

Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de *coping* em enfermeiros em oncologia

Sandra da Fonte Sousa Gomes¹

Margarida Maria Magalhães Cabugueira Custódio dos Santos²

Elisabete Teresa da Mata Almeida Carolino³

Objetivo: identificar fontes de estresse e estratégias de *coping* em enfermeiros que exercem funções em três Serviços de Oncologia de Cirurgia Cabeça e Pescoço, de três hospitais centrais de Portugal. Método: estudo transversal, de carácter descritivo e exploratório, cuja amostra foi constituída pelos 96 enfermeiros dos três serviços. Na recolha de dados, foram utilizados: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Saúde Geral-12, Inventário de Estressores Ocupacionais e Brief COPE. Resultados: verificaram-se níveis razoáveis de saúde geral. Os estressores mais referidos foram: sobrecarga de trabalho, baixa remuneração salarial, espaço físico onde se desenvolve a profissão, situações emocionalmente perturbadoras e falta de reconhecimento da profissão. As estratégias de *coping* mais utilizadas foram: planeamento, *coping* ativo, aceitação e autodistração. Conclusão: os estressores identificados relacionam-se principalmente a aspetos organizacionais e condições de trabalho, e as estratégias de *coping* escolhidas estão direcionadas para a resolução de problemas e melhoria do bem-estar dos enfermeiros. Percentagem expressiva de enfermeiros apresentou níveis elevados de pressão e emoções deprimidas. Os resultados apresentados corroboram estudos anteriores que alertam para a importância do desenvolvimento de estratégias de prevenção dos níveis de estresse.

Descritores: Enfermagem; Oncologia; Esgotamento Profissional; Adaptação Psicológica.

¹ MSc, Enfermeira, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Lisboa, Portugal.

² PhD, Professor Coordenador, Departamento de Ciências Sociais e Humanas, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa, Portugal. Professor Doutor, Núcleo de Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia de Lisboa, Lisboa, Portugal.

³ MSc, Professor Adjunto, Departamento das Ciências Naturais e Exatas, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Endereço para correspondência:

Sandra da Fonte Sousa Gomes
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil E.P.E.
Praceta D. João II, 4, Complemento 3 A
CEP: 2660-453, Santo António dos Cavaleiros, Portugal
E-mail: meixidinha@hotmail.com

Copyright © 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Nas últimas décadas, a constatação das implicações e das consequências das transformações do contexto laboral, tem chamado a atenção para a relevância do estudo dos riscos psicossociais no trabalho. Esses definem-se como os aspetos relativos ao desenho, gestão e organização do trabalho, bem como aos contextos sociais e ambientais, que têm potencial para causar danos do tipo físico, social ou psicológico e que podem ser vivenciados através da experiência de estresse ocupacional⁽¹⁾. Dados recentes do Observatório Europeu dos Riscos indicam que entre 50 e 60% dos dias de trabalho perdidos estão relacionados ao fenómeno estresse⁽²⁾. O National Institute for Occupational Safety and Health define estresse ocupacional ou estresse no trabalho, como as reações físicas e emocionais nefastas que ocorrem quando as exigências da função não coincidem com as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador⁽³⁾. Segundo um conjunto ampliado de estudos, o estresse é responsável pela diminuição da qualidade do desempenho profissional, pela diminuição da satisfação e bem-estar do indivíduo, pela estagnação do desenvolvimento pessoal e pelo absentismo laboral⁽¹⁾. Os fatores individuais e os recursos sociais podem moderar a reação às causas de estresse ocupacional⁽³⁾. Nas instituições de saúde, o estresse profissional é referido na literatura como determinante da diminuição da qualidade dos serviços prestados, aumento do número de erros e elevados custos financeiros⁽³⁾.

Na área da saúde, os profissionais de enfermagem estão diariamente sujeitos a inúmeras situações desgastantes, quer pela proximidade com os utentes e pela natureza específica das tarefas desempenhadas quer, ainda, pelas características próprias do ambiente de trabalho e sua organização⁽⁴⁾. Essa classe profissional, que nos últimos anos tem sido alvo de diversos estudos, está particularmente exposta a elevados níveis de pressão e estresse⁽⁴⁻⁸⁾. Desse modo, o interesse pelo estudo do estresse em enfermagem é justificado pela natureza dos serviços prestados, uma vez que a qualidade e eficácia do seu trabalho pode ter impacto decisivo na qualidade dos cuidados prestados aos utentes^(4,8). A prestação de cuidados na área específica da oncologia reveste-se de grande complexidade e exigência, dadas as características que lhe são inerentes, nomeadamente: tratamentos prolongados e agressivos com efeitos colaterais, cirurgias mutilantes, sofrimento e sentimentos de medo, desespero e pânico dos doentes e a morte têm sido evidenciados como fatores de estresse e estão associados ao sofrimento psíquico do profissional de enfermagem em oncologia⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A experiência de estresse vem acompanhada pelo processo de *coping*⁽¹¹⁾. O *coping* pressupõe a mobilização de recursos, através dos quais o indivíduo irá empreender esforços cognitivos e comportamentais para gerir as exigências internas ou externas que resultam da interação com o meio ambiente, que são avaliadas como ameaça e excedem as capacidades individuais de confronto⁽¹¹⁾. Segundo estudos anteriores, para lidar com o estresse ocupacional, os enfermeiros em oncologia utilizam estratégias de *coping*, de tipo preservação⁽¹²⁾ (demarcação de limites no envolvimento de situações causadoras de estresse), reconstrução⁽¹²⁾ (ações que permitem a reconstrução de identidade equilibrada) e reavaliação^(9,12-13) (reanálise de situações em termos de significado e de alternativas de resolução).

Cuidar do doente oncológico da cirurgia de cabeça e pescoço é especialmente ameaçador ao equilíbrio do enfermeiro. Os tumores de cabeça e pescoço causam deficiências em vários níveis, podendo comprometer a integridade funcional da mastigação, da voz, da fala, da deglutição e da articulação, provocar danos psicológicos e estéticos, e conduzir a perturbações ocupacionais no estilo de vida do doente⁽¹⁴⁾. Acresce, ainda, que as cirurgias de cabeça e pescoço acarretam incontornáveis sequelas, por vezes mais mutilantes do que a doença em seu estágio inicial, provocando sofrimento moral e físico⁽¹⁵⁾. Apesar da constatação empírica do potencial de estresse nesses profissionais não foram encontradas, na revisão de literatura que precedeu este estudo, investigações sobre estresse ocupacional em enfermeiros de oncologia a exercerem funções na área de cirurgia de cabeça e pescoço. No sentido de colmatar essa falta, definiu-se, como objetivo geral desta investigação: identificar as fontes de estresse e as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros em oncologia, no serviço de cirurgia cabeça e pescoço.

Método

Trata-se de estudo transversal, de caráter descritivo e exploratório, realizado com enfermeiros do serviço de cirurgia cabeça e pescoço, de três Serviços Oncológicos de Cirurgia Cabeça e Pescoço, de três hospitais centrais em Portugal. Definiu-se como população alvo do estudo todos os enfermeiros que cumpriam os seguintes critérios: 1) exercício de funções na prestação direta de cuidados ao doente; 2) desempenho de funções fora do período de integração e 3) participação voluntária no estudo. A amostra foi constituída por 96 enfermeiros, correspondendo ao total de indivíduos da população.

O processo de recolha de dados teve início com um pedido por escrito ao Conselho de Administração e Direção de Enfermagem das três instituições de saúde, no qual se apresentavam informações sobre os objetivos do estudo e dos questionários a utilizar, garantindo-se a confidencialidade dos resultados e o anonimato dos inquiridos. O estudo foi oficialmente autorizado por esses Conselhos que, tendo em consideração a população alvo e o tipo de estudo, dispensaram o Parecer das Comissões de Ética. A recolha dos questionários decorreu entre o mês de janeiro e o mês de abril de 2011.

Na recolha de dados foram utilizados: I) Questionário Sociodemográfico, II) Questionário de Saúde Geral-12 (validado para a população portuguesa)⁽¹⁶⁾, III) Inventário de Estressores Ocupacionais⁽¹⁷⁾ e IV) *Brief-COPE*⁽¹⁸⁾ (adaptado para a população portuguesa)⁽¹⁹⁾.

O Questionário de Saúde Geral-12 é uma versão reduzida do instrumento original, o *General Health Questionnaire*, e permite avaliar a perceção geral do indivíduo acerca da sua saúde⁽¹⁶⁾. Esse questionário, validado para a população portuguesa⁽¹⁶⁾, é constituído por 12 itens, cada item é avaliado numa escala tipo Likert com 4 pontos: para os itens negativos a opção de resposta varia de 1-Não, absolutamente a 4-Muito mais do que habitualmente; para os itens positivos a opção de resposta varia de 1-Melhor que habitualmente a 4-Muito menos que habitualmente. No presente estudo considerou-se somente a avaliação global dos 12 itens, tendo-se obtido um valor de alfa de Cronbach igual a 0,829.

O Inventário de Estressores Profissionais é composto por 23 itens e permite ao inquirido avaliar, numa escala tipo Likert de 4 pontos (1-Nada estressante a 4-Muito estressante), um conjunto de situações passíveis de desencadear estresse⁽¹⁷⁾. Esse questionário foi recentemente utilizado num estudo sobre estresse ocupacional e estratégias de *coping* em fisioterapeutas⁽¹⁷⁾. O Inventário de Estressores Profissionais integra duas dimensões relacionadas ao estresse ocupacional: a dimensão funcional e a dimensão sócioemocional⁽¹⁷⁾. A dimensão funcional diz respeito a estressores associados a aspetos intrínsecos às tarefas dos profissionais de saúde, e a dimensão socioemocional diz respeito a estressores associados a aspetos emocionais e socioemocionais relativos às tarefas desempenhadas pelos profissionais de saúde⁽¹⁷⁾. Neste estudo, a dimensão funcional apresentou um valor do alfa de Cronbach de 0,824, e a dimensão socioemocional apresentou um alfa de Cronbach de 0,698.

O *Brief-COPE*⁽¹⁸⁾ (adaptado para a população portuguesa)⁽¹⁹⁾ foi utilizado para identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo quando se depara com situações potencialmente geradoras de estresse.

O *Brief-COPE* constitui uma versão abreviada do *COPE Inventory*, e é constituído por 14 dimensões, com dois itens cada: *coping* ativo planeamento, reinterpretação positiva, aceitação, humor, apoio na religião, uso de suporte emocional, uso de suporte instrumental, autodistração, negação, expressão de emoções, uso de substâncias, descomprometimento comportamental e culpabilização⁽¹⁸⁾. Cada item contém uma escala de resposta de 4 pontos tipo Likert: 1 – Não o tenho feito de todo a 4 – Tenho-o feito bastante, na qual o sujeito deve avaliar a opção que melhor descreve as suas ações⁽¹⁸⁾. Neste estudo, o *Brief-COPE* obteve um valor de alfa de Cronbach de 0,872.

Os dados obtidos foram processados pelo programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18.0. Assim, para a sistematização da informação obtida através dos dados quantitativos, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva (frequências absolutas - n - e relativas - %, medidas de tendência central). Em relação às variáveis em estudo, procedeu-se a uma análise bivariada dos dados. No cruzamento dos fatores sociodemográficos com o Questionário de Saúde Geral-12 e com o *Brief-COPE*, foi utilizado o teste não paramétrico Mann-Whitney U ($p > 0,05$); e no cruzamento dessas variáveis com o Inventário de Estressores Profissionais, foi utilizado o teste t para amostras independentes ($p < 0,05$). Posteriormente, procedeu-se à análise correlacional entre os fatores sociodemográficos com os instrumentos de colheita de dados utilizados. Em qualquer uma das análises de inferência estatística foi utilizado um nível de significância de 5%.

Resultados

Dos 96 enfermeiros que constituíram a amostra, a maioria era do sexo feminino ($n=79 - 82,29\%$), com média de idade de aproximadamente 31 anos, idade mínima de 22 anos e idade máxima de 53 anos, solteiros ($n=51 - 53,1\%$) e sem filhos ($n=66 - 68,8\%$). O tempo médio de exercício de funções na área da oncologia era de 7 anos e 8 meses, com tempo mínimo de atuação de 5 meses e tempo máximo de 31 anos. No que diz respeito ao tempo de permanência no serviço de cirurgia cabeça e pescoço, os enfermeiros exerciam a sua atividade, em média, há 6 anos e 6 meses, com tempo mínimo de exercício de atividade no serviço de 5 meses e tempo máximo de 30 anos. A maioria dos enfermeiros ($n=78 - 80,65\%$) não possuía formação específica em oncologia, contudo, dos enfermeiros com formação específica em oncologia, o Curso de Enfermagem Oncológica foi o mais realizado ($n=12 - 70,6\%$).

Para a avaliação da percepção da saúde geral da globalidade dos inquiridos (*score* geral), procedeu-se à soma dos *scores* de todos os itens que constituem o Questionário de Saúde Geral-12. O *score* geral varia entre 12 (12×1) e 48 (12×4), sendo o ponto médio

de 30 ((48+12)/2). Valores mais elevados revelam menor qualidade de saúde geral. Na Tabela 1 observa-se que o valor de Saúde Geral da amostra está abaixo do ponto de corte, indicando valores razoáveis de saúde geral.

Tabela 1 - Avaliação do *score* geral do Questionário de Saúde Geral-12. Porto, Coimbra, Lisboa - Portugal, 2011

	Estatística descritiva (N=96)				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Ponto médio
Score Questionário de Saúde Geral-12	5	36	23,30	4,843	30

Com base na análise da estatística descritiva das dimensões do Questionário de Saúde Geral-12, verificou-se que 30,2% (n=29) dos inquiridos referiram sentir-se "tristes e deprimidos" e "constantemente sob pressão". Considerando as variáveis "gênero" e "estado civil", constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à percepção da qualidade de saúde geral, entre os dois gêneros (teste Mann-Whitney U -p=0,563) e entre o grupo dos casados e dos solteiros (teste Mann-Whitney U - p= 0,938).

Da análise descritiva do Inventário de Estressores Profissionais, verificou-se que a maioria das respostas obtidas variou entre a opção 2-Pouco estressante e 3-Estressante. As situações consideradas 2-Pouco estressante são: a interdependência de responsabilidade (58,3% - n=56), a falta de recursos materiais nos serviços (52,1% - n=50) e os conflitos interpessoais com auxiliares (52,1% - n=50). Como 3-Estressante, a maior percentagem dos indivíduos considerou: a sobrecarga de trabalho (52,1% - n=50), o espaço físico onde se desenvolve a profissão (46,9% - n=45) e as situações de morte e/ou doença com caráter emocionalmente negativo (46,9% - n=45). Os inquiridos consideram como 4-Muito estressante: a falta de reconhecimento social da profissão (44,8% - n=43) e a baixa remuneração salarial (51% - n=49). Considerando a variável "gênero", verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão funcional e na dimensão socioemocional relativamente ao gênero, apresentando que os indivíduos do sexo feminino mostram valores significativamente superiores, isto é, os profissionais de enfermagem do gênero feminino atribuem maior grau de estresse aos estressores ocupacionais de ambas as dimensões (teste t para amostras independentes (p=0,049 e p=0,020)). Em relação à variável "estado civil", constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para a dimensão funcional e para a dimensão socioemocional, relativamente ao grupo dos casados e ao grupo dos solteiros (separados/divorciados) (teste t para amostras independentes - p=0,715 e p=0,564).

Para a avaliação das estratégias de *coping* mais utilizadas, recorreu-se à construção de *scores* para as 14 dimensões do *Brief-COPE*. O ponto médio é o mesmo para todas as dimensões, sendo que valores mais próximos ou mais elevados que 5 demonstram maior frequência de utilização de cada uma das dimensões - Estratégias de *Coping* (Tabela 2).

Assim, as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos inquiridos foram: o planeamento, o *coping* ativo, a aceitação, a autodistração e a reinterpretação positiva. Da análise descritiva do *Brief-COPE*, salienta-se a opção "Tenho-o feito, em média" que obteve percentagens de resposta mais elevadas no que concerne ao *coping* ativo (Item 2 - "Tenho direcionado os meus esforços em fazer algo para resolver a situação que me causa estresse" - 56,3% - n=54; Item 7 - "Desenvolvido ações para melhorar a situação estressante" - 45,8% - n=44), o planeamento (Item 14 - "Tenho tentado encontrar uma estratégia sobre o que fazer" - 47,9% - n=46; Item 25 - "Tenho refletido muito sobre os passos a dar" - 40,6% - n=39), a aceitação (Item 20 - "Tenho vindo a aceitar a realidade do fato de essa situação estar a acontecer" - 49% - n=47; Item 24 - "Tenho aprendido a viver com isso" - 39,6% - n=38), a reinterpretação positiva (Item 12 - "Tenho tentado ver a situação estressante de uma perspetiva diferente, para a fazer parecer mais positiva" - 33,3% - n=32; Item 17 - "Tenho tentado encontrar algo de bom no que está a acontecer" - 42,7% - n=41) e a autodistração (Item 1 - "Tenho-me virado para o trabalho ou para outras atividades para afastar a minha mente dos assuntos que me causam estresse" - 39,6% - n=38; Item 19 - "Tenho feito outras coisas para pensar menos na situação estressante, tal como ir ao cinema, ver televisão, ler, sonhar acordado, dormir ou ir às compras" - 35,4% - n=34). Considerando a variável "gênero" verificou-se que há apenas diferenças estatisticamente significativas quanto ao uso de substâncias, apresentando o grupo masculino valores mais elevados (Mann-Whitney U - p=0,011). Relativamente à variável "estado civil",

constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos solteiros e dos casados (Mann-Whitney U - $p > 0,05$, para qualquer uma das estratégias de *coping*).

Quanto às correlações entre estratégias de *coping* e as variáveis saúde geral e dados sociodemográficos,

verificou-se que os resultados do Questionário de Saúde Geral-12 se correlacionam positiva e fracamente com as estratégias de *coping* autodistração, negação e descomprometimento comportamental (Tabela 3), isto é, constata-se a existência de relação entre piores níveis de saúde geral e o recurso a essas estratégias de *coping*.

Tabela 2 - Avaliação dos scores do *Brief-COPE*. Porto, Coimbra, Lisboa - Portugal, 2011

Score	Estatística descritiva (N=96)				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Ponto médio
<i>Coping</i> ativo	2	8	5,41	1,426	5
Planeamento	2	8	5,55	1,608	5
Reinterpretação positiva	2	8	4,93	1,489	5
Aceitação	2	8	5,06	1,375	5
Humor	2	8	4,11	1,666	5
Apoio na religião	2	8	3,61	1,707	5
Uso de suporte emocional	2	8	4,47	1,479	5
Uso de suporte instrumental	2	8	4,58	1,513	5
Autodistração	2	8	4,94	1,588	5
Negação	2	8	3,04	1,313	5
Expressão de emoções	2	8	4,54	1,399	5
Uso de substâncias	2	6	2,14	,535	5
Descomprometimento comportamental	2	6	2,79	1,075	5
Culpabilização	2	8	3,85	1,444	5

Tabela 3 - Correlações entre o Questionário de Saúde Geral-12 e o *Brief-COPE*: coeficiente de correlação de Pearson (r) e nível de significância (p). Porto, Coimbra, Lisboa - Portugal, 2011

		Autodistração	Negação	Descomprometimento comportamental
Questionário de Saúde Geral-12	r	0,205	0,342	0,382
	p	0,045	0,001	0,000

Discussão

Com este estudo pretendeu-se avaliar a percepção geral de saúde e identificar fontes de estresse e estratégias de *coping* numa amostra de 96 enfermeiros de oncologia – Serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço.

Verificou-se que a população em estudo apresenta valores razoáveis de saúde geral. Salienta-se, porém, que percentagem expressiva de enfermeiros refere ter se sentido mais triste ou deprimido do que habitualmente, e também ter sentido mais pressão do que habitualmente. Esses resultados confirmam estudos anteriores que referem que, apesar de uma avaliação geral positiva quanto à sua saúde, os enfermeiros apresentam frequentemente valores elevados relativamente a estados deprimidos ou de ansiedade⁽²⁰⁾.

Em relação a fontes de estresse identificadas neste estudo, destacam-se, reforçando investigações anteriores, aquelas relacionadas à baixa remuneração salarial e à

falta de reconhecimento social da profissão⁽⁶⁻⁸⁾. A falta de reconhecimento social da profissão é, na realidade, um dos problemas mais referidos por um conjunto de profissionais de saúde (enfermagem e profissionais técnicos de diagnóstico e terapêutica), cuja formação académica só recentemente foi certificada como atribuindo o grau de licenciado. No entanto, esse reconhecimento académico nem sempre tem sido acompanhado por efetivas mudanças no estatuto desses profissionais que, em muitos casos, continuam a sentir obstáculos ao pleno desenvolvimento das suas potencialidades profissionais. Foram ainda considerados como estressantes, por número muito elevado dos sujeitos, situações relacionados aos aspetos funcionais e organizacionais como o espaço físico onde se desenvolve a atividade, a sobrecarga de trabalho e situações relacionadas aos aspetos emocionais, como o confronto com doença, a morte ou outras situações de caráter emocionalmente negativo. Esses resultados são similares aos encontrados em outros estudos com amostras

semelhantes^(5-6,9). As situações de morte e/ou doença com caráter emocionalmente negativo constituem um dos estressores mais evidenciados pelos investigadores nas mais diversas áreas da enfermagem, contudo, assumem principal destaque nos estudos com enfermeiros na área da oncologia^(6,9,21). Num estudo⁽²¹⁾ com enfermeiros de diferentes instituições oncológicas da Suécia, constatou-se que os níveis de estresse variavam de baixos a severos, e as principais fontes de estresse identificadas foram o cuidar de doentes oncológicos jovens, o lidar com as situações de morte e a pouca eficácia no alívio do sofrimento do doente. A valorização da sobrecarga de trabalho como estressor pode se prender ao tipo de cuidados prestados ao doente oncológico (normalmente cuidados complexos), com o número insuficiente de enfermeiros na prestação de cuidados, e com o fato de os enfermeiros desempenharem funções fora do seu âmbito de trabalho (p.ex., funções administrativas ou funções do foro social). Em relação aos espaços físicos nas instituições de saúde, esses tendem a ser pouco ergonômicos, isto é, pouco adaptados às necessidades dos profissionais de saúde, mas, também, pouco adequados às necessidades dos utentes, o que interfere com a dinâmica de trabalho dos profissionais de enfermagem. De forma similar, num estudo⁽²²⁾ realizado com enfermeiros portugueses da unidade de cuidados intensivos, verificou-se que as condições físicas desadequadas e a sobrecarga de trabalho constituem fonte de estresse. Quanto às fontes de estresse, constatou-se, ainda, que os profissionais de enfermagem do sexo feminino atribuem maior grau de estresse aos estressores ocupacionais, do que os profissionais de enfermagem do sexo masculino. Essa evidência pode ser atribuída ao fato de os profissionais de enfermagem do sexo feminino desenvolverem, para além da atividade laboral, múltiplas funções⁽²³⁾ relacionadas aos aspetos da vida familiar e doméstica. Nesse sentido, aponta um estudo⁽⁴⁾ realizado com enfermeiros de cinco hospitais públicos universitários brasileiros, cujos resultados evidenciaram que os profissionais de enfermagem do gênero feminino vivenciam sentimentos de culpabilidade pela falta de atenção dada aos filhos em detrimento do trabalho, desencadeando sintomas psicossomáticos que comprometem a qualidade de vida geral dos indivíduos e dos familiares próximos.

No que diz respeito ao tipo de estratégias de *coping*, as mais utilizadas pelos enfermeiros foram o planeamento, o *coping* ativo, a aceitação, a autodistração e a reinterpretação positiva. A estratégia menos utilizada pelos enfermeiros foi o uso de substâncias. O planeamento e o *coping* ativo são estratégias de *coping* que visam essencialmente resolver o acontecimento/situação

estressora. Também em estudo⁽⁶⁾ realizado em cinco hospitais oncológicos da Turquia, verificaram-se que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos enfermeiros em oncologia recaíram em ações de reavaliação do potencial estressor e na elaboração de formas de resolução. A utilização preferencial desse tipo de estratégias pode estar relacionada à orientação pragmática de planeamento e resolução de problemas que, tradicionalmente, é seguida na formação académica desses profissionais, mas, também, poderá estar relacionada à existência de um bom suporte social. Os resultados de um estudo⁽¹³⁾ com enfermeiros brasileiros, numa unidade de queimados e num serviço de dor crônica e cuidados paliativos, apontam nesse sentido, pois, constataram-se que as exigências psicológicas e as condições adversas do contexto de trabalho são mitigadas quando os profissionais apresentam níveis elevados de interação social positiva. A aceitação, a autodistração e a reinterpretação positiva são estratégias de *coping* focadas na emoção. O indivíduo utiliza esse tipo de *coping*, quando concentra esforços em si mesmo, com o intuito de alterar a sua compreensão sobre o estressor e reduzir o mal-estar provocado. Quanto à estratégia de *coping* aceitação, representa um padrão de resposta essencialmente caracterizado por aceitação resignada da situação estressante, diminuindo a sua valência. Esse resultado é contrário ao encontrado num estudo⁽⁵⁾ com enfermeiros portugueses, no qual a aceitação constitui uma das estratégias menos utilizadas. O recurso à autodistração é frequentemente expresso no envolvimento em atividades com o intuito de evitar o evento estressor. Embora possa ter um caráter positivo, a utilização sistemática e exclusiva dessa estratégia pode afastar o enfermeiro da realidade que ele tem que confrontar no seu dia a dia e não permitir estratégias mais ativas de resolução. A reinterpretação positiva, que se encontra relacionada à tentativa de o indivíduo reestruturar o acontecimento estressor, tendo por objetivo encontrar aspetos mais favoráveis que permitam o seu crescimento pessoal ou profissional, foi também identificada num estudo⁽⁹⁾ com enfermeiros em oncologia, como a estratégia de *coping* focada na emoção mais utilizada. Resultados semelhantes foram encontrados num outro estudo⁽²⁴⁾ sobre sofrimento psíquico com enfermeiros em oncologia, no qual se comprovou que os inquiridos referem "não se envolver" com o doente oncológico, família e/ou colega de trabalho, com o intuito de não estabelecerem laços afetivos.

Indo ao encontro de resultados de investigações anteriores⁽²⁵⁾, no presente estudo verificou-se uma correlação significativa negativa entre saúde geral e estratégias de *coping* de evitamento ou adiamento como a autodistração, negação e descomprometimento

comportamental. Esse resultado vem reforçar a ideia de que estratégias centradas no afastamento do indivíduo da fonte de estresse podem ser protetoras em situações pontuais de crise ou de impossibilidade de resolução, mas não são promotoras de equilíbrio físico e emocional em situações que são prolongadas no tempo e que requerem a participação ativa do indivíduo.

Em relação às limitações do estudo, essas se referem à pequena dimensão da amostra em estudo, que não permite a sua generalização. Nota-se, no entanto, que a amostra utilizada compreendeu a totalidade dos enfermeiros dos serviços onde se realizou o estudo.

Conclusão e implicações práticas

Considera-se que os resultados obtidos poderão constituir um contributo importante para a compreensão dos fatores de estresse ocupacional em enfermagem oncológica, para o desenvolvimento de ações que previnam reações adversas na saúde e bem-estar dos profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, promovam a qualidade dos serviços prestados ao utente. Nesse contexto de prevenção, torna-se essencial a implementação de estratégias que visem: (1) melhorar a organização do trabalho e a distribuição de funções, de forma a que sejam respeitadas e efetivamente aproveitadas as capacidades e os recursos pessoais e coletivos dos enfermeiros; (2) melhorar os canais de comunicação (maior adequação da passagem de informação entre equipas), tornando mais efetiva essa comunicação; (3) possibilitar o desenvolvimento e crescimento profissional (valorização das competências e da profissão de enfermagem); (4) criar programas de formação contínua (formação em serviço ou promoção de formação em cursos conferentes de competências transversais ou específicas) e (5) desenvolver programas de apoio e prevenção de estresse (grupos de discussão e grupos de suporte/apoio psicossocial para a ajuda na monitorização do estresse e resolução de situações problemáticas).

Referências

1. Cox T, Griffiths AJ, Rial-González E. El estrés relacionado con el trabajo. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en Trabajo [Internet] 2005; [acesso 23 maio 2011] Disponível em <http://osha.europa.eu/es/publications/reports/203>.
2. Observatório Europeu dos Riscos. Aumenta o número de pessoas que enfrentam riscos psicossociais no trabalho [Internet] 2008; [acesso 20 maio 2011] Disponível em http://osha.europa.eu/pt/press/press-releases/news_article.2008-01-30_stress.

3. National Institute for Occupational Safety and Health (USA). Exposure to Stress: Occupational Hazards in Hospitals [Internet] 2008; Publication n. 136. [acesso 8 nov 2010] Disponível em <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/>.
4. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VE. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of brazilian university hospitals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(2):340-7.
5. McIntyre T, McIntyre S, Silvério J. Respostas de stress e recursos de *coping* nos enfermeiros. Anal Psicol. 1999;17:513-27.
6. Isikhan V, Gomes T, Danis Z. Job stress and *coping* strategies in health care professionals working with cancer patients. Eur J Oncol Nurs. 2004;8:234-44.
7. Glazer S, Gyurak A. Sources of occupational stress among nurses in five countries. Int J Intercult Relations. 2008;32:49-66.
8. Gomes RA, Cruz JF, Cabanelas S. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros Portugueses. Psicol Teoria Pesqui. 2009;25(3):307-18.
9. Rodrigues AB, Chaves EC. Stressing factors and *coping* strategies used by oncology nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(1):24-8.
10. Faria DAP, Maia EMC. Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov-dez 2007;15(6):1131-7.
11. Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and *coping*. New York: Springer; 1984.
12. Ekedahl M, Wengstrom Y. Nurses in cancer care- *Coping* strategies when encountering existential issues. Eur J Oncol Nurs. 2006;10:128-39.
13. Negromonte MRO, Araujo TCCF. Impact of the clinical management of pain: evaluation of stress and *coping* among health professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(2):238-44.
14. Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Epidemiologic evaluation of head and neck patients in a university hospital of Northwestern São Paulo State. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008;74(1):68-73.
15. Vasconcellos-Silva PR, Nolasco PTL. Dialética da autonomia dos equilíbrios nos conflitos entre pacientes e cirurgiões Oncológicos. Rev Saúde Pública. 2009;43(5):839-45.
16. Laranjeira CA. General health questionnaire-12 items: adaptation study to the Portuguese population. Epidemiol Psychiatr Soc. 2008;17(2):148-51.
17. Santos MC, Barros L, Carolino E. Occupational stress and *coping* resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals. Physiotherapy. 2010;96:303-10.

18. Carver CS. You Want to Measure *Coping* But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92-100.
19. Sabino A, Santos M, Carvalhais J, Carolino E. Factores de risco de stress relacionado com o trabalho e níveis de stress percebido no corpo académico: estudo numa instituição de ensino superior politécnico. Portugal: Segurança e higiene ocupacionais – SHO; 2011. p. 564-9.
20. Moore K, McLaughlin D. Depression: the challenge for all healthcare professionals. *Nurs Stand.* 2003;12-18;17(26):45-52.
21. Ekedahl M, Wengstrom Y. Nurses in cancer care-stress when encountering existential issues. *Eur J Oncol Nurs.* 2007;11:228-37.
22. Rodrigues VMCP, Ferreira ASS. Stressors in nurses working in Intensive Care Units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(4):1025-32.
23. Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(2):355-62.
24. Avellar LZ, Iglesias A, Valverde PF. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicol Estudo.* 2007;12(3):475-81.
25. Coelho JAPM, Albuquerque FJB, Martins CR, D'Albuquerque HB, Neves MTS. *Coping* em Jovens frente à Expectativa de Inserção Ocupacional e Indicadores de Depressão. *Psicol Teoria Pesqui.* 2008;24(4):527-34.

Recebido: 9.7.2012

Aceito: 30.7.2013