, passíveis de desencadear no indivíduo danos, tanto em termos físicos como cognitivo emocionais e comportamentais (Arslan, Dilmaç & Hamarta, 2009). Por outro lado, nos últimos anos tem-se prestado maior atenção aos aspectos positivos do processo de *stress*, tais como o crescimento ou a transformação pessoal, e a disposição individual para avaliar uma situação como um desafio ao invés de uma ameaça (Folkman & Moskowitz, 2004). O *stress* positivo promove o desenvolvimento físico e mental, funcionando como estímulo na procura de novas experiências e para a maximização do desempenho do indivíduo (Arslan, Dilmaç & Hamarta, 2009).

Lidar de forma bem sucedida com as situações de *stress* depende da eficácia de vários recursos de *coping* (Lazarus, 2000). Stroebe & Stroebe (1995) distingue recursos de *coping* intra-pessoais de recursos extra-pessoais. Assim, os recursos intra-pessoais são referentes aos traços de personalidade, às capacidades e competências que permitem ao indivíduo lidar com o acontecimento causador de *stress*, enquanto os recursos extra-pessoais são recursos externos ao indivíduo e que, potencialmente, poderão atenuar o acontecimento stressante, como por exemplo os recursos financeiros e o apoio social (Stroebe & Stroebe, 1995). Para além dos recursos de *coping*, as estratégias de *coping* utilizadas perante acontecimentos de vida negativos ou causadores de *stress*, desempenham um papel preponderante no bem-estar físico e psicológico do indivíduo (Stroebe & Stroebe, 1995). Quando as estratégias de *coping* utilizadas são adequadas, as emoções podem ser ajustadas e a situação stressante resolvida, porém, o recurso a

estratégias de *coping* inadequadas pode conduzir a um aumento do *stress* e dos seus efeitos nefastos (Dunkley & Blankstein, 2000).

3. *Stress* e *Coping* em Enfermagem Oncológica

A Enfermagem, enquanto profissão, começa a ser delineada no século XIX, através da enfermeira Florence Nightingale, que é considerada a pioneira da enfermagem moderna, pois foi determinante para o fim da enfermagem empírica e vocacional, dando origem à profissionalização e educação formal da enfermagem (Cruz, Moreira, Lessa & Silva 2005).

A enfermagem é a *“profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998).

O cuidar é reconhecido como a essência, o núcleo da enfermagem. Para Hesbeen (2001) cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular. Moniz (2003) considera que a enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se para cuidar. Esta linha de pensamento tem vindo a sustentar a prática da enfermagem num modelo *“holístico, subjectivo, interactivo, humanista e orientado para a experiência única de cada pessoa”* (Moniz, 2003, p.29). Collière (2003) salienta que os cuidados de enfermagem, no seu todo, são de carácter universal e multidimensional, singularizando-se em cada cultura, em cada sistema sócio-económico e em cada situação.

Cuidar pressupõe compreender o doente no seu todo e não na soma das suas partes, pois o doente espera muito mais do que a mera execução de técnicas, procura no enfermeiro um suporte humano de alívio para a sua doença e para o seu sofrimento. Portanto, os profissionais de enfermagem estão diariamente sujeitos a inúmeras situações desgastantes, quer pela proximidade com os utentes e pela natureza específica das tarefas desempenhadas, quer pelas características próprias do ambiente de trabalho e sua organização (McGrath, Reid & Boore, 2003). Diversos estudos têm vindo a evidenciar que os enfermeiros representam uma classe profissional

particularmente exposta a elevados níveis de pressão e *stress* ocupacional (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999; Stacciarini & Tróccoli, 2001; McGrath, Reid & Boore, 2003; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Cavalheiro, Junior & Lopes, 2008; Glazer & Gyurak, 2008; Schmidt, Dantas, Marziale & Laus, 2009).

No caso das doenças oncológicas, a prestação de cuidados reveste-se de grande complexidade e maior exigência, uma vez que implica lidar com doenças graves, cuidar, tratar e paliar doentes que necessitam de cuidados intensivos e prolongados (Rodrigues & Chaves, 2008). Desempenhar funções nesta área vai para além do âmbito técnico-científico do enfermeiro, implica criar relações interpessoais efectivas com o doente e família (Popim & Boemer, 2005). Contudo, estes profissionais nem sempre estão preparados para lidar com as exigências emocionais que emanam das relações estabelecidas com os doentes e familiares (Popim & Boemer, 2005; Aycock & Boyle, 2009; Corner 2002).

Perante o exposto, torna-se evidente o motivo do crescente interesse da comunidade científica na investigação do *stress* ocupacional na área da enfermagem oncológica. Os estudos encontrados na literatura (Escot, Artero, Gandubert, Boulenger & Ritchie, 2001; Corner, 2002; Isikhan, Gomez & Danis, 2004) são unânimes nas suas conclusões, ao constatarem que desempenhar funções em oncologia constitui fonte considerável de *stress* ocupacional.

A este respeito, Fenga, Faranda, Aragona, Micali, Di Nola, Trimarchi, Crimi & Cacciola (2007) realizaram um estudo onde se compararam os níveis de *stress* entre enfermeiros que trabalhavam com doenças infecciosas, e enfermeiros que desempenhavam funções na área da oncologia, constatou-se que o último grupo apresentava maiores níveis de *stress* ocupacional, mais *burnout* e mais patologia psicossomática. Verificou-se ainda, a existência de uma relação estatisticamente significativa entre o nível elevado de *stress* e as doenças infecciosas no grupo estudado.

Também Hinds, Srivastava, Randall, Green, Stanford, Pinlac, Tong, Tyc, Davis & Taylor (2003) num estudo com enfermeiros de oncologia pediátrica, constataram que os níveis de *stress* nestes profissionais vão de moderados a severos.

López-Castilho, Gurpegui, Ayuso-Mateos, Luna & Catalan (1999) analisaram os níveis de *stress* entre profissionais de saúde que desempenham funções em serviços de medicina, com doentes portadores do vírus da imunodeficiência humana e com doentes oncológicos em meio hospitalar. Os autores verificaram a existência de maiores níveis

de *stress* nos profissionais que trabalham com doentes oncológicos e no serviço de medicina, porém o número de circunstâncias stressoras foi particularmente maior nos profissionais que cuidam do doente oncológico. Nos resultados deste estudo destaca-se a presença de níveis substanciais de distúrbios emocionais e dificuldades relacionadas com o trabalho, em um número significativo de profissionais de saúde.

Assim, o *stress* ocupacional é considerado por Medland, Howard-Ruben & Whitaker (2004) um fenómeno natural em oncologia, que contribui para o desgaste físico e psíquico dos profissionais de enfermagem (Isikhan, Gomez & Danis, 2004). Mais concretamente, os autores referem como principais problemas relacionados com o *stress* nestes profissionais, as cefaleias, úlcera péptica, gastrite, distúrbios do sono, fadiga e ansiedade.

Também Aycock & Boyle (2009) consideram que o *stress* resultante do contacto interpessoal com o doente oncológico e família pode traduzir-se em adversidades físicas, sociais, espirituais e emocionais para o enfermeiro. Num estudo realizado por Faria & Maia (2007) sobre ansiedade e sentimentos em enfermeiros em oncologia, constataram a existência de níveis preocupantes de ansiedade nos enfermeiros, e identificaram como sentimentos mais frequentes a tristeza e o sofrimento. Santos (2003) refere que o profissional de enfermagem se vê constantemente invadido por sentimentos ambivalentes, uma vez que o tratamento/cura do doente oncológico nem sempre é possível, restando apenas a difícil tarefa de cuidar.

Ekedahl & Wengstrom (2007) no seu estudo com enfermeiros em diferentes instituições oncológicas, constataram que os níveis de *stress* variam de baixos a graves, e o *stress* repercute-se a nível individual, no grupo/equipa e na instituição. O *stress* relacionado com o indivíduo, manifesta-se a nível pessoal e profissional, e nesta dimensão são considerados factores de *stress* o cuidar de doentes jovens, o lidar com a morte, pouca eficácia no alívio do sofrimento do doente, falta de tempo, necessidade permanente de formação e trabalhar com outros profissionais. Ao nível do grupo/equipa os factores sociais e culturais quando não compreendidos podem ser fonte de atrito na equipa, sendo que os enfermeiros mais novos que trabalham sobre supervisão, durante mais horas e dias, e com horários pouco cómodos são os mais susceptíveis de desencadear *stress*. Em termos organizacionais o *stress* é essencialmente provocado pelas remodelações e reorganizações dos cuidados e das instituições.

Os factores de *stress* dos enfermeiros decorrem não só do desempenhado das suas funções, mas também de factores relativos às condições de trabalho e à organização.

Nomeadamente, alta complexidade do cuidado ao utente oncológico (Medland, Howard-Ruben & Whitaker, 2004; Isikhan, Gomez e Danis, 2004), excessivo envolvimento com os doentes e familiares (Medland, Howard-Ruben & Whitaker, 2004; Isikhan, Gomez e Danis, 2004), desmoralização da equipa, conflitos interdisciplinares (Medland, Howard-Ruben & Whitaker, 2004), o contacto diário com a morte, responsabilidade excessiva, sobrecarga de trabalho, não progredir na carreira, salário inadequado e insatisfação no trabalho (Isikhan, Gomez e Danis, 2004).

A título ilustrativo, no estudo desenvolvido por Rodrigues & Chaves (2008) em enfermeiros de diferentes serviços de internamento de oncologia, em cinco hospitais no município de São Paulo (Brasil), as situações identificadas como as mais stressantes para os enfermeiros são os óbitos dos doentes, as situações de emergência, os problemas de relacionamento com a equipa de enfermagem e as situações relacionadas com o processo de trabalho.

Também Escot, Artero, Gandubert, Boulenger & Ritchie (2001) no seu estudo com enfermeiros de um hospital oncológico, constataram que o *stress* nestes profissionais se encontra relacionado com a sua formação inadequada, com a falta de tempo para lidar com a componente psicológica do cuidar, especialmente no caso dos doentes terminais, e dificuldade no relacionamento com o pessoal médico.

O nível de *stress* ocupacional em enfermagem oncológica segundo Isikhan, Gomez e Danis (2004) é influenciado por determinadas variáveis, nomeadamente: idade, estado civil; carreira profissional; oportunidade de promoção relacionada com o cargo que se ocupa; impasse entre trabalho e responsabilidades; conflitos interpessoais no trabalho; condições de trabalho e equipamentos inadequados; e as experiências vividas com doentes. Do mesmo modo, Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang & González (2008) no seu estudo correlacional sobre variáveis sócio-demográficas, *stress* ocupacional, *burnout* e personalidade, verificaram a influência das variáveis sócio-demográficas no nível de *stress* e *burnout*. Os autores reconhecem a importância das características próprias de cada personalidade face ao *stress* percebido, e revelam que a presença de uma personalidade “destemida” nos enfermeiros, mais do que as acções ao nível dos factores de *stress* ocupacional pode reduzir os níveis de *stress*, pois possibilita o aumento de sentimentos de realização pessoal e a diminuição da exaustão emocional e da despersonalização.

No ambiente de trabalho dos enfermeiros a relação entre as exigências e a possibilidade de controlo, são também determinantes para a gestão das actividades e das acções

desenvolvidas pelo profissional, dado que a ausência de controlo indica limitação de autonomia, e frequentemente contribui para o aumento da insatisfação profissional e *stress* ocupacional, que interfere com a qualidade de vida laboral do enfermeiro (Schmidt, Dantas, Marziale & Laus, 2009).

Medland, Howard-Ruben e Whitaker (2004), referem que os profissionais de enfermagem em oncologia podem ter a sua saúde e qualidade de vida ocupacional beneficiadas mediante a implantação de programas, cujo objectivo seja o bem-estar psicológico e social desses profissionais. Neste sentido, Fenga, Faranda, Aragona, Micali, Di Nola, Trimarchi, Crimi & Cacciola (2007) salientam que o suporte psicossocial no ambiente de trabalho dos enfermeiros em oncologia é fundamental para prevenir doenças psicossomáticas associadas ao *stress* ocupacional.

De forma a dar resposta ao *stress* ocupacional surge o *coping*. A utilização das estratégias de *coping*, depende em parte, dos recursos internos e externos do indivíduo, os quais incluem saúde, convicções, responsabilidade, suporte social, habilidades sociais e recursos materiais (Rodrigues & Chaves, 2008). Os mecanismos de *coping* podem ser efectivos ou não, porém não existe *coping* correcto ou errado, uma vez que a escolha do tipo de *coping* varia de acordo com a individualidade de cada um (Rodrigues & Chaves, 2008).

Na investigação sobre estratégias de *coping* em enfermeiros em oncologia, Ekedahl & Wengstrom (2006) constataram a utilização de três categorias de estratégias de *coping*: preservação, reconstrução e reavaliação. As estratégias de preservação foram identificadas como as mais utilizadas pelos enfermeiros a todos os níveis, individual, grupal e organizacional. Relativamente às estratégias de preservação, a criação de novas rotinas ou papéis na enfermagem, a demarcação de fronteiras ou limites, constituem as técnicas mais utilizadas pelos enfermeiros. Nas estratégias de reconstrução a mais utilizada é a supervisão, de modo a que a identidade do profissional de enfermagem seja reconstruída após a ocorrência de acontecimentos problemáticos no local de trabalho. Na reavaliação, o indivíduo altera as significações da situação pelo processamento cognitivo e pela atribuição de significados mais positivos. Os ritos de passagem são utilizados como estratégias de *coping* de reavaliação em diferentes passagens da vida do profissional. A reavaliação foi também, identificada no estudo de Rodrigues & Chaves (2008) como a estratégia de *coping* mais utilizada pelos enfermeiros em oncologia. Ekedahl & Wengstrom (2006) reconheceram ainda, a utilização do humor como uma estratégia de *coping* relacionado com a expressão de sentimentos e de emoções.

Para a resolução e prevenção do *stress* em enfermagem no âmbito da oncologia, destacam-se algumas estratégias, designadamente, o trabalho em equipa que promove a partilha de decisões e responsabilidades, bem como o apoio e respeito mútuo (Fitch, Matyas & Robinette, 2006; Isikhan, Gomez & Danis, 2004; Twycross, 2003; Lopes & Pereira, 2005), a partilha de problemas com os membros da equipa (Isikhan, Gomez & Danis, 2004), o estabelecimento de bons canais de comunicação dentro da equipa multidisciplinar (Twycross, 2003) e o desenvolvimento de actividades sociais e recreativas com os colegas, amigos e familiares (Isikhan, Gomez & Danis, 2004; Twycross, 2003).

As estratégias de *coping* que parecem ser as mais eficientes para minimizar o impacto da situação de doença oncológica, são as que permitem ao profissional auto-observar-se e reconhecer os sintomas que indicam a necessidade de mudança (Lopes & Pereira, 2005). Por outro lado, um suporte organizacional adequado, através de reuniões semanais interdisciplinares (para a discussão de temas clínicos e abordagem das dificuldades), em encontros informais (para fortalecer a coesão de grupo) e apoio psicólogo para a equipa, são intervenções fundamentais para a prevenção do *stress* ocupacional (Lopes & Pereira, 2005).

A prestação de cuidados ao doente oncológico é, portanto, desgastante para o enfermeiro, a todos os níveis. Cuidar do doente oncológico da Cirurgia de Cabeça e Pescoço pode constituir um processo ainda mais complexo, dada a especificidade desta especialidade cirúrgica. Os tumores de cabeça e pescoço são responsáveis por uma grande incidência de óbitos em todo o mundo, constituindo a sexta causa de morte por cancro, e incluem todos os cancros situados na cavidade oral, faringe, laringe e outras áreas da cabeça e pescoço (Alvarenga, Ruiz, Pavarino-Bertelli, Ruback, Maniglia & Goloni-Bertollo, 2008).

O tratamento destes tumores geralmente envolve cirurgia, radioterapia e quimioterapia (Semple, Dunwoody, Kernohan, McCaughan & Sullivan, 2008). Os autores referem que o tratamento e as consequências dos tumores de cabeça e pescoço podem ser devastadoras e têm grande impacto a todos os níveis do indivíduo, provocando limitações físicas e sociais e alterações psicológicas. A este respeito Rogers, Scott, Chakrabati & Lowe (2008) num estudo com utentes submetidos a cirurgia da cavidade oral e orofaringe, constataram que os tumores de cabeça e pescoço alteram a qualidade de vida do utente, pois são causadores de deficiências a vários níveis, podendo comprometer a integridade funcional da mastigação, da voz, da fala, da deglutição e da articulação, provocar danos psicológicos e estéticos, e acarretar perturbações

ocupacionais e no estilo de vida. Também Vasconcellos-Silva & Nolasco (2009) referem que as cirurgias de cabeça e pescoço acarretam incontornáveis sequelas, por vezes mais mutilantes do que a doença em seu estágio inicial, provocando sofrimento moral e físico.

Prestar cuidados a doentes desfigurados e mutilados quer seja pela evolução da doença ou pelo tratamento coloca desafios altamente stressantes aos profissionais de enfermagem. Estes doentes, com alterações ao nível do aparelho respiratório, da fala e da digestão requerem do enfermeiro maior disponibilidade e atenção, que a generalidade dos doentes.

Da minha experiência como profissional de enfermagem a desempenhar funções neste serviço, verifico que o cuidado à maioria dos doentes oncológicos de Cirurgia Cabeça e Pescoço se prolonga no tempo, e o enfermeiro acompanha de perto todo este processo, com início na cirurgia e cujo fim, no caso dos tumores agressivos é a morte. No decorrer deste processo estabelece-se uma linha ténue entre uma relação terapêutica e uma relação mais pessoal, que facilmente se quebra, dado o grau de envolvimento que estes doentes exigem do enfermeiro. Estes utentes experienciam um profundo sofrimento, e apresentam geralmente sentimentos ambivalentes, que podem variar entre a raiva e a tristeza profunda, com os quais o enfermeiro lida constante.

Conviver e cuidar diariamente com estes doentes, tendo em conta que apresentam características muito próprias, leva o profissional de enfermagem a vivenciar inúmeras emoções, que podem ir da esperança à frustração, passando por sentimentos de impotência, principalmente quando se prestam cuidados paliativos.

Apesar da constatação empírica do potencial de *stress* nestes profissionais, não foram encontrados estudos sobre *stress* ocupacional em enfermeiros de oncologia a exercerem funções na área de Cirurgia Cabeça e Pescoço. Assim, considera-se que, para a melhoria dos cuidados de saúde prestados neste âmbito, e para a optimização dos recursos da organização de saúde bem como para a diminuição do absentismo, se torna indispensável o desenvolvimento de estudos na área oncológica de Cirurgia Cabeça e Pescoço.

A gestão do *stress* profissional tem sido amplamente discutida, e existem já programas inovadores na área da oncologia, tal como o *Care for the Care for the Professional Caregiver* no Canadá, que tem como objectivo cuidar do cuidador profissional, tendo sido

projectado para promover nos enfermeiros a aquisição de estratégias (*coping*) que lhes permitam lidar com o *stress* na prática profissional (Fitch, Matyas & Robinette, 2006).

Capítulo II – Objectivos e Metodologia

1. Objectivos do estudo

Face ao exposto no capítulo anterior, emerge a questão central que orientou este estudo: Quais os factores ou situações indutoras de *stress* vivenciados pelos enfermeiros no serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, e quais as estratégias de *coping* utilizadas para aliviar/prevenir o *stress*?

No âmbito da investigação define-se como objectivo geral, identificar factores indutores de *stress* e estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros em oncologia, no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço.

Como objectivos específicos define-se:

- ✓ Identificar valores percebidos de saúde geral;
- ✓ Identificar factores de risco psicossociais (stressores);
- ✓ Identificar estratégias de *coping*;
- ✓ Avaliar as relações *per si* e entre si, dos factores sócio-demográficos da amostra, do Questionário de Saúde Geral-12, do Inventário de Stressores Profissionais e do *Brief-COPE*.

2. Metodologia do estudo

2.1. Tipo de estudo

De acordo com a problemática e objectivos anteriormente descritos, a investigação proposta remete para um estudo transversal, de carácter descritivo e exploratório.

Trata-se de um estudo descritivo, uma vez que se pretende observar, descrever e documentar determinado fenómeno (Polit, Beck & Hungler, 2006) numa população específica, de forma a determinar as características específicas presentes nessa mesma população. Este estudo descritivo efectua-se num contexto exploratório, que investiga a natureza complexa do fenómeno em causa e outros factores com os quais está

relacionado (Fortin, 2003) permitindo, desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias existentes. Transversal, porque se pretende determinar os factores desencadeantes de *stress* e as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos enfermeiros prestadores de cuidados ao doente oncológico, num determinado momento temporal, ou seja na altura da aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

A metodologia a utilizar recai numa abordagem mista, uma vez que o estudo privilegia dois momentos de análise, um de carácter predominantemente quantitativo, visto que a grande maioria dos dados obtidos, através dos instrumentos de colheita de dados, são observáveis e quantificáveis, permitindo obter informação objectiva relativamente às variáveis em estudo. E outro de carácter qualitativo, dada a existência de uma questão aberta em dois dos questionários aplicados, para a qual será utilizado o método de análise de conteúdo. Polit, Beck & Hungler (2006), referem que a utilização das duas metodologias pode enriquecer a investigação que se pretende efectuar, uma vez que os métodos são frequentemente complementares nos seus pontos fortes e nas suas limitações.

2.2. População e Amostra

No presente estudo define-se como população alvo todos os enfermeiros do serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, Coimbra e Porto, que cumprem os seguintes critérios: 1) exercício de funções na prestação directa de cuidados ao doente, 2) desempenho de funções fora do período de integração, 3) participação voluntária no estudo.

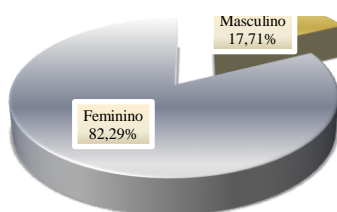
A selecção dos indivíduos que integram a amostra, foi obtida recorrendo ao método de amostragem probabilística e estratificada, tendo-se estratificado os dados recolhidos por instituto. A amostra é assim, constituída no seu todo por 96 enfermeiros que desempenham funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, sendo que 44 enfermeiros são do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, 21 enfermeiros Instituto Português de Oncologia Coimbra e 31 enfermeiros do Instituto Português de Oncologia Porto. Os 96 enfermeiros que participaram no estudo responderam integralmente e correctamente a todas as questões dos instrumentos de colheita de dados apresentados.

2.2.1. Caracterização da Amostra

Os dados referentes à caracterização da amostra resultam da aplicação do questionário Sócio-demográfico (Anexo II) elaborado pela autora. Este questionário, a ser preenchido pelo inquirido, averigua alguns dados pessoais, especificamente, o género, a idade, tempo de serviço na área de oncologia e no serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, e ainda a formação académica.

Como se pode observar no gráfico da Figura 1 os enfermeiros que constituem a amostra são maioritariamente do sexo feminino (n=79), com uma percentagem de 82,29%. Ao sexo masculino (n=17) corresponde uma percentagem de 17,17%.

Figura 1: Gráfico da Distribuição dos Enfermeiros segundo o género



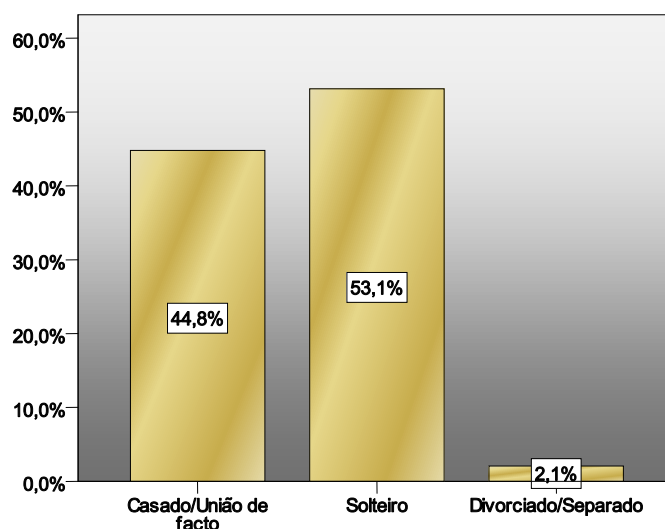
Relativamente à variável idade constata-se que a idade média dos participantes é de 31,09 anos (desvio padrão 6,766), correspondendo a idade mínima a 22 anos e a idade máxima a 53 anos, tal como se observa na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição de Enfermeiros segundo a idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	94	22	53	31,09	6,766

O gráfico da Figura 2 representa a percentagem de enfermeiros de acordo com o estado civil, sendo que 44,8% são casados ou vivem em união de facto, 53,1% são solteiros e 2,1% são divorciados ou separados.

Figura 2: Gráfico da Distribuição dos Enfermeiros segundo o estado civil



A maioria dos enfermeiros inquiridos, tal como se verifica na Tabela 2, com uma percentagem de 68,8% não tem filhos.

Tabela 2: Distribuição dos Enfermeiros segundo a existência de filhos

	Nº Respostas	%
Sim	30	31,3
Não	66	68,8
Total	96	100,0

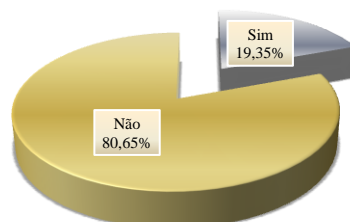
Os enfermeiros participantes no estudo exercem funções na área da oncologia em média há 7 anos e 8 meses, com tempo mínimo de actuação nesta área de 5 meses e tempo máximo de actuação de 31 anos. No que diz respeito ao tempo de permanência no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, os enfermeiros exercem a sua actividade neste serviço em média há 6 anos e 6 meses, com tempo mínimo de exercício de actividade no serviço de 5 meses e o tempo máximo de 30 anos. (Tabela 3)

Tabela 3: Distribuição dos Enfermeiros segundo o tempo de exercício de funções em Oncologia e no serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Há quanto tempo exerce funções como Enfermeiro, na área da Oncologia	96	0,50	31,00	7,8323	6,21556
Há quanto tempo exerce funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço?	96	0,50	30,00	6,6531	5,56818

Dos enfermeiros que desempenham funções neste serviço, 80,65% não têm formação específica em oncologia, como se pode verificar no gráfico da Figura 3. Quanto aos enfermeiros que têm formação específica em oncologia, 70,6% fizeram o Curso de Enfermagem Oncológica (Tabela 1 do Anexo III).

Figura 3: Gráfico da Distribuição dos Enfermeiros segundo a formação específica em oncologia



No que concerne outras habilitações académicas, 7 enfermeiros são especialistas, em áreas como a reabilitação e a saúde infantil e pediátrica (Tabela 2 do Anexo III). Pós-graduados são 16, sendo a pós-graduação de Cuidados Paliativos a mais frequente. (Tabela 3 do Anexo III). Com mestrado existem 4 enfermeiros, dos quais dois são mestres em Gestão de Serviços de Saúde (Tabela 4 do Anexo III).

2.3. Procedimento

O processo de recolha de dados teve início em Dezembro de 2010, aquando do primeiro contacto telefónico com a Direcção de Enfermagem das três instituições de saúde. Este primeiro momento permitiu a recolha de informações sobre o procedimento e requisitos para a obtenção das autorizações, tendo-se ainda no mês de Dezembro dado seguimento aos respectivos pedidos de autorização para a realização do estudo (Anexo I), bem como o envio dos questionários a utilizar.

No mês de Janeiro de 2011 foi obtida autorização para a aplicação dos questionários no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa e Porto (Anexo I), e no mês de Fevereiro de 2011 foi obtida a autorização do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra (Anexo I). Assim, os questionários foram entregues pessoalmente pela investigadora à Enfermeira Chefe (24 questionários) e à Enfermeira responsável, dada a ausência da Enfermeira Chefe (40 questionários), do serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra e Porto, respectivamente, que posteriormente fizeram chegar aos enfermeiros.

No Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, os 44 questionários foram entregues pessoalmente pela investigadora a todos os enfermeiros.

A recolha dos questionários decorreu entre o mês de Janeiro e o mês de Abril de 2011. No Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra e Porto os questionários foram recolhidos pela Enfermeira chefe de cada serviço, e entregues à autora em envelopes fechados. No Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, todos os questionários foram recolhidos pessoalmente pela autora. Foi garantido em todo este processo o anonimato e confidencialidade dos participantes. Foram recolhidos 31, 21 e 44 questionários devidamente preenchidos, no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, Coimbra e Lisboa, respectivamente.

2.4. Instrumentos de colheita de dados

Neste estudo o instrumento de eleição para a recolha de dados foi o questionário. A aplicação deste instrumento tem como vantagem, o facto de poder ser respondido quando e onde o sujeito escolher, com maior privacidade, permitindo uma maior reflexão, visto que não é necessária a presença do investigador.

Assim, foram utilizados quatro instrumentos de colheita de dados:

- ✓ Questionário Sócio-demográfico (descrito anteriormente na caracterização da amostra).
- ✓ Questionário de Saúde Geral-12 (QSG-12) (Goldberg (1992), validado para português por Laranjeira, 2008).
- ✓ Inventário de Stressores Ocupacionais (Santos (1999); Santos, Barros & Carolino, (2010)).
- ✓ *Brief COPE* (Carver (1997), adaptação de Sabino, Santos & Carolino (2011)).

O Questionário de Saúde Geral-12 tem como principal objectivo a avaliação da percepção geral do indivíduo acerca da sua saúde (Laranjeira, 2008). O Questionário de Saúde Geral-12 é um instrumento muito utilizado na avaliação de distúrbios psíquicos menores, contudo não é uma ferramenta indicada para a realização de diagnósticos específicos (Laranjeira, 2008). Originalmente o questionário foi desenvolvido como um instrumento de 60 itens. Actualmente existem diferentes versões abreviadas do questionário, o Questionário de Saúde Geral-30, o Questionário de Saúde Geral-28 e o Questionário de Saúde Geral-12 (Laranjeira, 2008). O Questionário de Saúde Geral-12

tem sido traduzido para diversas línguas, por diferentes autores (Chan, 1993; Daradkeh, Ghubash & El-Rufaie, 2001; Doi & Minowa, 2003; Killic, Rezaki, Rezaki, Kaplan, Ozgen, Sagduyu & Ozturk, 1997; Politi, Piccinelli & Wilkinson, 1994; Quek, Low, Razack & Loh, 2001).

Para a validação do questionário para a população portuguesa Laranjeira (2008), procedeu, juntamente com dois colaboradores, à tradução do questionário, e para a avaliação das suas propriedades psicométricas aplicou o questionário numa amostra de 790 alunos de pós-graduação. A estrutura factorial do presente questionário é bastante semelhante à da língua original, com a discriminação de dois factores, factores de sofrimento psicológico e de disfunção social (Laranjeira, 2008). Cada item é avaliado numa escala de Lickert com quatro pontos, para os itens 1,3,4,7,8,12 a opção de resposta é: “Melhor que habitualmente”; “Como habitualmente”; “Menos que habitualmente”; “Muito menos que habitualmente”; e para os itens 2,5,6,9,10,11 a opção de resposta é: “Não, absolutamente”; “Como habitualmente”; “Mais do que habitualmente”; “Muito mais do que habitualmente”. A pontuação total do Questionário de Saúde Geral-12 é 36 se for medido no estilo de pontuação tipo Likert (0-1-2-3) ou o valor total é 12 se for utilizado o método bi-modal (0-0-1-1). No estudo de Laranjeira (2008) foi utilizada a pontuação original de Goldberg (1992), ou seja, a pontuação bi-modal, pelo que o valor 0 indica melhor saúde geral e o valor 12 indica pior saúde geral.

Os resultados obtidos por Laranjeira (2008) mostram resultados promissores e semelhantes aos resultados da maioria das pesquisas em todo o mundo, tendo o autor obtido para a amostra um *Alfa de Cronbach* de 0,91.

Na presente investigação considerou-se somente a avaliação global do Questionário de Saúde Geral-12, ou seja os 12 itens, tendo-se obtido um valor de *Alfa de Cronbach* igual a 0.829 (Tabela 5 do Anexo IV), o que indica uma boa consistência interna do questionário. Assim, estes 12 itens constituem bons indicadores da qualidade da saúde geral dos indivíduos inquiridos.

Relativamente ao Inventário de Stressores Profissionais, este questionário permite ao inquirido avaliar num determinado grau, um conjunto de situações passíveis de desencadear *stress* (Santos, 1999). É constituído por 23 itens, e cada item é avaliado numa escala de Likert de quatro pontos: “1-Nada Stressante”; “2-Pouco Stressante”; “3-Stressante”; “4-Muito Stressante”.

O Inventário de Stressores Profissionais foi desenvolvido por Santos (1999) no seu estudo com diferentes grupos de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Para a construção deste questionário contribuiu a escala de Gray-Toft & Anderson (1981), os resultados de estudos similares, no âmbito do *stress* ocupacional nas profissões de saúde, apresentados por Lees & Ellis (1990), McGrath, Reid & Boore (200), Leppanen & Olkinuora (1987), Linsdstrom (1992), Gray-Toft & Anderson (1983), McCue (1985) e Calhoun (1980), e ainda, os estudos com stressores ocupacionais apresentados por Ross & Altimer (1984). Mais recentemente, o Inventário de Stressores Profissionais foi utilizado num estudo sobre *stress* ocupacional e estratégias de *coping* em Fisioterapeutas (Santos, Barros & Carolino, 2010).

O Inventário de Stressores Profissionais integra duas dimensões relacionadas com o *stress* ocupacional. A Dimensão Funcional, que diz respeito a stressores associados a aspectos intrínsecos às tarefas dos profissionais de saúde, e que se divide em duas sub-dimensões. A primeira é referente às Condições de Trabalho (aspectos relacionados com o trabalho, essencialmente aspectos de ordem física) e a segunda a aspectos Institucionais-Organizacionais (aspectos relacionados com a gestão organizacional e institucional dos serviços). A Dimensão Sócio-Emocional diz respeito a stressores associados a aspectos emocionais e sócio-emocionais relativos às tarefas desempenhadas pelos profissionais de saúde. Tal como a dimensão anterior também compreende duas sub-dimensões. A sub-dimensão Interpessoal (situações ameaçadoras ou exigentes de ordem interpessoal, como os conflitos) e a sub-dimensão Intrapessoal (situações ameaçadoras ou exigentes de ordem intrapessoal, como o confronto com a morte). Este questionário apresenta ainda, uma questão de resposta aberta, designadamente: “*Acréscente alguma outra situação profissional que lhe pareça stressante*”.

Neste estudo consideraram-se as duas dimensões do questionário, a Dimensão Funcional (itens: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 21) e a Dimensão Sócio-Emocional (itens: 2, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 23). Para a Dimensão Funcional o valor do *Alfa de Cronbach* corresponde a 0.824, sendo indicador de uma boa consistência interna, (Tabela 6 do Anexo IV), e portanto, os itens assumem-se como bons avaliadores dos stressores associados aos aspectos intrínsecos das actividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde. A Dimensão Sócio-Emocional apresenta um *Alfa de Cronbach* de 0,698, e embora não seja um valor tão elevado como para a outra dimensão, representa uma razoável consistência interna (Pestana & Gajeiro, 2005) (Tabela 7 do Anexo IV). Neste sentido, os itens apresentados são bons indicadores dos stressores ocupacionais

relacionados com os aspectos emocionais e sócio-emocionais das tarefas desempenhadas pelos profissionais de saúde.

Por fim, o último instrumento de recolha de dados utilizado foi o *Brief-COPE* de Carver (1997), adaptação de Sabino, Santos & Carolino (2011), que possibilita averiguar as estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo, quando se depara com situações potencialmente geradoras de *stress*.

Este questionário, que constitui uma versão abreviada do COPE Inventory (Carver, Weintraub & Scheier, 1989), sustenta-se no modelo transaccional de Lazarus & Folkman (1984), no modelo de auto-regulação de Carver & Scheier (1981, 1990) e também na diversa literatura existente sobre o *coping* (Carver, 1997). O COPE foi utilizado em uma série de estudos na área da saúde, e os resultados sugerem que muitas das respostas obtidas são importantes para a avaliação do processo de *coping* e outras ainda são preditivas de potenciais efeitos psicológicos (Carver, 1997). Contudo, o COPE mostrou ser um instrumento demasiado extenso (constituído por 60 itens), o que levou o questionário a sofrer alterações chegando ao actual *Brief-COPE* de 28 itens (Carver, 1997).

O *Brief-COPE* é constituído por 14 dimensões, com dois itens cada: *coping* activo; planeamento; reinterpretação positiva; aceitação; humor; apoio na religião; uso de suporte emocional; uso de suporte instrumental; auto-distração; negação; expressão de emoções; uso de substâncias; descomprometimento comportamental e culpabilização (Carver, 1997). Algumas destas estratégias (dimensões) têm um forte suporte teórico na sua conceptualização, outras foram introduzidas devido à evidência da sua utilização pelos indivíduos (Carver, 1997). Cada um dos 28 itens contém uma escala de resposta de 4 pontos de tipo Likert: “1 - Não o tenho feito de todo”; “2 – Tenho-o feito um pouco”; “3 – Tenho-o feito em média”; “4 – Tenho-o feito bastante”, na qual o sujeito deve avaliar a opção que melhor descreve as suas acções. Este questionário integra ainda, uma questão de resposta aberta, designadamente: “*Outros comentários que considere pertinentes*”.

Carver (1997) aplicou o *Brief-COPE* a uma amostra de sobreviventes do furacão Andrew, e obteve valores de *Alpha de Cronbach* para cada uma das dimensões, tal como se observa na Tabela 4, que permitem ao autor considerar este questionário válido e fiável.

A avaliação global do *Brief-COPE* neste estudo revelou uma boa consistência interna, com um *Alfa de Cronbach* igual a 0,872 (Tabela 8 do Anexo IV). Para cada uma das 14 estratégias-tipo procedeu-se ao cálculo do *Alfa de Cronbach*, como se pode verificar na Tabela 4. Apesar dos baixos valores de *Alfa de Cronbach* nas dimensões “Auto-Distracção”, “Negação”, “Expressão de Emoções” e “Descomprometimento Comportamental”, estes são superiores ao valor mínimo (0,50) obtido por Carver (1997) na dimensão “Expressão de Emoções”. Assim, os 28 itens do *Brief-COPE* constituem bons e moderados indicadores das estratégias de *coping* utilizadas pelos inquiridos.

Tabela 4: Valores de *Alfa de Cronbach* da Amostra e de Carver (1997)

Estratégias-Tipo de <i>Coping</i>	Alfa de Cronbach Amostra	Alfa de Cronbach Carver (1997)
<i>Coping</i> Activo (Itens: 2,7)	0,760	0,68
Planeamento (Itens: 14, 25)	0,819	0,73
Reinterpretação Positiva (Itens: 12, 17)	0,776	0,64
Aceitação (Itens: 20, 24)	0,713	0,57
Humor (Itens: 18, 28)	0,799	0,73
Apoio na Religião (Itens: 22, 27)	0,831	0,82
Uso de Suporte Emocional (Itens: 5, 15)	0,714	0,71
Uso de Suporte Instrumental (Itens: 10, 23)	0,830	0,64
Auto Distracção (Itens: 1, 19)	0,560	0,71
Negação (Itens: 3, 8)	0,575	0,54
Expressão de Emoções (Itens: 9, 21)	0,591	0,50
Uso de Substâncias (Itens: 4, 11)	0,826	0,90
Descomprometimento Comportamental (Itens: 6, 16)	0,558	0,65
Culpabilização (Itens: 13, 26)	0,616	0,69

2.5. Procedimento de Tratamento e análise de dados

Os dados obtidos mediante a aplicação dos questionários anteriormente descritos foram processados pelo programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0, que permite efetuar cálculos estatísticos na análise dados. Assim, para a sistematização da informação obtida através dos dados quantitativos recorreu-se a técnicas de estatística descritiva, em termos de frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central, tais como média aritmética e moda, medidas de dispersão, como o valor mínimo, valor máximo e o desvio padrão.

Em relação às variáveis em estudo, e tendo em conta que a presente amostra é probabilística e estratificada, procedeu-se a uma análise bivariada dos dados.

Para a construção da estatística descritiva dos factores sócio-demográficos (género e estado civil) com o Questionário de Saúde Geral-12, com o Inventário de Stressores Profissionais e com o Brif-COPE, foi inicialmente, testada a normalidade da distribuição dos dados através do teste de Kolmogorov-Smirnov e do teste de Shapiro-Wilk. Não se tendo verificado a normalidade dos dados ($p > 0,05$) no cruzamento das variáveis género e estado civil com o Questionário de Saúde Geral (Tabela 9, Tabela 10, respectivamente, do Anexo V) e com o *Brief-COPE* (Tabela 11, Tabela 12, respectivamente, do Anexo V), foi utilizado o teste não paramétrico Mann-Whitney U. No caso do cruzamento das variáveis género e estado civil com o Inventário de Stressores Profissionais, verificou-se a condição de normalidade da distribuição dos dados ($p < 0,05$), pelo que foi utilizado o teste t para amostras independentes (Tabela 11, Tabela 12, respectivamente, do Anexo V).

Posteriormente procedeu-se à análise correlacional entre os factores sócio-demográficos (idade, tempo de exercício de funções em oncologia e tempo de exercício de funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço) com o Questionário de Saúde Geral-12, com o Inventário de Stressores Profissionais e com o *Brief-COPE*.

Em qualquer uma das análises de inferência estatística foi utilizado um nível de significância de 5%.

Por último realizou-se a análise dos dados qualitativos, através do método de análise de conteúdo.

Capítulo III – Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados do presente estudo. De forma a sistematizar os resultados obtidos, estes serão apresentados em função dos objectivos específicos previamente definidos.

Assim a apresentação seguirá a seguinte ordem:

- ✓ Resultados relativos ao Questionário de Saúde Geral-12;
- ✓ Resultados relativos ao Inventário de Stressores Profissionais;
- ✓ Resultados relativos ao *Brief-COPE*;
- ✓ Avaliar as relações *per si* e entre si, dos factores sócio-demográficos (idade, tempo de exercício de funções em oncologia e tempo de exercício de funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço) da amostra, do Questionário de Saúde Geral-12, do Inventário de Stressores Profissionais e do *Brief-COPE*;
- ✓ Análise de conteúdo dos dados qualitativos.

1. Resultados do Questionário de Saúde Geral-12

Apresentam-se de seguida os resultados relativos ao objectivo específico “Identificar valores de saúde geral” com recurso ao Questionário de Saúde Geral-12 (QSG-12).

A avaliação da percepção da saúde geral da globalidade dos inquiridos (*score* geral) foi feita através da soma dos *scores* de todos os itens que constituem o questionário. O *score* geral, varia entre 12 (12×1) e 48 (12×4), sendo o ponto médio de 30 ($\frac{48+12}{2}$). Valores mais elevados revelam menor qualidade de saúde geral. De acordo com os resultados da Tabela 5 verifica-se que inquiridos revelam uma boa percepção da sua saúde geral, uma vez que a média observada é inferior ao ponto médio, inclusivamente o máximo observado é inferior ao valor máximo do *score* geral.

Tabela 5: Avaliação do *score* geral do Questionário de Saúde Geral-12

	Estatística Descritiva (N=96)				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Ponto Médio
Score QSG-12	5	36	23,30	4,843	30

Em relação à análise descritiva do Questionário de Saúde Geral-12 (Tabela 13 do Anexo VI) verifica-se que nos itens 1,2,3,4,5,6,7,8 e 12 a resposta “Como habitualmente” foi a mais frequente, e nos itens 9, 10 e 11 a mais assinalada foi “Não, absolutamente”. As percentagens de resposta mais expressivas dizem respeito à opção “Como habitualmente”, obtidas no Item 8 (“Tem sido capaz de enfrentar os seu problemas?” – 78,1%) e no Item 4 (“Tem-se sentido capaz de tomar decisões?” – 70,8%). Também a opção de resposta “Não, absolutamente” obteve uma elevada percentagem no Item 11 (“Tem-se considerado uma pessoa sem valor? – 70,8%). Salientam-se ainda, as percentagens de resposta no Item 5 “Tem-se sentido constantemente sob pressão?” (30,2%) e no Item 9 “Tem-se sentido triste ou deprimido(a)?” (30%), relativas à opção de resposta “Mais do que habitualmente”.

Tabela 6: Medidas descritivas, Moda, Mínimo e Máximo do Questionário de Saúde Geral-12

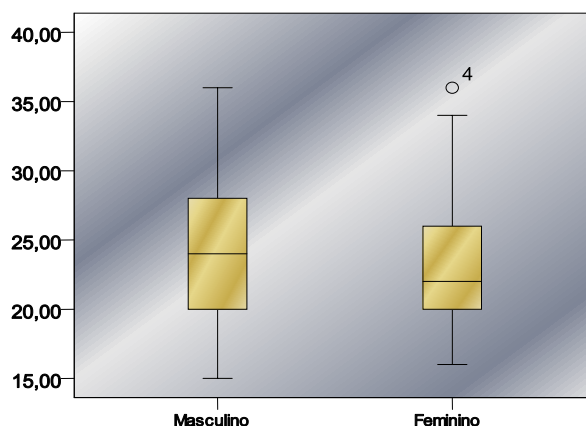
QSG	Moda	Mínimo	Máximo
Item 1	2	1	4
Item 2	2	1	4
Item 3	2	1	4
Item 4	2	1	4
Item 5	2	1	4
Item 6	2	1	3
Item 7	2	1	4
Item 8	2	1	4
Item 9	1	1	4
Item 10	1	1	3
Item 11	1	1	4
Item 12	2	1	4

Com base na Tabela 6 verifica-se, que a moda da maioria dos itens é 2 (opção de resposta “Como habitualmente”), excepto nos itens 9,10, e 11 dado que a moda é 1 (opção de resposta “Não, absolutamente”). Observa-se ainda, que em relação ao item 6 (Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?) e ao item 10 (Tem perdido confiança em si próprio(a)) nenhum dos inquiridos assinalou a opção “Muito mais do que habitualmente”. A resposta aos restantes itens variou entre 1 e 4.

Considerando a variável “Género”

Da análise do gráfico da Figura 4 constata-se que não existem diferenças na percepção da qualidade de saúde em geral entre os dois géneros. Este resultado é corroborado pelo teste Mann-Whitney U ($p=0,563$) (Tabela 16 do Anexo VII), a partir do qual não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas.

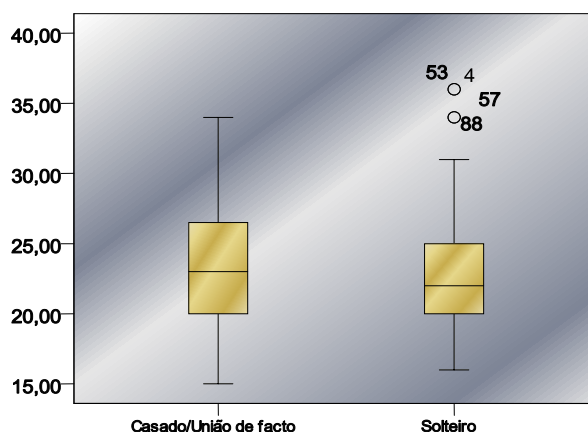
Figura 4: Caixa de Bigodes: comparação da distribuição do score geral do Questionário de Saúde Geral-12 entre os dois géneros.



Considerando a variável “Estado civil”

Com base na aplicação do teste Mann-Whitney U ($p= 0,938$) (Tabela 17 do Anexo VII) não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de saúde em geral entre o grupo dos casados e o grupo dos solteiros (engloba os dois indivíduos separados/divorciados), o que vem de encontro ao apresentado no gráfico da Figura 5.

Figura 5: Caixa de Bigodes: comparação da distribuição do score geral do Questionário de Saúde Geral-12 com o estado civil.



2. Resultados do Inventário de Stressores Profissionais

Seguidamente serão apresentados os resultados relativos ao objectivo específico “Identificar factores de risco psicossociais (stressores)” com recurso ao Inventário de Stressores Profissionais

Para a avaliação dos stressores ocupacionais da Dimensão Funcional e da Dimensão Sócio-Emocional, procedeu-se tal como anteriormente, à soma dos *scores* dos itens correspondentes a cada dimensão. Para a Dimensão Funcional o *score* geral varia entre 15 e 60, e o ponto médio é igual a 37,5. Na Dimensão Sócio-Emocional o *score* geral varia entre 8 e 32, sendo o ponto médio igual a 20. Em ambas as dimensões, valores superiores ao ponto médio revelam maior grau de *stress*. Assim, e tendo em conta que a média observada para as duas dimensões é superior ao ponto médio, conclui-se que os stressores ocupacionais da Dimensão Funcional e da Dimensão Sócio-Emocional constituem fonte de *stress* para os inquiridos, tal como se pode observar na Tabela 7. De referir que os stressores da Dimensão Funcional são considerados pelos inquiridos mais stressantes, uma vez que a diferença do valor da média observada em relação ao ponto médio é maior nesta dimensão (Tabela 7).

Tabela 7: Avaliação dos *scores* do Inventário de Stressores Profissionais da Dimensão Funcional e da Dimensão Sócio-Emocional

	Estatística Descritiva (N=96)				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Ponto Médio
Score ISP - DF	15	57	39,21	7,275	37,5
Score ISP - DSE	9	29	20,51	3,901	20

Relativamente à análise descritiva do Inventário de Stressores Profissionais (Tabela 14 do Anexo VI) verifica-se que a maioria das respostas obtidas neste questionário varia entre a opção “Pouco Stressante” e “Stressante”, e a opção de resposta “Nada Stressante” foi a menos seleccionada pelos inquiridos. As situações consideradas “Pouco Stressante” pelos participantes no estudo, e com maior percentagem de resposta são a “Falta de recursos materiais nos serviços” (52,1%), os “Conflitos interpessoais com auxiliares” (52,1%) e o “Carácter rotineiro das tarefas” (51%). Como “Stressante” e com maior percentagem de respostas consideraram a “Sobrecarga de trabalho” (52,1%), o “Espaço físico onde se desenvolve a profissão” (46,9%) e as “Situações de morte e/ou doença com carácter emocionalmente negativo” (46,9%). Os inquiridos consideram apenas como “Muito Stressante” a “Falta de reconhecimento social da profissão” (44,8%) e a “Baixa remuneração salarial” (51%).

Tabela 8: Medidas descritivas, Moda, Mínimo e Máximo do Inventário de Stressores Profissionais

ISP	Moda	Mínimo	Máximo	ISP	Moda	Mínimo	Máximo
Item 1	3	1	4	Item 13	2	1	4
Item 2	2	1	4	Item 14	2	1	4
Item 3	3	1	4	Item 15	2	1	4
Item 4	3	1	4	Item 16	4	1	4
Item 5	3	1	4	Item 17	3	1	4
Item 6	2	1	4	Item 18	2	1	4
Item 7	3	1	4	Item 19	3	1	4
Item 8	4	1	4	Item 20	2	1	4
Item 9	3	1	4	Item 21	2	1	4
Item 10	2	1	4	Item 22	3	1	4
Item 11	2	1	4	Item 23	2	1	4
Item 12	2	1	4				

Da análise da Tabela 8 observa-se que a moda dos itens 1,3,4,5,7,9,17,19,22 é 3 (opção de resposta “Stressante”), nos itens 2,6,10,11,12,13,14,15,18,20,21,23 a moda é 2 (opção de resposta “Pouco Stressante”) e por último nos itens 8 e 16 a moda é 4 (opção de resposta “Muito Stressante”). A resposta a todos os itens variou de 1 a 4.

Considerando a variável “Género”

Através da aplicação do teste t para amostras independentes ($p=0,049$ & $p=0,020$) (Tabela 18 do Anexo VII) conclui-se que, existem diferenças estatisticamente significativas na Dimensão Funcional e na Dimensão Sócio-Emocional relativamente ao género, apresentando os indivíduos do sexo feminino valores significativamente superiores, ou seja, os profissionais de enfermagem do género feminino atribuem maior grau de *stress* aos stressores ocupacionais da Dimensão Funcional e da Dimensão Sócio-Emocional (Tabela 9). Todavia, deve-se ter em atenção que a amostra masculina é minoritária, pelo que os resultados devem ser avaliados de uma forma cautelosa.

Tabela 9: Comparação da distribuição dos scores da Dimensão Funcional e Sócio-Emocional do Inventário de Stressores Profissionais entre os dois géneros e teste t para amostras independentes.

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	P
Score ISP - DF	Masculino	17	36,06	7,521	1,824	0,049
	Feminino	79	39,89	7,087	0,797	
Score ISP - DSE	Masculino	17	18,53	4,002	0,971	0,020
	Feminino	79	20,94	3,770	0,424	

Considerando a variável “Estado civil”

Pela aplicação do teste t para amostras independentes ($p=0,715$ & $p=0,564$) (Tabela 19 do Anexo VII) verifica-se que, não existem diferenças estatisticamente significativas para a Dimensão Funcional e para a Dimensão Sócio-Emocional relativamente ao grupo dos casados e ao grupo dos solteiros (separados/divorciados). (Tabela 10)

Tabela 10: Comparação da distribuição dos scores da Dimensão Funcional e Sócio-Emocional do Inventário de Stressores Profissionais com o estado civil e teste t para amostras independentes.

	Estado civil	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	P
Score ISP - DF	Casado/União de facto	43	39,51	7,735	1,180	0,715
	Solteiro	53	38,96	6,945	0,954	
Score ISP - DSE	Casado/União de facto	43	20,77	4,168	0,636	0,564
	Solteiro	53	20,30	3,698	0,508	

3. Resultados do *Brief-COPE*

Apresentam-se de seguida os resultados relativos ao objectivo específico “Identificar estratégias de *coping*”, com recurso ao *Brief-COPE*.

Para a avaliação das estratégias de *coping* mais utilizadas, recorreu-se à construção de scores para as 14 dimensões do *Brief-COPE*. Como cada dimensão apresenta 2 itens, o ponto médio é o mesmo para todas as dimensões. Deste modo, valores mais próximos ou mais elevados que 5, demonstram maior frequência de utilização das Estratégias de *Coping*, tal como se observa na Tabela 11.

Tabela 11: Avaliação dos scores do *Brief-COPE*

	Estatística Descritiva (N=96)				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Ponto Médio
Score Coping Activo	2	8	5,41	1,426	5
Score Planeamento	2	8	5,55	1,608	5
Score Reinterpretação Positiva	2	8	4,93	1,489	5
Score Aceitação	2	8	5,06	1,375	5
Score Humor	2	8	4,11	1,666	5
Score Apoio na Religião	2	8	3,61	1,707	5
Score Uso de Suporte Emocional	2	8	4,47	1,479	5
Score Uso de Suporte Instrumental	2	8	4,58	1,513	5
Score Auto distração	2	8	4,94	1,588	5
Score Negação	2	8	3,04	1,313	5
Score Expressão de Emoções	2	8	4,54	1,399	5
Score Uso de Substâncias	2	6	2,14	,535	5
Score Descomprometimento Comportamental	2	6	2,79	1,075	5
Score Culpabilização	2	8	3,85	1,444	5

Em relação à análise descritiva do *Brief-COPE* (Tabela 15 do Anexo VI) observa-se que a maioria das respostas varia entre a opção “Tenho-o feito um pouco” e a opção “Tenho-o feito, em média”.

As estratégias de *coping* que obtiveram maior percentagem de resposta, e portanto as mais utilizadas pelos inquiridos são o *Coping Activo* (Item 2 – “Tenho direccionado os meus esforços em fazer algo para resolver a situação que me causa *stress*” – 56,3%; Item 7 – “Desenvolvido acções para melhorar a situação stressante” – 45,8%), o *Planeamento* (Item 14 – “Tenho tentado encontrar uma estratégia sobre o que fazer” – 47,9%; Item 25 – “Tenho reflectido muito sobre os passos a dar” – 40,6%), a *Aceitação* (Item 20 – “Tenho vindo a aceitar a realidade do facto de esta situação estar a acontecer” – 49%; Item 24 – “Tenho aprendido a viver com isto” – 39,6%), a *Reinterpretação Positiva* (Item 12 – “Tenho tentado ver a situação stressante de uma perspectiva

diferente, para a fazer parecer mais positiva” – 33,5%; Item 17 – “Tenho tentado encontrar algo de bom no que está a acontecer” – 42,7%) e a Auto-Distracção (Item 1 – “Tenho-me virado para o trabalho ou para outras actividades para afastar a minha mente dos assuntos que me causam *stress*” – 39,6%; Item 19 – “Tenho feito outras coisas para pensar menos na situação stressante, tal como ir ao cinema, ver televisão, ler, sonhar acordado, dormir ou ir às compras” – 35,4%).

Observa-se ainda, que uma grande maioria dos participantes do estudo assinalou a opção de resposta “Não o tenho feito de todo” no Item 4 (“Tenho usado o álcool ou outras drogas para me fazer sentir melhor” – 91,7%) e no Item 11 (“Tenho usado o álcool ou outras drogas para me ajudar a ultrapassar a situação stressante” – 96,9%), pelo que a estratégia de *coping* Uso de Substâncias é a menos utilizadas pelos inquiridos.

Tabela 12: Medidas descritivas, Moda, Mínimo e Máximo do *Brief-COPE*

Brief Cope	Moda	Mínimo	Máximo	Brief Cope	Moda	Mínimo	Máximo
Item 1	3	1	4	Item 15	3	1	4
Item 2	3	1	4	Item 16	1	1	4
Item 3	1	1	4	Item 17	3	1	4
Item 4	1	1	3	Item 18	1; 2	1	4
Item 5	2	1	4	Item 19	2	1	4
Item 6	1	1	4	Item 20	3	1	4
Item 7	3	1	4	Item 21	2	1	4
Item 8	1	1	4	Item 22	1	1	4
Item 9	2	1	4	Item 23	2	1	4
Item 10	2	1	4	Item 24	2; 3	1	4
Item 11	1	1	3	Item 25	3	1	4
Item 12	2	1	4	Item 26	1	1	4
Item 13	2	1	4	Item 27	1	1	4
Item 14	3	1	4	Item 28	2	1	4

Com base na Tabela 12 verifica-se que a moda nos itens 1,2,7,14,15,17,20,24 e 25 é 3 (opção de resposta “Tenho-o feito, em média”), nos itens 5, 9,10,12,13,18,19,21,23,24 e 28 a moda é 2 (opção de resposta “Tenho-o feito um pouco”), e nos itens 3,4,6,8,11,16,18,22,26 e 27 a moda é 1 (opção de resposta “Não o tenho feito de todo”). Os itens 18 e 24 são bimodais. Verifica-se ainda que, no item 4 (Tenho usado o álcool ou outras drogas para me fazer sentir melhor) e no item 11 (Tenho usado o álcool ou outras drogas para me ajudar a ultrapassar a situação stressante) a opção “Tenho-o feito bastante” não foi assinalada por nenhum dos inquiridos. A resposta aos restantes itens variou entre 1 e 4.

Considerando a variável “Género”

Com base no teste Mann-Whitney U ($p=0,011$) (Tabela 20 do Anexo VII) verifica-se que há apenas diferenças estatisticamente significativas quanto ao uso de substâncias, apresentando o grupo masculino valores mais elevados, portanto os homens usam mais frequentemente esta estratégia de *coping* (Tabela 13). Tal como anteriormente, este resultado deve ser avaliado de uma forma cautelosa, dada a dimensão minoritária da amostra masculina.

Tabela 13: Comparação da distribuição dos scores do *Brief-COPE* entre o género e teste Mann-Whitney U.

	Sexo	N	Média das Ordens	P
Coping activo	Masculino	17	51,00	0,672
	Feminino	79	47,96	
Planeamento	Masculino	17	42,29	0,300
	Feminino	79	49,84	
Reinterpretação positiva	Masculino	17	48,00	0,933
	Feminino	79	48,61	
Aceitação	Masculino	17	52,21	0,534
	Feminino	79	47,70	
Humor	Masculino	17	45,74	0,646
	Feminino	79	49,09	
Apoio na religião	Masculino	17	45,15	0,570
	Feminino	79	49,22	
Uso de suporte emocional	Masculino	17	47,41	0,856
	Feminino	79	48,73	
Uso de suporte instrumental	Masculino	17	51,06	0,667
	Feminino	79	47,95	
Auto distração	Masculino	17	47,44	0,861
	Feminino	79	48,73	
Negação	Masculino	17	51,56	0,592
	Feminino	79	47,84	
Expressão de emoções	Masculino	17	48,88	0,949
	Feminino	79	48,42	
Uso de substâncias	Masculino	17	55,94	0,011
	Feminino	79	46,90	
Descomprometimento comportamental	Masculino	17	42,41	0,266
	Feminino	79	49,81	
Culpabilização	Masculino	17	46,94	0,794
	Feminino	79	48,84	

Considerando a variável “Estado civil”

Pela aplicação teste Mann-Whitney U ($p > 0,05$, para qualquer uma das estratégias de coping) (Tabela 21 do Anexo VII) observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos solteiros e dos casados. (Tabela 14)

Tabela 14: Comparação da distribuição dos scores do Brief-COPE com o estado civil e teste Mann-Whitney U

	Estado civil	N	Média das Ordens	P
Coping activo	Casado/União de facto	43	47,35	0,705
	Solteiro	53	49,43	
Planeamento	Casado/União de facto	43	42,71	0,061
	Solteiro	53	53,20	
Reinterpretação positiva	Casado/União de facto	43	43,09	0,078
	Solteiro	53	52,89	
Aceitação	Casado/União de facto	43	45,47	0,323
	Solteiro	53	50,96	
Humor	Casado/União de facto	43	43,69	0,120
	Solteiro	53	52,41	
Apoio na religião	Casado/União de facto	43	48,30	0,948
	Solteiro	53	48,66	
Uso de suporte emocional	Casado/União de facto	43	43,81	0,128
	Solteiro	53	52,30	
Uso de suporte instrumental	Casado/União de facto	43	44,22	0,163
	Solteiro	53	51,97	
Auto distração	Casado/União de facto	43	50,13	0,600
	Solteiro	53	47,18	
Negação	Casado/União de facto	43	47,81	0,816
	Solteiro	53	49,06	
Expressão de emoções	Casado/União de facto	43	45,00	0,256
	Solteiro	53	51,34	
Uso de substâncias	Casado/União de facto	43	46,78	0,255
	Solteiro	53	49,90	
Descomprometimento comportamental	Casado/União de facto	43	46,03	0,382
	Solteiro	53	50,50	
Culpabilização	Casado/União de facto	43	44,40	0,183
	Solteiro	53	51,83	

4. Avaliação da relação *per si* e entre si, dos factores sócio-demográficos, do Questionário de Saúde Geral-12, do Inventário de Stressores Profissionais e do *Brief-COPE*

Seguidamente apresentam-se as correlações estabelecidas *inter* e *intra* Questionário de Saúde Geral-12, Inventário de Stressores Profissionais e *Brief-COPE*, e também as correlações entre os factores sócio-demográficos da amostra (idade, tempo de exercício de funções em oncologia e tempo de exercício de funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço) e os questionários utilizados (Tabela 22 do Anexo VIII). As correlações que serão apresentadas, embora sejam fracas, moderadas ou moderadas a fortes são significativas para a população de onde foram retiradas.

Relativamente às correlações estabelecidas com o Questionário de Saúde Geral-12, verifica-se, que este questionário apresenta uma correlação positiva fraca com a Auto-Distração, com a Negação e com o Descomprometimento Comportamental, tal como se observa na Tabela 15. Assim, tendo em conta que valores mais elevados do Questionário de Saúde Geral-12 revelam pior saúde geral, verifica-se a existência de relação entre piores níveis de saúde geral e o recurso às estratégias de *coping* Auto-Distração, Negação e Descomprometimento comportamental.

Tabela 15: Correlações entre o Questionário de Saúde Geral-12 e o *Brief-COPE*: coeficiente de correlação de Pearson (r) e nível de significância (p)

		Auto-Distração	Negação	Descomprometimento comportamental
QSG-12	r	0,205	0,342	0,382
	p	0,045	0,001	0,000

No que diz respeito às correlações estabelecidas com o Inventário de Stressores Profissionais, verificou-se que este questionário apenas se correlaciona entre si, assim a Dimensão Funcional apresenta correlação positiva moderada a forte com a Dimensão Sócio-Emocional ($r=0,759$, $p=0,000$). Deste modo, os enfermeiros que mais identificam stressores da Dimensão Funcional são os que mais identificam stressores da Dimensão Sócio-Emocional.

Em relação às correlações estabelecidas com o *Brief-COPE*, constatou-se que este questionário se correlaciona entre si e com o factor sócio-demográfico “Tempo de exercício de funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço”.

No que diz respeito às correlações *intra Brief-COPE*, e como se pode observar na Tabela 16, constata-se a existência de correlações moderadas ou moderadas a fortes entre estratégias de *coping*.

Tabela 16: Correlações *intra Brief-COPE*: coeficiente de correlação de Pearson (r) e nível de significância (p)

		Coping Activo	Planeamento	Reinterpretação Positiva	Humor	Uso de suporte Instrumental	Negação	Uso de suporte Emocional
Planeamento	r	0,530	1					
	p	0,000						
Reinterpretação Positiva	r	0,560	0,501	1				
	p	0,023	0,000					
Aceitação	r	0,599	0,536	0,599				
	p	0,000	0,000	0,000				
Uso de suporte Instrumental	r	0,460	0,416			1		0,766
	p	0,000	0,000					0,000
Auto-Distracção	r	0,406						
	p	0,000						
Uso de suporte Emocional	r		0,430					1
	p		0,000					
Expressão de Emoções	r				0,569	0,476		0,522
	p				0,000	0,000		0,000
Descomprometimento Comportamental	r						0,431	
	p						0,000	
Culpabilização	r						0,431	
	p						0,019	

Assim, o *Coping Activo* apresenta correlação positiva moderada com o Planeamento, com a Reinterpretação positiva, com a Aceitação, com o Uso de Suporte Instrumental e com a Auto-Distracção, como se pode observar na Tabela 16. Deste modo, os enfermeiros que mais recorrem à estratégia de *coping Coping Activo* são os que mais recorrem às estratégias de *coping* de Planeamento, Reinterpretação positiva, Aceitação, Uso de Suporte Instrumental e Auto-Distracção.

O Planeamento tem correlação positiva moderada com a Reinterpretação positiva, com a Aceitação, com o Uso de Suporte Emocional e com o Uso de Suporte Instrumental. Os enfermeiros que mais utilizam a estratégia de *coping* Planeamento são os que mais utilizam as estratégias de *coping* Reinterpretação positiva, Aceitação, Uso de Suporte Emocional e Uso de Suporte Instrumental.

A Reinterpretação positiva apresenta correlação positiva e moderada com a Aceitação. Os profissionais de enfermagem que mais recorrem à estratégia de *coping* Reinterpretação positiva são os que mais recorrem à estratégia de *coping* Aceitação.

O Humor correlaciona-se positiva e moderadamente com a Expressão de Emoções. Os enfermeiros que mais fazem uso da estratégia de *coping* Humor são os que mais usam a estratégia de *coping* Expressão de Emoções.

O Uso de Suporte Emocional apresenta uma correlação positiva moderada a forte com o Uso de Suporte Instrumental, e com a Expressão de Emoções apresenta correlação positiva moderada. Os profissionais de enfermagem que mais utilizam a estratégia de *coping* Uso de Suporte Emocional são os que mais utilizam as estratégias de *coping* Uso de Suporte Instrumental e Expressão de Emoções.

O Uso de Suporte Instrumental correlaciona-se positiva e moderadamente com a Expressão de Emoções. Os enfermeiros que mais recorrem à estratégia de *coping* Uso de Suporte Instrumental são os que mais recorrem à estratégia de *coping* Expressão de Emoções.

A Negação apresenta correlação positiva moderada com o Descomprometimento Comportamental e com a Culpabilização. Os enfermeiros que mais utilizam a estratégia de *coping* Negação são os que mais utilizam as estratégias de *coping* Descomprometimento Comportamental e Culpabilização.

Por último, o factor sócio-demográfico “Tempo de exercício de funções no serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço” apresenta correlação negativa e fraca ($r=-0,206$, $p=0,044$) com a estratégia de *coping* Uso de Suporte Instrumental. Concluindo-se assim, que quanto maior o tempo de exercício de funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, menor o uso de suporte instrumental, isto é, diminui a procura de ajuda, de informações ou de conselhos por parte dos profissionais.

Com excepção da última correlação, não se verificou a existência de relação entre os factores sócio-demográficos (idade, tempo de exercício de funções em oncologia e tempo de exercício de funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço) e os instrumentos de colheita de dados utilizados.

5. Análise de conteúdo dos dados qualitativos

Para a análise dos dados das questões abertas do Inventário de Stressores Profissionais e do *Brief-COPE* foi utilizada uma metodologia de análise de conteúdo.

Em relação à frequência de respostas verificou-se que 10 indivíduos responderam à questão aberta do Inventário de Stressores Profissionais (Tabela 23 do Anexo IX) e 3 indivíduos responderam à questão aberta do *Brief-COPE*. (Tabela 24 do Anexo IX) Considerando o teor das questões que foram colocadas definem-se duas áreas: (1) Outras situações consideradas como stressantes e (2) Observações em relação às estratégias de *coping* utilizadas.

Quanto à área (1) a análise do conteúdo das respostas identificou três categorias: “Conflitos organizacionais – institucionais”, “Condições de trabalho” e “Conflitos na equipa”.

Relativamente aos “Conflitos organizacionais-institucionais” os enfermeiros inquiridos referem como fonte de *stress*: “*pouca valorização do percurso profissional*”; “*burocracias*”; “*registos em papel*”; “*desempenho de funções fora do âmbito da especialização*”; “*falta de reconhecimento profissional*” e “*superiores hierárquicos pouco compreensíveis e inflexíveis*”. Os dois últimos stressores estão presentes no Inventário de Stressores Profissionais, contudo, e a dada a sua pertinência para os inquiridos, foram novamente aqui referidos.

Em relação às Condições de trabalho os enfermeiros consideram: o “*som e frequência do toque das campanhas*” e reforçam as “*condições físicas deficitárias do serviço*”, stressor também presente no Inventário de Stressores Profissionais, como fonte de *stress*.

Os Conflitos na equipa também são referidos pelos enfermeiros como factores desencadeantes de *stress*, concretamente: “*equipa jovem e com rotatividade de elementos*”; “*falta de respeito pelas áreas de competências profissionais*”; “*falha ou falta de comunicação interprofissional*” e “*pouco trabalho em equipa entre os enfermeiros*”.

Os inquiridos fazem ainda, referência a situações relacionadas com a actividade profissional que provocam desgaste físico e emocional, nomeadamente: “*falta de tempo para refeições equilibradas*”; “*chegar atrasado ao trabalho por motivos inesperados*”;

“impotência na resolução de algumas situações” e “relação com os familiares, que por vezes se torna conflituosa”.

No que concerne à área (2) Observações em relação às estratégias de *coping* utilizadas, identificaram-se duas categorias: “Necessidades sentidas pelos enfermeiros para a diminuição/prevenção do *stress*” e “Identificação de outras estratégias de *coping*”.

Em relação à primeira categoria os enfermeiros apontam a: *“falta de apoio psicológico para os profissionais e doentes, que poderia ser colmatado com secções de relaxamento e de diálogo entre a equipa”.*

Relativamente a outras estratégias de *coping*, os participantes referiram ainda algumas estratégias como a reavaliação positiva *“ver o stress como algo que também é positivo”* e a análise do problema *“reflexão diária das situações stressantes”.*

Capítulo IV – Discussão de Resultados

Esta etapa final, fundamental no processo de investigação, permite expor os dados mais relevantes do estudo, confronta-los e compara-los com os resultados obtidos em estudos semelhantes. Inicia-se a discussão de resultados com os dados quantitativos, e posteriormente faz-se a discussão dos dados qualitativos

Participaram neste estudo 96 enfermeiros, na sua maioria do sexo feminino, o que vem de encontro aos resultados obtidos em outros estudos (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999; McGrath, Reid & Boore, 2003; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Cavalheiro, Junior & Lopes, 2008; Glazer & Gyurak, 2008; Rodrigues & Chaves, 2008; Rodrigues & Ferreira, 2011), e que corroboram o elevado grau de feminização da profissão de enfermagem.

No presente estudo verificou-se que os profissionais de enfermagem do sexo feminino atribuem maior potencialidade de *stress* aos stressores ocupacionais, do que os profissionais de enfermagem do sexo masculino. De forma similar, nos estudos de Rodrigues & Ferreira (2011) e Gomes, Cruz & Cabanelas (2009) as mulheres apresentaram níveis de *stress* mais elevados (contudo não se deve confundir atribuição potencial de stress e nível de stress sentido). Guerrer & Bianchi (2008) outorgam esta evidência ao facto dos profissionais de enfermagem do sexo feminino para além da actividade laboral, desenvolvem na sua vida pessoal enquanto mulheres múltiplas funções.

Constatou-se também, neste estudo a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros, relativamente à estratégia de *coping* Uso de Substâncias, tendo sido esta a mais escolhida pelos profissionais de enfermagem do sexo masculino. No entanto, deve-se ter em conta que esta estratégia de *coping* foi identificada no presente estudo como a menos utilizada pelos inquiridos. Num estudo elaborado por Mardegan, Souza, Buaiz & Siqueira (2007) em estudantes de enfermagem, e embora a amostra, tal como no presente estudo, seja maioritariamente feminina, também os homens apresentam maiores índices de consumo de substâncias psicoactivas. O consumo de substâncias, nomeadamente álcool, tabaco e drogas, tem vindo a aumentar nos profissionais de saúde (Zeferino, Santos, Radunz, Carraro & Frello, 2006; Martins & Zeitoune, 2007; Silva & Botti, 2011). São apontados como

factores de risco para o uso de substâncias nos profissionais de enfermagem, as condições de trabalho, a sobrecarga de trabalho e a possibilidade de auto-administração, bem como o livre acesso a diversas drogas (Zeferino, Santos, Radunz, Carraro & Frello, 2006; Martins & Zeitoune, 2007).

A média de idade da amostra é de aproximadamente 31 anos. Relativamente a esta variável não se verificaram correlações com significância estatística em relação a qualquer dos questionários utilizados. Estes resultados diferem dos encontrados por Gomes, Cruz & Cabanelas (2009), Cavalheiro, Junior & Lopes (2008) e Isikhan, Gomez & Danis (2004) que concluíram que os profissionais de enfermagem mais velhos vivenciam menores níveis de *stress*. Os autores relacionam este facto, principalmente, com o tempo de experiência laboral, com a identificação do profissional com o local de trabalho e com a estabilidade contratual.

Em relação ao tempo de exercício de funções, os enfermeiros inquiridos desempenham funções em oncologia em média, à cerca de 8 anos e no serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço em média, à cerca de 7 anos. Neste estudo encontrou-se correlação negativa fraca entre o tempo de exercício de funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço e a estratégia de *coping* Suporte Instrumental. Assim verifica-se que quanto maior o tempo de exercício de funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, menor a utilização de estratégias de suporte instrumental por parte dos enfermeiros, isto é, existe um menor suporte, que poderá ser atribuído à menor procura de suporte por parte do enfermeiro ou pela falta de confiança no suporte existente. A primeira hipótese é sustentada pelo estudo de Cavalheiro, Junior & Lopes (2008), no qual os autores reconhecem que o tempo de trabalho influencia o crescimento profissional, seja pela maior maturidade profissional ou pelo maior número de experiências, o que contribui para a maior consciencialização das acções a executar.

De referir que a grande maioria dos enfermeiros em estudo não tem formação específica em oncologia. Resultado semelhante foi obtido por Rodrigues & Chaves (2008) na sua investigação com enfermeiros em oncologia. A este respeito Wu, Chi, Chen, Wang & Jin (2010) consideram que a complexidade do trabalho e a instabilidade clínica típica de doentes críticos, dada a frequência de situações inesperadas e de rápida actuação, requerem constante actualização e formação profissional dos enfermeiros. Os autores concluíram, no seu estudo com enfermeiras hospitalares chinesas, que o factor formação é preponderante para lidar com as exigências do trabalho e para reduzir o *stress* ocupacional.

Quanto ao estado civil, os enfermeiros são maioritariamente solteiros, o que vai de encontro aos resultados obtidos no estudo de Cavalheiro, Junior & Lopes (2008) e Rodrigues & Ferreira (2011). Na presente investigação não se estabeleceram relações estatisticamente significativas com esta variável. Do mesmo modo os autores anteriormente referidos não encontraram correlação entre os níveis de *stress* com o estado civil, não constituindo esta variável fonte relevante de *stress*. No mesmo sentido Stacciarini & Tróccoli (2001) referem que as responsabilidades associadas à vida pessoal do profissional de enfermagem, relacionadas com o lar ou filhos entre outras, podem constituir uma plataforma de suporte, em vez de fonte de *stress*.

Com a aplicação do Questionário de Saúde Geral-12 verificou-se que a população em estudo apresenta bons valores de saúde geral. Porém, salienta-se que uma percentagem expressiva de enfermeiros se tem sentido mais tristes ou deprimidos do que habitualmente, e também têm sentido mais pressão do que habitualmente. Estes resultados confirmam o referido por Alves, Vasconcelos, Miranda, Costa & Sobreira (2011), quando dizem que a vida dos profissionais de enfermagem não está isenta de preocupações, problemas ou outros sentimentos, tidos como negativos. Contudo se o profissional estiver bem psicologicamente, apesar das adversidades quotidianas vivenciadas no trabalho e na vida pessoal, consegue equilibrar os sentimentos negativos e positivos, com o intuito de alcançar o bem-estar emocional. Os autores identificaram um elevado índice de satisfação dos enfermeiros com a vida, sendo este um facto significativo para a qualidade de vida e saúde física.

O Questionário de Saúde Geral-12 correlacionou-se, neste estudo, com as estratégias de *coping* Auto-Distração, Negação e Descomprometimento comportamental.

Depreende-se assim, que piores valores de saúde geral estão associados a estratégias de coping de rejeição e afastamento da realidade dos acontecimentos (das situações indutoras de *stress*) stressores e de desinvestimento mental e comportamental do enfermeiro. Estes resultados poderão estar relacionados com as características particulares do doente oncológico e das doenças oncológicas que influenciam e interferem com esfera individual do profissional de enfermagem. Num estudo levado a cabo por Coelho, Albuquerque, Martins, D'Albuquerque & Neves (2008) com jovens em início da sua actividade profissional, constatou que os indivíduos que fazem mais uso de estratégias de *coping* "esquivas", isto é, cognições e comportamentos que o afastam do stressor (compreende respostas como procurar esquecer, evitar o problema, fugir da situação, ir para outro lugar, deixar o tempo passar e ocupar o tempo com outras actividades), tendem a apresentar um maior grau de indicadores de depressão e de pior

saúde geral. Na área da saúde não foram encontrados estudos na literatura que corroborem a existência de relação entre o Questionário de Saúde Geral-12 e as estratégias de *coping* mencionadas.

Em relação aos factores de risco psicossociais identificados neste estudo, os inquiridos consideram como factores “Muito Stressantes”, a baixa remuneração salarial e a falta de reconhecimento social da profissão. Resultados similares foram encontrados por Gomes, Cruz & Cabanelas (2009), que identificou estes dois factores como stressantes para os enfermeiros. Também Glazer & Gyurak (2008) no seu estudo com enfermeiros de seis países, identificou em um deles, a baixa remuneração salarial com um factor predominante de *stress*. Por sua vez, Isikhan, Gomez & Danis (2004) no seu estudo com enfermeiros em oncologia reconheceu a baixa remuneração salarial como fonte de *stress* em enfermeiros mais jovens, a desempenharem funções em oncologia. A falta de reconhecimento social da profissão também objectivada por Stacciarini & Tróccoli (2001) relaciona-se, segundo as autoras, com aspectos depreciativos da profissão de enfermagem, que não permitem a sua valorização.

Os factores considerados como “Stressantes” para os enfermeiros, são os factores que mais correspondência encontram com os dados de outras investigações sobre fontes de pressão em profissionais de enfermagem, nomeadamente situações de morte e/ou doença com carácter emocionalmente negativo (Isikhan, Gomez & Danis, 2004; Cavalheiro, Junior & Lopes, 2008; McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999; Stacciarini & Tróccoli, 2001; McGrath, Reid & Boore, 2003; Rodrigues & Chaves, 2008), sobrecarga de trabalho (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999; Stacciarini & Tróccoli, 2001; McGrath, Reid & Boore, 2003; Rodrigues & Ferreira, 2011; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009), e espaço físico onde se desenvolve a profissão (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999; McGrath, Reid & Boore, 2003; Guerrer & Bianchi, 2008).

As situações de morte e/ou doença com carácter emocionalmente negativo constituem um dos stressores mais relatados pelos investigadores nas mais diversas áreas da enfermagem, contudo assumem principal destaque na área da oncologia, tal como se descreveu na revisão bibliográfica. A valorização da carga de trabalho como stressor, pode prender-se com o tipo de cuidados prestados ao doente oncológico, com o número insuficiente de enfermeiros na prestação de cuidados, e com o facto dos enfermeiros desempenharem funções fora do seu âmbito de trabalho, como funções administrativas ou funções do foro social. Em relação aos espaços físicos nas instituições de saúde, estes tendem a ser pouco ergonómicos, isto é, pouco adaptados às necessidades dos

profissionais de saúde, mas também pouco adequadas às necessidades dos utentes, o que interfere com a dinâmica de trabalho dos profissionais de enfermagem

Ainda em relação aos stressores identificados, constatou-se que a situação considerada menos stressante pelos enfermeiros se relaciona com os conflitos interpessoais com auxiliares. Resultados semelhantes foram encontrados por Santos, Barros & Carolino, (2010), mediante a aplicação do Inventário de Stressores Profissionais em profissionais de fisioterapia. As autoras identificaram stressores ocupacionais nos fisioterapeutas semelhante aos identificados no presente estudo, nomeadamente a sobrecarga de trabalho, baixa remuneração salarial e a falta de reconhecimento profissional. Nesta classe profissional, os conflitos interpessoais com superiores hierárquicos e pressões de superiores hierárquicos, também constituem fonte de *stress* (Santos, Barros & Carolino, 2010).

No que diz respeito ao tipo de estratégias de *coping* mais utilizadas pelos enfermeiros neste estudo, descritas por ordem decrescente de utilização, são o Planeamento, o *Coping Activo*, a Aceitação, a Reinterpretação Positiva e a Auto-Distracção. A estratégia menos utilizada pelos enfermeiros é o Uso de Substâncias.

O Planeamento e o *Coping Activo* são estratégias de *coping* que visam essencialmente resolver o acontecimento/situação stressor. Do mesmo modo, no estudo de Isikhan, Gomez & Danis (2004) as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos enfermeiros em oncologia recaem numa abordagem em que o profissional de enfermagem avalia o evento stressor e empreende acções na tentativa de resolver o problema. Para a resolução de problemas, é necessário antes de mais definir o problema, enumerar as alternativas e compará-las com os resultados desejados, e ainda, criar e implementar um plano de acção apropriado (Lazarus & Folkman, 1984). Os autores referem ainda que os indivíduos que utilizam estratégias focadas no problema, podem alterar as pressões ambientais, minimizar o stressor e provocar alterações significativas no processo de avaliação do *stress*.

A Aceitação, a Reinterpretação Positiva e a Auto-Distracção, são estratégias de *coping* focadas na emoção. O indivíduo utiliza este tipo de *coping*, quando concentra esforços em si mesmo, com o intuito de alterar a sua compreensão sobre o stressor e reduzir o mal-estar provocado. Rodrigues & Chaves (2008) no seu estudo constataram que o *coping* focado na emoção é o mais utilizado pelos enfermeiros em oncologia.

Quanto à estratégia de *coping* Aceitação, esta representa um padrão de resposta essencialmente caracterizado por uma aceitação resignada da situação stressante, que não interfere com o bem-estar do indivíduo. O uso desta estratégia pelos enfermeiros, indica que estes profissionais lidam bem com situações de tensão e frustração, e consideram ter capacidades para as enfrentar. Resultado contrário foi encontrado por McIntyre, McIntyre & Silvério (1999) num estudo com enfermeiros portugueses, no qual a Aceitação constitui uma das estratégias menos utilizadas.

A Reinterpretação Positiva, que se encontra relacionada com a tentativa do indivíduo reestruturar o acontecimento stressor, tendo por objectivo encontrar aspectos mais favoráveis que permitam o seu crescimento pessoal ou profissional, foi também, identificada no estudo de Rodrigues & Chaves (2008) como a estratégia de *coping* focada na emoção, mais utilizada nos enfermeiros em oncologia.

O recurso à Auto-Distração pelos enfermeiros em estudo, prende-se com o facto do profissional não pensar mais no evento stressor, isto é, desenvolve actividades, como as de lazer, com o intuito de evitar o evento stressor. Em oncologia evitar o stressor pode relacionar-se com o afastamento do enfermeiro face à doença, ao doente, e à realidade por ele vivenciada. Resultados semelhantes foram encontrados por Avellar, Iglesias & Valverde (2007) no seu estudo sobre sofrimento psíquico com enfermeiros em oncologia, comprovaram que os inquiridos referem “não se envolver” com o doente oncológico, família e/ou colega de trabalho, com o intuito de não estabelecerem laços afectivos. As autoras reconhecem neste comportamento um mecanismo de defesa perante os múltiplos sentimentos envolvidos no processo de cuidar. Hennezel (2001) realça a importância dos profissionais de saúde em oncologia desenvolverem actividades na sua vida pessoal, de forma que todas as suas implicações decorrentes das suas funções fiquem no local de trabalho.

Em relação aos resultados do estudo obtidos da análise de conteúdo dos dados qualitativos, identificaram-se duas áreas: “outras situações consideradas como stressantes para os profissionais de enfermagem” e “observações relativas às estratégias de *coping* utilizadas”.

No que diz respeito a outras situações stressantes para os enfermeiros em oncologia, os inquiridos referem os conflitos organizacionais - institucionais, as condições de trabalho e os conflitos na equipa.

No que diz respeito aos conflitos organizacionais-institucionais, os enfermeiros inquiridos mencionam a pouca valorização do percurso profissional, o desempenho de funções fora do âmbito da especialização, burocracias e registos em papel. Relativamente aos dois primeiros factores de *stress*, estes podem estar relacionadas com o actual momento de estagnação que se vive na carreira de enfermagem, que não permite ao profissional ser reconhecido formalmente ou beneficiado pela formação específica adquirida ou pelo percurso profissional. No que concerne os registos em papel como factor de *stress*, este relaciona-se com a falta de informatização de todos os registos de enfermagem, o que conduz à obrigatoriedade de se registar muita informação em suporte de papel. As actividades burocracias são igualmente apontadas por Guerrer & Bianchi (2007) no seu estudo com enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos, como fonte de *stress*.

Ainda, relativamente aos conflitos organizacionais-institucionais, os enfermeiros fazem novamente referência a stressores presentes no Inventário de Stressores Profissionais, designadamente a falta de reconhecimento profissional, já anteriormente justificada, e superiores hierárquicos pouco compreensíveis e inflexíveis. Quanto ao último stressor relatado, este foi também identificado por Gomes, Cruz & Cabanelas (2009) como factor de *stress* em enfermagem.

Em relação às Condições de trabalho, os enfermeiros inquiridos apontam como factor de *stress* o som e frequência do toque das campainhas, e reforçam que as condições físicas deficitárias do serviço (stressor também presente no Inventário de Stressores Profissionais) constituem fonte de *stress*. No estudo de Guerrer & Bianchi (2007) com enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos, as condições físicas e o ruído são também identificados como fontes de *stress*. No mesmo sentido, Rodrigues & Ferreira (2011) no seu estudo com enfermeiros em meio hospitalar relacionam as condições físicas desadequadas com maiores níveis de *stress*.

Os Conflitos na equipa são igualmente referidos pelos enfermeiros como factores desencadeantes de *stress*, concretamente equipa jovem e com rotatividade de elementos, falta de respeito pelas áreas de competências profissionais, falha ou falta de comunicação interprofissional e pouco trabalho em equipa entre os enfermeiros. Em relação à equipa jovem Isikhan, Gomez & Danis (2004) verificou que os estes profissionais apresentam níveis de *stress* superiores aos níveis de *stress* de enfermeiros mais velhos. A rotatividade de elementos dificulta o estabelecimento de relações de confiança entre a equipa, o que se repercute na segurança dos cuidados prestados. As relações profissionais relacionados com o ambiente negativo de trabalho e com os

problemas de relacionamento com os colegas, também são reconhecidas por Gomes, Cruz & Cabanelas (2009) como fonte de *stress* nos profissionais de enfermagem.

Os enfermeiros inquiridos fazem ainda, referência a algumas situações relacionadas com a sua actividade profissional que constituem fonte de desgaste físico e emocional, nomeadamente a falta de tempo para refeições equilibradas, chegar atrasado ao trabalho por motivos inesperados, impotência na resolução de algumas situações e relação com os familiares, que por vezes se torna conflituosa. O trabalho por turnos com horários rotativos e rígidos constitui segundo Rodrigues & Ferreira (2011) fonte de *stress* para os enfermeiros, agravado pela obrigatoriedade de se renderem os colegas atempadamente. Concluir todas as tarefas que o enfermeiro deve desempenhar num espaço de tempo instituído, pode interferir com as necessidades básicas destes profissionais. Sentimentos de impotência na resolução de algumas situações e relações com familiares potencialmente conflituosas constituem dois factores intimamente relacionados com a enfermagem oncológica, e sobejamente referidos na literatura, tal como se pode comprovar no capítulo da fundamentação teórica.

No que concerne a área observações em relação às estratégias de *coping* utilizadas, foram objectivadas duas categorias, as necessidades sentidas pelos enfermeiros para a diminuição/prevenção do *stress*, e a identificação de outras estratégias de *coping*.

Em relação à primeira categoria, os enfermeiros fazem referência há ausência de intervenções com o objectivo de minimizar o *stress* percebido, essencialmente a falta de apoio psicológico para os profissionais e doentes. Como intuito de minimizar o *stress*, e dada a falta de apoio psicológico proporcionado pela organização aos profissionais e aos doentes, os enfermeiros inquiridos sugerem a implantação de secções de relaxamento e de diálogo entre a equipa multidisciplinar. McVicar (2003) salienta que assegurar aos profissionais de saúde apoio emocional e social no local de trabalho, pode contribuir para uma melhor gestão do *stress*, e pode constituir uma medida preventiva.

Relativamente a outras estratégias de *coping*, os participantes mencionam algumas estratégias como a reavaliação positiva, sendo o *stress* entendido como um aspecto positivo para o desenvolvimento da actividade profissional, e a análise do problema, que permite ao enfermeiro reflectir sobre os acontecimentos stressantes, sobre a forma como os ultrapassou ou sobre a forma de os ultrapassar, o que poderá constituir um factor de crescimento profissional.

Capítulo V – Conclusões

Concluída a dissertação, importa reflectir sobre o seu processo de execução, com especial atenção aos resultados encontrados. Apresentados e discutidos os resultados, expõem-se agora as principais conclusões decorrentes deste processo experimental, e suas limitações.

As organizações, como sistemas sociais que são, apresentam uma série de características globais que não se reduzem à mera soma dos seus componentes, quer sejam papéis, pessoas ou postos de trabalho. Estas características são uma parte essencial do contexto organizacional em que as pessoas trabalham e interagem, tendo em vista a satisfação das suas necessidades, obtenção de objectivos pessoais ou da própria organização. No entanto, as organizações podem ser fonte de diversos riscos para os seus membros, o que implica novos desafios em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores.

As Organizações de Saúde não fogem a esta realidade, e dada a sua complexidade apresentam inúmeros riscos para os seus profissionais. Alguns estudos indicam que os profissionais de saúde têm maiores taxas de abuso de drogas e suicídio comparativamente com outros profissionais, e as taxas mais elevadas de depressão e ansiedade relacionada com o *stress* no trabalho (National Institute for Occupational Safety and Health).

A percepção e avaliação do *stress* na esfera individual, social ou organizacional do profissional de saúde, particularmente nos profissionais de enfermagem em contexto oncológico, pode contribuir para a escolha adequada de estratégias de *coping*, bem como para a sua maior satisfação profissional e pessoal.

Para a concretização do presente estudo, que decorreu no Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil de Lisboa, Coimbra e Porto, nos respectivos serviços de Cirurgia Cabeça e Pescoço, aplicou-se um questionário Sócio-demográfico, o Questionário Geral de Saúde-12, o Inventário de Stressores Profissionais e o *Brief-COPE*. Salienta-se que o Questionário Geral de Saúde-12, o Inventário de Stressores Profissionais e o *Brief-COPE* apresentam valores de *Alfa de Cronbach* razoáveis, pelo que constituem instrumentos válidos e de grande utilidade para a avaliação da saúde

geral dos inquiridos, para a identificação de factores de *stress* e de estratégias de *coping*.

A amostra é constituída por 96 enfermeiros, maioritariamente do género feminino, solteiros, sem filhos e com uma média de idade de aproximadamente 31 anos. O tempo de exercício de funções em oncologia é de aproximadamente 8 anos, e no serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço é de aproximadamente 7 anos. Apenas uma pequena percentagem dos enfermeiros tem formação específica em oncologia, e desses enfermeiros a grande maioria são pós-graduados em enfermagem oncológica.

Com a aplicação do Questionário Geral de Saúde-12 concluiu-se que os enfermeiros participantes no estudo apresentam uma boa percepção da sua saúde de um modo geral. No entanto, numa percentagem expressiva foram identificados níveis elevados de pressão e de emoções deprimidas.

A aplicação do Inventário de Stressores Profissionais nesta amostra permitiu concluir que os principais factores de *stress* nos enfermeiros do serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço são a sobrecarga de trabalho, o espaço físico onde se desenvolve a profissão, as situações de morte e/ou doença com carácter emocionalmente negativo, a falta de reconhecimento social da profissão e a baixa remuneração salarial.

Da aplicação do *Brief-COPE* concluiu-se que os enfermeiros inquiridos recorrem a estratégias de *coping* direccionadas para a resolução do problema, concretamente a estratégia de Planeamento e *Coping Activo*, e também recorrem a estratégias de *coping* que visam melhorar o seu bem-estar, nomeadamente a Aceitação, a Reinterpretação Positiva e a Auto-Distração.

Considerando os determinantes “género” e “estado civil” concluiu-se que os profissionais de enfermagem do género feminino outorgam maior grau de *stress* aos stressores ocupacionais, do que os profissionais de enfermagem do género masculino. Por sua vez os profissionais de enfermagem do sexo masculino recorrem mais à estratégia de *coping* Uso de Substâncias, do que os profissionais do sexo feminino. O “estado civil” não é nesta mostra preditivo de *stress*, nem determinante para a utilização de estratégias de *coping*. Tanto o “género” como o “estado civil” não são determinantes para a percepção dos inquiridos sobre a sua saúde geral.

Em termos de correlações pertinentes estabelecidas neste estudo, concluiu-se que o “tempo de exercício de funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço” se

correlaciona negativa a fracamente com o “Uso de Suporte Instrumental”. O Questionário de Saúde Geral-12 apresenta uma correlação positiva fraca com as estratégias de coping “Auto-Distracção”, “Negacção” e “Descomprometimento comportamental”.

Com base no conjunto de resultados obtidos verifica-se que foi possível dar resposta à questão de investigação inicialmente formulada e que orientou esta dissertação.

Relativamente às limitações do estudo, relacionam-se com a pequena dimensão da amostra em estudo.

Apesar da diversidade de literatura científica sobre *stress* ocupacional em enfermagem em oncologia, o facto de não existirem estudos na área de Cirurgia Cabeça e Pescoço, constituiu uma limitação para a realização da discussão dos resultados.

O tempo também constituiu uma limitação, não tendo sido possível realizar uma discussão de dados mais exaustiva.

Considera-se que os resultados obtidos poderão constituir um contributo importante para a compreensão dos factores de *stress* ocupacional em enfermagem oncológica. Com o intuito de se prevenirem reacções adversas na saúde e bem-estar dos profissionais de enfermagem, no seu desempenho profissional e consequentemente na qualidade dos serviços prestados ao utente. Neste contexto de prevenção, torna-se essencial que as instituições ofereçam suporte psicológico e formação adequada aos seus profissionais.

Futuramente seria interessante aplicar este estudo a uma amostra maior, constituída por enfermeiros das três instituições de saúde, e em diferentes serviços, no sentido de se verificarem as principais semelhanças e diferenças com os resultados do presente estudo.

Capítulo VI – Recomendações e sugestões: plano de intervenção sócio-organizacional

Os profissionais de saúde enfrentam diariamente no seu local de trabalho, uma variedade de riscos, entre os quais se encontram os riscos psicossociais. Lidar com exigências laborais que não se adequam aos conhecimentos/capacidades ou necessidades do trabalhador, pode conduzir a situações de *stress* ocupacional (Cox, Griffiths & Rial-González, 2005).

Os resultados obtidos com o presente estudo contribuíram para a identificação de stressores no ambiente laboral dos enfermeiros em oncologia. Face a esta realidade torna-se necessária a introdução de estratégias para a prevenção e o controlo do *stress*, com o intuito de se evitarem danos na saúde dos profissionais de enfermagem.

A forma mais eficaz de reduzir o *stress* ocupacional é eliminando as suas causas, pelo que a implementação de acções para a redução do *stress* ocupacional, devem ter como principal foco a mudança organizacional, que contribuirá para melhorar as condições de trabalho (National Institute for Occupational Safety and Health, 2008). Contudo, a melhoria das condições de trabalho pode não ser suficiente para a resolução do *stress* em todos os profissionais, pelo que à mudança organizacional se devem associar acções direccionadas para a gestão do *stress* ao nível do indivíduo e do grupo (Institute for Occupational Safety and Health, 2008).

Tendo por base o relatório do National Institute for Occupational Safety and Health (2008) sobre controlo de *stress* ocupacional em profissionais de saúde em meio hospitalar, sugere-se a implementação de estratégias de intervenção direccionadas para a organização, para o grupo e para o indivíduo. Salieta-se que o processo de implementação de um plano de intervenção deve ser sistematicamente monitorizado, de forma a possibilitar eventuais correcções, e deve ser sujeito a avaliações periódicas. A participação conjunta de todos os profissionais é essencial para a correcta implementação das estratégias e para o aumento da probabilidade de sucesso.

Estratégias de intervenção a nível organizacional:

- ✓ Assegurar que o volume de trabalho esteja de acordo com as capacidades e os recursos pessoais dos enfermeiros.
- ✓ Contratação de recursos humanos com o intuito de diminuir a carga horária e de trabalho do profissional, possibilitando o aumento de qualidade nos cuidados prestados ao utente.
- ✓ Participação activa na tomada de decisão e nas acções que afectam directamente o trabalho do profissional de enfermagem.
- ✓ Melhoria dos canais de comunicação.
- ✓ Possibilidade de desenvolvimento e crescimento profissional.
- ✓ Criação de iniciativas para o convívio social entre os profissionais.
- ✓ Criação de programas de formação contínua, que permitam ao enfermeiro adquirir competências para o controlo e resolução de situações problemáticas do seu contexto de trabalho.
- ✓ Desenvolvimento de programas interdisciplinares de apoio e prevenção do *stress*, a fim de melhorar a qualidade de vida dos profissionais da saúde.

Estratégias de intervenção a nível grupal:

- ✓ Apoio social no trabalho por parte dos colegas e superiores hierárquicos, que possibilitam a aquisição ou melhoria das capacidades do profissional de enfermagem.
- ✓ Criação de espaços institucionais de apoio aos membros das equipas multidisciplinares, proporcionando maior entrosamento e interacção entre eles.
- ✓ Criação de grupos de discussão que permitam aos profissionais expor e partilhar os seus problemas, dúvidas, receios e medos.

Estratégias de intervenção a nível individual:

- ✓ Desenvolvimento de estratégias que visem ultrapassar situações stressantes.
- ✓ Desenvolvimento de recursos pessoais para fazer face ao *Stress*, sejam de ordem cognitiva (reestruturação do elemento stressor) ou comportamental (exemplo: assertividade, gestão adequada do tempo, poder de negociação).
- ✓ Redução da tensão no trabalho, com recurso a técnicas de relaxamento e meditação.
- ✓ Aquisição de competências interpessoais.

Bibliografia

- ✓ Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2002). Facts 22: *Stress relacionado com o trabalho*. Obtido a 26/5/2011. Disponível em <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/22>.
- ✓ Avellar, L. Z., Iglesias, A. & Valverde, P. F. (2007). *Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia*. Psicologia em estudo. Set-Dez. 12 (3): 475-481.
- ✓ Alvarenga, L. M., Ruiz, M. T., Pavarino-Bertelli, E. C., Ruback, M. J. C., Maniglia, J. V. & Goloni-Bertollo, E. M. (2008). *Epidemiologic evaluation of head and neck patients in a university hospital of Northwestern São Paulo State*. Rev Bras Otorrinolaringo. 74 (1): 68-73.
- ✓ Alves S. G. S., Vasconcelos, T. C., Miranda F. A. N., Costa, T.S. & Sobreira, M. V. S. (2011). *Approach on nurses subjectivity with life: focused on affection and satisfaction*. Esc Anna Nery. Jul-Set. 15 (3): 511-517
- ✓ Arslan, C., Dilmaç, B. & Hamarta, E. (2009). *Coping with stress and trait anxiety in terms of locus of control: A study with turkish university students*. Social Behavior & Personality: An International Journal. 37 (6): 791-800.
- ✓ Aycock, N. & Boyle, D. (2009). *Interventions to manage compassion fatigue in Oncology Nursing*. Clin J Oncol Nurs. Apr. 13 (2): 183-191.
- ✓ Calhoun, G. (1980). *Hospitals are high-stress employers*. Hospitals; 54 (129): 171-176.
- ✓ Carver, C. S. (1997). *You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE*. International Journal of Behavioral Medicine. 4 (1), 92-100.
- ✓ Carver, C. S. & Scheier. M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

- ✓ Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1982). *Control Theory: A useful conceptual framework for personality – social, clinical and health psychology*. Psychological bulletin. 92 (1): 111-135.
- ✓ Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1990). *Principles of self-regulation: Action and emotion*. In E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (Eds.). Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior (2: 3-52). New York: Guilford.
- ✓ Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1994). *Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction*. J Pers Soc Psychol. 66(1):184-95.
- ✓ Carver, C. S. & Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 267-283.
- ✓ Cavalheiro, A. M., Junior, D. F. M. & Lopes, A. C. (2008). *Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva*. Rev Latino-am Enfermagem. Jan-Fev. 16 (1).
- ✓ Chan, D. (1993). *The Chinese General Health Questionnaire in a psychiatric setting. The development of the Chinese scaled version*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 28: 124-129.
- ✓ Coelho, A. (2010). *Prevenção de Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais*. Porto: Edições da Universidade Fernando Pessoa.
- ✓ Coelho, J. A. P. M., Albuquerque, F. J. B., Martins, C. R., D'Albuquerque, H. B. & Neves, M. T. S. (2008). *Coping em Jovens frente à Expectativa de Inserção Ocupacional e Indicadores de Depressão*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Out-Dez. 24 (4): 527-534.
- ✓ Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- ✓ Cooper, C. L. & Davidson, M. (1991). *Sources of stress at work and their relation to stressors in non-working environments*. Em C. Cooper e R. Payne (Ed.). *Stress at work*. Chichester. New York. Brisbane and Toronto. Wiley.

- ✓ Cooper, C. L. & Payne, R. (1990). *Causes, coping and consequences of stress at work*. New York: Wiley.
- ✓ Corner, J. (2002). *Nurses' experiences of cancer*. Eur J Cancer Care. 11 (3): 193-9.
- ✓ Cox, T., Griffiths, A. J., Barlow, C. A., Randall, R. J., Thomson, L. E., Rial-González, E. (2000). *Organizational interventions for work stress: a risk management approach*. Sudbury: HSE books.
- ✓ Cox, T., Griffiths, A. J. & Rial-González, E. (2005). *El estrés relacionado con el trabajo*. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en Trabajo. ISBN 92-95007-88-3. Obtido a 23/5/2011. Disponível em <http://osha.europa.eu/es/publications/reports/203>.
- ✓ Cruz, I., Moreira, M. F., Lessa, M. C. & Silva, M. J. (2005). *Uma perspectiva histórica sobre o cuidado*. Sinais Vitais. 58: 47-54.
- ✓ Daradkeh, T., Ghubash, R. & El-Rufaie, O. (2001). *Reliability, validity, and factor structure of the Arabic version of the 12-item General Health Questionnaire*. Psychological Report. 89: 85-94.
- ✓ Doi, Y. & Minowa, M. (2003). *Factor structure of the 12-item General Health Questionnaire in the Japanese general adult population*. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 57: 379-383.
- ✓ Dunkley, D. M. & Blankstein, K. R. (2000). *Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach*. Cognitive Therapy & Research. 24 (6): 713-730.
- ✓ Ekedahl, M & Wengstrom, Y (2006). *Nurses in cancer care-Coping strategies when encountering existential issues*. European Journal of Oncology Nursing. 10: 128-139.
- ✓ Ekedahl, M & Wengstrom, Y (2007). *Nurses in cancer care-stress when encountering existential issues*. European Journal of Oncology Nursing. 11: 228–237
- ✓ Escot, C, Artero, S, Gandubert, C, Boulenger, J. P. & Ritchie, K. (2001). *Stress levels in nursing staff working in oncology*. Stress and Health. 17(5): 273–279.

- ✓ Faria, D. A. P. & Maia, E. M. C. (2007). *Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia*. Rev Latino-am Enfermagem. Nov-Dez. 15 (6).
- ✓ Fenga, C., Faranda, M., Aragona, M., Micali, E., Di Nola, C., Trimarchi, G., Crimi, B. & Cacciola, A. (2007). *Burnout and occupational stress in nurses*. Med Lav. 98: (1) 55-63.
- ✓ Fitch, M. I., Matyas, Y. & Robinette, M. (2006). *Caring for the caregivers: Innovative program for oncology nurses*. Can Oncol Nurs J. 16 (2): 110-22.
- ✓ Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). *An analysis of coping in a middle-aged community sample*. J Health Soc Behav. Sep. 21(3): 219-239.
- ✓ Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire* (research edition). California: Consulting Psychologists Press.
- ✓ Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). *Positive affect and the other side of coping*. American Psychologist. 55(6): 647-654.
- ✓ Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). *Coping: Pitfalls and Promise*. Annual Review of Psychology. 55: 745-774.
- ✓ Folkman, S. (1984). *Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis*. J Pers Soc Psychol. Apr. 46 (4): 839-52.
- ✓ Fortin, M. F. (2003) *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência. 3ª Edição
- ✓ Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y. & González, J., L. (2008). *The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study*. International Journal of Nursing Studies. 45 (3): 418-427.
- ✓ Glazer, S. & Gyurak, A. (2008). *Sources of occupational stress among nurses in five countries*. International Journal of Intercultural Relations. 32: 49-66.

- ✓ Goldberg D. (1992). *General Health Questionnaire (GHQ-12)*. NFER-Nelson: Windsor.
- ✓ Gomes, R., A., Cruz, J., F. & Cabanelas, S. (2009). *Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros Portugueses*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jul-Set. 25 (3): 307-318.
- ✓ Gray-Toft, P. & Anderson, J.G. (1983). *Stress among hospital nursing staff: its causes and effects*. *Soc. Sci. Med*; 15A: 639-647.
- ✓ Gray-Toft P. & Anderson J.G. (1981). *The nursing stress scale: development of an instrument*. *J Behav Assess*; 3: 11-23.
- ✓ Guerrer, F. J. L. & Bianchi, E. R. F. (2008). *Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva*. *Rev. esc. enferm*. 42 (2): 355-362.
- ✓ Hennezel, M. (2001). *O papel do psicólogo*. In: Abiven, M. (Ed) *Para uma morte mais humana – experiências de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. Loures: Lusociência. 2.^a Edição.
- ✓ Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. 1.^a Edição. ISBN: 972-8383-20-7.
- ✓ Hinds, P. S., Srivastava, D. K., Randall, E. A., Green, A., Stanford, D., Pinlac, R., Tong, X., Tyc, V., Davis, J. & Taylor, K. (2003) *Testing the revised stress-response sequence model in pediatric oncology nurses*. *J Pediatr Oncol Nurs*. Sep-Oct. 20 (5): 213-232.
- ✓ Holmes, T. H. & Rhae, R. H. (1967). *The social readjustment rating scale*. *Journal of Psychosomatic Research*. 11 (2): 213-218.
- ✓ Isikhan, V, Gomes, T. & Danis, Z. (2004). *Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients*. *European Journal of Oncology Nursing*. 8: 234-244.
- ✓ Karasek, R. A. (1979). *Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign*. *Administrative Science Quarterly*. 24: 285-308.

- ✓ Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Ed. Basic Books, Nova York.
- ✓ Kilic C., Rezaki M., Rezaki B., Kaplan I., Ozgen G., Sagduyu A. & Ozturk M. (1997). *General Health Questionnaire (GHQ-12, GHQ-28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 32: 327-331.
- ✓ Laranjeira, C. A. (2008). *General health questionnaire-12 items: adaptation study to the Portuguese population*. Epidemiologia e Psiquiatria Social. 17 (2).
- ✓ Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S. & Gruen, R. (1985). *Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures*. American Psychologist. Jul. 40 (7): 770-779.
- ✓ Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York:Springer.
- ✓ Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- ✓ Lazarus, R. S. (2000). *Toward better research on stress and coping*. American Psychologist. Jun. 55 (6): 665-673.
- ✓ Lees S & Ellis N. (1990). *The design of a stress-management programme for nursing personnel*. J Adv Nurs. 15 (8): 946-961.
- ✓ Leite, E. S. & Uva, A. S. (2010). *Stress (relacionado com o trabalho) e imunidade*. Cadernos Avulso. Obtido a 22/5/2011, disponível em <http://www.spmtrabalho.com/downloads/ca06.pdf>
- ✓ Leppanen, R. & Olkinuora, M. (1987). *Psychological stress experienced by health care personnel*. Scand J Work Environ Health. 13: 1-8.
- ✓ Lindstrom, K. (1992) *Work organization and well-being of Finnish health care personnel*. Scand J Work Environ Health. 18 (2): 90-93.

- ✓ Lopes, C. & Pereira, M. G. (2005). *O Doente Oncológico e a sua Família*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-195-9
- ✓ López-Castilho, J., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J. L., Luna, J. D. & Catalan, J.(1999). *Emotional distress and occupational burnout in health care professionals serving HIV-infected patients: A comparison with oncology and internal medicine services*. *Psychother Psychosom*. 68 (6): 348-356.
- ✓ Mardegan, P. S., Souza, R. S., Buaiz, V. & Siqueira, M. M. (2007). *Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem*. *J Bras Psiquiatr*. 56 (4): 260-266.
- ✓ Martins, E. R. C. & Zeitoune, R. C. G. (2007). *As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem*. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. Dez. 11 (4): 639-644.
- ✓ McCue, J. (1985). *The distress of internship*. *N Engl J Med*. 312: 449-452.
- ✓ McGrath, A., Reid, N. & Boore, J. (2003). *Occupational stress in nursing*. *International Journal of Nursing Studies*. 40: 555–565
- ✓ McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). *Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros*. *Análise Psicológica*. 17: 513-527.
- ✓ Mc Vicar, A. (2003). *Workplace stress in nursing: a literature review*. *Journal of Advanced Nursing*. 44 (6): 633–642.
- ✓ Medland, H., Howard-Ruben, J. & Whitaker, E. (2004). *Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace*. *Oncol Nurs Fórum*. United State. 31 (1): 47-54.
- ✓ Melo, A. & Moreira, P. (2005). *Saúde mental: do tratamento á prevenção*. Porto Editora. 1ª Edição.
- ✓ Moniz, J. M. N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa*. Loures: Lusociência.

- ✓ National Institute for Occupational Safety and Health (2008). *Exposure to Stress: Occupational Hazards in Hospitals*. Publication N 136. Obtido em 8 de Novembro 2010. Disponível em <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/>.
- ✓ Observatório Europeu dos Riscos (2008). *Aumenta o número de pessoas que enfrentam riscos psicossociais no trabalho*. Obtido a 20 de Maio de 2011. Disponível em http://osha.europa.eu/pt/press/press-releases/news_article.2008-01-30_stress.
- ✓ Pestana, M. H. & Gageiro, J.N. (2005) *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edição Sílabo. 4ª Edição. ISBN: 972-618-391-X.
- ✓ Petterson, I.L., Arnetz, B.B., Arnetz, J.E., & Horte, L.G. (1995). *Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses*. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 64 (1): 20-31.
- ✓ Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2006). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed. 5ª Edição.
- ✓ Politi P., Piccinelli M. & Wilkinson G. (1994). *Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 90: 432-437.
- ✓ Popim, R. C. & Boemer, M. R. (2005). *Cuidar em Oncologia na perspectiva de Alfred Schutz*. *Rev Latino-am Enfermagem*. 13 (5): 677-85.
- ✓ Quek K., Low W., Razack A. & Loh C. (2001). *Reliability and validity of the General Health Questionnaire (GHQ-12) among urological patients: A Malaysian study*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 55: 509-513.
- ✓ Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio. Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- ✓ Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998). *Ordem dos Enfermeiros Portugueses* (ponto 1 do artigo 4 do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, com nova redacção dada pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril).

- ✓ Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coleção psicologias. Coimbra: Quarteto.
- ✓ Rodrigues, A. B. & Chaves, E. C. (2008). *Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses*. Rev. Latino-am Enfermagem. 16 (1): 24-28.
- ✓ Rodrigues, V. M. C. P. & Ferreira, A. S. S. (2011). *Stressors in nurses working in Intensive Care Units*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19 (4): 1025-1032.
- ✓ Rogers, S. N., Scott, J., Chakrabati, A. & Lowe, D. (2008). *The patients' account of outcome following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer using a 'quality of life' questionnaire*. European Journal of Cancer Care. 17 (2): 182-188.
- ✓ Ross, R. & Altmaier, E. (1984). *Intervention in Occupational Stress*. London: Sage Publications.
- ✓ Sabino, A., Santos, M., Carvalhais, J. & Carolino, E. (2011). *Fatores de risco de stress relacionado com o trabalho e níveis de stress percebido no corpo académico: estudo numa instituição de ensino superior politécnico*. Segurança e higiene ocupacionais – SHO. Fev. p. 564-569. Editor sociedade de segurança e higiene ocupacional. ISBN 978-972-00504-7-6.
- ✓ Santos, M. A. (2003). *Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e a morte*. Revista da SPAGESP. 4 (1): 12-24.
- ✓ Santos, M. C., Barros, L & Carolino, E (2010). *Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals*. Physiotherapy. 96: 303-310. Elsevier.
- ✓ Santos, M.C. (1999). *Stress ocupacional numa amostra de profissionais de saúde das áreas laboratoriais – construção de uma escala de Stressores ocupacionais*. Unpublish study. Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa.
- ✓ Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., Marziale, M. H. P. & Laus, A. M. (2009). *Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico*. Texto Contexto Enfermagem. Abr-Jun. 18 (2): 330-7.
- ✓ Selye, H. (1979). *The Stress of Life*. New York: Van Nostrand Reinhold.

- ✓ Semple C.J., Dunwoody L., Kernohan W.G., McCaughan E. & Sullivan K. (2008). *Changes and challenges to patients' lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer*. Journal of Advanced Nursing. 63 (1): 85-93.
- ✓ Silva, V. L. & Botti, N. L. (2011). *The consumption of lawful and illicit drugs for the professionals of the health area*. Rev enferm. UFPE Jul. 5 (5): 1276-1284.
- ✓ Stacciarini, J. M. R. & Tróccoli, B. T.(2001). *O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 9 (2): 17-25.
- ✓ Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1995). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.
- ✓ Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ✓ Vasconcellos-Silva, P. R. & Nolasco, P. T. L. (2009). *Dialética da autonomia dos equilíbrios nos conflitos entre pacientes e cirurgiões Oncológicos*. Rev Saúde Pública. 43 (5): 839-45.
- ✓ Wu, H., Chi, T. S., Chen, L., Wang, L. & Jin, Y. P. (2010). *Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey*. Journal of Advanced Nursing 66 (3): 627-634.
- ✓ Zeferino, M. T., Santos, V. E. P., Radunz, V., Carraro, T. E. & Frello, A. T. (2006). *Enfermeiros e uso abusivo de drogas: comprometendo o cuidado de si e do outro*. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro. Out/Dez. 14 (4): 599-606.

ANEXO I

Lisboa, 20 de Dezembro de 2010

Exma. Sr.^a Directora de Enfermagem
do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, E.P.E.

Eu, Sandra da Fonte Sousa Gomes, portadora do Cartão de Cidadão n.º, 12163301, residente na Praceta D. João II, nº4, 3º A, 2660-453 Santo António dos Cavaleiros; Enfermeira, a desempenhar funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, no Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, E.P.E., em Lisboa. Encontro-me a frequentar o Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional da Saúde, na área de especialização de Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, e venho por este meio solicitar autorização para a realização de um estudo académico, intitulado: “Riscos Psicossociais no trabalho – Stress e Estratégias de Coping de Enfermeiros em Oncologia”.

Diversos estudos referem que os profissionais de saúde apresentam níveis elevados de stress ocupacional, a enfermagem constitui-se como uma das classes profissionais mais afectadas. Os enfermeiros que trabalham no âmbito da Oncologia, tendem a desenvolver distúrbios de stress de forma mais precoce e em maior número, sendo genericamente aceite que os níveis de stress são maiores quando se cuida os indivíduos com necessidades físicas, psicológicas e espirituais complexas.

A elaboração deste estudo tem como finalidade desenvolver estratégias de controlo do stress nos enfermeiros em oncologia, de forma a promover a melhoria da qualidade de cuidados prestados, bem como o desempenho profissional dos enfermeiros. Por outro lado, e com base na literatura consultada, defende-se que o controlo do stress ocupacional será igualmente um factor importante na melhoria da gestão dos serviços e na consequente diminuição dos custos de Saúde.

Este estudo tem como objectivo geral, identificar as fontes de stress e estratégias de coping nos enfermeiros em oncologia, prestadores de cuidados no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço. Como objectivos específicos definem-se, avaliar o risco e danos para a saúde dos enfermeiros, resultante do stress relacionado com a prestação de cuidados ao doente oncológico; identificar os stressores e factores de risco do stress relacionado com a prestação de cuidados ao doente oncológico; efectuar a avaliação do nível de stress percebido, relacionado com a prestação de cuidados ao doente oncológico; reconhecer as necessidades sentidas pelos enfermeiros, para que as

situações de stress sejam evitadas ou minimizadas, enquanto cuidadores do doente oncológico.

A investigação proposta remete para um estudo transversal, de carácter exploratório e descritivo. A metodologia a utilizar recairá numa abordagem quantitativa.

Define-se como população em estudo os enfermeiros, prestadores de cuidados ao doente oncológico no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, do Instituto Português de Oncologia Lisboa, Coimbra e Porto. A amostra será constituída pelos cerca de 130 enfermeiros que prestam cuidados directos ao doente oncológico no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, do Instituto Português de Oncologia Lisboa, Coimbra e Porto.

Serão incluídos no estudo todos os enfermeiros que cumpram os seguintes critérios: 1) exercício de funções na prestação directa de cuidados ao doente, 2) desempenho de funções fora do período de integração, 3) participação voluntária no estudo.

Para a recolha de dados o instrumento de eleição será o questionário, serão utilizados três instrumentos:

- General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), validado para português por Laranjeira (2008), para a avaliação do estado de saúde geral dos enfermeiros;
- Inventário de Stressores Ocupacionais, desenvolvido por Santos (1999), para a identificação dos stressores percebidos pelos enfermeiros;
- Brief COPE, desenvolvido por Carver (1997), para identificação de estratégias de coping utilizadas pelos enfermeiros.

Importa ainda referir que do estudo a realizar, não resultarão quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo a participação dos profissionais voluntária e salvaguardado o anonimato.

Grata pela atenção desde já dispensada. Atentamente, aguardando resposta, encontrando-me disponível para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos:

Sandra da Fonte Sousa Gomes

Telm. 967500309

E-mail: meixidinha@hotmail.com



IPOCFG, E.P.E.

IPO COIMBRA - FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

IPO COIMBRA 170211 0655

Exma. Senhora
Enf. Sandra da Fonte Sousa Gomes
Praceta D. João II, 4, 3ªA
2660-453 SANTO ANTÓNIO DOS CAVALEIROS

Nossa referência

TI/sca

Assunto: Pedido de autorização para realização de Projecto de Investigação intitulado "Riscos psicossociais no trabalho - Stress e Estratégias de Coping de Enfermeiros em Oncologia".

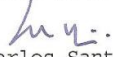
Em resposta ao V. ofício de 20/12/2010, sobre o assunto em epígrafe, informa-se que, com base nos pareceres favoráveis da Direcção do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, da Direcção de Enfermagem e do Gabinete Coordenador da Investigação, o Conselho de Administração autorizou o V. pedido.

Mais se informa que a aplicação dos questionários deverá ser da V. responsabilidade, em articulação com o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, não se responsabilizando o IPO pela adesão dos Enfermeiros, no preenchimento dos questionários.

Após conclusão do estudo, os resultados deverão ser comunicados ao Gabinete Coordenador da Investigação desta Instituição.

Com os melhores cumprimentos.

PEL' O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO


Carlos Santos
(Vogal Executivo)

CP





IPO PORTO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO, F.G. EPE

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

Exma. Senhora
Enfª. Sandra da Fonte Sousa Gomes
Praceta D. João II, 4 - 3º A
2660-453 St. António dos Cavaleiros


Porto, 2011/01/03

Assunto: **Solicitação de realização de estudo académico**

Em resposta ao V/ ofício datado de 20 de Dezembro de 2010, informamos que se encontra devidamente autorizada a realização de estudo académico solicitado.

Este estudo será realizado no Serviço de Internamento - Cirurgia Piso 6, Consulta de ORL e Consulta de Cabeça e Pescoço, pelo que oportunamente deverá entrar em contacto com os responsáveis dos Serviços envolvidos, no sentido de agendar a data de realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,


Enfº. Fernando Monteiro
Enfermeiro Chefe
Escola Portuguesa de Oncologia do Porto





MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.
Rua Prof. Lima Basto 1099 023 LISBOA
Tel.: 21 722 98 24 Fax: 21 722 90 22
e-mail: dse@ipolisboa.min-saude.pt
Direcção de Enfermagem

Exma. Senhora
Enfª Sandra da Fonte Sousa Gomes
Serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço/ORL
Instituto Português de Oncologia de
Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.

Lisboa, 31 de Janeiro de 2011

DSE-43

Assunto: *Projecto de Investigação*

Em resposta à vossa carta datada de 20 de Dezembro de 2010, venho por este meio informar que o pedido para a realização de um trabalho de investigação intitulado " Riscos psicossociais no trabalho – Stress e Estratégias de Coping de Enfermeiros em Oncologia", foi autorizado.

Gostaríamos ainda, de ter conhecimento das conclusões do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora

Cristina Correia de Lacerda

PC

Anexo II

Questionário Sócio-Demográfico

As questões que se seguem referem-se a si próprio (a), sendo muito importante para a correcta interpretação dos dados recolhidos.

1.Sexo: Masculino

Feminino

2. Idade _____ Anos

3. Estado civil:

Casado/União de facto Solteiro Viúvo Divorciado/Separado

4. Tem filhos? Sim

Não

5. Há quanto tempo exerce funções como Enfermeiro, na área da Oncologia?

6. Há quanto tempo exerce funções no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço?

7.Tem formação específica em Oncologia?

Sim Qual? _____

Não

8. Outras habilitações académicas:

Especialidade _____

Pós-graduação _____

Mestrado _____

Doutoramento _____

Anexo III

Tabela 1: Distribuição dos Enfermeiros segundo a formação específica em oncologia:

	Nº Respostas	%
Curso de Enfermagem Oncológica	12	70,6
Curso de Enfermagem Oncológica e Curso de Estomoterapia	1	5,9
Curso em Cuidados Paliativos	1	5,9
Psico-Oncologia	1	5,9
Não específica	2	11,8
Total	17	100,0

Tabela 2: Distribuição dos Enfermeiros segundo habilitações literárias: Especialidade

	Nº Respostas	%
Em curso a especialidade de Reabilitação	1	10,0
Em curso a especialidade Médico-Cirúrgica	1	10,0
Em curso a especialidade Saúde Mental e Psiquiátrica	1	10,0
Enfermagem Comunitária	1	10,0
Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	10,0
Reabilitação	2	20,0
Saúde Infantil e Pediátrica	2	20,0
Não específica	1	10,0
Total	10	100,0

Tabela 3: Distribuição dos Enfermeiros segundo habilitações literárias: Pós-Graduação

	Nº Respostas	%
Ventilação Não-Invasiva	1	5,9
Ciências Médico Legais	1	5,9
Cuidados Paliativos	3	17,6
Cuidados Paliativos; Enfermagem Oncológica	1	5,9
Em curso a pós-graduação em Sistemas de Informação em Enfermagem	1	5,9
Enfermagem Avançada	1	5,9
Enfermagem Oncológica	1	5,9
Geriatrics	1	5,9
Intervenção Humanitária	1	5,9
Pedagogia da Saúde	2	11,8
Saúde Tropical	1	5,9
Sistemas de Informação em Enfermagem	1	5,9
Supervisão Clínica em Enfermagem	1	5,9
Não específica	1	5,9
Total	17	100,0

Tabela 4: Distribuição dos Enfermeiros segundo habilitações literárias: Mestrado

	Nº Respostas	%
A frequentar o mestrado em Ciências Médico Legais	1	20,0
De Natureza Profissional em Enfermagem Comunitária	1	20,0
Gestão de Serviços de Saúde	2	40,0
Infeção em Cuidados de Saúde	1	20,0
Total	5	100,0

Anexo IV

Tabela 5: Valor de *Alfa de Cronbach* para o Questionário de Saúde Geral-12

<i>Alfa de Cronbach</i>	Nº Itens
,829	12

	Média da escala se Item excluído	Variância da escala se Item excluído	Item Corrigido-CorrelaçãoTotal	Alpha de Cronbach se Item Excluído
Item 1	21,03	20,157	,538	,813
Item 2	21,35	19,957	,410	,824
Item 3	21,32	21,989	,198	,836
Item 4	21,29	20,588	,490	,817
Item 5	21,01	19,779	,442	,821
Item 6	21,60	19,821	,522	,814
Item 7	21,18	20,021	,532	,813
Item 8	21,24	20,963	,491	,818
Item 9	21,35	17,705	,665	,799
Item 10	21,76	19,553	,527	,813
Item 11	21,90	19,779	,507	,815
Item 12	21,28	19,867	,548	,812

Tabela 6: Valor de *Alfa de Cronbach* para o Inventário de Stressores Profissionais – Dimensão Funcional.

<i>Alfa de Cronbach</i>	Nº Itens
,824	16

	Média da escala se Item excluído	Variância da escala se Item excluído	Item Corrigido-CorrelaçãoTotal	Alpha de Cronbach se Item Excluído
Item 1	39,03	45,378	,291	,823
Item 3	38,91	44,444	,396	,817
Item 4	38,50	42,800	,630	,804
Item 5	38,85	42,610	,478	,812
Item 6	39,33	43,467	,477	,812
Item 7	38,72	45,257	,292	,824
Item 9	38,73	43,526	,463	,813
Item 10	39,50	45,642	,308	,822
Item 12	39,41	43,844	,512	,811
Item 13	39,46	45,135	,355	,819
Item 15	38,98	42,463	,531	,808
Item 16	38,32	42,853	,473	,812
Item 18	38,99	45,842	,208	,830
Item 19	38,97	43,273	,502	,811
Item 20	38,96	43,346	,496	,811
Item 21	39,09	42,991	,555	,808

Tabela 7: Valor de *Alfa de Cronbach* para o Inventário de Stressores Profissionais – Dimensão Sócio-Emocional.

<i>Alfa de Cronbach</i>	Nº Itens
,698	8

	Média da escala se Item excluído	Variância da escala se Item excluído	Item Corrigido-CorrelaçãoTotal	Alpha de Cronbach se Item Excluído
Item 2	18,30	12,992	,249	,698
Item 8	17,36	12,571	,278	,694
Item 11	17,99	12,284	,312	,687
Item 14	18,49	12,168	,448	,657
Item 17	17,65	11,663	,465	,651
Item 20	17,89	12,187	,409	,664
Item 22	17,86	11,445	,492	,644
Item 23	18,03	11,946	,481	,649

Tabela 8: Valor de *Alfa de Cronbach* para o Brief-Cope

<i>Alfa de Cronbach</i>	Nº Itens
,872	28

	Média da escala se Item excluído	Variância da escala se Item excluído	Item Corrigido-CorrelaçãoTotal	Alpha de Cronbach se Item Excluído
Item 1	56,65	108,168	,305	,872
Item 2	56,22	105,288	,612	,863
Item 3	57,29	109,956	,244	,873
Item 4	57,94	115,364	,017	,874
Item 5	57,01	107,442	,465	,867
Item 6	57,57	112,753	,165	,874
Item 7	56,44	107,849	,418	,868
Item 8	57,73	112,347	,226	,872
Item 9	57,00	107,221	,419	,868
Item 10	56,79	105,388	,548	,865
Item 11	57,99	115,063	,087	,873
Item 12	56,64	105,708	,541	,865
Item 13	56,85	106,442	,452	,867
Item 14	56,29	105,009	,557	,864
Item 15	56,58	104,182	,582	,864
Item 16	57,70	113,266	,150	,874
Item 17	56,50	106,337	,507	,866
Item 18	56,97	105,967	,459	,867
Item 19	56,48	106,905	,427	,868
Item 20	56,47	106,673	,550	,865
Item 21	56,52	104,884	,631	,863
Item 22	57,20	109,192	,282	,872
Item 23	56,69	105,017	,612	,863
Item 24	56,53	106,631	,489	,866
Item 25	56,22	105,604	,505	,866
Item 26	57,35	109,410	,330	,870
Item 27	57,25	109,516	,276	,872
Item 28	56,98	106,063	,471	,867

Anexo V

Tabela 9: Estatística Descritiva Questionário de Saúde Geral-12

	Melhor do que habitualmente		Como habitualmente		Menos do que habitualmente		Muito menos do que habitualmente		NR		Total	
	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%
Item 1	4	4,2%	66	68,8%	22	22,9%	4	4,2%	0	,0%	96	100,0%
Item 3	17	17,7%	65	67,7%	13	13,5%	1	1,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 4	14	14,6%	68	70,8%	13	13,5%	1	1,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 7	13	13,5%	59	61,5%	23	24,0%	1	1,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 8	8	8,3%	75	78,1%	12	12,5%	1	1,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 12	18	18,8%	59	61,5%	18	18,8%	1	1,0%	0	,0%	96	100,0%

	Não, absolutamente		Como habitualmente		Mais do que habitualmente		Muito mais que habitualmente		NR		Total	
	Nº Respostas	%	N.º Respostas	%	N.º Respostas	%	N.º Respostas	%	N.º Respostas	%	N.º Respostas	%
Item 2	30	31,3%	43	44,8%	21	21,9%	2	2,1%	0	,0%	96	100,0%
Item 5	13	13,5%	48	50,0%	29	30,2%	6	6,3%	0	,0%	96	100,0%
Item 6	41	42,7%	43	44,8%	12	12,5%	0	,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 9	38	39,6%	27	28,1%	29	30,2%	2	2,1%	0	,0%	96	100,0%
Item 10	57	59,4%	26	27,1%	13	13,5%	0	,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 11	68	70,8%	18	18,8%	9	9,4%	1	1,0%	0	,0%	96	100,0%

Tabela 10: Estatística Descritiva do Inventário de Stressores Profissionais

	NADA STRESSANTE		POUCO STRESSANTE		STRESSANTE		MUITO STRESSANTE		NR		Total	
	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%
Item 1	12	12,5%	29	30,2%	45	46,9%	10	10,4%	0	,0%	96	100,0%
Item 2	19	19,8%	45	46,9%	25	26,0%	7	7,3%	0	,0%	96	100,0%
Item 3	7	7,3%	31	32,3%	44	45,8%	14	14,6%	0	,0%	96	100,0%
Item 4	2	2,1%	16	16,7%	50	52,1%	28	29,2%	0	,0%	96	100,0%
Item 5	12	12,5%	23	24,0%	40	41,7%	21	21,9%	0	,0%	96	100,0%
Item 6	18	18,8%	42	43,8%	30	31,3%	6	6,3%	0	,0%	96	100,0%
Item 7	5	5,2%	28	29,2%	38	39,6%	25	26,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 8	5	5,2%	19	19,8%	29	30,2%	43	44,8%	0	,0%	96	100,0%
Item 9	5	5,2%	27	28,1%	41	42,7%	23	24,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 10	21	21,9%	49	51,0%	23	24,0%	3	3,1%	0	,0%	96	100,0%
Item 11	12	12,5%	40	41,7%	26	27,1%	18	18,8%	0	,0%	96	100,0%
Item 12	14	14,6%	56	58,3%	21	21,9%	5	5,2%	0	,0%	96	100,0%
Item 13	19	19,8%	50	52,1%	23	24,0%	4	4,2%	0	,0%	96	100,0%
Item 14	24	25,0%	50	52,1%	18	18,8%	4	4,2%	0	,0%	96	100,0%
Item 15	8	8,3%	40	41,7%	30	31,3%	18	18,8%	0	,0%	96	100,0%
Item 16	7	7,3%	10	10,4%	30	31,3%	49	51,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 17	8	8,3%	20	20,8%	45	46,9%	23	24,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 18	12	12,5%	34	35,4%	31	32,3%	19	19,8%	0	,0%	96	100,0%
Item 19	8	8,3%	34	35,4%	41	42,7%	13	13,5%	0	,0%	96	100,0%
Item 20	5	5,2%	42	43,8%	33	34,4%	16	16,7%	0	,0%	96	100,0%
Item 21	8	8,3%	43	44,8%	35	36,5%	10	10,4%	0	,0%	96	100,0%
Item 22	11	11,5%	28	29,2%	41	42,7%	16	16,7%	0	,0%	96	100,0%
Item 23	9	9,4%	41	42,7%	37	38,5%	9	9,4%	0	,0%	96	100,0%

Tabela 11: Estatística Descritiva do Brief-Cope

	Não o tenho feito de todo		Tenho-o feito um pouco		Tenho-o feito, em média		Tenho-o feito bastante		NR		Total	
	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%	Nº Respostas	%
Item 1	25	26,0%	21	21,9%	38	39,6%	12	12,5%	0	,0%	96	100,0%
Item 2	6	6,3%	21	21,9%	54	56,3%	15	15,6%	0	,0%	96	100,0%
Item 3	51	53,1%	25	26,0%	14	14,6%	6	6,3%	0	,0%	96	100,0%
Item 4	88	91,7%	7	7,3%	1	1,0%	0	,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 5	25	26,0%	47	49,0%	21	21,9%	3	3,1%	0	,0%	96	100,0%
Item 6	61	63,5%	27	28,1%	7	7,3%	1	1,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 7	9	9,4%	32	33,3%	44	45,8%	11	11,5%	0	,0%	96	100,0%
Item 8	73	76,0%	18	18,8%	4	4,2%	1	1,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 9	30	31,3%	38	39,6%	23	24,0%	5	5,2%	0	,0%	96	100,0%
Item 10	20	20,8%	38	39,6%	33	34,4%	5	5,2%	0	,0%	96	100,0%
Item 11	93	96,9%	2	2,1%	1	1,0%	0	,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 12	12	12,5%	43	44,8%	32	33,3%	9	9,4%	0	,0%	96	100,0%
Item 13	25	26,0%	35	36,5%	30	31,3%	6	6,3%	0	,0%	96	100,0%
Item 14	9	9,4%	24	25,0%	46	47,9%	17	17,7%	0	,0%	96	100,0%
Item 15	15	15,6%	34	35,4%	36	37,5%	11	11,5%	0	,0%	96	100,0%
Item 16	70	72,9%	21	21,9%	4	4,2%	1	1,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 17	10	10,4%	35	36,5%	41	42,7%	10	10,4%	0	,0%	96	100,0%
Item 18	32	33,3%	32	33,3%	26	27,1%	6	6,3%	0	,0%	96	100,0%
Item 19	11	11,5%	36	37,5%	34	35,4%	15	15,6%	0	,0%	96	100,0%
Item 20	7	7,3%	35	36,5%	47	49,0%	7	7,3%	0	,0%	96	100,0%
Item 21	7	7,3%	43	44,8%	36	37,5%	10	10,4%	0	,0%	96	100,0%
Item 22	44	45,8%	31	32,3%	14	14,6%	7	7,3%	0	,0%	96	100,0%
Item 23	11	11,5%	49	51,0%	28	29,2%	8	8,3%	0	,0%	96	100,0%
Item 24	10	10,4%	38	39,6%	38	39,6%	10	10,4%	0	,0%	96	100,0%
Item 25	7	7,3%	27	28,1%	39	40,6%	23	24,0%	0	,0%	96	100,0%
Item 26	47	49,0%	37	38,5%	8	8,3%	4	4,2%	0	,0%	96	100,0%
Item 27	47	49,0%	28	29,2%	16	16,7%	5	5,2%	0	,0%	96	100,0%
Item 28	30	31,3%	37	38,5%	23	24,0%	6	6,3%	0	,0%	96	100,0%

Anexo VI

Tabela 12: Teste de normalidade do Questionário de Saúde Geral-12 em função do género

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Scores QSG	masculino	,138	17	,200 [*]	,968	17	,773
	feminino	,132	79	,002	,935	79	,001

Tabela13: Teste de normalidade do Questionário de Saúde Geral-12 em função do estado civil

	Estado civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Scores QSG	Casado/União de facto	,130	43	,067	,965	43	,211
	Solteiro	,146	53	,007	,919	53	,002

Tabela 14: Teste de normalidade do Inventário de Stressores Profissionais e do Brief-Cope em função do género

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Score ISP - DF	masculino	,177	17	,162	,913	17	,112
	feminino	,096	79	,070	,984	79	,451
Score ISP - DSE	masculino	,151	17	,200 [*]	,953	17	,500
	feminino	,090	79	,184	,980	79	,246
Coping activo	masculino	,351	17	,000	,803	17	,002
	feminino	,196	79	,000	,940	79	,001
Planeamento	masculino	,267	17	,002	,891	17	,047
	feminino	,187	79	,000	,927	79	,000
Reinterpretação positiva	masculino	,274	17	,001	,791	17	,002
	feminino	,177	79	,000	,943	79	,002
Aceitação	masculino	,177	17	,163	,950	17	,451
	feminino	,166	79	,000	,942	79	,001
Humor	masculino	,241	17	,009	,886	17	,039
	feminino	,141	79	,000	,912	79	,000
Apoio na religião	masculino	,219	17	,029	,789	17	,001
	feminino	,223	79	,000	,852	79	,000
Uso de suporte emocional	masculino	,125	17	,200 [*]	,938	17	,298
	feminino	,162	79	,000	,940	79	,001
Uso de suporte instrumental	masculino	,150	17	,200 [*]	,937	17	,280
	feminino	,201	79	,000	,931	79	,000
Auto distracção	masculino	,167	17	,200 [*]	,956	17	,565
	feminino	,146	79	,000	,946	79	,002
Negação	masculino	,312	17	,000	,760	17	,001
	feminino	,273	79	,000	,787	79	,000
Expressão de emoções	masculino	,219	17	,029	,879	17	,030
	feminino	,154	79	,000	,941	79	,001
Uso de substâncias	masculino	,435	17	,000	,525	17	,000
	feminino	,535	79	,000	,225	79	,000
Descomprometimento comportamental	masculino	,433	17	,000	,598	17	,000
	feminino	,322	79	,000	,754	79	,000
Culpabilização	masculino	,218	17	,032	,881	17	,033
	feminino	,173	79	,000	,920	79	,000

Tabela 15: Teste de normalidade do Inventário de Stressores Profissionais e do Brief-Cope em função do estado civil

	Estado civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Score ISP - DF	Casado/União de facto	,126	43	,084	,962	43	,159
	Solteiro	,105	53	,200	,981	53	,541
Score ISP - DSE	Casado/União de facto	,083	43	,200	,979	43	,613
	Solteiro	,082	53	,200	,977	53	,405
Coping activo	Casado/União de facto	,257	43	,000	,905	43	,002
	Solteiro	,203	53	,000	,930	53	,004
Planeamento	Casado/União de facto	,149	43	,017	,946	43	,042
	Solteiro	,246	53	,000	,901	53	,000
Reinterpretação positiva	Casado/União de facto	,202	43	,000	,899	43	,001
	Solteiro	,175	53	,000	,947	53	,019
Aceitação	Casado/União de facto	,192	43	,000	,918	43	,005
	Solteiro	,151	53	,004	,942	53	,012
Humor	Casado/União de facto	,171	43	,003	,897	43	,001
	Solteiro	,151	53	,004	,923	53	,002
Apoio na religião	Casado/União de facto	,192	43	,000	,850	43	,000
	Solteiro	,255	53	,000	,835	53	,000
Uso de suporte emocional	Casado/União de facto	,197	43	,000	,908	43	,002
	Solteiro	,242	53	,000	,919	53	,001
Uso de suporte instrumental	Casado/União de facto	,169	43	,004	,920	43	,005
	Solteiro	,208	53	,000	,931	53	,004
Auto distracção	Casado/União de facto	,163	43	,006	,951	43	,063
	Solteiro	,143	53	,008	,942	53	,013
Negação	Casado/União de facto	,284	43	,000	,752	43	,000
	Solteiro	,271	53	,000	,778	53	,000
Expressão de emoções	Casado/União de facto	,143	43	,028	,944	43	,037
	Solteiro	,153	53	,004	,934	53	,006
Uso de substâncias	Casado/União de facto	,527	43	,000	,187	43	,000
	Solteiro	,517	53	,000	,373	53	,000
Descomprometimento comportamental	Casado/União de facto	,385	43	,000	,696	43	,000
	Solteiro	,307	53	,000	,755	53	,000
Culpabilização	Casado/União de facto	,177	43	,002	,883	43	,000
	Solteiro	,133	53	,020	,914	53	,001

Anexo VII

Tabela 16: Teste não paramétrico Mann-Whitney U (género)

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Scores QSG	masculino	17	52,03	884,50
	feminino	79	47,74	3771,50
	Total	96		

	Scores QSG
Mann-Whitney U	611,500
Wilcoxon W	3771,500
Z	-,578
Asymp. Sig. (2-tailed)	,563

Tabela 17: Teste não paramétrico Mann-Whitney U (estado civil)

	Estado civil	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Scores QSG	Casado/União de facto	43	48,74	2096,00
	Solteiro/Divorciado/Separado	53	48,30	2560,00
	Total	96		

	Scores QSG
Mann-Whitney U	1129,000
Wilcoxon W	2560,000
Z	-,078
Asymp. Sig. (2-tailed)	,938

Tabela 18: Teste Paramétrico teste t para amostras independentes (Género)

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Score ISP - DF	Equal variances assumed	,011	,918	-1,998	94	,049	-3,827	1,915	-7,630	-,025
	Equal variances not assumed			-1,923	22,531	,067	-3,827	1,991	-7,950	,296
Score ISP - DSE	Equal variances assumed	,011	,917	-2,363	94	,020	-2,407	1,019	-4,430	-,384
	Equal variances not assumed			-2,273	22,527	,033	-2,407	1,059	-4,601	-,214

Tabela 19: Teste Paramétrico teste t para amostras independentes (ISP- Estado civil)

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Score ISP - DF	Equal variances assumed	,104	,748	,366	94	,715	,549	1,500	-2,429	3,528
	Equal variances not assumed			,362	85,400	,718	,549	1,517	-2,467	3,565
Score ISP DSE	Equal variances assumed	,602	,440	,579	94	,564	,466	,804	-1,130	2,061
	Equal variances not assumed			,572	84,832	,569	,466	,814	-1,152	2,083

Tabela 20: Teste não paramétrico Mann-Whitney U em função do género

	Coping activo	Planeamento	Reinterpretação positiva	Aceitação	Humor	Apoio na religião	Uso de suporte emocional	Uso de suporte instrumental	Auto distração	Negação	Expressão de emoções	Uso de substâncias	Descomprometimento comportamental	Culpabilização
Mann-Whitney U	629,000	566,000	663,000	608,500	624,500	614,500	653,000	628,000	653,500	619,500	665,000	545,000	568,000	645,000
Wilcoxon W	3789,000	719,000	816,000	3768,500	777,500	767,500	806,000	3788,000	806,500	3779,500	3825,000	3705,000	721,000	798,000
Z	-,424	-1,036	-,084	-,621	-,460	-,567	-,182	-,430	-,176	-,536	-,064	-2,534	-1,111	-,261
Asymp. Sig. (2-tailed)	,672	,300	,933	,534	,646	,570	,856	,667	,861	,592	,949	,011	,266	,794

Tabela 21: Teste não paramétrico Mann-Whitney U em função do estado civil

	Coping activo	Planeamento	Reinterpretação positiva	Aceitação	Humor	Apoio na religião	Uso de suporte emocional	Uso de suporte instrumental	Auto distração	Negação	Expressão de emoções	Uso de substâncias	Descomprometimento comportamental	Culpabilização
Mann-Whitney U	1090,000	890,500	907,000	1009,000	932,500	1131,000	938,000	955,500	1069,500	1110,000	989,000	1065,500	1033,500	963,000
Wilcoxon W	2036,000	1836,500	1853,000	1955,000	1878,500	2077,000	1884,000	1901,500	2500,500	2056,000	1935,000	2011,500	1979,500	1909,000
Z	-,379	-1,876	-1,762	-,988	-1,554	-,065	-1,521	-1,396	-,525	-,233	-1,135	-1,138	-,874	-1,333
Asymp. Sig. (2-tailed)	,705	,061	,078	,323	,120	,948	,128	,163	,600	,816	,256	,255	,382	,183

Anexo VIII

Tabela 22: Resultados das correlações de Pearson, *per si* e entre si dos factores sócio-demográficos do Questionário de Saúde Geral-12, do Inventário de Stressores Profissionais e do Brief-Cope

		Idade	Há quanto tempo avança funções como Enfermeiro em Oncologia	Há quanto tempo avança funções no serviço CCP?	Score QSG	Score ISP - DF	Score ISP - DSE	Coping activo	Planeamento	Reinterpretação positiva	Actuação	Humor	Apoio na religião	Uso de suporte emocional	Uso de suporte instrumental	Auto distração	Negação	Expressão de emoções	Uso de substâncias	Descomprometimento comportamental	Culpabilização
Idade	Pearson	1	.906	.788	.129	.072	-.050	.072	-.048	.007	.136	-.020	.122	-.124	-.109	.068	-.190	-.038	.098	.033	.001
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.217	.493	.630	.490	.681	.849	.191	.849	.241	.234	.294	.526	.067	.714	.346	.761	.992
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Há quanto tempo avança funções como Enfermeiro em Oncologia	Pearson	.906	1	.880	.051	.088	-.013	.097	-.003	-.010	.146	-.106	.090	-.147	-.168	.014	-.112	-.094	.098	.033	-.035
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.619	.393	.900	.349	.976	.921	.155	.302	.382	.153	.102	.891	.279	.414	.276	.677	.736
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Há quanto tempo avança funções no serviço de CCP?	Pearson	.788	.880	1	.053	.135	.007	.059	.030	-.004	.156	-.098	.037	-.149	-.200	.001	-.079	-.056	-.083	-.040	.013
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.806	.189	.944	.570	.770	.966	.128	.341	.724	.148	.044	.991	.447	.590	.424	.598	.903
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Score QSG	Pearson	.129	.051	.053	1	.280	.372	-.122	-.109	-.174	-.148	.082	.138	-.073	.125	.342	.382	.136	.025	.382	.157
	Sig. (2-tailed)	.217	.619	.806		.006	.000	.238	.288	.091	.149	.372	.181	.482	.224	.045	.001	.188	.812	.000	.127
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Score ISP - DF	Pearson	.072	.088	.135	.280	1	.759	.064	.067	.023	.077	.180	-.025	.038	-.023	.148	.330	.126	-.091	.358	.296
	Sig. (2-tailed)	.493	.393	.189	.000		.000	.537	.514	.825	.458	.079	.810	.715	.827	.151	.001	.220	.000	.000	.003
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Score ISP - DSE	Pearson	-.050	-.013	.007	.053	.079	1	.013	.027	-.039	-.047	-.014	-.051	-.005	-.071	.170	.244	-.117	-.139	.234	.232
	Sig. (2-tailed)	.630	.900	.844	.000	.000		.867	.796	.707	.648	.893	.623	.958	.494	.098	.016	.258	.176	.022	.023
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Coping activo	Pearson	.072	.097	.056	.054	.013	1	.539	.509	.560	.599	.144	.117	.378	.460	.406	.086	.263	-.100	.198	.198
	Sig. (2-tailed)	.490	.349	.570	.238	.537		.897	.900	.900	.800	.161	.257	.000	.000	.000	.402	.010	.331	.045	.053
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Planeamento	Pearson	-.048	-.003	.030	-.109	.067	.027	.530	1	.001	.536	.196	.243	.430	.416	.327	-.136	.530	-.051	.152	.298
	Sig. (2-tailed)	.681	.900	.844	.000		.000	.000		.000	.035	.051	.024	.008	.003	.186	.005	.893	.872	.002	.003
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Reinterpretação positiva	Pearson	.007	-.010	-.004	.501	.023	-.039	.560	.501	1	.599	.216	.200	.231	.276	.301	-.014	.282	.017	.014	.309
	Sig. (2-tailed)	.949	.921	.968	.091	.825	.707	.000	.000		.000	.035	.051	.024	.008	.003	.186	.005	.893	.872	.002
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Actuação	Pearson	.136	.146	.156	-.148	.077	-.047	.599	.536	.599	1	.231	.253	.368	.387	.243	-.007	.311	-.065	.084	.222
	Sig. (2-tailed)	.191	.155	.128	.149	.458	.648	.000	.000	.000	.000		.023	.013	.000	.000	.017	.944	.002	.598	.030
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Humor	Pearson	-.020	-.106	-.098	.092	.180	-.014	.144	.196	.216	.231	1	.053	.341	.245	.293	.306	.069	.569	.372	.239
	Sig. (2-tailed)	.849	.302	.341	.372	.079	.893	.161	.055	.035	.023		.610	.001	.016	.004	.002	.000	.391	.000	.019
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Apoio na religião	Pearson	.122	.090	.037	.138	.025	-.051	.117	.243	.200	.253	.053	1	.164	.145	.119	.031	.229	-.046	.059	.076
	Sig. (2-tailed)	.241	.382	.724	.181	.810	.823	.257	.017	.051	.013	.810	.810	.110	.158	.248	.766	.027	.657	.568	.486
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Uso de suporte emocional	Pearson	-.124	-.147	-.149	.430	.038	-.005	.378	.430	.231	.368	.341	.164	1	.766	.248	.028	.522	.039	.029	.215
	Sig. (2-tailed)	.234	.153	.148	.000	.715	.968	.000	.000	.001	.024	.000	.001	.000	.000	.018	.788	.000	.779	.000	.036
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Uso de suporte instrumental	Pearson	-.109	-.168	-.206	.416	.023	-.071	.460	.416	.276	.387	.245	.140	1	.766	.278	.110	.476	.096	.101	.227
	Sig. (2-tailed)	.294	.102	.044	.000	.827	.494	.000	.000	.000	.016	.158	.000	.000	.000	.006	.288	.000	.350	.000	.026
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Auto distração	Pearson	.066	.014	-.001	.205	.148	.170	.406	.327	.301	.243	.293	.119	.246	.278	1	.107	.148	.035	.031	.184
	Sig. (2-tailed)	.526	.891	.991	.045	.151	.098	.000	.001	.003	.017	.004	.248	.016	.008	.008	.298	.002	.736	.802	.072
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Negação	Pearson	.190	.112	.079	.342	.330	.244	.088	-.136	.136	-.007	.308	.031	.028	.110	.107	1	.263	.062	.431	.431
	Sig. (2-tailed)	.067	.279	.447	.001	.001	.016	.402	.188	.186	.944	.002	.766	.788	.288	.298	.298	.010	.429	.000	.000
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Expressão de emoções	Pearson	-.038	-.084	-.056	.136	.126	.117	.263	.310	.282	.311	.569	.225	.522	.476	.148	.263	1	.098	.098	.332
	Sig. (2-tailed)	.714	.414	.590	.188	.220	.258	.010	.002	.005	.002	.000	.027	.000	.000	.150	.010	.010	.343	.020	.001
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Uso de substâncias	Pearson	.098	-.112	-.083	.025	-.091	-.139	-.100	-.051	-.014	-.055	.089	-.046	.039	.096	.036	.082	.098	1	.031	.026
	Sig. (2-tailed)	.346	.278	.424	.812	.377	.176	.331	.621	.893	.598	.391	.357	.709	.350	.738	.429	.343	.098	.763	.803
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Descomprometimento comportamental	Pearson	.033	-.043	-.040	.382	.358	.234	-.205	-.152	.017	-.084	.372	.059	.029	.101	.054	.431	.237	.031	1	.292
	Sig. (2-tailed)	.751	.677	.698	.000	.000	.022	.045	.140	.872	.418	.000	.568	.779	.326	.802	.000	.020	.763	.000	.004
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
Culpabilização	Pearson	.001	-.035	.013	.157	.296	.232	.198	.298	.309	.222	.239	.075	.215	.227	.184	.431	.332	.026	.292	.1
	Sig. (2-tailed)	.992	.738	.903	.003	.023	.053	.053	.003	.003	.030	.019	.466	.036	.026	.000	.004	.001	.803	.004	.004
	N	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo IX

Tabela 23: Outras situações consideradas como stressantes

	Nº Respostas	%
Não respondeu	86	89,6
Chegar atrasado ao trabalho por motivos inesperados.	1	1,0
Equipa jovem e com rotatividade de elementos, o que dificulta o estabelecimento de laços estreitos.	1	1,0
Falta de apoio psicológico para os profissionais; condições físicas do serviço deficitárias	1	1,0
Falta de reconhecimento profissional; falta de respeito pelas áreas de competências profissionais; pouca valorização do percurso profissional; burocracias; registos em papel; falha ou falta de comunicação interprofissional.	1	1,0
Falta de tempo para refeições equilibradas e hidratação eficaz; pouco trabalho em equipa entre os enfermeiros, a organização do trabalho faz-se de forma individual.	1	1,0
Impotência na resolução de algumas situações.	1	1,0
Não desempenhar funções no âmbito da Especialização	1	1,0
Relação com os familiares, que por vezes se torna conflituosa.	1	1,0
Som e frequência do toque das campainhas.	1	1,0
Superiores hierárquicos pouco compreensíveis e inflexíveis (ex. dificuldade na realização de trocas; dificuldade no acerto dos períodos de férias)	1	1,0
Total	96	100,0

Tabela 24: Observações em relação às estratégias de *coping* utilizadas.

	Nº Respostas	%
Não respondeu	93	96,9
O desenvolvimento de projectos na vida pessoal conjuntamente com a vida profissional conduz a situações stressantes.	1	1,0
Pouco apoio psicológico para os doentes, tendo em conta o serviço; falta de apoio psicológico para os enfermeiros, que podia ser colmatado por secções de relaxamento, diálogo entre elementos e equipa.	1	1,0
Reflexão diária sobre as situações stressantes com o objectivo de as minimizar; stress, como aspecto positivo, para a mo	1	1,0
Total	96	100,0