



Paula Cristina Araújo
de Sousa Coelho
Banha

**Cuidar dos Enfermeiros – Um
Projeto de Intervenção para
redução do stress**

Vulnerabilidade ao stress dos enfermeiros de
um serviço de oncologia

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Saúde Mental e Psiquiatria realizado sob a
orientação científica do Professor Doutor Joaquim
Lopes

Outubro 2013



Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

**Cuidar dos Enfermeiros – Um Projeto de Intervenção para
redução do stress**

Vulnerabilidade ao stress dos enfermeiros de um serviço de oncologia

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria realizado sob a
orientação científica do Professor Doutor Joaquim Lopes

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Outubro 2013

AGRADECIMENTOS

- ✦ *Mãe / Pai* obrigada por existirem e por sempre me apoiarem nas minhas decisões;
- ✦ *Manuel*, companheiro de uma vida por estares sempre presente, pelo apoio, pelo amor, carinho e por estares sempre ao meu lado neste caminho;
- ✦ *João / Pedro*, por serem meus filhos, e por perceberem porquê que por vezes eu não podia estar;
- ✦ *Amigos*, porque nunca me esquecerem e saber onde vocês estavam sempre que precisei;
- ✦ *Colegas*, obrigada por me escutarem e apoiarem neste percurso;
- ✦ *Professor Joaquim* obrigada por me acompanhar e orientar neste percurso, pelos momentos de catarse, de partilha, enfim, por estar.
- ✦ A todos os que de alguma forma me acompanharam neste percurso que mesmo não estando presentes quando necessitei me proporcionaram momentos de reflexão e crescimento e perceber o quanto perseverante um individuo pode ser quando está determindo a atingir um objetivo.

“Quando há vontade não falta caminho”

J.R.R.Tolkien

RESUMO

No contexto do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS, IPS), surge o presente relatório, que tem como objetivo relatar o Projeto de Intervenção no Serviço, assim como, relatar o processo desenvolvido para aquisição das competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A enfermagem é uma profissão do cuidar, relaciona competência e o exercício profissional inserido em determinados contextos. Os enfermeiros são atores do processo de mudança e os contextos, aos quais os enfermeiros se têm de adaptar, são um imperativo ao desenvolvimento de competências.

Esta problemática foi identificada durante o estágio de 17 semanas realizado num serviço de oncologia de um hospital geral polivalente.

Seguindo a metodologia de projeto a problemática identificada no âmbito do Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) foi o cuidar da equipa de enfermagem, num local onde a relação e a comunicação são o foco central dos cuidados.

Este PIS tem como objetivo conhecer a perceção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress dos enfermeiros de um serviço de oncologia de um hospital geral polivalente e propor estratégias de intervenção na prevenção do stress.

Para a realização deste trabalho foram aplicados instrumentos de colheita de dados para que o planeamento das intervenções realizadas satisfizessem as necessidades dos sujeitos da amostra. Os resultados deste PIS foram analisados à luz da literatura, do Modelo Adaptativo de Roy, que tendo como elementos essenciais a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem e integrando o processo de enfermagem permitiu-nos orientar a prestação de cuidados e a prática clínica.

Este relatório permite dar visibilidade ao percurso realizado no desenvolvimento do PIS, e apresenta como objetivo principal dar a conhecer os resultados do estudo realizado, tendo como referência os objetivos gerais do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Metodologia de Projeto, Cuidar da pessoa com doença oncológica, stress, vulnerabilidade.*

ABSTRACT

Following the 2nd Master's Degree of Nursing in Mental and Psychiatric Health course held by Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS, IPS), this document has the objective of reporting the Project of Intervention in the Service (PIS), as well as reporting the process developed for skill development of Master in Science of Nursing of Psychiatric and Mental Health.

Nursing is a profession of caring, it relates competence to professional practice inserted into certain contexts. Nurses are the agents of change and the contexts the nurses have to adapt to are imperative to skill development.

This problem was identified during a 17 week internship held in an oncology service of a polyvalent general hospital.

Following project methodology, the problem identified within the Project Intervention in the Service (PIS), was taking care of the nursing staff, in a place where respect and communication are the central focus of care.

This PIS aims to know the nurses' perception of personal vulnerability to stress in an oncology service of a polyvalent general hospital, and propose strategies of intervention and prevention of stress.

For this work, data collection instruments were used, so that the planned interventions fulfilled the needs of the sample subjects. The results of this PIS were analyzed according to the literature, Roy's Adaptive Model, which by having as essential elements the person, the environment, health and nursing, and by integrating the nursing process, allowed us to guide the delivery of care and clinical practice.

This article gives visibility to the route taken in the development of PIS, and has as main objective to disseminate the results of the study, having as reference the general objectives of the Master Degree in Nursing of Psychiatric and Mental Health.

Keywords: *Nursing of Psychiatric and Mental Health, Project Methodology, Care of the oncology patient, vulnerability, stress.*

LISTA DE SIGLAS

CMESMP - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

CPLESMP – Curso Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

ESS - Escola Superior de Saúde

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

MESMP – Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PGESM - Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Mental

PIS - Projeto de Intervenção no Serviço

PNS – Plano Nacional de Saúde

POPH – Programa Operacional Potencial Humano

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPA – Salus Per Aquam

Índice

INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I - PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO (PIS).....	14
1 – PROBLEMÁTICA	15
2 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	16
3 – PERGUNTA DE PARTIDA	18
4 – OBJETIVOS	19
5 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	20
5.1 – CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA	20
5.2 – VULNERABILIDADE.....	25
5.3 – STRESS.....	28
5.3.1 – DEFINIÇÃO.....	29
5.3.2 – CARACTERÍSTICAS DAS SITUAÇÕES DE STRESS.....	31
5.3.3 – AGENTES INDUTORES DE STRESS.....	34
5.3.4 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS INDIVÍDUOS EM STRESS.....	36
5.4 – COPING	38
5.4.1 – TERAPIAS E MÉTODOS DE LUTA CONTRA O STRESS	42
5.5 – BURNOUT.....	43
5.6 – MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY	46
6 – METODOLOGIA DO PROJETO	51
6.1 – FASE DIAGNÓSTICA.....	52
6.1.1 - TIPO DE ESTUDO.....	53
6.1.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA EM ESTUDO.....	54
6.1.3 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	54
6.1.3.1 – ESCALA 23 QVS.....	54
6.1.3.2 – ENTREVISTAS	55
6.1.4 - PROCEDIMENTOS NA COLHEITA DE DADOS	55
6.1.5 - PROCEDIMENTOS NA ANÁLISE DE DADOS	56
6.1.6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	56

6.1.7 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	57
6.1.8 – SÍNTESE DIAGNÓSTICA	75
6.2 – FASE DE PLANEAMENTO	77
6.3 – DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	83
7 – AVALIAÇÃO FINAL DO PIS.....	84

PARTE II - REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA 87

1 – DEMONSTRA COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS NA CONCEÇÃO, GESTÃO E SUPERVISÃO CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	89
2 – REALIZA DESENVOLVIMENTO AUTÓNOMO DE CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS AO LONGO DA VIDA E EM COMPLEMENTO ÀS ADQUIRIDAS	92
3 – INTEGRA EQUIPAS DE DESENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR DE FORMA PROATIVA.....	94
4 – AGE NO DESENVOLVIMENTO DA TOMADA DE DECISÃO E RACIOCÍNIO CONDUCENTES À CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DE ARGUMENTOS RIGOROSOS	96
5 – INICIA, CONTRIBUI E/OU SUSTENTA INVESTIGAÇÃO PARA PROMOVER A PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA	97
6 – REALIZA ANÁLISE DIAGNÓSTICA, PLANEAMENTO, INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO NA FORMAÇÃO DOS PARES E COLABORADORES, INTEGRANDO FORMAÇÃO, A INVESTIGAÇÃO, AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE EM GERAL E EM ENFERMAGEM EM PARTICULAR.....	99

CONCLUSÃO..... 101

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 103

REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS 105

ANEXOS 110

ANEXO 1 – ESCALA 23 QVS

APÊNDICES.....11717

APÊNDICE 1 – ARTIGO

“CUIDAR DOS ENFERMEIROS – UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO STRESS”

APÊNDICE 2 - GUIÃO DA ENTREVISTA

APÊNDICE 3 –GRÁFICOS DAS ESCALAS E DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

APÊNDICE 4 – QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

APÊNDICE 5 – PROTOCOLO DE TRANSMISSÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

APÊNDICE 6 – AÇÃO DE FORMAÇÃO

APÊNDICE 7 – ARTIGO DO E-BOOK DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE SAÚDE MENTAL (2011)

Índice de Quadros

Quadro 1 - Apresentação dos dados sociodemográficos.....	59
Quadro 2 - Apresentação dos dados sociodemográficos e da escala 23 QVS.....	60
Quadro 3 - Análise de conteúdo da Questão 1 da entrevista.....	61
Quadro 4 - Análise de conteúdo da Questão 2 da entrevista.....	62
Quadro 5 - Análise de conteúdo da Questão 3 da entrevista.....	64
Quadro 6 - Análise de conteúdo da Questão 4 da entrevista.....	66
Quadro 7 - Análise de conteúdo da Questão 5 da entrevista.....	69
Quadro 8 - Análise de conteúdo da Questão 6 da entrevista.....	73
Quadro 9 - Programa para reduzir o stress laboral dos enfermeiros do serviço de oncologia.....	82

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS, IPS), para obtenção do grau de Mestre.

A obtenção do grau de Mestre, segundo o Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de março (com as sucessivas alterações) refere no artigo 18º - Ciclo de estudos conducente ao grau de mestre:

“4 - No ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional.”.

No artigo 20º - Estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre:

“1 — O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre íntegra:

b) Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados, nos termos que sejam fixados pelas respetivas normas regulamentares, a que corresponde um mínimo de 35% do total dos créditos do ciclo de estudos.”.

No âmbito da realização do estágio ao longo de 17 semanas, foi realizado, no Serviço de Oncologia de um hospital geral polivalente, um projeto de intervenção, utilizando a metodologia de trabalho de projeto.

foi através desta metodologia que tentamos dar resposta a uma problemática identificada na prática profissional.

O tema desenvolvido foi *“Qual a perceção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress que os enfermeiros de um serviço de oncologia têm?”.*

A enfermagem é uma profissão do cuidar. Cuidar do outro tem implicações na vida diária de um enfermeiro, que tem que se adaptar ao contexto de trabalho onde está inserido. Segundo a OE o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação do enfermeiro com as pessoas, onde ambos têm o seu quadro de crenças e valores, influenciados pelo ambiente em que vivem.

A carga emocional sentida pelos profissionais dos serviços de oncologia está amplamente publicada em artigos científicos, no que respeita à gestão das emoções dos clientes, assim como à gestão das suas emoções.

A realização do PIS permitiu refletir sobre esta prática, de forma sistemática, identificando o problema e a sua resolução, com base numa evidência sustentada pela investigação (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Este relatório traduz, de acordo com a metodologia utilizada, as etapas de diagnóstico da situação e planeamento. Durante este percurso, apenas foi possível chegar à fase de diagnóstico, no entanto pensamos ser importante apresentar na fase do planeamento das estratégias de resolução de problemas, segundo os resultados do estudo e a evidência científica consultada, uma proposta de intervenção.

Este trabalho tem como objetivos relatar o PIS e relatar o desenvolvimento das competências de Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria, tendo como referência os objetivos gerais do CMESMP, documentado no Decreto-lei 74/2006: 2246:

Artigo 15º - O Grau de mestre

“1 — O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.o ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

A estrutura do trabalho divide-se da seguinte forma, Introdução, Parte I – projeto de intervenção no serviço, que integra a problemática, a caracterização do contexto de estágio, a pergunta de partida, os objetivos do estudo, o enquadramento teórico, a metodologia do projeto e a avaliação final do pis, e a parte II - reflexão sobre a aquisição do perfil de competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e a Conclusão.

Optamos por uma análise reflexiva do perfil de competências do MESMP, tendo como referência o regulamento do CMESMP de fevereiro de 2011, do ESS, IPS, integrando as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, as competências adquiridas ao longo do percurso profissional e pessoal e as atividades desenvolvidas em todos estes contextos.

A conclusão reflete uma síntese deste relatório e a análise dos objetivos inicialmente traçados.

Em apêndice (APÊNDICE 1) encontra-se a proposta de um artigo, que tem a finalidade de dar a conhecer os resultados deste percurso e que tem como objetivo a partilha de saberes para que daqui possam nascer outros projetos.

Todo o relatório foi redigido de acordo com a Norma Portuguesa 405.

PARTE I - PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO (PIS)

Neste capítulo abordamos a problemática do trabalho, em que contexto se desenvolveu, qual a pergunta de partida e os seus objetivos. O enquadramento concetual de enfermagem também está integrados neste capítulo, assim como a metodologia do projeto, onde é realizada uma análise de todo o processo, à luz da evidência, e a avaliação final do PIS.

1 - PROBLEMÁTICA

Trabalhar durante alguns anos num determinado serviço leva-nos a aperceber de todos os problemas, desafios e mudanças que ocorrem nesse contexto.

Entre as inúmeras mudanças, como por exemplo, a descoberta de novas moléculas de tratamento do cancro e as novas tecnologias, temos o aumento do número de enfermeiros, assim como de toda a equipa multidisciplinar.

Quando surgiu a oportunidade de realizar estágio, no âmbito do CMESMP, optamos por realizá-lo no serviço de oncologia, pois a inquietação era quem cuida da equipa, como esta equipa se situa relativamente ao que se encontra escrito na literatura, ou seja, que os enfermeiros do serviço de oncologia são dos que mais estão expostos ao stress e ao consequente burnout (Altun, 2002; McVicar, 2003; Glasberg, 2006; Theodoratou et al, 2009).

A motivação para a realização deste trabalho surge com uma preocupação crescente, o cuidar dos profissionais de saúde num serviço que exige muitas competências a nível emocional e que por esse motivo se torna tão exigente nos cuidados prestados aos clientes e famílias no dia a dia.

Neste contexto cuidar implica que se trabalhe no contexto da doença oncológica, apoiando o cliente/família, ensinando-o a lidar com as mudanças associadas à doença e aos tratamentos inerentes. É ainda da competência dos enfermeiros prevenir e atenuar os sintomas físicos e emocionais relacionados com o tratamento, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos clientes.

Cuidar de pessoas/famílias com doença oncológica, inclusive pela conotação muito próxima da morte, é algo que pode levar os enfermeiros a um estado de exaustão, com fadiga física e mental, necessitando, também eles, de serem cuidados (Faria e Maia, 2007; Rodrigues e Chaves, 2008; Costa, 2009). Desenvolver este trabalho, neste contexto, assegurando a qualidade dos cuidados prestados, cuidando da equipa de enfermagem, num local onde a relação e a comunicação é o foco central dos cuidados, e onde já há algum tempo desenvolvemos a prática de cuidados, tornou-se um desafio e a principal motivação.

2 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

As organizações hospitalares são sistemas complexos, compostos por diversos departamentos, serviços e profissões, em que as pessoas são confrontadas com situações emocionalmente intensas, tais como a vida, a doença e a morte, as quais causam ansiedade, tensão física e mental.

O Serviço de oncologia tem como missão a prestação de cuidados especializados e multidisciplinares à pessoa com doença oncológica, em fase adulta. Desenvolve ações de ensino/aprendizagem no âmbito da prevenção da doença, o que vai ao encontro do objetivo principal das organizações hospitalares, ou seja, prestar cuidados de qualidade a quem procura e necessita de cuidados hospitalares, o cliente (a pessoa, a família, a comunidade) (PNS 2011-2016)¹.

Este serviço tem a valência de consulta externa, hospital de dia e internamento, no entanto o estágio realizou-se no espaço que integra a consulta externa e hospital de dia. Diariamente a equipa de enfermagem presta cuidados a aproximadamente 60 clientes/famílias, num horário das 8-20 horas, em dias úteis.

Tem cerca de 13000 clientes inscritos, referenciados por serviços externos à instituição, tais como, Centros de Saúde, outras instituições hospitalares estatais e privadas, e dos serviços internos, como serviços de internamento de medicina e cirurgia, consulta externa e serviço de urgência.

São várias as patologias dos clientes inscritos no serviço de oncologia, nomeadamente hematologia, urologia, pneumologia, melanoma, patologia colo retal, tumores gástricos, esofágicos, mama, ginecológicos, cabeça e pescoço, em contexto neo-adjuvante, adjuvante e paliativo.

Conta ainda com a consulta de psiquiatria, psicologia, nutrição e cuidados paliativos em contexto ambulatorio e intra-hospitalar.

Os enfermeiros desenvolvem as consultas de enfermagem de controlo de sintomas ao cliente em programa de quimioterapia, consulta de enfermagem programada, consulta de

¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - cuidados de saúde hospitalares*. [Em linha] 2010 [Consult. Em 20 abril 2013]. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>

enfermagem não programada, consulta telefónica, administração de quimioterapia e integram a equipa da consulta multidisciplinar de cuidados paliativos.

No âmbito da formação e ensino são orientadores de ensino clínico de estudantes de enfermagem, colaboram como “*study nurses*” em ensaios clínicos e desenvolvem programas de formação nos três domínios de prevenção, sendo que estão bastante envolvidos na colaboração com as escolas, no âmbito da divulgação de programas ao nível da prevenção primária.

Para facilitar a acessibilidade aos serviços de saúde, a equipa de enfermagem desenvolveu o programa Hospital na Comunidade cujo objetivo é humanizar os cuidados, promover o conforto e a qualidade de vida, minimizando o stress do cliente/família/cuidador em situação de doença oncológica, dando continuidade aos cuidados prestados pela equipa do serviço de oncologia.

O enfermeiro durante a consulta de enfermagem programada, não programada e telefónica faz o diagnóstico das necessidades do cliente e família, prescrevendo as intervenções de enfermagem de acordo com a sua situação clínica salvaguardando os princípios éticos, o Código Deontológico dos Enfermeiros e o REPE. Neste processo o enfermeiro é ainda responsável pela monitorização e avaliação dos resultados, assim como pela sua divulgação.

A equipa de enfermagem é composta pelo Enfermeiro Chefe, por dois enfermeiros especialistas e por nove enfermeiros generalistas.

No entanto, simultaneamente, é tempo de pensar nos profissionais, “cuidar de quem cuida”, “cuidarmo-nos”, ter também como um dos principais objetivos as condições de trabalho, a motivação, o bem-estar dos profissionais para que, conseqüentemente, haja uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Tal como referido anteriormente e baseado em estudos de investigação, os profissionais ligados ao cuidar estão mais suscetíveis ao stress (Altun, 2002; McVicar, 2003; Glasberg, 2006; Theodoratou et al, 2009), sendo, no entanto, importante saber se os enfermeiros têm perceção da sua vulnerabilidade ao stress, quais os sinais de alarme e se as estratégias que utilizam são suficientes para manterem o equilíbrio, com o objetivo de manterem a qualidade dos cuidados prestados.

3 - PERGUNTA DE PARTIDA

Considerando os autores anteriormente referidos, e as características do local de estágio formulamos a pergunta de partida, *“Qual a percepção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress que os enfermeiros do serviço de oncologia têm?”*.

4 - OBJETIVOS

Estabelecemos os objetivos:

- Conhecer a perceção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress dos enfermeiros de um serviço de oncologia de um hospital geral polivalente;
- Propor estratégias de intervenção na prevenção do stress.

5 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A pesquisa é *“uma extensão de conhecimentos prévios e de teorias, bem como um guia para futuras atividades de pesquisa.”*

Polit e Hungler, 1995:33

O enquadramento teórico resulta da leitura e revisão da literatura científica, nas áreas que pareceram pertinentes para a realização deste estudo e que foram o suporte ao longo deste estágio. A prática em enfermagem é desenvolvida com base no conhecimento científico, e as informações colhidas nestas pesquisas vêm beneficiar e ajudar a definir o papel do enfermeiro na prestação de cuidados.

A pesquisa realizada num determinado contexto e referencial teórico, aumenta a probabilidade desta ser mais útil e significativa, integramos o referencial teórico de enfermagem, assim como, a revisão da literatura sobre o cuidar da pessoa com doença oncológica, stress, burnout, vulnerabilidade ao stress, e coping (Amaral, 2007).

5.1 – CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

O diagnóstico de doença oncológica e a palavra cancro são sinónimos de medo, mitos, dúvidas para os clientes, familiares e cuidadores, sendo imprescindível a intervenção dos enfermeiros, o mais precocemente possível (Crespo, 2009).

O medo pode ser responsável pela existência de grande sofrimento psíquico, não se restringindo apenas ao cliente, mas, em muitos casos, a familiares, amigos, colegas e mesmo à própria equipa de saúde, responsável pelo tratamento.

O decurso da doença oncológica implica inevitavelmente, sintomas físicos. O cancro pode desenvolver incapacidade, alteração da imagem corporal, dor, alterações metabólicas, assim como os tratamentos a que as pessoas estão sujeitas, implicam alterações da estrutura física e psicossocial, sendo estas tão graves como as anteriores (Santos, 2006).

Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde orientar os seus cuidados para a pessoa e não para a sua doença, e incluírem aspetos intelectuais, emocionais, sociais e espirituais, dando maior sentido ao cuidar do que ao tratar. Callista Roy, no Modelo de Adaptação, considera a pessoa, como alvo dos cuidados de enfermagem, onde podemos incluir o indivíduo, a família, o grupo, a comunidade ou a sociedade, sendo cada um deles considerado pelo enfermeiro,

como um sistema holístico adaptativo. Cada pessoa é considerada como um total integrado, com componentes biológicos, psicológicos e sociais, em constante interação com o ambiente.

A par do desenvolvimento científico e tecnológico que aumenta, sem dúvida, o tempo de vida do cliente, temos que pensar na qualidade de vida face à sobrevivência, sendo imprescindível a preocupação com os aspetos psicológicos e sociais, isto é, o enfermeiro deve cuidar do cliente, mantendo o equilíbrio entre o tratamento da pessoa doente e a qualidade de vida.

“Se o doente sobreviver mais tempo, impõe-se a preocupação de que esta sobrevivência seja humana e socialmente aceitável e compatível com os padrões morais, culturais e socioeconómicos do ser humano.” (Dias, 2005: 56)

Segundo Susana Pacheco (2001:28) *“Entendemos por cuidar o prestar atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa.”* Segundo a mesma autora o centro dos nossos cuidados é a Pessoa, não podendo ser esquecidos os cuidados físicos, psicológicos e espirituais e os que a própria doença exige, ao que acrescentaríamos, os cuidados sociais e económicos.

“Entendemos por tratar a prestação de cuidados técnicos e especializados, dirigidos apenas à doença, e que têm como principal finalidade reparar os órgãos doentes (...) e obter a cura Pacheco (2001: 28).

O tratar tende a esquecer a pessoa no seu todo, a pessoa não é apenas um ser biológico, é tal como referido anteriormente, um ser social, espiritual e psicológico que valoriza a qualidade da comunicação para se sentir seguro.

A pessoa que cuida também deve ser cuidada, os laços de interdependência, criados ao longo da vida, surgem quando o Homem percebe que necessitamos da ajuda uns dos outros para satisfazer as necessidades básicas.

“A reabilitação dos doentes oncológicos é um processo naturalmente difícil e complexo que apela, de forma inequívoca, para esforços de cooperação conjunta do doente, da sua família e dos profissionais de saúde, associados ao tratamento da doença oncológica.” (Dias, 2005: 56)

A adaptação do cliente à sua doença oncológica depende fortemente do apoio psicossocial, é neste sentido que se criam laços e interações com outras pessoas e com os diferentes profissionais de saúde, associados a este percurso.

Segundo Dias (2005), citando Pruyne e Born (1987), após o diagnóstico de cancro, o grau de incerteza induzido pela doença faz aumentar os níveis de ansiedade; a emergência de sentimentos negativos; a perda do autocontrolo e a ameaça à sua autoestima.

O cliente tem que recorrer aos seus recursos individuais, ao suporte social existente e à assistência profissional personalizada, para conseguir reduzir o confronto emocional (Dias, 2005).

“O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.” (OE, 2003:4).

Cuidar da pessoa com doença oncológica não é tarefa fácil, é algo que exige da parte do profissional de saúde *“compaixão (...) a participação no sofrimento da outra pessoa. Partilhar o sofrimento do outro não significa aprovar ou partilhar os seus motivos, mas recusar considerar um sofrimento, qualquer que ele seja como um facto indiferente, e recusar considerar um ser vivo, qualquer que seja, como uma coisa.”* (Conte - Sponteville, cit. por Couvreur, 2001:79)

Para Kovacs et al (2009) é grande a carga emocional sentida pelos profissionais dos serviços de oncologia. A relação de confidencialidade que se desenvolve com os clientes, através da relação interpessoal, implica a gestão das emoções dos clientes, mas também a gestão das suas próprias emoções.

Cuidar implica manter a esperança, uma esperança realista, mas que mantenha objetivos para continuar a lutar pela sua qualidade de vida. Estudos demonstram que as pessoas confiantes no futuro têm capacidade para se motivarem nos momentos difíceis e para se persuadirem de que as coisas se solucionarão; estão convencidas de que possuem os meios para atingirem os objetivos; têm uma flexibilidade suficiente para descobrirem meios diferentes para atingi-los ou para mudá-los se for impossível atingi-los; têm também uma inteligência que lhes permite dividir uma tarefa noutras mais reduzidas e mais facilmente realizáveis.

Quem apoia, também, esta teoria é Carl Rogers, para quem o desenvolvimento da pessoa se centra no pensamento positivo, por outro lado, é da responsabilidade dos enfermeiros seguir determinadas premissas na relação com o cliente/família (Couvreur, 2001, citando Carl Rogers):

- Nas relações com o outro de nada serve, a longo prazo, agir como se não fossemos o que somos, de nada serve conservarmos uma fachada se sentirmos algo completamente diferente;
- Uma intervenção é tanto mais eficaz quanto mais conseguirmos encontrarmo-nos a nós próprios e aceitarmo-nos. É apenas quando aceitamos todas as atitudes reais como fazendo parte de nós próprios que as relações com os outros se tornam verdadeiras e podem evoluir mais facilmente;
- É fundamental, mas difícil, compreender a outra pessoa. Devemos ouvir, escutar o outro, sem o avaliar, sem o julgar. Para a outra pessoa é muito positivo ser compreendido, podendo mesmo levá-lo à mudança ao aceitar-se com os seus defeitos e qualidades. Para os profissionais de saúde é enriquecedor, aumentando a sua sensibilidade;
- É enriquecedor encontrar vias de comunicação, de forma a permitir que os outros expressem os seus sentimentos, e a sua perceção do mundo;
- Aceitar os outros com as suas diferenças; diferentes crenças, sentimentos e comportamentos;
- Aceitar-me a mim e ao outro, na sua diversidade, diminui o desejo de manipulá-lo. É satisfatório ser quem sou e deixar o outro ser ele próprio.

Este percurso leva-nos à relação de ajuda, não é possível cuidar sem haver relação de ajuda. Rogers, citado por Couvreur (2001:85), considera como relação de ajuda *“toda a relação em que pelo menos um dos interlocutores tenta facilitar no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade. Trata-se de facilitar a expressão, bem como uma melhor utilização dos seus recursos, com a finalidade de permitir o crescimento.”*.

Na relação de ajuda fala-se do recetor (enfermeiro), que permite que o emissor (pessoa) se retrate, dando-lhe toda a atenção, sendo o seu espelho, reformulando o que lhe foi dito. Assim, o recetor estabelece uma distância relativamente aos sentimentos, objetivando-os e desdramatizando-os. A atenção do recetor centra-se nos problemas do emissor, analisando-os segundo o seu quadro de referências. O emissor é aceite de forma incondicional, o que leva a aceitar-se e a gostar de si próprio.

Os objetivos da relação de ajuda são ajudar o cliente a diminuir o medo e a ansiedade face à doença e aos tratamentos; enfrentar os problemas com realismo à medida que vão surgindo, falar nas alternativas; aceitar uma situação difícil, uma doença grave, uma alteração de imagem corporal; comunicar; clarificar as situações; tomar as decisões e encontrar um novo caminho (Batista, 2008).

O fato de estarmos presentes para o cliente contribui para a melhoria do seu bem-estar, assim como a escuta ativa e a atitude de compreensão face aos seus pensamentos e sentimentos.

A equipa de saúde, assim como o apoio familiar, torna-se de fundamental importância quando surge a falta de esperança, o isolamento, o “já não há nada a fazer”. Da parte do cliente poderá haver uma inibição da expressão das emoções, filiando-se ao conceito de “bom doente”, não só com os profissionais de saúde como também com os familiares, de forma a diminuir a ansiedade e poupá-los ao sofrimento (conspiração do silêncio).

Cuidar do cliente e família implica uma intervenção terapêutica que deve incidir fundamentalmente em três aspetos (Marques et al. 1991:41):

- Promover o diálogo, incentivando a participação dos clientes nas decisões terapêuticas;
- Incentivar a verbalização das emoções quando o cliente enfrenta a verdade sobre a doença;
- Promover a auto imagem e modificar pensamentos negativos e distorções associadas à doença.

“A expressão das emoções, mesmo negativas, na altura do diagnóstico e depois do ajustamento inicial ao cancro, atitudes como espírito de luta ou negação, bem como bom suporte social, está associado a um melhor prognóstico.” (Dean cit. por Marques et al, 1991:41)

A morte é difícil de aceitar pelos profissionais de saúde, a avançada tecnologia e conhecimentos, trouxe uma perceção de fracasso do sistema quando a morte é inevitável e não há tratamentos eficazes que parem a progressão da doença.

Assim, no cuidar da pessoa com doença oncológica, perante os sentimentos de inevitabilidade da morte Weisman (1996) cit. por Ribeiro (1998:195), propõe três conceitos que devem ser levados em consideração na intervenção terapêutica:

- Conduta segura, refere-se ao fornecimento de cuidados adequados, nomeadamente cuidados paliativos, para com o sofrimento em geral;
- Luto antecipatório, visa ajudar os familiares para a morte eminente;
- Morte apropriada, refere-se à morte que é temporalmente adequada, desejada e desejável. Inclui o alívio da dor e o suporte psicossocial, de modo a aliviar o sofrimento de todos os que estão envolvidos.

5.2 – VULNERABILIDADE

Quando estamos perante uma profissão exigente, de grande desgaste físico e emocional, devemos ter em conta a vulnerabilidade individual ao stress.

Vulnerabilidade deriva do Latim “vulnus”, “ferida”, assim vulnerável significa a suscetibilidade de ser ferido (Neves, 2006), frágil, com poucas defesas.

É fundamental debruçarmo-nos sobre o conceito de vulnerabilidade, para Neves (2006) é um termo que muito recentemente entrou na moral comum e em particular na ética biomédica, na década de 90. No entanto, a “vulnerabilidade” foi na década de 70 introduzida, filosoficamente, por Emmanuel Levinas e Hans Jonas. Levinas (1972) define vulnerabilidade como “subjetividade”, *“ela é sempre relação e vulnerabilidade, na sua dependência do outro.”* (Neves, 2006: 275)

Jonas (1979), cit. por Neves (2006: 275) refere que, *“todo o existente pelo simples facto de existir, é precível e nisto consiste a sua vulnerabilidade. O homem é, pois vulnerável. (...) possui o poder de atingir os outros na sua vulnerabilidade, inclusive os outros homens, e por isso também o dever, incumbido pelo poder, de responder pela vulnerabilidade dos outros seres.”*.

Para Jonas (1979), há responsabilidade quando nos encontramos perante um objeto que necessita de cuidados, perante a vulnerabilidade.

A bioética chama *“a atenção para o facto de todos nós sermos vulneráveis, e no seu sentido restrito e operativo ou normativo, de dever de cuidar pelo que o poder ameaça.”* (Neves, 2006: 276).

Michel Renaud (1997), cit. por Neves (2006): 296 referiam que *“A vulnerabilidade (...) faz parte do sofrer o qual aparece como a vertente ligada ao agir. Agir e sofrer, atividade e passividade, delineiam assim a estrutura de base da reflexão sobre a vulnerabilidade.”*.

“Realiza-se assim uma capacidade de abertura aos outros que nos faz perceber aquele que é vulnerável e senti-lo como um outro eu possível.” (Neves, 2006: 296)

Para Neves (2006), a participação dos profissionais de saúde no acompanhamento do sofrimento do outro, a sensibilidade que nos é exigida, leva-nos a tornar mais vulneráveis a

essa dor e parafraseando Michel Renaud (1997), faz-nos penetrar *“nessa terra desconhecida da vulnerabilidade”*.

Nunes (2006) refere que *“(...) o conceito de vulnerabilidade foi integrado nos debates bioéticos nos últimos anos, nomeadamente em torno das pesquisas com seres humanos, em Enfermagem, sabemos (de há muito, diria) que nos incumbe cuidar das pessoas e que o cuidado inclui a proteção e a salvaguarda do Outro, assim como a promoção do seu desenvolvimento, no sentido do autocuidado.”*²

Neves (2006) refere que a vulnerabilidade acaba por ter interferências sobre os outros valores da Bioética, tais como sobre a autonomia, na medida em que esta vai ser limitada, naqueles que são mais frágeis, mais sensíveis e no princípio da justiça, em que vai condicionar as tomadas de decisão. O exercício da beneficência está comprometido, pois a tendência poderá ser aumentar as linhas de defesa contra o outro, que pode ser visto como nosso potencial concorrente.

Vaz Serra (2007) citado por Almeida (2009) diz que *“(...) uma pessoa vulnerável é aquela que tem risco aumentado em reagir de uma forma negativa perante os acontecimentos de vida.”*.

Alguns estudos propõem como variáveis para análise a idade, o género e os fatores de risco, entre outros. A vulnerabilidade pode ser definida pelas características pessoais e pelos acontecimentos de vida, que podem levar ao desenvolvimento de estratégias para enfrentar os desafios. Se analisarmos a vulnerabilidade dos indivíduos pode-se vir a conhecer e compreender como cada indivíduo, num determinado grupo, vivência e enfrenta os mesmos desafios. Pinto e Silva (2005) salientam que a vulnerabilidade está associada a quatro tipos diferentes de fatores, os biológicos, os psicológicos, a personalidade e os fatores sociais.

Poderemos, então, cruzando os conhecimentos sobre o seu comportamento, sobre os acontecimentos de vida, intervir na prevenção e no controle da vulnerabilidade.

Segundo Pinto e Silva (2005:30), a vulnerabilidade ao stress está associada a quatro tipos de fatores:

² NUNES, Lucilia - *Usuários (utentes) de serviços de saúde e os seus direitos* - DIA TEMÁTICO BIOÉTICA E VULNERABILIDADE: INTERFACE COM A ENFERMAGEM, 2006 IV ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE BIOÉTICA II FÓRUM BRASILEIRO DE BIOÉTICA, II ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. [Em linha] 2006 [consult. Em 26 abril 2013] disponível em http://www.academia.edu/3443457/Usuarios_dos_Servicos_de_Saude_e_os_seus_direitos

- Biológicos - Zuchermann (1999) refere que se designa por diátese a predisposição genética que induz ao aparecimento de alterações de comportamento e perturbações específicas, sendo que por si só não é suficiente para produzi-la, é necessário haver um agente indutor, potenciador, que se pode tornar patogénico.

- Psicológicos - tal como nos fatores biológicos, os fatores psicológicos só por si não bastam para definir o stress. Segundo Lazarus (1999), cit. por Pinto e Leite (2005:32) *“é o significado construído pela pessoa sobre o que está a acontecer o fator crucial que leva à ativação das respostas de stress.”*

- Personalidade - alguns traços de personalidade são importantes para determinar o modo como o indivíduo se comporta em situações de stress. Há personalidades que são reconhecidas como vulneráveis, e outras como mais resistentes ao stress.

- Fatores sociais - em que temos, segundo Pinto e Leite (2005), de considerar três aspetos, os condicionantes de acesso de apoio social, ou seja, *“com níveis baixos de apoio social aqueles que são submetidos a stress intenso, sofrem, como consequência desse facto, de uma má saúde física e mental; contudo quando as pessoas estão protegidas por níveis altos de apoio social, mesmo quando são submetidos a stress elevado, não descompensam, nem a sua saúde se ressentem ou, se ressentir, é um grau muito menor.”* (Cutrona, 1996 cit. por Pinto e Leite, 2005:34).

House (1981), cit. por Pinto e Leite (2005) refere que os indivíduos com os recursos pessoais mais elevados são os que mais facilmente obtêm apoio social e os que têm mais recursos adaptativos. Outro dos aspetos é o grau de literacia, que segundo os mesmos autores é constituída pelo compreender e ser capaz de usar a informação escrita e verbal, lidando melhor com os processos de mudança. O estatuto social seria o terceiro fator, o estudo realizado por Kohn, Dorenwend e Mirotzwick (1998), cit. por Pinto e Leite (2005:35) revela que *“as perturbações psiquiátricas são mais numerosas nos estatutos sociais mais desfavorecidos porque há maior número de condições de adversidade no meio ambiente.”*

Vaz Serra (2007), além de partilhar a ideia de Pinto e Silva (2005) que a vulnerabilidade se divide em quatro fatores, estabelece um perfil de vulnerabilidade, indivíduos com pouca capacidade autoafirmativa; fraca tolerância à frustração; dificuldade em confrontar e resolver os problemas; preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia a dia e marcada emocionalidade.

“A experiência profissional parece evidenciar uma maior capacidade para lidar com as adversidades e sugere uma menor vulnerabilidade ao stress. É de esperar que os enfermeiros mais novos e com vínculos precários sejam mais vulneráveis. A sua pouca capacidade de decisão e autonomia dentro da equipa, a constante observação e avaliação pelos mais velhos e a incerteza do contrato pode ser determinante para que sejam mais vulneráveis e emocionalmente mais suscetíveis” (Almeida, 2009:25).

Na perspetiva de Vaz Serra (2000), a vulnerabilidade ao stress, *“é o que implica que os indivíduos se sintam ou não em stress, podendo também ser entendido como o grau de autoconfiança que a pessoa desenvolve em relação a determinadas circunstâncias e que lhe possibilita sentir, ou acreditar que tem ou não, as aptidões ou os recursos pessoais e sociais necessárias para lidar com as exigências criadas pela situação”*. Murcho (2010:52)

As respostas às situações stressantes, não são ditadas pelas situações em si mesmo, mas sim pelas predisposições pessoais e pelos recursos que temos para enfrentá-las, bem como pela interpretação que delas fazemos, em função dos valores e das aspirações que consideramos importantes.

Como fatores predisponentes de uma maior vulnerabilidade ao stress, podemos considerar os seguintes (Murcho, 2010:52) fatores, de natureza física (que dizem respeito à dotação genética com que nascemos); de natureza psicológica (que incluem a personalidade e os esquemas mentais) e de natureza social (como o estatuto socioeconómico).

5.3 – STRESS

“Muito do stress que as pessoas sentem não vem de terem coisas demais para fazer. Ele vem de não terminarem o que começaram”

David Allen

Neste sub-capítulo vamos falar de stress, da sua definição, das características das situações de stress, dos agentes indutores e da sua prevenção e tratamento.

O estudo do stress, nos últimos anos, *“ (...) têm-se intensificado devido às mudanças sociais e económicas que afetam diretamente o processo de trabalho do enfermeiro (...)”* (Grazziano e bianchi, 2010:3).

5.3.1 – definição

São várias as definições de stress, e vários os autores que ao longo das décadas e dos séculos, o tentaram definir. Talvez por esse motivo seja um conceito de difícil definição, com diferentes significados, operacionalizado por diferentes autores.

Segundo Leal (1998) no século (séc.) XV, o stress era entendido como uma tensão ou pressão da natureza física aplicada a substâncias de natureza inorgânica ou orgânica, inclusive no corpo humano.

No séc. XVII, o conceito ultrapassa a dimensão física e passa a ser entendido como uma tensão ou adversidade. No séc. XVIII e XIX designa toda e qualquer tensão que atue sobre uma pessoa ou um objeto.

Para Hans Selye, no séc. XX, *“o stress passa a ser considerado como uma resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação.”* (Leal, 1998: 21)

Esta definição é baseada na resposta biológica e não no estímulo que é exercido sobre o organismo. A resposta do organismo era independente do tipo de agente agressor, seja de natureza física ou psicológica. Esta resposta, dependendo da intensidade do agente agressor e da sua permanência, variava na gravidade e no tempo de duração.

“A característica principal do modelo de Selye é considerar o indivíduo um objeto psicologicamente passivo no confronto com o agente stressor. O processo psicológico não está ausente, mas está incluído num bloco unitário, com as reações biológicas e químicas do corpo.” (Ribeiro, 1998: 303)

O termo stress continua a ser utilizado em 1996 por Lazarus, *“que foca os mecanismos de apreciação psicológica como elemento capaz de iniciar ou influenciar o processo de stress.”* (Ribeiro, 1998: 303)

Em 1978, Lazarus e Launier defendem que *“para que um acontecimento seja stressor, tem que ser apreciado como tal, ou seja, se um acontecimento não for apreciado por um indivíduo como stressor, esse indivíduo não sentirá stress.”* (Ribeiro, 1998: 308)

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), cit. por Admi e Eilon (2010), o stress é um fenómeno multidimensional complexo, que se centra na dinâmica particular das relações entre as pessoas e o ambiente. Os autores propuseram que o stress é determinado pela perceção e

interpretação subjetiva de uma determinada ação, que seja superior aos dos recursos e que põe em risco o seu bem-estar.

Labrador et al (1990), define o stress de modo operativo, isto é, *“uma pessoa que está sujeita a stress, quando tem de enfrentar situações que são difíceis de resolver e que provocam um aumento de energia fisiológica do organismo (ativação), ocorrendo o processamento da informação, tanto interna como externa, levando a um determinado comportamento.”* (Leal, 1998:22)

O stress como uma relação entre a pessoa e o ambiente surge com French et al, citado (cit.) por Kaplan (1983); Cohen (1986) e Endler (1988).

Em 1995 o Grupo Português de Intervenção Comunitária, na área do stress psicossocial, definiu o stress *“como um convite inovador que congrega a situação, as respostas, a vivência da situação e integra a relação entre o biológico e o social, a saúde e a doença.”* (Leal, 1998: 22)

A *European Agency for Safety and Health at Work* (2000), citado por Almeida (2009:21) refere-se ao stress como um *“estado psicológico que reflete um processo de interação entre a pessoa e o seu ambiente, nomeadamente o ambiente de trabalho. Quando estudado, o stress poderá ser inferido a partir da existência de inter-relações problemáticas entre a pessoa e o ambiente, medido a nível de processos cognitivos e de reações emocionais que acompanham tais interações.”*

Segundo Almeida (2009) esta perspetiva vai ao encontro da perspetiva de Lazarus, para quem a carga sentida pelo ser humano está relacionada com a resposta física e psicológica que este desencadeia, tendo em conta o meio ambiente e os seus recursos de enfrentamento de problemas.

No entanto, é importante referir que, tal como outras palavras, o stress tem um significado para cada um de nós e é utilizada no vocabulário corrente, como uma linguagem comum.

A palavra stress pode, segundo Benjamim Stora (1990), ter várias classificações:

- É uma força que produz tensão, deformação do objeto sobre o qual essa força é exercida; é um estímulo externo;

- É o resultado da ação de um agente físico, psicológico ou social, o agente stressor. Quais as consequências que determinado estímulo tem sobre a saúde biológica, mental e psíquica das pessoas;
- O stress é ao mesmo tempo o agente e o resultado dessa ação, nas diferentes dimensões individuais;
- O stress é dinâmico, sendo ao mesmo tempo interno e externo.

“O stress é, pois um agente externo partilhado por um indivíduo, num determinado espaço-tempo; este põe em jogo defesas mentais para lhe fazer face, acompanhando os automatismos biológicos simultaneamente o jogo das defesas mentais.” (Stora, 1990:9)

Existem, ainda, autores que falam do bom stress ou eustress, que é tudo o que nos dá prazer. Indicia uma situação agradável, está em sintonia com o que queremos e em harmonia com a nossa maneira de ser e de agir. O distress é o mau stress, tudo o que fazemos contra a nossa maneira de ser, que vai para além da nossa capacidade de adaptação.

5.3.2 - características das situações de stress

No desenvolver de uma vida, aparentemente normal, podem existir situações indutoras de stress, que têm repercussões no ser humano. Há um limite muito ténue entre o normal e o patológico.

Ao longo do ciclo de vida, os indivíduos vão aprendendo a dar respostas ao grande número de atividades com as quais se vão deparando. Estas respostas permitem ao indivíduo confrontar-se com as situações diárias, sem dificuldades. No entanto, as situações que saem da rotina requerem, da parte do indivíduo, uma adaptação que pode ser mais ou menos fácil.

Aquando da ocorrência o indivíduo tende a aplicar estratégias anteriormente utilizadas em situações idênticas, sendo o seu processo adaptativo fácil e encarando esta situação com êxito. Perante uma situação nova, o indivíduo pode ficar refém desse problema, difícil de resolver.

Segundo Vaz Serra, cit. Por Pinto e Silva (2005:18), o indivíduo *“sente-se sem aptidões para ultrapassar as dificuldades que lhe surgem e igualmente sem recursos, pessoais ou sociais, a que possa recorrer para resolver o seu problema. Então o stress aparece.”* Vaz Serra (2007) citado por Almeida (2009) refere ainda que os enfermeiros são mais afetados por transtornos psicológicos que a população em geral, e que este fato os leva, muitas vezes, a adotar comportamentos desviantes.

“Um indivíduo sente-se em stress quando desenvolve a percepção de não ter controlo sobre um acontecimento com que se defronta; que é considerado importante para si e/ou um acontecimento perante o qual sente que as exigências que lhe cria, ultrapassam as suas aptidões e recursos pessoais e sociais.” (Pinto e Silva, 2005: 19)

Este trabalho surge da preocupação de que os Enfermeiros ao estarem em stress e tendo uma personalidade de vulnerabilidade ao stress, afete negativamente a qualidade de cuidados prestados.

“É a qualidade da atenção prestada ao sujeito, a do «cuidar», a da perspectiva de cuidados que hoje convém desenvolver e valorizar, o que não poderá limitar-se a uma excelência técnica salpicada de intenções humanizantes, ainda que profundamente sinceras.” (Hesbeen, 2000: 2)

Cuidar significa estar atento a alguém ou alguma coisa, em que nos temos que ocupar do seu bem-estar e do seu bom funcionamento. *“O conceito de prestar cuidados ou cuidar designa essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde”.* (Hesbeen, 2000:10)

Leal (1998:19), refere que *“as repercussões fisiológicas e psicológicas do stress conduzem a uma diminuição da performance dos trabalhadores e da qualidade dos serviços prestados, a um aumento do absentismo, a um aumento do número de acidentes, a problemas de relacionamento social e familiar e a um sentimento generalizado de insatisfação pessoal e profissional. O nível de vida dos trabalhadores e o seu estado de saúde diminuem. O stress crónico, mais tarde ou mais cedo, conduz ao burnout.”.*

As primeiras investigações realizadas sobre o burnout revelaram que os sintomas aparecem em grupos profissionais onde, por serem profissões “vocacionais”, se pensava que não era provável acontecer, pois os profissionais cumpriam essas tarefas por lhes serem gratificantes; comprovou-se que pode incidir em indivíduos que têm uma personalidade aparentemente ajustada e equilibrada; as consequências do burnout que poderão ser fadiga, diminuição da motivação, absentismo, pode resultar, para as instituições, em perdas de recursos humanos e económicos (Queirós, 2005).

Para Stora (1990), o stress organizacional, profissional distingue-se quanto às suas origens:

- Em relação à função exercida, falamos em conflito de desempenho, definido pelo autor como *“a contradição provocada por exigências diferentes um indivíduo que, ou não deseja*

verdadeiramente responder a essas exigências, ou pensa que essas exigências não respondem à definição das suas tarefas.” (Stora, 1990: 15)

- Stress relacional, ligado às relações humanas que se mantêm com o superior hierárquico, os subordinados e os colegas de trabalho. *“(…) as boas relações no seio dum grupo de trabalho são um fator primordial para a saúde do indivíduo (…).” (Stora, 1990:23).* É certo que em relação aos colegas podemos falar na competição e rivalidade como fatores geradores de stress, mas também pela falta de suporte dos colegas em situações difíceis, o trabalhar em equipa.

- Decurso da carreira profissional, podemos falar de stress ligado às diferentes etapas da carreira e ao stress causado pelas frustrações do estatuto profissional.

- A organização como causa de stress, podendo ser uma fonte de ameaça à autonomia e à identidade individual. Está presente o processo de tomada de decisão, a comunicação, que podem ser deficientes e geradoras de conflito.

- Relações familiares, o indivíduo está inserido num ambiente familiar, onde também residem preocupações.

Segundo Stora (1990) a sobrecarga de trabalho pode surgir por não haver o número suficiente de enfermeiros/número de doentes; pelo o tipo de trabalho exercido, o facto de lidar com o corpo e a mente dos indivíduos; pela insuficiência de equipamentos e a quantidade insuficiente de medicação; pelas horas de trabalho, o fato de ser um trabalho rotativo, põem em causa as relações com os outros e pela fraca remuneração e a ausência de vida privada no local de trabalho fazem com que a própria profissão seja a primeira causa de stress.

Por vezes, existe um nível elevado de absentismo a que, o mesmo autor atribui à incerteza das situações no dia a dia e à responsabilidade pelos cuidados aos clientes. A relação com os clientes aumenta os níveis de ansiedade dos enfermeiros, donde se destacam as diferenças culturais, traços de personalidade, e a pressão das famílias, face à doença crónica.

Os enfermeiros acompanham os indivíduos ao longo de todo o seu ciclo de vida, no entanto, a morte surge como uma das fases mais complicadas para os enfermeiros.

Stora (1990), citando Kubler-Ross e as etapas que os clientes/famílias atravessam quando estão perante uma doença grave, avançada, incurável e progressiva, relembra que cada uma das fases, a recusa, o isolamento, a cólera, a negociação, a depressão e a aceitação é potencial gerador de stress para o enfermeiro.

A constante presença da morte é um agente indutor de stress, permanente, confronta-nos com a nossa própria morte, cruza-se com os nossos acontecimentos de vida e as perdas que fomos vivenciando ao longo do nosso desenvolvimento.

As reações mais negativas do doente, não são um reflexo do falhanço do Enfermeiro. Maslach (1976), Wortman Dunkel-Schetter (1979), cit. por Pais Ribeiro (1993:120) *“recomendam que os profissionais de saúde devem partilhar os seus sentimentos pessoais com colegas, o que lhes permitirá, por um lado, aprender que tais sentimentos são uma consequência normal de trabalhar com doentes graves, e por outro lado, receber feed-back construtivo, para lidar com o stress”*.

No entanto, neste serviço o universo dos enfermeiros é 100% feminino e Stora (1990) descreve que nas mulheres o stress poder-se-á manifestar através das alterações do corpo como amenorreia, cefaleias, depressão pós-parto e menopausa, esterilidade, anorexia, psicose depressiva, ou seja, o stress está ligado, não só a uma dimensão biológica como ao seu exercício profissional.

5.3.3 - agentes indutores de stress

Os agentes stressores são suscetíveis de provocar reações tais como medo, ansiedade, zanga e hostilidade.

Segundo Pinto e Silva (2005:21), as situações indutoras de stress podem ser classificadas em acontecimentos traumáticos, *“(...) correspondem a uma ameaça para a vida ou segurança de uma pessoa, de natureza (...) ameaçadora ou catastrófica (...). Ultrapassam em intensidade as experiências comuns.”*; acontecimentos significativos de vida, uma *“ocorrência grave na vida de uma pessoa e que pode alterar o estilo de vida por obrigar a uma mudança de rotinas, de padrões sociais”*; as situações crónicas de stress dizem respeito a *“assuntos perturbadores que interferem no desempenho dos papéis e das atividades diárias de um indivíduo e que, por isso, se comportam como se fossem contínuos (...) não se sabe quando termina.”*.

Os micro indutores de stress correspondem aos pequenos obstáculos que surgem na vida diária, e que cumulativamente podem ser geradores de stress.

Os macro indutores têm a ver com o padrão socioeconómico, afetam um grupo de pessoas, por lhe serem comuns; os acontecimentos desejados que não ocorrem, têm a ver com as expectativas que muitas vezes são irrealistas e com a não-aceitação do problema; *“ no que*

respeita aos traumas que ocorrem ao longo do desenvolvimento, sabe-se que podem ter uma influência negativa na vida adulta.” Wheaton (1994), cit.por Pinto e Silva (2005:22)

Fatos negativos durante a formação, em que a criança tem poucas defesas psicológicas e se encontra vulnerável, podem afetar negativa ou significativamente o desenvolvimento, não só psicológico, como também emocional, cognitivo e interpessoal, tornando o indivíduo uma pessoa pouco afirmativa e com dificuldade de relacionamento com os outros.

Devemos lembrar, tal como refere Stora (1990:38) que os agentes stressores que são associados à patologia no indivíduo têm a ver com a sua intensidade, duração, dimensão, imprevisibilidade e ao seu efeito de novidade, que *“reforça o impacto das situações provocadoras de stress.”* No caso em que todos os agentes de stress agem simultaneamente ou em sequência, manifesta-se um efeito de “sobrecarga” e, que qualquer que seja a resistência do organismo, até uma fraca sobrecarga pode ter consequências dramáticas.

É que *“(…) os traços ou estados psicológicos do indivíduo submetido ao stress, constituem uma fonte de variação importante na perceção de stress (...) a personalidade dos indivíduos submetidos a determinadas situações é determinante na definição da situação como stressora.”* Pais Ribeiro (1993: 309)

Os mesmos autores referem que o estímulo perturbador tem de ser detentor de várias características, que leva a ser indutor de stress:

- A sua valência negativa (ser considerado indesejável e representar mais uma perda que um ganho);
- O seu fatalismo (corresponder a uma ocorrência que escapa ao controlo do indivíduo);
- Em que medida representa uma verdadeira ameaça para a vida da pessoa;
- Qual o grau de mudança que vai produzir na vida do indivíduo que está exposto ao acontecimento;
- A capacidade que este acontecimento tem de levar o indivíduo a sentir-se exausto.

As rotinas a que o indivíduo está sujeito, as suas atividades normais podem ficar comprometidas, nas suas diferentes áreas, incluindo a interação entre estas atividades e a utilização dos recursos que a suportam.

A avaliação da gravidade do stress é realizada em função do grau de interferência, que vai exercer sobre estas atividades, permitindo assim, avaliar o impacto da ocorrência.

As predisposições do indivíduo integram diversos aspetos, tais como a vulnerabilidade; aos acontecimentos passados, relativamente a doenças físicas e perturbações mentais; às características de personalidade, que pode influenciar a capacidade em lidar com os acontecimentos e com a mudança que estes vão provocar na sua vida; ao quociente de inteligência; às crenças e valores relacionados com os seus objetivos; aos acontecimentos de vida, com acontecimentos mais ou menos marcantes, suscetíveis de se refletirem na sua personalidade, crenças e valores (Pinto e Silva, 2005).

A evidência sugere que as exigências psicológicas a que os enfermeiros estão sujeitos, são fatores fundamentais na promoção do desenvolvimento dos sintomas de stress, a falta de autonomia na tomada de decisão e segurança no trabalho (Kravits et al, 2008, citando Plaiser et al, 2006). Os mesmos autores referem que o trabalho dos enfermeiros cria um ambiente que expõe os enfermeiros a uma exigência emocional tão significativa como a sobrecarga de trabalho.

Admi e Eilon (2010), citando Lambert e Lambert (2001), referem alguns fatores que podem ser associados ao stress nos enfermeiros, como por exemplo, grande exigência no trabalho; pouco suporte nas relações; lidar com a morte e o morrer; sobrecarga de trabalho; famílias e doentes pouco cooperantes; desconhecimento das situações; preocupação com a equipa, e cuidados prestados aos doentes; exigência de tempo; conflitos interdisciplinares e com as chefias e baixo envolvimento organizacional.

Em síntese, os autores consideram que um acontecimento é considerado grave quando induz uma mudança substancial nas atividades diárias do indivíduo, e quando impede de alcançar os objetivos, considerados por si muito importantes.

5.3.4 - prevenção e tratamento dos indivíduos em stress

As relações stress-enfermeiros são complexas, o tempo de latência entre o princípio do stress e a aparição dos sintomas, pode ser relativamente longo.

O autor divide a prevenção do stress como receitas tradicionais e receitas modernas. Nas receitas tradicionais refere o álcool, que provoca excitação, mas que em excesso pode provocar alterações do sono ou agravar uma depressão latente; o tabaco, a nicotina estimula a produção de adrenalina, diminuindo a angústia, aumentando a vivacidade, no entanto, com o tempo o uso prolongado pode provocar problemas cardíacos, respiratórios e algumas formas de cancro; o leite quente pode reativar o conjunto de relações mãe-filho, facilitando o sono; o

açúcar e o chocolate, pela sensação de produção de energia, no entanto, podem aumentar a irritação e a fadiga, pelo movimento da insulina; a cafeína, do café, facilita o despertar e reforça a concentração, mas a sua habituação leva ao aumento dos consumos, podendo levar a perturbações do ritmo cardíaco, cefaleias, tensão muscular, irritabilidade e insónia (Stora, 1990).

Nas receitas modernas podemos incluir as vitaminas B e C que são eficazes para o stress físico, mas ineficazes para o stress psicológico, sobretudo para as crises de angústia ou depressão. Os indutores do sono provocam uma sensação de acalmia, mas podem provocar um risco progressivo de perturbação dos ciclos de sono, de sonolência diurna e baixo desempenho; os tranquilizantes induzem o sono, proporcionam uma sensação relaxante sobre a respiração e o sistema nervoso, no entanto, podem agravar as depressões existentes e provocar dependência, sobretudo se ingeridas com álcool e por períodos longos (Stora, 1990) .

Além das receitas tradicionais e modernas, por vezes o vazio social e cultural, é muitas vezes preenchido por "profissões mágicas" tais como astrologia, ervanárias, medicinas alternativas, entre outras (Stora, 1990) .

Pinto e Silva (2005) referem que para tratar um individuo em stress, deverá primeiro efetuar-se uma avaliação dos seus problemas, sendo que, consoante os casos, a abordagem deve ser a seguinte:

- Registo imediato das situações que o perturbam;
- Registrar no final do dia todas as situações que ocorreram e que o perturbaram;
- Registrar, durante duas semanas seguidas, todas as situações que foram pouco agradáveis e a que o indivíduo foi mais sensível;
- Registo durante uma entrevista terapêutica;
- Utilizar os diferentes métodos, concomitantemente.

É ainda importante que se corrija a relação desadequada que o individuo tem com o meio, para isso (segundo os mesmos autores), é fundamental atravessar as seguintes fases, que:

- Fiquem clarificadas as causas que determinam os efeitos perturbadores;
- O indivíduo melhore as suas aptidões e aprenda a usar os seus recursos;
- O individuo confronte a situação adversa utilizando o que lhe foi ensinado;

- O indivíduo se identifique e reconheça como o autor da mudança conseguida (embora orientada pelo terapeuta);
- O indivíduo aprenda a aceitar o que não tem mais qualquer solução.

O papel do terapeuta, perante alguém que se quer tratar, deve ser reforçar as expectativas de ajuda que está implícita na primeira consulta do cliente; fornecer um esquema explicativo para as suas perturbações e informar o que se pode fazer por ele, com o objetivo de modificar o estado de espírito em que o indivíduo se encontra (Pinto e Silva, 2005).

Há, no entanto, atitudes facilitadoras de mudança, por parte do terapeuta e por parte do indivíduo que solicita ajuda. Por parte do indivíduo, podemos salientar a importância da empatia face ao terapeuta e que se sinta comprometido na realização das tarefas propostas; em relação ao terapeuta é necessário que defina claramente o que quer que o indivíduo faça, bem como antever as consequências emocionais decorrentes da terapia. Sabemos que todas as atitudes, estratégias que melhorem a percepção de controlo ajudam a aliviar os efeitos do stress, assim como todo o apoio social que possa receber dos amigos e familiares, podem ajudar a resolver o problema.

Costa (2009:44), citando Folkman (1985) refere que *“o controle do stress é muito benéfico, pois contribui para a prática de cuidados com maior qualidade, para a elevação da moral e para evitar que os enfermeiros estejam menos sujeitos à doença e ao esgotamento”*.

Clancy e Mcvivar (1994), citados por Costa (2009) defendem a existência de um stress saudável, desejável, que não perturbe demasiado a homeostasia, o eustress. O eustress é um nível ótimo de stress, em que o indivíduo responde com aumento da acuidade mental, prazer, felicidade e euforia, alcançando um desempenho máximo, imprescindível para a sua realização e desenvolvimento pessoal.

5.4 - COPING

Stress e coping estão intimamente ligados. Coping é um termo que se aplica às estratégias que um indivíduo utiliza para lidar com as situações de dano, ameaça e desafio com que se depara, e para as quais não tem respostas, imediatas, preparadas.

Pacheco (2005), citando Vaz Serra (1999) e Monat e Lazarus (1985), relaciona o coping com a tentativa de lidar com situações de dano, de ameaça e de desafio quando o indivíduo não dispõe de uma série de comportamentos. Para o autor é um hábito ou uma resposta automática de confronto para com a situação.

Lazarus (1998) citado por Costa (2009:367), afirma que *“o sujeito é capaz de enfrentar o stress quando utiliza esforços cognitivos e de comportamento definidos como mecanismos de coping”*.

Estes mecanismos são convocados para identificar, administrar, avaliar e manter o equilíbrio do indivíduo em resposta ao stress. Neste processo o sujeito faz um julgamento (ou avaliação) da situação, em seguida mobiliza recursos cognitivos e de comportamento por ele utilizados, através de estratégias de coping, para administração psicológica dos efeitos do stressor, objetivando aliviar ou diminuir o stress. As formas de enfrentar o stress dependem do julgamento no processo de avaliação de situações (Costa, 2009).

A avaliação do stress leva a uma reação, a emoções experienciadas e a uma conseqüente adaptação (Pacheco, 2005), e as suas respostas *“envolve demandas externas e internas, como resposta emocional e de comportamento individual”* (Costa 2009:266, citando Lazarus, 1991).

Uma experiência psicológica da emoção é o afeto. Cada indivíduo valoriza o acontecimento e enfrenta-o, sendo este processo traduzido pela emoção (Pacheco, 2005, citando Lazarus, 1999). Assim, o stress e a emoção dependem da valorização que o sujeito dá aos acontecimentos. *“O coping é para Lazarus (1999), uma parte integrante do processo de ativação emocional”* (Pacheco, 2005).

Uma situação indutora de stress leva a que o individuo se adapte. Neste sentido, a pessoa sente-se levado a desenvolver uma série de atividades (de adaptação) que possam (Pinto e Silva, 2005:24):

- Reparar a relação perturbadora que foi gerada entre si e o meio ambiente, utilizando aptidões e recursos pessoais, bem como recursos sociais;
- Diminuir as emoções negativas, que, entretanto foram evocadas.

“Se a estratégia de coping for adequada ao agente stressor podem não surgir sintomas de stress, caso contrário, podem surgir sintomas de stress e situações de mal-estar físico e psicológico” (Pacheco, 2005:42).

Nas circunstâncias indutoras de stress, são relevantes três fatores, sujeitos a uma avaliação cognitiva (Vaz Serra, 1999), citado por Pacheco (2005), o modo como o sujeito faz a avaliação da situação com que se depara; a percepção de ter o controlo ou não da situação e o apoio social a que pode ter acesso.

Pacheco (2005:98), citando Folkman e Lazarus refere que *“as estratégias de coping podem ser orientadas para dois objetivos distintos: a resolução de problemas e o controlo das emoções acompanhantes. Na primeira situação, o sujeito conduz os seus esforços para a resolução da situação indutora de stress; na segunda situação, o sujeito tenta diminuir o estado de tensão emocional, através de mecanismos redutores dos estados de tensão”*.

Segundo Pacheco (2005), citando Jesus (1998) e Vaz Serra (1999), refere que, as estratégias de resolução de problemas são utilizadas numa situação de stress pouco intensa, sendo que, quando o stress é mais intenso, os esforços são no sentido de diminuir os estados de tensão emocional.

O controlo das emoções é utilizado, quando o stress é sentido como mais grave e o indivíduo acredita que tem poucas possibilidades de resolver o problema (Pinto e Silva, 2005).

O controlo das emoções pode ser tentado de diversos modos (Pinto e Silva, 2005:25):

- Falar com um confidente para desabafar e “aliviar” o peso do problema, obtendo assim o designado por apoio emocional;
- Fugir da forma real ou imaginada da situação que é desagradável;
- Praticar ioga (...) exercício físico (...) relaxamento; ouvir o tipo de música de que a pessoa gosta e a ajuda a descontrair ou, então, tomar psicofármacos;
- Lidar com as emoções (...) através do controlo perceptivo da situação;
- Fumar, ingerir bebidas alcoólicas, comer em excesso e consumir drogas ilícitas, são outras soluções que o indivíduo encontra para esbater as emoções desagradáveis que sente. (...) estes mecanismos redutores do estado de tensão emocional, embora transitoriamente, aliviam o indivíduo, a longo prazo, tornam-se prejudiciais.

Segundo Vaz Serra (1999), citado por Pacheco (2005), uma outra forma de estratégias de coping é o focado na interação social, referindo que o ambiente sociocultural em que o sujeito se insere é importante ao valorizar ou punir comportamentos e a evocar emoções.

De acordo com Cutrona e Russel (1990), Powell e Enright (1990) e Cohen e Wills (1985), cit. por Pinto e Silva (2005:26), podemos referir que há seis tipos de apoio social, que podem ser mobilizadas quando as estratégias de coping são centradas na interação social.

- 1 – Afetivo, a pessoa sente-se estimada e aceita apesar dos seus erros, defeitos ou limitações;
- 2 – Emocional, sentimentos de apoio e segurança que o indivíduo recebe;
- 3 – Perceptivo, ajuda a modificar o significado, a reorganizar e a reavaliar o problema;

- 4 – Informativo, são dados informativos e conselhos que facilitam a tomada de decisão;
- 5 – Instrumental, representa uma ajuda concreta em termos materiais ou de serviços;
- 6 – Convívio social corresponde a atividades de lazer, que concorrem para aliviar tensões acumuladas, fazem sentir que a pessoa não está isolada e é parte integrante de uma rede social.

“Nas situações controláveis os melhores apoios são o instrumental e o informativo, que contribuem para resolver definitivamente o problema. Nestas ocorrências o apoio emocional pode ajudar a manter a capacidade de luta.” Pinto e Silva (2005:26).

Nas situações incontroláveis o apoio afetivo é o único possível, pois pouco mais se pode fazer do que ajudar o ser humano a lidar com as situações desenvolvidas.

Foi, no entanto Selye o primeiro a descrever o processo de adaptação ao stress (Couvreur, 2001; Queirós, 2005). Para Selye o processo de adaptação realiza-se em três fases:

- Alarme, perante um fator de stress, o indivíduo ainda funciona, no entanto há autores que consideram que nesta fase poderá aparecer o sentimento de impotência e frustração que é acompanhado por comportamentos instáveis;
- Resistência ao fator de stress, levando a um ajustamento metabólico. Se o stress dura demasiado tempo, as forças esgotam-se e chega-se à terceira fase, o indivíduo mostra-se rígido e inflexível, afasta-se dos outros, pode estar em sofrimento;
- Esgotamento, conduz a uma baixa da resistência a todos os tipos de stress, é uma fase de exaustão, podem aparecer os sintomas físicos tais como fadiga e solidão, incompreensão que pode conduzir à indiferença, raiva, violência e crueldade.

“Na realidade, é a nossa forma de conceber a vida que nos leva a certas atitudes, certos comportamentos e são eles que trarão resultados à nossa vida. Assim, para obtermos mudanças ao nível dos resultados, não chega mudar de método ou de técnica; é necessário fazer uma mudança mais profunda, mesmo ao nível das nossas conceções de vida.” (Couvreur, 2001: 17)

Pacheco (2005:110) refere que *“em situações limite, em que os recursos de coping não são suficientes para lidar com o stress ocupacional, pode surgir o burnout”*.

As estratégias de coping estão presentes na forma como o sujeito lida com os acontecimentos de vida, isto é, como mantém a relação social e a relação com o meio. *“É importante, não só a*

rede social de apoio em que o sujeito está inserido, mas a qualidade de apoio da mesma. Tem grande importância nos conflitos interpessoais a resposta empática, ou seja, encontrar por parte da pessoa a quem se recorre compreensão para o seu problema” (Pacheco, 2005:110) .

O stress e o coping *“são aspetos que se relacionam com os estilos de vida, influenciando comportamentos e que podem influenciar as relações interpessoais dos profissionais de saúde, em geral, e as relações interpessoais nas organizações, em particular, podendo alterar a qualidade dos cuidados prestados, conduzindo por vezes ao stress ocupacional” (Pacheco, 2005:47).*

5.4.1 - terapias e métodos de luta contra o stress

Já anteriormente referimos que, o impacto do stress ocupacional nos enfermeiros é importante, podendo refletir-se sobre as suas atitudes, moral da equipa, comunicação, cognição e qualidade dos cuidados prestados (Kemper et al, 2011).

As estratégias de resolução para responder ao stress, são estratégias externas a nós próprios que podem ser facilitadoras no seu processo de gestão.

Têm por objetivo uma ação que visa a diminuição das tensões psíquicas e musculares, e baixa das excitações sensoriais, sendo o resultado esperado o que Stora (1990) denominou por “domínio do stress”.

No entanto, para escolhermos qual a que melhor se adequa a determinada situação tem que se conhecer muito bem o “eu” e todas as técnicas existentes, para que a escolha recaia sobre a mais adequada e a mais eficaz.

O treino de práticas físicas e psicológicas, tais como a meditação, podem reduzir o stress e o burnout e melhorar a qualidade de vida. Segundo Kemper et al (2011), este treino pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados, promover o trabalho em equipa, reduzir o absentismo e os erros e ainda, melhorar a saúde dos profissionais de saúde.

Kemper (2011:2) refere ainda que de acordo com o *National Institute of Health (NIH)* e o *National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)* as práticas físicas e psicológicas *“referem-se às interações entre o cérebro, a mente, o comportamento, com a intenção de usar a mente para afetar a função física e promover a saúde”* incluindo diferentes práticas.

“Em seguida, no momento de uma tomada de decisão, é necessário verificar se o determinante é o pensamento ou o sentimento. Mas é preciso ir mais longe e ser capaz de identificar a causa profunda de uma emoção de forma a, por fim, poder dominá-la.” (Couvreur, 2001: 31)

Para este autor o relaxamento, a visualização e o exercício físico são meios que podem ajudar a aliviar a tensão. Refere ainda que a comunicação efetiva, ou seja, *“uma comunicação que visa deixar-se conhecer, expressar os seus sentimentos e empatia- atitude que consiste em sentir as emoções que aquele que as exprime.”* (Couvreur, 2001: 32), é uma atitude favorável.

É necessário ser objetivo ao expressar as emoções e inquietações, e em caso de conflito deve-se ser capaz de encontrar soluções. Para Couvreur (2001), é desta forma que o autoconhecimento se transforma *“numa verdadeira consciência de si próprio.”*

5.5 – BURNOUT

Às profissões do cuidar pede-se que tenham um tempo considerável de relação intensa, com pessoas, que frequentemente se encontram em situações problemáticas, sendo as relações carregadas de sentimentos de frustração, medo ou desespero. Estas relações, muitas vezes carregadas de tensão e stress, podem ter um efeito sobre os profissionais, deixando-os vazios, e emocionalmente predispostos ao burnout. São vários os autores que falam sobre este esgotamento, Maslach e Jackson (1982) referem que existe *“uma mudança do ponto de vista individual sobre as outras pessoas, que passa de positiva e preocupada a negativa e negligente.”* Queirós (2005: 29).

Para Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), o burnout é um síndrome psicológico, numa resposta a stressores crónicos e interpessoais no trabalho.

Já Mendonça et al, (1993), cit. por Queirós (2005) referem-se aos profissionais de enfermagem, apontando a inexistência de sentimentos positivos, simpatia ou respeito pelos clientes, dando lugar a respostas impessoais, estamos a falar de desumanização das atitudes e sentimentos na relação com os clientes.

Alvarez et al (1993), cit. por Queirós (2005), justifica este fato, para o autor os profissionais de saúde ao diminuírem o grau e a intensidade das relações com os clientes estão a adaptar-se a uma nova situação.

Para Maslach e Jackson, cit. por Queirós (2005) e Glasberg et al (2006), os indivíduos que se encontram em burnout têm um determinado perfil:

- Exaustão emocional. Esgotamento físico e/ou psicológico, traduzido por um cansaço emocional, com a sensação de não poder dar mais de si, sentimento de estar emocionalmente sobrecarregado e esgotado. Segundo Lee e Ashforth (1996) citado por Glasberg (2006) a exaustão emocional parece estar correlacionado com os stressores gerais de trabalho ou exigências, tais como a sobrecarga de trabalho. Para Maslach et al (2001) esta é a dimensão básica do stress individual do burnout;

- Despersonalização, cinismo, atitude insensível em relação aos outros. Desenvolvimento de atitudes frias e despersonalizadas, não só contra doentes e familiares, mas também para com os outros elementos da equipa multidisciplinar, podendo inclusive culpar os outros pelos seus problemas. Para Prosser et al (1997) citado por Glasberg et al (2006) a despersonalização parece estar mais correlacionada com os fatores ligados aos doentes. Para Maslach et al (2001) esta componente representa a dimensão do contexto interpessoal do burnout;

- Baixa realização pessoal, avaliação negativa da sua competência e realização, no trabalho. Sentimento de incompetência, inadequação pessoal e profissional, que surge ao verificar que as exigências excedem as expectativas. Para Janssen et al (1999) citado por Glasberg et al (2006), a falta de realização pessoal parece estar relacionada com fatores individuais e de personalidade. Para Maslach et al (2001) esta componente representa uma auto avaliação da dimensão do burnout.

Queirós (2005) refere que os profissionais de saúde são os mais afetados por este síndrome, porque é uma profissão exigente quando falamos em relações interpessoais, onde a relação de ajuda está muitas vezes presente ou é muito solicitada; *“(...) também são estes profissionais que presumivelmente terão uma filosofia humanista de trabalho.”* (Queirós, 2005: 29)

Para Glasberg et al (2006), citando vários estudos, os stressores ocupacionais relacionados com o burnout podem ser categorizados nos seguintes grupos:

- Grande sobrecarga de trabalho e pressão de tempo (Janssen et al, 1999);
- Ambiguidade e conflito de papéis (Kilfedder et al, 2000);
- Conflitos na equipa (Payne, 2001);
- Perda de autonomia ou perda de controlo (Schmitz et al, 2000).

Glasberg et al (2006), cita Schaufeli e Enzmann (1998) quando refere que os stressores relacionados com os doentes parecem estar menos relacionados com o burnout, que os stressores como a sobrecarga de trabalho e conflito de papéis, no entanto Payne (2001) identificou a morte e o morrer como o principal contributo para a exaustão emocional e não o relacionou com a sobrecarga de trabalho. O mesmo autor, citando Halberleban e Buckley (2004), aborda ainda o apoio social, referindo que a sua ligação como o burnout não é muito consistente, referindo que devemos ter em conta a forma e a fonte do apoio social, assim como a ambiguidade das relações.

O burnout também foi associado por Glasberg et al (2006), citando Wagnild e Young (1993), às características da personalidade, como a resiliência, descrita como uma característica positiva da personalidade, que aumenta a adaptação individual, ou a capacidade de se recuperar na adversidade (Wagnild, 2003).

Altun (2002) refere-se ao burnout como uma debilidade psicológica trazida pelo stress ocupacional, cujo resultado é a diminuição da energia, baixa resistência à doença, aumento da insatisfação e pessimismo, aumento do absentismo e ineficácia no trabalho. Os sintomas podem incluir exaustão mental e física, sentimentos de desesperança, baixa autoestima e doenças frequentes, sendo estes alguns dos fatores que influenciam a eficácia e a produtividade dos trabalhadores e da equipa, podendo ser agrupados em três tipos de categorias de efeitos definidos como problemas de saúde, atitudes negativas no trabalho e um comportamento organizacional perturbado.

O burnout ocorre mais frequentemente em indivíduos com sentimentos de sobrecarga e não valorização (Altun, 2002).

Segundo Murcho (2010) citando (Trigo, Teng & Hallak, 2007), no que respeita às associações existentes entre o burnout e problemas de saúde mental, existem estudos que comprovam a existência de associações com a depressão, a ansiedade, suicídio (ideação e tentativa), dissociação, abuso e dependência de substâncias psicoativas (licitas ou ilícitas), e transtornos psicossomáticos. Deste modo, Vaz Serra (1999), citado por Pacheco (2005:86), *“as enfermeiras que apresentam manifestações maiores de burnout têm tendência a usar mais psicofármacos para acalmar os doentes e a depender menos tempo em contacto direto com os utentes”*.

Segundo Pacheco (2005:95), citando vários autores, alguns aspetos podem ser considerados importantes, para prevenir ou retardar o aparecimento do burnout:

- Definir a realização de tarefas (Maslach, 1982);
- Clarificar a tomada de decisões (Aber, 1983);
- Melhorar a supervisão e melhorar as redes de comunicação organizacional (Reiner & Hartshorne, 1982);
- Estabelecer objetivos claros para os papéis profissionais (Shinn & Morch, 1983);
- Melhorar as condições de trabalho (Zastrow, 1984).

O burnout é, para grande parte dos autores, um processo, algo que se vai instalando de forma lenta e progressiva e que não se instala num curto espaço de tempo; o burnout é o resultado de muito tempo exposto a um trabalho stressante.

O stress ocupacional e o burnout ao relacionarem-se com os estilos de vida determinam comportamentos que, de uma forma ou de outra, estão associados às estratégias de coping para lidar com estas situações (Pacheco, 2005).

5.6 – MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

Os modelos conceituais são esquemas mentais que mostram uma visão particular da prática, sustentada em princípios científicos e filosóficos e em valores (Fergusson et al, 2009).

Para Coelho e Mendes (2011:846) *“o modelo conceitual permite reagrupar os conceitos pertinentes de forma a caracterizar ou descrever os fenómenos estudados, pretendendo ser representações da realidade da prática de enfermagem.”*

Segundo os mesmos autores, a teoria confere significado ao conhecimento de forma a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos. A teoria conduz ainda, à autonomia profissional, orienta a prática, e a formação de enfermagem.

O modelo teórico escolhido para dar suporte a este trabalho foi o modelo de Callista Roy. O modelo teórico de enfermagem orienta para a prática e através dele é possível visualizar e desenvolver o conhecimento (Coelho e Mendes, 2011).

A enfermagem sempre teve um papel importante na área da promoção, prevenção e reabilitação, mas mais recentemente tem vindo a evoluir como disciplina na área da saúde, com o progresso do conhecimento através da investigação, onde se integra o uso dos modelos teóricos de enfermagem.

Roy baseou-se na teoria do nível de adaptação, em que admite que o indivíduo é um sistema com uma capacidade de se adaptar, influenciado pelas exigências de situações e dos recursos

internos, criando mudanças no meio ambiente que por sua vez vão interferir no processo de adaptação da pessoa.

Baseou-se, também no Humanismo, corrente que crê que o indivíduo partilha o poder criativo, age com um objetivo, possui um holismo intrínseco e luta para manter a integridade e concretizar a necessidade de relações interpessoais.

O Modelo de Adaptação de Roy promove a adaptação do homem em situações de saúde e doença e tem quatro elementos essenciais (Tomey e Allingood, 2002):

- Pessoa, é a recetora dos cuidados de enfermagem, é um sistema adaptativo, em constante interação com o ambiente e o nível de adaptação é reflexo da variação dos estímulos. A pessoa é um sistema adaptativo, holístico, com subsistemas reguladores e cognitivos que mantêm quatro modos adaptativos (McGuire e Gretchen, 2009).

A pessoa, como um ser holístico, encontra-se exposta a um conjunto de fatores que afetam o seu comportamento. A pessoa saudável também se encontra exposta ao stress, à doença, ao confronto com a morte, mas deve ter capacidade para lidar com estas situações da forma mais competente. A saúde é um reflexo da adaptação entre a pessoa e o ambiente (Coelho e Mendes, 2011).

- Ambiente, a pessoa pode ser influenciada pelos fatores ambientais internos e externos (McGuire, 2009). As alterações ambientais levam a maior consumo de energia por parte da pessoa, para se poder adaptar. Para esta teórica, é o ambiente que estimula as pessoas, expostas a uma série de influências, a dar respostas de adaptação, e a saúde é um reflexo de adaptação da interação entre a pessoa e o ambiente.

- Saúde, é um estado e um processo de ser e de tornar-se uma pessoa total e integrada. A promoção da saúde facilita os processos adaptativos.

- Enfermagem, promover os processos adaptativos é um objetivo da enfermagem, reduzindo as respostas ineficazes e levando o indivíduo a encontrar um caminho. Para Roy o conceito de enfermagem é promover a adaptação para melhorar a qualidade de vida, saúde e morte com dignidade. Os enfermeiros devem avaliar os fatores e comportamentos que influenciam a capacidade de adaptação das pessoas e que contribuem para melhorar as suas competências.

Para Roy a enfermagem é uma profissão dos cuidados de saúde, centra-se nos processos de vida humanos, enfatizando a promoção da saúde dos indivíduos/grupos de forma holística (Coelho e Mendes, 2011).

Segundo os mesmos autores Roy considera o objetivo da enfermagem a promoção da adaptação dos indivíduos e grupos, contribuindo para a saúde, para a qualidade de vida e morte com dignidade, nos quatro modos de adaptação:

- Físico-fisiológico – modo como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente. Integra as cinco necessidades básicas de integridade fisiológica como a oxigenação, nutrição, alimentação, atividade e repouso e proteção;
- Autoconceito – envolve especificamente os aspetos psicológicos e espirituais do sistema humano. É composto pelo ser físico, que envolve a imagem corporal, pelo ser pessoal, que engloba a autoconsciência, o autoideal ou expectativa, e pelo ser ético, moral e espiritual;
- Desempenho de papel – papéis que cada pessoa desenvolve na sociedade no sentido da preocupação da integridade social, saber quem se é na relação com os outros;
- Interdependência – centra-se nas relações próximas entre as pessoas.

Os estímulos a que as pessoas estão sujeitas desencadeiam respostas, as respostas podem ser adaptativas, promovendo a integridade com o ambiente, ou ineficazes.

O estímulo é entendido como tudo o que desencadeia resposta, e interage com as pessoas, podendo ser (Coelho e Mendes, 2011):

- Focal, de maior impacto, o mais imediato, podendo ser interno ou externo;
- Contextual, podem ser internos ou externos, e mesmo não sendo o centro da atenção pode influenciar a forma como a pessoa reage aos estímulos focais;
- Residual, podem ser internos ou externos, os efeitos, na situação, não se encontram claros ou não podem ser avaliados.

Segundo Coelho e Mendes (2011) os processos de adaptação são o subsistema regulador, que inclui os canais neuroquímicos e endócrinos que a pessoa aciona como resposta imediata e inconsciente, e o subsistema cognitivo, que processa a informação perceptual, a aprendizagem, os juízos e as emoções.

O Modelo adaptativo de Roy integra o processo de enfermagem, constituído por ³:

- Avaliação do comportamento e dos estímulos, estes dados são obtidos através da observação ou de entrevistas, observando os quatro modos de adaptação anteriormente citados, e que leva à formulação do diagnóstico;
- Diagnóstico de enfermagem, identifica os estímulos influenciadores de comportamentos ineficazes. Tem o papel de facilitar, orientar a ação do enfermeiro perante a situação. Após a avaliação e o diagnóstico de enfermagem, podemos estabelecer os objetivos;
- Estabelecimento de objetivos, as metas são os comportamentos finais que esperamos atingir, indicam a resolução ou não do problema de adaptação;
- Intervenções, são encontradas através da gestão dos estímulos influenciadores do comportamento. Tem como finalidade alterar ou controlar os estímulos focais e contextuais. Pode integrar a capacidade de enfrentamento da pessoa ou o seu nível de adaptação;
- Avaliação, nesta fase podemos deparar com uma mudança ou afastamento do objetivo e poderá ser necessária uma reavaliação.

As vantagens de implementar um modelo concetual de enfermagem, com base para a prática, são a melhoria dos cuidados de enfermagem; a avaliação e diagnóstico de enfermagem mais abrangentes e rigorosos com enfoque nas necessidades psicossociais; a melhoria da comunicação inter e intradisciplinar e conseqüentemente níveis mais elevados de autoestima profissional e os registos mais claros, objetivos e rigorosos (IDEM).

Segundo Coelho e Mendes (2011:848), *“o modelo de adaptação de Roy insere-se na escala de resultados, centrando-se nas respostas humanas, nos processos de vida e no controle dos fatores que originam as necessidades de adaptação”*.

O modelo tem um processo de enfermagem claramente definido, orientando a prestação de cuidados e a prática clínica, e os seus fenómenos de interesse são os problemas que incluem tentativas pessoais ou de grupo para atender às necessidades físicas, psicológicas, espirituais, sociais e relacionais, no processo de adaptação (IDEM).

³ Coelho; Mendes - *Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy* - Esc Anna Nery (impr.) out-dez; 15 (4):845-850. [Em linha] 2011 [Consult. Em 23 abril 2013]. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127721087026.pdf>

É fundamental definir estratégias adequadas de prevenção, conhecer e delimitar os fatores ou marcadores de risco e considerar os fatores protetores, ou seja, aqueles que funcionam como amortecedor contra fatores de risco e os efeitos da exposição a estes.

Os modos adaptativos psicossociais requerem um trabalho aprofundado de consciencialização, educação e sensibilização constante, de forma a permitir uma reestruturação e equilíbrio da pessoa que recebe os cuidados.

É fundamental uma boa avaliação dos comportamentos para se saber o que esperar e quando em cada situação, promovendo uma adaptação eficaz.

6 – METODOLOGIA DO PROJETO

A metodologia de trabalho de projeto centra-se na resolução de problemas, pretendendo introduzir uma dinâmica entre a teoria e a prática (Leite e Ribeiro dos Santos, 2004).

“O trabalho de projeto envolve trabalho de pesquisa no terreno, tempos de planificação e intervenção com a finalidade de responder a problemas encontrados, problemas considerados de interesse pelo grupo e com enfoque social.” Leite e Ribeiro dos Santos (2004:1), citando Leite et al (1990), envolvendo o grupo em que se centra o projeto, ou seja, envolvendo a população abrangida.

Esta metodologia é, segundo os autores, caracterizada por quatro aspetos relevantes, ou seja, privilegia a aprendizagem, havendo *“um papel ativo do sujeito na construção do saber, (...), relação entre os pensamentos, os sentimentos, as perceções e as emoções; o exercício de uma reflexão ecológica; a pedagogia do projeto como metodologia do «aprender fazendo».*” Leite e Ribeiro dos Santos (2004:2).

Aprende-se quando o processo, os conteúdos, têm significado para o indivíduo, não só ao nível cognitivo, como também ao nível afetivo, emocional e social (Leite e Ribeiro dos Santos, 2004).

Outro dos aspetos relevantes, segundo os mesmos autores, será a formação pessoal, social e cívica. Implementar projetos provoca o confronto do indivíduo com as exigências de implicação pessoal, sendo uma metodologia que potencia a formação pessoal e social (Idem).

A intervenção e investigação é outros dos aspetos, com esta metodologia estuda-se a problemática através de uma ação investigativa e de intervenção, tornando a aprendizagem uma atividade de pesquisa (Idem).

O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem tentar controlá-lo (Batista, 2008, citando Morse, 2007).

Por fim, a relação com a instituição, com esta metodologia pretende-se uma apreensão interativa de todos os fatores e situações, numa visão sistemática dos problemas de uma instituição, de um serviço. Pretende-se investir no terreno, implementando projetos, ou seja, desenvolver a capacidade crítica e a capacidade de perspetivar alternativas aos problemas (Idem).

Resulta então o projeto, que segundo Leite e Ribeiro dos Santos (2004:2), citando Cortesão (1990) “(...) é (...) o resultado da tensão decorrente da necessidade do problema surgido, do desejo existente e da previsão, estruturação antecipada da ação. É como que um comprometimento entre a reflexão necessária e a ação desejada”.

6.1 – FASE DIAGNÓSTICA

Devemos recordar e reter alguns conceitos do enquadramento conceptual.

Trabalhar em oncologia, cuidar de pessoas com doença oncológica, é uma das situações mais frequentemente referidas como geradoras de stress, pelos diferentes autores.

No serviço de oncologia lida-se com o sofrimento desde o diagnóstico à morte. A incerteza em relação à eficácia dos tratamentos, os efeitos secundários, as recidivas, os exames periódicos, o luto pelas sucessivas perdas a que as pessoas estão sujeitas, causam um enorme sofrimento, nos doentes, famílias e profissionais de saúde. A morte por cancro é um processo prolongado, gerador de grande sofrimento, e que segundo a literatura, se dá em maior número, em instituições hospitalares.

Estas reações emocionais, a maior parte das vezes, negativas, deve-se, sobretudo à associação de um diagnóstico de cancro, ao sofrimento, dor, doença incurável e a morte inevitável.

Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde orientar os seus cuidados para a pessoa e não para a sua doença, e incluírem aspetos intelectuais, emocionais, sociais e espirituais, dando maior sentido ao cuidar do que ao tratar.

Segundo Dias (2005), citando Pruyne e Born (1987), após o diagnóstico de cancro, o grau de incerteza induzido pela doença faz aumentar os níveis de ansiedade; a emergência de sentimentos negativos; a perda do autocontrolo e a ameaça à sua autoestima.

Cuidar do cliente e família implica uma intervenção terapêutica que deve incidir fundamentalmente em três aspetos (Marques et al. 1991:41) promover o diálogo, incentivando a participação das pessoas nas decisões terapêuticas; incentivar a verbalização das emoções quando a pessoa enfrenta a verdade sobre a doença e promover a auto imagem e modificar pensamentos negativos e distorções associadas à doença.

O stress é descrito como um estado psicológico que reflete um processo de interação entre a pessoa e o seu ambiente, nomeadamente o ambiente de trabalho. Um indivíduo sente-se em

stress quando desenvolve a percepção de não ter controlo sobre um acontecimento com que se defronta.

A vulnerabilidade pode ser definida pelas características pessoais e pelos acontecimentos de vida, dependendo ainda da fase da vida em que a pessoa se encontra. Se conhecermos os acontecimentos de vida e o comportamento do indivíduo, perante alguns estímulos, podemos intervir na prevenção e no controlo da vulnerabilidade.

O coping, a terapia e os métodos contra o stress. Quais os fatores vivenciados no serviço que provocam, ou poderão provocar stress e quais os mecanismos de coping, as estratégias que são desenvolvidas e utilizadas para aliviar ou prevenir o stress, como forma de adaptação eficaz.

Sendo comum o contexto profissional, cada indivíduo tem um modo próprio de interpretar as experiências, mas é possível que através do conhecimento e da partilha sejamos capazes de contribuir para melhorar a adaptação às situações de stress.

Partimos, então, de uma questão *“Qual a percepção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress que os enfermeiros do serviço de oncologia têm?”*.

6.1.1 - tipo de estudo

Uma vez confrontados com a escolha do paradigma que guiasse o estudo, na fase diagnóstica, optamos por um estudo misto que, segundo diferentes autores, são estudos que combinam técnicas de pesquisa qualitativa e quantitativa.

Os estudos mistos adequam-se à metodologia de projeto, como uma metodologia de investigação ação, que se inspira no paradigma crítico em que o objetivo principal do dinamizador do projeto é intervir diretamente numa situação ou contexto e solucionar problemas reais (Coutinho, 2006).

As situações stressantes a que os enfermeiros estão diariamente sujeitos, e a forma como as enfrentam levam a ter a investigação qualitativa como referencia.

A investigação qualitativa é holística, centra-se nos indivíduos, estuda as pessoas inseridas no seu contexto, com as suas experiências e as suas interações. Tem como foco a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais (Batista, 2008). A realidade é construída a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo.

Aplicando esta metodologia procuramos conhecer fenómenos como sentimentos, emoções, relações e comportamentos dos enfermeiros que exerçam funções num serviço de oncologia.

6.1.2 - população e amostra em estudo

A população deste estudo envolve os enfermeiros que trabalham num serviço de oncologia, hospital de dia e consulta externa, de um hospital polivalente.

A amostra é constituída por oito enfermeiros do mesmo serviço, que se encontram na prestação de cuidados, enfermeiros de cuidados gerais que se disponibilizaram para participar neste estudo. Foi excluído o Enfermeiro Chefe por não prestar cuidados diretos ao cliente/família e o enfermeiro dinamizador do projeto.

6.1.3 - instrumentos de colheita de dados

Tendo em conta as técnicas que poderiam ser utilizadas na metodologia de projeto, houve o cuidado de adequar a sua escolha ao problema e objetivos do estudo.

6.1.3.1 – escala 23 QVS

Neste sentido para perceber a vulnerabilidade ao stress desta equipa, aplicamos uma escala de Likert de 23 questões, a escala 23 QVS, de avaliação da vulnerabilidade ao stress, desenvolvida e validada pelo Professor Vaz Serra (2000) (ANEXO 1).

A escala 23 QVS⁴ é Instrumento de autoavaliação, que tem como objetivo fundamental avaliar a vulnerabilidade psicológica que dado indivíduo apresenta perante uma situação indutora de stress.

É uma escala unidimensional concebida para que, quanto mais elevada for a nota global, mais previsível se torna que um indivíduo reaja de forma desadaptativa a um acontecimento indutor de stress.

Esta designação foi determinada pelo fato da versão final da escala ter ficado com 23 itens, respondidos através de uma escala de Likert.

A consistência interna da escala é-nos dada pelo coeficiente α de Cronbach, pela correlação par/ímpar e pelo coeficiente de Spearman/Brown, demonstrado por Vaz Serra (2000).

⁴ Escala validada em 2000, pelo Professor Adriano Vaz Serra, Professor Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Coimbra; Diretor da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Na construção da escala os autores estabeleceram o perfil do indivíduo vulnerável ao stress. Para o autor, o indivíduo vulnerável ao stress tem pouca capacidade autoafirmativa; fraca tolerância à frustração; com dificuldade em confrontar e resolver problemas, com preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia a dia e marcada emocionalidade.

6.1.3.2 – entrevistas

Como instrumento de colheita de dados, foi ainda utilizada a entrevista semiestruturada, para aprofundarmos a área temática em estudo, foi o acesso à experiência vivida.

A entrevista permitiu colher informações junto dos participantes, relativo aos fatos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes.

O guião da entrevista (APÊNDICE 2) foi elaborado depois de uma revisão bibliográfica, com base em conhecimentos previamente adquiridos no serviço, durante o estágio e visando os objetivos pré-estabelecidos.

É construído tendo em conta os fatores definidos na construção da escala anteriormente apresentada, como perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional, carência de apoio social, condições de vida adversas, dramatização da existência, subjugação e privação de afeto e rejeição.

6.1.4 - procedimentos na colheita de dados

Junto à escala 23 QVS (Vaz Serra, 2000) foi passada uma folha que referia em que âmbito o estudo se realizava, quais os objetivos do estudo, instruções de como se respondia à escala e o consentimento informado para divulgação dos dados no âmbito deste estudo. Foi ainda realizada a colheita de dados sociodemográficos, para caracterização da amostra.

Nas entrevistas, o consentimento foi dado oralmente, estando gravado no arquivo de áudio, fazendo também referência a que os dados obtidos poderiam ser divulgados em âmbito científico.

Aquando da realização das entrevistas tentou agendar-se o momento mais oportuno, segundo a disponibilidade dos enfermeiros e durante a realização das mesmas, procurou manter-se a privacidade, tendo em conta a delicadeza do tema.

A relação interpessoal com os enfermeiros facilitou o desenvolvimento da colheita de dados.

6.1.5 - procedimentos na análise de dados

Através da análise de dados das escalas e dos dados sócio-demográficos, foram elaborados gráficos, com cada uma das variáveis da escala (APÊNDICE 3).

A análise da entrevista iniciou-se com a transcrição das oito entrevistas, e foram guardadas as gravações. As entrevistas foram numeradas com E1, E2, e assim sucessivamente até E8 (Bardin, 2004).

Após a transcrição das entrevistas seguimos as recomendações de Watson (1988: 83):

- Lemos e releemos cada entrevista a fim de perceber todo o sentido. Foram sublinhadas as descrições dos enfermeiros, frases que à partida poderiam apresentar-se como unidades significativas e os potenciais temas em que poderiam inserir-se;
- Seguiu-se uma leitura mais atenta, para encontrarmos depoimentos significativos. Incluíram-se frases e afirmações relacionadas com o tema em estudo;
- Confrontaram-se as diversas unidades significativas de cada entrevista, procurando semelhanças e diferenças. Interpretamos o significado das palavras-chave e demos sentido às interpretações.

A entrevista, por estar associada a métodos de controlo metodológico como a análise de conteúdo, deverá salientar o máximo de elementos de informação e reflexão, que servirá de material a uma análise de conteúdo sistemática, que corresponde às exigências de explicação, de estabilidade e de intersubjetividade dos intervenientes (Quivy e Campenhoudt, 1998, citado por Batista, 2008). A análise de conteúdo foi realizada segundo Bardin, como anteriormente referimos.

A análise de conteúdo foi baseada nos domínios que definem o perfil do indivíduo vulnerável ao stress, segundo Vaz Serra (2000), anteriormente referidos. No entanto, houve o cuidado de esta pesquisa prévia não influenciar os dados obtidos para que não contaminasse a informação e os dados colhidos (Batista, 2008).

6.1.6 - considerações éticas

Qualquer investigação que envolva pessoas levanta questões morais e éticas. A escolha do tipo de investigação direciona a natureza dos problemas que se podem colocar.

O fato de este trabalho ter tido como sujeitos da amostra enfermeiros permitiu que não fosse necessário a autorização da comissão de ética da instituição.

Existe um limite que não pode ser ultrapassado, mesmo que esteja em causa a aquisição de conhecimento, o respeito pelo indivíduo. De forma alguma a investigação poderá causar prejuízo ao indivíduo, em nome do conhecimento.

Nas considerações éticas orientamo-nos pelos três principais princípios éticos, segundo os quais se deve basear a conduta do dinamizador do projeto, referidos por Polit, Beck e Hungler (1993), e que através do seu cumprimento se pode garantir, aos participantes envolvidos no estudo, o respeito por inúmeros direitos:

- Princípio da beneficência, defende a integridade ou isenção de dano físico, psicológico, económico, social, entre outros;
- Respeito pela dignidade humana, inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa;
- Princípio da justiça, decorre do direito de um tratamento justo e do direito à privacidade.

Ao longo do estudo os princípios éticos foram cumpridos. Todos os participantes, previamente, tiveram conhecimento dos objetivos do trabalho, metodologia, e que a confidencialidade e o anonimato seriam respeitados. Todos expressaram o seu consentimento para participarem no estudo.

Para solicitar a colaboração e participação dos enfermeiros no estudo foi realizada uma reunião de serviço e apresentado o projeto de intervenção a toda a equipa.

As entrevistas foram realizadas evitando qualquer juízo de valor. Tentou-se manter uma atitude empática, no desenrolar da entrevista e constatamos que este momento foi um ponto de partida para conversas informais, sobre este tema, no seio da equipa.

As entrevistas foram gravadas, com autorização dos participantes.

6.1.7 - apresentação dos resultados

Após análise da escala 23 QVS (Vaz Serra, 2000) e da análise de conteúdo das entrevistas, procedemos à apresentação dos resultados da fase diagnóstica.

Relativamente aos dados sócio-demográficos, vários estudos revelam ser importantes para a contextualização do problema (Santos, 2010), no entanto, num estudo realizado por Admi e

Eilon (2010), características como a idade, género, tempo de serviço e tempo exercido no serviço não tiveram impacto significativo nos níveis de stress apresentados.

Este trabalho de projeto revela que a amostra é 100% feminina. É uma equipa, que segundo o *Quadro 1 e 2*, se divide, de forma equitativa, entre uma equipa jovem com o mesmo número de elementos mais velhos; a totalidade da amostra dos sujeitos é casada ou vive em união de facto, não havendo na análise dos dados diferenciação entre os dois grupos, tratando-os como uma só variável; todos os enfermeiros têm filhos; todos têm vínculo permanente à instituição e segundo Benner (2001), no que respeita ao tempo de exercício profissional, na equipa existem quatro enfermeiros ao nível proficiente e quatro ao nível perito. Em relação ao tempo de exercício no serviço de oncologia, existem três enfermeiros com menos de cinco anos no serviço e cinco enfermeiros entre os 6 e os 20 anos. A maioria dos enfermeiros escolheu trabalhar no serviço e apenas um enfermeiro revelou que, se fosse possível, mudava de local de trabalho.

Sete enfermeiros revelaram que não tinham antecedentes pessoais ou familiares ao stress.

Quadro 1 – Apresentação dos dados sociodemográficos

ENF.	IDADE	ESTADO CIVIL	Nº FILHOS	VINCULO	EXERCICIO PROFISSIONAL	TEMPO SERVIÇO ONCOLOGIA
1	41-50	CASADO	1	F.P.	> 20 ANOS	>11 ANOS
2	41-50	CASADO	2	F.P.	> 20 ANOS	> 11 ANOS
3	20-30	UNIÃO FACTO	1	C.S.TERMO	5-10 ANOS	6-10 ANOS
4	31-40	CASADO	1	C.S.TERMO	5-10 ANOS	< 2 ANOS
5	20-30	UNIÃO FACTO	1	C.S.TERMO	5-10 ANOS	< 2 ANOS
6	41-50	CASADO	2	F.P.	> 20 ANOS	6-10 ANOS
7	20-30	UNIÃO FACTO	1	C.S.TERMO	5-10 ANOS	2-5 ANOS
8	41-50	CASADO	2	F.P.	15-20 anos	6-10 anos

Quadro 2 – Apresentação dos dados sociodemográficos e da escala 23 QVS

ENF.	AP STRESSE	AF STRESSE	ESCOLHA SERVIÇO	MUDANÇA LOCAL	LOCAL	COTAÇÃO ESCALA
1	SIM	NÃO	ACASO	NÃO	X	45
2	NÃO	NÃO	ACASO	NÃO	X	46
3	NÃO	NÃO	ESCOLHI	NÃO	X	30

4	NÃO	NÃO	HORARIO	SIM	C.S.	30
5	NÃO	NÃO	HORARIO	NÃO	X	42
6	SIM	SIM	ESCOLHI	NÃO	X	43
7	NÃO	NÃO	ESCOLHI	NÃO	X	36
8	Não	Não	ESCOLHI	Não	X	44

Legenda:

A.P. STRESS- antecedentes pessoais ao stress A.F. STRESS- antecedentes familiares ao stress
 F.P.- funcionário público C.S.TERMO- contrato sem termo
 C.S.- centro saúde

Na análise da escala 23 QVS, quatro sujeitos estão com uma cotação acima de 43, um está entre 41-42, sendo este um valor elevado, um está entre 31-40 e dois estão abaixo de 30. A análise desta variável revela que, a maior parte dos sujeitos do estudo tem uma cotação superior a 43, que segundo Vaz Serra (2000), é o ponto de corte, acima do qual se pode considerar que o indivíduo é vulnerável ao stress, e que um dos sujeitos tem um valor muito elevado o que é uma fonte de preocupação.

A análise da escala 23 QVS, em que o ponto de corte é de 43 valores, valor acima do qual as pessoas têm perceção da vulnerabilidade ao stress, revela que quatro sujeitos estão abaixo do ponto de corte e os outros quatro acima do ponto de corte.

Dos dados das entrevistas, representados no quadro de análise de conteúdo (APÊNDICE 4), são apresentados nos quadros seguintes, que integram as respetivas unidades de contexto.

Os dados foram transformados de forma organizada e agregadas em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

QUADRO 3 – Análise de conteúdo da Questão 1 da entrevista

QUESTÃO 1 <i>Caracterização das condições de trabalho e suas implicações na atividade profissional</i>	
UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO

<p>Stressores específicos do posto de trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrutura - Conteúdo do trabalho - Condições físicas 	<p>E1- “condições boas” E2 - “As condições estão melhores.”. “O termos pouco espaço e (...) não conseguirmos dar resposta (...) o mais rápido possível” E3- “ (...) tem boas condições, (...) tem falta de gabinetes” E4- “São condições boas” “falta de espaço para desenvolver outras atividades” E5- “excelentes” E6- “muito boas, (...)” “Refletem-se (...) na prestação de cuidados” E7- “tem boas condições” E8- “ (...) são boas (...) sinto alguma necessidade de espaço (...) para proporcionar privacidade dos doentes”</p>
<p>Fatores organizacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relações interpessoais - Estrutura da organização 	<p>E2- “Equipa boa” E6 – “ (...) a relação entre a equipa também (é boa) ” E7 – “Às vezes não falo aquilo que (...) pretendia falar com o doente”</p>

Para esta questão e inserida na unidade de contexto dos stressores específicos do posto de trabalho, tais como a estrutura do serviço, as condições físicas e as atividades exercidas, os enfermeiros referiram que as condições de trabalho são boas, mas que as condições se refletem nos cuidados prestados, como por exemplo a falta de gabinetes, pode condicionar o desenvolvimento das atividades e até pôr em causa a privacidade dos doentes.

Nos fatores organizacionais, onde se integram as relações interpessoais e a estrutura da organização, os enfermeiros referiram que as boas relações entre a equipa de enfermagem são elementos facilitadores, no entanto houve um enfermeiro que referiu a dificuldade de comunicação com o doente.

Não houve qualquer alusão ao desenvolvimento da carreira, como fator extraorganizacional, no decorrer das entrevistas.

Perante esta questão os enfermeiros focaram-se mais nos stressores específicos do posto de trabalho, não dando tanta relevância aos fatores organizacionais.

QUADRO 4 – Análise de conteúdo da Questão 2 da entrevista

<p style="text-align: center;">QUESTÃO 2 <i>Como lida com a frustração face ao doente com doença grave?</i></p>	
<p style="text-align: center;">UNIDADES DE CONTEXTO</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADES DE REGISTO</p>

<p>O primeiro contacto com os doentes</p>	<p>E1 – “<i>não sabia ao que vinha</i>” E2 – “<i>(...) de autoconhecimento (...) introspeção (...) foi rígido</i>” E3 – “<i>psicologicamente muito difícil</i>” E4 – “<i>como outro doente qualquer (...) o facto de ser muito nova, no início da carreira (...) não ter a noção da gravidade (...) e das repercussões para o doente.</i>” E5 – “<i>grande proximidade (...) grande valorização como profissional e pessoa na prática de enfermagem</i>” E6 – “<i>são os melhores doentes para se trabalhar</i>” E7 – “<i>há uma grande partilha (...) ajuda-me a mim e ao outro.</i>” E8 – “<i>(...) algum medo de não saber (...) o que dizer</i>”</p>
<p>Episódio mais marcante</p>	<p>E1 – “<i>doentes jovens (...) a mãe de um bebé</i>” E2 – “<i>peessoas novas e com poucas perspetivas de tratamento</i>” E3 – “<i>uma rapariga nova (...) que acabou por falecer</i>” E4 – “<i>a morte em doentes mais jovens</i>” E5 – “<i>(...) um doente jovem</i>” E6 – “<i>quando morreu uma doente com a mesma idade que eu 23 anos</i>” E7 – “<i>enfermeira a cuidar da mãe (choro)</i>” E8 – “<i>quando a C. veio, para ficar internada para morrer, (...) marcou-me bastante.</i>”</p>

<p style="text-align: center;">Emoções mais frequentes</p>	<p>E1 – <i>“não (...) estava preparada para a morte”</i> E2 – <i>“revolta (...) demos o nosso melhor”</i> E3 – <i>“senti vontade de fugir, impotência (...) tristeza”</i> E4 – <i>“impotência (...) perda (...) refugiar-me na minha família (...) tentando esquecer”</i> E5 – <i>“impotência (...) revolta (...) tento minimizar o sofrimento da pessoa”</i> E6 – <i>“confrontar-se com a possibilidade da minha morte (...) fez-me tomar consciência da finitude da minha própria vida (...) senti revolta (...) tristeza (...) fragilidade”</i> E8 – <i>“senti tristeza (...) sempre lutou. (...) dei-lhe algum conforto (...) foi uma conversa de olhares”</i></p>
---	--

Pensamos ser importante destacar o primeiro contato com os doentes oncológicos, pois o cancro está relacionado com as vivências, a idade e os preconceitos culturais de cada pessoa. Por outro lado a idade jovem (30-40 anos) e a pouca experiência são fatores potenciadores dos níveis de stress (Frias, 2001; Almeida, 2010).

Frias (2001) refere que o feed-back positivo por parte dos doentes, tornam a tarefa mais fácil, tal como é referido pelos enfermeiros nas entrevistas.

Perante situações novas, sobre as quais existem poucos conhecimentos e referências, a pessoa tem que se apoiar em si mesmo, mas para isso é necessário ter um bom conhecimento do seu “Eu”, para que consigo próprio se sinta em boa companhia (Couvreur, 2001). Segundo o mesmo autor, *“é necessário determinar o tipo de relação que existe entre os nossos pensamentos, as nossas emoções e as nossas reações”* (Couvreur, 2001: 31).

A segunda unidade de contexto integra o episódio mais marcante que cada enfermeiro viveu. Perante um diagnóstico de cancro o pensar na morte é inevitável, a morte surge como uma ideia central, como uma ameaça. É muito difícil alguém lidar com doentes com este diagnóstico sem se deixar perturbar pelas suas consequências (Frias, 2001).

Nesta unidade de contexto os enfermeiros, na sua grande maioria, responderam que a morte foi sempre o episódio mais marcante (Rodrigues e Chaves, 2008; Santos, 2010).

QUADRO 5 – Análise de conteúdo da Questão 3 da entrevista

QUESTÃO 3 <i>Quais os fatores de stress e como afetam o seu rendimento diário</i>	
UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
Estímulo perturbador	<p>E1 – “o diagnóstico (...) não conseguir dar resposta para que eles ultrapassem esta fase da doença”</p> <p>E2 – “podia ser connosco, com alguém da nossa família (...) para as quais (...) nunca se está (...) preparado”</p> <p>E3 – “(...) a doença em si (...) a maior parte dos doentes não se cura”</p> <p>E4 – “(...) alguma pressão”</p> <p>E5 – “vemos a pessoa decair e os tratamentos não estarem a fazer (...) efeito”</p> <p>E6 – “(...) tinha esperança (...) que ela melhorasse (...) o nosso medo é de como vamos reagir às reações do outro”</p> <p>E7 – “(...) o volume de trabalho. As urgências (...) a falta de disponibilidade”</p> <p>E8 – “quando temos que tomar uma decisão (...) que deverá ser da parte médica (...) colocam-nos de pés e mão atados (...) sinto-me frustrada porque não consigo dar a resposta que queria dar. Determinados médicos (...) não estão (...) tanto tempo quanto deviam e é necessário acompanhar os doentes”</p>
Modo como fica afetada a vida do individuo	<p>E1 – “psicológico, afeta”</p> <p>E2 – “(...) acabam por nos dar também força para tentarmos fazer mais e melhor”</p> <p>E4 – “provocam ansiedade”</p> <p>E5 – “mais em termos psicológicos (...)”</p> <p>E6 – “às vezes (...) acabamos por (...) ficar stressados também (...) nós não somos indiferentes.”</p> <p>E8 – “sinto que fico sem paciência”</p>

Foram identificados vários fatores geradores de stress, relatados pelos enfermeiros ao longo das entrevistas, tais como diagnóstico; sentimento de impotência (McIntyre, 1999); pensar que pode acontecer a alguém de família, e a sobrecarga de trabalho (Faria e Maia, 2007; Santos, 2010; Nordang, 2010).

A sobrecarga de trabalho, por não haver o número suficiente de enfermeiros/número de doentes pode provocar (Stora, 1990) falta de respostas; frustração e conflitos interdisciplinares.

Tal como foi possível verificar aquando do enquadramento conceptual, os fatores de stress têm a ver, não só com o estímulo perturbador, ou seja, com o indutor de stress, mas também com a forma como a pessoa percebe esse fator.

Dohrenwend, Raphael, Schwartz, Steve e Skodol (1993), cit. por Pinto e Silva (2005:23), sugerem a análise do stress segundo três componentes estruturais diferentes, o estímulo perturbador; o modo como fica afetada a vida corrente de um indivíduo, sendo necessário ter conhecimento de como decorria a vida antes do aparecimento deste evento; e as características pessoais ou predisposições do indivíduo que foi exposto a determinado estímulo perturbador.

Relativamente aos enfermeiros o autor relembra que as relações com os médicos, o não trabalhar em equipa, a pouca confrontação que é feita na altura de revelar o diagnóstico, pode também ser uma causa de indução de stress.

Só poderemos considerar que a identidade socioprofissional é uma realidade quando o enfermeiro valorizar aspetos da sua esfera de autonomia, sendo o próprio enfermeiro na prática que utilizando um raciocínio intelecto – profissional, ou seja, recontextualizando as situações diárias de forma responsável a partir do seu corpo de saberes, usando a sua autonomia para enfatizar o cuidar profissional em enfermagem, dando visibilidade da sua ação junto da comunidade (Alves, 2004, cit. por Ribeiro, 2009).

Stora (1990) referia que a profissão de enfermagem é uma profissão de alto risco de stress. *“O exercício da profissão provoca nos enfermeiros crises de angústia, o que as leva a diminuir os seus serviços aos pacientes, sendo, no entanto, necessário perceber as origens do stress e os seus efeitos.”* (Stora, 1990: 57).

O registo de situações geradoras de stress durante um longo período de tempo, pode levar ao aparecimento de reações emocionais, como piedade, medo, sentimentos de inutilidade, revolta, culpabilidade, fadiga, etc.

“Os sintomas de stress são perceptíveis individualmente: angústia, depressão, tensão nervosa, insónia, perturbações da sensibilidade, baixa de tónus, fadiga, baixa de atenção e de vigília,

memória, perturbações somáticas funcionais e orgânicas diversas (...). Todos absolutamente, consciente ou inconscientemente, se ressentem das modificações corporais e psíquicas induzidas pelo stress.” (Stora, 1990: 134).

A segunda unidade de contexto revela-nos de que forma esta equipa fica afetada com os agentes de stress que anteriormente mencionaram como a perturbação psicológica, a perturbação da ansiedade e o aumento dos níveis de stress.

Numa entrevista identificamos um sujeito que procura encontrar no feed-back positivo dos doentes, um reforço para o seu trabalho (Frias, 2001).

Um estilo de vida adequado passa por um equilíbrio entre as exigências, as aptidões e os recursos, que cada indivíduo possui; pela realização de exercício físico regular e uma dieta equilibrada e pela mudança da filosofia de vida, em que os acontecimentos devem ser encarados com sentido de humor e otimismo, em concomitância com um esforço realizado no sentido de encontrar fatos positivos nas situações que nos parecem ser puramente negativas (Pinto e Silva, 2005).

QUADRO 6 – Análise de conteúdo da Questão 4 da entrevista

QUESTÃO 4 <i>Quando se sente stressado como combate esse estado de insatisfação/exaustão</i>	
Estratégias de adaptação (coping)	
UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
Focadas no problema	E2 – “ (...) falando com as colegas.” E5 – “falando com as colegas do serviço (...)” E6 – “falando (...) tentando racionalizar (...) parar e racionalizar. (...) é importante prestar cuidados de qualidade. (...) gostava de ir a pé para casa, era um tempo meu (...) para refletir.” E8 – “ (...) partilho com as colegas essa frustração. É através da partilha.”

<p style="text-align: center;">Focadas nas emoções</p>	<p>E1 – <i>“sair para a rua e pensar noutras coisas, (...) outras vezes é ir para as lojas e gastar dinheiro. (...) conversando com pessoas que há muito tempo não se vê, (...) caminhando pelas ruas.”</i></p> <p>E3 – <i>“periodicamente tenho que tomar antidepressivos (...) procurar outras terapias (...) Reiki por exemplo.”</i></p> <p>E5 – <i>“ (...) em casa as pessoas não gostam que falemos sobre estas situações. (...) tentar arejar, fazer desporto ou outras atividades.”</i></p> <p>E7 – <i>“ (...) só saindo um bocadinho da sala (...) e depois voltar (...) com outra disposição. O facto de ter saído ou ido só beber café ou ter saído da sala (...) acalma-me um bocado (...) vou para lá com outra disposição.”</i></p>
<p style="text-align: center;">Focadas na interação social</p>	<p>E2 – <i>“ (...) fora daqui tenho uma vida preenchida”</i></p> <p>E4 – <i>“apoio-me na minha família, fazendo caminhadas”</i></p>

A maioria das entrevistas revela que o estado de insatisfação/exaustão é combatido falando com os colegas, em momentos de partilha (Almeida, 2009), mas também é importante parar, racionalizar e ter tempo para si próprio.

Segundo Suyder e Dicoff (1999), cit. por Pinto e Silva (2005:24) *“a eficácia das estratégias avalia-se pela capacidade que têm em reduzir de imediato as perturbações sentidas, bem como evitar, em termos futuros o prejuízo do bem-estar ou do estado de saúde do ser humano. As estratégias podem ser focadas no problema, nas emoções ou na interação social.”*

Segundo o autor anteriormente citado, as estratégias focadas no problema tendem a ser utilizadas quando o stress é sentido como pouco intenso, e a situação sentida como controlo stress pode ser sentido como mais ou menos intenso, porque tendo em conta as aptidões e os recursos pessoais e sociais, um indivíduo pode sentir o stress como intenso e outro indivíduo pode entendê-lo como banal.

Segundo Pinto e Silva (2005), as estratégias focadas no problema, levam ao confronto e resolução de problemas, são estratégias ideais, pois eliminam todas as fontes de stress e têm efeitos positivos sobre o funcionamento psicológico.

Mitchel, Cronkite e Moos (1983), cit. por Pinto e Silva (2005:24), comprovaram que *“as pessoas com tendência a utilizar estratégias de confronto e resolução de problemas, têm menor propensão do que as outras a ficarem deprimidas.”* Nas entrevistas realizadas está muito presente a procura de atividades que não tenham a ver com a atividade profissional (McIntyre, 1999), a procura de terapias complementares, o apoio dos amigos (McIntyre, 1999), o caminhar, manter a mente ocupada com outros pensamentos (Costa, 2009), e o desfocar das atividades a que diariamente estão sujeitos.

O objetivo das estratégias centradas no controlo das emoções e na resolução de problemas, podem ser úteis quando (Pinto e Silva, 2005) ajudam a distanciar, transitoriamente, o problema, a considerá-lo de forma mais objetiva e a reorganizar meios de confronto e quando nada mais se pode fazer para resolver a situação.

No entanto, podem ser prejudiciais quando evitam o confronto com uma situação resolúvel e trazem malefícios a longo prazo.

Os recursos sociais são representativos das estratégias de interação social e dependem, segundo Pinto e Silva (2005:26) de três aspetos:

- Dos recursos da rede social em que o indivíduo está inserido; o acesso à pessoa que podem prestar ajuda em caso de necessidade;
- Do comportamento de apoio que recebe, quanto mais empática for a pessoa que presta ajuda, mais o indivíduo tende a sentir que compreendem o seu problema e mais se sente encorajado a lidar com o problema até ao fim;
- Da avaliação subjetiva de apoio, corresponde à forma como o indivíduo percebe e atribui significado ao apoio recebido; neste sentido quem recebe ajuda pode considerar que o apoio de fato existiu ou, pelo contrário, foi nulo; foi suficiente ou insuficiente; de boa ou má qualidade; foi oportuno ou já não chegou a tempo.

QUADRO 7 – Análise de conteúdo da Questão 5 da entrevista

QUESTÃO – 5
Na resolução de problemas...

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
<p>Como reage quando fica nervoso?</p>	<p>E1 – <i>“forma agressiva (...) às vezes emocional (...) às vezes calo-me”</i></p> <p>E2 – <i>“respiro fundo, conto até 10, conto até 20 (...) fazer uma pausa, parar cinco minutos, ir à casa de banho, lavar a cara e voltar”</i></p> <p>E3 – <i>“tento controlar os nervos (...) fugindo (...) fugindo da situação (...) se for um doente que está ali (...) eu tenho de sair”</i></p> <p>E4 – <i>“quero afastar-me o mais rápido possível (...)”</i></p> <p>E5 – <i>“não penso muito no momento (...) depois é que penso”</i></p> <p>E6 – <i>“mexo no cabelo (...) às vezes fico com a voz a tremer”</i></p> <p>E7 – <i>“ (...) farto-me de comer (...) sou capaz de reagir (...) não é habitual, sou capaz de explodir, normalmente relevo, nestas alturas expludo”</i></p> <p>E8 – <i>“ (...) sou muito calma, (...) quando estou com um nível alto de stress (...) dou respostas mais ríspidas (...) sou mais secas nas respostas.”</i></p>

<p>Como gostaria de reagir?</p>	<p>E1 – “ (...) passear (...) fazer reiki, (...) ir a um SPA”</p> <p>E2 – “tomar banho de piscina, ou de mar (...) rebolar na relva.”</p> <p>E3 – “aprender com pessoas que estão mais habituadas a lidar com este tipo de situações”</p> <p>E4 – “partilha de sentimentos com a equipa (...) atividades entre a equipa, (...) meditação, relaxamento, leitura (...) criar espaços para (...) nos podermos estruturar.”</p> <p>E5 – “dar o máximo de informação quando se faz o ensino às pessoas. (...) quando sair (do serviço) pensar noutras coisas, dar uma volta”</p> <p>E6 – “ (...) a meditação (...) abstrair de tudo (...). Terapias de relaxamento, gerir melhor o tempo”</p> <p>E7 – “ (...) parar, sair. Ter alguém que me substitua para eu poder sair um bocadinho”</p> <p>E8 – “ (...) partilho (...) com as colegas. Tentar parar (...) vou comer qualquer coisa, tento sair de perto (...) da fonte de stress”</p>
--	--

A primeira unidade de contexto da “QUESTÃO 5” revela como os enfermeiros reagem quando ficam nervosos, e as respostas que emergem são reações predominantemente comportamentais, isto é os sujeitos reagem com atitudes mais agressivas, com necessidade de sair do ambiente de pressão (McIntyre, 1999), fazendo uma pausa, havendo relatos de compulsividade relativamente à comida. As reações cognitivas têm menos expressividade, mas existem relatos de maior fragilidade emocional, e reatividade, estes dados vêm ao encontro dos resultados do estudo apresentados por Rebelo (2011).

Colocada esta questão é necessário que os profissionais tenham consciência de quais os agentes stressores a que estão sujeitos e como reagem, para que a qualidade dos cuidados não seja afetada e para que possa reconhecer alguns sinais de alarme ao aumento dos níveis de stress.

Os agentes stressores são suscetíveis de provocar reações tais como medo, ansiedade, zanga e hostilidade.

No entanto, existem outras formas de reação que se revela nas entrevistas, como o refletir sobre a situação mais tardiamente e o mostrar a sua fragilidade.

Stress e coping estão intimamente ligados, coping é um termo que se aplica às estratégias que um indivíduo utiliza para lidar com as situações de dano, ameaça e desafio com que se depara, e para as quais não tem respostas, imediatas, preparadas.

Na segunda unidade de contexto, tentamos que os enfermeiros pensassem, se tivessem mais tempo de reação, ou se a sua capacidade de resiliência já estivesse trabalhada, como gostariam que fosse a sua reação. Perante as respostas percebemos que os enfermeiros têm a noção que as estratégias por eles utilizadas, e anteriormente descritas, não são eficazes e que necessitam de criar espaços e momentos para se reestruturarem pelo que sugerem atividades como passear, reiki (Kemper et al 2011), SPA, ir à praia, meditar, relaxar e melhorar a gestão do tempo.

Há um grupo de enfermeiros que privilegia a partilha com a equipa tais como, aprender com pessoas que estão mais habilitadas a lidar com este tipo de situações, partilha de sentimentos com a equipa, atividades em grupo, ter alguém que o substitua para se poder ausentar e se distanciar da fonte de stress (Almeida, 2009; Theodoratou et al, 2009).

Existe ainda uma resposta que aposta na comunicação, ou seja, se for prestada uma informação mais assertiva, certamente os níveis de stress dos clientes diminuem e consequentemente os níveis de stress dos profissionais, também (Almeida, 2009).

No sentido de podermos monitorizar estes acontecimentos (stressores), segundo Pinto e Silva (2005), devem-se realizar registos e estes devem ser orientados com o objetivo de conhecer a relação “causa-efeito”, permitindo saber:

- Quando, como e onde a pessoa se sente em stress;
- Quais os incidentes perturbadores;
- Quais as pessoas que estão envolvidas;
- O que o indivíduo fez perante as situações;
- O que o indivíduo sentiu sob o ponto de vista físico e emocional;
- O que pensa que deveria ter feito;
- Se está relacionado com um só tema ou com incidentes de diversos tipos;
- Se está relacionado com algum denominador comum.

Este processo tem como objetivo que o indivíduo seja levado a compreender que (Pinto e

Silva, 2005: 28):

- A circunstância perturbadora com que se defronta, constitui como um problema devido à forma subjetiva como é avaliada;
- O aspeto dramático da avaliação é determinado pelos fracos recursos e aptidões que possui ou que julga ter e que devem começar a ser questionados e melhorados;
- Muitas vezes mantém-se um comportamento inadequado porque a pessoa nunca pensou que há outras formas alternativas de agir ou, se já o pensou, não teve coragem, sozinha de as por em prática.

Há ainda que trabalhar a forma desadequada com que o individuo se confronta com o meio ambiente, lembrando que o papel do terapeuta, perante alguém que se quer tratar, deve ser reforçar as expectativas de ajuda; fornecer um esquema explicativo para as suas perturbações e informar o que se pode fazer por ele, com o objetivo de modificar o estado de espírito em que o individuo se encontra.

Assim, pensamos que se deve atuar, não só no sentido de aumentar a resiliência dos profissionais, para que possam ter mecanismos de coping mais adequados, como também o trabalhar em equipa, os conflitos do serviço e da equipa.

QUESTÃO 6

O que provoca instabilidade emocional e quais as repercussões no dia a dia

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
<p>Reações perante um doente a quem tem que dar uma má notícia</p>	<p>E1 – “é muito difícil (...) fico mais nervosa do que ele (...) é uma das coisas que tento evitar, é dar uma má notícia.”</p> <p>E2 – “não é fácil (...) felizmente não sou muitas vezes confrontada com essa necessidade (...) sabemos que vai despoletar no outro uma série de sentimentos e emoções que nós conseguimos facilmente transpor para a nossa vida pessoal (...) conhecer-nos bem (...) escolher a pessoa com melhores relações (com o doente).”</p> <p>E3 – “reajo muito mal, não dou, fujo.”</p> <p>E4 – “com algum stress”</p> <p>E5 – “é ingrato (...) encho-me de coragem (...) tento arranjar a melhor forma de dar a má notícia, de forma a que vejam o lado positivo.”</p> <p>E6 – “ansiedade em relação à notícia que vou dar (...) como a pessoa vai reagir e como eu vou saber lidar com aquela reação. (...) tento imaginar possíveis cenários (...) vou mais segura (...) vou à partida com uma hipótese. (...) acabam por surgir (...) como um problema (...) um obstáculo.”</p> <p>E7 – “ (...) sou franca, tento perceber o quê que a outra pessoa também quer saber (...) se tem capacidade de receber aquela notícia (...) tento perceber o que o outro sente em relação àquilo”</p> <p>E8 – “ (...) tento saber primeiro o que a pessoa sabe (...) se a pessoa quer e está capacitada para receber essa informação. (...) normalmente não fujo, mas por vezes... Quando verifico que o doente não está minimamente preparado tento arranjar (...) alguém que conheça melhor a situação”</p>

<p>Alteração do padrão de sono</p>	<p>E1 – <i>“muito, muitas horas sem dormir”</i> E2 – <i>“às vezes, às vezes é”</i> E3 – <i>“tenho alturas em que tenho de tomar ansiolíticos para dormir”</i> E5 – <i>“não (...) não é por causa das situações (...) do serviço”</i> E6 – <i>“às vezes acontece. Alguma situação de conflito (...) tenho mais dificuldade em adormecer (se) achar que não agi da melhor maneira”</i> E8 – <i>“felizmente não, no início quando vim para cá, sim”</i></p>
<p>Episódios que perduram na memória</p>	<p>E1 – <i>“muito tempo (...) vivo muito tempo com essa imagem”</i> E2 – <i>“duram sempre (...) consigo lembrar-me de todas”</i> E3 – <i>“muito tempo”</i> E4 – <i>“algum tempo”</i> E5 – <i>“as coisas vêm à memória, mas não perduram (...) muito tempo”</i> E6 – <i>“durante (...) muito tempo”</i> E7 – <i>“(…) sou capaz de me lembrar esporadicamente, (...) mas não, não com sofrimento”</i> E8 – <i>“alguns doentes perduram desde que vim para cá, há seis anos”</i></p>

A primeira unidade de contexto desta questão, integra as reações que os enfermeiros têm perante um doente a quem têm que dar uma má notícia.

Das entrevistas emerge que os enfermeiros evitam dar uma má notícia, demonstram nervosismo e stress.

O ato de transmitir más notícias (APÊNDICE 5) resulta habitualmente numa perturbação quer para o cliente, quer para o profissional que a transmite, assumindo-se ser uma tarefa difícil para o profissional, geradora de desconforto e medos associados à sua vivência pessoal.

A forma como se desenvolve a comunicação pode ter um grande impacto no modo como o doente vai viver o processo de doença e de tratamento.

Assim, é fundamental que os profissionais de saúde apreendam as suas dificuldades e representações, de modo a que possam desenvolver as estratégias que permitam que o

processo terapêutico se desenvolva, e imprescindível que desenvolvam habilidades comunicacionais que permitam desenvolver relações interpessoais e terapêuticas de qualidade.

Os profissionais treinados a dar más notícias informam os doentes de maneira mais adequada, o que aumenta a sua satisfação e a dos doentes, promovendo nomeadamente a adesão ao tratamento.

A comunicação de más notícias de forma adequada também facilita o trabalho da equipa, reduz o desentendimento entre os vários profissionais e evita que o doente receba informações diferentes ou contraditórias. Estudos revelam que, após realização de formação específica, os profissionais de saúde estabelecem com os doentes uma relação mais centrada nos seus comportamentos, tornando-se mais flexíveis e sensíveis às necessidades do doente.

São alguns os sinais de alerta que os profissionais podem evidenciar, entre eles as alterações do padrão de sono, tal como se poderá verificar nas entrevistas (Gomes et al 2009).

Alvarez et al (1993), cit. por Queirós (2005), agrupou os sintomas do burnout por áreas:

- Sintomas psicossomáticos, onde se insere a fadiga crónica, alterações do sono, cefaleias, perturbações gastrointestinais e dores musculares;
- Sintomas comportamentais, tais como o absentismo, comportamento violento ou de alto risco, conflitos matrimoniais e familiares;
- Sintomas emocionais como o distanciamento afetivo, irritabilidade e impaciência, dificuldade de concentração, elaboração de juízos. Frequentemente as situações sugerem dúvidas sobre a sua competência e leva à distorção da perceção dos outros.

A terceira unidade de contexto, sobre os episódios que perduram na memória, leva-nos a pensar na partilha de conflitos, os episódios podem perdurar na memória sem sofrimento, no entanto durante a entrevista os enfermeiros relataram estes episódios com alguma dor, com sofrimento, tais como imagens que perduram muito tempo na memória.

O burnout é, para grande parte dos autores, um processo, algo que se vai instalando de forma lenta e progressiva e que não se instala num curto espaço de tempo.

“O burnout inicia-se por uma fase de entusiasmo, com hiperatividade e sentimentos positivos, a que se segue uma fase de estagnação caracterizada por fadiga intensa, queixas psicossomáticas e irritabilidade. Dando lugar a uma fase de frustração, culpabilidade e

sentimento de desgaste. Acabando numa fase de desmoralização, baixa no autoconceito e na moral, afetando o desempenho.” Edelwich e Brosky, cit. por Queiróz, (2005: 29).

6.1.8 – síntese diagnóstica

Terminamos a primeira etapa do PIS, ou seja, o *“modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”* (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010: 10)

Após apresentação e análise dos resultados da fase diagnóstica do PIS, estamos em condições de verificarmos se temos resposta para a pergunta de partida: ***“Qual a percepção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress que os enfermeiros do serviço de oncologia têm?”***

Ao longo desta etapa identificamos a problemática em estudo, ou seja, quem cuida dos enfermeiros do serviço de oncologia, que pela inerência do exercício de uma profissão de cuidar, cuidar de pessoas com doença grave, com uma conotação muito próxima com a morte estão mais suscetíveis a desenvolver estados de exaustão, com fadiga física e mental. A partir desta problemática estabelecemos a pergunta de partida, considerando as características do local de estágio, *“Qual a percepção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress que os enfermeiros do serviço de oncologia têm?”*.

Este projeto visa conhecer a percepção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress dos enfermeiros de um serviço de oncologia de um hospital geral polivalente e propor estratégias de intervenção na prevenção do stress, aproveitando os recursos disponíveis, de forma a promover a autonomia e a motivação de cada indivíduo.

Para que fosse possível desenvolver políticas de intervenção foi necessária uma boa colheita de dados, que mobilizasse toda a evidência já existente nesta área, mas também que desse respostas às necessidades encontradas.

A análise das escalas revelou que apenas metade da amostra, tem a percepção da sua vulnerabilidade ao stress, no entanto, quando confrontados, nas entrevistas, com as situações do dia a dia, 100% dos sujeitos revela estar em stress e que necessita de mais estratégias para se manter em níveis funcionais.

Uma repetida exposição ao stress leva a uma sensação de estar a ser ameaçado por uma situação potencialmente prejudicial e leva à diminuição das capacidades adaptativas do indivíduo, podendo levar ao burnout.

A análise dos resultados deste estudo permitiu-nos perceber que 100% da amostra de enfermeiros, são casados, sendo que as mulheres casadas referem mais exaustão que as solteiras, o que pode estar associado ao conflito entre as exigências profissionais e as funções da família (Freudenberg e North, 1985). Yela (1994) cit. por Lautert (1995), no entanto, refere que há uma relação entre a satisfação no lar e a satisfação no trabalho de forma equitativa.

Todos os enfermeiros têm filhos, o que melhora o equilíbrio do indivíduo para resolver situações de conflito (Lautert, 1995).

Todos os sujeitos têm um vínculo permanente à instituição por tempo indeterminado, o que proporciona estabilidade, no entanto, existem outros agentes indutores de stress, a realidade da estagnação da carreira, a fraca remuneração e a ausência de vida privada no local de trabalho faz com que a própria profissão seja a primeira causa de stress (Stora, 1990).

Assim, neste estudo temos quatro enfermeiros no nível proficiente e quatro enfermeiros no nível perito (Benner, 2001). Ao longo da carreira surgem diferentes causas de stress, ou seja, na fase de progressão da carreira as preocupações são com as promoções, os seus projetos e o futuro na organização; os sacrifícios familiares que se efetuam para fazer face às exigências organizacionais, na fase da continuidade da carreira surgem as frustrações pela aplicação das novas tecnologias, os novos métodos de gestão, que por vezes geram atitudes mentais e psíquicas, negativas Stora (1990).

Mais de 50% da amostra está no serviço há mais de 6 anos, o que permite que haja mais segurança nas tarefas que desenvolve, e diminui a vulnerabilidade perante a tensão no trabalho (Lautert, 1995; Gomes et al 2009).

Estes resultados relacionam-se positivamente com o fato de os enfermeiros terem escolhido este serviço para trabalharem, o que se relaciona diretamente com a satisfação pessoal, e com a sua realização profissional.

Após conhecermos as perceções que os enfermeiros do serviço de oncologia de um hospital geral polivalente, têm sobre a sua vulnerabilidade ao stress, e perceber quais as estratégias de coping usadas pelos enfermeiros perante o stress experienciado, é possível propor estratégias e intervenções baseadas na evidência.

Para melhor apoiar o indivíduo em stress foi necessário avaliar e identificar o apoio adequado e/ou as intervenções (Cooper e Cartwright, 1997; MacKereth, 2005), sendo de grande importância o envolvimento dos profissionais nas intervenções e também o entusiasmo do

terapeuta e o vínculo emocional e aliança terapêutica entre o cliente e o terapeuta (Shapiro et al, 1993).

6.2 – FASE DE PLANEAMENTO

A fase de planeamento é uma proposta que tem por base a teoria e a experiência vivida. Nesta fase, com os contributos encontrados na revisão da literatura e nos relatos das experiências dos enfermeiros do serviço de oncologia, produzimos uma proposta que visa a melhoria dos resultados encontrados.

Todo o percurso realizado para desenvolver este PIS demonstra que é amplamente reconhecido que o estado mental dos cuidadores pode ter uma interação com a saúde dos clientes. Que é inerente às atividades dos enfermeiros dos serviços de oncologia o cuidar das pessoas com diferentes patologias e com um prognóstico reservado, administrar medicamentos com efeitos adversos severos, debilitantes e onde a dor, o sofrimento e o medo estão muitas vezes presentes. Neste contexto, algumas características da doença oncológica são referenciadas como sendo causadoras de ansiedade, tanto por parte do doente como dos profissionais, nomeadamente a comunicação do diagnóstico e prognóstico.

Assim, os enfermeiros, precisam encontrar a distância certa, por um lado para que estejam protegidos dos agentes stressores, por outro lado para estarem disponíveis para ouvir e evitar transmitir sentimentos de indiferença aos clientes, o que prejudica o seu bem-estar e o processo terapêutico.

Dos estudos apresentados salientamos que na generalidade dos programas houve benefícios significativos, apesar das diferenças técnicas das intervenções realizadas. Encontramos melhoria sobre os sintomas relatados, no entanto, uma das limitações é que não são avaliados a longo prazo, e que por isso existe alguma dificuldade em replicá-los de forma confiável.

São vários os estudos que revelam que as intervenções para gerir o stress devem ser realizadas aos três níveis de prevenção (Cooper e Cartwright, 1997), a prevenção primária diz respeito à redução do stress, ou seja, à tomada de medidas para modificar ou eliminar as fontes de stress, reduzindo assim o impacto negativo nos indivíduos, e tendo como foco de atenção a adaptação do ambiente no indivíduo; a prevenção secundária reporta-se à gestão do stress e está essencialmente preocupada com a deteção rápida e gestão do stress pelo aumento da consciência e melhoria das capacidades de gestão do stress do indivíduo, através da formação e atividades educacionais. Este nível de prevenção concentra-se no desenvolvimento da auto

consciência, fornecendo aos indivíduos um número de técnicas básicas de relaxamento, enquadrando-se ainda nestas intervenções as atividades de promoção de saúde e programas de adoção de estilos de vida saudáveis, fazendo o seu caminho abordando as consequências em vez das fontes de stress que de alguma forma está inerente há estrutura ou cultura da organização.

A prevenção terciária diz respeito às medidas corretivas de suporte, está preocupada com o tratamento, reabilitação e processo de recuperação das pessoas que estão em sofrimento provocado pelo stress. As intervenções a este nível envolvem a prestação de serviços de aconselhamento para os indivíduos, seja o problema a nível laboral ou de domínio pessoal.

As intervenções são maioritariamente ao nível secundário e terciário porque há mais dados publicados sobre o custo-benefício das intervenções e porque as mudanças individuais são mais confortáveis e mais fáceis de implementar do que as mudanças organizacionais que são mais dispendiosas (Cooper e Cartwright, 1997; Orly et al, 2012).

Cooper e Cartwright (1997) referem que as intervenções ao nível terciário podem apresentar resultados mais rápidos do que ao nível da prevenção primária, no entanto, estamos a concentrar-nos no resultado final do processo de stress, e ao tomarmos medidas corretivas para corrigir a situação, a abordagem é essencialmente reativa e de recuperação ao invés de proativa e preventiva. Os níveis de intervenção secundária e terciária são suscetíveis de ser insuficientes para manter a saúde do indivíduo, sem a abordagem complementar de iniciativas de redução ao nível primário, dos stressores.

Mackereh et al (2005) refere que um dos modelos utilizados para equilibrar os stressores laborais e pessoais, na área da oncologia e medicina paliativa é o modelo desenvolvido no Christie Hospital NHS Trust, no Reino Unido, que oferece intervenções ao nível dos três níveis de prevenção, sugerindo o aconselhamento, a supervisão clínica e as terapias complementares.

O aconselhamento surge apenas ao nível da prevenção terciária, sendo que ao nível da prevenção primária e secundária poderia oferecer melhor apoio para a gestão do stress.

A supervisão Clínica, insere-se ao nível secundário, e pode providenciar espaço, tempo e uma relação de apoio que capacita o profissional a refletir sobre as suas práticas e desenvolvimento profissional.

As terapias complementares, como alternativa ou complemento, podem proporcionar uma intervenção física e psicológica mais aceitável (McIntyre, 1999; Kemper et al, 2011).

Vários estudos revelaram que as estratégias de coping diminuem o efeito do stress ocupacional (Cooper e Cartwright, 1997; Orly et al, 2012), que os enfermeiros que usavam as estratégias de coping sentiam-se menos ansiosos e deprimidos e relataram lidar melhor com os stressores laborais e melhoraram os níveis de bem-estar.

O estudo de McIntyre (1999) sugere a nível organizacional que haja alargamento dos quadros, para aliviar a carência de recursos humanos e para que melhor se possa lidar com a sobrecarga do trabalho, estabelecer horários flexíveis, incentivar à gestão participativa e incluir o profissional no desenvolvimento da carreira, assim como, construir equipas coesas (Almeida, 2009; Theodorathou, 2009) e partilhar as recompensas. Ainda como estratégia organizacional, os grupos de discussão (McIntyre, 1999).

Outras sugestões recaem sobre a intervenção ao nível da formação, do apoio psicológico e de promoção dos recursos de coping adequados. Os recursos de coping mais usados são o apoio social, a estruturação, a monitorização do stress, a sociabilidade e a confiança (McIntyre et al, 1999). A forma física, a preocupação com a saúde física e as estratégias centradas no problema são também apresentadas (McIntyre, 1999; Pinto e Silva, 2005).

Outro tipo de abordagem, amplamente relatada nos estudos revistos, é a abordagem cognitivo-comportamental (Shapiro et al, 1993; Cooper e Cartwright, 1997; Orly et al, 2012). A componente comportamental foca-se nos elementos físicos, enfatizando o relaxamento através de exercícios respiratórios, técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson e alteração dos estilos de vida. O objetivo é alterar as respostas físicas e psicológicas no corpo e assim reduzir o efeito excitativo das situações stressantes. Cooper e Cartwright (1997) recomendam que as intervenções ao nível comportamental devem ser acompanhadas de medidas para identificar e resolver o problema, o agente stressor.

Relativamente aos elementos cognitivos visam obter uma perspetiva mais equilibrada dos eventos, isto inclui a prestação de informações sobre reações potenciais aos stressores, desafiando suposições existentes, aprendendo interpretações alternativas aos eventos, adquirindo habilidades para resolver os problemas e desenvolvendo capacidades assertivas (Pinto e Silva, 2005; Almeida, 2009).

Aprendendo e praticando formas racionais de pensar pretendemos gerir a ansiedade produzindo situações e usar técnicas de reestruturação cognitiva para intervir na interpretação de situações stressantes. Os enfermeiros aprendem a passar da excitação física para o relaxamento e a alterar as perceções laborais perturbadoras, modificando as suas interpretações, ou seja, percebendo os efeitos stressantes numa perspetiva mais equilibrada (Pinto e Silva, 2005).

A prática de um programa cognitivo-comportamental reduz as reações ao stress e facilita a reestruturação cognitiva, modificando as reações excitatórias típicas da resposta simpático adrenal.

A redução da resposta emocional pode ser realizada deslocando a atenção da situação que originou o stress e descobrindo formas alternativas de interpretar estas situações (McIntyre, 1999).

A resiliência foi um conceito que, apesar de não ter sido objeto de estudo neste PIS, é muitas vezes referido na literatura. Rebelo (2011) refere que a resiliência é uma qualidade do enfermeiro, mas que este conceito deve ser alvo de estudos que comprovem o benefício para a saúde de bem-estar do profissional de saúde, mas também para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A resiliência é um termo usado para descrever habilidades individuais de adaptação a várias condições adversas, mantendo um sentido de propósito, equilíbrio e bem-estar físico e mental. Este conceito é apresentado em vários estudos como fundamental para satisfazer objetivos individuais e da instituição, assim como para melhorar os cuidados ao doente, no entanto, exige da pessoa um maior conhecimento do “EU”.

Conhecidos os resultados da fase diagnóstica do PIS, e os estudos encontrados na revisão da literatura no âmbito da apresentação de programas de redução do stress ocupacional propomos um programa que tem como objetivo a redução do stress, no sentido de reduzir sintomas do distress psicológico, que mobilize os recursos de coping de cada indivíduo, mencionados na fase diagnóstica e que integre atividades da sua preferência.

Quadro 9 - Programa para reduzir o stress laboral nos enfermeiros do serviço de oncologia

2ª SESSÃO	Técnicas de relaxamento
3ª SESSÃO	Lidar com relações difíceis
4ª SESSÃO	Técnicas cognitivas – auto conhecimento
5ª SESSÃO	Gestão de tempo e Desenvolver capacidades de adaptação
6ª SESSÃO	Suporte social e gestão das emoções
7ª SESSÃO	Trabalho de equipa
8ª SESSÃO	Avaliação do programa

A primeira sessão é a apresentação do programa e também a apresentação de conceitos, sobre o stress e técnicas de coping.

Apesar de a 8ª sessão se destinar à avaliação do programa, a avaliação do impacto das sessões é realizada após cada intervenção, para que a avaliação dos resultados possa ser imediata.

Como anteriormente referido, é importante mobilizar os recursos do serviço, nomeadamente da formação em serviço para promover seminários sobre técnicas de autocuidado como o ioga, relaxamento e imaginação guiada, ou outras sugeridas pelos participantes.

Ao nível dos recursos do serviço seria importante a implementação da Supervisão Clínica, com o objetivo de dar melhor suporte aos enfermeiros, com todas as vantagens anteriormente referidas. A *Nursing and Midwifery Council* (2008) define a Supervisão Clínica como uma prática focada na relação profissional, envolvendo um profissional que reflete sobre a prática orientada por um supervisor qualificado.

A Supervisão Clínica é uma combinação positiva das estratégias de coping baseadas no problema e na emoção, que inclui o elemento de apoio e a orientação profissional (Fearon e

Nicol, 2011), “ (...) é um processo sistemático e contínuo que apoia e encoraja a melhoria da prática profissional.”⁵.

A Supervisão Clínica é uma competência do MESMP e está inserida na primeira unidade de competência do perfil de competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria⁶ e uma competência do enfermeiro especialista inserindo-se nas competências comuns, “(...) *partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.*”⁷.

É ainda importante enfatizar a importância dos grupos de discussão e do trabalho de equipa, promover as pausas para café e as comemorações de datas importantes em equipa (Rebelo, 2011).

Os recursos da instituição, nomeadamente a Saúde Ocupacional poderão ser úteis, em caso de necessidade de encaminhamento para técnicos de aconselhamento (Cooper e Cartwright, 1997; Almeida, 2009), no âmbito da intervenção terciária.

Os resultados das avaliações devem ser apresentados aos sujeitos que participaram no projeto de intervenção. É importante monitorizar e avaliar os resultados, para que, como equipa, possamos refletir sobre as alterações produzidas, pelo que propomos que o programa seja realizado duas vezes por ano.

As sessões devem ser precedidas pelo preenchimento de instrumentos de colheita de dados previamente utilizados no desenvolvimento deste trabalho, aplicando a escala 23 QVS e o mesmo guião de entrevista. A aplicação dos instrumentos serve como avaliação de follow-up, e para refletirmos sobre se o caminho adotado é o mais adequado.

A implementação deste programa tem como objetivo diminuir a exaustão emocional, sendo o efeito visível nos momentos de follow up, e promover a adaptação a um ambiente adverso para o indivíduo que dificilmente se alterará.

⁵ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Caderno Temático. Conselho de Enfermagem 2010

⁶ LOPES; NUNES – Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal 2011

⁷ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa, 2010

6.3 – DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Chegou o momento de dar a conhecer à população em geral e à comunidade científica a pertinência deste PIS e o caminho percorrido na resolução de um problema que surgiu na prática profissional.

Esperamos que a divulgação dos resultados, não só reflita o esforço desenvolvido por todos os sujeitos envolvidos, como também, seja objeto de estudo e reflexão, que permita dar continuidade ao seu estudo.

Ao longo deste percurso tivemos a oportunidade de realizar uma ação formativa (APÊNDICE 6), cujo objetivo foi divulgar os resultados do PIS e discutir as estratégias adotadas na resolução do problema. Esta ação, que teve como público-alvo os enfermeiros do serviço onde foi realizado o estudo, foi cuidadosamente planeada no âmbito da formação em serviço.

O relatório do trabalho de projeto e a proposta do artigo resumem todo o percurso realizado, permitindo-nos transformar um problema real num processo de reflexão e transmissão de conhecimentos, de uma forma organizada, sistematizada e sintetizada. Esperamos que seja de fácil leitura e que transmita todo o nosso esforço e empenho.

Por último, mas não menos importante, a prova de discussão pública, onde tentaremos transmitir o caminho percorrido e os resultados encontrados.

7 – AVALIAÇÃO FINAL DO PIS

Uma das limitações deste PIS deveu-se ao fato de não ter sido realizado o planeamento das intervenções, que se iriam realizar baseadas no diagnóstico previamente apresentado, assim como a sua implementação e conseqüente avaliação. No entanto, após revisão da literatura, que nesta área é muito vasta, percebemos que existem vários estudos, onde são apresentados e implementados diversos programas para redução do stress em enfermeiros.

A avaliação dos programas de intervenção reveste-se de grande importância (Pettersson e Arnetz, 1998).

O objetivo geral deste PIS foi conhecer a percepção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress dos enfermeiros de um serviço de oncologia de um hospital geral polivalente e propor estratégias de intervenção na prevenção do stress

Depois de aplicado a escala 23 QVS chegamos à conclusão que apenas 50% da amostra tinha a percepção da vulnerabilidade ao stress, no entanto, quando foi realizada a entrevista e os enfermeiros foram confrontados com as situações vivenciadas diariamente, 100% da amostra revelou que a exposição contínua aos agentes indutores de stress, como o sentimento de impotência perante o sofrimento, a morte, os cuidados médicos fúteis, o cuidar do doente jovem, e a identificação com as histórias de vida dos doentes, levam à diminuição das capacidades adaptativas dos enfermeiros.

Na generalidade dos estudos consultados, as intervenções estão focadas no apoio à equipa e na aquisição de competências, para melhorar a capacidade dos profissionais de lidarem com as exigências do trabalho. Os resultados deste estudo também revelaram que a equipa funciona como um elemento positivo na gestão do stress, assim como o status profissional dos enfermeiros mais velhos, comparativamente aos mais novos.

Uma das conclusões a que chegamos após a revisão da literatura, e baseados nos resultados da fase diagnóstica, é que as intervenções utilizadas promovem a melhoria dos sintomas apresentados e apresentam uma redução do stress, independentemente das técnicas utilizadas.

Promover o bem estar e o funcionamento eficaz do individuo para consigo e para com os outros é promover a saúde mental. Para a OMS (2005)⁸ saúde mental é um estado de bem

⁸ COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – *Livro Verde – Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas. [Em linha] 2005 [Consultado

estar, onde o individuo pode lidar com o stress e trabalhar de forma produtiva para a comunidade e consegue lidar com as suas habilidades.

O objetivo dos programas de intervenção têm sido adaptar ou capacitar os indivíduos face ao ambiente em que estão inseridos, em vez de melhorar as condições de trabalho. No entanto, acreditamos que é possível melhorar o bem-estar, não só dos indivíduos, como também da organização.

Os programas de intervenção, baseados nas necessidades ao nível do local de trabalho, juntamente com uma atitude positiva dos trabalhadores e o seu compromisso de alcançarem o bem-estar, trilham o caminho do sucesso.

Enfrentamos tempos difíceis, tumultuosos, na saúde e na sociedade o que permite demonstrar como estes programas são necessários para minimizar, tanto quanto possível, o impacto negativo das atuais condições, nos recursos de bem-estar dos trabalhadores e organizações.

Na fase diagnóstica, baseados no Modelo de Adaptação de Roy, apercebermo-nos que 50% da amostra tinha a perceção da sua vulnerabilidade ao stress, sendo possível, através da entrevista avaliar o comportamento dos enfermeiros e os estímulos a que estão sujeitos, como respondem fisicamente ao ambiente, nas cinco necessidades básicas, nomeadamente no repouso e proteção. Percebemos ainda qual o seu comportamento a nível psicológico e espiritual.

O diagnóstico de enfermagem permitiu identificar os estímulos que influenciam o comportamento ineficaz do enfermeiro, sendo a partir desta avaliação possível delinear os objetivos que pretendemos atingir e as intervenções que facilitem a adaptação do indivíduo ao ambiente.

Todos temos características únicas, que vão afetar a forma como encaramos a vida e lidamos com o stress. A capacidade de reconhecermos as nossas preferências e conhecermos os nossos valores fundamentais, de forma positiva e versátil, é fundamental para manter a energia e satisfação no trabalho, assim como na nossa vida pessoal.

Sergeant e Chapman (2011) referem que os valores tornam-nos confiáveis e competentes e que dão às nossas necessidades significado e propósito. Quando os nossos valores e

necessidades não são atendidos em vez estarmos empenhados, estamos descompensados e as nossas emoções são negativas e a angústia instala-se. Os efeitos deste processo são sentidos pessoalmente, mas também pelas pessoas com quem nos relacionamos, nomeadamente pelos clientes.

Para estes autores desenvolver a resiliência permite-nos, a longo prazo, alcançar o sucesso, e também o bem-estar físico, emocional e mental. Neste contexto, pensamos que este conceito deve ser integrado em estudos futuros.

O stress organizacional não é um problema apenas da organização, mas sim um amplo problema social. Os custos do stress, a saúde coletiva e prosperidade das organizações, e dos seus trabalhadores são de grande importância para a sociedade como um todo.

As organizações necessitam de refletir sobre a prevenção do stress, não só como forma de reduzir ou conter os custos que advêm da influência dos agentes stressores sobre os indivíduos, como também, como forma de manter e melhorar a saúde da organização e aumentar a produtividade.

PARTE II - REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O Decreto-lei 74/2006 de 24 de março (e as suas sucessivas alterações) institui que, é o CMESMP⁹ que confere ao estudante competências profissionais diferenciadas para intervir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria.

A frequência do 2º Curso de Mestrado, que culmina na realização deste relatório, foi um percurso que teve como base a Enfermagem de Saúde mental e que nos permitiu refletir sobre as práticas, desenvolvendo competências para melhorar a qualidade dos cuidados prestados no contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

O mestrado em enfermagem permitiu, a aquisição de conhecimentos teóricos e de competências científicas, alicerçados na investigação e especificidades de prática profissional, nos diferentes contextos de intervenção.

O grau de mestre deverá conferir conhecimento especializado na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sendo um complemento às competências específicas do Enfermeiro Especialista.

Ao longo do curso refletimos sobre os nossos recursos pessoais, o que o CPLESMP nos capacitou para trilharmos determinado caminho, desenvolvendo a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e permitindo assim, gerir fenómenos de transferência e contratransferência e o impacto em nós próprios na relação terapêutica.

Assim, foi possível mobilizar competências já adquiridas, desenvolver conhecimentos e adotá-los para identificar problemas e selecionar as estratégias mais adequadas à sua resolução, de forma mais fundamentada.

Permitiu-nos compreender determinados conceitos e teorias relacionados com as ciências de enfermagem, quais as suas aplicações nos diferentes campos de intervenção.

⁹ Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Departamento de Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde – NUNES, Lucília; LOPES, Joaquim – Setúbal, 2011.

A elaboração do PIS permitiu-nos desenvolver a capacidade de analisar, conceber e implementar resultados de investigação e enquadrar os contributos da evidência para resolver problemas da práxis. Neste contexto foi possível ainda envolver os recursos do serviço e da instituição, como possíveis soluções na resolução da problemática estudada e desenvolvida neste relatório.

Mobilizar e integrar os conhecimentos adquiridos com o grau de mestre e as competências específicas de EEESMP irá permitir prestar melhores cuidados de enfermagem, satisfazendo as necessidades de cuidados das pessoas, grupos e comunidades.

1 – DEMONSTRA COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS NA CONCEÇÃO, GESTÃO E SUPERVISÃO CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No serviço de oncologia as intervenções de enfermagem realizadas ao cliente/família são desenvolvidas com uma visão holística.

A pessoa com doença oncológica tem um alto grau de complexidade, sendo necessário compreender de que forma as pessoas gerem o impacto da doença e dos tratamentos inerentes; como se poderá prevenir ou minimizar os efeitos secundários, que surgem no decurso dos diferentes tratamentos aí realizados, ou pelo estadio avançado da doença; como se atua num processo contínuo e num contexto de educação para a saúde, não esquecendo o suporte emocional, espiritual e psicossocial da pessoa com doença oncológica, e como estabelecer um plano de intervenção eficaz, que permita responder às necessidades do cliente e família.

A consulta de enfermagem é uma atividade autónoma, com base em metodologia científica, que permite formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação de problemas, elaborar e realizar um plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos clientes, em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem, no sentido de ajudar a pessoa, numa determinada fase do seu ciclo vital, a atingir a máxima independência na realização das atividades de vida (Andrade e Pereira, 2005).

É de salientar que é no decurso da consulta de enfermagem que é possível avaliar o indivíduo inserido no contexto familiar, social e económico, permitindo, assim, desenvolver um plano de cuidados que promova o processo de tomada de decisão.

O fato de termos escolhido Callista Roy, com o modelo adaptativo, para concetualizar este trabalho, ajudou-nos na tomada de decisão do planeamento da intervenções.

A Unidade Temática “Enquadramento conceptual em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria” permitiu-nos apropriar teorias e conceitos e integrá-los na prática de cuidados. O Modelo de Callista Roy foi escolhido para construir este PIS, no entanto, não podemos deixar de refletir que na nossa prática diária suportamo-nos em muitas outras teóricas que estão mais fidelizadas à enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Foi importante e fundamental encontrar um espaço onde fosse permitido a discussão do plano dos clientes/famílias, para que toda a equipa de enfermagem e multidisciplinar, fosse detentora de toda a informação necessária para o planeamento das intervenções, as reuniões mensais para discussão de casos clínicos.

Promoveu-se a articulação com as estruturas da comunidade e reuniões quinzenais com a equipa multidisciplinar de cuidados domiciliários, para que o planeamento das intervenções fosse o mais adequada possível às necessidades dos clientes e com o objetivo de dar continuidade aos cuidados.

O cuidar da equipa foi um aspeto fundamental, a adesão da equipa de enfermagem às intervenções planeadas, e o interesse da equipa multidisciplinar em integrar este projeto e desenvolver as diferentes atividades.

De salientar os contributos do curso de MESMP na promoção da saúde mental de todos os indivíduos, clientes e profissionais, com os aportes adquiridos nas aulas teóricas e estágios realizados, assim como os contributos das Unidades Curriculares de “Enfermagem” e “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria”

A conceção, gestão e supervisão clínica estão implícitas no processo de enfermagem desenvolvido neste relatório, devido à teórica de enfermagem escolhida para o concetualizar (Callista Roy e o Modelo Adaptativo de Roy).

Tal como referido anteriormente, este processo implica uma avaliação dos conhecimentos e comportamentos da pessoa, grupo ou comunidade, permite estabelecer os diagnósticos de enfermagem e as intervenções e a avaliação final pode levar a uma reavaliação. Se não houver evidência de uma adaptação eficaz, por parte do indivíduo deve-se realizar uma revisão dos diagnósticos de enfermagem e alteração das intervenções.

As situações complexas, com que diariamente nos deparamos nas avaliações realizadas, que implicam uma tomada de decisão no estabelecimento do diagnóstico e intervenções de enfermagem, só são possíveis se os enfermeiros tiverem bem identificados as suas emoções, sentimentos e valores pessoais e circunstanciais, que podem interferir na relação terapêutica com os clintes e/ou equipa multidisciplinar.

A tomada de decisão pressupõe que se encontre sustentada nos princípios éticos (autonomia, justiça, beneficência e não maleficência) e nos valores inscritos no Código Deontológico do Enfermeiro.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), o exercício profissional centra-se na relação entre o enfermeiro e a pessoa, cada um com o seu quadro de crenças e valores, onde o enfermeiro se distingue pela sua formação e experiência, que lhe permite respeitar o outro, numa perspetiva multicultural e de respeito pela diferença, abstendo-se de juízos de valor.

Uma das sugestões deste trabalho será integrar a supervisão da prática clínica como um processo orientado para o cuidar, sendo um espaço de partilha, reflexão, orientação, suporte, formação e ajuda, com o objetivo de promover a tomada de decisão e a autonomia dos profissionais de enfermagem, o que pode ser possível com a implementação do Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2010).

2 – REALIZA DESENVOLVIMENTO AUTÓNOMO DE CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS AO LONGO DA VIDA E EM COMPLEMENTO ÀS ADQUIRIDAS

O CMESMP faz parte de um ciclo, faz parte do projeto pessoal e profissional, que se iniciou com a PGSM, CPLESMP e por fim o CMESMP.

Relativamente à competência específica do EESMP destacamos a F1 *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”*¹⁰.

A realização do CMESMP contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, em que a Unidade Curricular “Narrativas de vida para os cuidados de enfermagem” permitiu-nos tomar consciência de nós mesmos, onde percebemos que sentimentos, emoções, valores e outros fatores pessoais, podem interferir na relação terapêutica.

O autoconhecimento implica que haja uma tomada de consciência da nossa personalidade, de como somos e estamos na profissão, na vida, de como cuidamos. Reconhecermos as nossas resistências, fragilidades e potencialidades e refletirmos sobre como nos integramos no processo terapêutico.

Este projeto de autoformação na aquisição e desenvolvimento de novas competências, mobiliza os recursos pessoais e convoca para todo este processo as competências profissionais anteriormente adquiridas com o CEESMP, assim como os conhecimentos e competências adquiridas ao longo da vida.

No Código Deontológico do Enfermeiro, na alínea C do Artigo 88º, da excelência do exercício, o enfermeiro assume o dever de *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas.”*¹¹.

O dever, a que anteriormente nos referimos, implica a frequência de cursos, congressos e reuniões científicas, assim como a atualização constante, através da leitura de artigos científicos que vão sendo publicados.

¹⁰ Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental – Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, outubro, 2010

¹¹ Código Deontológico do Enfermeiro – Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2009

Durante este percurso foi também possível a publicação de um artigo, em coautoria, no E-Book da Sociedade Portuguesa de Saúde Mental (2011) (APÊNDICE 7), com o tema “ *O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria – a transversalidade do cuidar*” (Banha, Luís e Vilar, 2011).

O Hospital onde o estudo se desenvolveu e onde o dinamizador do projeto trabalha, investiu recentemente numa base de dados científica, de acesso a todos os profissionais de saúde, que vem facilitar e incentivar a pesquisa e conseqüentemente a autoformação como forma de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3 – INTEGRA EQUIPAS DE DESENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR DE FORMA PROATIVA

Trabalhar em equipa oferece mais vantagens do que desvantagens, segundo vários autores. No entanto, é um método de trabalho pouco utilizado (apesar de trabalharmos todos, em teoria, inseridos numa equipa), tal como foi pensado, ou seja, otimizando as competências de cada profissional, com maior motivação pelos objetivos a que nos propomos atingir, realizando o trabalho de uma forma mais eficiente e eficaz, mas respeitando as competências e o tempo do outro. As competências complementam-se melhorando a qualidade dos cuidados prestados e a resposta às necessidades da pessoa.

Segundo a OE (2001:9) *“o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional.”*. Neste contexto distinguem-se dois tipos de intervenções, as interdependentes e as autónomas.

A capacidade de ser proativo resulta de um elevado investimento em formação, e na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, e implica um elevado conhecimento de si, tal como referido anteriormente.

A formação, a aquisição de conhecimentos, proporciona um domínio dos conceitos, teorias e saberes práticos, dando visibilidade à capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos multidisciplinares.

O Mestre em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, pelas competências anteriormente referidas, é um perito na sua área de intervenção, o que na prática se torna visível quando solicitado pelos pares, enfermeiros e por outros profissionais de saúde, na resolução de problemas, num contexto alargado de multidisciplinaridade, como consultor ou prestador de cuidados.

“O domínio de um conjunto especializado de aspetos da prática Clínica não qualifica necessariamente o profissional para ser reconhecido como um perito. A ciência e a tecnologia promovem o desenvolvimento (...), mas sem uma tradição coerente que tenha socialmente reconhecidos padrões de prática e noções de boas práticas, os profissionais não saberão como avaliarem ou prosseguirem o desenvolvimento da ciência e das tecnologias. Não é uma questão de escolha, (...), mas de se saber como se relacionam ambos.”¹²

¹² BENNER, Patricia – *De Iniciado a Perito – excelência e poder na prática Clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001:14. ISBN 972-8535-97

Para o desenvolvimento desta competência foram fundamentais os contributos das Unidades Curriculares de “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria”, “Enfermagem de Saúde Mental Infanto-Juvenil”, “Enfermagem de Saúde Mental no Adulto e Idoso”, “Enfermagem de Saúde Mental na Maternidade” e “Enfermagem de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial”, assim como os momentos de reflexão que ocorreram ao longo deste percurso.

A Unidade Temática “Gestão do Stress” influenciou a escolha do tema face ao problema identificado na fase de diagnóstico do PIS. Foi o início de um longo percurso, onde se fez muita pesquisa, aquisição de conhecimentos, apropriação de conceitos e desenvolvimento de competências.

É uma prioridade EEESMP a aplicação da metodologia de gestão de caso, para que o cliente se aproprie de mais recursos para melhorar a sua qualidade de vida. As Unidades Temáticas que integraram estes conceitos foram “Enfermagem de Saúde Mental a Clientes com Problemas de Adição” e “Supervisão Clínica”.

A metodologia de gestor de caso, atualmente em desenvolvimento na prestação de cuidados a clientes com problemas de adição (Lopes e Sequeira, 2009), é passível de ser adequada a outros contextos, permitindo assim ao enfermeiro ter uma maior autoestima profissional, maior reconhecimento por parte da equipa multidisciplinar, mais motivação e maior consciência das necessidades de formação, como forma de melhorar os cuidados; ao doente maior adesão ao projeto de cuidados e ganhos em saúde nas necessidades humanas básicas, promoção do bem estar de acordo com as necessidades que o cliente apresenta e permite ainda encaminhamento para outros serviços de saúde.

Para a equipa multidisciplinar existe uma maior valorização da informação recolhida durante o acolhimento, permite perceber quais as necessidades de cuidados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Pensamos, no entanto, que não estando este modelo validado para outros contextos, o modelo de enfermeiro de referência é o que mais se aproxima da metodologia de gestor de caso, e que pode ser fundamental na articulação com estruturas da comunidade e planeamento da continuidade de cuidados. Neste contexto foram importantes os contributos da Unidade temática “Enfermagem de Saúde Mental Comunitária e Familiar”.

4 - AGE NO DESENVOLVIMENTO DA TOMADA DE DECISÃO E RACIOCÍNIO CONDUCENTES À CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DE ARGUMENTOS RIGOROSOS

De acordo com a OE (2001:10) *“A tomada de decisão que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (...). (...) No processo de tomada de decisão em enfermagem (...), o enfermeiro incorpora os resultados de investigação na sua prática.”*.

A tomada de decisão implica a reflexão sobre a prática e saber sobre o agir (Nunes, 2006)¹³. A reflexão sobre a prática, monitorização e avaliação dos resultados permitiu-nos perceber se as nossas intervenções resultaram em ganhos em saúde.

O PIS, permitiu também desenvolver esta competência. Só após sermos conhecedores dos fatos podemos fazer o julgamento e escolher entre as alternativas, ou seja, tomar a decisão. Este processo permitiu desenvolver intervenções dirigidas a um problema que foi identificado e anteriormente descrito. Segundo Nunes (2006) a decisão é a escolha entre as alternativas e o julgamento é a avaliação das alternativas, são dois conceitos interligados quando falamos da prática de enfermagem e frequentemente discutidos como uma entidade única.

Este percurso permitiu desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da melhoria da qualidade de cuidados prestados e da sua gestão, assim como no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O processo de tomada de decisão encontra-se desenvolvido num enfermeiro proficiente, mas está totalmente presente num enfermeiro perito, sendo um elemento facilitador na gestão de situações complexas.

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” ¹⁴.

¹³ NUNES, Lucília – *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, 2006.

¹⁴ Código Deontológico do Enfermeiro – Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2009:15

5 - INICIA, CONTRIBUI E/OU SUSTENTA INVESTIGAÇÃO PARA PROMOVER A PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA

Uma das finalidades da realização deste PIS é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros, que foram amostra deste estudo.

A evidência científica mais recente e a análise, conceção e implementação dos resultados de investigação, podem ser um contributo para a resolução da pergunta de partida, logo um contributo para a melhoria da prática de cuidados.

O tema do trabalho está diretamente ligado à área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Como projeto de investigação esperamos que seja um contributo para que novos projetos surjam nesta área.

Ao longo deste percurso seguimos as fases da metodologia de projeto, sustentada em artigos científicos e peritos na área, o que facilitou o seu desenvolvimento.

Após escolhermos a problemática em estudo e termos uma pergunta de partida, durante a fase diagnóstica aplicamos instrumentos validados para a População Portuguesa, que permitiram dar resposta à pergunta inicialmente colocada.

A fase de planeamento foi realizada baseada nos resultados da fase de diagnóstico e na evidência científica, em estudos anteriormente realizados, que permitiram juntamente com os resultados obtidos desenvolver estratégias de intervenção e métodos de avaliação, para dar resposta aos objetivos do trabalho.

Com este trabalho, não só apresentamos os resultados obtidos no PIS, mas também procedemos à divulgação dos resultados através de um artigo, permitindo à comunidade científica ter mais uma ferramenta que permita ter um olhar sobre a prevenção do stress dos enfermeiros e operacionalizá-los nos seus contextos.

Mobilizamos os conceitos adquiridos nas Unidades Temáticas como “trabalho de Projeto”, “Ética e Investigação”, “Direito em Saúde”, “Economia e Políticas de Saúde” e “Métodos de Tratamento de Informação”.

Ao longo deste processo desenvolvemos competências como enfermeiros dinamizadores do projeto de investigação. Os enfermeiros são cuidadores, com capacidade de reflexão, que devem reconhecer as práticas que transmitem segurança, não só na tomada de decisão, mas

também na prática de cuidados, mas que se não forem cuidados todo este processo ficará comprometido.

A investigação permite parar para refletir sobre as práticas; melhorar a qualidade dos cuidados prestados, baseados na evidência e adquirir conhecimentos que permitam mobilizar competências anteriormente adquiridas.

6 - REALIZA ANÁLISE DIAGNÓSTICA, PLANEAMENTO, INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO NA FORMAÇÃO DOS PARES E COLABORADORES, INTEGRANDO FORMAÇÃO, A INVESTIGAÇÃO, AS POLITICAS DE SAÚDE E A ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE EM GERAL E EM ENFERMAGEM EM PARTICULAR

O percurso profissional desenvolvido até ao presente momento, permitiu que adquiríssemos competências a este nível. Destacamos o curso de formação de formadores, que permitiu a aquisição de competências ao nível da pedagogia e da análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação em formação e o facto de no seu serviço exercer as funções de enfermeiro formador, desde 2003, com responsabilidades ao nível da formação em serviço e da formação em contexto de trabalho.

Após ter sido diagnosticado o problema que levaria a elaboração do PIS, foram realizadas várias ações de formação que veem fundamentar tudo o que anteriormente foi referido neste relatório e o porquê deste tema ter tanta importância para quem trabalha num serviço de oncologia.

Foi elaborada e aceite a candidatura aos programas de fundo comunitários do POPH, do Curso Básico de Cuidados Paliativos, no sentido de, no local de trabalho, ser ministrada formação que permita aos enfermeiros desenvolver competências nas áreas relacionais e comunicacionais, para que desenvolvam estratégias de adaptação a um contexto identificado como sendo muito stressor.

A orientação de estudantes em ensino clínico, e de cursos de especialização, permite integrar os contributos anteriormente referidos, mas também, durante este percurso formativo, integrar as políticas de saúde que se relacionam com este contexto de trabalho.

A publicação de um artigo científico como forma de divulgar o PIS desenvolvido, tal como foi referido anteriormente, poderá ser um contributo para o desenvolvimento de outros projetos, e que os profissionais de saúde passem, também, a ser clientes dos cuidados de enfermagem dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença mental.

Pensamos, após reflexão das Competências de Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria, ter conseguido demonstrar e mobilizar as competências desenvolvidas ao longo de todo o percurso académico e ao longo da prática clínica de enfermagem.

As Unidades Temáticas de “Economia e Políticas de Saúde”, “Psicologia das Organizações” e “Capacitação e Saúde Global”, permitiu-nos mobilizar conhecimentos para atingir esta competência.

CONCLUSÃO

Este relatório permitiu dar a conhecer o percurso percorrido ao longo do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátria. Neste contexto este documento faz a síntese, não só do PIS, como também da análise das competências do Mestre.

O PIS permitiu-nos perceber se os enfermeiros do serviço de oncologia tinham a perceção da vulnerabilidade ao stress, e após a análise do diagnóstico e reflexão sobre as teóricas de enfermagem, evidência científica e a problemática do stress, identificar os agentes indutores de stress e delinear as intervenções, não só individuais, mas também organizacionais.

A arquitetura de um trabalho de projeto ajudou a traçar um caminho onde a reflexão esteve sempre na base de todas as intervenções. Com o trabalho de projeto foi possível construir uma ponte entre a teoria e a prática, ou seja, através do suporte fornecido pelo conhecimento teórico foi possível realizar um projeto de intervenção aplicado a uma situação real de um local de estágio.

Durante este percurso os enfermeiros sentiram-se valorizados, cuidados, pelo que este PIS se revelou de maior importância, não só no desenvolvimento de estratégias para redução do stress, mas também para a manutenção e/ou melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Pensamos ter atingido as competências do Mestre nas suas unidades de competências, mobilizando saberes teóricos e práticos, suportados na evidência e na prática profissional.

No processo de cuidar, o enfermeiro tem um trabalho árduo e simultaneamente gratificante. O enfermeiro é valorizado pelas suas competências técnicas, pela empatia e relação de ajuda, como intervenção autónoma sempre presente para satisfazer as necessidades dos doentes, mas também é uma pessoa em que os valores, crenças, sentimentos e histórias de vida são presentes.

Pensamos que este trabalho nos proporcionou um caminho, a pesquisa científica, a experiência profissional, o bom senso, leva a um maior conhecimento, a uma maior capacidade de agir eficazmente em determinadas situações. Neste sentido o Modelo Adaptativo de Roy facilitou-nos a compreensão deste percurso porque admite que o indivíduo é um sistema com capacidade de se adaptar, que os recursos internos podem levar a alterações no ambiente e que essas mudanças poderão interferir no processo de adaptação.

Tal como a Ordem dos Enfermeiros, no documento dos Padrões de Qualidade, este modelo baseia-se em quatro elementos essenciais, a Pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem. Integra o processo de enfermagem, orientando a prestação de cuidados e a prática clínica, nas fases de avaliação dos comportamentos e estímulos, do diagnóstico que facilita a ação do enfermeiro, das intervenções e na (re) avaliação, tendo como finalidade melhorar os cuidados de enfermagem, estabelecer diagnósticos de enfermagem com base nas necessidades e melhorar a comunicação intra e interdisciplinar, promovendo o processo de adaptação.

A enfermagem é uma arte e uma ciência, que se revela pelos diferentes saberes e na prática do cuidar e procura a excelência nos cuidados prestados, encontrando na investigação contributos preciosos para o desenvolvimento do conhecimento.

Assim, com um elevado autoconhecimento do “EU”, integrando as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátria, o Mestre está apto a refletir sobre a prática de cuidados, desenvolver estratégias e intervenções adequadas para a redução do stress, resultante do ambiente em que estamos inseridos na prática diária do cuidar.

Chegados a esta fase existe uma ambiguidade de sentimentos, por um lado confrontamo-nos com a satisfação de vermos todo o nosso esforço materializado, algo que parecia difícil de concretizar e que em determinadas fases foi um caminho difícil, tortuoso e muito só. Por outro lado, fica o sentimento do percurso académico ter terminado, mas temos o compromisso de dar continuidade prática e cumprir os objetivos a que nos propusemos.

Este percurso permitiu-nos crescer como pessoas e como profissionais, na vida e na equipa.

Referências Bibliográficas

- 📖 ALARCÃO, Madalena – *(Des) equilíbrios familiares*. Coimbra: Edições Quarteto, 3ª Ed., 2006. ISBN 989-558-067-3
- 📖 ANDRADE, Fernanda; PEREIRA, Luís – *Contributo da consulta de enfermagem na educação do idoso diabético*. NURSING.Nº 196.Fevereiro 2005.
- 📖 BARDIN, Laurence – *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, LDA, 2004. ISBN 972-44-1214-8
- 📖 BENNER, Patricia – *De Iniciado a Perito – excelência e poder na prática Clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97
- 📖 BENNETT, Paul; MURPHY, Simon – *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, setembro, 1999. ISBN – 972-8449-48-8
- 📖 BENOIT, J.C. – *Tratamento das perturbações familiares*. Lisboa: Climepsi Editores, 1997. ISBN – 972-8449-00-3
- 📖 BRACONNIER, Alain; MARCELLI, Daniel – *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores, 2000. ISBN – 972-8449-56-9
- 📖 COUVREUR, Chantal - *A qualidade de vida*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-83383-21-5
- 📖 DELBRONCK, Michel – *Síndrome de exaustão (Burn-out)*. Lisboa: Climepsi Editores, dezembro, 2006. ISBN 972-796-228-9
- 📖 DIAS, Maria do Rosário *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Climepsi Editores, junho 2005. ISBN 972-796-178-9
- 📖 HESBEEN, Walter – *Cuidar no hospital, enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8
- 📖 LAUTERT, Liana – *O desgaste profissional dos enfermeiros. Salamanca, Faculdade psicologia*. Tese de doutoramento em psicologia, 1995
- 📖 LEAL, Maria Felisbela Pinto – *Stress e burn-out*. Porto: Laboratórios Bial, 1998.
- 📖 MARQUES, et al – *Reações emocionais à doença grave*. Coimbra: Edições Psiquiatria Clínica, dezembro 1991
- 📖 MATOS, António Coimbra de – *Mais amor, menos doença, a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi editores, 2003. ISBN – 972-796-078-2
- 📖 MOREIRA, Paulo; MELO, Ana – *Saúde mental, do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora, 2005. ISBN – 972-0-34751- 1

- 📖 NEVES, M. Patrão – *Ética e experimentação humana: novas vulnerabilidades*. Cadernos de Bioética, Ano XVII, Nº 42, dezembro, 2006.
- 📖 PACHECO, Susana – *Cuidar a pessoa em fase terminal*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-30-4
- 📖 PINTO, Alexandra Marques; SILVA, Adelina Lopes – *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores, novembro, 2005. ISBN 972-796-197-5
- 📖 POLIT, F. Denise; HUNGLER, P. Bernadette - *Fundamentos de pesquisa de enfermagem*. 3ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. CDU 616-083
- 📖 QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina – *Burn-out no trabalho e conjugal em enfermeiros Portugueses*. Coimbra: Formasau, fevereiro, 2005. ISBN 972-8485-47-6
- 📖 QUEIROZ, A. Albuquerque; MEIRELES, M. Amélia; CUNHA, S. Raquel – *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-38-7
- 📖 RIBEIRO, José Luis Pais – *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA, julho 1998. ISBN 972-8400-07-1
- 📖 RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida e NUNES, Lucília. – Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. In Revista Percursos nº 15 janeiro - março 2010. ISSN 1646-5067.
- 📖 SANTOS, Célia – *Doença oncológica*. Porto: Formasau, dezembro 2006. ISBN 972-8485-77-8
- 📖 SERRA, Adriano Vaz – *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra, 2ª Edição, 2002.
- 📖 SERRA, Adriano Vaz – *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale e Vale Editores, Ida, 2003. ISBN 972-8652-15-1
- 📖 SOUSA, Liliana – *Sobre... vivendo com cancro: o doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores, maio 2007. ISBN 978-972-796-271-6
- 📖 STORA, Jean Benjamim – *O stress*. Porto: Coleção Rés Editora, 1990.
- 📖 STRECHT, Pedro – *Interiores, uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assirio Alvim Editores, 2ª ed., 2002. ISBN – 972-37-0651-2
- 📖 TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOG, Martha Raile – *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência, 5ª ed., 2002. ISBN 972-8383-74-6

Referências Eletrónicas

- ABREU, Sónia Guadalupe - *A saúde Mental e o apoio social na família do doente oncológico*. Programa de Doutoramento em Saúde Mental - [Em linha] 2011 [Consult. 29 Abr. 2011]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/16133>
- ALTUN – *Burnout and Nurses' Personal and Professional Values* - [Em linha] 2011 [Consult. 29 Abr. 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12035432>
- ADMI, H.; EILON, Y.M. – *Stress among Charge Nurses: Tool Development and Stress Measurement*. Revista Nursing Economics [em linha] May/June 2010/Vol.28/Nº 3 - [Consult. 12 Jun.2012]. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20672537
- ALMEIDA, H. - *Comunicação, Stresse e Estratégias de adaptação nos Enfermeiros do Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, EPE* - [Em linha] 2009 [Consult. 24 Abr. 2013]. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Cultural. Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17916/1/Tese_Helder%20Almeida.pdf
- AMARAL, J.P. – *Como fazer uma pesquisa bibliográfica* – [Em linha] 2007 [Consult. 24 abril 2013]. <http://200.17.137.109:8081/xiscanoe/courses-1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>
- BRANDÃO, Jorge - *O que são, para que servem e como funcionam os grupos Balint?* Revista Prática Médica, nº 4, abril - [Em linha] 2000 [Consult. 29 Abr. 2011]. Disponível em <http://www.vfbm.com/jmf/000-009/004/004-4445.pdf>,
- BATISTA, P – *Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia* – [Em linha] 2008 [Consult. 29 Abr. 2011]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19398/2/Paula%20Batista%20Mestrado%202008.pdf>
- CASMARRINHA, Manuela - *Necessidades dos Familiares do Doente Oncológico em Fim de Vida dos Sentimentos às Necessidades* - [Em linha] 2008 - Mestrado em oncologia [Consult. 24 Abr. 2011]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7169/2/TESE%20DE%20MESTRADO%20%20Familiares%20do%20Doente%20Oncolgico%20em%20fim%20de%20Vida%20dos%20Sentimentos%20s>
- CITERO, et al - *Interconsulta psiquiátrica e oncologia: interface em revisão* - Centro de Estudos Departamento de Psiquiatria - UNIFESP/EPM, Volume 34, número 4. [Em linha] 2001/2002 [Consult. 10 Abr. 2011]. Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial01.htm>
- COELHO, S; MENDES, I. - *Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy* – Esc. Anna Nery [Em linha] 2011 [Consult. 29 Abr. 2013]; 15 (4):845-850 – disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci
- COOPER; CARTWRIGHT – *An intervention strategy for workplace stress* - [Em linha] 1997

[Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9263926>

☞ COUTINHO - *Aspetos metodológicos da investigação em tecnologia educativa em portugal (1985-2000)* – [Em linha] 2006 [Consult. Em 29- Abril-2013]. Disponível em

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6497/1/Clara%2520Coutinho%2520AFIRESE%25202006.pdf>

☞ COSTA, Isabel - *Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros* - Dissertação de Mestrado - [Em linha] 2009 [Consult. 29 Abr. 2011]. Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/13505/1/Tese_mestrado_Isabel%20Costa.pdf

☞ CRESPO, S – *Histórias de vida e a doença oncológica terminal* – Dissertação de mestrado em oncologia – [Em linha] 2009 [Consult. 29 abril 2013]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20104/2/HISTORIAS%20DE%20VIDA%20E%20A%20DOENCA%20ONCOLOGICA%20TERMINAL.pdf>

☞ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *Relatório mundial da saúde - saúde mental: nova conceção, nova esperança*. -. OMS ISBN 972-675-082 - [Em linha] 2002 [Consult. 10 Abr. 2011]. Disponível em <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01>

☞ EKEDAHL, M.; WENGSTRO Y. - *Nurses in cancer care—coping strategies when encountering existential issues* - [Em linha] 2006 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16126004>

☞ FARIA e MAIA – *Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia* - [Em linha] 2007 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600012&script=sci_arttext&tlng=pt

☞ FEARON, C.; NICOL, M. – *Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff* - [Em linha] 2011 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22259967>

☞ GLASBERG, A.L.; ERIKSSON, S.; NORBERG, A. – *Burnout and “stress of conscience” among healthcare personnel*. Revista JAN [em linha] 2007. [Consult. 12 JUN 2012]. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17291203

☞ GOMES et al - *Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses*. [Em linha] 2009. [Consult. 12 maio 2013]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10624>

☞ GRAZZIANO; BIANCHI, F. - *Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros* - [Em linha] 2003 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/24432/3/Impacto%20do%20stress%20ocupacional%20e%20burnout%20para%20enfermeiros.pdf>

☞ ISIKHAN et al - *Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients* - [Em linha] 2004 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15304231>

- ☞ KEMPER K.; BULLA, S.; KRUEGER, D.; MCCOOL, J.; GARDINER, P. – *Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress*. Revista BMC Complementary and Alternative Medicine [em linha] 2011, 11:26. [Consult. 26 Jun. 2012]. Disponível em www.biomedcentral.com/1472-6882/11/26
- ☞ KOVÁCS et al - *Is emotional dissonance more prevalent in oncology care? Emotion work, burnout and coping* - [Em linha] 2009 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19823972>
- ☞ KRAVITS, K.; BLACK, R.M.; GRANT, M.; KIRK, C. – *Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and prevention of burnout*. Revista Nursing Research 23 [em linha] (2010) 130-138. [Consult. 11 Jun. 2012]. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20643322
- ☞ LEITE, Elvira; SANTOS, Milice - *A Área de Projeto e a Metodologia de Trabalho de Projeto: da intenção à concretização*. In *Nos Trilhos da Área de Projeto*. [Em linha] 2004. [Consult. 29 Mar. 2011]. Disponível em http://www.des.min-edu.pt/inovbasic/biblioteca/excertos/area_projeto_parte_2.doc
- ☞ LOBATO - *Projetando para o insight*, January 4th, Published in *Cognição Aumentada, Design da Informação, Psicologia, Visualização*. [Em linha] 2010, [Consult. 29 Mar. 2011]. Disponível em <http://www.lucianolobato.com.br/?p=586>
- ☞ LOPES, Joaquim - *O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento* - Artigo de Investigação. [Consult. 02 Mai. 2011]. Disponível em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Text6Vol16_n1E.pdf
- ☞ LOPES, Joaquim; SEQUEIRA, Ana - *Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efetiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência* – [Em linha] 2009 [Consult. Em 22 de abril de 2013]. Disponível em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2009/1/Toxico_N1_2009_6.pdf
- ☞ MATOS, Maria Amélia Ferreira de - *Informação ao doente oncológico: validação da versão portuguesa do questionário EORTC QLQ-INFO26- Dissertação de Mestrado*- [Em linha] 2010 [Consult. 14 Abr. 2011]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/2700>
- ☞ MACINTYRE et al – *Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros* – Revista Análise Psicológica [em linha] (1999), 3 (XVII): 513-527. [Consult. 30 Jun 2012]. Disponível em www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870
- ☞ MACKERETH et al - *Improving stressful working lives: complementary therapies, counselling and clinical supervision for staff* - [Em linha] 2005 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15944107>

- MASLACH, C.; SCHAUFELI, B.; LEITER, M. – *Job burnout*. Revista Annual Review of Psychology [Em linha] 2001. [Consult. 14 JUN 2012]. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11148311
- McGuire, A; Gretchen L - *Running head: Modelo de Adaptação. Irmã Callista Roy. Modelo de Adaptação* – [Em linha] 2009 [Consult. Em 29 de abril 2013]. Disponível em https://www.google.pt/?gws_rd=cr&ei=C_QqUvDNM4mQtAbnhYCYBw#q=roy+adaptation+model+pdf
- McVICAR A. - *Workplace stress in nursing: a literature review*- [Em linha] 2003 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14651686>
- MURCHO, N. – *Mal estar e bem estar em enfermeiros: levantamento da situação e perspetivas de intervenção* – Dissertação de Doutoramento – [Em linha] 2010. [Consult. 30 JUN 2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.1/1556>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Criação de base de dados de trabalhos de investigação em enfermagem* [Consult. 24 Abr. 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/42_ROE28.pdf
- ORLY, et al – *Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses?* - [Em linha] 2012. [Consult. 30 maio 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21454051>
- PACHECO, José – *Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde – Tese de Doutoramento* – [Em linha] 2005. [Consult. 30 JUN 2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.1/738>
- PETTERSON; ARNETZ - *Psychosocial stressors and well-being in health care workers. The impact of an intervention program* - [Em linha] 1998 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9877346>
- PIRES, Adriana Pacheco - *Comunicação de Más Notícias*. [Em linha] 1998 [Consult. 10 Abr. 2011]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/masnot.htm>
- REBELO, F. - *Burnout em oncologia* – [Em linha] 2011 [Consult. 24 Abr. 2013]. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Disponível em <http://run.unl.pt/handle/10362/9308>
- RIBEIRO, Jorge – *Autonomia profissional dos enfermeiros*. [Em linha] 2011 [Consult. 24 Abr. 2012]. - Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20083/2/AUTONOMIA%20PROFISSIONAL%20DOS%20ENFERMEIROS%20JORGE%20.pdf>
- RODRIGUES; CHAVES – *Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia* – [Em linha] 2008 [Consult. 24 Abr. 2012]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_03.pdf

ANEXOS

“Avaliar a percepção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress dos enfermeiros de um serviço de oncologia de um hospital geral polivalente”

Idade: 20-30 anos 31-40 anos 41-50 anos 51-60 anos

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado União de facto

Viuvo Outros _____

Nº de Filhos: _____

Vinculo à instituição: Contrato a termo certo Contrato sem termo

Funcionário público

Tempo de exercicio profissional: < 5 anos 5-10 anos 10-15 anos

15-20 anos >20 anos

Tempo de serviço no serviço de oncologia: < 2 anos 2-5 anos

6-10 anos >11 anos

Tem antecedentes pessoais de vulnerabilidade ao stress? Sim Não

Tem antecedentes familiares de vulnerabilidade ao stress? Sim Não

Qual a razão porque escolheu o serviço de oncologia para exercer a sua profissão?

Mudaria de local se houvesse essa possibilidade? Sim Não

Se a sua resposta foi “SIM” qual o serviço que escolheria?

“Avaliar a perceção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress dos enfermeiros de um serviço de oncologia de um hospital geral polivalente”

ESCALA 23 QVS

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo Nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1 . Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	0	1	2	3	4
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	4	3	2	1	0
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	0	1	2	3	4
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades	0	1	2	3	4
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia a dia	4	3	2	1	0
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	0	1	2	3	4

7. Dou e recebo afeto com regularidade	0	1	2	3	4
8. É raro deixarme abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	0	1	2	3	4
9. Perante as dificuldades do dia a dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	4	3	2	1	0
10. Sou um individuo que se enerva com facilidade	4	3	2	1	0
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	4	3	2	1	0
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	4	3	2	1	0
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	4	3	2	1	0
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades	4	3	2	1	0

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo Nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	4	3	2	1	0
16. Fico nervoso e aborrecido quando me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	4	3	2	1	0
17. Há em mim aspetos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	4	3	2	1	0
18. Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	4	3	2	1	0
19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	4	3	2	1	0
20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos	0	1	2	3	4

desagradáveis que lhe ocorrem					
21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	4	3	2	1	0
22. Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	4	3	2	1	0
23. sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	4	3	2	1	0

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - ARTIGO

**“CUIDAR DOS ENFERMEIROS – UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA
REDUÇÃO DO STRESS”**

Cuidar dos Enfermeiros – Um projeto de Intervenção para redução do stress

BANHA, Paula Cristina Coelho ¹⁵

LOPES, Joaquim Manuel ¹⁶

Resumo

A enfermagem é uma profissão do cuidar, relaciona competência e o exercício profissional inserido em determinados contextos. Os enfermeiros são atores do processo de mudança e os contextos, aos quais os enfermeiros se têm de adaptar, são um imperativo ao desenvolvimento de competências.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação do enfermeiro com as pessoas, onde ambos têm o seu quadro de crenças e valores, influenciados pelo ambiente em que vivem.

Seguindo a metodologia de projeto a problemática identificada no âmbito do Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) foi o cuidar da equipa de enfermagem, num local onde a relação e a comunicação são o foco central dos cuidados.

Este PIS tem como objetivo conhecer a perceção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress dos enfermeiros de um serviço de oncologia de um hospital geral polivalente e propor estratégias de intervenção na prevenção do stress.

Para a realização deste trabalho foram aplicados instrumentos de colheita de dados e os resultados deste PIS foram analisados à luz da literatura, do Modelo Adaptativo de Roy, que tendo como elementos essenciais a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem e integrando o processo de enfermagem permitiu-nos orientar a prestação de cuidados e a prática clínica.

Este artigo permite dar visibilidade ao percurso realizado no desenvolvimento do PIS, e apresenta como objetivo principal dar a conhecer os resultados do estudo realizado.

¹⁵ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – paulacristinacb@gmail.com

¹⁶ Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Doutoramento em Enfermagem – Joaquim.lopes@ess.ips.pt

Palavras-chave: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Metodologia de Projeto, Cuidar da pessoa com doença oncológica, Vulnerabilidade, Stress.*

Abstract

Nursing is a profession of caring, it relates competence to professional practice inserted into certain contexts. Nurses are the agents of change and the contexts the nurses have to adapt to are imperative to skill development.

According to the Order of Nurses, the professional nursing practice focuses on the relationship of the nurses with people, where both have their framework of beliefs and values, influenced by the environment they live in.

Following project methodology, the problem identified within the Project Intervention Service (PIS), was taking care of the nursing staff, in a place where respect and communication are the central focus of care.

This PIS aims to know the nurses' perception of personal vulnerability to stress in an oncology service of a polyvalent general hospital, and propose strategies of intervention and prevention of stress.

For this work, data collection instruments were used, and the results of this PIS were analyzed according to the literature, Roy's Adaptive Model, which by having as essential elements the person, the environment, health and nursing, and by integrating the nursing process, allowed us to guide the delivery of care and clinical practice.

This article gives visibility to the route taken in the development of PIS, and has as main objective to disseminate the results of the study.

Keywords: *Nursing of Psychiatric and Mental Health, Project Methodology, Care of the oncology patient, vulnerability, stress.*

1 - INTRODUÇÃO

A carga emocional sentida pelos profissionais dos serviços de oncologia está amplamente publicada em artigos científicos. É tempo de pensar nos profissionais, “cuidar de quem cuida”, “cuidarmo-nos”, ter também como um dos principais objetivos a motivação, o bem-estar dos profissionais para que, conseqüentemente, haja uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Os profissionais ligados ao cuidar estão mais suscetíveis ao stress, pelo que é importante conhecer se os enfermeiros têm percepção da sua vulnerabilidade ao stress, quais os sinais de alarme e se as estratégias que utilizam são suficientes para manterem o equilíbrio, de forma a manterem a qualidade dos cuidados prestados.

Para concretizar este objetivo, foi realizado um estudo num serviço de oncologia de um hospital geral polivalente. Considerando este contexto e a literatura disponível, utilizamos a metodologia de projeto, através da realização do Projeto de Intervenção no Serviço (PIS). O PIS permitiu refletir sobre esta prática, de forma sistemática, identificando o problema e a sua resolução, com base numa evidência sustentada pela investigação (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Segundo Leite e Ribeiro dos Santos (2004) Implementar projetos provoca o confronto do indivíduo com as exigências de implicação pessoal, sendo uma metodologia que potencia a formação pessoal e social, permitindo aprender qual o significado que o processo tem para o indivíduo, não só ao nível cognitivo, como também ao nível afetivo, emocional e social.

Estabelecemos como objetivo deste PIS, conhecer a percepção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress dos enfermeiros de um serviço de oncologia de um hospital geral polivalente e propor estratégias de intervenção na prevenção do stress.

Para dar suporte a este estudo a revisão da literatura incidiu sobre o cuidar da pessoa com doença oncológica, vulnerabilidade ao stress, stress, coping e burnout.

2 - CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

O diagnóstico de doença oncológica e a palavra cancro, são sinónimos de medo, mitos, dúvidas para os doentes, familiares e cuidadores, sendo imprescindível a intervenção dos enfermeiros, o mais precocemente possível (Crespo, 2009).

O medo pode ser responsável pela existência de grande sofrimento psíquico, não se restringindo apenas ao doente, mas, em muitos casos, estendem-se a familiares, amigos, colegas e mesmo à própria equipa de saúde, responsável pelo tratamento (Crespo, 2009).

O doente tem que recorrer aos seus recursos individuais, ao suporte social existente e à assistência profissional personalizada, para conseguir reduzir o confronto emocional (Dias, 2005).

Para Kovacs et al (2009) é grande a carga emocional sentida pelos profissionais dos serviços de oncologia. A relação de confidencialidade que se desenvolve com os doentes, através da relação interpessoal, implica a gestão das emoções das pessoas, mas também a gestão das suas próprias emoções.

Cuidar implica manter a esperança, uma esperança realista, mas que mantenha objetivos para continuar a lutar pela sua qualidade de vida.

3 - VULNERABILIDADE

Vulnerabilidade deriva do Latim “*vulnus*”, “ferida”, assim vulnerável significa a suscetibilidade de ser ferido (Neves, 2006), frágil, com poucas defesas.

Para Neves (2006), a participação dos profissionais de saúde no acompanhamento do sofrimento do outro, a sensibilidade que é exigida, leva-nos a tornar mais vulneráveis a essa dor e parafraseando Michel Renaud (1997), faz-nos penetrar “*nessa terra desconhecida da vulnerabilidade*”.

Neves (2006) refere que a vulnerabilidade acaba por ter interferências sobre os outros valores da Bioética, tais como sobre a autonomia, na medida em que esta vai ser limitada, naqueles que são mais frágeis, mais sensíveis e no princípio da justiça, em que vai condicionar as tomadas de decisão. O exercício da beneficência está comprometido, pois a tendência poderá ser aumentar as linhas de defesa contra o outro, que pode ser visto como nosso potencial concorrente.

Se analisarmos a vulnerabilidade dos indivíduos pode-se vir a conhecer e compreender como cada indivíduo, num determinado grupo, vivência e enfrenta os mesmos desafios. Pinto e Silva (2005) salientam que a vulnerabilidade está associada a quatro tipos diferentes de fatores, os biológicos, os psicológicos, a personalidade e os fatores sociais e Vaz Serra (2007), estabelece um perfil de vulnerabilidade, indivíduos com pouca capacidade autoafirmativa; fraca tolerância

à frustração; dificuldade em confrontar e resolver os problemas; preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia a dia e marcada emocionalidade.

As respostas às situações stressantes, não são ditadas pelas situações em si mesmo, mas sim pelas predisposições pessoais e pelos recursos que temos para enfrentá-las, bem como pela interpretação que delas fazemos, em função dos valores e das aspirações que consideramos importantes.

4 - STRESS

São várias as definições de stress, e vários os autores que ao longo das décadas e dos séculos, o tentaram definir. Talvez por esse motivo seja um conceito de difícil definição, com diferentes significados, operacionalizado por diferentes autores.

Leal (1998:19), refere que “*as repercussões fisiológicas e psicológicas do stress conduzem a uma diminuição da performance dos trabalhadores e da qualidade dos serviços prestados, a um aumento do absentismo, a um aumento do número de acidentes, a problemas de relacionamento social e familiar e a um sentimento generalizado de insatisfação pessoal e profissional. O nível de vida dos trabalhadores e o seu estado de saúde diminuem. O stress crónico, mais tarde ou mais cedo, conduz ao burnout.*”.

Os agentes stressores são suscetíveis de provocar reações tais como medo, ansiedade, zanga e hostilidade.

A evidência sugere que as exigências psicológicas a que os enfermeiros estão sujeitos, são fatores fundamentais na promoção do desenvolvimento dos sintomas de stress, a falta de autonomia na tomada de decisão e segurança no

trabalho (Kravits et al, 2008, citando Plaiser et al, 2006). Os mesmos autores referem que o trabalho dos enfermeiros cria um ambiente que expõe os enfermeiros a uma exigência emocional tão significativa como a sobrecarga de trabalho.

É fundamental que fiquem clarificadas as causas que determinam os efeitos perturbadores; que o indivíduo melhore as suas aptidões e aprenda a usar os seus recursos; que confronte a situação adversa utilizando o que lhe foi ensinado; que se identifique e reconheça como o autor da mudança conseguida (embora orientada pelo terapeuta) e que aprenda a aceitar o que não tem mais qualquer solução (Pinto e Silva, 2005).

Clancy e Mcvivar (1994), citados por Costa (2009) defendem a existência de um stress saudável, desejável, que não perturbe demasiado a homeostasia, o eustress. O eustress é um nível ótimo de stress, em que o indivíduo responde com aumento da acuidade mental, prazer, felicidade e euforia, alcançando um desempenho máximo, imprescindível para a sua realização e desenvolvimento pessoal.

5 - COPING

Stress e coping estão intimamente ligados, coping é um termo que se aplica às estratégias que um indivíduo utiliza para lidar com as situações de dano, ameaça e desafio com que se depara, e para as quais não tem respostas, imediatas, preparadas.

Pacheco (2005), citando Vaz Serra (1999) e Monat e Lazarus (1985), relaciona o coping com a tentativa de lidar com situações de dano, de ameaça e de desafio quando o indivíduo não dispõe de uma série de comportamentos.

Estes mecanismos são convocados para identificar, administrar, avaliar e manter o equilíbrio do indivíduo em resposta ao stress. Neste processo o sujeito faz um julgamento (ou avaliação) da situação, em seguida mobiliza recursos cognitivos e de comportamento por ele utilizados, através de estratégias de coping, para administração psicológica dos efeitos do stressor, objetivando aliviar ou diminuir o stress. As formas de enfrentar o stress dependem do julgamento no processo de avaliação de situações. (Costa, 2009)

O treino de práticas físicas e psicológicas, tais como a meditação, podem reduzir o stress e o burnout e melhorar a qualidade de vida. Segundo Kemper et al (2011), este treino pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados, promover o trabalho em equipa, reduzir o absentismo e os erros e ainda, melhorar a saúde dos profissionais de saúde.

No entanto, para escolhermos qual a que melhor se adequa a determinada situação tem que se conhecer muito bem o “eu” e todas as técnicas existentes, para que a escolha recaia sobre a mais adequada e a mais eficaz.

6 - BURNOUT

Para Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), o burnout é um síndrome psicológico, numa resposta a stressores crónicos e interpessoais no trabalho.

Queirós (2005) refere que os profissionais de saúde são os mais afetados por este síndrome, porque é uma profissão exigente quando falamos em relações interpessoais, onde a relação de ajuda está muitas vezes presente ou é muito solicitada; “ (...) também são estes profissionais que

presumivelmente terão uma filosofia humanista de trabalho.” (Queirós, 2005: 29)

Altun (2002) refere-se ao burnout como uma debilidade psicológica trazida pelo stress ocupacional, cujo resultado é a diminuição da energia, baixa resistência à doença, aumento da insatisfação e pessimismo, aumento do absentismo e ineficácia no trabalho. Os sintomas podem incluir exaustão mental e física, sentimentos de desesperança, baixa autoestima e doenças frequentes, sendo estes alguns dos fatores que influenciam a eficácia e a produtividade dos trabalhadores e da equipa, podendo ser agrupados em três tipos de categorias de efeitos definidos como problemas de saúde, atitudes negativas no trabalho e um comportamento organizacional perturbado (Schaufeli, 2003).

O burnout é, para grande parte dos autores, um processo, algo que se vai instalando de forma lenta e progressiva e que não se instala num curto espaço de tempo; é o resultado de muito tempo exposto a um trabalho stressante.

O stress ocupacional e o burnout ao relacionarem-se com os estilos de vida determinam comportamentos que, de uma forma ou de outra, estão associados às estratégias de coping para lidar com estas situações (Pacheco, 2005).

7 - ENQUADRAMENTO CONCETUAL ENFERMAGEM

O modelo teórico escolhido para dar suporte a este trabalho foi o modelo de Callista Roy.

Roy baseou-se na teoria do nível de adaptação, em que admite que o indivíduo

é um sistema com uma capacidade de se adaptar, influenciado pelas exigências de situações e dos recursos internos, criando mudanças no meio ambiente que por sua vez não interferem no processo de adaptação da pessoa.

Baseou-se, também no Humanismo, corrente que crê que o indivíduo partilha o poder criativo, age com um objetivo, possui um holismo intrínseco e luta para manter a integridade e concretizar a necessidade de relações interpessoais.

O Modelo de Adaptação de Roy promove a adaptação do homem em situações de saúde e doença e tem como elementos essenciais a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem.

A aplicação deste modelo permite aos enfermeiros avaliar os fatores e comportamentos que influenciam a capacidade de adaptação das pessoas e que contribuem para melhorar as suas competências.

Permite ainda a avaliação dos estímulos a que as pessoas estão sujeitas e que desencadeiam respostas que podem ser adaptativas, promovendo a integridade com o ambiente, ou sendo ineficazes.

O Modelo adaptativo de Roy é um processo de enfermagem claramente definido, orientando a prestação de cuidados e a prática clínica e os seus fenómenos de interesse são os problemas que incluem tentativas pessoais ou de grupo para atender às necessidades físicas, psicológicas, espirituais, sociais e relacionais, no processo de adaptação. Tem o papel de facilitar e orientar a ação do enfermeiro perante a situação.

8 - METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foi sugerida a metodologia de trabalho de projeto, que se centra na resolução de problemas, pretendendo introduzir uma dinâmica entre a teoria e a prática (Leite e Ribeiro dos Santos, 2004).

Esta metodologia é constituída por cinco etapas, o diagnóstico de situação, planeamento de intervenções, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Para a realização deste Projeto de Intervenção no Serviço partimos da pergunta *“Qual a perceção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress que os enfermeiros do serviço de oncologia têm?”*.

A motivação para a realização deste trabalho surge com uma preocupação crescente, o cuidar dos profissionais de saúde num serviço que exige muitas competências a nível emocional e que por esse motivo se torna tão exigente nos cuidados prestados aos doentes e famílias no dia a dia.

Estabelecemos como objetivo, conhecer a perceção sobre a vulnerabilidade pessoal ao stress dos enfermeiros de um serviço de oncologia de um hospital geral polivalente e promover estratégias de intervenção na sua prevenção.

A amostra é constituída por oito enfermeiros de um serviço de oncologia, hospital de dia e consulta externa, de um hospital geral polivalente, que se encontram na prestação de cuidados e são enfermeiros de cuidados gerais.

FASE DIAGNÓSTICA

Ao longo desta etapa identificamos a problemática em estudo, ou seja, quem cuida dos enfermeiros do serviço de oncologia, que pela inerência de uma profissão de cuidar, cuidam de pessoas com doença grave, com uma conotação muito próxima com a morte e estão mais suscetíveis a desenvolver estados de exaustão, com fadiga física e mental. A partir desta problemática estabelecemos a pergunta de partida.

Este projeto visa desenvolver estratégias, aproveitando os recursos disponíveis, de forma a promover a autonomia e a motivação de cada indivíduo.

A colheita de dados foi realizada utilizando o questionário de caracterização da amostra, a escala 23 QVS (Vaz Serra, 2000) e a entrevista semiestruturada.

A análise das escalas revelou que a maior parte dos sujeitos do estudo tem uma cotação superior a 43, que segundo Vaz Serra (2000), é o ponto de corte, acima do qual se pode considerar que o indivíduo é vulnerável ao stress, e que um dos sujeitos tem um valor muito elevado o que é uma fonte de preocupação. Os resultados dos estudos revelaram que 100% da amostra são do sexo feminino, casadas e com filhos, assim como todos têm um vínculo definitivo à instituição. No entanto, apenas um dos sujeitos respondeu que já tinha antecedentes de vulnerabilidade ao stress. A maioria dos sujeitos não quer mudar de local de trabalho, apesar de apenas quatro referirem que estão naquele serviço por opção própria.

Após análise dos resultados da escala e entrevista semiestruturada ficamos em

condições de verificarmos se temos resposta para a pergunta de partida. Apesar de apenas metade da amostra, na análise das escalas, ter a percepção da sua vulnerabilidade ao stress, quando são confrontados, nas entrevistas, com experiência vivida, 100% da amostra revela estar em stress e que necessita de mais estratégias para se manter em níveis funcionais.

Uma repetida exposição ao stress leva a uma sensação de estar a ser ameaçado por uma situação potencialmente prejudicial e leva à diminuição das capacidades adaptativas do indivíduo, podendo levar ao burnout.

Foi importante perceber quais as estratégias de coping usadas pelos enfermeiros perante o stress ocupacional para delinear estratégias e implementar intervenções baseadas na evidência, isto é, para melhor apoiar o indivíduo em stress é necessário avaliar e identificar o apoio adequado e/ou as intervenções (Cooper e Cartwright, 1997; MacKereth, 2005), sendo de grande importância o envolvimento dos profissionais.

FASE DE PLANEAMENTO

Uma das limitações deste PIS deveu-se ao fato de não ter sido realizado o planeamento das intervenções, que se iriam realizar baseadas no diagnóstico previamente apresentado, assim como a sua implementação e consequente avaliação. No entanto, após revisão da literatura, que nesta área é muito vasta, percebemos que existem vários estudos, onde são apresentados e implementados diversos programas para redução do stress em enfermeiros.

Aplicando o Modelo Adaptativo de Roy, que integra processo de enfermagem, foi

possível avaliar o comportamento e os estímulos a que os enfermeiros estão sujeitos, através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados; fizemos o diagnóstico, estabelecemos objetivos e propusemos as intervenções.

As vantagens de implementar um modelo concetual de enfermagem, como base para a prática, são a melhoria dos cuidados de enfermagem, a avaliação e diagnóstico de enfermagem mais abrangentes e rigorosos com enfoque nas necessidades psicossociais, a melhoria da comunicação inter e intradisciplinar e consequentemente níveis mais elevados de autoestima profissional; e a elaboração de registos mais claros, objetivos e rigorosos.

Dos estudos apresentados salientamos que na generalidade dos programas houve benefícios significativos, apesar das diferenças técnicas das intervenções realizadas. Encontramos melhoria sobre os sintomas relatados, no entanto, uma das limitações é que não são avaliados a longo prazo, e que por isso existe alguma dificuldade em replicá-los de forma confiável.

Propomos então um programa que tem como objetivo a redução do stress, reduzindo os sintomas do distress psicológico, mobilizando os recursos de coping de cada indivíduo, e que integre atividades da preferência dos sujeitos.

Programa para reduzir o stress laboral nos enfermeiros do serviço de oncologia

1ª SESSÃO	Sessão introdutória
2ª SESSÃO	Técnicas de relaxamento
3ª SESSÃO	Lidar com relações difíceis
4ª SESSÃO	Técnicas cognitivas – auto conhecimento
5ª SESSÃO	Gestão de tempo e Desenvolver capacidades de

	adaptação
6ª SESSÃO	Suporte social e gestão das emoções
7ª SESSÃO	Trabalho de equipa
8ª SESSÃO	Avaliação do programa

A primeira sessão é a apresentação do programa e também a apresentação de conceitos, sobre o stress e técnicas de coping.

A avaliação do impacto das sessões é realizada após cada intervenção, para que a avaliação dos resultados possa ser imediata.

Uma estratégia a utilizar é mobilizar os recursos do serviço:

- Formação em serviço para promover a realização do programa.

- Implementação da Supervisão Clínica, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizar a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados¹⁷. A *Nursing and Midwifery Council* (2008) define a Supervisão Clínica como uma prática focada na relação profissional, envolvendo um profissional que reflete sobre a prática orientada por um supervisor qualificado. A Supervisão Clínica é uma combinação positiva das estratégias de coping baseadas no problema e na emoção, que inclui o elemento de apoio e a orientação profissional (Fearon e Nicol, 2011).

É ainda importante enfatizar a importância dos grupos de discussão e do trabalho de equipa. Promover as pausas para café e as

comemorações de datas importantes em equipa.

Os recursos da instituição, nomeadamente a Saúde Ocupacional poderão ser úteis, em caso de necessidade de encaminhamento para técnicos de aconselhamento, no âmbito da intervenção terciária (Cooper e Cartwright, 1997; Almeida, 2009).

É importante monitorizar e avaliar os resultados, assim como apresentar os resultados das avaliações para que, como equipa, possamos refletir sobre as alterações produzidas. Propomos que o programa seja realizado duas vezes por ano e que as sessões sejam precedidas pelo preenchimento dos instrumentos anteriormente utilizados e a sua aplicação serve como avaliação de follow-up, para refletirmos sobre se o caminho adotado é o mais adequado.

A implementação deste programa tem como objetivo diminuir a exaustão emocional, sendo o efeito visível nos momentos de follow up e promover a adaptação a um ambiente adverso para o indivíduo e que dificilmente se alterará.

9 - CONCLUSÃO

Uma das conclusões a que chegamos após a revisão da literatura, e baseados nos resultados da fase diagnóstica, é que as intervenções utilizadas promovem a melhoria dos sintomas apresentados e apresentam uma redução do stress, independentemente das técnicas utilizadas.

O objetivo dos programas de intervenção têm sido adaptar ou capacitar os indivíduos face ao ambiente em que estão inseridos, em vez de melhorar as condições de trabalho. No entanto, acreditamos que é

¹⁷ ORDEM DOS ENFERMEIROS – MDP – *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências* – Conselho de Enfermagem – janeiro 2010

possível melhorar o bem-estar, não só dos indivíduos, como também da organização.

Os programas de intervenção, baseados nas necessidades ao nível do local de trabalho, juntamente com uma atitude positiva dos trabalhadores e o seu compromisso de alcançarem o bem-estar, trilharam o caminho do sucesso.

Enfrentamos tempos difíceis, tumultuosos, na saúde e na sociedade o que permite demonstrar como estes programas são necessários para minimizar, tanto quanto possível, o impacto negativo das atuais condições, nos recursos de bem-estar dos trabalhadores e organizações.

O stress organizacional não é um problema apenas da organização, mas sim um amplo problema social. Os custos do stress e a saúde coletiva e prosperidade das organizações e dos seus trabalhadores são de grande importância para a sociedade como um todo.

As organizações necessitam de refletir sobre a prevenção do stress, não só como forma de reduzir ou conter os custos que advêm da influência dos agentes stressores sobre os indivíduos, como também, como forma de manter e melhorar a saúde da organização, dos profissionais de saúde e assim, aumentar a produtividade.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, H. - *Comunicação, Stresse e Estratégias de adaptação nos Enfermeiros do Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, EPE* - [Em linha] 2009 [Consult. 24 Abr. 2013]. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Cultural. Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17916/1/Tese_Helder%20Almeida.pdf

COELHO, S; MENDES, I. - *Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy* – Esc. Anna Nery [Em linha] 2011 [Consult. 29 Abr. 2013]; 15 (4): 845-850 – disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci

COOPER e CARTWRIGHT – *An intervention strategy for workplace stress* - [Em linha] 1997 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9263926>

COSTA, Isabel - *Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros* - Dissertação de Mestrado - [Em linha] 2009 [Consult. 29 Abr. 2011]. Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/13505/1/Tese_mestrado_Isabel%20Costa.pdf

CRESPO, S – *Histórias de vida e a doença oncológica terminal* – Dissertação de mestrado em oncologia – [Em linha] 2009 [Consult. 29 abril 2013]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20104/2/HISTORIAS%20DE%20VIDA%20E%20A%20DOENCA%20ONCOLOGICA%20TERMINAL.pdf>

DIAS, M - *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Climepsi Editores, junho 2005. ISBN 972-796-178-9

FEARON, C; NICOL, M. – *Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff* - [Em linha] 2011 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22259967>

KOVÁCS et al - *Is emotional dissonance more prevalent in oncology care? Emotion work, burnout and coping* - [Em linha] 2009 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19823972>

LEAL, M.F.P. – *Stress e burn-out*. Porto: Laboratórios Bial, 1998

LEITE, Elvira; SANTOS, Milice - *A Área de Projeto e a Metodologia de Trabalho de Projeto: da intenção à concretização*. In *Nos Trilhos da Área de Projeto*. [Em linha] 2004. [Consult. 29 Mar. 2011]. Disponível em http://www.des.minedu.pt/inovbasic/biblioteca/excertos/area_projeto_parte_2.doc

MACKERETH et al - *Improving stressful working lives: complementary therapies, counselling and clinical supervision for staff* - [Em linha] 2005 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15944107>

MASLACH, C.; SCHAUFELI, B.; LEITER, M. – *Job burnout*. Revista Annual Review of Psychology [Em linha] 2001. [Consult. 14 JUN 2012]. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11148311

MURCHO, N. – *Mal-estar e bem-estar em enfermeiros: levantamento da situação e perspetivas de intervenção* – Dissertação de Doutoramento – [Em linha] 2010. [Consult. 30 JUN 2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.1/1556>

NEVES, M. Patrão – *Ética e experimentação humana: novas vulnerabilidades*. Cadernos de Bioética, Ano XVII, Nº 42, dezembro, 2006

PACHECO, José – *Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde* – Tese de Doutoramento – [Em linha] 2005. [Consult. 30 JUN 2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.1/738>

PINTO, Alexandra Marques; SILVA, Adelina Lopes – *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores, novembro, 2005. ISBN 972-796-197-5

RIBEIRO, José Luís Pais – *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA, julho 1998. ISBN 972-8400-07-1

RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida e NUNES, Lucília. – Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. In Revista Percursos nº 15 janeiro - março 2010. ISSN 1646-5067

SERRA, Vaz – *Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS* - [Em linha] 2000 [Consult. 24 Abr. 2011]. Disponível em [http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/193/1/Construcao%20de%20uma%20escala%20para%20avaliar%20a%20vulnerabilidade%](http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/193/1/Construcao%20de%20uma%20escala%20para%20avaliar%20a%20vulnerabilidade%20)

SERRA, Adriano Vaz – *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra, 3ª ed, 2007

SHAPIRO et al - *Session impact in Stress Management Training* - [Em linha] 1993 [Consult. 29 Abr. 2013]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/casp.2450030409/abstract>

STORA, Jean Benjamim – *O stress*. Porto: Coleção Rés Editora, 1990.

APÊNDICE 2 - GUIÃO DA ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

1 – Como caracteriza as condições do seu local de trabalho?

2 – As condições do seu local de trabalho refletem-se na sua atividade profissional em que aspetos?

TOLERÂNCIA À FRUSTRAÇÃO

3 – Como foi o primeiro contacto com os doentes deste serviço? Que reações sentiu?

4 – Qual o episódio que mais a marcou como enfermeira neste serviço?

Que emoções sentiu?

FATORES DE STRESS

5 – Quais os fatores de stress associados ao exercício da profissão, no serviço de oncologia?

6 – Estes fatores afetam o seu rendimento diário?

7 – Como combate o estado de insatisfação/exaustão da sua profissão?

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

8 – Quando se sente nervosa como reage?

9 – Quais as melhores estratégias, na sua perspetiva, que poderia adotar?

ESTABILIDADE EMOCIONAL E DIA A DIA

10 – Como reage quando está perante um doente a quem tem que dar uma má notícia?

11 – O seu padrão de sono é afetado por estes episódios?

12 – Durante quanto tempo estes episódios perduram na sua memória?

APÊNDICE 3 – GRÁFICOS DAS ESCALAS E DOS DADOS SÓCIO- DEMOGRÁFICOS



Gráfico 1 – Distribuição por idades - Neste gráfico verificamos que entre os 20-30 anos temos três enfermeiros; entre os 31-40 anos, um enfermeiro e quatro enfermeiros com idades compreendidas entre os 41-50 anos. Quando se fala em desenvolvimento pessoal, há necessidade de explicitar conceitos inerentes a este processo. O desenvolvimento humano é um processo global, dinâmico e contínuo que ocorre ao longo da nossa vida. O desenvolvimento caracteriza-se por mudanças nas funções psicológicas sendo estas cada vez mais complexas e depende essencialmente da estrutura cognitiva de cada indivíduo.

Selye (1974) cit. por Lautert (1995) estabelece a diferença entre a idade cronológica e psicológica, sendo que a cronológica refere-se ao tempo decorrido desde o nascimento e a psicológica depende, em grande parte, das vivências e experiências do indivíduo.

Cherniss (1983), cit. por Lautert (1995) refere que à medida que os anos vão passando, o indivíduo vai adquirindo mais segurança nas tarefas que desenvolve, e diminui a vulnerabilidade perante a tensão no trabalho.

Não há enfermeiros na faixa etária dos 51-60 anos. Salientamos que esta equipa divide-se equitativamente entre uma equipa jovem com o mesmo número de elementos mais velhos de elementos mais velhos.



Gráfico 2 – Distribuição por estado civil - Verificamos que os enfermeiros deste serviço, num total de 100% da amostra, são casados ou vivem em união de facto, não fazendo distinção entre estes dois grupos, tratando os dados como uma só variável.

As mulheres casadas referem mais exaustão que as solteiras, o que pode estar associado ao conflito entre as exigências profissionais e as funções da família (Freudenberg e North, 1985). Yela (1994) cit. por Lautert (1995) refere que há uma relação entre a satisfação no lar e a satisfação no trabalho de forma equitativa.

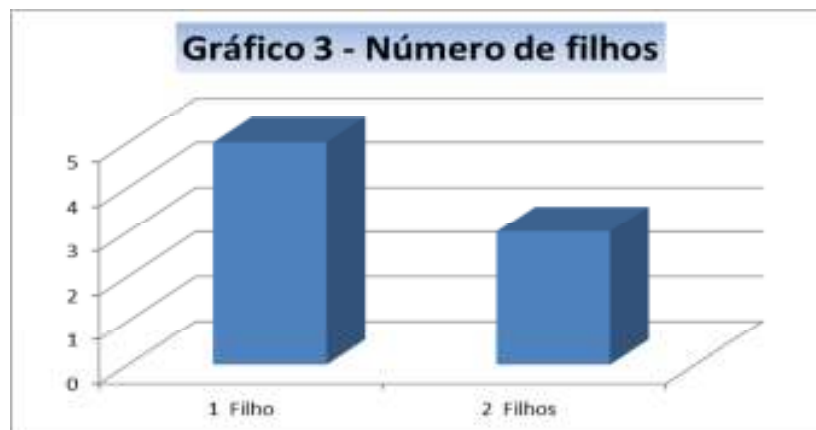


Gráfico 3 – Número de filhos - Todos os enfermeiros têm filhos, isto é 100% da amostra. Há autores que descrevem que o facto de ser mãe (ou pai), melhora o equilíbrio do indivíduo para resolver situações de conflito (Lautert, 1995).

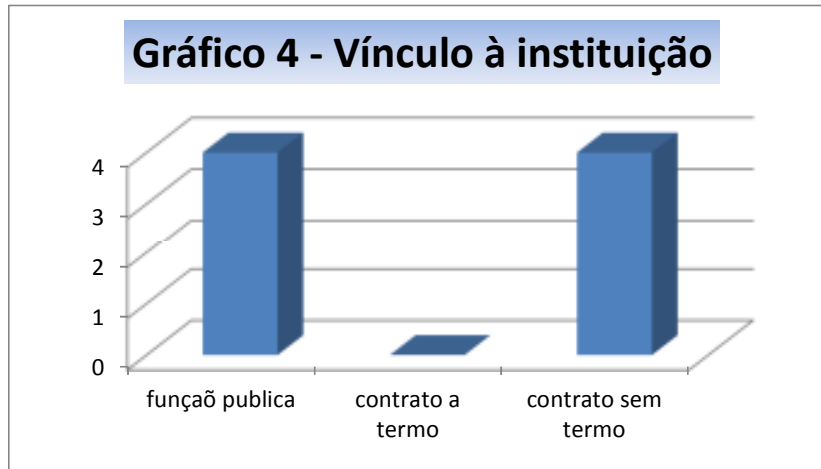


Gráfico 4 – Vínculo à instituição - Todos os sujeitos têm um vínculo permanente à instituição por tempo indeterminado (100% da amostra). Segundo Stora (1990), no decurso da carreira profissional, podemos falar de *stress* ligado às diferentes etapas da carreira e ao *stress* causado pelas frustrações do estatuto profissional, sendo que neste momento vivemos a realidade da estagnação da carreira, o que pode ser um agente indutor de *stress*, em relação a todos os elementos da amostra. A fraca remuneração e a ausência de vida privada no local de trabalho faz com que a própria profissão seja a primeira causa de *stress*.



Gráfico 5 - Tempo de exercício profissional - Da análise deste gráfico verificamos que não existem enfermeiros com menos de 5 anos de serviço; existem quatro enfermeiros com tempo de serviço compreendido entre 5-10 anos; não existem enfermeiros com tempo de serviço compreendido entre 10-15 anos; existe um enfermeiro com o tempo de serviço compreendido entre 15-20 anos e

três enfermeiros com tempo de serviço superior a 20 anos. O tempo de exercício profissional do enfermeiro pode ser operacionalizado segundo os níveis de desenvolvimento profissional, propostos por Benner (2001). De acordo com esta autora, é possível distinguir cinco níveis de desenvolvimento profissional, no desempenho de um enfermeiro: iniciado (< 1 ano de serviço), iniciado avançado (1 a 3 anos), competente (< de 3 anos), proficiente (+ de 5 anos) e perito (+ de 15 anos de serviço).

Assim, segundo o gráfico temos quatro enfermeiros no nível proficiente e quatro enfermeiros no nível perito. Ao longo da carreira surgem diferentes causas de stress, ou seja, Stora (1990) refere que na fase da entrada e estabelecimento da carreira os jovens têm necessidade de segurança, adaptação, reconhecimento e estabilidade na organização; na fase de progressão da carreira as preocupações são com as promoções, os seus projetos e o futuro na organização; os sacrifícios familiares que se efetuam para fazer face às exigências organizacionais, na fase da continuidade da carreira surgem as frustrações pela aplicação das novas tecnologias, os novos métodos de gestão, que por vezes geram atitudes mentais e psíquicas, negativas.

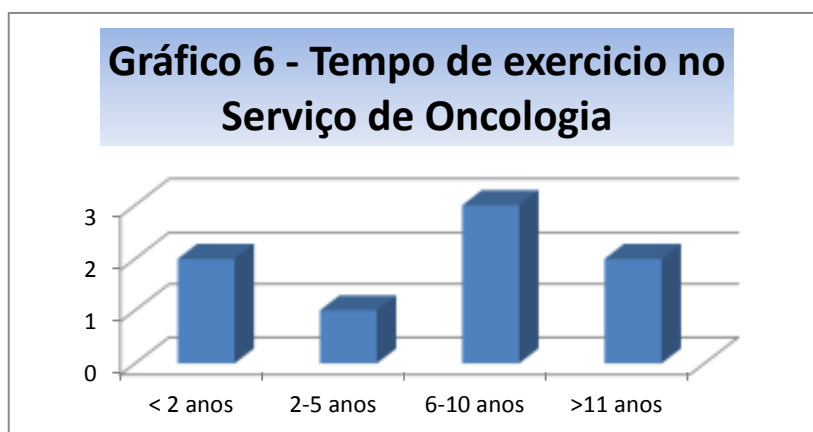


Gráfico 6 – Tempo de exercício no Serviço de Oncologia - Dois elementos estão há menos de dois anos no serviço, apenas um enfermeiro está entre 2-5 anos, três enfermeiros estão no intervalo entre 6-10 anos e dois enfermeiros encontram-se no serviço há mais de onze anos.

Estes resultados relacionam-se positivamente com o facto de os enfermeiros terem escolhido este serviço para trabalharem, o que se relaciona diretamente com a satisfação pessoal, e com a sua realização profissional.

A disciplina de enfermagem cresceu como profissão, baseada em conhecimentos próprios, sedimentada pela investigação nos fenómenos de enfermagem, e sabendo que já há um longo caminho percorrido, todos sabemos o quanto ainda temos que trabalhar para atingir-mos os nossos objetivos, que entre outros, será o alcançar a autonomia.

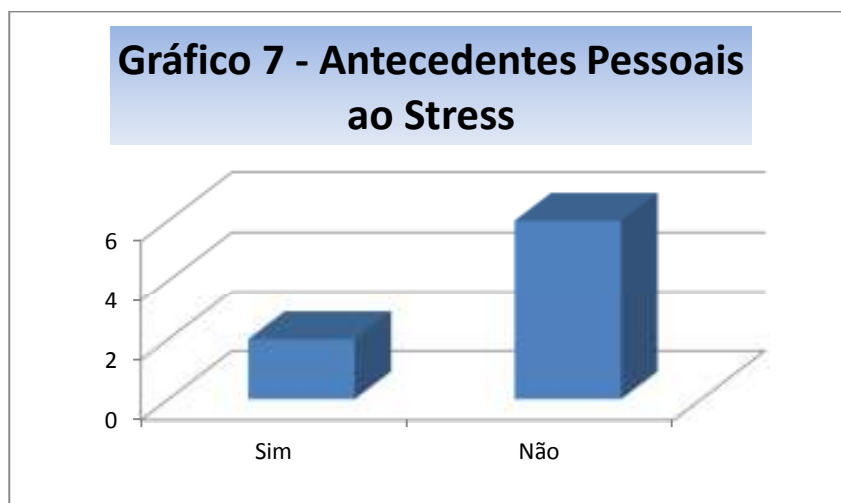


Gráfico 7 – Antecedentes pessoais ao stress - Neste gráfico a maioria dos enfermeiros refere não ter antecedentes pessoais ao stress (sete). É importante referir que Pinto e Silva (2005) referem que a vulnerabilidade pode estar associada a fatores psicológicos e de personalidade (entre outros). Sobre os fatores psicológicos salientam que determinado estímulo, mesmo que nocivo, pode não ser indutor de stress. Para Lazarus (1999) cit. por Pinto e Silva (2005) “é o significado construído pela pessoa sobre o que está a acontecer o facto crucial que leva à ativação das respostas de stress.”. Para estes autores os significados atribuídos resultam dos processos de avaliação elaborados pelo individuo, que se ligam às experiências que atravessou no passado, principalmente as que fizeram parte do seu processo de desenvolvimento e por isso se tornaram mais significativas.

Relativamente à personalidade Pinto e Silva (2005) admitem que alguns traços de personalidade são importantes para determinar a forma como o individuo reage a situações de stress, isto porque por norma as pessoas têm tendência a ser consistentes na forma de lidar com os acontecimentos.

Existem personalidades vulneráveis e outras resistentes ao stress. Das personalidades vulneráveis podemos salientar as pessoas com neuroticismo¹⁸ elevado; o catastrofizador; o individuo hostil; individuo com autoestima pobre; individuo com inteligência emocional¹⁹ pobre; personalidade dependente; procastrinadores²⁰ e os de personalidade tipo A²¹.

As personalidades resistentes, segundo os mesmos autores são as pessoas com um bom autoconceito; com bom sentido de humor e os otimistas.

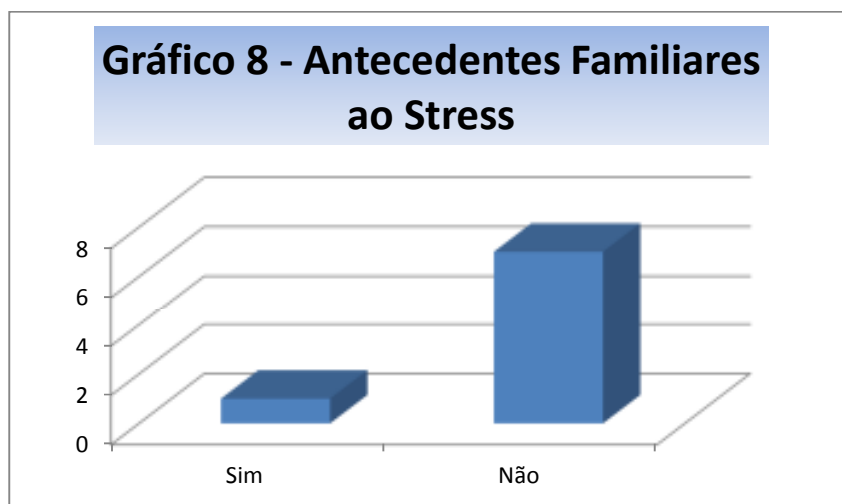


Gráfico 8 – Antecedentes familiares ao stress - Tal como no gráfico anterior também a grande maioria dos enfermeiros refere não ter antecedentes familiares ao stress (sete), no entanto, Zuckerman (1999) cit. por Pinto e Silva (2005), salienta que os genes têm importância a determinar as respostas e os comportamentos emocionais, podendo representar a condição necessária para o desenvolvimento de uma perturbação, requerendo, no entanto, fatores potenciadores do meio ambiente, para se tornar patogénica.

¹⁸ **Neurocitismo** – Cria frequentemente problemas a si próprio. Tolerar mal a frustração (Pinto e Silva, 2005).

¹⁹ **Inteligência emocional pobre** – mau regulador de emoções. Exprime, compreende e lida mal com os fenómenos emocionais (Pinto e Silva, 2005).

²⁰ **Procastrinadores** – adiam propositadamente tarefas que, consideram incomodativas, ou difíceis (Pinto e Silva, 2005).

²¹ **Personalidade tipo A** – competitiva, desejosa de ser conhecida e de ter prestígio (Pinto e Silva, 2005).

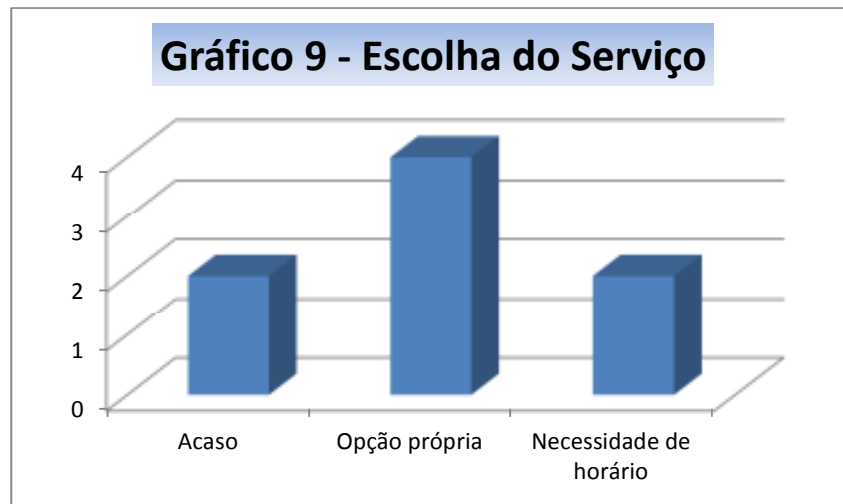


Gráfico 9 – Escolha do serviço - Esta escolha foi por opção própria para quatro dos sujeitos, para dois foi por acaso e para outros dois foi por necessidade de horário. O facto de se gostar do local onde se trabalha aumenta a satisfação do profissional, essa satisfação está intimamente ligada à produtividade, empenho, absentismo, *burnout*, bem-estar físico e psicológico e com a própria satisfação com a vida, Seixas (2009). Seixas, 2009, citando Cunha, 2004, demonstrou que o próprio trabalho, enquanto fator intrínseco, é uma forte componente de satisfação.

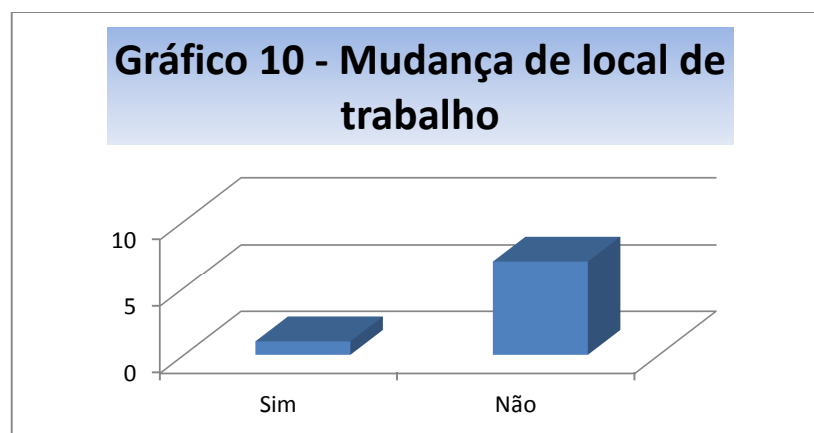


Gráfico 10 – Mudança de local de trabalho - Apenas um enfermeiro em oito revelou que mudava de local de trabalho se pudesse, o que não é estatisticamente significativo. Para Levering (1986) cit. por Vasconcelos (2008), um bom lugar para se trabalhar possibilita, entre outras coisas, que as pessoas tenham, além do trabalho, outros compromissos nas suas vidas, como a família, os amigos e os seus hobbies. Neste contexto as pessoas poder-se-ão desenvolver e tornar-se mais humanas.

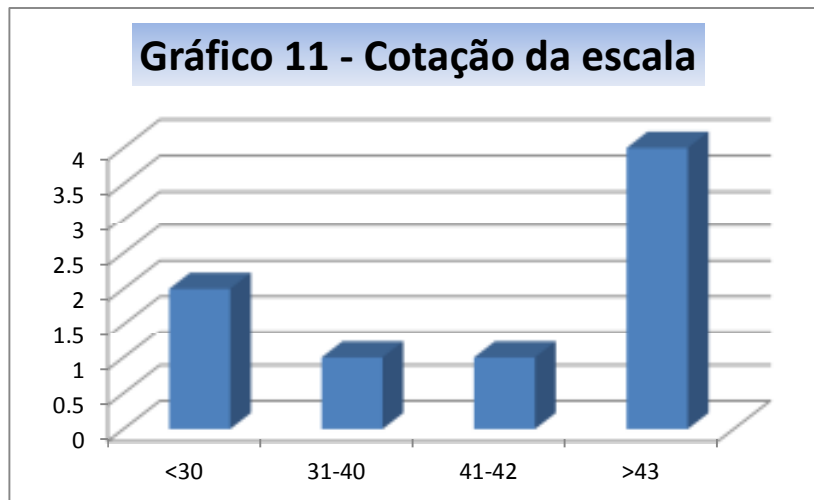


Gráfico 11- Cotação da escala - Quatro sujeitos estão com uma cotação acima de 43, um está entre 41-42, sendo este um valor elevado, um está entre 31-40 e dois estão abaixo de 30. Este gráfico revela que, a maior parte dos sujeitos do estudo tem uma cotação superior a 43, que segundo Vaz Serra (2000), é o ponto de corte, acima do qual se pode considerar que o indivíduo é vulnerável ao stress, e que um dos sujeitos tem um valor muito elevado o que é uma fonte de preocupação.

APÊNDICE 4 – QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Quadro 1

QUESTÃO 1 – Caracterização das condições de trabalho e suas implicações na atividade profissional	
UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
Stressores específicos do posto de trabalho: - Estrutura - Conteúdo do trabalho - Condições físicas	E1- “condições boas” E2 - “As condições estão melhores.”. “O termos pouco espaço e (...) não conseguirmos dar resposta (...) o mais rápido possível” E3-“ (...) tem boas condições, (...) tem falta de gabinetes” E4- “São condições boas” “falta de espaço para desenvolver outras atividades” E5- “excelentes” E6- “muito boas, (...)” “Refletem-se (...) na prestação de cuidados” E7- “tem boas condições” E8- “ (...) são boas (...) sinto alguma necessidade de espaço (...) para proporcionar privacidade dos doentes”
Fatores organizacionais: - Relações interpessoais - Estrutura da organização	E2- “Equipa boa” E6 – “ (...) a relação entre a equipa também (é boa)” E7 – “Às vezes não falo aquilo que (...) pretendia falar com o doente”

Quadro 2

QUESTÃO 2 – Como lida com a frustração face ao doente com doença grave?	
UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
O primeiro contacto com os doentes	<p>E1 – “não sabia ao que vinha”</p> <p>E2 – “ (...) de autoconhecimento (...) introspeção (...) foi rígido”</p> <p>E3 – “psicologicamente muito difícil”</p> <p>E4 – “como outro doente qualquer (...) o facto de ser muito nova, no início da carreira (...) não ter a noção da gravidade (...) e das repercussões para o doente.”</p> <p>E5 – “grande proximidade (...) grande valorização como profissional e pessoa na prática de enfermagem”</p> <p>E6 – “são os melhores doentes para se trabalhar”</p> <p>E7 – “há uma grande partilha (...) ajuda-me a mim e ao outro.”</p> <p>E8 – “ (...) algum medo de não saber (...) o que dizer”</p>
Episódio mais marcante	<p>E1 – “doentes jovens (...) a mãe de um bebé”</p> <p>E2 – “pessoas novas e com poucas perspetivas de tratamento”</p> <p>E3 – “uma rapariga nova (...) que acabou por falecer”</p> <p>E4 – “a morte em doentes mais jovens”</p> <p>E5 – “ (...) um doente jovem”</p> <p>E6 – “quando morreu uma doente com a mesma idade que eu 23 anos”</p> <p>E7 – “enfermeira a cuidar da mãe (choro)”</p> <p>E8 – “quando a C. veio, para ficar internada para morrer, (...) marcou-me bastante.”</p>
Emoções mais frequentes	<p>E1 – “não (...) estava preparada para a morte”</p> <p>E2 – “revolta (...) demos o nosso melhor”</p> <p>E3 – “senti vontade de fugir, impotência (...) tristeza”</p> <p>E4 – “impotência (...) perda (...) refugiar-me na minha família (...) tentando esquecer”</p> <p>E5 – “impotência (...) revolta (...) tento minimizar o sofrimento da pessoa”</p> <p>E6 – “confrontar-se com a possibilidade da minha morte (...) fez-me tomar consciência da finitude da minha própria vida (...) senti revolta (...) tristeza (...) fragilidade”</p> <p>E8 – “senti tristeza (...) sempre lutou. (...) De-lhe algum conforto (...) foi uma conversa de olhares”</p>

Quadro 3

QUESTÃO 3 – Quais os fatores de stress e como afetam o seu rendimento diário	
UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
Estímulo perturbador	<p>E1 – “o diagnóstico (...) não conseguir dar resposta para que eles ultrapassem esta fase da doença”</p> <p>E2 – “podia ser connosco, com alguém da nossa família (...) para as quais (...) nunca se está (...) preparado”</p> <p>E3 – “ (...) a doença em si (...) a maior parte dos doentes não se cura”</p> <p>E4 – “ (...) alguma pressão”</p> <p>E5 – “vemos a pessoa decair e os tratamentos não estarem a fazer (...) efeito”</p> <p>E6 – “ (...), tinha esperança (...) que ela melhorasse (...) o nosso medo é de como vamos reagir às reações do outro”</p> <p>E7 – “ (...) o volume de trabalho. As urgências (...) a falta de disponibilidade”</p> <p>E8 – “quando temos que tomar uma decisão (...) que deverá ser da parte médica (...) colocam-nos de pés e mão atados (...) sinto-me frustrada porque não consigo dar a resposta que queria dar. Determinados médicos (...) não estão (...) tanto tempo quanto deviam e é necessário acompanhar os doentes”</p>
Modo como fica afetada a vida do individuo	<p>E1 – “psicológico, afeta”</p> <p>E2 – “ (...) acabam por nos dar também força para tentarmos fazer mais e melhor”</p> <p>E4 – “provocam ansiedade”</p> <p>E5 – “mais em termos psicológicos (...)”</p> <p>E6 – “às vezes (...) acabamos por (...) ficar stressados também (...) nós não somos indiferentes.”</p> <p>E8 – “sinto que fico sem paciência”</p>

QUADRO 4

QUESTÃO 4 - Quando se sente stressado como combate esse estado de insatisfação/exaustão	
Estratégias de adaptação (coping)	
UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
Focadas no problema	<p>E1 – “sair para a rua e pensar noutras coisas, (...) outras vezes é ir para as lojas e gastar dinheiro. (...) conversando com pessoas que há muito tempo não se vê, (...) caminhando pelas ruas.”</p> <p>E6 – “falando (...) tentando racionalizar (...) parar e racionalizar. (...) é importante prestar cuidados de qualidade. (...) gostava de ir a pé para casa, era um tempo meu (...) para refletir.”</p> <p>E7 – “ (...) só saindo um bocadinho da sala (...) e depois voltar (...) com outra disposição. O facto de ter saído ou ido só beber café ou ter saído da sala (...) acalma-me um bocado (...) vou para lá com outra disposição.”</p>
Focadas nas emoções	<p>E2 – “ (...) falando com as colegas.”</p> <p>E3 – “periodicamente tenho que tomar antidepressivos (...) procurar outras terapias (...) Reiki por exemplo.”</p> <p>E5 – “falando com as colegas do serviço (...) em casa as pessoas não gostam que falemos sobre estas situações. (...) tentar arejar, fazer desporto ou outras atividades.”</p> <p>E8 – “ (...) partilho com as colegas essa frustração. É através da partilha.”</p>
Focadas na interação social	<p>E2 – “ (...) fora daqui tenho uma vida preenchida”</p> <p>E4 – “apoio-me na minha família, fazendo caminhadas”</p>

Quadro 5

QUESTÃO 5 – Na resolução de problemas...	
UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
Como reage quando fica nervoso?	<p>E1 – “forma agressiva (...) às vezes emocional (...) às vezes calo-me”</p> <p>E2 – “respiro fundo, conto até 10, conto até 20 (...) fazer uma pausa, parar cinco minutos, ir à casa de banho, lavar a cara e voltar”</p> <p>E3 – “tento controlar os nervos (...) fugindo (...) fugindo da situação (...) se for um doente que está ali (...) eu tenho de sair”</p> <p>E4 – “quero afastar-me o mais rápido possível (...)”</p> <p>E5 – “não penso muito no momento (...) depois é que penso”</p> <p>E6 – “mexo no cabelo (...) às vezes fico com a voz a tremer”</p> <p>E7 – “ (...) farto-me de comer (...) sou capaz de reagir (...) não é habitual, sou capaz de explodir, normalmente relevo, nestas alturas expludo”</p> <p>E8 – “ (...) sou muito calma, (...) quando estou com um nível alto de stress (...) dou respostas mais ríspidas (...) sou mais secas nas respostas.”</p>
Como gostaria de reagir?	<p>E1 – “ (...) passear (...) fazer reiki, (...) ir a um SPA”</p> <p>E2 – “tomar banho de piscina, ou de mar (...) rebolar na relva.”</p> <p>E3 – “aprender com pessoas que estão mais habituadas a lidar com este tipo de situações”</p> <p>E4 – “partilha de sentimentos com a equipa (...) atividades entre a equipa, (...) meditação, relaxamento, leitura (...) criar espaços para (...) nos podermos estruturar.”</p> <p>E5 – “dar o máximo de informação quando se faz o ensino às pessoas. (...) quando sair (do serviço) pensar noutras coisas, dar uma volta”</p> <p>E6 – “ (...) a meditação (...) abstrair de tudo (...). Terapias de relaxamento, gerir melhor o tempo”</p> <p>E7 – “ (...) parar, sair. Ter alguém que me substitua para eu poder sair um bocadinho”</p> <p>E8 – “ (...) partilho (...) com as colegas. Tentar parar (...) vou comer qualquer coisa, tento sair de perto (...) da fonte de stress”</p>

Quadro 6

QUESTÃO 6 – O que provoca instabilidade emocional e quais as repercussões no dia a dia	
UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
Reações perante um doente a quem tem que dar uma má notícia	<p>E1 – “é muito difícil (...) fico mais nervosa do que ele (...) é uma das coisas que tento evitar, é dar uma má notícia.”</p> <p>E2 – “não é fácil (...) felizmente não sou muitas vezes confrontada com essa necessidade (...) sabemos que vai despoletar no outro uma série de sentimentos e emoções que nós conseguimos facilmente transpor para a nossa vida pessoal (...) conhecer-nos bem (...) escolher a pessoa com melhores relações (com o doente).”</p> <p>E3 – “reajo muito mal, não dou, fujo.”</p> <p>E4 – “com algum stress”</p> <p>E5 – “é ingrato (...) encho-me de coragem (...) tento arranjar a melhor forma de dar a má noticia, para que vejam o lado positivo.”</p> <p>E6 – “ansiedade em relação à notícia que vou dar (...) como a pessoa vai reagir e como eu vou saber lidar com aquela reação. (...) tento imaginar possíveis cenários (...) vou mais segura (...) vou à partida com uma hipótese. (...) acabam por surgir (...) como um problema (...) um obstáculo.”</p> <p>E7 – “ (...) sou franca, tento perceber o quê que a outra pessoa também quer saber (...) se tem capacidade de receber aquela noticia (...) tento perceber o que o outro sente em relação àquilo”</p> <p>E8 – “ (...) tento saber primeiro o que a pessoa sabe (...) se a pessoa quer e está capacitada para receber essa informação. (...) Normalmente não fujo, mas por vezes...Quando verifico que o doente não está minimamente preparado tento arranjar (...) alguém que conheça melhor a situação”</p>
Alteração do padrão de sono	<p>E1 – “muito, muitas horas sem dormir”</p> <p>E2 – “às vezes, às vezes é”</p> <p>E3 – “tenho alturas em que tenho de tomar ansiolíticos para dormir”</p> <p>E5 – “não (...) não é por causa das situações (...) do serviço”</p> <p>E6 – “às vezes acontece. Alguma situação de conflito (...) tenho mais dificuldade em adormecer (se) achar que não agi da melhor maneira”</p> <p>E8 – “felizmente não, no inicio quando vim para cá, sim”</p>
Episódios que perduram na memória	E1 – “muito tempo (...) vivo muito tempo com

	<p>essa imagem”</p> <p>E2 – “duram sempre (...) consigo lembrar-me de todas”</p> <p>E3 – “muito tempo”</p> <p>E4 – “algum tempo”</p> <p>E5 – “as coisas vêm à memória, mas não perduram (...) muito tempo”</p> <p>E6 – “durante (...) muito tempo”</p> <p>E7 – “ (...) sou capaz de me lembrar esporadicamente, (...) mas não, não com sofrimento”</p> <p>E8 – “alguns doentes perduram desde que vim para cá, há seis anos”</p>
--	--

APÊNDICE 5 – PROTOCOLO DE TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS

PROTOCOLO DE TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS - PROTOCOLO BUCKMAN

Por ser uma tarefa fundamental, e que integra grandes dificuldades Buckman (1992) propõe um protocolo de seis etapas de como dar más notícias:

- 1) Começar adequadamente, o que envolve o contexto, o setting, quem deve estar presente, ou seja, o início propriamente dito, incluindo atitudes cordiais normais;
- 2) Descobrir o quanto o doente sabe sobre sua doença;
- 3) Descobrir o quanto o doente quer saber;
- 4) Dividir, partilhar a informação;
- 5) Responder aos sentimentos do doente;
- 6) Planear e agendar o acompanhamento do doente.

Diversos autores reforçam a importância de avaliar se o doente está pronto para ouvir a notícia, o quanto deseja saber, e só então, seguir em doses pequenas de informação, respeitando e acompanhando o ritmo do doente (Buckman, 1992; Cólón, 1995; Miranda & Brody, 1992; Maguire & Faulkner, 1988; Quill & Townsend, 1991), cit por Pires (1998).

Assim, estes autores estabelecem os princípios da comunicação de más notícias:

- Escolher um momento em que o doente e o médico estejam descansados e tenham um tempo adequado;
- Avaliar o estado emocional e psicológico do doente no presente;
- Preparar o doente dizendo que tem um assunto difícil para discutir com ele;
- Usar uma linguagem clara e simples;
- Expressar tristeza pela dor do doente;
- Ser humanitário;
- Dar informação de forma gradual e programar outro encontro com o doente mais tarde;
- Ser realista evitando a tentação de minimizar o problema, mas não tirar todas as esperanças;
- Verificar como o doente se sente depois de receber as notícias;
- Reassegurar a continuidade do cuidado, não importando o que houver;
- Assegurar que o doente tenha suporte emocional de outras pessoas.

Masmann (citado por Pires, 1998) acrescenta que talvez seja necessário repetir a informação mais de uma vez. Os doentes tendem a reconstruir a informação com base em outras que já tinham anteriormente. Esta característica pode atenuar ou agravar as informações recebidas.

APÊNDICE 6 - AÇÃO DE FORMAÇÃO

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico SanFlago do Outão		SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO				
<u>FOLHA DE SUMÁRIO</u>						
1 - DATA DE REALIZAÇÃO						
Dia 08/06/2011		Manhã <input type="checkbox"/>		Tarde <input type="checkbox"/>		
2 - DESIGNAÇÃO DA FORMAÇÃO						
Inicial: <input type="checkbox"/>		Contínua: <input type="checkbox"/>		Em Serviço: <input checked="" type="checkbox"/>		Outra: <input type="checkbox"/>
Tema: Apresentação do trabalho desenvolvido no âmbito do Estágio da Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria						
<i>Nota: Identificar a modalidade de Formação com um X</i>						
3 - FORMADOR (es)						
N.º MEC.	NOME (Completo/Legível)	TEÓRICAS	PRÁTICAS	CATEGORIA	SERVIÇO	RUBRICA
22183	Paula Cristina Coelho Banha	2				
			N.º TOTAL DE HORAS			
			2			
4 - SUMÁRIO						
Apresentação do trabalho desenvolvido no âmbito do estágio da Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria						
Divulgação dos dados aplicados no âmbito do trabalho de vulnerabilidade ao stress						
Apresentação das considerações finais e das sugestões para resolução dos problemas identificados						
SGF/Recebido por _____/_____/_____		Data: ____/____/____ O Responsável Pela Formação _____				

APÊNDICE 7 – ARTIGO DO E-BOOK DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE SAÚDE MENTAL (2011)

5. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIATRIA – A TRANSVERSALIDADE DO CUIDAR

¹ Banha, Paula C.

² Luís, Ana C.

³ Vilar, Francisco R.

RESUMO

Artigo baseado num estudo de caso, elaborado em contexto académico, cujo objeto de estudo é A.I., mãe de B., lactente com o diagnóstico de Encefalopatia Hipóxico-Isquémica de Grau III, devido a asfixia perinatal, internada num serviço de pediatria. Objetiva sensibilizar o leitor para a temática da saúde mental, nomeadamente para as manifestações de ansiedade e stress, na família e nos enfermeiros. Concomitantemente, alerta para a indispensabilidade do desenvolvimento de competências de enfermagem nesta área, visando a fundamentação da necessidade de integração de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP) nos diferentes contextos do seu desempenho, assim como cuidar da equipa de enfermagem, para que esta possa cuidar o outro com qualidade e excelência. As principais conclusões prendem-se com a tomada de consciência relativa à transversalidade do cuidar em enfermagem de saúde mental e consequentemente às lacunas institucionais da falta de EEESMP nos diversos contextos de prática.

Palavras-Chave: Família; Ansiedade; Competências do EEESMP

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.
