



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

NAIRA AGOSTINI RODRIGUES DOS SANTOS

**ESTRESSE OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO
DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: CUIDADOS PALIATIVOS
ONCOLÓGICOS**

Rio de Janeiro

2016

NAIRA AGOSTINI RODRIGUES DOS SANTOS

**ESTRESSE OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
DE ENFERMAGEM: CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Joanir Pereira Passos

**Linha de Pesquisa - O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de
Pesquisar e de Ensinar**

Rio de Janeiro

2016

S237 Santos, Naira Agostini Rodrigues dos.
Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento da equipe de enfermagem: cuidados paliativos oncológicos / Naira Agostini Rodrigues dos Santos, 2016.
101 f. ; 30 cm

Orientadora: Joanir Pereira Passos.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Enfermagem Oncológica. 2. Cuidados Paliativos. 3. Esgotamento Profissional. 4. Adaptação Psicológica. I. Passos, Joanir Pereira.
II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73698

NAIRA AGOSTINI RODRIGUES DOS SANTOS

**ESTRESSE OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
DE ENFERMAGEM: CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS**

Dissertação apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Prof^ª Dr^ª Joanir Pereira Passos - UNIRIO
Presidente

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira
1^º Examinador

Prof^ª Dr^ª Nébia Maria Almeida de Figueiredo
2^a Examinadora

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado
Suplente

Prof^ª Dr^ª Inês Maria Meneses dos Santos
Suplente

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo a todos os pacientes e familiares do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva que eu tive a oportunidade de conviver e cuidar. Vocês contribuíram muito para meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Aos membros da banca examinadora, pelas contribuições e disponibilidade para melhor construção deste trabalho.

À minha orientadora professora Joanir, pela disponibilidade em me adotar neste período. Agradeço por acreditar e confiar em mim, respeitando minhas escolhas científicas, intervindo nos momentos necessários. Agradeço a orientação e a convivência nesses dois anos. Você contribuiu tanto cientificamente quanto pessoalmente.

As minhas colegas de mestrado (Clarice e Suelen), que sempre estiveram por perto, pelo carinho, cafés após as orientações e parceria neste embate da produção do conhecimento.

À minha amiga Vagnára, que o INCA me forneceu e o mestrado contribuiu para o reforço deste laço. Muito obrigada pelo apoio, contribuições de experiências e hospedagem nas idas ao Rio de Janeiro. Sou muito grata.

Aos professores e a todos os funcionários da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (da limpeza, segurança, biblioteca, secretaria) que me receberam muito bem desde o primeiro dia em que aqui estive. Não é fácil estar longe de toda a família.

Ao meu parceiro do conhecimento, Juliano Santos. Muito obrigada pelos seus ensinamentos e auxílios. Muita coisa eu aprendi com você e levarei sempre comigo.

Ao INCA (Instituto Nacional de Câncer), HCIV, pacientes e funcionários: minha segunda casa. Agradeço pelo acolhimento, disponibilidade e interesse nesta pesquisa. Vocês fazem parte de mim. Muito obrigada por todo o crescimento profissional e pessoal proporcionado a mim. Em especial, Ana Luísa Teixeira, pelo carinho, confiança e convivência. Jamais esquecerei desta casa na qual habitei.

Aos familiares que tanto me apoiaram e não me deixaram desistir deste sonho. Especialmente minha mãe Terezinha Edina, meu noivo Thalles, minha amiga-irmã Flávia Ferreira, meu pai João Batista e meu irmão Ellon. Vocês merecem todo o meu agradecimento. Muito obrigada! Agradeço imensamente a minha mãe por tudo que sou hoje. Meu espelho, meu guia, meu orgulho. Amo vocês!

Cabe lembrar que minha maior gratidão é a Deus! Por Ele nós estivemos aqui, com saúde e força realizando este grande desafio.

“Quem tem por que viver pode suportar quase qualquer coisa”

(Nietzsche)

SANTOS, Naira Agostini Rodrigues. **Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento da equipe de enfermagem: cuidados paliativos oncológicos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2016.

RESUMO

No campo da oncologia, a enfermagem é considerada muito propensa aos efeitos do estresse, visto que lidar com esta doença crônica, diagnosticada muitas vezes em estádios avançados, torna-se um grande fator ameaçador para a saúde deste profissional que cuida. Portanto, o estresse ocupacional é decorrente da inserção do indivíduo no ambiente de trabalho. Sendo assim, se faz necessário desenvolver estratégias como forma de enfrentamento para conseguir driblar o estresse gerado pela atividade laboral. Este estudo tem como objetivo discutir a relação do estresse ocupacional e das estratégias de enfrentamento no processo produtivo e suas repercussões na saúde dos profissionais de enfermagem, em um Centro de Alta Complexidade Oncológica no município do Rio de Janeiro, na Unidade de Cuidados Paliativos. Trata-se de uma pesquisa transversal descritiva com abordagem quantitativa. A amostra do estudo contemplou 105 profissionais de enfermagem que atuavam nesta assistência. Os instrumentos de coleta de dados compreenderam três questionários autoaplicáveis, composto por: o primeiro, relacionado a caracterização do perfil dos participantes, o segundo, a Escala de Estresse no Trabalho (EET), composta por 23 itens, os quais formam um único fator, com questões sobre estressores organizacionais de natureza psicossocial e reações psicológicas ao estresse ocupacional, e o terceiro, Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC), utilizado para identificar as estratégias de enfrentamento, englobando assim, os pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas relacionadas a um evento estressante específico. Após análise, evidenciou-se que houve um predomínio do sexo feminino (82,9%), 49,5% eram casados, a maioria possuía religião (87,6%) e 91,4% realizavam alguma atividade de lazer. A idade média foi de 39,5 anos (DP=8,8) e o número de filhos em média, de 1 (DP=1,0) para cada participante. Em relação a categoria profissional 60 % consistiram em profissionais técnicos de enfermagem e 40,0 % enfermeiros, com tempo de formação profissional superior a 20 anos (28,6 %), de 6 a 10 anos (26,7%) e de 11 a 15 anos (21,9%). Em relação ao tempo de atuação nos Cuidados Paliativos na Instituição, 41% referiram ter de 1 a 5 anos de atuação e 33,3% de 6 a 10 anos. A maioria dos profissionais atua no Setor de Internação (62,9%), seguido de 17,1% na sala de Pronto Atendimento. Em relação ao turno de trabalho, 38,1% atuam no plantão diurno, 36,2% no noturno e 25,7 % eram diaristas. Os resultados apontaram que em relação ao Estresse Ocupacional, 58,1% apresentaram indicativo de baixo estresse ocupacional, 41% de moderado estresse e 0,9% de alto estresse. Na estratégia de enfrentamento (*coping*), o fator mais utilizado foi a Reavaliação Positiva, seguida da Resolução de Problemas. O menos utilizado foi o da Aceitação de Responsabilidade. Conclui-se que o indivíduo que apresentou alto estresse ocupacional desenvolveu uma estratégia focalizada no Problema, a maioria (n=80; 76,2%) focalizaram suas estratégias baseadas na Emoção, apresentando um indicativo de moderado ou baixo estresse ocupacional. Portanto, o *coping* caracteriza uma relação de sobrevivência da enfermagem no ambiente de trabalho. Podemos considerá-lo efetivo quando conseguir diminuir os sentimentos desconfortáveis, ameaças ou perdas no ambiente laboral.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica. Cuidados paliativos. Estresse ocupacional. Adaptação psicológica.

SANTOS, Naira Agostini Rodrigues. **Occupational stress and coping strategies of nursing staff: oncology palliative care**. Dissertation (Master's in Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2016.

ABSTRACT

In oncology, nursing is considered to be very prone to the effects of stress, as they deal with this chronic disease, much of the time diagnosed in advanced stages, it becomes a major factor threatening the health professional who takes care of this. Therefore, occupational stress is due to the insertion of the individual in the workplace. Therefore, it is necessary to develop strategies as a way of coping to achieve circumvents the stress generated by work activities. This study aims to discuss the relationship of occupational stress and coping strategies in the production process and its impact on the health of nursing professionals, in a High Complexity Oncology Center in the city of Rio de Janeiro, Brazil, in the Palliative Care Unit. This is a cross-sectional survey with a quantitative approach. The study had the participation of 105 nurses who worked on this assistance. The data collection instruments comprised three self-administered questionnaires, composed of the first, related to characterization of the profile of the participants, the second, the Stress Scale at Work (TSE), consisting of 23 items, which form a single factor, with questions about organizational stressors psychosocial and psychological reactions to occupational stress, and the third, Inventory of coping strategies (IEC), used to identify the coping strategies, so encompassing, thoughts and actions that people use to deal with internal or external demands related to a specific stressful event. After analysis, it became clear that there was a predominance of females (82.9%), 49.5% were married, most had a religion (87.6%) and 91.4% had some leisure activity. The mean age was 39.5 years (SD=8.8) and the number of children an average of 1 (SD=1.0) for each participant. For the professional category 60.0% consisted of technical nurses and 40.0% nurses with training time exceeding 20 years (28.6%) of 6 to 10 years (26.7%) and 11 to 15 years (21.9%). Regarding the role of time in Palliative Care Institution, 41.0% had 1-5 years of operation and 33.3%, 6-10 years. Most professionals operates in the sector of hospitalization (62.9%), followed by 17.1% in the emergency department. Regarding the work schedule, 38.1% work in the day, 36.2% in the night and 25.7% are day laborers. The results showed that in relation to Occupational Stress, 58.1% were indicative of low occupational stress, 41.0% of moderate stress and 0.9% of high stress. In coping strategy (coping), the most common factor was the Positive Reappraisal, then the Troubleshooting. The least used was the Responsibility of Acceptance. We conclude that the individual who had high occupational stress developed strategy focused on the problem, the majority (n=80; 76.2%) focused their strategies based on Emotion, presenting indicative of moderate or low occupational stress. Therefore, the coping features a nursing survival ratio in the workplace. We consider it effective when you can decrease the uncomfortable feelings, threats or losses in the work environment.

Keywords: Oncology nursing. Palliative care. Occupational stress. Psychological adjustment

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Hospital do Câncer IV (HCIV)	30
Figura 2 -	Seleção dos participantes do estudo, Rio de Janeiro, 2015	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos profissionais de enfermagem entrevistados por setores de atuação, Rio de Janeiro, 2015	42
Gráfico 2 -	Distribuição dos profissionais de enfermagem entrevistados por turno de trabalho, Rio de Janeiro, 2015	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Distribuição dos dados sociodemográficos dos profissionais de enfermagem, Rio de Janeiro, 2015	40
Tabela 2	-	Distribuição da equipe de enfermagem quanto às variáveis profissionais. Rio de Janeiro, 2015	41
Tabela 3	-	Medidas descritivas das variáveis contínuas idade e nº de filhos, Rio de Janeiro, 2015	43
Tabela 4	-	Distribuição da equipe de enfermagem segundo a intensidade de estresse. Rio de Janeiro, 2015	43
Tabela 5	-	Distribuição das respostas obtidas pelos participantes referente a Escala de Estresse no Trabalho, Rio de Janeiro, 2015	44
Tabela 6	-	Medidas descritivas para situações de maiores médias na Escala de Estresse no Trabalho, Rio de Janeiro, 2015	45
Tabela 7	-	Medidas descritivas para situações de menores médias na Escala de Estresse no Trabalho, Rio de Janeiro, 2015	45
Tabela 8	-	Associação entre as variáveis sociodemográficas e o estresse no trabalho, Rio de Janeiro, 2015	46
Tabela 9	-	Associação entre as variáveis profissionais e o estresse no trabalho, Rio de Janeiro, 2015	48
Tabela 10	-	Medidas descritivas para os fatores de <i>Coping</i> , Rio de Janeiro, 2015	50
Tabela 11	-	Distribuição das respostas obtidas dos pesquisados referente ao Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> (IEC), Rio de Janeiro, 2015	51
Tabela 12	-	Medidas descritivas para situações de maiores médias no Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> (IEC), Rio de Janeiro, 2015	53
Tabela 13	-	Medidas descritivas para situações de menores médias no Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> (IEC), Rio de Janeiro, 2015	53
Tabela 14	-	Resultados da associação entre as variáveis profissionais e a estratégia de enfrentamento (<i>Coping</i>) Rio de Janeiro, 2015	55
Tabela 15	-	Resultados da associação entre as variáveis pessoais e a estratégia de enfrentamento (<i>Coping</i>), Rio de Janeiro, 2015	57
Tabela 16	-	Resultados da associação entre estresse no trabalho e <i>Coping</i> , Rio de Janeiro, 2015	58
Tabela 17	-	Correlação entre estresse e fatores de <i>Coping</i> , Rio de Janeiro, 2015	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CACON - Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEPEN - Centro de Pesquisas em Enfermagem

CID - Classificação Internacional de Doenças

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

DP - Desvio Padrão

EET - Escala de Estresse no Trabalho

F1 - Fator 1 (Confronto)

F2 - Fator 2 (Afastamento)

F3 - Fator 3 (Autocontrole)

F4 - Fator 4 (Suporte Social)

F5 - Fator 5 (Aceitação da Responsabilidade)

F6 - Fator 6 (Fuga e Esquiva)

F7 - Fator 7 (Resolução de Problemas)

F8 - Fator 8 (Reavaliação Positiva)

HCIV - Hospital de Câncer Unidade IV (Cuidados Paliativos)

IEC - Inventário de Estratégias de *Coping*

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

OMS - Organização Mundial de Saúde

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS - *Statistical Package for Social Science*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFP - Tempo de Formação Profissional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Considerações Iniciais	16
1.2 Objetivos do Estudo	19
1.3 Justificativa e Relevância do Estudo	19
2 APROXIMAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 Cuidado Paliativo Oncológico e a Equipe de Enfermagem	21
2.2 Estresse Ocupacional e a Saúde do Trabalhador em Enfermagem	24
2.3 Estratégias de Enfrentamento (<i>Coping</i>) no Ambiente Laboral da Enfermagem Oncológica Paliativista	27
3 MATERIAL E MÉTODO	30
3.1 Natureza do Estudo	30
3.2 Local do Estudo	30
3.3 Seleção de Participantes do Estudo	31
3.4 Questões Éticas da Pesquisa	32
3.4.1 <u>Riscos</u>	33
3.4.2 <u>Benefícios</u>	34
3.5 Coleta de Dados	34
3.5.1 <u>Instrumento de coleta de dados</u>	35
3.6 Análise dos Dados Coletados	36
3.6.1 <u>Análise da confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados</u>	36
3.6.2 <u>Estatística descritiva</u>	37
3.6.3 <u>Teste de normalidade e associação</u>	38
3.6.4 <u>Análise de correlação</u>	39
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	40
4.1 Dados Sóciodemográficos dos População	40
4.2 Estresse Ocupacional (Escala de Estresse no Trabalho - EET)	43
4.2.1 <u>Associação entre os dados sociodemográficos/ profissionais e o resultado do estresse no trabalho</u>	45
4.3 Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> (IEC)	50
4.3.1 <u>Associação entre os dados sociodemográficos e os itens do IEC</u>	54

SUMÁRIO (cont.)

4.3.2 <u>Associação entre estresse no trabalho e <i>Coping</i></u>	57
4.3.3 <u>Correlações entre Fatores e IEC e ETT com IEC e Fatores</u>	58
5 DISCUSSÃO DOS DADOS	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	86
Apêndice B - Instrumento - Questionário Sócio-demográfico	88
Anexo A - Autorização da Pesquisa - Protocolo CEP/UNIRIO	89
Anexo B - Autorização da Pesquisa - Protocolo CEP/INCA	92
Anexo C - Instrumento - Escala de Estresse no Trabalho (EET)	99
Anexo D - Instrumento - Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus (IEC)	100

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

O trabalho assume um papel importante em nossa sociedade para o indivíduo, uma vez que atua como integrador social (valor econômico ou cultural) e formação da subjetividade, envolvendo a saúde física e mental deste trabalhador. (BRASIL, 2001)

Segundo Tolfo, Piccinini (2007, p.40) “O trabalho é rico de sentido individual e social, é um meio de produção da vida de cada um ao prover subsistência, criar sentidos existenciais ou contribuir na estruturação da identidade e da subjetividade”.

A atividade laboral pode contribuir para limitar ou dificultar a adequação das formas do trabalho das necessidades organizacionais e individuais. Sendo assim, pode-se dizer que o trabalho pode atuar como causa ao dano à saúde. Isto está assegurado pelo Ministério da Saúde, uma vez que tem ciência da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença e pelo Ministério do Trabalho e Emprego, com a Norma Regulamentadora 32, visando a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005)

O profissional de saúde está exposto ao risco do estresse ocupacional. Guido, Goulart, Silva *et al.* (2012) afirmam que para algo ser considerado estressor na organização, isto é, no ambiente de trabalho, é necessário que o indivíduo (empregado) o perceba como tal.

Paschoal, Tamayo (2005, p.174) definem o estresse ocupacional como “um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas”.

É um conhecimento de senso comum que o trabalho executado por enfermeiros e sua equipe em unidades de saúde normalmente se caracteriza pelo contato com situações estressantes. Para Stacciarini, Tróccoli (2001, 18 p) “o trabalho do profissional de enfermagem, por sua própria natureza e características, revela-se especialmente suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional”, ao citar um estudo com 1.800 profissionais de enfermagem, que apontava que 93% dos profissionais se classificam como estressados no trabalho.

Essa situação tenderia a se agravar, principalmente, naquelas especialidades que assistem pacientes com doenças crônico-degenerativas, dentre elas o câncer. Os profissionais que trabalham no serviço de oncologia estão expostos no dia a dia de seu trabalho, a situações geradoras de conflitos, sendo elas: as pressões que impõe o modelo médico tradicional de responsabilidade em relação a cura e a longevidade, as frequentes perdas por morte, o

constante convívio com doentes graves e com a tristeza dos familiares, e o convívio frequente com estes levando a criação de vínculos. (FERREIRA; MARTINO, 2006)

Dessa forma, os profissionais de enfermagem, além de possuírem habilidades técnicas, necessitam aprender lidar constantemente com a dor, mutilações, sofrimento, desespero, pânico e morte dos pacientes. (RODRIGUES; CHAVES, 2008)

Os profissionais necessitam potencializar e desenvolver uma maior capacidade de adaptação às imprevisíveis situações de estresse e desgaste físico e emocional, ou seja, para lidar com eventos estressantes, a equipe de enfermagem precisa desenvolver um processo de enfrentamento – *Coping* (palavra do idioma inglês, deriva do verbo *to cope*, que significa “lidar com”, “enfrentar”, “contender”, “lutar”), com vistas a resolução dos problemas dos seus pacientes e à administração do seu próprio estresse. Portanto, as estratégias de enfrentamento podem ser vistas como um fator de proteção à saúde dos enfermeiros inseridos no contexto de trabalho. (DAL PAI; LAUTERT, 2009)

Na oncologia, o cuidar torna o sofrimento quase inevitável, exigindo, além de uma imensa responsabilidade por parte destes profissionais pela vida destas pessoas, uma grande dedicação funcional. Elementos que em muito aumentam a probabilidade de ocorrência do stress ocupacional. (BRITO; CARVALHO, 2003)

Dentre os profissionais de saúde, os da enfermagem são os que permanecem a maior parte do tempo ao lado do cliente em unidades de internação, expostos a situações estressantes. As situações de estresse que ocorrem no cotidiano profissional geram alterações no organismo, podendo ser identificadas pela pessoa que está sendo cuidada, comprometendo a qualidade da assistência e a saúde deste profissional.

“O estresse causado pelo exercício profissional denota o estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas manifestações sistêmicas com distúrbios fisiológicos e psicológicos. O termo estressor por sua vez define o evento ou estímulo que provoca ou conduz ao estresse”. (LAGES; COSTA; LOPES et al., 2011, p. 504)

Segundo os dados da Previdência Social, no ano de 2011, foram registrados 711.164 casos de acidentes e doenças do trabalho dos trabalhadores assegurados. Parte destes profissionais (611.576) tiveram que ser afastados de suas atividades. Trata-se de um número impactante, visto que não inclui os trabalhadores autônomos. Desse total, 15.083 se referiram aos casos com doenças relacionadas ao trabalho. Isto gera um impacto econômico e social gigantesco na saúde pública do Brasil. (BRASIL, 2011)

Porém, a generalidade das informações não permite que saibamos especificamente a dimensão real desta população específica acometida pelo estresse ocupacional, a fim de avaliarmos o impacto e a relação de causa no ambiente laboral, tornando assim, mais difícil a implementação de planos nas políticas públicas tendo como foco a saúde do trabalhador.

Os fatores organizacionais, as condições de trabalho, o clima organizacional, a capacidade de flexibilização da organização e as suas implicações podem contribuir para o adoecimento dos trabalhadores. (WU; CHI; CHEN *et al.*, 2010)

Ante as situações estressoras, profissionais de enfermagem podem se sentir irritados, deprimidos, desapontados e esses sentimentos são considerados incompatíveis com o desempenho profissional, podendo proporcionar o sentimento de culpa e o aumento da ansiedade. Desta forma, poderá interferir na saúde, refletindo negativamente na assistência prestada. Por outro lado, vale ressaltar que o trabalho deve ser fonte de prazer e satisfação, promovendo a saúde e a vida através da potencialização das capacidades humanas. (HANZELMANN; PASSOS, 2010)

A especialidade da oncologia é diferente das demais, uma vez que os profissionais convivem com situações complexas, tendo a necessidade de driblar os agentes estressores, pois o câncer não acomete apenas a pessoa na qual é portadora da doença, mas sim seus familiares. Deste modo, atinge diretamente o profissional que cuida, que lida constantemente com finitude, mutilações, agressividade dos tratamentos antineoplásicos, fragilidade (física e emocional) dos pacientes e familiares. Atuando na oncologia nos deparamos constantemente com situações angustiantes e dolorosas, o que exhibe um alto nível de estresse entre seus cuidadores. (BITTENCOURT; ALVES; LUZIA *et al.*, 2009)

Nos serviços de oncologia há um campo especializado que é o Cuidado Paliativo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a equipe que atua neste campo, promove uma assistência multidisciplinar, com o objetivo de melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, realizando prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce dos sintomas, avaliação e tratamento de dor e dos demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (MATSUMOTO, 2009)

Desta forma, podemos caracterizar a equipe de enfermagem oncológica no campo dos cuidados paliativos como um grupo vulnerável ao adoecimento devido aos fatores de risco para o desenvolvimento do estresse ocupacional, além dos fatores de risco físicos, químicos e psicossociais a que estes profissionais estão frequentemente expostos.

Portanto, esta pesquisa tem como objeto o estudo da relação dos processos produtivos no ambiente laboral e suas repercussões na saúde dos trabalhadores de enfermagem, no cenário da oncologia paliativa.

Sendo assim, considerando o que foi exposto, apresentamos como questões de pesquisa:

- Qual o indicativo de estresse ocupacional na população estudada?
- Quais as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem que atuam nos cuidados paliativos oncológicos?

1.2 Objetivos do Estudo

Este estudo teve como **objetivo primário**:

- Discutir a relação do estresse ocupacional e das estratégias de enfrentamento no processo produtivo e suas repercussões na saúde dos profissionais de enfermagem que atuam no cuidado paliativo oncológico, em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no município do Rio de Janeiro.

E como **objetivos secundários**:

- Verificar o indicativo de estresse ocupacional e os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de enfermagem, no ambiente laboral;
- Relacionar o indicativo de estresse ocupacional com os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de enfermagem no ambiente laboral.

1.3 Justificativa e Relevância do Estudo

A justificativa deste estudo se baseia na questão de ter poucos estudos sobre o estresse ocupacional e as estratégias de enfrentamento em cuidados paliativos oncológicos.

Andolhe, Guido, Linch (2008) realizaram também uma pesquisa bibliográfica, meta-análise, de todas as dissertações e teses contidas no CEPEN – Centro de Pesquisas em Enfermagem- do Rio Grande do Sul, no período de 1979-2005, com o objetivo de conhecer como a enfermagem estudava o estresse relacionado ao seu trabalho. Foram identificados pouquíssimos estudos relacionados ao estresse entre enfermeiros oncológicos (16,6% do total selecionado). Os autores reforçam a lacuna existente entre pesquisas sobre o estresse da enfermagem oncológica, como também de suas estratégias de enfrentamento.

Os profissionais de enfermagem que trabalham em oncologia e no cuidado paliativo oncológico devem ter uma atenção especial, um suporte emocional, uma vez que lidam diariamente com situações potencialmente estressantes, como a morte, a não cura, o processo de finitude, a angústia familiar, dentre outros. Considerando este cenário dotado com especificidades e de alta complexidade assistencial, gerencial e organizacional, é necessário que existam estudos que comprovem a real situação estudada, para que assim possam intervir em prol deste público, garantindo um suporte e/ou melhoria da saúde deste trabalhador.

Os profissionais de enfermagem, atuantes no cuidado paliativo oncológico, encontram-se numa interface com toda a equipe de saúde, o paciente e seus familiares. O cuidado é estabelecido desde a entrada do paciente até sua saída, por meio da alta hospitalar ou óbito. Estes profissionais atuam nos cuidados diretos ao paciente, a fim de promover qualidade de vida e conforto, não tendo como alvo a destruição do câncer, mas sim, o cuidado ao indivíduo que apresenta esta patologia na condição da incurabilidade. Eles atuam junto à equipe, desenvolvendo habilidades para controles de sinais e sintomas, como meio de comunicação e acolhimento da família que também é envolvida no cuidado. (FIRMINO, 2009)

Estes profissionais lidam sempre com prognósticos ruins; incurabilidade; manejo de sintomas que causam sofrimento e desconforto ao paciente, como: a dor, sangramento, dispneia, constipação, náuseas, vômitos, fadiga; mutilações; processo de finitude; morte; luto.

De acordo com Bochi, Garcia, Lima *et al.* (2008) a enfermagem que atua no cuidado a fim de proporcionar alívio do sofrimento e sustentação da dignidade de pacientes, carece de um suporte emocional, dado que a prática de enfermagem carrega em sua essência o cuidar. O cuidar oferecido ao paciente deve ser um cuidar humanizado, com empatia, respeito, satisfazendo as necessidades básicas de vida. Deve ocorrer também de forma holística, tratando o paciente na sua totalidade, ou seja, cuidar do indivíduo como um todo.

Os fatores psicológicos, organizacionais e sociais, implicados no contexto da assistência ao paciente oncológico no cuidado paliativo são elementos que concorrem para a penosidade do cotidiano dos profissionais de saúde, tornando-os vulneráveis para o acometimento do estresse ocupacional. As estratégias de enfrentamento auxiliam os profissionais de enfermagem na adaptação do ambiente de trabalho, a fim de trabalhar a situação e os sentimentos que o ameaça ou estressa.

A relevância deste estudo consiste em discutir as formas de enfrentamento adotado pelos profissionais de enfermagem que atuam nos cuidados paliativos oncológicos e replicar a sua relevância na manutenção da saúde diante dos agentes estressores no ambiente laboral.

2 APROXIMAÇÃO TEÓRICA

2.1 Cuidado Paliativo Oncológico e a Equipe de Enfermagem

Conceitualmente a palavra câncer faz referência a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum um processo coordenado, em que uma célula normal sofre modificações, adquirindo características especiais e gerando uma proliferação celular descontrolada. (INCA, 2014)

A literatura traz o câncer como figura e sentimento de um crustáceo, cujo animal apresenta hábitos noturnos, sobrevive em profundidades, é agressivo, apresenta pinças desproporcionais em relação ao corpo central, capaz de apoderar-se inexoravelmente de suas presas e torturá-las até a morte. Este crustáceo seria o caranguejo, símbolo destinado a doença. Portanto a doença, normalmente atinge sem avisar, podendo acometer qualquer lugar dentro do corpo. (SANTOS, 2009; BIFULCO, 2010)

A primeira descrição de neoplasia ocorreu em 1600 a. C., por Edwin Smith nos papiros egípcios, associado as causas relacionadas ao castigo de Deus ou à magia. Assim sendo, o termo CANCER só foi mencionado em 460-370 a. C. por Hipócrates, ao descrever, de modo semelhante as patas de um crustáceo, que tumorações pareciam invadir tecidos vizinhos. (CAPONERO; LAGE, 2008; FERNANDES JUNIOR, 2010)

Para Trincaus (2005) o câncer é sinônimo de sofrimento, morte prematura e dor. Em 1838, o câncer foi definido como uma patologia de crescimento descontrolado e desordenado das células, com habilidade de reprodução ilimitada e sem propósito para o organismo. (BELTRÃO; VASCONCELOS; ARAÚJO, 2011)

O câncer não é uma doença atual, porém, somente nas últimas décadas, com o avanço tecnológico, ganhou maior dimensão e descrição em virtude do impacto social que exerce e de sua extrema complexidade, se convertendo em um grande Problema de saúde pública, temida por todos, em virtude do seu poder ameaçador e destruidor (CAPONERO; LAGE, 2008; FERNANDES JUNIOR, 2010)

Segundo Salci, Sales, Marcon (2009) dificilmente exista outra patologia que induza tantos sentimentos negativos quanto o câncer, totalmente estigmatizada pela população.

Das doenças crônicas degenerativas, o câncer é uma das que mais trazem perturbações e sofrimento aos indivíduos e seus familiares. O câncer é capaz de acometer o corpo físico, abalar sentimentos e relações e com o poder de transformar o cotidiano e interromper muitos sonhos da população acometida. O choque do diagnóstico constitui uma ameaça não só para

a existência física como também psíquica ao indivíduo. O medo, a incerteza, a ansiedade e a raiva são os sentimentos de maior prevalência nessa situação. (SILVA; HORTALE, 2006; SILVA, 2009)

Na Enfermagem, o cuidar torna-se o centro das atenções, uma vez que é a sua essência. E os cuidados paliativos, visam contribuir e ocupar o espaço no cuidado prestado ao paciente que não possui mais possibilidades de cura, tornando essencial atenuar os efeitos do adoecimento. (ARAUJO, 2006)

Os cuidados paliativos tiveram seu início em 1967, na Inglaterra, a partir da criação do St. Christopher's Hospice, pela enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders. A visão e experiência da enfermeira foi crucial para a criação de um ambiente em que o paciente e seus familiares pudessem se adaptar emocionalmente e espiritualmente a proximidade com a morte. Um dos esforços desta personagem culminou no Movimento Hospice Moderno, constituindo uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes na fase final da vida, assegurando a melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família. Foi ela a precursora do conceito de “dor total”, considerando que a dor física não está isolada, mas associada a dor psicológica, espiritual e social. (PESSINI, 2004; MACIEL; OTHERO, 2009; SANTOS, 2011)

O termo *palliare*, de origem latina significa proteger, abrigar, cobrir, amparar. Sendo assim, o cuidar ganha amplitude, não somente no foco do curar. A primeira definição de cuidados paliativos foi em 1986, direcionado apenas aos pacientes oncológicos. Em 2002, o conceito foi revisado, ampliando-se a oferta de cuidados a qualquer doença crônica potencialmente fatal. (PESSINI, 2006)

Como objetivo de ampliar o conceito e torná-lo aplicável a todas as doenças, o mais precocemente possível, de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) a definição de Cuidados Paliativos, se configura atualmente como sendo:

“A abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”. (MACIEL, 2008, p.19)

McCoughlan (2003), afirma ainda que, os cuidados paliativos vieram primeiramente a fim de atender os clientes portadores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), após a oncologia. Desta forma, se estenderam aos clientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva grave, falência renal ou hepática, pneumopatias crônicas, neuromotores, mal de

Parkinson, mal de Alzheimer, idosos portadores de graves sequelas causadas por diversas doenças, entre outras.

Portanto, vale salientar que os Cuidados Paliativos atuam em uma abordagem holística, prezando o bem-estar total do paciente, com a finalidade de promover a qualidade de vida do mesmo e de seus familiares que enfrentam uma doença ameaçadora à vida. Isto se dá por meio da identificação precoce dos sintomas, avaliação e tratamento, associado a um suporte de ordem física, espiritual e psicossocial.

O que elege um paciente à inclusão numa abordagem paliativa é a percepção de que, além do tratamento curativo, existem sintomas e desconfortos que comprometem sua qualidade de vida e que precisam ser assistidos com competência e seriedade por uma equipe especializada. Logo, percebe-se a importância do preparo do profissional de enfermagem na atenção das necessidades dos pacientes fora de possibilidades cura e dos seus familiares, em aliviar o sofrimento e ajudá-los a buscar qualidade de vida, quando não é mais possível atingir a cura.

Portanto, cabe afirmar que o foco principal do cuidado paliativo é o cuidar, que é a essência da enfermagem como profissão. Foram descritos como sendo os princípios básicos do Cuidado Paliativo: fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do cliente; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do cliente, em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os clientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos clientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto. (INCA, 2015)

Em 1998, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugurou uma unidade exclusiva para atender clientes em cuidados paliativos, conhecido como Hospital do Câncer IV (HC IV). Essa unidade oferece serviços de internação hospitalar, assistência domiciliar, pronto atendimento e ambulatório. Tem como missão “promover e prover cuidados paliativos oncológicos da mais alta qualidade, com habilidade técnica e humanitária, com foco na obtenção da melhor qualidade de vida a seus pacientes e familiares”. (INCA, 2015)

Posteriormente, o Ministério da Saúde (MS) através da Portaria n° 2.439, de 08 de dezembro de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a serem implementadas em todas as unidades federais, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Cabe ressaltar que o motivo da escolha em realizar o estudo nesta unidade foi o fato de ser o Centro de Referência Nacional em pesquisa e tratamento de câncer, e por possuir uma unidade específica para os Cuidados Paliativos, com profissionais capacitados e especializados para desenvolver tal ação.

2.2 Estresse Ocupacional e a Saúde do Trabalhador em Enfermagem

O termo “stress” foi mencionado em 1936, por Hans Selye, um médico canadense endocrinologista. (LIPP, 1996) A palavra estresse já era utilizada pela área de exatas (Física e Engenharia) a fim de explicar o fenômeno que ocorria após uma tensão ou força exercida a um metal, demonstrando o quanto o mesmo resistiria. (FERREIRA; MARTINO, 2006; MENEGHINI; PAZ; LAUTERT, 2011)

Na atualidade, o termo estresse, tem referido as sensações de desconforto aos indivíduos que se dizem estressados ou que convivem com pessoas portadoras desta singularidade. Popularmente, este termo também tem sido associado aos agravos à saúde, uma vez que a troca existente entre o meio ambiente e o indivíduo possa afetar o seu bem-estar originando uma sobrecarga ou esgotamento das maneiras de lidar com determinada situação em questão (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001)

“O stress é um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo [...]. Em geral, o corpo todo funciona em sintonia, como uma orquestra [...]. Mas quando o stress ocorre, esse equilíbrio, chamado homeostase pelos especialistas, é quebrado e não há mais entrosamento entre os vários órgãos do corpo”. (LIPP, 2000, p. 12 apud OLIVEIRA; CARDOSO, 2011, p.135)

Este conceito de homeostase foi muito importante para a descrição da Síndrome de Adaptação Geral (SAG), também chamada de Teoria do Estresse Biológico, que é uma resposta fisiológica do organismo frente ao evento estressor. (BIANCHI, 2001; GUIDO, 2003)

Selye (1959) explica este fenômeno, composto por três fases: reação de alarme, de adaptação ou resistência e de exaustão. A primeira fase, reação de alarme se refere ao primeiro contato e reação ante um evento estressor. A homeostase corporal é quebrada e o corpo é preparado para a situação de luta ou fuga. O indivíduo poderá diminuir o estresse ou adaptar-se a ele. Caso isto não aconteça e permaneça o estressor, há dois caminhos a seguir: adaptação ou resistência. (SELYE, 1959; GUIDO, 2003; BOLZAN, 2012)

As reações a este estresse poderão influenciar o funcionamento de órgão ou um sistema, como o cardiovascular ou o da pele. Se a situação continua sem ter o estressor

controlado, evolui-se para a fase da exaustão, já não conseguindo mais adaptar-se ao evento estressor. Esta fase poderá deteriorar o organismo, surgindo doenças ou até mesmo, evoluindo para morte. (SELYE, 1959; GUIDO, 2003; BOLZAN, 2012)

Lipp e Guevara (1994) complementam em seu Inventário de Sintomas de Stress (ISS) os possíveis sintomas apresentados pelos indivíduos, referentes a cada fase acometida pelo estresse: Fase I de Alerta ou Alarme; Fase II de Resistência; Fase III de Exaustão.

Na fase I de “Alerta” ou “Alarme” o indivíduo poderá apresentar como sintomas nas últimas 24 horas: mãos e pés frios, boca seca, nó ou dor no estômago, aumento de sudorese, tensão muscular, aperto na mandíbula, diarreia passageira, insônia, taquicardia, respiração ofegante, hipertensão súbita e passageira, alteração do apetite, aumento súbito de motivação, entusiasmo súbito, vontade súbita de realizar novos projetos. (LIPP; GUEVARA, 1994)

Na fase II, conhecida como a fase da “Resistência”, o indivíduo poderá apresentar como sintomas no último mês: problemas com a memória, esquecimento, mal-estar generalizado, formigamento de extremidades, sensação de desgaste físico constante, alteração do apetite, surgimento de problemas dermatológicos, hipertensão arterial, cansaço constante, gastrite prolongada, tontura, sensibilidade emotiva excessiva, dúvidas quanto a si próprio, pensamentos sobre um só assunto, irritabilidade excessiva, diminuição da libido. (LIPP; GUEVARA, 1994)

A fase III, fase da Exaustão (esgotamento), de alto estresse, o indivíduo poderá ter apresentado nos últimos três meses: diarreias frequentes, dificuldades sexuais, formigamento das extremidades, insônia, tiques nervosos, hipertensão arterial, problemas dermatológicos prolongados, mudança extrema de apetite, taquicardia, tonturas, úlcera, impossibilidade de trabalhar, pesadelos, sensação de incompetência em todas as áreas, vontade de fugir de tudo, apatia, cansaço excessivo, pensamento constante em um mesmo assunto, irritabilidade sem causa, angústia ou ansiedade diária, hipersensibilidade emotiva e perda do senso de humor. (LIPP; GUEVARA, 1994)

Cabe salientar que Lipp (2000) desenvolveu o “Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL”. Este instrumento considera quatro fases: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. Propõe um método de avaliação do stress que enfatiza a sintomatologia somática e psicológica etiológicamente a ele ligada.

As pessoas diferem em sua sensibilidade e vulnerabilidade ante os estressores, assim como em suas interpretações, reações e avaliações. (UMANN; GUIDO; LINCH, 2010)

Deste modo, entende-se que as características individuais são imprescindíveis para que o indivíduo considere ou não determinada situação como estressante. Portanto, quando o

profissional se deparar com uma situação que o ameaça, confronta ou desafia, esta situação poderá ser dita como estressante para aquele indivíduo e o que gera este estresse, são os eventos estressores.

Por conseguinte, o estressor poderá ser uma situação que na avaliação do indivíduo altere o seu estado emocional, gerando um desequilíbrio interno e externamente, forçando o mesmo à um ajustamento e adaptação da situação ou ambiente, na tentativa de driblar assim os eventos estressores.

Lazarus, Folkman (1984) consideram que a avaliação cognitiva é um processo essencial para o indivíduo conceituar estresse. Esta avaliação inclui a interação do indivíduo com o meio ambiente reconhecendo desta forma, os danos ou ameaças, tentando criar recursos para diminuir o estresse. Costa, Lima, Almeida (2003) concordam com o exposto e complementam que esta interação é dinâmica e processual (sujeito e estressor) e surge pelo encontro do estressor com a reação.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), o estresse é classificado como código de F43, uma doença que traduz as "Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação". Observa-se com isto que o estresse é um fator responsável que poderá comprometer a saúde da pessoa, caminhando ou não para um desfecho final que acarrete até a morte. (BRASIL, 2006)

Portanto, o estresse é considerado a avaliação que o indivíduo faz das situações a que está exposto como mais ou menos desgastantes, isto é, o que em seu trabalho é identificado como uma situação negativa, de difícil enfrentamento. Qualquer ocupação está sujeita a dificuldades diversas, principalmente aquelas que estão diretamente relacionadas ao cuidado de pessoas. (BRITO; CARVALHO, 2003)

Pensando na Enfermagem, Andolhe, Guido, Linch (2008) realizaram um estudo a fim de conhecer o campo de produção de conhecimentos que abordasse estresse e enfermagem. Observaram em seus estudos que os pontos mais discutidos nos trabalhos foram a qualidade de vida no ambiente laboral, as condições de trabalho e o reflexo na qualidade da assistência prestada. Complementaram no estudo citado, que os profissionais de enfermagem no contexto da oncologia devem estar preparados para lidarem com os eventos estressores como lidar com a morte, sofrimento, dentre outros.

Cabe a esfera institucional prover o suporte necessário a este profissional de enfermagem que muitas vezes é demandado uma grande carga efetiva e mental, uma vez que estes trabalhadores lidam constantemente com pacientes graves, terminais e fora de possibilidades de cura.

Neste estudo optou-se em utilizar a definição de estresse ocupacional adotada por Paschoal, Tamayo (2004). Para esses autores, para algo ser considerado estressor no ambiente de trabalho é necessário que o profissional o perceba como estressor.

Desta forma, definem o estresse ocupacional como “um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas”. Isto poderá se tornar crônico e gerar comprometimento do indivíduo no campo profissional, na dimensão familiar, social, acarretando até mesmo em abandono profissional. (Paschoal; Tamayo, 2004)

2.3 Estratégias de Enfrentamento (*Coping*) no Ambiente Laboral da Enfermagem Oncológica Paliativista

Os profissionais de enfermagem que convivem constantemente com a dor e o sofrimento dos pacientes, necessitam de uma capacidade de adaptação às imprevisíveis situações de estresse e desgaste físico e emocional, o que requer o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, com vistas a resolução dos problemas dos seus pacientes e à administração do seu próprio estresse.

O enfrentamento é definido por Lazarus, Folkman (1984) como “as mudanças cognitivas e os esforços comportamentais constantes para administrar demandas específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como um fardo ou que excedem os recursos da pessoa”.

A elaboração das estratégias de enfrentamento ocorre da seguinte maneira: o indivíduo é exposto ao agente estressor, a partir deste momento, realiza uma avaliação primária a fim de identificar o significado desse evento e como ele afeta o seu bem-estar. Com isso, o indivíduo consegue verificar se é um evento estressante, um evento irrelevante ou um benigno. Se considerado “evento estressante” analisará o que causa prejuízo, ameaças e desafios. O indivíduo realizará uma nova avaliação secundária para elaborar o que é possível fazer em tal situação, quanto irá custar e qual será o resultado esperado. Neste momento, ele irá elaborar as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção ou no problema, a depender da situação, do ambiente e do indivíduo. A avaliação será uma constante para verificar se o estresse mudou, se estará se sentindo melhor ou se será necessário elaborar novas estratégias. (LAZARUS; FOLKMAN, 1984)

Lages, Costa, Lopes *et al.* (2011) corroboram, afirmando que as estratégias de enfrentamento agem como um conjunto de respostas comportamentais do indivíduo diante de situação estressora como tentativas de adaptar-se ou não ao evento estressor.

Outro termo também empregado no cotidiano é o *coping*, termo em língua inglesa, de origem anglo-saxônica, traduzido para a língua portuguesa como sendo: “formas de lidar com ou estratégias de confronto”. (BRITO; CARVALHO, 2003)

Deste modo, as situações percebidas como estressoras podem ser enfrentadas por meio de estratégias utilizadas pelo indivíduo, denominadas *coping*. (UMANN; GUIDO; LINCH, 2010; NASCIMENTO; CASTRO; AMORIM *et al.*, 2011)

As estratégias de enfrentamento ou funções de *coping* podem ser centradas no Problema e/ou na Emoção, como referido por Lazarus, Folkman (1984):

“Quando centradas no Problema, referem-se aos esforços para administrar, alterar o Problema ou melhorar o relacionamento entre a pessoa e o seu meio. Tais estratégias são mais voltadas para a realidade e são consideradas as mais adaptáveis, pois são capazes de remover ou minimizar a fonte estressora. Quando centradas na Emoção, descrevem a tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo. Geralmente são processos defensivos, o que leva os indivíduos a evitarem confrontar-se conscientemente com a realidade que o ameaça”.

Alguns exemplos de formas de enfrentamento frequentemente utilizadas pelos indivíduos diante uma situação estressora são a fuga-esquiva, confronto, autocontrole, resolução de Problemas, afastamento, suporte social, aceitação de responsabilidade e reavaliação positiva. (FOLKMAN; LAZARUS, 1985; NEGROMONTE; ARAUJO, 2011)

Antoniazzi, Dell’Aglia, Bandeira (1998) afirmam que nos diversos estudos sobre enfrentamento se referem em função de suas estratégias, estilos e processos. O primeiro modelo de estudo, estratégias, está ligado aos processos de cognição ou ao comportamento. O modelo dos estilos está voltado para a análise da personalidade individual. O modelo dos processos, abarcando o contexto onde ocorrem as situações estressantes, compreende o estudo das respostas e alterações promovidas pelo indivíduo ao longo do tempo a fim de alterar uma situação estressora.

Portanto, partem do princípio de que as estratégias de enfrentamento, foco deste estudo, são ligadas a fatores situacionais. Desta maneira, um indivíduo pode mudar de estratégia em função do momento e do tipo de situação estressante.

Segundo Folkman, Lazarus (1985) as estratégias de enfrentamento refletem as ações, os comportamentos ou os pensamentos utilizados na situação e na presença de um agente estressor.

As pessoas diferem em sua sensibilidade e vulnerabilidade ante os estressores, assim como em suas interpretações, reações e avaliações. (UMANN; GUIDO; LINCH, 2010). Desta maneira, a construção das estratégias de enfrentamento pode ser diferente para cada

indivíduo, resultando na facilidade/dificuldade do desenvolvimento destas diante situações estressoras.

Sendo assim, as estratégias de enfrentamento criadas caracterizam a relação de sobrevivência do indivíduo com as situações desfavoráveis do trabalho. Elas podem ser vistas como um fator de proteção à saúde dos enfermeiros inseridos no contexto de trabalho (DAL PAI; LAUTERT, 2009).

A estratégia de enfrentamento é considerada efetiva quando conseguir diminuir os sentimentos desconfortáveis, as ameaças ou perdas pela mudança de comportamento e inefetiva, se a situação ameaçadora permanecer, ocasionando crise, desequilíbrio psicológico e fisiológico. (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005)

Neste estudo, se utilizou a definição teórica de Estratégia de Enfrentamento fundamentada em Lazarus, Folkman (1984).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Natureza do Estudo

Esta pesquisa tem como objeto o estudo da relação dos processos produtivos no ambiente laboral e suas repercussões na saúde dos trabalhadores de enfermagem, no cenário da oncologia paliativa. Considerando o recorte estabelecido e os objetivos deste estudo, se optou-se pela realização de uma pesquisa transversal descritiva, com abordagem quantitativa.

3.2 Local do Estudo

O local escolhido foi o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) composto por V Unidades. O estudo ocorreu no Hospital de Câncer Unidade IV (HCIV) destinada aos Cuidados Paliativos Oncológicos, situado no bairro de Vila Isabel, Rua Visconde de Santa Isabel, nº 274, na cidade do Rio de Janeiro.

Figura 1- Hospital do Câncer IV (HCIV)



Fonte: Imagem Google

O Hospital do Câncer IV tem na sua estrutura:

- No **Subsolo** - Administração Geral da Unidade (Direção, Divisão de Enfermagem, Administração, Informática, Faturamento);
- No **Térreo** - Recepção Geral e Ambulatório;
- No **1º Andar** - Divisão Técnico-Científica e Auditório, estrutura administrativa do Setor de Visita Domiciliar e os Serviços de Ouvidoria e Capelania, Setor de Fisioterapia, Programa Dia dos Cuidados;

- Com **quatro Andares** - Internação Hospitalar com 56 leitos;
- Na **Cobertura** - Sala de Meditação (sala do silêncio), Espaço para Confraternizações;
- E, uma **Área externa** construída para o Serviço de Pronto Atendimento (SPA), com sete leitos, Farmácia Hospitalar e de Manipulação.

A internação é o setor que apresenta a maior força de trabalho desta instituição. É constituída por 54 leitos, profissionais diaristas e plantonistas. A sala de Pronto Atendimento é o setor da emergência. Toda alteração do quadro que o paciente apresenta e necessite de atendimento médico, é atendido na emergência.

Esta Unidade, especificamente, conta com o serviço de Atendimento Domiciliar. Este atendimento, como o próprio nome diz, acontece no domicílio do paciente, só os enfermeiros que atuam, atendem os pacientes que não apresentam condições clínicas e/ou fisiológicas para irem ao Hospital.

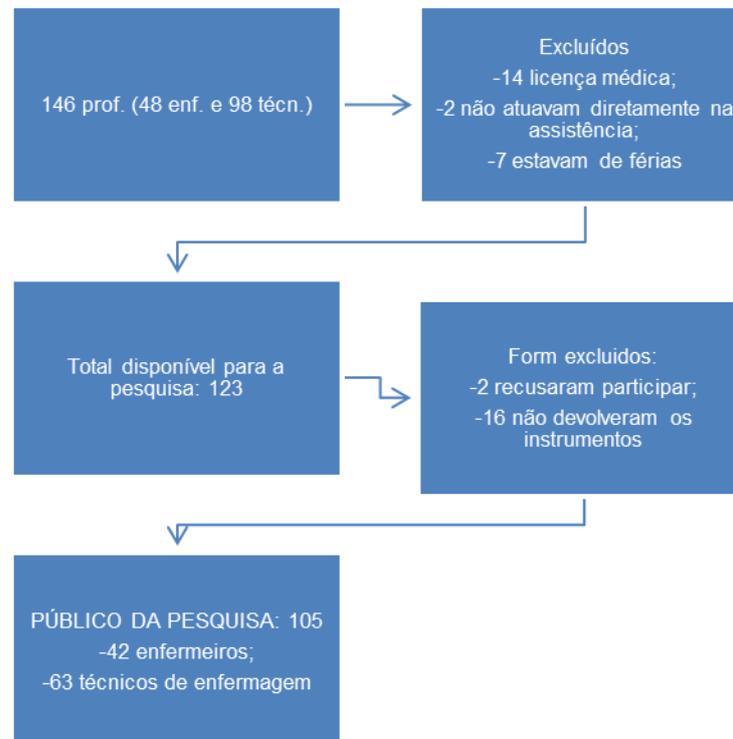
O ambulatório é um setor no qual são realizadas as consultas previamente agendadas. Os pacientes são atendidos por todos os profissionais da equipe multiprofissional. No Posto Avançado só atuam enfermeiras, e é considerado a porta de entrada do paciente para a Unidade de Cuidados Paliativos e a modalidade de acompanhamento por esta Unidade.

3.3 Seleção de Participantes do Estudo

A população do estudo foi composta 105 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), que estavam inseridos na assistência no período da coleta de dados.

O estudo realizado possuía um público alvo de 146 profissionais, sendo 48 enfermeiros e 98 técnicos de enfermagem. Deste total foram excluídos do estudo 14 profissionais que estavam de licença médica, dois que não atuavam diretamente na assistência e sete que estavam de férias.

Figura 2 - Seleção dos participantes do estudo, Rio de Janeiro, 2015



Fonte: Pesquisa

Dos 123 profissionais que se tornaram elegíveis para o estudo, todos foram abordados. Dois recusaram participar do estudo e 16 não devolveram os questionários respondidos nos prazos estabelecidos. Portanto, participaram do estudo profissionais de enfermagem correspondendo a 85,4% do grupo elegível.

Os profissionais de enfermagem foram selecionados por meio dos critérios de inclusão e exclusão e convidados a participarem da pesquisa. Foram incluídos na pesquisa profissionais de enfermagem inseridos na assistência ao paciente e presentes na Instituição no período da coleta, tendo um tempo mínimo de atuação nesta área de seis meses. Não foram elegíveis para o estudo, outros profissionais de saúde; membros da equipe de enfermagem que estivessem afastados da assistência ao paciente, de licença ou férias.

3.4 Questões Éticas da Pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas. Em cumprimento da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só foi desenvolvida após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP),

através dos Protocolos CEP/UNIRIO - CAAE 43038115.2.0000.5285 (Anexo 1) e CEP/INCA - CAAE 43038115.2.3001.5274 (Anexo 2).

Com base nessa Resolução, todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, o porquê de terem sido selecionados, os detalhes dos procedimentos a serem realizados e forma como seriam feitos, os riscos, os benefícios, a confidencialidade, a voluntariedade da participação, a não remuneração monetária ou custo para participação e que caso não desejassem participar antes ou depois de terem concordado, não sofreriam implicação alguma.

Cabe salientar que na ficha de coleta de dados não tiveram quaisquer informações que permitissem identificar os envolvidos no estudo. Estes foram registrados em ordem numérica crescente e a relação com os dados de seu registro foram apresentados em separado do protocolo (e não anexados), de acesso exclusivo do pesquisador principal, garantindo desta maneira o sigilo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Apêndice 1) foi lido e esclarecido pela pesquisadora, compreendido, aceito e assinado pelo participante da pesquisa, como também pelo pesquisador envolvido. O TCLE foi emitido em duas vias, ficando uma via com a participante da pesquisa e a outro com a pesquisadora.

O pesquisador tomou todos os cuidados necessários em relação a coleta dos dados e o armazenamento das informações contidas no questionário, mantendo o anonimato dos participantes da pesquisa, assumindo o compromisso ético quanto a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem alguma penalização; e garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Além de prever procedimentos (cuidados) que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

3.4.1 Riscos

A pesquisa ofereceu risco mínimo, como um desconforto e cansaço no preenchimento dos instrumentos, devido ao tempo gasto, podendo também ter apresentado algum tipo de desconforto referente a lembranças de situações penosas e desagradáveis vivenciadas pelos mesmos na prática clínica.

3.4.2 Benefícios

Justifica-se pela importância do benefício esperado, ou seja, a construção do conhecimento no campo da saúde do trabalhador e de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa sem benefício direto ao indivíduo, assegura-se condições suportáveis aos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. Os benefícios não tendo efeitos diretos nos sujeitos do estudo, apresentarão os efeitos indiretos, uma vez que este diagnóstico da realidade estudada servirá de subsídios para criarmos medidas de prevenção por meio da revisão da prática laboral dos profissionais de enfermagem.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de quatro meses de abril a julho de 2015, no horário de funcionamento da Unidade, com base na agenda e disponibilidade dos participantes da pesquisa.

Cabe ressaltar que para a coleta de dados foi realizado o contato com a Chefia da Divisão de Enfermagem do Hospital, a fim de obter acesso às escalas mensais do pessoal de enfermagem, de modo que os profissionais pudessem ser convidados para participação na pesquisa.

A pesquisadora principal foi a responsável por orientar sobre os objetivos da pesquisa; apresentar o TCLE; realizar a coleta de dados, que ocorreu em local que preservou a confidencialidade dos entrevistados, na própria unidade de assistência. Além da orientação quanto ao preenchimento dos instrumentos para cada participante e o agendamento do horário mais propício para abordagem nos setores de trabalho.

Os instrumentos foram respondidos e devolvidos para a pesquisadora. Os profissionais de enfermagem receberam informação sobre o estudo nos seus próprios plantões e orientados a assinar o TCLE em duas vias. Os instrumentos foram autoaplicáveis.

Aos que aceitaram participar do estudo foram convidados a responder três instrumentos, sendo o primeiro, um Questionário Sócio Demográfico a fim de caracterizar os participantes; o segundo, Escala de Estresse no Trabalho (EET) e o terceiro, Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985).

Os dados coletados foram inseridos em banco de dados no programa Excel® e analisados no programa estatístico de software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 20.0.

3.5.1 Instrumentos de coleta de dados

O Questionário Sociodemográfico - com vistas a caracterizar dados relativos aos participantes, tais como: sexo, idade, estado civil, categoria profissional, religião, tempo de formação profissional, dentre outros (Apêndice 2).

A Escala de Estresse no Trabalho - EET (Anexo 5) construída e validada por Paschoal, Tamayo (2004) com trabalhadores de diferentes organizações públicas e privadas. Este instrumento tem como objetivo avaliar o estresse ocupacional, por meio de indicadores de estresse organizacional de origem psicossocial. (BOLZAN, 2012)

Trata-se de um instrumento unifatorial, composto por 23 itens analisados por uma escala de concordância, tipo *Likert* e cada item oferecem cinco opções de resposta com valores variáveis de um a cinco, sendo: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) concordo em parte, (4) concordo, (5) concordo totalmente. (BOLZAN, 2012)

A Escala de Estresse no Trabalho – EET é um instrumento para verificar estresse ocupacional que pode ser aplicado em diversos ambientes de trabalho e ocupações. Apresenta escores de 23 a 115 pontos. Utilizou-se como baixo, médio e alto escore o resultado após o cálculo da média na população do estudo em questão. Foram classificados quanto ao indicativo de Estresse Ocupacional.

O Inventário de Estratégias de *Coping* - IEC (Anexo 6) adaptado para o português por Savóia, Santana, Mejias (1996). Este instrumento é utilizado para identificar as estratégias de enfrentamento, englobando assim, os pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas relacionado a um evento estressante específico.

O Inventário de Estratégias de *Coping* – IEC contém 66 itens, sendo que cada item varia na resposta de zero a três pontos, referentes a: (zero) - Não usei esta estratégia; (1) - Usei um pouco; (2) - Usei bastante; (3) - Usei em grande parte.

Após análise dos dados, o IEC permite por meio de uma distribuição percentual dos fatores, classificar quais são as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelo interesse dos investigados.

O IEC é composto em sua totalidade por oito fatores com as suas respectivas questões referentes: **Fator 1 - Confronto** (itens 46, 7, 17, 28, 34 e 6); **Fator 2 - Afastamento** (itens 44, 13, 41, 21, 15 e 12); **Fator 3 - Autocontrole** (itens 14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63); **Fator 4 - Suporte Social** (itens 8, 31, 42, 45, 18 e 22); **Fator 5 - Aceitação de Responsabilidade** (itens 9, 29, 51 e 25); **Fator 6 – Fuga e Esquiva** (itens 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 e 16); **Fator 7 - Resolução de Problemas** (itens 49, 26, 1, 39, 48 e 52); **Fator 8 - Reavaliação Positiva** (itens 23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20). Os resultados dos testes empregados na validação do

instrumento mostraram que o instrumento é preciso e válido para o estudo de estratégias de *coping*.

Quadro 1 - Fatores do Inventário de Estratégias de *Coping*

Fatores	Itens
Confronto	7,17,28,34,40 e 47
Afastamento	6,10,13,16,21,41 e 44
Autocontrole	14,15,35,43,54
Suporte Social	8,18,22,31,42,45
Aceitação de responsabilidade	9,25,29,48,51,52 e 62
Fuga e Esquiva	58 e 59
Resolução de Problemas	1,26,46 e 49
Reavaliação positiva	20,23,30,36,38,39,56,60 e 63

Fonte: Folkman e Lazarus (1985).

Cabe salientar que os itens 2,3,4,5,11,12,19,24,27,32,33,37,50,53,55,57,61,64,65 e 66 não compõem nenhum fator. Porém, estes são essenciais para o constructo do instrumento.

3.6 Análise dos Dados Coletados

A fim de organizar as informações coletadas foi construído um banco de dados em uma planilha eletrônica, no programa Excel (Office 2007). As análises estatísticas dos instrumentos utilizados foram realizadas no software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0. Os resultados foram considerados significativos estatisticamente se $p < 0,05$, intervalo de 95% de confiança.

Foram realizadas as seguintes análises:

3.6.1 Análise da confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados

A análise da confiabilidade dos instrumentos utilizados nesta pesquisa (EET, IEC) foi realizada pela medida da consistência interna, pelo método de Coeficiente de Alfa de Cronbach de cada Instrumento. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) pode variar entre zero e um o valor do Alfa de Cronbach. Quanto maior, ou seja, mais próximo a um, mais exata é a medida. Isto garante uma maior confiabilidade do Instrumento, uma vez que avalia a medida do constructo a que se propõe avaliar no estudo.

O coeficiente do Alfa de Cronbach da EET apresentou valor de 0,92, considerando os 23 itens que compõe o instrumento. Enquanto, da IEC o Alfa de Cronbach apresentou valor

de 0,94. Foi calculado também a confiabilidade por Fatores. **Fator 1** (Confronto), formado por seis itens da escala: 0,58; **Fator 2** (Afastamento), formado por sete itens da escala: 0,51; **Fator 3** (Autocontrole), formado por cinco itens da escala: 0,50; **Fator 4** (Suporte Social), formado por seis itens da escala: 0,69; **Fator 5** (Aceitação de Responsabilidade), formado por sete itens da escala: 0,77; **Fator 6** (Fuga e Esquiva), formado por dois itens da escala: 0,64; **Fator 7** (Resolução de Problemas), formado por quatro itens da escala: 0,63; **Fator 8** (Reavaliação Positiva), formado por nove itens da escala: 0,82.

Observa-se que dos oito fatores, seis apresentaram valores inferiores a 0,70. Realizou-se uma análise destes fatores e foi evidenciado que não alteraria o valor caso eliminasse algum item destes fatores. Para Field (2009) quando lidamos com construto psicológico, pode ser que apareçam valores abaixo de 0,70, já esperados por causa da diversidade do que esta se medindo. O mesmo foi evidenciado no estudo de Stekel (2011).

Cabe mencionar que foi realizada a análise da consistência interna do Instrumento da IEC, retirando os 20 itens que não fazem parte de nenhum fator. O valor evidenciado pelo Alfa de Cronbach foi de 0,92 valor inferior a medida da escala completa com os 66 itens (0,94). Pode-se dizer que todos os itens do instrumento são importantes e afetam a medida do constructo do instrumento.

3.6.2 Estatística descritiva

As variáveis qualitativas foram descritas por meio da frequência relativa (%) e absoluta (n) e as quantitativas foram descritas pelas medidas de tendência central (média, valor máximo, valor mínimo e mediana) e pela medida de dispersão (desvio padrão). Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e figuras.

De acordo com Polit, Beck, Hungler (2004), o que dá a ideia do ponto médio do conjunto de dados é a média e a mediana; o desvio padrão confere a dispersão dos dados ao redor da média. Se os dados conferirem uma distribuição normal, se distribuirão ao redor da média.

A análise dos dados referentes à caracterização do perfil dos participantes se deu mediante a frequência percentual, o da Escala de Estresse no Trabalho foi a soma dos escores atribuídos a cada item e, dividido pelo número total de itens da escala, obtendo-se a média aritmética.

A partir da média, os participantes do estudo foram classificados quanto à intensidade de estresse. Tendo em vista que a escala oferece cinco opções de resposta com valores

variáveis de um a cinco, a análise foi realizada de acordo com a intensidade dos escores, apresentando indicativo de estresse ocupacional: baixo, moderado ou alto. O ponto de corte foi estabelecido pela mediana dos profissionais, após responderem este instrumento.

Quadro 2 - Escores do Instrumento da EET

Pontuação Referência	Classificação
1,00 a 2,00	Baixo estresse
2,01 a 4,00	Moderado Estresse
4,01 a 5,00	Alto Estresse

Fonte: Pesquisa

No Inventário de Estratégias de *Coping*, composto por oito fatores, sendo os seus 66 itens agrupados nos respectivos fatores. As perguntas oferecem quatro opções de resposta, com valores variando de zero a três, em escala tipo *Likert*. Para análise foi efetuado a soma dos escores atribuídos a cada item de um mesmo fator e dividido pelo número total de itens do fator, identificando-se, assim, as estratégias de *Coping* mais utilizadas pelos sujeitos do estudo.

3.6.3 Teste de normalidade e associação

De acordo com Field (2009), este teste é usado a fim de identificar a normalidade dos dados, avaliar se um conjunto de dados atende ou não a uma distribuição normal. Isto é possível pela identificação do valor de p , uma vez que, $p > 0,05$ (não significativo), que dizer que os dados não diferem significativamente de uma distribuição normal, atendendo a normalidade e são simétricos. Se $p < 0,05$, configura dizer que os dados diferem significativamente de uma distribuição normal, portanto, são assimétricos.

Após a avaliação da normalidade, se utilizou os testes paramétricos (aos dados que apresentam distribuição normal) e não paramétricos (aos que atendem uma distribuição não normal).

Foi realizado também análise de associação a fim de verificar significância estatística no estudo (entre os instrumentos utilizados). Aplicou-se o Teste da Normalidade para avaliar a distribuição dos dados coletados.

Após, realizou-se Testes Não Paramétricos de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney para estabelecer diferenças estatísticas entre dados com distribuição não normal. Para avaliação foi

utilizado o Coeficiente de Pearson para os dados com distribuição normal. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

3.6.4 Análise de correlação

Na análise de correlação pode-se utilizar o coeficiente de correlação de Pearson para dados simétricos e distribuição normal, ou o coeficiente de correlação de Spearman, para dados assimétricos e que não possuem distribuição normal. (FIELD, 2009)

Neste estudo, a análise de correlação foi realizada pelo coeficiente de Spearman, uma vez que os dados foram assimétricos. Segundo Bisqueira; Sarriera; Martínez (2004) esta análise apresenta o objetivo de encontrar o grau de relação entre duas variáveis. O valor do coeficiente de correlação compreende valor de $-1 < r < 1$. Os valores positivos demonstram que as variáveis estão diretamente relacionadas, já os negativos, que as variáveis se encontram inversamente relacionadas. Estes autores trazem os valores de referência para a interpretação do coeficiente de correlação:

Quadro 3 - Interpretação dos valores do coeficiente de correlação

Coeficiente	Interpretação
$r=1$	Correlação Perfeita
$0,80 < r < 1$	Muito alta
$0,60 < r < 0,80$	Alta
$0,40 < r < 0,60$	Moderada
$0,20 < r < 0,40$	Baixa
$0 < r < 0,20$	Muito baixa
$r=0$	Nula

Fonte: Bisqueira, Sarriera, Martínez (2004)

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Dados Sóciodemográficos da População

O estudo dispôs de 105 profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) correspondendo a 85,4% do total do grupo elegível da Instituição.

Tabela 1 - Distribuição dos dados sóciodemográficos dos profissionais de enfermagem, Rio de Janeiro, 2015

Variáveis	Frequência	
	Absoluta (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	87	82,9
Masculino	18	17,1
Estado civil		
Solteiro	31	29,5
Casado	52	49,5
Viúvo	1	1
Divorciado	11	10,5
União Estável	10	9,5
Religião		
Sim	92	87,6
Não	13	12,4
Tipo de Religião		
Não tem	13	12,4
Católica	43	41
Evangélico	31	29,5
Espírita	14	13,3
Outra	4	3,8
Costuma fazer atividade de lazer		
Sim	96	91,4
Não	9	8,6

Fonte: Pesquisa

Evidenciou-se entre os profissionais de enfermagem um predomínio do sexo feminino, do total dos participantes 82,9% corresponderam profissionais do sexo feminino e 17,1% masculino, (49,5%) o estado civil de casado. A maioria dos entrevistados possui uma religião 87,6%, com predomínio 41% da religião católica. Dos profissionais de enfermagem, 91,4% realizam atividades de lazer. As atividades mais citadas foram: atividades recreativas (viagem, cinema, praia, dentre outras) com 33,8%; seguidas de atividades desportivas, 24,8% (musculação, academia, corrida, dentre outras); atividades sociais, 15,7% (bares, restaurantes,

festas, boates, dentre outras); convívio familiar, 12,4%; atividades culturais, 9,9 % (leitura, aprender novos idiomas, dentre outras); atividades diversas, 3,4% (religião, dormir, dentre outras).

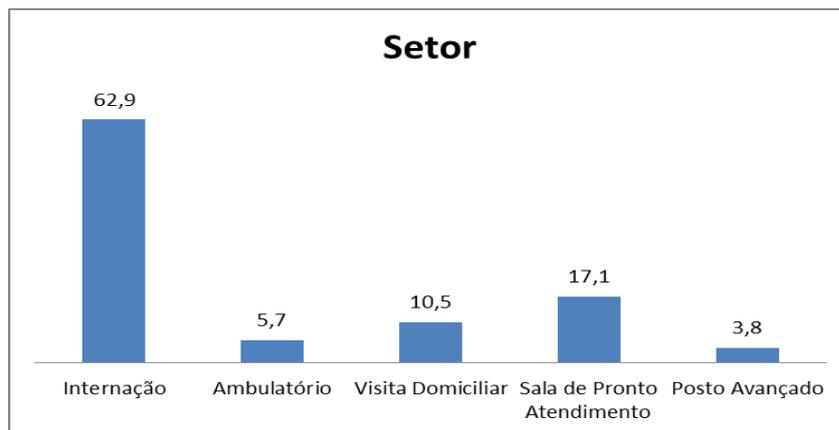
Tabela 2- Distribuição da equipe de enfermagem quanto às variáveis profissionais, Rio de Janeiro, 2015

Variáveis	Frequência	
	Absoluta (n)	Percentual (%)
Categoria Profissional		
Enfermeiro	42	40
Técnico de Enfermagem	63	60
Auxiliar de Enfermagem	0	0
Tempo de Formação profissional		
Menos de um ano	0	0
1 a 5 anos	9	8,6
6 a 10 anos	28	26,7
11 a 15 anos	23	21,9
16 a 20 anos	15	14,3
mais de 20 anos	30	28,6
Tempo no Cuidado Paliativo nesta Instituição		
Menos de um ano (mais de 6 meses)	2	1,9
1 a 5 anos	43	41
6 a 10 anos	35	33,3
11 a 15 anos	15	14,3
16 a 20 anos	6	5,7
mais de 20 anos	4	3,8
Setor que atua nesta Instituição		
Internação	66	62,9
Ambulatório	6	5,7
Visita Domiciliar	11	10,5
Sala de Pronto Atendimento	18	17,1
Posto Avançado	4	3,8
Turno de trabalho		
Plantão Diurno	40	38,1
Plantão Noturno	38	36,2
Diarista	27	25,7
Outros vínculos empregatícios na enfermagem		
Sim	41	39
Não	64	61
Vínculo empregatício nesta Instituição		
CLT	22	21
Concursado Estatutário	83	79

Fonte: Pesquisa

Verifica-se que quanto à categoria profissional 60 % consistiram em profissionais técnicos de enfermagem e 40 % enfermeiros. Em relação ao tempo de formação profissional (TFP) 28,6 % apresentaram tempo superior a 20 anos, 26,7% de 6 a 10 anos e 21,9% de 11 a 15 anos. Em relação ao tempo de atuação nos Cuidados Paliativos da instituição, 41% referiram ter de 1 a 5 anos de atuação e 33,3% de 6 a 10 anos.

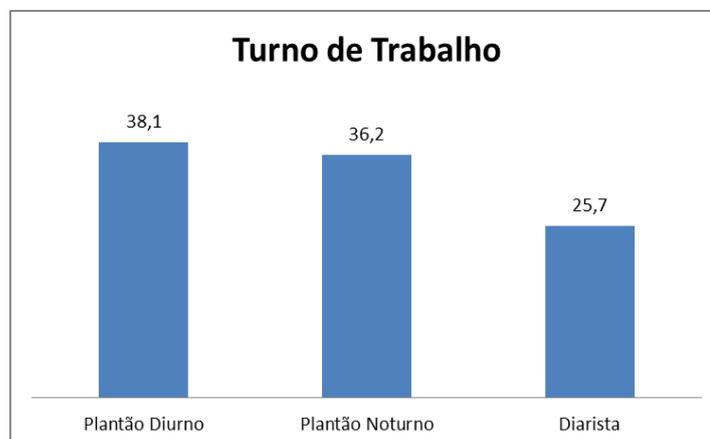
Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais de enfermagem entrevistados por setores de atuação, Rio de Janeiro, 2015



Fonte: Pesquisa

A maioria dos profissionais entrevistados atua no Setor de Internação, correspondendo a 62,9% (n=66); seguido de 17,1% (n=18) na sala de Pronto Atendimento; 10,5% (n=11) na Visita Domiciliar; 5,7% (n=6) no Ambulatório e 3,8% (n=4) no Posto Avançado.

Gráfico 2 - Distribuição dos profissionais de enfermagem entrevistados por turno de trabalho, Rio de Janeiro, 2015



Fonte: Pesquisa

Em relação ao turno de trabalho, 38,1% (n=40) atuam no plantão diurno, 36,2% (n=38) no noturno e 25,7 % (n=27) são diaristas. Todos os profissionais de enfermagem trabalham 40 horas semanais.

Tabela 3 - Medidas descritivas das variáveis contínuas idade e nº de filhos, Rio de Janeiro, 2015

Variáveis	Média	DP*	Mín.	Max.
Idade	39,5	8,8	23	65
Número de Filhos	1,0	1,0	0	5
DP* (Desvio Padrão)		Fonte: Pesquisa		

Destaca-se que a média de idade dos profissionais de enfermagem foi de 39,5 anos (DP= 8,8); o número de filhos em média é de um para cada participante, com DP =1,0.

4.2 Estresse Ocupacional (Escala de Estresse no Trabalho - EET)

Para verificação do estresse geral dos profissionais de enfermagem que atuam no Cuidado Paliativo Oncológico foi utilizada a média dos estressores identificados pelos participantes, a escala apresenta escores de 23 a 115 pontos, com a maior soma dos escores 101 identificou-se um participante e com a soma de menor escore registrou-se cinco entrevistados. Os valores médios variaram de 1,00 a 4,39.

Para a análise dos resultados se optou em classificar o estresse a partir da média geral de cada indivíduo, considerando a pontuação de um a cinco da EET, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição da equipe de enfermagem segundo a intensidade de estresse. Rio de Janeiro, 2015

Intervalo das médias	Intensidade	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
1,00 a 2,00	Baixo estresse	61	58,1
2,01 a 4,00	Moderado Estresse	43	41
4,01 a 5,00	Alto Estresse	1	0,9

Fonte: Pesquisa

Na Tabela a seguir a descrição dos resultados obtidos na ETT com informes do nº absoluto e relativo de profissionais respondentes referente a cada questão de acordo com a opção da escala de *Likert*.

Tabela 5 - Distribuição das respostas obtidas pelos participantes referente a Escala de Estresse no Trabalho, Rio de Janeiro, 2015

ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO (EET)	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	24	22,9	19	18,1	44	41,9	12	11,4	06	5,7
2. O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita	29	27,6	40	38,1	24	22,9	08	7,6	04	3,8
3. A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	37	35,2	41	39,0	19	18,1	06	5,7	02	1,9
4. Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	72	68,6	22	21,0	04	3,8	03	2,9	04	3,8
5. Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais	33	31,4	30	28,6	21	20,0	13	12,4	08	7,6
6. Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	47	44,8	35	33,3	16	15,2	03	2,9	04	3,8
7. A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado	51	48,6	27	25,7	17	16,2	06	5,7	04	3,8
8. Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho	72	68,6	15	14,3	01	1,0	04	3,8	13	12,4
9. Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade	39	37,1	25	23,8	18	17,1	07	6,7	16	15,2
10. Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	28	26,7	22	21,0	25	23,8	11	10,5	19	18,1
11. Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	61	58,1	29	27,6	07	6,7	04	3,8	04	3,8
12. Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho	45	42,9	20	19,0	12	11,4	14	13,3	14	13,3
13. Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	31	29,5	42	40,0	20	19,0	06	5,7	06	5,7
14. Fico de mau humor por me sentir isolado na organização	52	49,5	32	30,5	12	11,4	03	2,9	06	5,7
15. Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	45	42,9	33	31,4	14	13,3	03	2,9	10	9,5
16. As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado	33	31,4	33	31,4	24	22,9	07	6,7	08	7,6
17. Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	55	52,4	32	30,5	09	8,6	04	3,8	05	4,8
18. A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	54	51,4	31	29,5	11	10,5	03	2,9	06	5,7
19. A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação	46	43,8	29	27,6	14	13,3	10	9,5	06	5,7
20. Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	69	65,7	26	24,8	04	3,8	01	1,0	05	4,8
21. Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas	64	61,0	26	24,8	08	7,6	03	2,9	04	3,8
22. O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso	24	22,9	24	22,9	28	26,7	13	12,4	16	15,2
23. Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes	57	54,3	34	32,4	09	8,6	03	2,9	02	1,9

Fonte: Pesquisa

A média por cada item de acordo com a resposta dos investigados, permite identificar o estressor e a reação emocional correspondente de maior e menor estresse. Nas tabelas a seguir, destacam-se as situações de maiores e menores médias e suas medidas descritivas.

Tabela 6 - Medidas descritivas para situações de maiores médias na Escala de Estresse no Trabalho, Rio de Janeiro, 2015

Situações	Média	DP*	Mín.	Max.
O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso	2,59	1,13	1	5
Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	2,72	1,43	1	5
A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	2,74	1,35	1	5

DP*= Desvio Padrão

Fonte: Pesquisa

Tabela 7 - Medidas descritivas para situações de menores médias na Escala de Estresse no Trabalho, Rio de Janeiro, 2015

Situações	Média	DP*	Mín.	Max.
Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	1,52	0,98	1	5
Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	1,54	0,98	1	5
Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	1,67	1,02	1	5

DP*= Desvio Padrão

Fonte: Pesquisa

4.2.1 Associação entre os dados sociodemográficos/profissionais e o resultado do estresse no trabalho

Com esta análise de associação pretende-se verificar a significância estatística. Para tanto, aplicou-se o Teste da Normalidade para avaliar a distribuição dos dados coletados. A seguir, realizou-se Testes Não Paramétricos (Kruskal-Wallis e Mann-Whitney) para estabelecer diferenças estatísticas entre dados com distribuição não normal. Para avaliação foi utilizado o Coeficiente de Pearson para os dados com distribuição normal. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Os resultados serão apresentados em dois momentos: uma tabela com os dados sociodemográficos pessoais e outro com os dados relacionados a vida profissional em relação ao resultado do estresse no trabalho.

Tabela 8 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e o estresse no trabalho, Rio de Janeiro, 2015

VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS		ESTRESSE NO TRABALHO		Valor de p	
Sexo					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,182
	n	%	n	%	
Feminino	48	78,7%	39	88,6%	
Masculino	13	21,3%	5	11,4%	
Idade					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,067
	n	%	n	%	
20-30	6	9,8%	11	25,0%	
31-40	24	39,3%	20	45,5%	
41-50	20	32,8%	10	22,7%	
mais de 50	11	18,0%	3	6,8%	
Idade (agrupada)					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,029
	n	%	n	%	
20-40	30	49,2%	31	70,5%	
>40	31	50,8%	13	29,5%	
Estado civil					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,834
	n	%	n	%	
Solteiro	16	26,2%	15	34,1%	
Casado	31	50,8%	21	47,7%	
Viúvo	1	1,6%	0	0,0%	
Divorciado	7	11,5%	4	9,1%	
União Estável	6	9,8%	4	9,1%	
Estado civil (agrupado)					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,693
	n	%	n	%	
Sem companheiro	24	39,3%	19	43,2%	
Com companheiro	37	60,7%	25	56,8%	

Fonte: Pesquisa

(Continuação)

Tabela 8 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e o estresse no trabalho, Rio de Janeiro, 2015

VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS		ESTRESSE NO TRABALHO		Valor de p	
Religião					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,351
	n	%	n	%	
Sim	55	90,2%	37	84,1%	
Não	6	9,8%	7	15,9%	
Tipo de religião					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,78
	n	%	n	%	
Não tem	6	9,8%	7	15,9%	
Católico	27	44,3%	16	36,4%	
Evangélico	17	27,9%	14	31,8%	
Espírita	8	13,1%	6	13,6%	
Outra	3	4,9%	1	2,3%	
Tipo de religião (agrupado)					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,581
	n	%	n	%	
Católico	27	49,1%	16	43,2%	
Não católico	28	50,9%	21	56,8%	
Número de filhos					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,134
	n	%	n	%	
Tem filhos	42	68,85	24	54,54	
Não tem filhos	19	31,15	20	45,46	
Atividades de lazer					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,211
	n	%	n	%	
Sim	54	88,5%	42	95,5%	
Não	7	11,5%	2	4,5%	

Fonte: Pesquisa

A única variável que apresentou notória significância estatística foi a idade. Cabe ressaltar que foi realizado o agrupamento de algumas variáveis a fim de facilitar a interpretação. Foi observado que quanto maior a idade, menor era a intensidade de estresse. Do total da intensidade de estresse considerado moderado/alto entre os profissionais, 70,5% compreendiam os profissionais de 20-40 anos, ou seja, os mais jovens.

Tabela 9 - Associação entre as variáveis profissionais e o estresse no trabalho, Rio de Janeiro, 2015

VARIÁVEIS PROFISSIONAIS		ESTRESSE NO TRABALHO		Valor de p	
Categoria profissional					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,17
	n	%	n	%	
Enfermeiro	21	34,4%	21	47,7%	
Técnico de Enfermagem	40	65,6%	23	52,3%	
Tempo de formação profissional					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,133
	n	%	n	%	
1 a 5 anos	5	8,2%	4	9,1%	
6 a 10 anos	11	18,0%	17	38,6%	
11 a 15 anos	14	23,0%	9	20,5%	
16 a 20 anos	9	4,8%	6	13,6%	
mais de 20 anos	22	36,1%	8	18,2%	
Tempo de formação profissional (agrupado)					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,043
	n	%	n	%	
1-10 anos	16	26,2%	21	47,7%	
11-20 anos	23	37,7%	15	34,1%	
mais que 20 anos	22	36,1%	8	18,2%	
Tempo de serviço no cuidado paliativo					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,711
	n	%	n	%	
Menos de 1 ano	2	3,3%	0	0,0%	
1 a 5 anos	22	36,1%	21	47,7%	
6 a 10 anos	22	36,1%	13	29,5%	
11 a 15 anos	9	14,8%	6	13,6%	
16 a 20 anos	4	6,6%	2	4,5%	
mais de 20 anos	2	3,3%	2	4,5%	
Tempo de serviço no cuidado paliativo (agrupado)					
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse		0,885
	n	%	n	%	
1-10 anos	46	75,4%	34	77,3%	
11-20 anos	13	21,3%	8	18,2%	
mais que 20 anos	2	3,3%	2	4,5%	

Fonte: Pesquisa

(Continuação)

Tabela 9 - Associação entre as variáveis profissionais e o estresse no trabalho, Rio de Janeiro, 2015

VARIÁVEIS PROFISSIONAIS			ESTRESSE NO TRABALHO	Valor de p
Setor				
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse	0,689
	n	%	n	%
Internação	40	65,6%	26	59,1%
Ambulatório	4	6,6%	2	4,5%
Visita Domiciliar	6	9,8%	5	11,4%
SPA	10	16,4%	8	18,2%
Posto Avançado	1	1,6%	3	6,8%
Turno de trabalho				
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse	0,309
	n	%	n	%
Plantão Diurno	27	44,3%	13	29,5%
Plantão Noturno	20	32,8%	18	40,9%
Diarista	14	23,0%	13	29,5%
Turno de trabalho (agrupado)				
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse	0,446
	n	%	n	%
Diarista	14	23,0%	13	29,5%
Plantonista	47	77,0%	31	70,5%
Outros vínculos empregatícios na enfermagem				
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse	0,377
	n	%	n	%
Sim	26	42,6%	15	34,1%
Não	35	57,4%	29	65,9%
Vínculo empregatício institucional x Tempo de serviço no cuidado paliativo				
	Baixo estresse		Moderado/Alto Estresse	0,118
	n	%	n	%
CLT	16	26,2%	6	13,6%
Estatutário	45	73,8%	38	86,4%

Fonte: Pesquisa

A única variável que apresentou significância foi o tempo de formação profissional. Cabe ressaltar que também foi realizado o agrupamento de algumas variáveis a fim de facilitar a interpretação. Foi observado que quanto maior o tempo de formado menor é a intensidade de estresse ocupacional moderado/alto.

Do total da intensidade de estresse considerado moderado/alto entre os profissionais de enfermagem, 47,7% são profissionais que se formaram ao tempo de 1- 10 anos, ou seja, os que possuem menor tempo de formado. O tempo de formado corroborou com a variável idade, uma vez que os mais jovens apresentaram menor tempo de formação profissional, sendo considerados, portanto, mais estressados no ambiente laboral.

4.3 Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC)

Na análise dos dados obtidos pelo Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC) foi calculado a soma dos itens por fator e a média de cada fator. Desta maneira, se identificou os Fatores de *Coping* e as Estratégias de *Coping*, mais e menos utilizadas pela população do estudo para administrarem os estressores advindos do ambiente laboral.

Tabela 10 - Medidas descritivas para os fatores de *Coping*, Rio de Janeiro, 2015

Fatores de Coping	Soma	Média	DP*	Mín.	Max.
F1- Confronto	639,00	6,09	3,32	0,00	15,00
F2- Afastamento	699,00	6,66	2,95	0,00	13,00
F3- Autocontrole	1022,00	9,73	3,90	0,00	20,00
F4- Suporte Social	1004,00	9,56	3,81	0,00	17,00
F5- Aceitação da Responsabilidade	506,00	4,82	2,71	0,00	12,00
F6- Fuga- Esquiva	635,00	6,05	4,23	0,00	22,00
F7- Resolução de Problemas	1060,00	10,10	3,67	0,00	18,00
F8- Reavaliação Positiva	1191,00	11,34	4,64	0,00	20,00

Fonte: Pesquisa

Observa-se que o fator mais utilizado foi de Reavaliação Positiva, seguido de Resolução de Problemas. O menos utilizado foi o Aceitação da Responsabilidade.

Na Tabela a seguir a descrição dos resultados obtidos no Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC) com informes do nº absoluto e relativo de profissionais investigados em relação a opção da escala de *Likert*.

Tabela 11 - Distribuição das respostas obtidas dos pesquisados referente ao Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC), Rio de Janeiro, 2015

Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	0		1		2		3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	12	11,4	25	23,8	39	37,1	29	27,6
2. Tentei analisar o Problema para entendê-lo melhor.	03	2,9	20	19,0	46	43,8	36	34,3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	08	7,6	28	26,7	38	36,2	31	29,5
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	30	28,6	27	25,7	26	24,8	22	21,0
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	67	63,8	22	21,0	10	9,5	6	5,7
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	56	53,3	32	30,5	13	12,4	4	3,8
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias.	39	37,1	35	33,3	22	21,0	9	8,6
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o Problema, procurando mais dados sobre a situação.	9	8,6	29	27,6	35	33,3	32	30,5
9. Me critiquei, me repreendi.	37	35,2	40	38,1	16	15,2	12	11,4
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	34	32,4	26	24,8	35	33,3	10	9,5
11. Esperei que um milagre acontecesse.	85	81,0	10	9,5	6	5,7	4	3,8
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	65	61,9	27	25,7	13	12,4	00	00
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	62	59,0	27	25,7	9	8,6	7	6,7
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	33	31,4	33	31,4	22	21,0	17	16,2
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	9	8,6	29	27,6	40	38,1	27	25,7
16. Dormi mais que o normal.	69	65,7	14	13,3	12	11,4	10	9,5
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o Problema.	56	53,3	32	30,5	7	6,7	10	9,5
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	12	11,4	31	29,5	31	29,5	31	29,5
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	13	12,4	24	22,9	37	35,2	31	29,5
20. Me inspirou a fazer algo criativo.	22	21,0	30	28,6	31	29,5	22	21,0
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	7	6,7	28	26,7	33	31,4	37	35,2
22. Procurei ajuda profissional.	56	53,3	25	23,8	12	11,4	12	11,4
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	8	7,6	15	14,3	51	48,6	31	29,5
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	23	21,9	28	26,7	43	41,0	11	10,5
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	20	19,0	33	31,4	38	36,2	14	13,3
26. Fiz um plano de ação e o segui.	18	17,1	19	18,1	42	40,0	26	24,8
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o	14	13,3	29	27,6	42	40,0	20	19,0

esperado.								
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	20	19,0	28	26,7	37	35,2	20	19,0
29. Compreendi que o Problema foi provocado por mim.	53	50,5	29	27,6	19	18,1	4	3,8
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	11	10,5	31	29,5	44	41,9	19	18,1
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o Problema.	17	16,2	21	20,0	40	38,1	27	25,7
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o Problema.	43	41,0	28	26,7	23	21,9	11	10,5
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	86	81,9	9	8,6	6	5,7	4	3,8
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	76	72,4	14	13,3	13	12,4	2	1,9
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	24	22,9	27	25,7	26	24,8	28	26,7
36. Encontrei novas crenças.	69	65,7	21	20,0	12	11,4	3	2,9
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	60	57,1	30	28,6	9	8,6	6	5,7
38. Redescobri o que é importante na vida.	12	11,4	21	20,0	36	34,3	36	34,3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	16	15,2	25	23,8	38	36,2	26	24,8
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	66	62,9	26	24,8	7	6,7	6	5,7
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	42	40,0	37	35,2	21	20,0	5	4,8
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	24	22,9	25	23,8	27	25,7	29	27,6
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	58	55,2	30	28,6	10	9,5	7	6,7
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	41	39,0	45	42,9	11	10,5	8	7,6
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	10	9,5	27	25,7	41	39,0	27	25,7
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	17	16,2	35	33,3	25	23,8	28	26,7
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	70	66,7	21	20,0	8	7,6	6	5,7
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	20	19,0	42	40,0	33	31,4	10	9,5
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	13	12,4	23	21,9	40	38,1	29	27,6
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	56	53,3	26	24,8	19	18,1	4	3,8
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	19	18,1	28	26,7	34	32,4	24	22,9
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o Problema.	11	10,5	26	24,8	48	45,7	20	19,0
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	66	62,9	22	21,0	11	10,5	6	5,7
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	17	16,2	29	27,6	36	34,3	23	21,9
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	17	16,2	29	27,6	34	32,4	25	23,8
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de	15	14,3	29	27,6	32	30,5	29	27,6

alguma forma.								
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	28	26,7	22	21,0	26	24,8	29	27,6
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	16	15,2	28	26,7	32	30,5	29	27,6
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	34	32,4	26	24,8	29	27,6	16	15,2
60. Rezei.	17	16,2	14	13,3	24	22,9	50	47,6
61. Me preparei para o pior.	33	31,4	29	27,6	25	23,8	18	17,1
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	6	5,7	20	19,0	45	42,9	34	32,4
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	29	27,6	25	23,8	26	24,8	25	23,8
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	17	16,2	21	20,0	39	37,1	28	26,7
65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	17	16,2	35	33,3	28	26,7	25	23,8
66. Corri ou fiz exercícios.	55	52,4	18	17,1	11	10,5	21	20,0

Fonte: Pesquisa.

A média por cada item de acordo com a resposta dos participantes, permite identificar a estratégia de *Coping* a mais e a menos utilizada. Nas tabelas a seguir, destaca-se as situações de maiores e de menores médias e suas medidas descritivas.

Tabela 12 - Medidas descritivas para situações de maiores médias no Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC), Rio de Janeiro, 2015

Situações	Média	DP*	Mín.	Max.
Rezei.	2,02	1,13	0	3
Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	2,02	0,87	0	3
Tentei analisar o Problema para entendê-lo melhor.	2,1	0,8	0	3

DP*= Desvio Padrão

Fonte: Pesquisa

Tabela 13 - Medidas descritivas para situações de menores médias no Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC), Rio de Janeiro, 2015

Situações	Média	DP*	Mín.	Max.
Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0,31	0,75	0	3
Esperei que um milagre acontecesse.	0,32	0,75	0	3
Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0,44	0,78	0	3

DP*= Desvio Padrão

Fonte: Pesquisa

Verifica-se no Quadro 4 a identificação das estratégias de *Coping* que foram mais e menos utilizadas pelos profissionais de enfermagem de acordo com cada fator.

Quadro 4 - Estratégias de *Coping* com maior e menor média, Rio de Janeiro, 2015

Fatores	Estratégias mais utilizadas	Estratégias menos utilizadas
F1- Confronto	De alguma forma extravasei meus sentimentos.	Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.
F2- Afastamento	Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	Fiz como se nada tivesse acontecido.
F3- Autocontrole	Procurei encontrar o lado bom da situação.	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.
F4- Suporte Social	Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o Problema, procurando mais dados sobre a situação.	Procurei ajuda profissional.
F5- Aceitação da Responsabilidade	Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	Compreendi que o Problema foi provocado por mim.
F6- Fuga- Esquiva	Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.
F7- Resolução de Problemas	Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo. / Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.
F8- Reavaliação Positiva	Rezei.	Encontrei novas crenças.

Fonte: Pesquisa

Observa-se que no Fator 8 (Reavaliação Positiva), o mais utilizado entre os respondentes, a estratégia mais empregada por eles foi “Rezei”. O Fator menos utilizado foi o 5 (Aceitação da Responsabilidade), sendo a estratégia menos usada a “Compreendi que o Problema foi provocado por mim”.

4.3.1 Associação entre dados sociodemográficos e os itens do IEC

A fim de realizar análise de associação entre os dados Sociodemográficos e os itens do Inventário de Enfrentamento de *Coping*, inicialmente os itens do instrumento – IEC foram categorizados classificando os fatores de acordo com as estratégias baseados na Emoção ou no Problema, conforme mencionado em estudos de Stekel (2011); Bolzan (2012) e Benetti (2013), seguindo a teoria de Lazarus e Folkman (1984). Segue Quadro com a classificação:

Quadro 5 - Classificação dos fatores conforme focalização das estratégias de enfrentamento

Fatores	Focalização das Estratégias de <i>Coping</i>
1. Confronto	PROBLEMA
2. Afastamento	EMOÇÃO
3. Autocontrole	EMOÇÃO
4. Suporte Social	EMOÇÃO
5. Aceitação da Responsabilidade	PROBLEMA
6. Fuga-Esquiva	EMOÇÃO
7. Resolução de Problemas	PROBLEMA
8. Reavaliação Positiva	EMOÇÃO

Fonte: Pesquisa

Para estabelecer a relação da focalização da Estratégia de *Coping* baseada na Emoção e no Problema, partiu-se dos 66 itens do IEC vinculados aos fatores (F1 a F8).

Tabela 14- Resultados da associação entre as variáveis profissionais e a estratégia de enfrentamento (*Coping*) Rio de Janeiro, 2015

Variáveis Profissionais			COPING			Valor de p
			Emoção	Problema	Total	
Categoria Profissional	Enfermeiro	N	29	13	42	0,12
		%	36,3%	54,2%	40,4%	
	Técnico de enfermagem	N	51	11	62	
		%	63,8%	45,8%	59,6%	
Tempo de Formação Profissional	1-10 anos	N	26	11	37	0,22
		%	32,5%	45,8%	35,6%	
	11-20 anos	N	32	5	37	
		%	40,0%	20,8%	35,6%	
	mais de 20 anos	N	22	8	30	
		%	27,5%	33,3%	28,8%	
Tempo de trabalho no setor de Cuidado Paliativo	até10 anos	N	60	19	79	0,89
		%	75,0%	79,2%	76,0%	
	11-20 anos	N	17	4	21	
		%	21,3%	16,7%	20,2%	
	mais de 20anos	N	3	1	4	
		%	3,8%	4,2%	3,8%	
Turno de trabalho	Diarista	N	18	9	27	0,14
		%	22,5%	37,5%	26,0%	
	Plantonista	N	62	15	77	
		%	77,5%	62,5%	74,0%	

Fonte: Pesquisa

(Continuação)

Tabela 14- Resultados da associação entre as variáveis profissionais e a estratégia de enfrentamento (Coping) Rio de Janeiro, 2015

Variáveis Profissionais			COPING			Valor de p		
			Emoção	Problema	Total			
Setor	Internação	N	53	12	65	0,34		
		%	66,3%	50,0%	62,5%			
	Ambulatório	N	4	2	6			
		%	5,0%	8,3%	5,8%			
	Visita domiciliar	N	7	4	11			
		%	8,8%	16,7%	10,6%			
	Sala de pronto atendimento	N	12	6	18			
		%	15,0%	25,0%	17,3%			
	Posto avançado	N	4	0	4			
		%	5,0%	0,0%	3,8%			
	Outro Vínculo Empregatício	Sim	N	31	10		41	0,80
			%	38,8%	41,7%		39,4%	
Não		N	49	14	63			
		%	61,3%	58,3%	60,6%			
Vínculo Empregatício Institucional	CLT	N	13	9	22	0,03		
		%	16,3%	37,5%	21,2%			
	Estatutário	N	67	15	82			
		%	83,8%	62,5%	78,8%			

Fonte: Pesquisa

Observa-se que a única variável significativa estatisticamente foi o vínculo empregatício institucional ($p=0,03$). Verificou-se que os profissionais com vínculo estatutário, tenderam a utilizar estratégias focalizadas na Emoção, correspondendo a 83,8 % dos profissionais que utilizam a estratégia com este foco.

Tabela 15 - Resultados da associação entre as variáveis pessoais e a estratégia de enfrentamento (*Coping*), Rio de Janeiro, 2015

Variáveis pessoais			COPING		Total	Valor de p
			Emoção	Problema		
Idade	20-30	N	14	3	17	0,61
		%	17,5%	12,5%	16,3%	
	31-40	N	35	8	43	
		%	43,8%	33,3%	41,3%	
	41-50	N	21	9	30	
		%	26,3%	37,5%	28,8%	
	maior que 50	N	10	4	14	
		%	12,5%	16,7%	13,5%	
Estado Civil	Sem companheiro	N	33	10	43	0,97
		%	41,3%	41,7%	41,3%	
	Com companheiro	N	47	14	61	
		%	58,8%	58,3%	58,7%	
Religião	Sim	N	72	19	91	0,16
		%	90,0%	79,2%	87,5%	
	Não	N	8	5	13	
		%	10,0%	20,8%	12,5%	
Tipo de Religião	Católico	N	33	9	42	0,90
		%	45,8%	47,4%	46,2%	
	Não católico	N	39	10	49	
		%	54,2%	52,6%	53,8%	
Atividades de lazer	Sim	N	72	23	95	0,37
		%	90,0%	95,8%	91,3%	
	Não	N	8	1	9	
		%	10,0%	4,2%	8,7%	

Fonte: Pesquisa

Observa-se que na Tabela 15 não apresentou nenhuma variável significativa estatisticamente na associação entre as variáveis pessoais e *Coping*.

4.3.2 Associação entre estresse no trabalho e *Coping*

Na análise do participante (Nº 83) apresentou estratégia focalizada tanto na Emoção quanto no Problema, retirado das análises e com os demais foi realizado análise de associação, avaliando a significância estatística dos resultados (valor de p).

Tabela 16 - Resultados da associação entre estresse no trabalho e *Coping*, Rio de Janeiro, 2015

Estresse no Trabalho			COPING		Total	Valor de p
			Emoção	Problema		
ETT Baixo Estresse	N	46	15	61	0,15	
	%	57,5%	62,5%	58,7%		
Moderado Estresse	N	34	8	42		
	%	42,5%	33,3%	40,4%		
Alto Estresse	N	0	1	1		
	%	0,0%	4,2%	1,0%		

Fonte: Pesquisa

Nota-se que não houve significância estatística ($p=0,15$) na associação entre o estresse no trabalho e a estratégia de enfrentamento (*coping*). Cabe mencionar que o único indivíduo que apresentou **Alto Estresse** nesta pesquisa apresenta *Coping* focalizado no Problema. Os profissionais que apresentaram **Baixo ou Moderado Estresse** focalizaram suas estratégias baseadas na Emoção, totalizando 80 participantes.

4.3.3 Correlações entre Fatores e IEC e ETT com IEC e Fatores

E ainda, realizou-se o estudo de correlação entre estresse no trabalho e *Coping*. Pode-se observar que as correlações foram positivas, diretamente relacionadas. Tiveram correlações estatísticas alta entre os fatores selecionados na tabela a seguir:

Tabela 17 - Correlação entre estresse e fatores de *Coping*, Rio de Janeiro, 2015

Correlações	Fator Total	Fator1	Fator2	Fator3	Fator4	Fator5	Fator6	Fator7	Fator8
Fator Total	1,00	0,70**	0,52**	0,65**	0,74**	0,68**	0,72**	0,72**	0,74**
Fator1	0,70**	1,00	0,21**	0,39**	0,57**	0,51**	0,53**	0,41**	0,43**
Fator2	0,52**	0,21**	1,00	0,40**	0,28**	0,31**	0,49**	0,20**	0,31**
Fator3	0,65**	0,39**	0,40**	1,00	0,33**	0,31**	0,51**	0,56**	0,45**
Fator4	0,74**	0,57**	0,28**	0,33**	1,00	0,58**	0,45**	0,51**	0,54**
Fator5	0,68**	0,50**	0,30**	0,30**	0,57**	1,00	0,51**	0,48**	0,47**
Fator6	0,72**	0,53**	0,49**	0,51**	0,45**	0,51**	1,00	0,35**	0,40**
Fator7	0,72**	0,41**	0,20**	0,52**	0,51**	0,48**	0,35**	1,00	0,57**
Fator8	0,74**	0,43**	0,31**	0,45**	0,54**	0,47**	0,40**	0,57**	1,00
Estresse	0,26**	0,17	0,10	0,26**	0,26**	0,35**	0,27**	0,10	0,10

Fonte: Pesquisa

** Correlação significativa ($p<0,05$)

Fator 1=confronto; Fator2= afastamento; Fator 3=autocontrole; Fator4=suporte social; Fator 5=aceitação de responsabilidade; Fator 6=fuga-esquiva; Fator 7=resolução de Problemas; Fator 8=reavaliação positiva.

Para os fatores, as correlações foram significativas positivas de moderada a baixa. Em relação ao estresse total e os fatores de *Coping*, as correlações foram positivas, de baixa a

muito baixa. Observou-se que os fatores 3, 4, 5 e 6 apresentaram correlações significativas estatisticamente. Segue no Quadro 6 os valores após análise realizada.

Quadro 6 - Valores dos coeficientes de correlação e do valor de p (significância)

Fatores	Coeficiente de Correlação / Valor de p	Resultados
Fator 1	Correlation Coefficient	0,17
	Valor de p	0,09
Fator 2	Correlation Coefficient	0,10
	Valor de p	0,29
Fator 3	Correlation Coefficient	0,26**
	Valor de p	0,01
Fator 4	Correlation Coefficient	0,26**
	Valor de p	0,01
Fator 5	Correlation Coefficient	0,35**
	Valor de p	< 0,0005
Fator 6	Correlation Coefficient	0,27**
	Valor de p	< 0,0005
Fator 7	Correlation Coefficient	0,10
	Valor de p	0,33
Fator 8	Correlation Coefficient	0,11
	Valor de p	0,28

Fonte: Pesquisa

** Correlação significativa ($p < 0,05$)

Fator 1=confronto; Fator2= afastamento; Fator 3=autocontrole; Fator4=suporte social; Fator 5=aceitação de responsabilidade; Fator 6=fuga-esquiva; Fator 7=resolução de Problemas; Fator 8=reavaliação positiva.

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

Atualmente, têm-se observado que os estudos apresentam enfoque e interesse na saúde do trabalhador, atrelado as condições de trabalho e os distúrbios/alterações provocados e/ou contribuídos pela própria atividade laboral. Quando a prática laboral não se encontra em equilíbrio com o indivíduo se pode inferir que os profissionais estão propensos ao estresse ocupacional.

Schmidt, Dantas, Marziale *et al.* (2009, p. 330), definem como o estresse ocupacional no modo de vida atual.

“(…) como um dos riscos mais sérios ao bem-estar psicossocial do indivíduo. O estresse relacionado ao trabalho coloca em risco a saúde dos membros da organização e tem como consequências o desempenho ruim, baixo moral, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho”.

Paschoal, Tamayo (2004) complementam mencionando que o aumento nos estudos acerca deste tema é justamente devido ao impacto do comprometimento das condições de saúde dos trabalhadores na efetividade e funcionamento das organizações.

Este estudo reafirma sua importância quanto ao tema como subsídio às práticas de enfermagem, configurando a estratégia de enfrentamento efetiva como um fator de proteção à saúde dos profissionais de enfermagem, inseridos neste contexto de trabalho, e como um meio de garantir uma assistência paliativista qualificada aos pacientes oncológicos.

Em relação a variável **sexo** identificou-se que houve um predomínio do sexo feminino, do total dos participantes 82,9% (n=87). Este resultado se replica com o perfil dos profissionais de enfermagem no âmbito nacional e mundial, se assemelha com outros estudos em relação a esta variável. (BIANCHI, 1990; GUIDO, 2003; BURKE, 2005; GUERRER, 2007; CAVALHEIRO, 2008; GRAZZIANO, 2008; LINCH, 2009; BELANCIERI; BELUCI; SILVA *et al*, 2010; FRANÇA; FERRARI; FERRARI, 2012; BENETI, 2013)

A enfermagem é uma das profissões da saúde que aumenta a feminização da força de trabalho no país. A feminização vem atrelada a atividade laboral, uma vez que considera influente neste processo a história, a cultura e a figura da mulher, de possuir habilidades e qualidades específicas, se enquadrando assim nesta profissão. A Enfermagem é muitas das vezes enxergada como uma vocação feminina que foi profissionalizada pelas enfermeiras, técnicas e auxiliares. (LINCH, 2009; MALAGUTTI; MIRANDA, 2011; ELIAS; SOUZA; VIEIRA, 2014)

Esta variável não apresentou diferença estatística significativa ($p=0,182$) ao comparar com o estresse.

Com relação ao **estado civil** predominou o de casado 49,5% ($n=52$). Foi observado o mesmo perfil em estudos similares. (ANDOLHE, 2009; LINCH, 2009; STEKEL, 2011; BENETI, 2013).

Quanto ao **número de filhos** identificou-se que a média foi de um filho para cada participante. Ao pesquisar acerca da influência da família no trabalho identificou-se autores que se contrapõem na afirmação da interferência família-trabalho.

Paschoal, Tamayo (2004) consideram que poderá ocorrer interferência de Problemas familiares no trabalho, alterando a percepção do trabalhador e de suas responsabilidades laborais, constituindo assim como um estressor organizacional. Mas Andolhe (2009) considera o companheiro e os filhos como sendo uma fortaleza, um suporte social importante para o profissional, representando segurança e apoio.

Rodrigues (2006) em seu estudo de *Burnout* e estilos de *Coping* corrobora com Andolhe (2009), ao relatar que o suporte familiar poderá auxiliar positivamente os profissionais no enfrentamento do estresse ocupacional. No presente estudo, estas variáveis (estado civil: $p=0,693$; número de filhos: $p=0,134$) não apresentaram diferenças estatísticas significativas ao associar com o nível de estresse.

Quanto à **religião** a maioria dos profissionais entrevistados referiu ter uma religião 87,6% ($n=92$), com o predomínio da católica. Em estudo realizado por Ekedahl; Wengström (2010) com enfermeiros oncológicos constatou-se que alguns profissionais utilizam a religião como um apoio, como uma estratégia de *Coping*. Foi considerado em sua pesquisa como algo que traga paz, calma. Relata também que o enfrentamento estabelecido é de acordo com a cultura de cada pessoa e que devemos sempre respeitá-los, a fim de criarmos um clima favorável dentro da própria equipe de enfermagem. Portanto, não há diferença em relação ao tipo da religião e a eficácia da estratégia.

Conforme Lazarus; Folkman (1984) a estratégia é estabelecida por cada indivíduo em cada situação, como uma relação dinâmica e recíproca entre a pessoa e o ambiente em que ela se encontra, podendo gerar estratégias efetivas ou não para o controle do estresse.

No estudo em questão, não houve diferença estatística significativa ao associar a religião ou não ($p=0,351$) com o nível de estresse. Porém, foi evidenciado que dentre as estratégias de *Coping*, o Fator mais utilizado pela equipe foi a “Reavaliação Positiva”, a estratégia de *Coping* mais utilizada “Rezei”.

Pode-se compreender que o fato da religião não ter tido relação significativa com a classificação de estresse, a espiritualidade foi a estratégia mais utilizada entre os profissionais estudados.

Cabe salientar que o campo do cuidado paliativo oncológico é diferenciado, no qual os profissionais de enfermagem realizam o cuidado ao paciente que não mais apresenta possibilidade de cura ou tratamento oncológico.

Estes profissionais lidam sempre com prognósticos ruins; incurabilidade; manejo de sintomas que causam sofrimento e desconforto ao paciente, como: a dor, sangramento, dispneia, constipação, náuseas, vômitos, fadiga; mutilações; processo de finitude; morte; luto.

Deste modo, o desgaste emocional poderá se fazer presente em tal atuação, concorrendo para a penosidade do cotidiano dos profissionais, tornando-os vulneráveis para o acometimento do estresse ocupacional. As estratégias de enfrentamento auxiliam este profissional para a adaptação no ambiente de trabalho, a fim de afastar mentalmente a situação que o ameaça ou estressa.

Segundo Lukoff, Lu, Turner (1992); Miller (1998) as pessoas poderão utilizar-se de enfrentamento caracterizado como religioso. Esta estratégia inclui a religiosidade e a espiritualidade. É bom saber diferenciar estas duas palavras que muitas vezes são ditas como sinônimas. A religiosidade compreende a instituição religiosa e/ou igreja que a pessoa crê e pratica, determinando o que chamamos de religião. A espiritualidade, se caracteriza pela crença em Deus, é algo individual, representando a ligação do indivíduo com o Universo e com outras pessoas.

Sullivan (1993) corrobora afirmando que a espiritualidade vai além da religião e da religiosidade, ela se baseia em questões do propósito da vida e o seu significado. Em nosso estudo a espiritualidade foi destacada como sendo a Estratégia de *Coping* mais utilizada. A expressão “Rezei”, demonstrou a ligação do indivíduo e o Universo, não havendo significância quanto a religião.

No que concerne à variável **atividade de lazer** dos profissionais de enfermagem 91,4% (n=96) a realizam, sendo: atividades recreativas, desportivas, atividades sociais, convívio familiar, dentre outras. As atividades de lazer podem funcionar como estratégias para minimizar o desgaste emocional e físico gerado pelo trabalho. (BOLZAN, 2012)

No mundo em vivemos onde a competitividade, a busca por melhores salários, o acúmulo de empregos, o tempo para se dedicar a fazer algo que goste, que gere prazer, acaba ficando muito reduzido ou até mesmo inexistente. A falta de tempo para o lazer, família,

amigos e necessidades pessoais poderá gerar repercussões para a saúde e as relações interpessoais destes profissionais. (BOLZAN, 2012)

Neste estudo não houve diferença estatística significativa ($p=0,211$) ao associar “ter ou não atividade de lazer com o nível de estresse”. Cabe reafirmar que a maioria dos profissionais apresentam atividades de lazer.

Constatou-se que a média de **idade** dos profissionais de enfermagem foi de 39,5 anos (DP= 8,8). Alguns estudos trouxeram dados semelhantes quanto a faixa etária como Stekel (2011) que teve como participante no seu estudo, a equipe de enfermagem em um hospital universitário; Andolhe (2009) que teve como participante no seu estudo, a equipe de enfermagem que atua no cuidado à mulher com câncer de mama.

A idade apresentou significância estatística com a variável do estresse ($p=0,029$). Foi observado que quanto maior a idade, menor era a intensidade de estresse. Do total da classificação de estresse considerado moderado/alto entre os profissionais, 70,5% compreendiam os profissionais de 20-40 anos, ou seja, os mais jovens. Desta maneira, pode-se pressupor que os profissionais que compreendem a faixa etária maior que 40 anos são aqueles que apresentam possível maturidade e experiência de vida.

A experiência de vida foi considerada por Silva, Beck, Guido (2009) com algo que possa contribuir nas decisões do trabalho e da vida individual. Manetti (2009) corrobora afirmando que a exposição ao estresse diminui de acordo que aumenta a idade. Isto nos permite compreender que a vivência e a maturidade podem auxiliar na habilidade e na segurança para decidir e optar por estratégias de *coping* mais adequadas a situações consideradas pelo indivíduo como estressantes, trabalhando desta maneira a exposição e o acometimento do estresse.

No contexto deste estudo entende-se que com o passar do tempo de atuação no trabalho, os profissionais tendem a criar estratégias mais eficazes a fim de conseguirem exercer a função com menos estresse laboral associado.

Em relação aos resultados relacionados as variáveis profissionais estudadas quanto a **categoria profissional**, 60 % consistiram em profissionais técnicos de enfermagem e 40 % enfermeiros. Não houve diferença estatística significativa ($p=0,17$) ao associar a categoria profissional com o nível de estresse.

Estudos apresentam diferenças entre os níveis de estresse e as categorias profissionais, como por exemplo, Benetti (2013) apresenta que os enfermeiros foram identificados com níveis de estresse mais altos do que os técnicos de enfermagem (pesquisa realizada em

hospital privado). Panizzon (2008) em seu estudo encontrou maiores escores de estresse para o profissional enfermeiro do que para os técnicos de enfermagem.

Pode-se discorrer empiricamente que isto poderá estar associado às atividades gerenciais e assistenciais que os enfermeiros desenvolvem, como coordenação de equipes, unidades, atividade de supervisão e diversas cobranças da administração, e a atividade assistencial propriamente dita.

No que refere ao **tempo de formação profissional** (TFP) 28,6 % apresentam tempo superior a 20 anos, 26,7% de 6 a 10 anos e 21,9% de 11 a 15 anos. Isto demonstra experiência profissional adquirida. Esta variável apresentou significância estatística ($p=0,043$) comparada com o estresse.

Após o agrupamento das classes da categoria TEP para realização das análises, verificou-se que quanto maior o tempo de formado, menor é o nível de estresse ocupacional. Do total da intensidade de estresse considerado moderado/alto 47,7% são profissionais de enfermagem que se formaram a um tempo compreendido de 01 a 10 anos, ou seja, os que possuem menor tempo de formado. Isto correlacionou com variável idade, uma vez que os mais jovens apresentam menor tempo de formação profissional, sendo considerados os mais estressados no ambiente laboral.

Benetti (2013) afirma que “quanto maior o tempo de formado e de atuação profissional, maior domínio no campo de ação, segurança técnica e controle sobre as situações que surgem durante a assistência de enfermagem”.

No que tange o **tempo de atuação nos Cuidados Paliativos da Instituição** (no setor em questão), 41% referiram ter de 1 a 5 anos de atuação e 33,3% de 6 a 10 anos. Stekel (2011) considera ser muito relevante o tempo em que o profissional atua no mesmo setor, pois torna-se mais fácil a interação com os demais profissionais, com o ambiente, podendo auxiliar a perceber as situações desagradáveis, estressoras e planejar situações para adaptação no ambiente de trabalho.

Guido (2003); Silva, Beck, Guido (2009) concordam e reforçam que quanto maior o tempo em um mesmo setor, mais fácil é a adaptação no ambiente e menor estresse. Porém, outras pesquisas conotam um resultado diferente. Andolhe (2009); Bianch (1990) verificaram que os profissionais que apresentavam maior tempo no setor, apresentavam maior nível de estresse.

Cabe salientar que neste estudo não houve diferença estatística significativa ($p=0,8850$) ao associar o tempo de atuação nos Cuidados Paliativos com o nível de estresse.

Quanto aos **setores de atuação dos profissionais**, a maioria dos profissionais entrevistados atuava no setor de internação. Este setor é que apresenta o maior número da força de trabalho. Vale reforçar que apesar das diferenças estruturais entre os setores, todos da Unidade de Cuidados Paliativos atendem pacientes que apresentam doença oncológica em estado avançado, sem possibilidade de cura, em cuidados paliativos. Este acompanhamento é realizado de uma maneira menos invasiva e com menor intervenção tecnológica.

Neste estudo não houve diferença estatística significativa ($p=0,689$) ao associar os diferentes setores de atuação com o nível de estresse.

Em relação ao **turno de trabalho**, verificou-se que 38,1% atuam no plantão diurno, 36,2% no noturno e 25,7 % são diaristas. Porém, alguns estudos demonstram que o trabalho noturno altera o ritmo circadiano, podendo se relacionar com o maior acometimento de estresse, comprometendo assim a saúde e auxiliando no envelhecimento precoce deste trabalhador. (SILVA, BECK, GUIDO, 2009; FERREIRA, 2006)

Neste estudo, a variável “turno de trabalho” não apresentou diferença estatística significativa ($p=0,446$) ao associar com o nível de estresse. Portanto, os profissionais de enfermagem não são mais ou menos estressados em função do turno de trabalho. Benetti (2013) também não evidenciou diferença estatística significativa em sua pesquisa.

Quanto a existência de **outro vínculo empregatício** neste grupo investigado, a maioria não apresenta outro vínculo de trabalho, correspondendo a 61 % ($n=64$). Isto é um fator benéfico para a saúde destes trabalhadores, uma vez que a dupla jornada pode contribuir para o acometimento de estresse.

De acordo com Andolhe (2009), muitas vezes a dupla jornada se faz presente no profissional de enfermagem, uma vez que, é comum os baixos salários, a insatisfação profissional. Portanto, trata-se de uma condição de sobrevivência, os baixos salários, a dificuldade do sustento da família, muitas das vezes é o motivador que leva os profissionais a procurarem novas fontes de renda. Esta situação pode refletir diretamente na qualidade de vida deste profissional. E ainda, segundo Pafaro, Marino (2004) tendo menos tempo de lazer, descanso, dentre outras.

Neste estudo esta variável não apresentou diferença estatística significativa ($p=0,377$) ao associar com o nível de estresse. Cabe ressaltar que a maioria destes profissionais apresenta **vínculo empregatício institucional** estatutário (79%, $n=83$), conferindo uma estabilidade financeira, de vínculo Federal ao celetista. Eles apresentam um dos melhores salários existentes para esta profissão nesta região. Pode-se inferir que o fato de terem um

vínculo estatutário pode ter contribuído da maioria não exercerem a dupla jornada de trabalho. Todos os profissionais de enfermagem do estudo trabalham 40 horas por semana.

É um conhecimento de senso comum que o trabalho executado por enfermeiros em unidades de saúde normalmente se caracteriza pelo contato com situações estressantes. Essa situação poderá se agravar principalmente naquelas especialidades que assistem pacientes com doenças crônico-degenerativas, dentre elas o câncer.

Para Ferreira (1996); Salci, Sales, Marcon (2009) os profissionais que trabalham no serviço de oncologia estão expostos no dia a dia de seu trabalho, a situações geradoras de conflitos, como por exemplo: pressões que impõem o modelo médico tradicional de responsabilidade em relação a cura e a longevidade, frequentes perdas por morte, constante convívio com doentes graves e com a tristeza dos familiares e o convívio frequente com estes levando a criação de vínculos.

Quanto ao **estresse ocupacional** (EET), a maioria dos profissionais de enfermagem apresenta estresse de intensidade baixa (58,1%), 41% apresentam estresse moderado e um participante foi evidenciado estresse alto (0,9%).

Outros estudos corroboram com este resultado. Andolhe (2009), verificou resultado semelhante, em estudo realizado com a equipe de enfermagem que atua nos cuidados à mulher com câncer de mama; no estudo de Linch (2009) também observou-se resultado similar, em setor de hemodinâmica.

A questão de atuar no campo dos Cuidados Paliativos, não quer dizer que o profissional sofrerá mais porque irá lidar mais com morte, finitude e incurabilidade. Infere-se que o profissional que atua nesta especialidade apresenta uma afinidade, elabora estratégias de enfrentamento para amenizar as situações estressoras e desta maneira poderá apresentar um baixo nível de estresse relacionado ao trabalho.

A Escala de Estresse no Trabalho utilizada nesta pesquisa permite verificar os estressores e as reações a eles. Identificou-se que as **situações consideradas mais estressantes** (maiores pontuações) pelos participantes foram: “O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso”; “Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas”; “A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso”.

Estas questões estão relacionadas a sobrecarga no trabalho, carga horária e organização no trabalho. O mesmo resultado foi observado na pesquisa de Bolzan (2012), realizado com residentes médicos. Cabe mencionar que a Instituição na qual foi realizada a pesquisa estava passando por um período de transição de chefias, geral e de enfermagem.

Muitos pacientes que se encontram nesta unidade de Cuidado Paliativo, apresentam uma condição física debilitada, tendo a necessidade do suporte da equipe de enfermagem durante quase todo o período. Podem apresentar grandes lesões, fraqueza, fadiga, dores, sangramentos, dentre outros sintomas. A prática da enfermagem carrega em sua essência o cuidar. O cuidar oferecido ao paciente deve ser um cuidar humanizado, com empatia, respeito, satisfazendo as necessidades básicas de vida.

Segundo Pimenta (2010), não é algo novo para o enfermeiro quando se trata de cuidado paliativo. Esta atuação consiste em ações que são e sempre foram inerentes as atividades da enfermagem. Reforça que é apenas uma forma de reafirmar a arte de cuidar, educar, acolher, aliviar desconfortos controlando os sintomas e diminuir o sofrimento. Tudo isto faz parte do cotidiano da prática de trabalho da equipe de enfermagem.

Porém, conforme mencionado às peculiaridades do paciente oncológico em cuidado paliativo, é notório o volume de trabalho para a equipe, ainda mais quando não há um número adequado de profissionais para tal função. Isto é revelado na pesquisa como sendo algo que contribui para o estresse ocupacional, a sobrecarga de trabalho. Isto poderá vir a repercutir no absenteísmo desde profissional. O absenteísmo é definido conforme Chiavenato (2003), como sendo a ausência do profissional no ambiente de trabalho, podendo ter várias causas.

A sobrecarga no trabalho (carga horaria exaustiva, volume grande de atividades, dentre outras) poderá ocasionar o absenteísmo, mencionado acima. Deve-se entender que isto se transforma em uma bola de neve, uma vez que a ausência do profissional na equipe de enfermagem, ira gerar sobrecarga de trabalho para os demais, podendo prejudicar na saúde deste trabalhador, gerando desgaste psicológico, físico, social, podendo evoluir para a doença (MARTINATO; SEVERO, MARCHAND *et al.*, 2010).

Para a afirmação, também considerada entre as mais estressantes pelos investigados, “a forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso”, nota-se que a divisão do trabalho foi considerada a constituir uma fonte de sofrimento, algo que os ameaçam. A distribuição das tarefas norteia o trabalho, funcionando como um orientador da mente capaz de organizar e estabelecer sequencia para as ações, ou seja, organizar o trabalho conforme cada indivíduo avalia ser a melhor opção, direcionando-o para a melhor satisfação no trabalho. Uma vez que isto não acontece, o trabalho poderá se transformar em um ameaçador do equilíbrio mental. (BOLZAN, 2012)

Tentar manter o ambiente laboral ameno, organizado e harmônico é um desafio para os gestores. A divisão de tarefas e as delegações de funções fazem parte da construção deste ambiente almejado. (MARQUES; ABREU, 2008)

Cabe salientar que para manter a saúde mental e física do profissional de enfermagem, ou até mesmo o seu adoecimento, dependerá da interpretação e da identificação do evento estressor no ambiente de trabalho. Portanto, quanto maior a compreensão e o controle das situações e pressões no ambiente laboral, melhor será sua adaptação e conseqüentemente, menor o indicativo de estresse. (NEGELISKII; LAUTERT, 2011)

As situações que apresentaram **menor intensidade de estresse** foram: “Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre meu trabalho”; “Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias”; “Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior”. Estas situações demonstram que a confiança entre o empregado e a chefia se mostra como um fator protetor no relacionamento e na comunicação que ocorre de maneira positiva entre os colegas de trabalho.

Segundo Silva, Brasil, Guimarães *et al.* (2000) a comunicação é algo complexo que envolve interação, compartilhamento de mensagens, ideias, sentimentos, emoções, podendo influenciar o comportamento das outras pessoas, que por sua vez reagirão de acordo com suas crenças, valores, história de vida e cultura. É um processo que exige interpretação, imaginação, sensibilidade, participação ativa, troca de energia. É um ato de compartilhar a fim de estabelecer e manter relacionamentos com outras pessoas.

Diante do exposto acerca do acometimento do estresse nos profissionais de enfermagem, não se pode deixar de lembrar que os profissionais de enfermagem lidam constantemente com a dor e o sofrimento dos pacientes, necessitando de uma capacidade de adaptação às imprevisíveis situações de estresse e desgaste físico e emocional, o que requer o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, com vistas à resolução dos problemas dos seus pacientes e à administração do seu próprio estresse.

Os profissionais de enfermagem estão diariamente expostos às situações desgastantes no seu ambiente de trabalho. Devem-se considerar as características próprias do ambiente laboral e a sua organização. (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011). A equipe de enfermagem no cuidado paliativo oncológico poderá estabelecer vínculos afetivos com pacientes e familiares, sofrer por perdas, apresentar sensações de incapacidade e desesperança, conviver com a terminalidade e a morte. Esta exposição poderá concorrer com elevados níveis de pressão e estresse no ambiente de trabalho.

As estratégias de enfrentamento evidenciadas na pesquisa são a focalização na Emoção ou no Problema, identificou-se que o fator mais utilizado foi de Reavaliação Positiva, seguido de Resolução de Problemas. O menos utilizado foi o Aceitação da Responsabilidade.

A Reavaliação Positiva se refere às estratégias de enfrentamento que visam à aceitação da realidade, na qual, o indivíduo busca maneiras de amenizar a situação estressora. O trabalhador poderá estabelecer uma visão e pensamento positivo de si mesmo, tentando minimizar a carga emotiva da situação. Desta maneira, o indivíduo elabora estratégias cognitivas para afastar o evento estressor. As estratégias deste fator conferem um *Coping* focalizado na Emoção. (LAZARUS, FOLKMAN, 1984)

No Fator 8 do IEC, a estratégia que os profissionais mais utilizaram diante do exposto foi “Rezei”. Isto demonstra que diante das situações que exigiam solução de problemas, os participantes buscavam na espiritualidade a força para enfrentar o problema. Estudos compartilham com tal resultado como, BENETTI, 2013; RODRIGUES E CHAVES, 2008.

O Fator 7 (Resolução de Problemas), segundo mais usado, é uma estratégia focalizada no Problema, na qual pressupõe o planejamento adequado para lidar com o evento estressor e afastá-lo de si. (DAMIÃO; ROSSATO; FABRI *et al.*, 2009) No estudo de Lages, Costa, Lopez *et al.* (2011) este foi o fator mais utilizado. Os profissionais enfrentaram as situações de estresse de forma resolutiva, indo ao encontro ao problema e tentando trabalhá-lo.

As estratégias mais mencionadas nestes fatores foram com médias iguais: “Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo”; “Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário”.

Segundo Lazarus, Folkman (1984) os indivíduos que utilizam estas estratégias, podem conseguir alterar pressões ambientais por meio da avaliação do agente estressor, minimizando ou afastando a situação estressante.

O Fator 5 (Aceitação da Responsabilidade) foi o menos empregado pelos profissionais, a saber: “Compreendi que o Problema foi provocado por mim”. Este fator apresenta estratégias focalizadas no Problema. Nele, o indivíduo encara no sentido a aceitar a realidade da situação, indo ao encontro para alterá-la. (FOLKMAN, LAZARUS, 1985; DAMIÃO, ROSSATO, FABRI *et al.*, 2009)

As estratégias também muito usadas foram: “Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer” e “Tentei analisar o Problema para entendê-lo melhor”. A primeira pertence ao Fator 5 e a segunda não pertence a nenhum fator especificamente.

Em relação ao Fator Confronto, a estratégia mais citada foi “De alguma forma extravasei meus sentimentos”. Este fator apresenta estratégias focalizadas no Problema, na qual o indivíduo vai contra a situação que o ameaça ou estressa. Nos demais fatores (Afastamento; Autocontrole; Suporte Social, Fuga e Esquiva), a focalização das estratégias de enfrentamento é baseada na Emoção. Medeiros, Peniche (2006) afirmam que diante de tantas

estratégias de enfrentamento, a escolha delas é influenciada pelo estressor, pelas circunstâncias do momento e das experiências de confronto.

Antoniazzi, Dell’Aglío, Bandeira, (1998, p. 285) afirmam que o *Coping* focalizado no Problema é mais utilizado em situações modificáveis, na qual o indivíduo se esforça para atuar na situação que esta gerando o estresse, tentando modificá-la, atuando na situação Problema que existe entre o ambiente e ele próprio, aproximando-se ao estressor.

A estratégia de enfrentamento focalizada na Emoção é mais empregada em situações inalteráveis, em que o indivíduo atua no sentido de regular o seu estado emocional diante do estresse, compreendendo atitudes voltadas a um nível somático e/ou um nível de sentimentos. (LAZARUS; FOLKMAN, 1984)

Quanto ao uso das estratégias de enfrentamento não existe uma prescrição apontando quais seriam corretas ou erradas para uma determinada situação. O que existe, dependendo do indivíduo/situação, são estratégias efetivas ou não. Cabe ao indivíduo desenvolver e saber optar pela estratégia mais efetiva - *Coping* positivo - para remover a tensão ou diminuir a ameaça de uma situação. (LAZARUS; FOLKMAN, 1984)

Portanto, os fatores e as estratégias utilizadas baseadas na Emoção ou no Problema, caracterizam-se em estratégias de enfrentamento (*Coping*), como uma relação de sobrevivência do indivíduo frente às situações estressantes e desfavoráveis do trabalho que podem ser vistas como um fator de proteção à saúde dos profissionais de enfermagem inseridos no contexto de trabalho.

Cabe salientar que as estratégias de menores médias, ou seja, as menos usadas pelos profissionais foram: “Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação”; “Esperei que um milagre acontecesse”; “Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado”.

Em outros estudos, o uso de drogas psicoativas pelo profissional de enfermagem pode ser influenciado e/ou desencadeado pelas condições de trabalho, dada a facilidade de acesso, as inadequadas condições laborais e a sobrecarga de trabalho. (MARTINS; ZEITOUNE, 2007; ROCHA; DAVID, 2015)

Para Martins, Zeitoune (2007) muitas vezes os trabalhadores de enfermagem fazem uso de substâncias psicoativas a fim de diminuir o estresse laboral, a tensão.

Neste estudo teve-se como a opção “de recorrer ao auxílio de drogas e/ou vícios nocivos” com menor média, ou seja, a menos utilizada pelos profissionais de enfermagem.

Após análise de associação entre o *Coping* e as variáveis Sociodemográficas foi possível identificar que apenas uma variável apresentou significância estatisticamente, com

valor de $p=0,03$, a variável referente ao vínculo empregatício institucional. Verificou-se que os profissionais com vínculo estatutário, tenderam a utilizar estratégias focalizadas na Emoção, correspondendo a 83,8 % dos profissionais que utilizam a estratégia com este foco, a maioria foi baseada na Emoção. Isto encontra-se de acordo com o resultado geral do IEC nesta pesquisa.

De acordo com Lazarus, Folkman (1984) estas estratégias focalizadas na Emoção, correspondem as do tipo defensivas, porque o indivíduo evita se confrontar com a situação estressora. Complementam ainda considerando o processo como uma reavaliação cognitiva, tentando assim, modificar o significado do estressor, da situação que o ameaça.

O estresse apresenta total relação com a pessoa e o ambiente, de uma maneira dinâmica. Este estresse ao ser manejado pelo indivíduo por meio das estratégias de enfrentamento gera alterações no indivíduo. As respostas aos estressores de cada indivíduo é diferente. (LAZARUS; FOLKMAN, 1984)

As alterações são influenciadas pelas estratégias de *Coping* e pelas diferenças individuais. Portanto, é de grande valia considerá-los conjuntamente, para que possamos entender cada um e discuti-los de modo interdependente, considerando os recursos e as estratégias disponíveis. (PINHEIRO; TRÓCCOLI; TAMAYO, 2003)

Pode-se afirmar que na análise de correlação entre o Estresse (EET) e *Coping* (IEC), existiram correlações positivas, ou seja, quanto maior o estresse, maior a utilização das estratégias de enfrentamento.

Alguns fatores apresentaram correlação estatística positiva muito baixa (F1, F2, F7, F8) e outros correlação estatística positiva baixa (F3, F4, F5, F6). Nota-se que os Fatores 3, 4, 5 e 6 apresentaram correlação significativa estatisticamente. Isto significa que quanto maior o escore de estresse, mais a equipe utiliza estratégias Autocontrole, Suporte Social, Aceitação da Responsabilidade, Fuga e Esquiva.

Vale salientar que destes fatores, apenas o Fator 5 (Aceitação da Responsabilidade) apresenta estratégias focalizadas no Problema, sendo os demais, na Emoção.

Andolhe (2009), Guido (2003) identificaram em seus estudos, correlação significativa positiva entre o estresse e o Fator 4. Leite Junior (2009) considera o Apoio Social um fator que ameniza os problemas cotidianos, contribuindo para a diminuição do estresse. Bolzan (2012) evidenciou a correlação significativa positiva baixa entre estresse e confronto, ou seja, os indivíduos que mais utilizavam o confronto como estratégia de enfrentamento, tendiam aos maiores escores de estresse.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias de enfrentamento caracterizam a relação de sobrevivência do indivíduo com as situações desfavoráveis do trabalho. Elas podem ser vistas como um fator de proteção à saúde dos enfermeiros inseridos no contexto de trabalho. É considerada efetiva quando consegue diminuir os sentimentos desconfortáveis, as ameaças ou perdas pela mudança de comportamento, e inefetiva, se a situação ameaçadora permanece, ocasionando crise, desequilíbrio psicológico e fisiológico.

Portanto, seria de grande valia fortalecer e/ou criar formas de traduzir essa experiência em atividades educacionais e de apoio planejadas, a fim de favorecer a excelência do aprendizado na área e proporcionar um ambiente mais protegido.

O paciente oncológico que se encontra estritamente no cuidado paliativo é aquele no qual, não há possibilidades de cura ou tratamento oncológico para limitar o avanço e o crescimento do câncer. Portanto, os cuidados de enfermagem são de extrema importância à medida que tem muito a ser feito por eles, diferentemente do que pensam alguns dos profissionais de saúde. Este acompanhamento é realizado de uma maneira menos invasiva e menos tecnológica. O foco do tratamento é aliviar os sintomas físicos, espirituais e psicológicos, e garantir uma qualidade de vida.

Sendo assim, os profissionais deste estudo são expostos a uma carga emocional e física de trabalho, sendo necessário cuidar, confortar, comunicar, acolher os pacientes e seus familiares neste momento de fragilidade da vida humana. Muitas vezes o paciente apresenta uma debilidade física importante, subnutrição, lesões extensas, sangramentos, dores. Isto representa uma alta dependência de cuidados do paciente para com o profissional de enfermagem deste estudo, o que pode conferir em uma carga de trabalho exaustiva.

A pesquisa realizada demonstrou que 58,1% dos profissionais de enfermagem apresentaram indicativo de baixo estresse ocupacional, 41% de moderado estresse e 0,9% de alto estresse.

O resultado é extremamente relevante dado que a maioria dos profissionais de enfermagem apresentou um indicativo de baixo estresse ocupacional, considerando que o instrumento utilizado nesta pesquisa não objetivou a identificação de sinais e sintomas entre os participantes. A literatura ressalta o quanto o estresse laboral é capaz de desencadear sinais e sintomas sugestivos de desequilíbrio orgânico. Ao passo que aqueles com indicativo de moderado estresse ocupacional podem apresentar sintomas físicos e emocionais, correndo o

risco de atingir a fase da exaustão emocional. Isto implica diretamente no prejuízo para a saúde deste trabalhador como também para a instituição.

E ainda, os profissionais procuram desenvolver estratégias de enfrentamento efetivas com vistas à diminuição dos possíveis casos de doença relacionada ao trabalho e conseqüentemente, a melhoria da qualidade da assistência prestada. Dentre os fatores que compõe as estratégias de enfrentamento, o fator Reavaliação Positiva e Resolução de Problemas foram os mais empregados e Aceitação de Responsabilidade o fator menos citado pela equipe de enfermagem.

Entende-se, assim, que as estratégias quando efetivas poderão favorecer um cotidiano mais produtivo, menos desgastante, diminuindo os riscos ao adoecimento no trabalho, o que caracteriza altos índices de absenteísmo, sobrecarga de trabalho para os outros profissionais, redução na qualidade da produtividade dos serviços prestados.

Portanto, cabe aos gestores estabelecer mecanismos individuais e coletivos que contribuam no processo e nas condições de trabalho, minimizando os riscos ocupacionais contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência e da saúde do trabalhador de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ANDOLHE, R.; GUIDO, L. A.; LINCH, G. F. C. Stress e enfermagem oncológica: estudos no Centro de Pesquisa em Enfermagem (CEPEN). **Online braz j nurs**, Niterói, v.7, n 2, 2008. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1505/352>>.

Acesso em: 16 mar. 2015.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estud. psicol.**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-94, dez. 1998 .

ARAÚJO, M. M. T. **Quando “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”**: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. 2006. 153 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BELANCIERI, M. F.; BELUCI, M. L.; SILVA, D. V. R. *et al.* A. A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 227-33, 2010.

BELTRÃO, M. R. L. R.; VASCONCELOS, M. G. L.; ARAÚJO, E. C. A Criança com Câncer e a Família: Contexto, Descoberta e Ação. In: MALAGUTTI, W. (Org.). **Oncologia pediátrica: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2011.

BENETI, E. R. R. Estresse e coping em trabalhadores de enfermagem de um hospital privado. 2013. 115 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

BIANCHI, E. R. F. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro em centro cirúrgico. 1990. 113 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo, São Paulo.

BIANCHI, E. R. F. Conceito de stress - Evolução histórica. **Nursing**, v. 4, n. 39, p. 16-9, ago. 2001.

BIFULCO, V. A. Psico-oncologia: apoio emocional para o paciente, a família e a equipe no enfrentamento do câncer. In: BIFULCO, V. A.; FERNANDES JUNIOR, H. J. **Câncer: uma visão multiprofissional**. 2. ed. Barueri: Manole, 2010.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Ed. Atmed, 2004.

BITTENCOURT, A. R.; ALVES, D. Y.; LUZIA, N. S. *et al.* A temática da imagem corporal na produção científica nacional da enfermagem: um destaque para os pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 271-78, 2009.

BOCHI, K. C. G.; GARCIA, S. N.; LIMA, T. C. C. L. *et al.* A importância da orientação de alta hospitalar pelo enfermeiro aos pacientes submetidos às cirurgias de cabeça e pescoço através da utilização do recurso visual. **Prática Hospitalar**. Curitiba, v. 10, n. 55, p 109-13, 2008.

BOLZAN, M. E. O. **Estresse, coping, burnout, sintomas depressivos e hardiness em residentes médicos**. 2012. 133 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para serviços de saúde**. Brasília, DF, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114)

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Códigos da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde (CID-10)**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081014-104022-377.pdf>. Acesso em: 15 abr 2015.

BRASIL. Decreto n. 7602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 nov. 2011. Seção 1, p. 9-10.

BRITO E. S.; CARVALHO A. M. P. *Stress, coping* (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de assistência a portadores de AIDS e problemas hematológicos. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 365-72, 2003.

BURKE, R. J. Hospital restructuring stressors, support, and nursing staff perceptions of unit functioning. **The health care manager**, v. 28, n. 1, p. 21-8. 2005.

CAPONERO, R.; LAGE, L. M. Quimioterapia. In: CARVALHO, V.A. *et al* (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

CAVALHEIRO, A. M. **Estresse em enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva**. 2008. 141 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V.; ALMEIDA, P. C. Stress no trabalho de enfermeiro. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 63-71, 2003.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 60-5, 2009.

DAMIÃO, E. B. C.; ROSSATO, L. M.; FABRI, L. R. *et al*. O Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 43, n. spe 2, p. 1199-203, 2009.

DEITOS, T. F. H; GASPARY, J. F. P. Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 117-25, 1997.

EKEDAHL, M.A.; WENGSTRÖM, Y. Caritas, spirituality and religiosity in nurses' coping. **Eur J Cancer Care**, Suweden, v. 19, n. 4, p. 530-7, jul. 2010.

ELIAS, E. A.; SOUZA, I. E. O.; VIEIRA, L. B. **Significados do cuidado-de-si-mesmas de mulheres profissionais de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 415-20, set. 2014 .

FERNANDES JÚNIOR, H. J. Dissecando e Desmitificando o Câncer. In: BIFULCO, V. A.; FERNANDES JUNIOR, H. J. **Câncer: uma visão multiprofissional**. 2. ed. Barueri: Manole, 2010.

FERREIRA, L. R. C. **Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua relação com o cronotipo**. 2006. 164 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

FERREIRA, L. R. C.; MARTINO, M. M. F. D. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. **Rev. Ciênc. Méd.** v. 15, n. 3, p. 241-248, 2006.

FERREIRA, L. R. C.; MARTINO, M. M. F. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 241-48, maio/jun. 2006.

FERREIRA, N. M. L. A. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 229-53, ago.1996.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIRMINO, F. Papel do Enfermeiro na equipe de Cuidados Paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

FOLKMAN, S., LAZARUS, R. S. If it changes it must be a process: a study of emotion and coping during three stages of a college examination. **J Pers Soc Psychd**, v. 48, n. 1, p. 150-70, jan. 1985.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R.; FERRARI, D. C. *et al.* Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 961-70, out. 2012 .

GRAZZIANO, E. S. **Estratégia para redução de stress e burnout entre enfermeiros hospitalares**. 2008. 232 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GUERRER, F. J. L. **Estresse dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva no Brasil**. 2007. 113 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.42, n.2, p.355-62, 2008. Disponível em: < www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 14 mar.2014.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 182 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GUIDO, L. A.; GOULART, C. T.; SILVA, R. M. *et al.* Estresse e *burnout* entre residentes multiprofissionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1064-71, dez. 2012.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do estresse e sua influência na atividade laboral. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694-701, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24012014.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=233. Acesso em: 21 fev. 2015.

LAGES, M. G. G; COSTA, M. A. O; LOPES, T. R. *et al.* Estratégias de enfrentamento de enfermeiros frente ao paciente Oncológico Pediátrico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 503-10, 2011.

LAZARUS, R. S; FOLKMAN. S. Cognitive appraisal processes. In: LAZARUS, R. S; FOLKMAN. S. **Stress appraisal and coping**. New York: Springer, 1984. p. 22-54.

LEITE JUNIOR, J. A. P. **Estresse, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida no ambiente de trabalho: um estudo em um instituto de pesquisas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) - Universidade de Taubaté, Taubaté.

LINCH, G. F. C. **Estresse de enfermeiros em unidade de hemodinâmica**. 2009. 111 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

LIPP, M. N. **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas (SP): Papirus, 1996.

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

LIPP, M. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 3, p. 43-49, 1994.

LORENCETTI, A. E., SIMONETTI, A. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 944-50, dez. 2005 .

LUKOFF, D.; LU, F.; TURNER, R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious and psychospiritual problems). **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 180, n. 11, p. 673-82, 1992.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios: cuidados paliativos**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: CREMESP, 2008.

MACIEL, M. G. S.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos e a assistência na terminalidade. In: ABRALÉ – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. **Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado**. São Paulo: HR Gráfica e Editora, 2009.

MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S. M. R.C. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 2, (supl), p. 85-8, 2011.

MANETTI, M. L.; **Estudos de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar**. 2009. 234 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARQUES, V.; ABREU, J. A. **Estresse ocupacional, conceitos fundamentais para o seu gerenciamento**. 2009. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos_09/288_Estresse%20ocupacional,%20conceitos%20fundamentais%20para%20o%20seu%20gerenciamento.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

MARTINATO, M. C. N. B.; SEVERO, D. F.; MARCHAND, E. A. A. *et al.* Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.160-66, mar. 2010.

MARTINS, E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 639-44, dez. 2007.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: **Academia Nacional de Cuidados paliativos. Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

McCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 6-14, jan./mar. 2003.

MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 86-92, 2006.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-33, 2011.

MILLER, W. R. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. **Addiction**, v. 93, n. 7, p. 979-90, 1998.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of brazilian university hospitals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 340-7, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 dez. 2005. Seção 1, p. 80-1.

NASCIMENTO, A. N.; CASTRO, D. S.; AMORIM, M. H. C. *et al.* Estratégias de enfrentamento de familiares de mulheres acometidas por câncer de mama. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 789- 794, 2011.

NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 1-8, maio/jun. 2011.

NEGROMONTE, M. R. O.; ARAUJO, T. C. C. F. Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 238-44, abr. 2011 .

OLIVEIRA, M. G. M.; CARDOSO, C. L. Stress e trabalho docente na área de saúde, **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 135-41, abr./jun. 2011.

PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de campinas. **Rev Esc Enfem USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-60, 2004.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Impacto dos valores laborais e da interferência família: trabalho no estresse ocupacional. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 21, n. 2, p. 173-80, ago. 2005 .

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, L. Bioética e cuidados paliativos: alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas. In: PIMENTA, C. A. M; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. C. (Org.). **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. 10. ed. Baurer: Manole, 2006. p. 45-66.

PIMENTA, C. A. M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. v-viii, jun. 2010.

PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI, B. T.; TAMAYO, M. R. Mensuração de *Coping* no Ambiente Ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 153-158, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 41-8, 2015.

RODRIGUES, A. B. ***Burnout e estilos de coping em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos***. 2006. 169 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RODRIGUES, A. B.; CHAVES, E. C. Fatores estressantes e estratégias de *coping* dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 24-8, fev. 2008.

SANTOS, F. S. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: _____. **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011.

SANTOS, R. **O significado da ação educativa consulta de enfermagem no ambulatório de quimioterapia infantil: perspectiva dos familiares**. 2009. 110 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SALCI, M. A.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009.

SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 7, n. 1/2, p.183-201, 1996.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. *et al.* Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 330-37, jun. 2009.

SELYE, H. **Stress: a tensão da vida**. 2. ed. Tradução de Frederico Branco. São Paulo: IBRASA, 1959.

SILVA, L. M. G; BRASIL, V.V.; GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. *et al.* Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52-8, ago. 2000.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-66, out. 2006.

SILVA, R. F. A. Plano Terapêutico. In: ABRALÉ – Associação Brasileira de Linfomas e Leucemia. **Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado**. São Paulo: HR Gráfica e Editora, 2009.

SILVA, R. M.; BECK, C. L. C.; GUIDO, L. A. Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 298-305, jun. 2009.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, mar. 2001. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf

STEKEL, L. M. C. Estresse e *coping* entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário. 2011. 100 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

SULLIVAN, W. P. It helps me to be a whole person: The role of spirituality among the mentally challenged. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, v. 16, p. 125-34, 1993.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. spe, p. 38-46, 2007.

TRINCAUS, M. R. **A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação de metástase**. 2005. 131 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto).

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; LINCH, G. F. C. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-73, jan./mar. 2010.

WU, H.; CHI, T.S.; CHEN, L. *et al.* Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. **J Adv Nurs**, v. 66, n. 3, p. 627-34. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05203.x/pdf>>. Acesso em: 17 abr 2015

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ESTRESSE OCUPACIONAL E ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA ENFERMAGEM ONCOLÓGICA QUE ATUA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Nome do Voluntário: _____

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que envolve a equipe de enfermagem de um Hospital de Oncologia na Unidade de Cuidado Paliativo, localizado na Cidade do Rio de Janeiro. Será convidado (a) a responder três instrumentos, sendo o primeiro, um questionário Sócio Demográfico, a fim de caracterizar o público estudado, o segundo, uma Escala de Estresse no Trabalho (EET), e o terceiro, um Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus.

Este estudo permitirá a identificação do indicativo ou não do estresse ocupacional e das estratégias de enfrentamento que são utilizadas diante uma situação estressora, podendo favorecer um cotidiano mais produtivo, menos desgastante, que, por conseguinte, diminuir os riscos ao adoecimento no trabalho, o que caracteriza altos índices de absenteísmo, sobrecarga de trabalho para os outros profissionais, redução na qualidade da produtividade dos serviços prestados, gerando um ciclo. A relevância deste estudo está em buscar maneiras de favorecer o ajustamento da equipe de enfermagem a realidade da prática assistencial dos cuidados paliativos oncológicos, para que os eventos estressores possam ser minimizados.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVO DO ESTUDO

Discutir a relação do estresse ocupacional e das estratégias de enfrentamento no processo produtivo e suas repercussões na saúde dos profissionais de enfermagem que atuam no cuidado paliativo oncológico, em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no município do Rio de Janeiro.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar deste estudo, será convidado (a) a responder três instrumentos, sendo o primeiro, um questionário Sócio Demográfico, com vistas a caracterizar dados relativos dos participantes, tais como: Sexo, idade, estado civil, categoria profissional, religião, tempo de formação profissional, dentre outros. O segundo instrumento consiste em uma Escala de Estresse no Trabalho (EET), e o terceiro, Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. Os instrumentos cursam com questões objetivas, sendo o primeiro, composto por 14 itens, o segundo 23 e o terceiro 66 itens.

MÉTODOS ALTERNATIVOS

Não se aplica.

RISCOS

O estudo oferece risco mínimo, como um desconforto e cansaço no preenchimento dos instrumentos, devido ao tempo gasto para os mesmos, podendo também apresentar algum tipo de desconforto referente a lembranças de situações penosas e desagradáveis vivenciadas pelos mesmos na prática clínica.

BENEFÍCIOS

Justifica-se pela importância do benefício esperado, ou seja, a construção do conhecimento no campo da saúde do trabalhador e de enfermagem. Dado ser um estudo sem benefício direto ao indivíduo assegura-se condições suportáveis aos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. Mesmo os benefícios não tendo efeitos diretos nos sujeitos do estudo, apresentarão os efeitos indiretos, uma vez que este diagnóstico da realidade estudada servirá de subsídios para criarmos medidas de prevenção por meio da revisão da prática laboral dos profissionais de enfermagem.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

Não se aplica.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

O pesquisador tomará os cuidados necessários em relação à coleta dos dados e o armazenamento das informações contidas no questionário, mantendo o anonimato dos participantes da pesquisa, assumindo o compromisso ético quanto à liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem alguma penalização; e garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Além de, prever procedimentos (cuidados) que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da

imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Não se aplica ao estudo.

CUSTOS

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o participante do estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, deverá comunicar ao pesquisador principal (Naira Agostini) pelo telefone (21) 97953-8866 ou (31) 97633256.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Você terá a liberdade para fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso, por favor, ligue para a Enfermeira Naira Agostini no telefone (21) 97953-8866 ou (31) 97633256. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo também pode contar com um contato imparcial, o CEP-INCA- Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, que é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos participantes da pesquisa. Se você tem perguntas sobre os seus direitos como um participante da pesquisa, você pode entrar em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Nacional de Câncer. Endereço: Rua do Resende 128 sala 203, Centro, Rio de Janeiro. Contatos: cep@inca.gov.br. Telefones: (21) 3207-4550/4556 – Horário de Atendimento: 09:00 às 16:00 horas, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO, pelo contato telefônico 2542-7771/7796 ou e-mail cep-unirio@unirio.br.

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Entendo que não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____/_____/_____
(Assinatura do Profissional) dia mês ano

(Nome do Profissional– letra de forma)

_____/_____/_____
(Assinatura de Testemunha, se necessário) dia mês ano

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao profissional de enfermagem indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo paciente.

_____/_____/_____
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento) dia mês ano

APÊNDICE B

INSTRUMENTO - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Número do Entrevistado: ____

1. Sexo: 1.1 [] Feminino 1.2 [] Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Estado civil:

3.1 [] Solteiro 3.2 [] Casado 3.3 [] Viúvo 3.4 [] Divorciado 3.5 [] União Estável

4. Categoria Profissional:

4.1 [] Enfermeiro 4.2 [] Técnico de Enfermagem 4.3 [] Auxiliar de Enfermagem

5. Você possui religião? 5.1 [] Sim 5.2 [] Não

6. Se sim, qual?

6.1 [] Católica 6.2 [] Evangélico 6.3 [] Espirita 6.4 []

Outra: _____

7. Número de filhos: _____ filhos.

8. Tempo de formação profissional:

8.1. [] menos de 1 ano

8.2. [] 1 a 5 anos

8.3 [] 6 a 10 anos

8.4 [] 11 a 15 anos

8.5 [] 16 a 20 anos

8.6 [] mais de 20 anos

9. Tempo de serviço no Cuidado Paliativo Oncológico (nesta Instituição):

9.1. [] menos de 1 ano

9.2 [] 1 a 5 anos

9.3 [] 6 a 10 anos

9.4 [] 11 a 15 anos

9.5 [] 16 a 20 anos

9.6 [] mais de 20 anos

10. Setor que atua nesta Instituição:

10.1 [] Internação 10.2 [] Ambulatório 10.3 [] Visita Domiciliar

10.4 [] Sala de Pronto Atendimento 10.5 [] Posto Avançado

11. Turno de trabalho:

11.1 [] Plantão Diurno 11.2 [] Plantão Noturno 11.3 [] Diarista

12. Possui outro(s) vínculo(s) empregatício(s) na função de enfermagem:

12.1 [] Sim 12.2 [] Não

13. Vínculo empregatício nesta Instituição:

13.1 [] CLT 13.2 [] Concursado Estatutário

14. Você costuma fazer atividades de lazer? 14.1 [] Sim 14.2 [] Não

Se sim, quais? _____

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA – PROTOCOLO CEP/UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estresse ocupacional e estratégia de enfrentamento da enfermagem oncológica que atua nos cuidados paliativos

Pesquisador: Naira Agostini Rodrigues dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43038115.2.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 992.348

Data da Relatoria: 15/04/2015

Apresentação do Projeto:

Apresenta como " Esta pesquisa tem como objeto o estudo da relação dos processos produtivos no ambiente laboral e suas repercussões na saúde dos trabalhadores de enfermagem, no cenário da oncologia paliativa. Pesquisa transversal descritiva com abordagem quantitativa. Os participantes serão profissionais de enfermagem de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), no município do Rio de Janeiro. "Os instrumentos de coleta de dados compreendem três questionários autoaplicáveis, composto por: o primeiro, relacionado a caracterização do perfil dos participantes, o segundo, a Escala de Estresse no Trabalho (EET) constituída por escala Likert, com questões sobre estressores organizacionais de natureza psicossocial e reações psicológicas ao estresse ocupacional, e o terceiro, o Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus, utilizado para identificar as estratégias de enfrentamento, englobando assim, os pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas relacionado a um evento estressante específico."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Discutir a relação do estresse ocupacional e das estratégias de enfrentamento

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 992.348

no processo produtivo e suas repercussões na saúde dos profissionais de enfermagem que atuam no cuidado paliativo oncológico, em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no município do Rio de Janeiro.

Objetivos Secundários: • Verificar o indicativo de estresse ocupacional e os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de enfermagem, no ambiente laboral; • Relacionar o indicativo de estresse ocupacional com os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de enfermagem no ambiente laboral

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Aponta como:

Riscos - "... oferece risco mínimo, como um desconforto e cansaço no preenchimento dos instrumentos, devido ao tempo gasto para os mesmos, podendo também apresentar algum tipo de desconforto referente a lembranças de situações penosas e desagradáveis vivenciadas pelos mesmos na prática clínica."

Benefícios - "Justifica-se pela importância do benefício esperado, ou seja, a construção do conhecimento no campo da saúde do trabalhador e de enfermagem. Dado ser uma pesquisa sem benefício direto ao indivíduo assegura-se condições suportáveis aos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. Mesmo os benefícios não tendo efeitos diretos nos sujeitos do estudo, apresentarão os efeitos indiretos, uma vez que este diagnóstico da realidade estudada servirá de subsídios para criarmos medidas de prevenção por meio da revisão da prática laboral dos profissionais de enfermagem."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Dissertação de mestrado do PPGEnf - UNIRIO. Temática atual, relacionado a experiência de pesquisa da orientadora. A relevância, como destacada pela pesquisadora principal, localiza-se no fato de que "Foram identificados pouquíssimos estudos relacionados ao estresse entre enfermeiros oncológicos (...) como também de suas estratégias de enfrentamento." Metodologia proposta adequada ao alcance dos objetivos propostos.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 992.348

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os documentos obrigatórios.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP

RIO DE JANEIRO, 19 de Março de 2015

Assinado por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

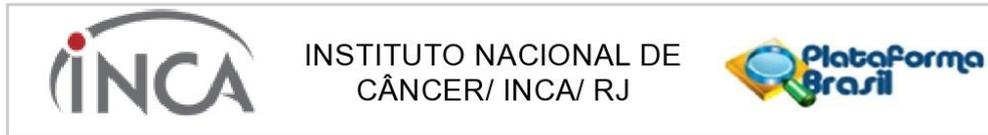
Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA – PROTOCOLO CEP/INCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estresse ocupacional e estratégia de enfrentamento da enfermagem oncológica que atua nos cuidados paliativos

Pesquisador: Naira Agostini Rodrigues dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43038115.2.3001.5274

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

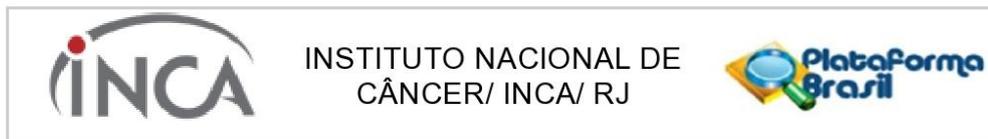
Número do Parecer: 1.012.056

Data da Relatoria: 19/04/2015

Apresentação do Projeto:

Para o indivíduo, o trabalho assume um papel importante em nossa sociedade, uma vez que atua como integrador social (valor econômico ou cultural) e formação da subjetividade, envolvendo a saúde física e mental deste trabalhador. Tolfo e Piccinini (2007) corroboram afirmando que: "O trabalho é rico de sentido individual e social, é um meio de produção da vida de cada um ao prover subsistência, criar sentidos existenciais ou contribuir na estruturação da identidade e da subjetividade". A atividade laboral pode contribuir para limitar ou dificultar a adequação das formas do trabalho das necessidades organizacionais e individuais. Assim sendo, podemos dizer que o trabalho pode atuar como causa ao dano à saúde. Isto está assegurado pelo Ministério da Saúde, uma vez que tem ciência da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença e pelo Ministério do Trabalho, com a Norma Regulamentadora 32, visando a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Se tratando do trabalhador profissional de saúde, este está exposto ao risco do estresse ocupacional. Guido (2012) afirma que para algo ser considerado estressor na organização, isto é, no ambiente de trabalho, é necessário que o indivíduo (empregado) perceba-o como tal. Portanto, estes mesmos autores definem o estresse ocupacional como "um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas". É um

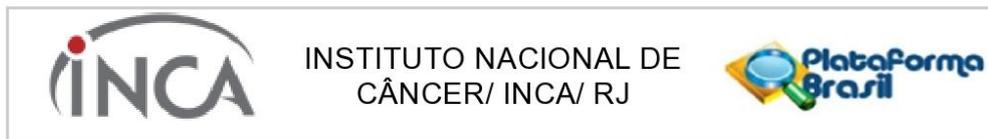
Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.012.056

conhecimento de senso comum que o trabalho executado por enfermeiros e sua equipe em unidades de saúde normalmente se caracteriza pelo contato com situações estressantes. Para Stacciarini e Tróccoli (2001) "o trabalho do profissional de enfermagem, por sua própria natureza e características, revela-se especialmente suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional". Comentando estudo com 1.800 profissionais de enfermagem, aponta que 93% dos profissionais se classificam como estressados no trabalho. Essa situação tenderia a se agravar, principalmente, naquelas especialidades que assistem pacientes com doenças crônico-degenerativas, dentre elas o câncer. Para VIVES(1991) apud FERREIRA; MARTINO (2006): "Os profissionais que trabalham no serviço de oncologia estão expostos no dia a dia de seu trabalho, a situações geradoras de conflitos, sendo elas: as frequentes perdas por morte, as pressões que impõe o modelo médico tradicional de responsabilidade em relação a cura e a longevidade, o constante convívio com doentes graves e com a tristeza dos familiares e o convívio frequente com estes levando a criação de vínculos." Dessa forma, os profissionais de enfermagem, além de possuírem habilidades técnicas, necessitam aprender lidar constantemente com a dor, o sofrimento e a morte dos pacientes. Eles necessitam potencializar e desenvolver uma maior capacidade de adaptação às imprevisíveis situações de estresse e desgaste físico e emocional. Ou seja, para lidar com eventos estressantes, a equipe de enfermagem precisa desenvolver um processo de Enfrentamento - Coping, palavra do idioma inglês, deriva do verbo to cope, que significa "lidar com", "enfrentar", "contender", "lutar" - com vistas a resolução dos problemas dos seus pacientes e à administração do seu próprio estresse. Portanto, as estratégias de enfrentamento podem ser vistas como um fator de proteção à saúde dos enfermeiros inseridos no contexto de trabalho. Brito e Carvalho (2003) relatam que o cuidar torna o sofrimento quase inevitável, exigindo, além de uma imensa responsabilidade por parte destes profissionais pela vida destas pessoas, uma grande dedicação funcional. Elementos que em muito aumentam a probabilidade de ocorrência do stress ocupacional. Dentre os profissionais de saúde, os da enfermagem são os que permanecem a maior parte do tempo ao lado do cliente em unidades de internação, sujeito a situações estressantes. As situações de estresse que ocorrem no cotidiano profissional, geram alterações no organismo podendo ser demonstrado à pessoa que está sendo cuidada, comprometendo a qualidade da assistência e a saúde deste profissional. Margis et al (2003) apud Lages et al (2011, p. 504) asseguram que: "O estresse causado pelo exercício profissional denota o estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas manifestações sistêmicas com distúrbios fisiológicos e

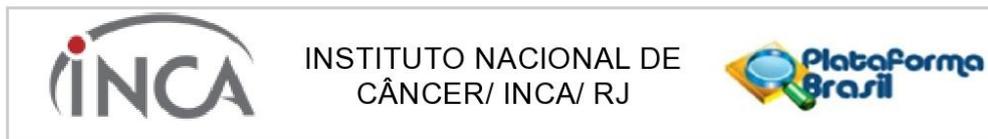
Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.012.056

psicológicos. O termo estressor por sua vez define o evento ou estímulo que provoca ou conduz ao estresse." Segundo os dados da Previdência Social, foram registrados no ano de 2011, 711.164 casos de acidentes e doenças do trabalho dos trabalhadores assegurados. Parte destes profissionais (611.576) tiveram que ser afastados de suas atividades. Observamos ser um número impactante, ainda mais porque não inclui os trabalhadores autônomos. Deste total, 15.083 foram os casos com doenças relacionadas ao trabalho. Isto gera um impacto econômico e social gigantesco na saúde pública do Brasil. O estresse ocupacional encontra-se como uma doença relacionada a atividade laboral. Porém, a generalidade das informações não permite que saibamos especificamente a dimensão real desta população específica acometida pelo estresse ocupacional, a fim de avaliarmos o impacto e a relação de causa no ambiente laboral, tornando assim, mais difícil a implementação de planos nas políticas públicas tendo como foco a Saúde do Trabalhador. Wu, Chi, Chen, Wang, Jin (2010), afirmam que os fatores organizacionais, as condições de trabalho, o clima organizacional, a capacidade de flexibilização da organização e as suas implicações podem contribuir para o adoecimento dos trabalhadores. Ante as situações estressoras, profissionais de enfermagem podem se sentir irritados, deprimidos, desapontados e esses sentimentos são considerados incompatíveis com o desempenho profissional, podendo proporcionar o sentimento de culpa e o aumento da ansiedade. Isto poderá interferir, refletindo negativamente na assistência prestada. Por outro lado, vale ressaltar que o trabalho deve ser uma fonte de prazer e satisfação, promovendo a saúde e a vida através da potencialização das capacidades humanas. Bittencourt (2009), afirma que a especialidade da oncologia é diferente das demais, uma vez que os profissionais convivem com situações complexas, tendo a necessidade de driblar os agentes estressores, pois o câncer não acomete apenas a pessoa na qual é portadora da doença, mas sim seus familiares. Isto atinge diretamente o profissional que cuida, que lida constantemente com finitude, mutilações, agressividade dos tratamentos antineoplásicos, fragilidade (física e emocional) dos pacientes e familiares. Atuando na oncologia nos deparamos constantemente com situações angustiantes e dolorosas. Bittencourt (2009) cita Radunz e Souza (1998, p.182), que corrobora que a oncologia "apresenta um alto nível de estresse entre seus cuidadores que vivenciam muitos momentos de tristeza e depressão". Dentro da oncologia há um campo especializado que atua nos cuidados paliativos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009): "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



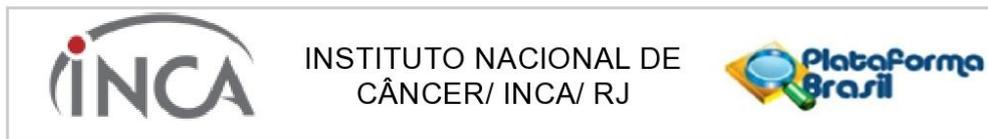
Continuação do Parecer: 1.012.056

espirituais". Desta forma podemos caracterizar a equipe de enfermagem atuante em oncologia no campo dos cuidados paliativos como um grupo vulnerável, devido aos fatores de risco para o desenvolvimento do estresse ocupacional, como os fatores de risco físicos, químicos e psicossociais a que tais profissionais são frequentemente submetidos. Portanto, esta pesquisa tem como objeto o estudo da relação dos processos produtivos no ambiente laboral e suas repercussões na saúde dos trabalhadores de enfermagem, no cenário da oncologia paliativa. Serão incluídos na pesquisa profissionais de enfermagem do referido serviço, que estejam inseridos na assistência ao paciente e presentes na Instituição no período da coleta, tendo um tempo mínimo de atuação nesta área de 06 meses. Não serão elegíveis para o estudo, outros profissionais de saúde; membros da equipe de enfermagem que estejam afastados da assistência ao paciente, de licença ou férias, ou que possuem tempo de serviço nesta área inferior a 06 meses.

METODOLOGIA:

Considerando o recorte estabelecido e os objetivos deste estudo, optou-se pela realização de uma pesquisa transversal descritiva, com abordagem quantitativa. Este estudo será desenvolvido com a equipe de enfermagem em um Hospital de Oncologia na Unidade de Cuidado Paliativo, localizado na Cidade do Rio de Janeiro. A população será composta pela equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), que esteja inserido na assistência no período da coleta de dados. Os participantes serão aproximadamente em número de 149 profissionais de enfermagem. A coleta de dados será realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições envolvidas e terá duração de aproximadamente quatro meses. Os dados serão coletados a fim de atingir o objetivo primário, no horário de funcionamento da Unidade, com base na agenda e disponibilidade dos sujeitos de pesquisa. Aos que aceitarem participar do estudo serão convidados a responder três instrumentos, sendo o primeiro, um questionário Sócio Demográfico, a fim de caracterizar o público em questão, o segundo, Escala de Estresse no Trabalho (EET), e o terceiro, Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus. O primeiro será um questionário Sócio Demográfico, com vistas a caracterizar dados relativos dos participantes, tais como: sexo, idade, estado civil, categoria profissional, religião, tempo de formação profissional, dentre outros. O segundo, denominado Escala de Estresse no Trabalho (ETT), foi construído e validado por Paschoal e Tamayo (2004) com trabalhadores de diferentes organizações públicas e privadas (BOLZAN, 2012). Este instrumento tem como objetivo avaliar o estresse ocupacional, por meio de indicadores de estresse organizacional de origem psicossocial. Esta escala apresentou propriedades psicométricas satisfatórias, com um coeficiente alfa de 0,91.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.012.056

Trata-se de um instrumento unifatorial, composto por 23 itens analisados por uma escala de concordância, tipo Likert. Apresenta escores de 23 a 115 pontos. Utilizará como baixo e alto escore na classificação, o ponto de corte estabelecido pela mediana dos profissionais, após responderem este instrumento. Portanto, os escores altos, serão indicativos de estresse ocupacional. O terceiro instrumento será o Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (1985). Este instrumento é utilizado para identificar as estratégias de enfrentamento, englobando assim, os pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas relacionado a um evento estressante específico. Contém 66 itens, sendo que cada item varia na resposta de 0 a 3 pontos. Ele é composto em sua totalidade por oito fatores, sendo eles e suas respectivas questões que as referem: Fator 1- confronto (itens 46, 7, 17, 28, 34 e 6); Fator 2-afastamento (itens 44, 13, 41, 21, 15 e 12); Fator 3-autocontrole (itens 14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63); Fator 4-suporte social (itens 8, 31, 42, 45, 18 e 22); Fator 5-aceitação de responsabilidade (itens 9, 29, 51 e 25); Fator 6-fuga-esquiva (itens 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 e 16); Fator 7-resolução de problemas (itens 49, 26, 1, 39, 48 e 52); Fator 8-reavaliação positiva (itens 23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20). Os profissionais de enfermagem serão selecionados por meio dos critérios de inclusão e exclusão e convidados a participarem da pesquisa. Será realizado anteriormente um contato com a Chefia da Divisão de Enfermagem do Hospital, a fim de obter informações referentes aos dias de plantões e os respectivos profissionais. A pesquisadora principal será a responsável por orientar sobre os objetivos da pesquisa; apresentar o TCLE(Termo de Consentimento Livre e Esclarecido); realizar a coleta de dados, que ocorrerá em local que preserve a confidencialidade dos entrevistados, na própria unidade de assistência. Os dados coletados serão inseridos em banco de dados no programa Excel® e analisados no programa estatístico SPSS.

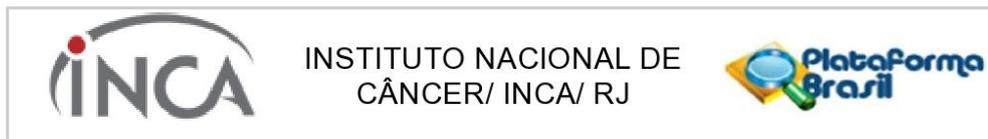
TAMANHO DA AMOSTRA: 149

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Discutir a relação do estresse ocupacional e das estratégias de enfrentamento no processo produtivo e suas repercussões na saúde dos profissionais de enfermagem que atuam no cuidado paliativo oncológico, em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no município do Rio de Janeiro.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.012.056

Objetivos Secundários:

- Verificar o indicativo de estresse ocupacional e os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de enfermagem, no ambiente laboral;
- Relacionar o indicativo de estresse ocupacional com os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de enfermagem no ambiente laboral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A pesquisa oferece risco mínimo, como um desconforto e cansaço no preenchimento dos instrumentos, devido ao tempo gasto para os mesmos, podendo também apresentar algum tipo de desconforto referente a lembranças de situações penosas e desagradáveis vivenciadas pelos mesmos na prática clínica.

BENEFÍCIOS:

Justifica-se pela importância do benefício esperado, ou seja, a construção do conhecimento no campo da saúde do trabalhador e de enfermagem. Dado ser uma pesquisa sem benefício direto ao indivíduo assegura-se condições suportáveis aos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. Mesmo os benefícios não tendo efeitos diretos nos sujeitos do estudo, apresentarão os efeitos indiretos, uma vez que este diagnóstico da realidade estudada servirá de subsídios para criarmos medidas de prevenção por meio da revisão da prática laboral dos profissionais de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

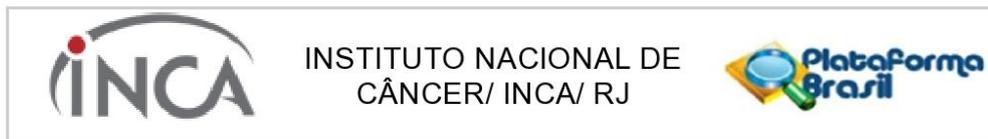
Projeto com relevância; com vistas à mestrado; já aprovado pela UNIRIO.
Atendeu às pendências apontadas pelo CEP INCA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado.
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado.
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado.
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado.
- 5) Cronograma: adequado.
- 6) Formulário para Submissão de Estudos no INCA: adequado.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.012.056

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se da análise das respostas às pendências apresentadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 986.437, datado de 16 de Março de 2015:

A Pesquisadora Principal adequou o projeto e o TCLE, conforme as recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

RIO DE JANEIRO, 06 de Abril de 2015

Assinado por:
Carlos Henrique Debenedito Silva
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

ANEXO C

INSTRUMENTO - ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO (EET)

Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia de seu trabalho. Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas.

[1] Discordo totalmente, [2] Discordo, [3] Concordo em parte, [4] Concordo, [5] Concordo totalmente

Para cada item, marque o número que melhor corresponde à sua resposta.

- Ao marcar o número 1 você indica discordar totalmente da afirmativa
- Assinalando o número 5 você indica concordar totalmente com a afirmativa
- Observe que quanto menor o número, mais você discorda da afirmativa e quanto maior o número, mais você concorda com a afirmativa.

1. A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	1	2	3	4	5
2. O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita	1	2	3	4	5
3. A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	1	2	3	4	5
4. Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	1	2	3	4	5
5. Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais	1	2	3	4	5
6. Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	1	2	3	4	5
7. A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado	1	2	3	4	5
8. Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho	1	2	3	4	5
9. Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade	1	2	3	4	5
10. Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	1	2	3	4	5
11. Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	1	2	3	4	5
12. Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
13. Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	1	2	3	4	5
14. Fico de mau humor por me sentir isolado na organização	1	2	3	4	5
15. Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	1	2	3	4	5
16. As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado	1	2	3	4	5
17. Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	1	2	3	4	5
18. A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	1	2	3	4	5
19. A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação	1	2	3	4	5
20. Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	1	2	3	4	5
21. Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas	1	2	3	4	5
22. O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa me nervoso	1	2	3	4	5
23. Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes	1	2	3	4	5

Adaptado por Paschoal e Tamayo (2005).

ANEXO D

INSTRUMENTO - Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (IEC)

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez em uma situação considerada muito estressante para você, no seu ambiente laboral, de acordo com a seguinte classificação:

[0] não usei esta estratégia, [1] usei um pouco, [2] usei bastante, [3] usei em grande quantidade

1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o Problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias.	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o Problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o Problema.	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20. Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o Problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o Problema.	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o Problema.	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3

36. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1		3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o Problema.	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60. Rezei.	0	1	2	3
61. Me preparei para o pior.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

Adaptado por Savóia, Santana e Mejias (1996).