UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Bauru - Departamento de Pós-Graduação

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

ANA PAULA PACHECO MORAES

Stress, sintomas físicos, psicológicos e enfrentamento de situações estressoras em profissionais da saúde que atuam em hospitais

Bauru

2012

ANA PAULA PACHECO MORAES

Stress, sintomas físicos, psicológicos e enfrentamento de situações estressoras em profissionais da saúde que atuam em hospitais

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Linha 2 - Desenvolvimento: Comportamento e Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Tania Gracy Martins do Valle

Bauru

2012

Moraes, Ana Paula Pacheco.
Stress, sintomas físicos, psicológicos e enfrentamento de situações estressoras em profissionais da saúde que atuam em hospitais / Ana Paula Pacheco Moraes, 2012

90 f.

Orientadora: Tânia Gracy Martins do Valle

Dissertação (Mestrado)–Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2012

FOLHA DE APROVAÇÃO

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
CAMPUS DE BAURU
FACULDADE DE CIENCIAS DE BAURU

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE ANA PAULA PACHECO MORAES, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIENCIAS DE BAURU.

Aos 02 dias do mês de abril do ano de 2012, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS MIYAZAKI do(a) Departamento de Psiquiatria e Psicologia / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a argüição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de ANA PAULA PACHECO MORAES, intitulada "Stress, sintomas físicos, psicológicos e enfrentamento de situações estressoras em profissionais da saúde que atuam em hospitais". Após a exposição, a discente foi argüida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE

Profa. Dra. MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS MIYAZAKI

Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME

Dedico esse trabalho a Deus, a meus pais Ana e Val, meu irmão Tadeu, minha cunhada Aline, meu noivo Oscar e a meus amigos iluminados, que sempre acreditaram nas minhas capacidades e me confiaram na realização deste e de muitos outros.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo auxílio, confiança e por acreditar sempre que posso ser uma pessoa melhor do que sou, oferecendo-me bênçãos e oportunidades;

Agradeço a meus pais Ana e Dorival e a meu irmão Tadeu pelo amor, paciência, auxílio emocional e espiritual, estando prontos a me ajudar sempre que precisei;

Agradeço a meu noivo Oscar, que surgiu em minha vida juntamente com esse trabalho e que muito tem me auxiliado com seu amor, carinho, compreensão e paciência;

Agradeço a todos os professores que fizeram parte da minha formação como Mestre e em especial a minha orientadora Tania Gracy.

Agradeço a todos os profissionais que participaram deste estudo, compartilhando informações pessoais que permitiram as análises e contribuirão para futuros trabalhos visando melhorar a qualidade de vida desses trabalhadores.

Tal como a chuva caída
Fecunda a terra, no estio,
Para fecundar a vida
O trabalho se inventou.

Feliz quem pode, orgulhoso,
Dizer: "Nunca fui vadio:
E, se hoje sou venturoso,
Devo ao trabalho o que sou!"

É preciso, desde a infância,
Ir preparando o futuro;
Para chegar à abundância,
É preciso trabalhar.

Não nasce a planta perfeita,
Não nasce o fruto maduro;
E, para ter a colheita,
É preciso semear...

Olavo Bilac

MORAES, A. P. P. Stress, sintomas físicos, psicológicos e enfrentamento de situações estressoras em profissionais da saúde que atuam em hospitais. 2012. 90f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2012.

RESUMO

O trabalho em hospitais tem características particulares e abrange várias situações-limite que acabam influenciando no bem-estar da própria equipe de saúde, podendo gerar stress e adoecimento. Dessa forma, a pesquisa teve como objetivo principal identificar e descrever situações estressoras e estratégias de enfrentamento relacionadas à atuação profissional e sua relação com sintomas físicos e psicológicos decorrentes do stress. Participaram da pesquisa sessenta profissionais que atuam na área da saúde, sendo eles psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. A coleta de dados foi realizada em cinco hospitais gerais do interior do estado de São Paulo. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o ISSL, e a versão adaptada para o português do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. Os resultados obtidos apontaram a presença de stress em 51,6% dos profissionais da amostra e a prevalência de sintomas psicológicos do stress (46,7%). A estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos profissionais das três profissões foi a de resolução de problemas e as menos utilizadas a de confronto e afastamento. A maioria dos profissionais apontou como situação estressora no local de trabalho a "Comunicação e Relacionamento entre a equipe e outros profissionais", seguida de "Problemas institucionais". Portanto, além da necessidade de um treino de controle de stress, nota-se a importância de programas que visem desenvolver habilidades sociais relacionadas à comunicação e competências de relacionamento interpessoal. Enfrentar de maneira adequada situações estressoras poderá impedir com que esta perdure enquanto durar o trabalho.

Palavras-chave: stress; coping; estratégias de enfrentamento; enfermeiros; psicólogos; assistentes sociais; stress ocupacional.

ABSTRACT

The work in hospitals has particular features and covers many extreme situations that influence the well-being of the care team, and may cause stress and illness. Thus, this research aimed to identify and describe stressful situations and coping strategies related to professional practice and its relationship to physical and psychological symptoms resulting from stress. The participants were sixty professionals working in health area, like psychologists, nurses and social workers. The data was collected in five general hospitals in the state of São Paulo. The instruments used for data collection were the ISSL and adapted to Portuguese version of the Coping Strategies Inventory of Folkman and Lazarus. The results indicated the presence of stress in 51.6% of the professionals of the sample and the prevalence of psychological symptoms of stress (46.7%). The coping strategy most used by professionals of the three professions was the problem-solving and the less used was confront. Most professionals mentioned as stressful situation at work "Communication and Relationships between staff and other professionals," followed by "Institutional Problems". Therefore, besides the need for a stress management training, we note the importance of programs designed to develop social skills related to communication and interpersonal relationship skills. Cope adequately with stressful situations may prevent that it remain for the duration of the work.

Keywords: stress; coping; psychologists, nurses, social workers; occupacional stress.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Incidência e fase de stress em enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que trabalham em hospitais.....p.49

Figura 2 – Situações estressoras no trabalho eleitas pelos profissionais participantes do estudo. p.55

Figura3- Escolha de estratégias de enfrentamento de situações estressoras por profissão. p. 61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos de enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que participaram do estudo. p.48

Tabela 2. Associação entre Profissão, Fase do Stress e Sintomatologia de todos os participantes..... p.51

Tabela 3. Análise de Correlação de Pearson entre os fatores Profissão e Sintomas.....p.52

Tabela 4 – Relação das Categorias e das frases sobre situações estressoras por profissão.p.58

Tabela 5. Coeficiente α de Cronbach para os fatores do Inventário de Coping.....p.59

Tabela 6. Coeficiente α de Cronbach para os fatores do Inventário de Coping corrigido p.60

Tabela 7. Estratégias de *Coping* utilizadas pelos profissionais da Saúde.....p.61

Tabela 8. Estratégias de *Coping* utilizadas de acordo com cada profissão analisada.....p.63

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	**13**
1.1- Stress: Origem do Termo e Definições	15
1.2- Stress e Trabalho	21
1.3- Estratégias de Enfrentamento: Conceito e Aplicação	24
1.4- Profissionais da Saúde	31
Enfermeiros	32
Psicólogos Hospitalares	33
Assistentes Sociais	34
1.5- Justificativa	35
2- OBJETIVO.....	**37**
2.1- Objetivo Geral	37
2.2- Objetivos Específicos	37
3- MÉTODO	**38**
3.1- Revisão de Literatura	38
3.2- Participantes do Estudo	40
3.3- Local	40
3.4- Procedimentos Éticos	41
3.5- Coleta de Dados	41
3.6- Instrumentos	42
Inventário de sintomas de Stress para adultos – ISSL	42
Inventários de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	43
3.7- Análise de Dados	44
Dados Sociodemográficos	45
Presença de Stress, Fase e Sintomatologia	45
Situações Estressoras no Trabalho	46
Estratégias de Enfrentamento	46

Avaliação de Confiabilidade	47
Estratégias de Enfrentamento, Presença e Sintomatologia do Stress	
4- RESULTADOS	**48**
4.1- Caracterização da amostra do estudo	48
4.2- Stress: Resultados do ISSL	50
Presença de Stress	50
Sintomatologia	51
4.3- Estratégias de Enfrentamento de Situações Estressoras no Local de Trabalho	54
Situações Estressoras no Trabalho	54
Coeficiente α de Cronbach para o Inventário de Coping	59
Estratégias de Enfrentamento de Situações Estressoras	61
5- DISCUSSÃO	**65**
6- CONCLUSÕES	**72**
7- REFERÊNCIAS	**74**
ANEXOS	**81**

1 - INTRODUÇÃO

O trabalho em hospitais tem características particulares e abrange várias situações-limite como vida/morte, saúde/doença que acabam influenciando no bem-estar da própria equipe de saúde, podendo gerar stress e adoecimento. Autores da área da psicologia da saúde apontam que poucos ambientes de trabalho são tão complexos como um hospital (NISHIDE, BENATTI & ALEXANDRE, 2004), pelo fato de ser ao mesmo tempo um centro de cuidado a vida e um local de doença e morte.

A história do hospital enquanto local de prestação de cuidados vem evoluindo desde a antiguidade até os dias de hoje. De acordo com Campos (1995): "*À medida que a medicina foi se desenvolvendo e de acordo com as regiões, o Hospital assumiu determinadas características*" (p. 17). Primeiramente, o hospital destinava-se a atividades de natureza curativa de doenças. Com o desenvolvimento da biologia e da medicina, procedimentos de ordem preventiva passaram a fazer parte de algumas atividades hospitalares. Campos (1995) também aponta o hospital, dentre outras funções, como centro de formação médico-sanitarista e de investigação biopsicossocial.

O Ministério da Saúde do Brasil define o hospital como:

> "parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977).

O hospital, propriamente dito, é o ambiente em que o profissional que nele trabalha fica a maior parte de seu dia. O mínimo encontrado na literatura é de 10 horas semanais na Instituição (caso de alguns médicos) e o máximo chega a 40 horas (que podem ser acrescidas de plantões e trabalho em segundas Instituições/clínicas particulares).

Considerado por muitos um ambiente de trabalho penoso e insalubre por lidar com o sofrimento, a dor, a doença e a morte humana (PITTA, 1991; NISHIDE, BENATTI & ALEXANDRE, 2004), o hospital também exige atenção constante do trabalhador, no sentido de prevenção de acidentes de trabalho e/ou contaminações. O grau de insalubridade e o risco de contaminações irão depender do tipo de atenção dada ao doente pelo profissional da saúde e do setor de atuação. Profissionais que desempenham funções que exijam contato mais direto com o paciente, principalmente quando relacionado a procedimentos invasivos, estão mais propensos aos riscos citados.

Além das características institucionais, situações estressoras envolvendo a necessidade de apresentar respostas rápidas relacionadas a situações-limite de vida e morte de pacientes, alta carga horária, atendimento ao público muitas vezes em estados emocionais alterados, sobrecarga de tarefas e conflitos de opiniões e pontos de vista divergentes com profissionais de outra formação acadêmica também fazem parte do ambiente diário dos profissionais da saúde. Caso essas situações estressoras atuem durante um considerável tempo sobre um indivíduo que não tenha repertório comportamental para se esquivar e contracontrolá-las ou que não possa emitir outros comportamentos a fim de evitá-las, este pode apresentar alterações fisiológicas, problemas emocionais, entre outros sintomas.

De acordo com Lipp (2003) os efeitos do stress afetam a pessoa e seu meio social, como amigos e família. Etapas posteriores do stress podem trazer consequências físicas e psicológicas, ocasionando cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória, e em fases avançadas,

como quase-exaustão e exaustão, desencadear doenças como hipertensão, impotência sexual, diabetes, entre muitas outras.

No hospital, a possibilidade de esquiva e fuga de situações estressoras diminui, pois muitas vezes essas situações fazem parte do dia-a-dia da Instituição. Sendo assim, as pessoas utilizam estratégias para enfrentar essas situações que causam stress e desconforto físico e emocional. As estratégias de enfrentamento são parte integrante de um repertório comportamental aprendido ao longo da vida e principalmente durante a formação acadêmica, estágios e residência, já que as situações enfrentadas no ambiente de trabalho em hospitais, apesar de terem semelhanças com eventos e situações cotidianas têm suas próprias peculiaridades.

A escolha de uma classe de estratégias de enfrentamento ou de outra e a forma como estas são utilizadas é influenciada, em grande parte, por aspectos relacionados a: crenças, auto-regras, habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, assertividade, suporte social e recursos materiais (SAVÓIA, 1999). Os autores Antoniazzi, Dell'aglio e Bandeira (1998) apontam que os processos de enfrentamento podem se modificar com o desenvolvimento da pessoa, devido a grandes modificações que se processam nas condições de vida, através das experiências vivenciadas pelos indivíduos.

1.1- STRESS: ORIGEM DO TERMO E DEFINIÇÕES

De acordo com o Dicionário Aurélio de língua portuguesa, o substantivo masculino "stress" significa: *"conjunto das perturbações orgânicas, psíquicas, provocadas por vários agentes agressores, como o frio, uma doença infecciosa, uma emoção, um choque cirúrgico, as condições de vida muito ativa e trepidante etc./ Estrição*" (DICIONÁRIO AURÉLIO, 2010).

O termo “stress” tem origem no século XVII, com a descoberta de Robert Hooke (1635-1703) sobre a lei fundamental que existe entre uma força externa e a distorção, resultante em um corpo elástico. O nome “stress” foi designado, 100 anos mais tarde, por Thomas Young, estudioso de Hooke, para nomear a relação entre essa força dentro do corpo elástico para a área em que a ela atua (ENGEL, 1985). Séculos mais tarde, o termo foi retomado pela fisiologia, ganhando nova definição. Lipp (2003) aponta que especulações acerca da possível relação entre eventos emocionais (estressantes) e doenças já eram formuladas por estudiosos no século XIX. Contudo, foi no século seguinte que pesquisas mais contundentes sobre o assunto foram elaboradas.

O endocrinologista canadense Hans Selye (1907-1982) durante a década de 1930 foi o primeiro a dedicar-se a pesquisas sobre o stress, observando que organismos diferentes apresentam um mesmo padrão de resposta fisiológica para estímulos sensoriais ou psicológicos e que isso teria efeitos nocivos em quase todos os órgãos, tecidos ou processos metabólicos (BALLONE E MOURA, 2008). O fisiologista Cannon (1871-1945) em 1939 formulou o conceito de homeostase, que se referia ao esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno no organismo. Baseado nesse conceito e em outras descobertas fisiológicas da época, Seyle definiu o stress como uma quebra neste equilíbrio no organismo (LIPP, 2003).

Dessa forma, Selye ampliou os trabalhos de Cannon que envolviam a homeostase, descrevendo a tentativa de retomar o equilíbrio interno como uma reação adaptativa única e geral do corpo quando submetido a agentes estressores, por ele denominada de Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome do Stress Biológico.

Para Seyle (1959), a quantidade de tempo em que os agentes estressores atuam no organismo e o tipo de reações deste para combatê-lo fazem com que o stress possa ser classificado e subdividido em três fases distintas:

Fase 1 - *Reação de alarme.* É a primeira reação do organismo ao stress. Seus esforços são decorrentes da ativação do sistema nervoso simpático, mobilizando o corpo para ficar pronto para enfrentar o desafio, isto é, os agentes estressores;

Fase 2 - *Resistência.* Com a persistência do evento de stress, o corpo mantém-se ativado, ainda que num grau menos intenso, de forma a manter seus recursos disponíveis para o embate;

Fase 3 - *Exaustão.* Exigido a manter-se ativado para o combate do evento estressante por um período mais longo do que aquele que consegue suportar, o organismo entra em exaustão e torna-se vulnerável. Há uma queda na capacidade de pensar, de lembrar e de agir, como também na capacidade de resposta do sistema imunológico, abrindo portas para o surgimento de doenças.

Essa maneira de compreender o nível de stress no organismo do indivíduo como tendo três fases havia sido até então o modelo mais utilizado pelos estudiosos da área. Contudo, durante a elaboração do Inventário de Stress para Adultos de Lipp (LIPP, 2000), esta mesma autora reconheceu uma quarta fase do stress, intermediária da Fase 2 (Resistência) e Fase 3 (Exaustão). De acordo com Lipp (2003), a fase intermediária, então batizada de "Quase-Exaustão", pode ser caracterizada por um "*enfraquecimento da pessoa que não mais está conseguindo se adaptar ou resistir ao estressor*" (p.19). Durante essa fase, o indivíduo ainda consegue trabalhar e exercer suas funções na vida social, contudo já com desgaste e sintomas físicos e psicológicos. O modelo quadrifásico tem sido o mais utilizado para estudos e pesquisas nos dias atuais, principalmente no Brasil (REINHOLD, 2004).

As fases do stress de Lipp (2000) ficam então divididas em:

1- *Fase de alerta:* neste estágio há uma quebra da homeostase, gerando a necessidade do indivíduo produzir mais força e energia para combater o desafio ou ameaça percebida. Os esforços do organismo focam o enfrentamento da situação estressora. Pesquisas de Lipp e Malagris (1995) apontam que as mudanças hormonais desta fase contribuem para um aumento de motivação e

energia do organismo, o que se não excessivo, pode gerar aumento de produtividade, inclusive no trabalho.

2- *Fase de Resistência:* nesta fase o organismo continua buscando o reequilíbrio para a situação anterior à quebra da homeostase. Esse processo pode despender uma grande quantidade de energia, gerando sensação de desgaste, dificuldades para concentração, memória, entre outros sintomas. Caso o organismo consiga adaptar-se ou resistir ao estressor nesta fase, o processo de stress se interrompe sem seqüelas maiores ao indivíduo (LIPP, 2003).

3- Fase de Quase-Exaustão: o indivíduo chega a esta fase quando o processo de stress não foi interrompido na fase anterior. Nesse caso, o organismo já está tentando enfrentar, sem muito sucesso, o estressor por um considerável período de tempo. Sendo assim, o funcionamento do corpo em estado alterado por todo esse tempo começa a gerar sintomas de cansaço e ansiedade, levando ao aparecimento de algumas doenças.

4- Fase de Exaustão: já tendo despendido todos os seus esforços e não conseguindo resistir ao estressor, o indivíduo avança até a última fase. Lipp (2003) afirma que sintomas físicos mais graves, doenças e sintomas psicológicos como a depressão podem ser característicos da Exaustão. Caso esse quadro não seja revertido, conseqüências bastante ruins ocorrerão para o organismo, podendo ter como resultado final a morte.

Vale ressaltar que o aparecimento de sintomas físicos e psicológicos em decorrência do processo de stress irá depender da "capacidade do organismo em atender às exigências do momento, independentemente destas serem de natureza positiva ou negativa" (LIPP E TANGANELLI, 2002, p.538).

Alguns sintomas e doenças que podem surgir no organismo associados ao stress são: diabetes, câncer, úlceras, gastrites, doenças inflamatórias, colites, problemas dermatológicos (micoses, psoríase, queda de cabelo), distúrbios relacionados à obesidade e problemas sexuais (impotência e

frigidez), acidente vascular cerebral, hipertensão, entre muitos outros (LIPP & TANGANELLI, 2002).

Contudo, apesar de ser apontado como negativo, seria impossível e indesejável eliminar completamente as reações de stress do organismo, pois, fisiologicamente, a ausência dessas reações equivale à morte. Fisicamente, o stress aparece quando o organismo é submetido a uma nova situação, como uma cirurgia ou uma infecção, por exemplo, ou, do ponto de vista psicológico, quando há uma situação percebida como ameaça (BALLONE E MOURA, 2008).

Lipp e Malagris (2001) apontam que dezenas de autores têm tentado definir cientificamente o que é stress sem que se tenha chegado a um acordo. Referem que Selye, em 1974, lamentou o uso indiscriminado do conceito, que passou a denominar tanto o que causa tensão, quanto as consequências sofridas pelo organismo a ela submetido, isto é, uma dificuldade conceitual acerca do stress ser estímulo ou resposta.

Para facilitar o entendimento e englobar tanto o stress gerado por estímulos positivos quanto negativos, Molina (1996) definiu o stress como qualquer tensão, aguda ou crônica, capaz de produzir mudança de comportamento físico e emocional, e uma resposta de adaptação psicofisiológica que pode ser negativa ou positiva para o organismo.

Inicialmente com uma explicação direcionada a fisiologia, atualmente o termo stress encontra respaldo na área psicológica. Para a Análise do Comportamento, o processo de stress é compreendido como uma mudança na relação do sujeito com o ambiente devido a alterações ambientais. Essa mudança implicará na necessidade de um novo repertório. O problema se instala quando o indivíduo, diante de uma alteração ambiental aversiva, não apresenta respostas comportamentais adaptativas (BANACO, THOMAZ E WIELENSKA, 2005).

A fim de facilitar o entendimento, a definição de stress que o presente trabalho irá adotar no seu desenvolvimento será a de Lipp e Malagris (2001) que o definem como *"uma resposta*

complexa do organismo, que envolve reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a qualquer evento que seja interpretado pela pessoa como desafiante".

Lazarus e Folkman (1984b) apontam que as definições que tratam do stress como estímulo ou resposta encontram um impasse, pois um estímulo é definido como estressante apenas em relação a uma resposta de stress. Para estes, o conceito de stress psicológico envolve a relação pessoa - ambiente, que é avaliada pela pessoa como estressante quando limita ou excede seus recursos, prejudicando seu bem-estar.

De acordo com esse ponto de vista, a percepção de um estímulo como estressor irá depender da avaliação cognitiva de cada indivíduo. Esse fato explica o porquê grupos e pessoas diferem em sua sensibilidade e vulnerabilidade a certos tipos de eventos aversivos, assim como reagem e interpretam estes de forma distinta (LAZARUS & FOLKMAN, 1984b).

Sendo assim, os estímulos estressores podem ser caracterizados como estímulos percebidos como ameaçadores ao indivíduo. Estão presentes em vários locais e situações, podendo ser encontrados no local de trabalho, ou estar ligados a assuntos pessoais e do meio ambiente, em sentido mais amplo (SAVÓIA, 1999). Qualquer estímulo que contenha essas características é considerado estressor, podendo ser de natureza negativa (perdas, dificuldades familiares, problemas financeiros) ou positiva (reconhecimento profissional, aumento salarial, casamento, nascimento dos filhos, etc), (FERREIRA & DE MARTINO, 2009).

Caso avaliado como desafiador, ou seja, estressante, o estímulo provocará uma quebra na homeostase que, por sua vez, cria uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. O stress seria a resposta à esse estímulo (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Para esta autora, os estímulos estressantes podem ser divididos em: Físicos, quando compreendem elementos provenientes do ambiente externo, como frio, calor, ou que interferem na fisiologia do corpo, como fome, excesso de exercícios físicos; Emocionais, sendo aqueles que envolvem componentes como medo, perda, ou situações que eliciam afetos, como casamento,

mudanças, entre outras e Cognitivos, que são avaliados como ameaçadores à integridade do indivíduo ou a seu patrimônio. A autora cita como exemplo a seleção para empregos, assaltos, provas (BENEVIDES- PEREIRA, 2002).

No caso dos estressores relacionados ao local de trabalho, têm-se como alguns exemplos: as pressões de realizar uma tarefa em determinado tempo, os conflitos inter e intrapessoais, os aspectos físicos negativos do local de trabalho, as preocupações financeiras, a necessidade de atender as expectativas da equipe e dos usuários quanto a sua atuação, entre muitos outros.

1.2 - STRESS E TRABALHO

Atualmente encontrado em publicações de muitas áreas de conhecimento, como economia, política, biologia, física, química e principalmente nos campos de atenção à saúde (medicina, enfermagem e psicologia), o termo stress tem ganhado popularidade no meio acadêmico e popular. Mais especificamente, o stress relacionado ao trabalho é um dos grandes motes em trabalhos acadêmicos atuais. Fatores como: altas taxas de absenteísmo, licenças-saúde e aposentadorias precoces de trabalhadores encorajam os pesquisadores a analisarem porque o trabalho tem sido fonte de sofrimento, stress, dor ou até mesmo esgotamento (*Burnout*) em profissionais.

Muito provavelmente, tal fato possa ser explicado pela rápida mudança social e no mercado de trabalho do século XX. O novo ritmo de trabalhar e viver imposto desde o início da sociedade industrial fez com que muitos perdessem o senso de identidade e significado de suas ações, dedicando-se a atingir metas em determinado tempo. A sociedade em sua era moderna também passou a exigir uma capacidade plástica do organismo, tendo este que adaptar-se física, mental e socialmente aos diferentes contextos e exigências do mundo atual. A necessidade de adaptação a

essas mudanças acabam por expor as pessoas a uma frequente situação de conflito, ansiedade, angústia e desestabilização emocional (BALLONE E MOURA, 2008).

Essas condições provocaram um crescimento de preocupações sobre a própria sobrevivência do homem e maneiras que possibilitem melhorar a qualidade de vida deste (LAZARUS E FOLKMAN, 1984). Em decorrência desses questionamentos e preocupações com a qualidade de vida laboral, as teorias, estudos e pesquisas sobre stress tiveram seu maior "boom" e começaram a se propagar na comunidade científica e leiga.

Cooper (2001) afirma que a maioria das pesquisas atuais sobre stress no trabalho utiliza os pressupostos teóricos gerais do stress, com uma abordagem interacional, isto é, a presença de certas condições de trabalho pode estar associada com um número de respostas ao stress. Ainda de acordo com a abordagem interacional, Cooper (2001) afirma que características organizacionais, fatores situacionais e diferenças individuais podem influenciar a resposta do trabalhador frente ao estímulo estressante.

O conceito de stress ocupacional é definido por Cooper e Kelly (1993) como um "problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade do indivíduo de lidar com fontes de pressão no trabalho". O stress ocupacional pode ter como consequências problemas de ordem física e emocional, muitas vezes relacionadas à satisfação com o trabalho que o indivíduo desempenha.

Como visto anteriomente, a percepção do estímulo como fonte de stress dependerá da avaliação individual, o que também ocorre para o stress relacionado ao trabalho. Por essa razão, serão chamados de estímulos potencialmente estressantes. Cooper (1998) caracteriza esses estímulos em seis categorias: fatores intrínsecos ao trabalho, papel organizacional, inter-relacionamento, desenvolvimento na carreira, clima e estrutura organizacionais e relação entre casa e trabalho.

Também em relação a esses estímulos potencialmente estressantes característicos do trabalho desempenhado, Straub (2005) cita: A sobrecarga de trabalho; A sobrecarga de papéis, ou seja,

desempenhar vários papéis simultâneos, como por exemplo, no caso de mulheres que trabalham fora de casa e tem ao mesmo tempo as responsabilidades do trabalho doméstico; Ambiguidade de papéis, quando as funções e papéis desempenhados pelos trabalhadores na instituição não são claras para os mesmos e Turnos de revezamento, que envolvem a mudança contínua da equipe de trabalho. De acordo com Ferreira e De Martino (2009) o cronótipo, relacionado ao ritmo biológico matutino, vespertino ou noturno, pode influenciar o desempenho físico e mental dos trabalhadores da saúde que atuam em turnos, assim como na incidência de stress.

Vale ressaltar que o stress ocupacional acaba não atingindo apenas o trabalhador, como também as instituições e organizações. Os efeitos do adoecimento devido ao stress podem levar ao absenteísmo, redução na produtividade e aumento de conflitos interpessoais com a equipe.

Na dinâmica do trabalho hospitalar, por exemplo, podem ocorrer entre os colegas punições cujas contingências não são constantes ou claras podendo criar uma expectativa de punição latente, desencadeando muitas vezes um quadro de ansiedade. Com o tempo essa contingência poderá produzir alterações no sistema neurovegetativo do organismo, preparando-o para a fuga. Com isso há o aumento dos batimentos cardíacos, da pressão arterial, do ritmo respiratório, descarga de adrenalina, etc. Caso essas alterações no sistema neurovegetativo aconteçam de forma duradoura podem causar modificações no funcionamento fisiológico do organismo chegando a gerar o desencadeamento de uma doença. É importante ressaltar que o problema não reside nas emoções que são eliciadas, mas sim nas contingências que foram estabelecidas levando o organismo a funcionar de forma alterada por longos períodos ou com excessiva frequência (KRAHENBUHL, 2009).

Apesar dos efeitos nocivos do stress ocupacional ao bem-estar e a uma boa qualidade de vida, o trabalhador muitas vezes encontra-se impossibilitado, seja por motivos pessoais ou organizacionais, de modificar sua relação com o trabalho, de eliminar ou se esquivar daquilo que lhe causa stress. Nesses casos, pode haver uma “cronificação do stress ocupacional”, e a resposta a

essa situação levaria à chamada Síndrome de Burnout ou simplesmente *Burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

De acordo com Benevides-Pereira (2002), o *Burnout* traz consigo consequências tanto em nível individual, como profissional, familiar e social. Em relação à esfera institucional, os efeitos do *Burnout* acarretam diminuição da produção assim como na qualidade do trabalho executado, aumento do absenteísmo, na alta rotatividade, elevação dos índices de acidentes ocupacionais, visão negativa da instituição pela sociedade, tendo esta como resultado importantes prejuízos financeiros.

1.3 - ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO: CONCEITO E APLICAÇÃO TEÓRICA

O processo de stress desencadeia estratégias de enfrentamento, também conhecidas pela palavra da língua inglesa *"coping"*. Atualmente, a definição mais utilizada em pesquisas sobre estratégias de enfrentamento é a de Lazarus e Folkman (1984a), que definem o *coping* como uma variável individual representada pelas formas como as pessoas comumente reagem ao stress, determinadas por fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis.

O conceito de *Coping*, denominado no Brasil pela expressão "Estratégias de Enfrentamento", já passou por várias modificações e evoluções ao longo do tempo e com o aumento de pesquisas relacionadas a esse tema (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO & BANDEIRA, 1998). Para alguns autores (PINHEIRO, TAMAYO & TRÓCCOLI, 2003; ANTONIAZZI, DELL'AGLIO & BANDEIRA, 1998), o termo *coping* seria melhor traduzido como "lidar com" ao invés de "enfrentar". De acordo com esses autores, enfrentar denota um sentido ativo, de luta, e utilizar esse termo excluiria do conceito e do sentido de *coping* um conjunto de estratégias de enfrentamento

relacionadas à esquiva e à fuga de situações e estímulos estressores, isto é, estratégias que não envolvem uma ação direta e ativa contra o estressor.

Contudo o termo "estratégias de enfrentamento" já se encontra consolidado na área e nas pesquisas e será utilizado ao longo do presente trabalho, com a ressalva de que ele se refere tanto às estratégias ativas, quanto às "passivas" para lidar com estímulos estressores. Lazarus e Folkman em seu livro Stress, Apraissal and Coping (1984a) apontam que o conceito de *coping* já aparecia nas décadas de 1940 e 1950 em contexto de psicoterapia, sendo importante na psicologia há mais de 70 anos.

De acordo com esses mesmos autores e com trabalhos subsequentes sobre a evolução conceitual do termo "*coping*", inicialmente as pesquisas sobre o tema eram concentradas em duas teorias psicológicas, distintas teórica e metodologicamente (LAZARUS & FOLKMAN, 1984a; CERQUEIRA, 2000).

A primeira geração de pesquisas é relacionada à psicologia do ego do início do século XX, e concebe o conceito de coping enquanto "correlato aos mecanismos de defesa, motivado interna e inconscientemente como forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos" (VAILLANT, 1994). Cerqueira (2000) aponta que de acordo com esse modelo, considera-se como medida os traços e estilos de enfrentamento e não o processo em si. Já os pesquisadores que se baseavam na teoria de Darwin e na experimentação e no modelo animal de controle de stress definiram o conceito de coping como *"atos que controlam condições ambientais aversivas, diminuindo assim perturbações psicofisiológicas"* (LAZAUS & FOLKMAN, 1984a. p. 117-118).

Apesar das diferenças conceituais, as duas primeiras gerações de pesquisadores consideram, grosso modo, as estratégias de enfrentamento como uma maneira de responder às situações difíceis, isto é, aversivas, e à elaboração de uma resposta para uma situação estressora (RAY, LINDOP & GIBSON, 1982). De acordo com Pinheiro, Tamayo e Tróccoli (2000) para a maioria dos autores

que estudam esse fenômeno, o objetivo do enfrentamento é apresentar uma resposta orientada para a redução do stress.

Os principais autores sobre o tema, Richard Lazarus e Susan Folkman (1984) classificam o enfrentamento em duas grandes classes: enfrentamento focado na emoção, que visa adequar a resposta emocional ao problema e enfrentamento focado no problema, cuja finalidade seria modificar a relação entre a pessoa e o ambiente, controlando ou alterando o problema causador de stress (SAVÓIA, 1999).

Por enfrentamento focado na emoção entende-se o uso de estratégias como evitação, minimização, distanciamento e atenção seletiva, que visam modificar a maneira como o estressor é avaliado pelo indivíduo. Lazarus e Folkman (1984) citam como exemplo desta classe de enfrentamento avaliações da situação do tipo "não é tão ruim quanto eu pensava", "a coisa poderia ser pior", "tenho coisas mais importantes para me preocupar", entre outras.

Os três tipos principais de enfrentamento focado na emoção de acordo com Lazarus e Folkman (1984) são:

- Fuga-evitação: quando o indivíduo se afasta física ou psicologiacamente do estressor;
- Distanciamento: envolve o afastamento psicológico do estressor, isto é, o indivíduo opta por não pensar sobre o estressor;
- Reavaliação positiva: reinterpretar a situação de modo que algo que se apresentava como negativo passe a ser algo positivo.

Em relação ao enfrentamento focado no problema, suas estratégias são semelhantes àquelas utilizadas em resolução de problemas. As duas principais são:

- Enfrentamento pró-ativo (preventivo): em que o indivíduo busca prever estressores potenciais e agir para preveni-los ou para que seus efeitos sejam amenizados (ASPINWALL & TAYLOR, 1997).
- Enfrentamento combativo: utilizado para estressores que não podem ser evitados. Nesses casos, o indivíduo resolve ou tenta escapar do problema (STRAUB, 2005).

Com a finalidade de aferir o coping e criar uma medida para uso em pesquisas, os autores Lazarus e Folkman (1980) desenvolveram o instrumento denominado *Ways of Coping Checklist*. Segundo estes, o instrumento oferece vantagens para os estudiosos de Coping por várias razões. Uma delas é o fato de que este foi projetado para aferir o coping em uma situação específica, podendo ser utilizado para análise intra-individual ou de comparação. O instrumento também permite que o sujeito caracterize a complexidade de suas ações e pensamentos em determinada situação. Por último, os autores acreditam que o instrumento seja útil por ser de fácil aplicação, não requerendo muito treinamento de quem aplica e de quem o responde.

Em outra pesquisa sobre tema, agora em 1986, Folkman e Lazarus (1986) elaboraram uma nova versão revisada do instrumento, o *Ways of Coping Questionnaire Revised* - WOCQ-R, um questionário com 66 itens. Dentre os itens, encontra-se uma ampla gama de tipos de "enfrentamento" e estratégias comportamentais que as pessoas utilizam para gerenciar situações estressoras, sejam essas externas ou internas.

De acordo com os autores, uma análise fatorial do questionário produziu oito escalas, também chamadas de fatores nas pesquisas atuais. Em seu artigo *Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms,* Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter e Gruen (1986) citam os oito fatores de estratégias de enfrentamento. Alguns exemplos de ações e pensamentos contidos no questionário e relacionados a cada um dos fatores, que serão ilustrados a seguir.

- *Confronto*: "mantive minha posição e lutei por aquilo que eu queria";
- *Distanciamento*: “continuei como se nada tivesse acontecido”;
- *Autocontrole:* “Eu tentei manter os meus sentimentos para mim mesmo”;
- *Busca de Apoio Social*: “falei a alguém que poderia fazer algo de concreto sobre o problema","aceitei a simpatia e compreensão de alguém ";
- *Aceitação de Responsabilidade*: "critiquei-me", "eu me desculpei ou fiz algo para consertar as coisas";
- *Fuga e Esquiva*: "desejei que a situação acabasse", “evitei estar com as pessoas em geral", dormi mais do que o habitual”;
- *Intencional Resolução de Problemas*: "Eu sabia o que tinha de ser feito, por isso eu dobrei meus esforços para fazer as coisas darem certo", " Eu fiz um plano de ação e o segui";
- *Reavaliação Positiva:* "mudei ou cresci como uma pessoa em uma boa maneira"," Eu saí da experiência melhor do que entrei”, “Eu rezei”.

De acordo com esses autores (FOLKMAN, et.al., 1986), tanto as estratégias de enfrentamento focadas na emoção quanto as focadas no problema foram usadas, de acordo com os resultados obtidos com o questionário, em 98% dos episódios de sua pesquisa. Os mesmos autores enfatizam que situações estressoras no trabalho favorecem o uso de estratégias de enfrentamento focadas no problema e contextos relacionados à saúde favorecem a utilização de estratégias focadas na emoção. Portanto, segundo Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter e Gruen (1986), o padrão no uso de estratégias de enfrentamento é visto como a combinação proporcional de estratégias focadas no problema e na emoção utilizadas em um episódio específico.

Lazarus e Folkman (1984a) apontam para a diferença entre função e consequência do *coping*. A função diz respeito ao propósito a que a estratégia serve; as consequências dizem respeito ao efeito produzido pela estratégia. Uma estratégia de enfrentamento pode ter a função, por exemplo,

de impedimento de um estressor, contudo sua utilização não resulta, necessariamente, que esse estressor seja impedido ou evitado (SAVÓIA, 1999).

Entende-se, então, que a despeito de sua conseqüência o que se considera como estratégia de enfrentamento é qualquer tentativa de preservar a vida ou a saúde mental e física do indivíduo (STRAUB, 2005), e que tenha a função de lidar com um possível estressor. É importante ressaltar que a maioria dos autores compreende o enfrentamento de estímulos estressores como um processo dinâmico, que abrange uma série de respostas, envolvendo a interação do indivíduo com o seu ambiente (STRAUB, 2005).

Segundo Sanzovo e Coelho (2007), a Análise do Comportamento caracteriza o processo de enfrentamento de situações estressoras por um conjunto de respostas comportamentais que o indivíduo emite, diante de uma situação de stress. Estas visam modificar o ambiente em tentativa de adaptar o organismo ao evento estressor a fim de reduzir ou minimizar seu caráter aversivo.

O autor Straub (2005) cita algumas pesquisas que apontam a influencia de certas variáveis individuais na utilização de determinadas estratégias de enfrentamento em detrimentos de outras. De acordo com o autor dentre essas variáveis estariam o controle pessoal e a resiliência.

a. Controle Pessoal

Em relação ao controle pessoal, Straub (2005) afirma que "pessoas que possuem forte sensação de controle pessoal têm mais probabilidade de utilizar formas adaptativas e focalizadas nos problemas para lidar com eles" (p.167). No livro "Stress and Disease Processes" os autores apontam que pesquisas sobre stress e imunologia têm apontado para a influencia de mediadores psicossociais no impacto dos estressores e de seqüelas imunológicas, isto é, doenças do stress.

Como exemplo de mediador psicossocial capaz de amenizar os efeitos de estressores, Schneiderman, McCabe e Baum (1992) citam a presença ou ausência de controle pessoal.

De acordo com esses autores, a percepção de controle pessoal de fato tem impacto sobre o sistema imunológico, pois uma percepção de baixo controle pessoal pode limitar o funcionamento desse sistema, fazendo com que haja uma maior suscetibilidade para infecções causadas por agentes externos, como os causadores de infecções virais e bacterianas, levando ao advento de doenças (SCHNEIDERMAN, MCCABE E BAUM, 1992, p.5).

Em uma pesquisa de Ingledew e colaboradores (1997) com trabalhadores da saúde foi possível observar que o aumento na percepção de stress estava relacionado a um aumento da utilização de estratégias de enfrentamento focado na emoção. Como resultado da pesquisa, os autores encontraram dados que permitiram afirmar que pessoas que percebiam ter bastante controle pessoal sobre suas vidas utilizavam formas de enfrentar o stress mais focalizadas no problema. Assim, segundo esses autores, a sensação de controle está associada as estratégias de enfrentamento focalizados no problema.

b. Resiliência

Assim como o conceito de coping, encontra-se na literatura uma diversidade de definições para resiliência. De acordo com Taboada, Legal e Machado (2006), apesar do termo "resiliência" apresentar várias definições e conceituações, este pode ser compreendido de maneira geral como sendo o processo em que "o indivíduo consegue superar as adversidades, adaptando-se de forma saudável ao seu contexto".

Straub (2005) conceitua resiliência como uma forma de enfrentar o stress, intimamente relacionada ao coping. Para este autor, a resiliência pode ser definida como a "capacidade de

desenvolver estratégias de enfrentamento apesar de condições adversas, de se recuperar quando coisas ruins ocorrem e de prosperar frente ao stress (...)" (p.161).

Taboada, Legal e Machado (2006) afirmam que a resiliência está relacionada ao coping, pois enquanto o processo de coping objetiva lidar/ enfrentar situações estressoras por meio de estratégia, independente do resultado que venha a ter, *" a resiliência concentra sua atenção no resultado da(s) estratégia(s) utilizada(s), que seria uma adaptação (muito) bem sucedida do sujeito frente às adversidades"*. Assim, a resiliencia pode ser vista como um processo de adaptação satisfatória a situações estressoras. (TABOADA, LEGAL E MACHADO, 2006).

1.4 - PROFISSIONAIS DA SAÚDE

De acordo com a legislação nacional, profissões ligadas à área da saúde são aquelas consideradas indispensáveis para o bem-estar do cidadão brasileiro, através da prática assistencial responsável e segura ao ser humano (DNSP - Decreto-Lei 20.931/32). No Brasil, a regulamentação das profissões da saúde se dá através de decretos e leis em nível federal, envolvendo o Congresso Nacional do Brasil e o Presidente da República. São elas: a Medicina, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Nutrição, Veterinária, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Biomedicina, Fonoaudiologia, Educação Física, Serviço Social, entre outras.

Esses profissionais da área da saúde têm permissão para atuar em clínicas particulares, hospitais, ambulatórios, centros de saúde, postos de saúde, entre outros. Contudo, devido a características peculiares, os hospitais, centros de saúde e ambulatórios tem ganhado atualmente especial atenção. O trabalho dos profissionais da saúde nesses ambientes é permeado por diversos

fatores que os tornam ambientes de trabalho diferenciado dos demais e por isso merecedores de cuidado.

Tendo em vista as condições diferenciadas do trabalho em hospitais, a eficiência profissional desses trabalhadores dependerá da interação de fatores como competência técnica, habilidades de resolução de problemas e competência interpessoal (MIYAZAKI,ET. AL., 2011).

ENFERMEIROS - A EQUIPE DE ENFERMAGEM

A enfermagem é considerada por diversos autores como uma das profissões mais desgastantes e estressantes devido ao fato de englobar fatores de risco à saúde de natureza física, química e biológica (como o constante contato com doenças) e de natureza psíquica (grau de dificuldade em procedimentos técnicos, alta responsabilidade em tomadas de decisão) (FERREIRA, 1998).

A equipe de enfermagem enfrenta atualmente uma crise em relação à prática profissional e à sua formação acadêmica e técnica devido a aspectos relacionados ao: número reduzido de enfermeiros na equipe de enfermagem, às dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem e à falta de um reconhecimento nítido entre o público em geral, de quem é o enfermeiro. Stacciarini e Troccoli (2001) apontam que essas características do momento profissional do enfermeiro encontram paralelos nos estressores ocupacionais. Profissionais da enfermagem concentram atualmente o maior número de pesquisas sobre stress e estratégias de enfrentamento entre os profissionais da saúde, fato notado em uma revisão bibliográfica feita por Moraes (2010).

PSICÓLOGOS DA SAÚDE

O autor Gorayeb (2001) aponta que os primeiros psicólogos hospitalares brasileiros surgiram no início década de 1960. De acordo com ele, por se tratar de uma área nova de atuação não havia ainda um modelo claro de atuação que pudesse ser seguido. Assim, grande parte dos psicólogos que atuavam em hospitais passou a reproduzir práticas clínicas de consultórios na sua atividade no hospital.

Contudo, fez-se necessária uma nova forma de atuação, que atendesse as exigências da instituição hospitalar e que, ao mesmo tempo, permitisse ao psicólogo hospitalar exercer seu papel como membro da equipe de saúde, com seus conhecimentos e formação específicos. Diferentemente da prática em consultório, em que a duração da sessão é pré-estabelecida em 40 ou 50 minutos de acordo com a abordagem teórica, no hospital o psicólogo adequará o tempo de sua consulta ao tempo e necessidades próprias de cada paciente, de acordo com características da doença e hospitalização (ANGERAMI-CAMON & CHIATTONE, 2009).

Dentre os vários pacientes que o Psicólogo Hospitalar pode atender, está, por exemplo, o paciente cirúrgico e o paciente terminal. O trabalho junto ao paciente cujo diagnóstico é extremamente grave e cujo prognóstico é a terminalidade, é, por vezes, complicado. Para lidar com aspectos relacionados à morte ou a iminência dela, o psicólogo depara-se com situações que impõe controle e administração de emoções a fim de amenizar o sofrimento sentido pela perda.

Outra forma de atuação do psicólogo que trabalha em hospitais é na Interconsulta, que consiste em atender à solicitação de um médico ou outro profissional da equipe de saúde em relação ao atendimento de um paciente. A Interconsulta contribui para garantir um atendimento global do paciente, tendo a psicologia um importante papel a cumprir neste contexto (CARVALHO E LUSTOSA, 2008).

Apesar de ter sido realizada uma vasta revisão bibliográfica nas principais e mais importantes bases de dados científicos mundiais sobre o tema de stress e estratégias de enfrentamento em profissionais da saúde, nenhuma pesquisa com a população de psicólogos hospitalares foi encontrada. Os dados disponíveis são apenas em relação aos psicólogos que atuam em clínicas. Entre os profissionais atuantes na prática clínica em consultório, a pesquisa realizada por Sanzovo e Coelho (2007) demonstrou que em uma população de 15 psicólogos clínicos apenas três apresentaram stress de acordo com o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). Durante entrevista, os agentes estressores mais apontados pelos psicólogos foram a preocupação com paciente específico, excesso de horas de trabalho e instabilidade financeira. As estratégias de enfrentamento foram coletadas por meio de questionário fechado. De acordo com Sanzovo e Coelho (2007) as mais citadas foram "tirar férias" e "praticar exercícios físicos". Porém, como visto acima, pela diferença de atuação entre os trabalhos realizados na prática hospitalar e no consultório particular não seria adequado generalizar ou relacionar os resultados obtidos na pesquisa de Sanzovo e Coelho (2007) para os psicólogos atuantes em hospitais.

ASSISTENTES SOCIAIS

De acordo com Costa (2004) a atuação do profissional do Serviço Social na área da saúde é voltada para a educação, informação e comunicação em saúde, sendo realizada através de orientações, prestação de informações sobre as normas e rotinas das instituições, encaminhamentos individuais e coletivos, realização de eventos e criação de espaços de discussão, reclamações e sugestões. Nas instituições hospitalares, o papel do assistente social é prestar *"orientação sobre os*

cuidados a serem tomados durante a visita, prevenindo comportamentos que possam comprometer o estado de saúde do paciente, bem como condutas pós-alta" (COSTA, 2004).

O profissional também auxilia para favorecer o cumprimento das recomendações terapêuticas, como por exemplo na administração de medicamentos, dos cuidados com a higiene e precauções necessárias para evitar o contágio ou reincidência de doenças. Nos casos de óbitos, ao assistente social compete repassar as orientações e encaminhamentos junto à família ou responsável para liberação do corpo. Como dito anteriormente, nenhuma pesquisa relacionada à stress no trabalho de assistentes sociais em hospitais foi encontrada.

1.5- JUSTIFICATIVA

Sendo o stress um processo normal, necessário e benéfico ao organismo, pois faz com que o ser humano fique mais atento e sensível diante de situações de perigo ou de dificuldade, habilidades eficazes para enfrentar essas situações e que não tragam consequências negativas ou ruins para o organismo e o bem-estar dos indivíduos se fazem necessárias.

Como dito por Lipp (2003), o stress pode ter reflexo negativo nas relações sociais. Assim, compreende-se que a saúde do trabalhador tem grande influência nas formas de relacionamento que esse irá estabelecer na Instituição, com a equipe de profissionais e com os pacientes com os quais irá atuar. Portanto, identificar aspectos do trabalho e formas de enfrentamento de eventos estressantes que gerem sintomas físicos e psicológicos é de grande importância para compreender a forma com que esses profissionais lidam com situações estressoras e como isso reflete em sua prática laboral e sua saúde. É nesse ponto fundamental que se justifica a relevância do trabalho dessa dissertação.

Conhecendo os fatores citados acima, é possível estabelecer relações entre os eventos estressores no trabalho, formas de enfrentá-lo e incidência de sintomas físicos e psicológicos nos profissionais, o que futuramente permitirá apontar práticas, comportamentos e estratégias de enfrentamento adequadas a situações estressoras, que possam auxiliar na prevenção do surgimento de sintomas e doenças relacionadas ao stress ocupacional, melhorando assim a qualidade de vida no trabalho e o atendimento aos pacientes.

Assim, o presente trabalho pretende atender também à questão levantada atualmente pelos programas de humanização hospitalar referentes à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (como o HumanizaSUS), instituído em 2003. Dentre suas diretrizes, destaca-se a atenção não somente aos pacientes, mas também à equipe de saúde, aos profissionais atuantes nela, propondo ações e atividades de valorização e promoção de saúde e qualidade de vida no trabalho (PORTAL DA SAÚDE, 2010).

Os profissionais da saúde eleitos para participarem do estudo foram os enfermeiros, psicólogos hospitalares e assistentes sociais atuantes em Hospitais Gerais. Os fatores que levaram a essa escolha foram: o contato direto desses trabalhadores com os pacientes, seus conflitos pessoais, psicológicos e suas dores, e a escassez, no caso dos psicólogos e assistentes sociais, de pesquisas sobre quais aspectos esses profissionais consideram estressantes no trabalho e qual a forma que lidam com eles.

2 - OBJETIVO

Os objetivos da pesquisa subdividem-se em:

2.1- OBJETIVO GERAL

- Identificar e descrever situações estressoras e estratégias de enfrentamento relacionadas à atuação profissional e sua relação com sintomas físicos e psicológicos decorrentes do stress.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a presença de stress, sua fase e incidência de sintomas físicos e/ou psicológicos em enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.
- Identificar e descrever situações que os profissionais da saúde considerem estressoras no trabalho e as principais estratégias de enfrentamento utilizadas.
- Investigar a possível presença de relação entre determinadas estratégias de enfrentamento com a atuação profissional.

3- MÉTODO

3.1- REVISÃO DE LITERATURA

Devido a marcante presença no contexto ocupacional dos profissionais da saúde de situações desencadeadoras de stress, isto é, de estímulos estressores no ambiente de trabalho e de estratégias de enfrentamento destes, fez-se necessária uma revisão da literatura científica sobre esses temas, a fim de verificar qual o estado, abrangência e relevância das pesquisas realizadas na atualidade sobre esse assunto.

Para tal, foram eleitas bases de dados que abrangessem um grande contingente de estudos e pesquisas em todo o mundo. Assim, as bases selecionadas foram: ISI Web of Knowledge; LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); MedLine; SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Psycinfo.

Foram considerados artigos dos últimos cinco anos (2005 – 2010). As palavras-chave utilizadas foram: *stress*; estresse; *coping*; enfrentamento; work; trabalho. O critério utilizado para exclusão de artigos foi o de não ter como participantes da pesquisa profissionais da área da saúde.

Como resultado dessa revisão, foram encontrados 15 artigos que abordavam todos os temas citados acima. Estes foram analisados em relação ao tipo de população das pesquisas (participantes) e finalidade do estudo, isto é, se tinham como objetivo verificar presença de stress e estratégias de enfrentamento (coleta de dados), apresentar procedimentos de intervenção, validação de instrumentos e/ou revisão da literatura na área.

Em relação aos participantes das pesquisas, pode-se notar que seis estudos referentes a stress em profissionais de saúde concentram-se em médicos (WU, ET.AL., 2010; CLAYTON.; ET. AL.,

2008; ZAHRAI, ET. AL, 2008; MARRIAGE & MARRIAGE, 2005; YOUSAFZAI, ET.AL., 2009 E LOURENÇÃO, MOSCARDINI, & SOLER, 2010) e sete em profissionais da equipe de enfermagem, isto é, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (BOUDOUKHA, ET. AL., 2009; PISANTI, ET. AL., 2008; EKEDAHL, & WENGSTÖM, 2008; GARROSA, ET.AL. , 2010; TVEITO, & ERIKSEN, 2008; STUMM, ET.AL., 2008 E CALDERERO, MIASSO & CORRADI-WEBSTER, 2008).

Apenas um estudo abordou o tema com dentistas (AYERS, et.al, 2008). O único estudo feito com profissionais da psicologia é brasileiro e tem como participantes psicólogos clínicos (SANZOVO & COELHO, 2007).

Quanto à finalidade, a grande maioria dos artigos, doze, destinava-se a detectar stress e estilos de enfrentamento dos profissionais (WU, ET.AL., 2010; CLAYTON; ET. AL., 2008; ZAHRAI, ET. AL, 2008; MARRIAGE & MARRIAGE, 2005; YOUSAFZAI, ET.AL., 2009; BOUDOUKHA, ET. AL., 2009; EKEDAHL, & WENGSTÖM, 2008; GARROSA, ET.AL. , 2010; SANZOVO & COELHO, 2007; AYERS, ET.AL, 2008; STUMM, ET.AL., 2008 E CALDERERO, MIASSO & CORRADI-WEBSTER, 2008).

Apenas um estudo (TVEITO & ERIKSEN, 2008) coletou dados sobre stress e enfrentamento no local de trabalho com enfermeiros e propôs um programa de intervenção.

Nos artigos analisados, os autores utilizaram várias escalas, questionários, testes e entrevistas a fim de fazer tais medições. Os pesquisadores utilizaram poucos instrumentos padronizados e validados, optando por aqueles de elaboração própria para mensurar os dados.

O resultado obtido com a pesquisa na literatura mundial nos últimos anos demonstrou um número restrito de pesquisas relevantes sobre stress e enfrentamento voltadas aos profissionais da saúde. Pode-se notar também a concentração de estudos sobre o tema com profissionais da medicina e enfermagem.

3.2 – PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra do estudo foi composta por cinquenta de cinco (60) profissionais que atuam na área da saúde, sendo eles psicólogos (20), enfermeiros (20) e assistentes sociais (20).

A fim de atender aos objetivos da pesquisa foram selecionados para integrar a amostra de participantes os profissionais que se enquadraram em alguns critérios pré-estabelecidos. Sendo assim, esses critérios e características que permitiram a inclusão de determinados profissionais no estudo foram:

- Atuar há mais de seis meses na mesma função, área de atuação e Instituição, a fim de garantir que esse profissional esteja familiarizado com o trabalho e com o ambiente ocupacional;
- Concordar em participar do estudo, manifestando-se de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Responder completa e corretamente os instrumentos de coleta de dados.

3.3- LOCAL

A coleta de dados foi realizada no próprio ambiente de trabalho dos profissionais, com liberação e acordo das respectivas Instituições. Ao todo, foram coletados dados de profissionais de cinco Hospitais Gerais do interior do estado de São Paulo.

3.4- PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Estadual de Bauru (HEB)[1] e ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP, Campus de Bauru, e obteve aprovação em ambos. O contato com as diretorias dos demais hospitais, a permissão e liberação para a realização da pesquisa ocorreu verbalmente, com consentimento dos respectivos diretores dos hospitais.

Foram observadas as exigências implicadas na Resolução 196/96, do CONEP, como: preservação da identidade dos participantes, esclarecimento prévio dos objetivos da pesquisa, assim como da ausência de qualquer ônus financeiro associado à participação do estudo, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido[2] por todos os profissionais participantes e a possibilidade de desistência do participante em qualquer etapa da pesquisa, se assim o desejar.

3.5 - COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados individualmente e os instrumentos utilizados para a coleta de dados da pesquisa foram:

- Inventário de sintomas de Stress para adultos (LIPP, 2000), para verificar em qual fase do stress se encontravam os trabalhadores e qual a prevalência de sintomas, se físicos, psicológicos ou se há presença igual de ambos.

- Versão adaptada para o português do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (SAVÓIA, SANTANA e MEJIAS, 1996), visando identificar qual o evento que os

[1] Aceite do Comitê de Ética do HEB disponível no Anexo B.
[2] Apresentado no Anexo A deste documento.

profissionais consideram estressor em seu trabalho e quais as estratégias de enfrentamento mais utilizadas para lidar com esse.

Como são auto-aplicáveis, os próprios participantes responderam os inventários. A pesquisadora se manteve presente no momento da aplicação dos mesmos, mantendo-se neutra e tendo o cuidado para não influenciar nenhum tipo de resposta.

O período de coleta de dados foi de maio de 2010 a janeiro de 2012.

3.6 – INSTRUMENTOS

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS – ISSL (LIPP, 2000)

O inventário validado por Lipp e Guevara em 1994 e por Lipp em 2000 é atualmente o instrumento mais utilizado para mensurar e categorizar o stress em pesquisas e trabalhos clínicos encontrados em bases de dados nacionais e em trabalhos apresentados no Congresso Brasileiro de Stress de 2003 em São Paulo (REINHOLD, 2004). Sua aplicação é rápida, durando cerca de 10 minutos, e prática, com itens explicados de maneira clara e em linguagem acessível a várias populações e níveis de escolaridade. A primeira página do instrumento apresenta um pequeno questionário demográfico contendo nome, idade, sexo, profissão, função na instituição em que o sujeito trabalha, entre alguns outros dados.

Sua estrutura é composta por três quadros referentes às quatro fases do stress. O primeiro quadro aborda doze sintomas físicos e três psicológicos ocorridos nas últimas 24 horas e abrange a fase de alerta do stress. Já o segundo quadro traz dez sintomas físicos e cinco psicológicos que

tenham ocorrido na última semana. Este pretende analisar as fases de resistência e quase-exaustão. O terceiro e último contem doze sintomas físicos e onze psicológicos experimentados no último mês e visa coletar dados sobre a fase de Exaustão. Ao todo, o ISSL contém 56 itens, sendo 37 sobre sintomas de natureza somática e 19 sintomas de natureza psicológica.

A correção adequada do ISSL, seguindo as regras contidas em seu manual, permite a obtenção de dados a respeito da fase do stress em que a pessoa se encontra e a prevalência de sintomas, se físicos ou psicológicos. Por essa razão, este instrumento foi utilizado na presente pesquisa. O Inventário de sintomas de *Stress* para adultos (LIPP, 2000) é comercializado pela Casa do Psicólogo®.

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING DE FOLKMAN E LAZARUS

O Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman é um questionário validado em 1985 e amplamente utilizado em pesquisas sobre o tema "enfrentamento" (SAVÓIA, SANTANA e MEJIAS, 1996). A tradução para o português foi realizada por Savóia, Santana e MEJIAS (1996) e validada por esses mesmos autores.

A versão adaptada para o português do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus contém 66 itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico e são distribuídos aleatoriamente pelo instrumento.

Para a presente pesquisa, foi solicitado que a pessoa respondesse por escrito a lacuna na sentença:

"Situação que considero como estressora em meu trabalho:_____."

A instrução dada foi para que a pessoa respondesse aos 66 itens do inventário com base na situação estressora que citou ao preencher a lacuna. O indivíduo respondeu a frequência com que utiliza as estratégias de enfrentamento contida nos itens, dispostas em uma escala tipo Likert com quatro itens. O número zero (0) foi assinalado para "nunca usei esta estratégia"; "1" para "usei um pouco"; "2" para "usei bastante" e o número "3" para "usei sempre".

No inventário adaptado por Savóia, Santana e Mejias (1996), o item Likert 3 era equivalente a resposta "usei em grande quantidade". Optou-se por uma adaptação referente à nomenclatura desse item Likert para "usei sempre", com a finalidade de evitar confusões dos participantes e por entender que a diferença na compreensão das sentenças do item 2 (bastante) e do item 3 (grande quantidade) poderia ser semelhante, prejudicando a correção dos dados.

O Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus Adaptado para o Português por Savóia, Santana e Mejias (1996) encontra-se no Anexo D.

3.6 - ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi realizada através do tratamento dos dados alcançados pelos inventários e posterior categorização do material obtido pelos instrumentos de coleta de dados.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Os dados demográficos permitem a caracterização da amostra de profissionais que participaram da pesquisa. Foram obtidos com o conteúdo preenchido pelos profissionais na primeira página do ISSL. Foram considerados para a pesquisa os itens: Idade, Sexo, Profissão e Função que desempenha no local de trabalho. Para a categorização dos dados foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19.

PRESENÇA DE STRESS, FASE E SINTOMATOLOGIA

O Inventário de Stress para Adultos de Lipp foi corrigido de acordo com as instruções contidas em seu manual. Os dados obtidos permitiram agrupar os profissionais quanto à presença de stress e nível deste:

- Sem Stress
- Com Stress , - Fase de Alerta;
  - Fase de Resistência;
  - Fase de Quase-Exaustão;
  - Fase de Exaustão.

Quanto ao fator "sintomatologia", este foi dividido em quatro grupos:

- Nenhum sintoma,
- Prevalência de sintomas físicos,
- Prevalência de sintomas psicológicos,
- Ambos os sintomas.

SITUAÇÕES ESTRESSORAS NO TRABALHO

As respostas dos participantes no preenchimento da lacuna do "Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman Adaptado para o Português" sobre a situação que o profissional considera como estressora em seu trabalho foram agrupadas em categorias, nas quais os itens contém conteúdos semelhantes, de acordo com o proposto por Bardin (1977). Foi realizada uma pré-análise e leitura analítica para categorizar os itens de acordo com a semelhança temática e textual.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Para a correção dos 66 itens do Inventário de Estatégias de Coping de Lazarus e Folkman, estes foram agrupados em oito fatores relacionados às formas de enfrentar a situação estressora, como foi apontado no trabalho de Savóia, Santana e Mejias (1996):

Fator 1 – confronto (itens 07, 17, 28, 34, 40 e 47), pontuação máxima de 18;

Fator 2 – afastamento (itens 06, 10, 13, 16, 21, 41 e 44), pontuação máxima 21;

Fator 3 – autocontrole (itens 14, 15, 35, 43 e 54), pontuação máxima de 15;

Fator 4 - suporte social (itens 08, 18, 22, 31, 42 e 45), pontuação máxima de 18;

Fator 5 - aceitação de responsabilidade (itens 09, 25, 29, 48, 51, 52 e 62), pontuação máxima de 21;

Fator 6 - fuga-esquiva (itens 58 e 59), pontuação máxima de 6;

Fator 7 - resolução de problemas (itens 01, 26, 46 e 49), pontuação máxima de 12;

Fator 8 - reavaliação positiva (itens 20, 23, 30, 36, 38, 39, 56, 60 e 63), pontuação máxima de 27.

Os itens que não foram agrupados em nenhum dos oito fatores são considerados como "itens de distração" e seus resultados não entram na correção do inventário.

Considerando a escala Likert de 0 a 3, a pontuação máxima em cada um dos 66 itens do inventário é "três".

Devido a diferença de quantidade de itens entre os fatores, a correção foi feita somando-se a pontuação do participante nos itens de um mesmo fator, multiplicando esse dado por 100 e dividindo o valor obtido pela pontuação máxima possível em cada fator. Dessa forma, obteve-se um valor percentual de resposta do participante para cada fator do inventário.

AVALIAÇÃO DE CONFIABILIDADE

A confiabilidade dos dados obtidos com o Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman adaptado para o Português foi avaliada por meio da análise da consistência interna de cada um dos oitos fatores, pelo método do Coeficiente α de Cronbach. De acordo com Maroco e Garcia-Marques (2006), "a consistência interna estima a fiabilidade de um instrumento, porque quanto menor é a variabilidade de um mesmo item numa amostra de sujeitos, menor é o erro de medida que este possui associado" (p.73). Foi utilizado para a obtenção do Coeficiente α de Cronbach o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19.

Alguns autores como Garson (2005), Pestana e Gageiro (2003), Nunnally (1978) e Taylor e colaboradores (2003), (apud BALBINOTTI; BARBOSA E WIETHAEUPER, 2006) apontam que o

coeficiente alfa recomendado deve ser igual ou superior a 0,70. Contudo, em se tratando de estudos em ciência sociais e humanas, valores próximos ou superiores a 0,60 já são considerados aceitáveis, desde que analisados com cautela e levando-se em consideração o contexto do estudo (MAROCO E GARCIA-MARQUES, 2006).

4-RESULTADOS

4.1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra de participantes do presente estudo foi composta por 60 profissionais da saúde das seguintes áreas: Enfermagem, Psicologia e Serviço Social. Todos estes tinham ensino superior completo e trabalhavam há mais de seis meses na mesma instituição e função. A Tabela 1 mostra os dados obtidos com a primeira folha do questionário do ISSL, com as respostas que foram consideradas relevantes para a pesquisa.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que participaram do estudo.

DADOS PESSOAIS	CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM	
Sexo	Masculino	08	13,3%	
	Feminino	52	86,7%	
Sexo por Profissão	**Masculino**	**Feminino**	**Porcentagem**	
Enfermeiro	6 (30%)	14 (70%)	33,3	
Psicólogo	2 (10%)	18 (90%)	33,3	
Assistente Social	0	20 (100%)	33,3	
Faixa Etária por Profissão	**Média**	**Idade Mínima**	**Idade Máxima**	**Desvio Padrão**
Enfermeiro	34,50	25	51	7,688
Psicólogo	34,80	25	52	7,495
Assistente Social	32,85	22	47	7,761

Em relação ao fator idade, encontrou-se certa similaridade de médias entre os participantes das três profissões. Dentre estes profissionais, todos os Assistentes Sociais são do sexo feminino. Em relação aos Enfermeiros e Psicólogos, a grande maioria dos profissionais pertence ao sexo feminino.

Os participantes desempenhavam funções compatíveis com a sua formação acadêmica. Os psicólogos atuavam como Psicólogos Hospitalares, os Assistentes Sociais como tais e entre os Enfermeiros, quatorze atuavam como Enfermeiros Assistenciais e seis como Enfermeiros e Supervisores de área, simultaneamente.

4.2- STRESS – RESULTADOS DO ISSL

PRESENÇA DE STRESS

A correção do ISSL apontou para a presença de stress em 51,6% dos profissionais (31 pessoas) e ausência de stress em 48,3% (29 pessoas) da amostra.

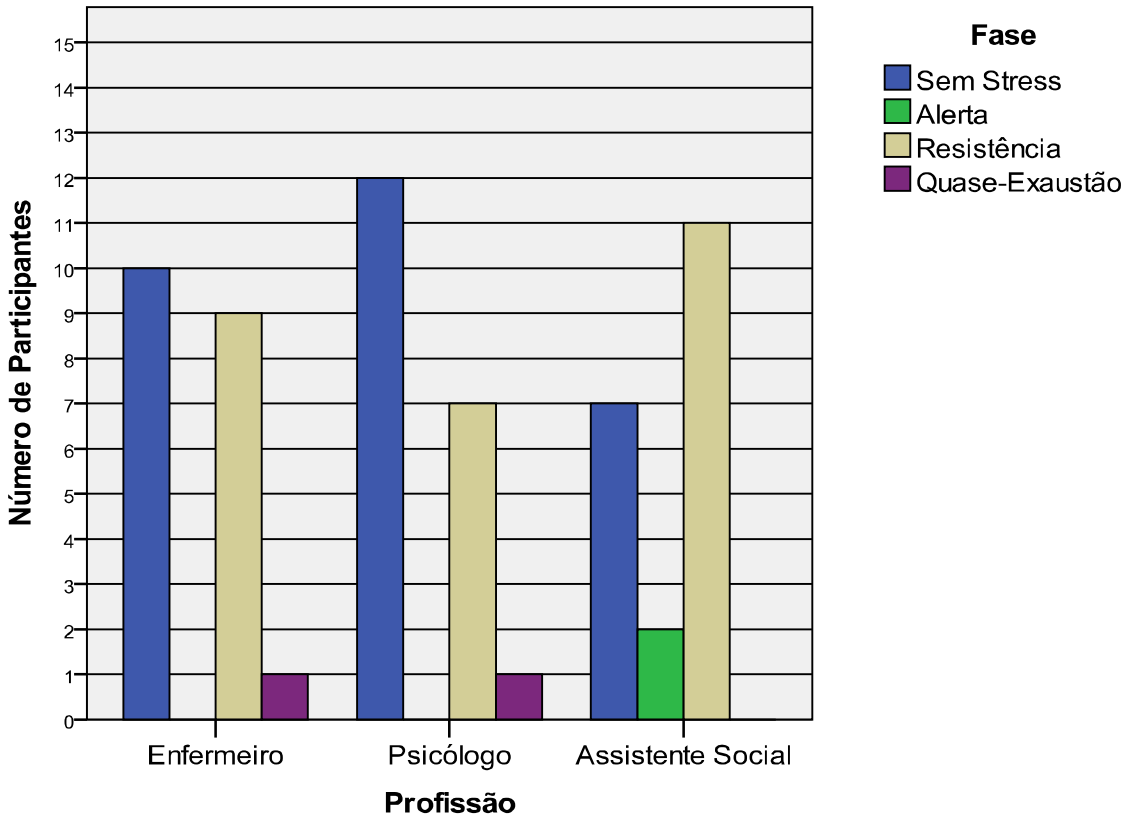

Figura 1 - Incidência e fase de stress em enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que trabalham em hospitais.

Em relação às quatro fases do stress, nenhum dos profissionais apresentou stress na fase de Exaustão. Encontra-se na fase de Alerta dois Assistentes Sociais. Nota-se que as profissões com profissionais em fase de Quase-Exaustão é a de Enfermagem (um) e Psicólogo (um). Os demais profissionais com stress estão na fase de Resistência. Através da análise da figura 1, nota-se que a única profissão com número de pessoas sem stress a superar aquelas com stress é a de Psicólogo, tendo as outras duas profissões ou maior número de pessoas com stress ou a mesma quantidade, no caso dos Assistentes Sociais e Enfermeiros, respectivamente. Dessa forma, no total dos participantes, 65% dos Assistentes Sociais, 50% dos Enfermeiros e 40% dos Psicólogos foram considerados com stress de acordo com a correção do instrumento ISSL.

Apesar de não representado na figura 1, com a correção do ISSL surgiu o dado de que dois profissionais - um Psicólogo e um Enfermeiro - estão na fase de Resistência, mas com fortes indícios e sintomas que apontam que, caso não seja realizada intervenção[3] em curto prazo, estes migrarão para a fase de Quase-Exaustão.

SINTOMATOLOGIA

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp permite a obtenção de dados referentes à sintomatologia, isto é, a prevalência de sintomas físicos ou psicológicos nos quadros de stress. Por meio de sua correção foi possível também obter a prevalência de sintomas em pessoas que não apresentam stress, por meio da soma dos itens do inventário e sua posterior correção.

A Tabela 2 sintetiza e associa os dados encontrados com os profissionais da saúde do presente estudo referentes a esse aspecto.

[3] Os dois profissionais nessa situação foram avisados da sua sintomatologia e dos riscos eminentes de migrarem para a fase de Quase-Exaustão.

Tabela 2 – Associação entre Profissão, Fase do Stress e Sintomatologia de todos os participantes.

FASE	PROFISSÃO	SINTOMA				
		Nenhum	**Físico**	**Psicológico**	**Ambos**	**Total**
Sem Stress	Enfermeiro	6	0	1	1	8
	Psicólogo	1	4	6	1	12
	Assist. Social	0	1	4	2	7
	Total	**7**	**5**	**11**	**4**	**27**
Alerta	Assist. Social	0	2	0	0	2
	Total	**0**	**2**	**0**	**0**	**2**
Resistência	Enfermeiro	0	6	5	0	11
	Psicólogo	0	0	6	1	7
	Assist. Social	0	4	5	2	11
	Total	**0**	**10**	**16**	**3**	**29**
Quase-Exaustão	Enfermeiro	0	0	1	0	1
	Psicólogo	0	1	0	0	1
	Total	**0**	**1**	**1**	**0**	**2**
Total		7	18	28	7	60
		11,6%	**30%**	**46,7%**	**11,6%**	**100%**

Para a análise de associação foram considerados os dados dos profissionais com e sem stress. Vale ressaltar que na categoria da tabela “Ambos”, os dois tipos de sintomas, físicos e psicológicos, são encontrados em igual proporção. A categoria “Nenhum” é referente aos inventários nos quais nenhum dos sintomas foi assinalado pelo participante em todos os três quadros de análise do ISSL. Pode-se observar que seis Enfermeiros e um Psicólogo entregaram o Inventário de Sintomas de

Stress de Lipp em branco, ou seja, preencheram os dados sociodemográficos da primeira página e deixaram as páginas referentes aos sintomas sem assinalar. A possibilidade de esquecimento pode ser descartada, pois a pesquisadora entrou em contato com esses participantes. Ao todo foram três Enfermeiros de um mesmo hospital e o restante (Três enfermeiros e um Psicólogo) de outro.

A análise da última linha da Tabela 2 referente ao "Total" aponta para a somatória dos sintomas em todas as profissões analisadas. Dessa forma, no presente estudo pode-se afirmar que os sintomas psicológicos têm maior incidência nos profissionais sem stress e com stress na fase de Resistência.

Devido aos dados obtidos na Tabela 2, surgiu a possibilidade de verificar se há presença de possível correlação entre prevalência de sintomas e determinadas profissões, analisou-se o nível de correlação entre os fatores "Profissão" e Tipo de "Sintomas".

Tabela 3 – Análise de Correlação de Pearson entre os fatores Profissão e Sintomas

		PROFISSÃO	**SINTOMA**
PROFISSÃO	Pearson Correlation	1	,378**
	Sig. (1-tailed)		,003
	N	60	60
SINTOMA	Pearson Correlation	,378**	1
	Sig. (1-tailed)	,003	
	N	60	60

Encontrou-se como dado uma correlação positiva com r = 0,378, considerada uma intensidade de relacionamento fraca de acordo com Dancey e Reidy (2006). Portanto, pode-se afirmar que há mais casos de profissionais nesse estudo com sintomas psicológicos, porém não se pode dizer que haja correlação entre as profissões e os sintomas do stress nesse estudo.

4.3- ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES ESTRESSORAS NO LOCAL DE TRABALHO

SITUAÇÕES ESTRESSORAS NO TRABALHO

Como parte integrante do Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman adaptado para o Português (SAVÓIA, SANTANA e MEJIAS, 1996) obteve-se, por escrito, exemplos de situações consideradas estressoras no trabalho dos profissionais da saúde que participaram do estudo. A análise de Conteúdo baseada em Bardin (1977) permitiu o agrupamento do conteúdo das respostas em cinco grandes grupos, de acordo com a semelhança semântica das respostas.

Os grupos são compostos por situações estressoras no trabalho relacionadas a:

1- Problemas Institucionais: burocracia, falta de funcionários, falta de materiais;

2- Função no trabalho: acúmulo e mudança de funções no trabalho;

3- Comunicação e Relacionamento entre a equipe e outros profissionais;

4- Sentimentos relacionados ao atendimento dos pacientes: lidar com a dor, a doença e o óbito.

5- Não definidas, isto é, respostas em branco ou não claras.

A figura 2 ilustra a distribuição das cinco categorias pelas profissões estudadas.

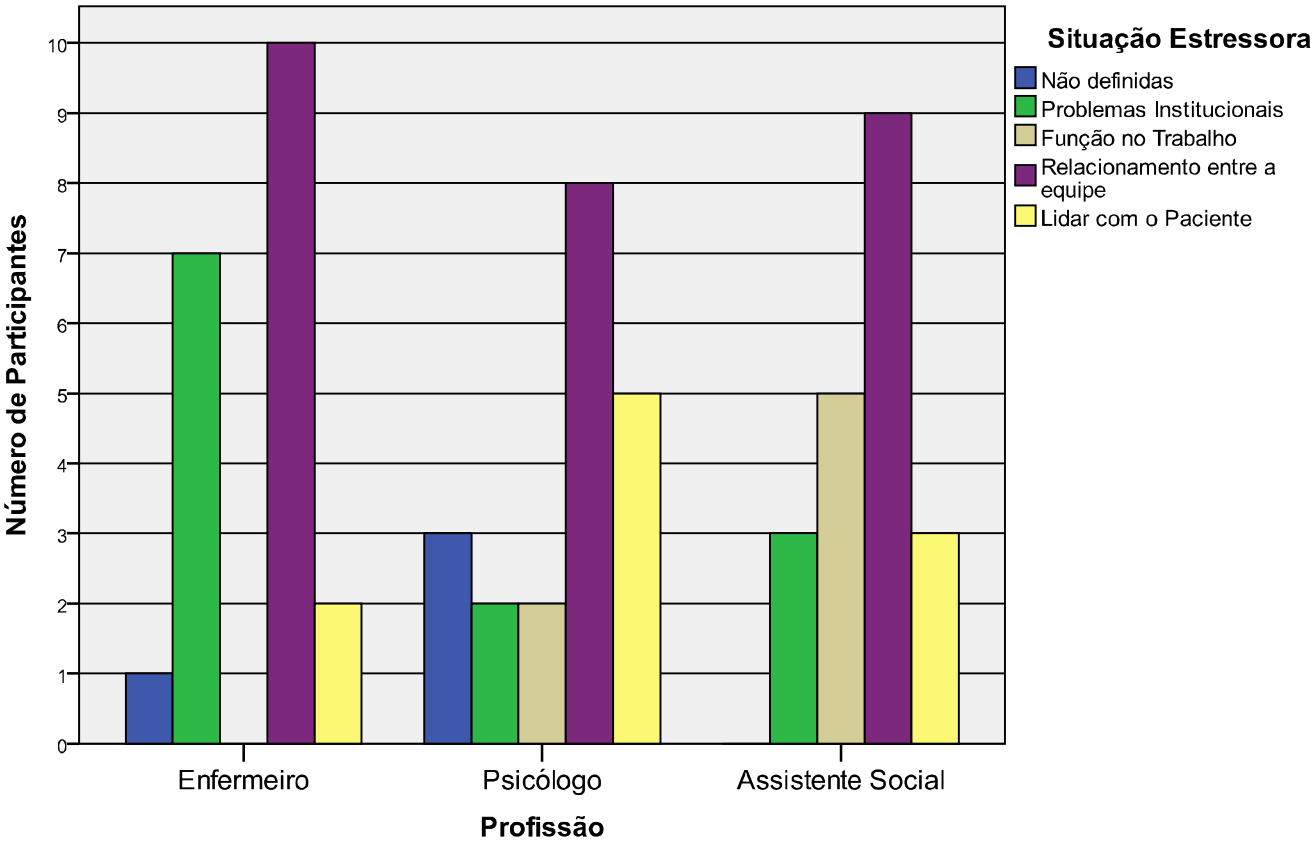

Figura 2 – Situações estressoras no trabalho eleitas pelos profissionais participantes do estudo.

Nota-se que a categoria que aparece em maior quantidade é a relacionada a "Comunicação e Relacionamento entre a equipe e outros profissionais", apontada como situação estressora por 27 (45%) dos profissionais. Nessa categoria, os profissionais apontaram algumas situações estressoras, como:

- *Encaminhar familiar para conversar com médico e saber que suas dúvidas não foram esclarecidas;*
- *Falta de comunicação entre a equipe sobre algum paciente;*
- *Dificuldades de relacionamento com equipe médica*
- *Relação de competitividade entre a equipe;*

- *Interferência de outras pessoas em seu trabalho;*
- *Injustiça corporativa, malediscência;*
- *Ser maltratado (a) por superiores em frente a outras pessoas;*

Em segundo lugar, a categoria "Problemas Institucionais", eleita por doze profissionais (20%), englobou aspectos relacionados á burocracia, materiais e formas de administração. Temos como exemplos de respostas:

- *Falta de funcionários no setor;*
- *Descontentamentos com a maneira com que as equipes são administradas;*
- *Quebra de Materiais;*
- *Burocracia (preenchimento de fichas);*
- *Carga horária excessiva;*
- *Falta de Infraestrutura;*
- *Horário do Pronto Atendimento, Emergências.*

A categoria referente aos "Sentimentos relacionados ao atendimento aos pacientes: lidar com a dor, a doença e o óbito" foi eleita por dez profissionais (16,6%) e abrange situações como:

- *Dar a notícia de óbito para a família* (Vale ressaltar que essa prática do psicólogo está presente em alguns hospitais que participaram da pesquisa, mas não é uma prática comum, uma vez que notificar sobre o óbito é papel do médico responsável por aquele atendimento.);
- *Lidar com a dor crônica e a possibilidade de óbito do paciente;*
- *Diagnósticos de pacientes com prognósticos ruins;*
- *Atender pacientes em estado grave.*

Outra categoria com situações menos citadas foi sobre “Função no trabalho: acumulo e mudança de funções no trabalho”, apontada como estressora por sete profissionais (11,6%). Foram apontadas situações referentes a sobrecarga de trabalho e confusão nos papéis desempenhado pelos funcionários.

- *Atraso no trabalho devido ao acumulo de serviços;*
- *Mudanças bruscas no ambiente e nas funções do trabalho;*
- *Realizar atividades não pertencentes à sua função,*

Dos 60 profissionais participantes da pesquisa, três deles deixaram a lacuna a ser preenchida com a situação considerada estressora em seu trabalho em branco (dois psicólogos e um enfermeiro). Um psicólogo escreveu que não conseguira definir uma situação estressora específica. Por essa razão, esses quatro participantes (6,6%) entraram na categoria “Não definidas”.

Segue abaixo tabela pormenorizada das frases dos profissionais em relação às situações consideradas estressoras em seu ambiente de trabalho.

Tabela 4 – Relação das Categorias e das frases sobre situações estressoras por profissão.

CATEGORIA/ SITUAÇÕES ESTRESSORAS	**PROFISSÕES**		
	ENFERMEIROS	**PSICÓLOGOS**	**ASSISTENTES SOCIAIS**
1- Comunicação e Relacionamento entre a equipe e outros profissionais	*– Interface com profissionais superiores/argumentações quanto as necessidades de minha equipe.*	*–Descompromisso de colegas de trabalho.*	*–Discutir com médico e equipe se paciente tem perfil para adoção.*
	– A falta de colaboração dos serviços de apoio.	*–Falta de consideração / compromisso de profissionais que trabalham comigo.*	*–Desvalorização profissional.*
	– Lidar com colegas de trabalho.	*–Atendimento desrespeitoso ou desconsideração a pacientes*	*–Problema com chefia*
2- Problemas Institucionais	*– Falta de funcionários no setor.*	*–Carga horária excessiva.*	*–Burocracia.*
	– Descontentamentos com a maneira com que as equipes são administradas.	*–Horário do Pronto Atendimento.*	*–Falta de Infraestrutura.*
	– Quebra de Materiais.		
3- Sentimentos relacionados ao atendimento aos pacientes: lidar com a dor, a doença e o óbito	*– Enfrentar a dor dos pacientes*	*–Lidar com a dor crônica e a possibilidade de óbito do paciente.*	*–Notícia de morte à família.*
		–Diagnósticos de pacientes com prognósticos ruins.	*–Pacientes descontrolados em minha sala.*
4- Função no trabalho: acumulo e mudança de funções no trabalho	_____	*–Mudanças bruscas no ambiente e nas funções do trabalho.*	*–Realizar atividades não pertencentes à sua função.*
			–Atraso no trabalho devido ao acumulo de serviços.
5- Não Definidas	*– Em branco*	*–São muitas, não consigo escolher apenas uma.*	_____

COEFICIENTE α DE CRONBACH PARA O INVENTÁRIO DE COPING

Os dados obtidos com a análise do Coeficiente α de Cronbach revelaram um alto grau de fiabilidade e consistência interna do instrumento utilizado. Dos 66 itens analisados, todos apresentaram Coeficiente α de Cronbach superior à 0,9, quando analisados individualmente.

Foram analisados também os 46 itens que compõem os fatores de coping, sendo os outros 20 utilizados somente como distração na aplicação do instrumento e não considerados para a análise.

Tabela 5 - Coeficiente α de Cronbach para os fatores do Inventário de Coping

ITENS	NÚMERO DE ITENS	CRONBACH'S ALPHA
Todos os Itens	66	,919
Itens dos Fatores	46	,889
Fator 1 - Confronto	6	,615
Fator 2 - Afastamento	7	,447
Fator 3 - Autocontrole	5	,510
Fator 4- Suporte Social	6	,663
Fator 5 – Aceitação de Responsabilidade	7	,710
Fator 6 – Fuga-Esquiva	2	,624
Fator 7- Resolução de Problemas	4	,761
Fator 8 – Reavaliação Positiva	9	,803

Os fatores de coping que apresentaram índices que apontam menor consistência interna no presente estudo foram os Fatores 2 e 3. Dessa maneira, visando elevar o índice de consistência

interna para garantir maior fiabilidade dos dados, estudou-se a possibilidade de remoção de alguns itens destes fatores.

A remoção de item 21 do Fator 2 (Afastamento) levaria o coeficiente α de Cronbach para um valor acima de 0,447, o que justificou, assim, a remoção do item 21 "Procurei esquecer a situação desagradável". Em relação ao Fator 3 (Autocontrole), verificou-se que a remoção dos itens não elevariao coeficiente α de Cronbach. Assim, optou-se por manter o fator com todos os seus itens.

Levando-se em consideração as observações apontadas por Maroco e Garcia-Marques (2006), para o presente estudo, índices do Coeficiente α de Cronbach iguais ou superiores a 0,5 foram considerados aceitos. Sendo assim, os ajustes nos fatores mencionados foram feitos e a nova tabela apresenta todos os valores de alfa superiores a 0,5, com a seguinte configuração:

Tabela 6 - Coeficiente α de Cronbach para os fatores do Inventário de Coping corrigido

ITENS	NÚMERO DE ITENS	CRONBACH'S ALPHA
Todos os Itens	66	,919
Itens dos Fatores	46	,889
Fator 1 - Confronto	6	,615
Fator 2 - Afastamento	6	,507
Fator 3 - Autocontrole	5	,510
Fator 4- Suporte Social	6	,663
Fator 5 – Aceitação de Responsabilidade	7	,710
Fator 6 – Fuga-Esquiva	2	,624
Fator 7- Resolução de Problemas	4	,761
Fator 8 – Reavaliação Positiva	9	,803

Portanto, para a análise dos dados referentes às estratégias de enfrentamento de situações estressoras, todos os fatores de coping foram considerados relevantes.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES ESTRESSORAS

Realizando-se a correção estatística através do coeficiente α de Cronbach, os fatores das estratégias de enfrentamento dos profissionais da saúde analisados encontram-se distribuídos na Tabela 7, lembrando que o dado exposto refere-se ao valor percentual de resposta do participante para cada fator do inventário.

Tabela 7- Estratégias de *Coping* utilizadas pelos profissionais da Saúde.

FATORES DE COPING	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Fator 1 -Confronto	60	0	88,9	26,393	17,065
Fator 2 - Afastamento	60	0	66,7	31,590	14,300
Fator 3 - Autocontrole	60	6,7	86,7	41,555	18,706
Fator 4 - Suporte Social	60	0	94,4	53,425	19,081
Fator 5 - Aceitação de Responsabilidade	60	0	81	48,338	18,375
Fator 6 - Fuga - Esquiva	60	0	100,0	42,502	29,498
Fator 7 - Resolução de Problemas	60	0	100,0	64,723	23,235
Fator 8 - Reavaliação Positiva	60	7,4	85,2	49,697	20,952

De acordo com os dados expostos na Tabela 7, verifica-se que a média geral mais alta dos fatores de *coping* concentram-se nas estratégias relacionadas a Resolução de Problemas e Suporte Social, respectivamente. Pode-se afirmar, então, que esses dois fatores foram eleitos como os mais utilizados pela amostra do estudo. Já os fatores Confronto e Afastamento obtiveram as médias menores, indicando que foram os menos assinalados no Inventário de C*oping*, isto é, são as

estratégias de enfrentamento menos utilizadas para lidar com situações estressoras, de acordo com o instrumento utilizado. O maior desvio padrão no fator "Fuga-Esquiva" pode ser explicado pela quantidades de itens presente no fator (dois).

A distribuição média dos fatores de *coping* utilizados por profissão pode ser visualizado na Tabela 7 e na Figura 3.

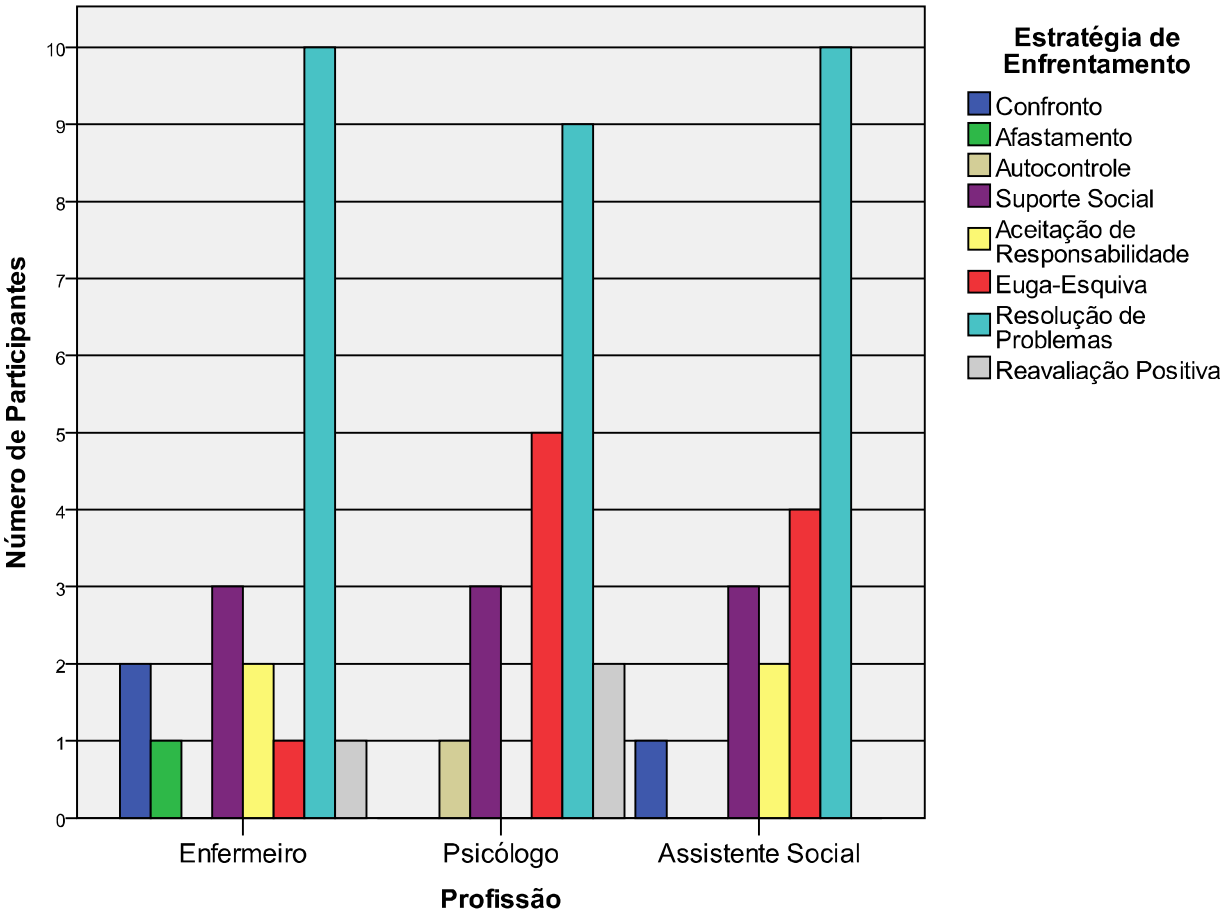

Figura3- Escolha de estratégias de enfrentamento de situações estressoras por profissão.

Apesar do Fator "Fuga-Esquiva" apresentar-se de forma relevante no número de participantes da pesquisa, principalmente em relação aos psicólogos e assistentes sociais, vale ressaltar que a presença de apenas dois itens para esse fator eleva seu desvio-padrão, diminuindo sua média. Este

fato é corroborado pelo tratamento dos dados profissionais de maneira mais pormenorizada, de acordo com o exposto na Tabela 8.

Tabela 8 - Estratégias de *Coping* utilizadas de acordo com cada profissão analisada.

FATORES DE COPING	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
ENFERMEIROS					
Confronto	20	0	88,9	31,67	22,51
Afastamento	20	23,8	57,1	37,86	8,53
Autocontrole	20	26,7	86,7	49,67	17,48
Suporte Social	20	22,2	94,4	55,83	22,25
Aceitação de Resp.	20	19,0	81	55,71	15,62
Fuga – Esquiva	20	0	100,0	45,83	29,05
Resolução de Problemas	20	0	100,0	70,42	25,57
Reavaliação Positiva	20	11,1	88,9	58,16	19,35
PSICÓLOGOS					
Confronto	20	5,6	55,6	25,84	14,09
Afastamento	20	4,8	66,7	33,57	15,10
Autocontrole	20	20,0	73,3	46,33	15,20
Suporte Social	20	22,2	83,3	56,66	15,78
Aceitação de Resp.	20	19,0	81	48,33	17,09
Fuga – Esquiva	20	0	100	43,32	31,24
Resolução de Problemas	20	0	100	66,67	22,94
Reavaliação Positiva	20	18,5	85,2	50,19	21,09
ASSISTENTETES SOCIAIS					
Confronto	20	5,6	88,9	21,67	12,06
Afastamento	20	0	66,7	23,34	14,72
Autocontrole	20	6,7	86,7	28,66	16,77
Suporte Social	20	0	88,9	47,78	18,33
Aceitação de Resp.	20	0	76,2	40,96	19,93
Fuga - Esquiva	20	0	83,3	38,34	29,16
Resolução de Problemas	20	0	83,3	57,08	19,91
Reavaliação Positiva	20	0	70,4	40,73	19,57

A abreviação “Aceitação de Resp.” corresponde ao Fator “Aceitação de Responsabilidade”.

A Tabela 8 aponta que os fatores de *coping* mais utilizados pelos enfermeiros são Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva, respectivamente. Para os Psicólogos e Assistentes Sociais as estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram Resolução de Problemas e Suporte Social. Em relação às estratégias menos utilizadas temos Confronto e Afastamento, respectivamente. Nota-se que os dados específicos a cada profissão segue o mesmo padrão de similaridade com as médias gerias da Tabela 7, referente ao conjunto das três carreiras profissionais que participaram do presente estudo.

A correção dos dados referente ao Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Lazarus e Folkman revelou que em nenhuma das profissões os trabalhadores apontaram como estratégia de enfrentamento mais utilizada todos os oito fatores de coping. No caso da enfermagem, sete fatores foram apontados como as estratégias mais utilizadas, na psicologia seis fatores e no Serviço Social quatro fatores. Tal dado aponta para uma menor variação do uso de estratégias de coping nesta última profissão, relevando maior similaridade intragrupo.

5- DISCUSSÃO

No presente trabalho procurou-se identificar e descrever as situações consideradas como estressoras no ambiente de trabalho de três grupos de profissionais da saúde, identificar quais as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com elas e a presença de stress. O estudo contou com a presença de 60 participantes, entre enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, sendo a grande maioria (86,7%) composta por mulheres.

Em relação às profissões, 70% dos enfermeiros, 90% dos psicólogos e 100% dos assistentes sociais eram do sexo feminino. Esse dado também foi encontrado em outras pesquisas com profissionais que atuam em hospitais, principalmente na área de enfermagem (FERREIRA e DE MARTINO, 2009; GRAZZIANO, 2008; GUIDO, 2003; BARBOZA, 2007; MONTANHOLI, TAVARES e OLIVEIRA, 2006). De acordo com Ferreira e de Martino (2009) a predominância de mulheres na profissão da enfermagem pode estar relacionada à origem da profissão, que sempre esteve ligada ao "cuidar". Vale lembrar a importância da cultura, da tipologia das carreiras e dos papéis sociais exercidos pelas profissões enquanto influências para a escolha profissional.

A relação da variável gênero com a incidência de stress é apontada por Calais (2003), afirmando que a maioria das pesquisas sobre o assunto confirma o fato de que as mulheres estão mais expostas às condições de stress, devido tanto a sua condição de maior fragilidade biológica em comparação ao homem, quanto aos papéis culturais impostos pela sociedade. A dupla jornada de serviço "trabalho-casa", tarefas domésticas, o cuidar dos filhos e família podem ser fatores que contribuem para que esta população esteja mais vulnerável ao stress (ROCHA, 2001).

Com relação à faixa etária, o resultado obtido também corrobora com dados encontrados em outras pesquisas (BARBOZA,2007; FERREIRA e DE MARTINO, 2009; MONTANHOLI, TAVARES e OLIVEIRA, 2006). Neste estudo, as três profissões apresentaram médias de idade

semelhantes, entre os 32 e 34 anos de idade, sendo considerados adulto jovens. A idade mínima de 22 anos em uma das três profissões revela a presença de profissionais recém-formados, já a idade máxima de 52 anos aponta para a diferença de 23 anos de idade entre alguns profissionais, revelando a presença de diferentes gerações e formações curriculares atuando no mesmo ambiente. Essa "jovem" média de idade foi encontrada em outros trabalhos, como no estudo de Guerrer e Bianchi (2008), que em uma amostra de 263 enfermeiros, 80,2% tinham menos de 40 anos.

Em relação à presença de stress, metade da amostra apresentou sintomas que caracterizam a fase de resistência do stress e a prevalência de sintomas psicológicos, fato também notado em outras pesquisas (FERREIRA e DE MARTINO, 2009). No estudo de Barboza (2007) realizado em hospital geral com a equipe de enfermagem, todos os enfermeiros com stress encontravam-se na fase de resistência, sendo que 94,5 desses profissionais tiveram maior incidência de sintomas psicológicos do stress, como irritabilidade excessiva e fixação de pensamento em um mesmo assunto.

A presença de grande número de profissionais na fase de Resistência remete para o fato de que os estressores estejam presentes no ambiente de trabalho e atuando sobre o organismo por um tempo considerável, impossibilitando que este atinja equilíbrio necessário para lidar com as pressões laborais sem a presença de sintomas físicos e psicológicos prejudiciais a saúde. Sendo assim, é possível inferir que essas situações estressoras façam parte da rotina de trabalho desses profissionais.

Os sintomas psicológicos mais apontados pelos participantes desse estudo foram: diminuição da libido, cansaço excessivo e pensar constantemente em determinado assunto. De acordo com, Costa (2003), a pessoa com stress evita o contato físico, mostrando-se pouco disponível para o contato afetivo. Para este, os sintomas do stress reduzem a capacidade da pessoa perceber estímulos sensuais e eróticos, pois a energia vital está sendo gasta para lidar e/ou suportar o mal-estar provocado pelos estímulos estressores, podendo ocorrer conflitos com os companheiros e até

mesmo disfunções sexuais, como a Dispareunia (dores nas relações sexuais). O cansaço excessivo está também relacionado ao uso da energia vital para combater o stress. Para Lipp (2011), a pessoa estressada lida mal com as mudanças porque seus esforços e sua habilidade de adaptação estão envolvidos no combate ao stress.

O enfermeiro, afirma Stacciarini e Tróccoli (2001), tem se deparado com inúmeros problemas que estão associados às questões históricas, a formação adquirida, às exigências e deficiências de um sistema inserido em um determinado contexto sócio-político na sua prática laboral. Estes fatores podem ser agentes ambientais aversivos e possivelmente desencadear sintomas de stress no indivíduo. Contudo, vale lembrar que além de elementos relacionados ao momento atual da profissão e a seu contexto, devem-se levar em conta as características individuais, pois, relembrando o que afirmam Lazarus e Folkman (1984b), a percepção de um estímulo como estressor irá depender da avaliação cognitiva de cada indivíduo. Portanto, existem duas questões centrais sobre o stress em qualquer trabalho, que são "a dimensão ou característica da pessoa e a fonte potencial de estresse no ambiente de trabalho" (Stacciarini e Tróccoli, 2001).

Na presente pesquisa, a única profissão com número de trabalhadores sem stress à superar aqueles que apresentam-no foi a Psicologia. Uma vez que as três profissões apresentam resultados semelhantes referentes à situação estressora e à estratégia de enfrentamento mais utilizada para lidar com tal, o dado acima pode ser explicado pela resiliência dos profissionais de Psicologia do presente estudo ao stress.

De acordo com Lipp e Malagris (2011), a resiliência ao stress implicará em: (1) fatores individuais, (2) contexto ambiental, (3) acontecimentos ao longo da vida e (4) fatores de proteção. Sendo o contexto ambiental (o hospital) semelhante a todos os profissionais do estudo e considerando os outros fatores como dependentes da constituição social, biológica e psicológica de cada profissional, pode-se levantar a hipótese de que o fator de proteção dos psicólogos em relação ao stress está relacionado à formação profissional. Tal dado não é generalista, isto é, ter a formação

em Psicologia não implica em necessariamente ter ferramentas adequadas para lidar com o stress, porém o contato com mecanismos de controle e formas de lidar com situações aversivas e ansiogênicas durante a formação pode apontar estratégias específicas para minimizar os sintomas do stress e lidar com situações desagradáveis no trabalho.

Um dado curioso que ocorreu na presente pesquisa foi a entrega em branco da parte referente aos sintomas físicos e psicológicos do ISSL (Inventários de Sintomas de Stress de Lipp) por seis Enfermeiros e um Psicólogo. Como dito nos resultados, a possibilidade desses profissionais terem se esquecido de preencher a parte interna do inventário de Stress foi descartada, pois entrou-se em contato com esses profissionais, que afirmaram *"não sinto nada disso aqui"; "não me esqueci, já acabei de preencher, não sinto nada" (sic).* Quatro desses profissionais (três enfermeiros e um psicólogo) trabalham em um mesmo hospital, conhecido por postura rígida e controladora com seus funcionários, justificada pela intenção de manter a excelência no atendimento aos usuários do serviço. A ocorrência de óbitos, a maneira de organização do trabalho hospitalar com seus níveis de autoridade e interdependência de outros profissionais para a realização de seu trabalho são fatos inerentes ao trabalho no contexto hospitalar (CANDEIAS E ABUJANRA, 1992). Assim, pode-se inferir a influência de fatores externos, como pressão de superiores e receio ou fantasia de que os dados da pesquisa possam ser interpretada de maneira equivocada por superiores contribuíram para que esses profissionais deixassem o ISSL em branco. Essa característica alude também a problemas referentes à história da profissão de enfermagem. Como, por exemplo, a marginalização desses profissionais no meio médico, que leva o Enfermeiro a buscar constantemente sua afirmação profissional frente a outros profissionais (FERREIRA, DE MARTINO, 2009). Além disso, outros fatores estão associados à presença de stress na equipe de enfermagem, como o número reduzido de enfermeiros na equipe, a falta de reconhecimento profissional e os baixos salários, que levam o indivíduo a atuar em mais de um local de trabalho, desempenhando uma extensa carga horária mensal (STACCIARINI & TRÓCCOLI, 2001).

De acordo com Lipp (2003) o stress seria a resposta a um estímulo estressor que provoca a quebra na homeostase do organismo, criando uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. Muitos desses estímulos são encontrados no ambiente de trabalho. Com o objetivo de identificar e descrever as situações que os profissionais da saúde considerem estressoras no trabalho o presente estudo obteve o dado de que, para os profissionais participantes, o estímulo mais citado como eliciador de stress e que incita o organismo a buscar estratégias para lidar com ele está relacionado à "Comunicação e Relacionamento entre a equipe e outros profissionais" (45% da amostra). Temos como exemplos as respostas referentes às situações estressoras de alguns profissionais desse grupo: "*Ser maltratada por superiores na frente de outras pessoas."; "Interface com profissionais superiores, argumentação quanto as necessidades da equipe."; "Relacionamento interpessoal – competitividade"; "Falta de comunicação sobre algum paciente."*

Miyazaki, et.al. (2011) afirmam que "*trabalhar em instituições de saúde pública no Brasil envolve conviver com problemas diários e situações adversas de trabalho"* (p.569). Os cinco hospitais nos quais foram aplicados os instrumentos dessa pesquisa são públicos e atendem cidades de suas respectivas regiões. Portanto, contam com elevada demanda de atendimento. Três deles são pólos macro-regionais de referência no tratamento de algumas doenças específicas, contando com equipes altamente qualificadas e especializadas. Porém, nota-se que as situações mais aversivas a esses profissionais estão relacionadas à dificuldade em lidar com pressões dos superiores ou de outros profissionais, expor suas opiniões em relação a determinado procedimento, falta de colaboração e cobranças "indevidas", gerando conflitos intragrupo que acabam prejudicando o rendimento do trabalho e afetando a saúde física e psíquica desses trabalhadores. O trabalho em equipes ocorre em um contínuo, indo da atuação paralela à interdisciplinar (MIYAZAKI, et.al., 2011). Devido a sua característica dinâmica, o trabalho em equipe dos profissionais que atuam em hospitais está sujeito à influência de fatores pessoais, profissionais, organizacionais e do grupo em si.

Em relação ao uso de estratégias de enfrentamento, a Resolução de Problemas apareceu como sendo a mais utilizada pelas três profissões, de acordo com a correção do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Lazarus e Folkman, seguida por Fuga-esquiva e Suporte Social. Enquanto estratégia para lidar com os estímulos estressores, a Resolução de Problemas remete a comportamentos que envolvem ação prática em relação ao estressor, isto é, atua sobre o estímulo que causa stress com a intenção de modificá-lo ou eliminá-lo (SAVÓIA, 1999). Podemos incluir a Resolução de Problemas no *hall* das estratégias de enfrentamento focadas no problema (Lazarus e Folkman, 1984b).

A estratégia de enfrentamento "Suporte Social" relaciona-se com a busca por apoio social e envolve ações como buscar ajuda de alguém que possa solucionar o problema ou conversar sobre seu estado atual e aspectos relacionados ao estímulo estressor. São exemplos dessa estratégia: *"Procurei um amigo para pedir conselhos", "Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação"* e *"Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema." (Savóia, 1996).* Nota-se então, que o Suporte Social também foca no problema.

"Fuga-esquiva" também foi bastante citada pelos profissionais, principalmente psicólogos e assistentes sociais. Trata-se de uma estratégia de enfrentamento focada na emoção, que envolve a adequação da resposta emocional ao problema, isto é, ao estímulo estressor (LAZARUS e FOLKMAN, 1984b). Envolve respostas como: *"Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse"* e *"Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam".*

Afastamento foi a estratégia de enfrentamento menos utilizada pelos profissionais, aparecendo como predominante em apenas um enfermeiro.Resultados semelhantes foram encontrados em outros trabalhos. A pesquisa de Guido (2003) revela que em uma população de 17 enfermeiros atuantes em Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica, 70% relataram em uma entrevista sentir

stress no trabalho. Quanto às estratégias de enfrentamento, os fatores de coping citados com maior frequência no Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman, utilizado por Guido, são a Resolução de Problemas, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade e Reavaliação Positiva. O fator que obteve menor frequência foi o de Afastamento.

Outra pesquisa com temática semelhante foi realizada por Rodrigues (2008) com 77 enfermeiros assistenciais de pacientes oncológicos. Esta aponta que para a amostra de enfermeiros, o estressor citado com mais frequência foi o óbito de pacientes (28,6%), seguido pelo relacionamento com a equipe de trabalho, citado por 20 destes profissionais (26%). O estressor com menor frequência foi o relacionamento com o paciente e seus familiares (13%). Em relação às estratégias de enfrentamento, a autora também utilizou o Inventário de Coping de Lazarus e Folkman. Sua correção demonstrou que os profissionais responderam utilizar em maior frequencia a reavaliação positiva, resolução de problema, auto-controle e suporte social, respectivamente. O fator com menos freqüência foi o de fuga-esquiva.

Os resultados encontrados na dissertação de Britto (2006) com 30 enfermeiros atuantes em unidades psiquiátricas apontam que os fatores de coping mais frequentes nessa população foram o Auto-Controle, Suporte Social e Aceitação de Responsabilidade. Os dados demonstram também que 75% desses enfermeiros não avaliam o trabalho como fonte de stress. Portanto, pode-se afirmar que no presente estudo houve relação de determinadas estratégias de enfrentamento com a atuação profissional, uma vez que foi encontrado certo padrão entre as três profissões estudadas e que o mesmo também foi encontrado em outras pesquisas com participantes que trabalham em hospitais.

Os trabalhados da saúde convivem com problemas diários e condições adversas de trabalho, sendo que a eficiência do profissional em sua função decorre da interação entre competência técnica, habilidades de gerenciamento, de resolução de problemas e competência interpessoal (MIYAZAKI, ET.AL., 2011). Como já dito, aspectos do ambiente de trabalho como o turno de atuação e sua relação com o cronótipo do trabalhador, ou seja, período do dia em que melhor pode

desempenhar suas funções interferem na saúde do trabalhador. Em um estudo conduzido por Ferreira e De Martino (2009) com enfermeiros, observaram uma relação positiva entre o trabalho noturno, a presença de stress nesses profissionais e maior ocorrência de erros na função.

Levando em consideração os dados da presente pesquisa, é necessário pensar em treino de controle de stress. Para Lipp e Malagris (2011): "*O tratamento psicológico do stress deve produzir reestruturação cognitiva e que expanda o repertório comportamental e emocional da pessoa para lidar com os estressores"*. Portanto, para ser eficaz, o tratamento do stress deve objetivar a promoção de cognições saudáveis, adaptativas a realidade atual do sujeito, assim como propor estratégias que envolvam a promoção de bem-estar e qualidade de vida. Uma dessas estratégias seria a prática de atividade física. Em pesquisa realizada por Nagamine (2007), mulheres expostas a um programa atividades físicas regulares apresentaram ao final redução de ansiedade, sintomas depressivos e escores de Burnout.

6- CONCLUSÕES

Ao concluir este estudo pode-se afirmar que a presença de stress, sua fase e incidência de sintomas psicológicos irão influenciar o trabalho dos profissionais da saúde, sua maneira de perceber a situação estressora e sua forma de enfrentá-la. Os dados obtidos na presente pesquisa vêm ao encontro de dados de outras pesquisas, confirmando que independente do hospital e da formação acadêmica, fatores institucionais semelhantes, presentes no tipo de trabalho realizado e na forma de atendimento a esse público específico (pessoas enfermas e suas famílias) irão representar fontes possíveis de stress apesar das diferenças na avaliação cognitiva de cada trabalhador. Por essa razão, Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes Sociais apresentaram resultados similares em relação à

situação considerada estressora e a forma de enfrentamento desta, pois além da avaliação cognitiva pessoal, o ambiente de trabalho, no caso o hospitalar, tem papel importante na escolha das estratégias de enfrentamento desses profissionais.

A pressa, a necessidade de apresentar respostas rápidas, as pressões dos superiores, as características institucionais, burocráticas e principalmente a dificuldade de relacionamento interpessoal com a equipe de trabalho podem ser apontadas como as principais causas de stress nos trabalhadores da saúde. Nota-se, portanto, que a equipe multidisciplinar dos cinco hospitais estudados encontra um impasse maior do que atuar com o paciente doente, o de relacionar-se com membros de outra formação, trocar informações sobre o mesmo paciente e atuar de maneira conjunta.

O trabalho poderá até ser realizado de maneira integrada, porém com o custo de prejudicar o bem-estar dos membros da equipe. Como apontado na pesquisa, a dificuldade em lidar com pressões dos superiores ou de outros profissionais, expor suas opiniões em relação a determinado procedimento, a falta de colaboração e cobranças revelam que muito dos problemas enfrentados por esses profissionais decorrem da falta empatia e de habilidades de comunicação para expor sua opinião e saber compreender o ponto de vista do outro.

Portanto, além de um treino de controle de stress, vale ressaltar a importância de programas que visem desenvolver habilidades sociais relacionadas à comunicação e competências de relacionamento interpessoal. A presença de embates e conflitos de opiniões entre membros de uma mesma equipe é inevitável, porém saber como enfrentar-lo de maneira adequada poderá impedir com que a situação estressora perdure enquanto durar seu trabalho na instituição hospitalar.

E, por último, faz-se importante ressaltar que os dados obtidos sobre a presença de stress nos profissionais da Assistência Social e da Psicologia que atuam em hospitais podem ser considerados como pioneiros, uma vez que pesquisas com essa temática e população não foram encontradas em revisão de literatura.

7- REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V., e CHIATTONE, H. B. C. **O Doente, A Psicologia e o Hospital.** São Paulo: Pioneira, 2009.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estud. psicol. (Natal),** Natal, v. 3, n. 2, dezembro, 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X1998000200006&lng=en&nr0m=iso>. Acesso em 16 de outubro 2009.

ASPINWALL, L. G., & TAYLOR, S. E. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. **Psychological Bulletin**, n.121, p.417-436, 1997.

AYERS, K. M. S.; et.al. Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies. **Occupational Medicine**, n.58, p.275–281, 2008.

BALBINOTTI, M. A. A.; BARBOSA, M. L. L.; WIETHAEUPER, D. Consistência interna e fatorial do Inventário Multifatorial de Coping para Adolescentes. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 11, n. 2, dez. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413827120060002000 06&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2011.

BALLONE, G. J.; MOURA, E. C. Estresse: o que é isso? **PsiqWeb**. Disponível em: < http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=11>. Revisto em 2008. Acesso em 10 de junho de 2010.

_____. Ansiedade, Esgotamento e Estresse. **PsiqWeb.** Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=6> Revisto em 2008. Acesso em 10 de junho de 2010.

BANACO, R. A. ; THOMAZ, C. R. ; WIELENSKA, R. C. Stress e Terapia Comportamental. In: XIV Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, 2005, Campinas. **Anais do XIV Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental,** Campinas*, ABPMC,* 2005.

BARBOSA, M. L. L.; BALBINOTTI, M. A. A. e WIETHAEUPER, D. Consistência interna e fatorial do inventário multifatorial de coping para adolescentes. **Psico-USF**, v. 11, p. 175-183, 2006.

BARBOZA, D. B. Treino de controle de stress em trabalhadores de enfermagem. 2007. Tese. 201f. Tese (Doutor em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto São José do Rio Preto, 2007.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. In: _____ (Org.) **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.21-92.

BOUDOUKHA, A. H. et. al. Anxiété et coping des soignants : la prison est-elle un facteur de protection ? **Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.** v. 167, n.8, oct. p. 583-590, 2009.

CALAIS, S. L . Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In: M. E. N. Lipp (Org.). **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.87-90.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Rev Eletrônica Enferm [Internet]**, v.10, n.1, p.51-62, 2008.

CANDEIAS, N. M. F., et al. Stress em atendentes de enfermagem. **Rev.Bras.Saúde Ocup.,** v.20, n.75, p.38-44, 1992.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar – a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: E.P.U.,1995.

CARVALHO, M. R.; LUSTOSA, M. A. Interconsulta psicológica. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 de maio de 2010.

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

CLAYTON, O.; et. al. Practitioners Who Work with Parents with Intellectual Disability: Stress, Coping and Training Needs. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**. n.21, p.367–376, 2008.

COSTA, M. Stress e Sexualidade. In: M. E. N. Lipp (Org.). **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.131-134.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade,** São Paulo: Cortez, n. 4, 2004.

COOPER,C. **Theories of Organizational Stress**. New York:Oxford. University Press. 1998.

_____. What is Stress? In: COOPER, C., DEWE, P., O'DRISCOLL, M. **Organizational Stress - A Review and Critique ofTheory, Research, and Applications.** Sage: London. 2001. p.1-26.

COOPER, C., KELLY, M. Ocupational stress in head teachers: A nacional UK study. **British Journal of Educational Psychology**, v.63, p.130-143. 1993.

COLL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. (Orgs.). **Desenvolvimento Psicológico e Educação: Psicologia da Educação**. v. 2. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996.

DANCEY, C; REIDY, J. **Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

DICIONÁRIO AURÉLIO ONLINE. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/>. Acesso em 15 de junho de 2010.

DNPS - Departamento Nacional de Saúde Pública. **Decreto-*Lei* 20.931/3**2. Disponível em < http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/116714/decreto-20931-32>. Acesso em 10 de junho de 2010.

EKEDAHL, M. & WENGSTRÖM, Y. Coping processes in a multidisciplinary healthcare team – a comparison of nurses in cancer care and hospital chaplains. **European Journal of Cancer Care**, n. 17, p.42–48, 2008.

ENGEL, B. T. Stress is a Noun! No, a verb! No, an adjective! In: FIELD, T. M; MCCABLE, P. M. & SCHNEIDERMAN, N. **Stress and Coping.** New Jersey,1985.

FERREIRA, F. G. Desvendando o estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva. 1998 – (Dissertação) - ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. São Paulo, 1998.

FERREIRA, L. R. C.; DE MARTINO, M. M. F. Stress resulting from the daily activities of the nursing team and correlation with chronotype**. Estud. psicol. (Campinas),** Campinas. v. 26, n. 1, março, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de Set. 2009.

GARROSA, E., et.al. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. **International Journal of Nursing Studies**. n.47, p. 205–215, 2010.

GORAYEB, R. A prática da psicologia hospitalar. In: MARINHO, M. L. & CABALLO, V.E. (Orgs), **Psicologia clínica e da saúde.** UEL/APICSA, Londrina, 2001. p. 263-278.

GRAZZIANO, E. S. **Estratégia para redução de stress e burnout entre enfermeiros hospitalares.** 2008. 232f. Tese (Doutor em Enfermagem) – São Paulo, 2008.

GUERRER, F. J. L; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, 2008.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica.** 2003.199f. Tese (Doutorado em Enfermagem) -São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

INGLEDEW, D. K.; HARDY, L.; COOPER, C. L.Do Resources Bolster Coping and Does Coping Buffer Stress? An Organizational Study With Longitudinal Aspect and Control for Negative Affectivity. **Journal of Occpacional Health Psychology**. v.2,n.2, p.118-133.1997.

KRAHENBUHL, M. Diálogo com a comunidade - Jornal Sinal Verde um canal de comunicação com a comunidade. v.27. março, 2009. In: **ITCR - Terapia por contingência de reforçamento**. Disponível em < http://www.terapiaporcontingencias.com.br/dialogo_edicao27.php>. Acesso em: 15 de Out. 2009.

KERBAUY, R. R.. Comportamento e saúde: doenças e desafios. **Psicol. USP**, São Paulo. v. 13, n. 1, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103656420020

00100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de Out. 2009.

LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. Coping and Adaptation. In: Gentry, W.D., **Handbook of Behavioral Medicine**. New York: The Guilford Press, 1984a. p. 282-325.

LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. Springer Publishing Company: New York. 1984.b

_____.An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. In: **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, n. 3, sep, pp. 219-239, 1980. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2136617>. Acesso em: 15 de dezembro de 2010.

LAZARUS, R. S. ; et. al. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal,Coping, and Encounter Outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.50, n.3, p. 571-579, 1986.

LIPP, M. E. N. Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**. v.1,n.3,4, p. 5-19, 1984.

_____. **Inventário de sintomas do stress para adultos**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000.

LIPP, M. E. N. O modelo quadrifásico do stress. In:_____, **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.17-21.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. Manejo do estresse. In B. Range (Org.), **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas, Ed Psy II,** Campinas, 1995.

_____. O stress emocional e seu tratamento. In: Rangé, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**, Artmed, São Paulo, 2001.

_____ Estresse: aspectos históricos, teóricos e clínicos. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 617-632.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A.C.; SOLER, Z. A. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Rev Assoc Med Bras,** v. 56, n.1, Jan-Feb p.81-91, 2010.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do Alpha de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v.4, n.1, p.65-90, 2006.

MARRIAGE, S.; MARRIAGE, K. Too many sad stories: clinician stress and coping. **Can Child Adolesc Psychiatr Rev**; v.14, n.4, nov.,p.114-7, 2005.

MATARAZZO, J. D. Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. **AmericanPsychologist,** v.35, p.807-817, 1980.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conceitos e definições em saúde. Brasília, 1977. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2010.

MIYAZAKI, M. C. et. al. Psicologia da Saúde. Intervenções em hospitais públicos.. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 568-58.

MYERS, D. **Introdução a Psicologia Geral.** Rio de janeiro. LTC, 1999.

MOLINA, O. F. **Stress no cotidiano**. São Paulo: Pancast Editora. 1996.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermerio hospitalar. **Rev. bras. enferm.** 2006, vol.59, n.5, pp. 661-665. ISSN 0034-7167.

MORAES, A. P. P. Pesquisas sobre stress e estratégias de enfrentamento em profissionais da saúde: revisão e apontamentos. **Anais do IV Congresso de Psicologia da UNESP – Bauru**, 2010.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S. e NAPOLEAO, A. A. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.2, p. 255-261, 2005.

NAGAMINE, K. K. **Mulheres em programa regular de atividade física: ansiedade, depressão, fadiga, *burnout* e qualidade vida.** 2007. 80f. Tese (Doutor em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. 2007.

NUNES, S. O. V. O estresse e as alterações imunológicas. In: BRANDÃO, M.Z., et al. **Sobre Comportamento e Cognição**. Santo André. ESETec. 2003. v.12. p. 228-233.

NENO, S. Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. **Rev. bras.ter. comport. cogn.**, dez., v.5, n.2, p.151-165, 2003.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. & ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, v. 12, n. 2, p. 204-211, 2004.

PINHEIRO, F.A., TAMAYO, M.R., TRÓCCOLI, B.T. Mensuração de coping no ambiente ocupacional: tradução e validação da Escala de Lateck. In Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (Org.). **Anais da 52ª. Reunião Anual da SBPC** (p. 235). Brasília: SBPC, 2000.

PISANTI, R.; et. al. Development and validation of a brief Occupational coping Self-Efficacy Questionnaire for Nurses.**J Adv Nurs,** v.62, n.2, p.238-47, 2008.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

PORTAL DA SAÚDE. **HumanizaSUS**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em 15 de fevereiro de 2010.

RAY, C.; LINDOP, J.; GIBSON, S. The concept of coping. **Psychol. Med.**, v. 12, p. 385-95, 1982.

REINHOLD, H. **O Sentido da Vida**: prevenção de stress e burnout do professor. 2004. Tese (Doutorado em Pós Graduação Em Psicologia) - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA, Campinas, 2004.

ROCHA, L.E.; DEBERT-RIBEIRO,M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. Revista de Saúde Pública, v.35, 2001.

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, Feb, 2008.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Oct. 2009.

SANZOVO, C. E.; COELHO, M. E. C. Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. **Estud. psicol. (Campinas),** Campinas, v. 24, n. 2, Jun., 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de Out. 2009.

SAVÓIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping)**, Rev. Psiq. Clin**.,v.26, n.2*,* Edição Especial, 1999.

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,** v.7, n.1/2, p.183-201, 1996.

SCHNEIDERMAN, N., MCCABE, P., BAUM, A. **Stress and Disease Processes**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. 2. ed. São Paulo: Ibrasa, 1959.

SILVA, E. A. T.; MARTINEZ, A. Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo. **Estud. psicol. (Campinas),** v.22, n.1, p.53-61. mar. 2005.

STACCIARINI, J. M. R.; TROCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, Apr. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de Jan. 2010.

STRAUB, R. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

STUMM, E. M. F., et.al. Estressores e coping vivenciados por enfermeiros em um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Cogitare Enferm**. v.13, n.1, p.33-43. 2008.

TABOADA, N. G., LEGAL, E. J. E MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano** v.16, n.3, p. 104-113, 2006.

TVEITO, T. H. & ERIKSEN, H. R. Integrated health programme: a workplace randomized controlled Trial**. Journal of Advanced Nursing**. v.20. 2008.

TOURINHO, E. Z.; TEIXEIRA, E. R.; MACIEL, J. M. Fronteiras entre análise do comportamento e fisiologia: Skinner e a temática dos eventos privados. **Psicol. Reflex. Crit***.,* Porto Alegre, 2000, v. 13, n. 3. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722000000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de Ago. 2009.

VAILLANT, G. E. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. **Journal of Abnormal Psychology**, v.103, p.44-50. 1994.

WU, H.; ZHAO, Y.;WANG, J. e WANG, L. Factors associated with occupational stress among Chinese doctors: a cross-sectional survey. **Int Arch Occup Environ Health**. v. 83, p.155–164. 2010.

YOUSAFZAI, A. W.; et.al. Well-being of medical students and their awareness on substance misuse: a cross-sectional survey in Pakistan. **Ann Gen Psychiatry**. v.8. n.8. 2009.

ZAHRAI, A; et. al. Resident's quality of life during an orthopedic trauma rotation: a multicentre prospective observational study. **Can J Surg**. v.51. n.3. 2008.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e esclarecido entregue aos participantes da pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP
DEPARTAMENTO DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Enfrentamento de situações estressoras no local de trabalho e incidência de sintomas físicos e psicológicos em profissionais da saúde.

Pesquisadoras Responsáveis – Dra. Tania Gracy Martins do Valle e Mestranda Ana Paula Pacheco Moraes

Justificativa, Objetivos e Procedimentos da Pesquisa:

O trabalho em hospitais tem suas características particulares e abrange várias situações-limites como vida/morte, saúde/doença que acabam influenciando no bem-estar da própria equipe de saúde, gerando stress e adoecimento. Muitos trabalhos anteriores verificaram a presença ou não de stress em trabalhadores hospitalares. Este vai além, no sentido de investigar as áreas de atuação profissional e formas de enfrentar situações aversivas.

Assim, o projeto pretende atender também à questão levantada atualmente pelos programas de humanização hospitalar (como o HumanizaSUS) voltando atenção não só aos pacientes, mas também para a equipe de saúde, para os profissionais atuantes nela.

Os dados serão coletados por meio de aplicação de dois inventários: de Stress e de Estratégias de Enfrentamento.

O presente projeto foi autorizado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista, UNESP, campus de Bauru.

Desconforto e Possíveis Riscos associados à pesquisa: o profissional, após a devida autorização, estará se propondo a responder aos inventários.

Benefícios da Pesquisa: O profissional terá a oportunidade de, a partir de um trabalho conjunto com o pesquisador, fornecer dados que irão auxiliar outras pesquisas e intervenções futuras a fim de melhorar a saúde e a qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Métodos de pesquisa: Aplicação de Inventários.

Forma de Acompanhamento e Assistência:

Quando necessário, o participante poderá procurar a pesquisadora para esclarecer sobre as etapas de desenvolvimento da pesquisa pelo telefone (14) 8118-8612, pelo e-mail paula.psico@hotmail.com ou pelo endereço do Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da UNESP, situado na Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube,n14-01, CEP: 17033-360. Bauru - SP

Esclarecimentos e Direitos:

Em qualquer momento o participante poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum.

Confidencialidade e avaliação dos registros:

Os resultados dos procedimentos executados no desenvolvimento do projeto serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e apresentados em palestras, conferências, periódico

científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional. Contudo, a identidade pessoal será preservada, utilizando-se números e letras aleatórias para se referir aos participantes.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresso meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Recebi cópia desse documento por mim assinado.

_____

Participante

_____ _____

Psicóloga Ana Paula Pacheco Moraes Data

ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética do Hospital Estadual de Bauru

Hospital Estadual Bauru
Av. Engenheiro Luis Edmundo Carrijo Coube, 1-100
Telefone : (14) 3103-7777
CEP: 17033-360 Bauru/SP

Centro de Estudos e Pesquisas

Bauru, 04 de Janeiro de 2010.

OFÍCIO-HEB-CC-02/10

Ref.: Coping de situações estressoras no local de trabalho e incidência de sintomas físicos em profissionais de saúde.

Prezada Sra.,

Em reunião da Comissão Científica datada de 23/12/2009, os membros presentes aprovaram a pesquisa acima.

Solicitamos que ao final de sua pesquisa encaminhe relatório final de atividades.

Situação da pesquisa: Aprovada, poderá iniciar imediatamente.

Colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos.

Rosilene Cordeiro
Vice-Presidente da Comissão Científica
Supervisora Centro de Estudos e Pesquisas

Ilma. Sra.
Ana Paula Pacheco Moraes

ANEXO C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências

ANEXO D - Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus Adaptado para o Português por Savóia, Santana e Mejias (1996).

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

0. não usei esta estratégia

1. usei um pouco

2. usei bastante

3. usei sempre[4]

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 idéias.	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

[4] Adaptação de "usei em grande quantidade" para "usei sempre" por Moraes (2011).

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	2	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