



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**STRESS E COPING DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
NO CUIDADO À MULHER COM CÂNCER DE MAMA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Rafaela Andolhe

Santa Maria, RS, Brasil

2009

**STRESS E COPING DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO
CUIDADO À MULHER COM CÂNCER DE MAMA**

por

Rafaela Andolhe

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Laura de Azevedo Guido

Santa Maria, RS, Brasil

2009

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Avaliadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

**STRESS E COPING DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À
MULHER COM CÂNCER DE MAMA**

elaborada por

Rafaela Andolhe

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Laura de Azevedo Guido, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Estela Regina Ferraz Bianchi, Dra. (EEUSP)

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)

Luis Felipe Dias Lopes, Dr. (UFSM)

Santa Maria, 7 de janeiro de 2009.

*Aos meus pais, **Deomira e Manoel**,
pela vida, amor e dedicação a mim, pelo apoio e estímulo.*

*Vocês foram o suporte e a minha segurança,
souberam enfrentar comigo a distância e a saudade. Amo vocês.*

*Ao meu irmão **Daniel** pelo incentivo e
exemplo de dedicação, perseverança e equilíbrio.*

Também amo você.

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, pelo dom da vida e pelo amor.*

*À minha orientadora Professora **Dra. Laura de Azevedo Guido**, pela competência, dedicação, carinho e amizade, por ter acreditado em mim desde a graduação. As suas contribuições, idéias, críticas e sugestões foram fundamentais para a concretização deste trabalho e me fizeram crescer.*

*À Professora **Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi**, pelas valiosas contribuições à construção deste trabalho e por autorizar a adaptação de seu instrumento à realidade deste estudo. O seu acolhimento e sua atenção foram importantes para meu crescimento pessoal e profissional.*

*À Professora **Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck** pelas reflexões e sugestões que enriqueceram este trabalho.*

*Ao Professor **Dr. Luís Felipe Dias Lopes**, pelas sugestões e análise estatística.*

*À Professora **Dra. Adelina Giacomelli Prochnow**, pelas sugestões e pelo sorriso, transmitindo segurança.*

*À minha querida colega e amiga **Gisela** pelo carinho, cuidado e apoio. A tua amizade foi fundamental para me fazer crescer e suportar os momentos mais difíceis deste caminhar. Adoro você.*

*À minha querida tia **Hilda**, pelo apoio e incentivo. O teu carinho, ainda que de longe, me ajudou a enfrentar todas as dificuldades. Adoro você.*

*Às minhas queridas amigas **Aline, Mariam e Carolina**, pelo carinho, amizade e apoio, mesmo sem poder dar-lhes a atenção merecida. A compreensão de vocês foi fundamental para me servir de estímulo*

Aos colegas, **Izabel, Ruth e Márcio** pela convivência, sorrisos e o compartilhar de experiências.

Aos **colegas** da linha de pesquisa “**Stress, coping e Burnout**”, em especial à **Graciele** e à **Juliane**, pela amizade e companheirismo. Esses momentos foram importantes para refletir e enfrentar o stress.

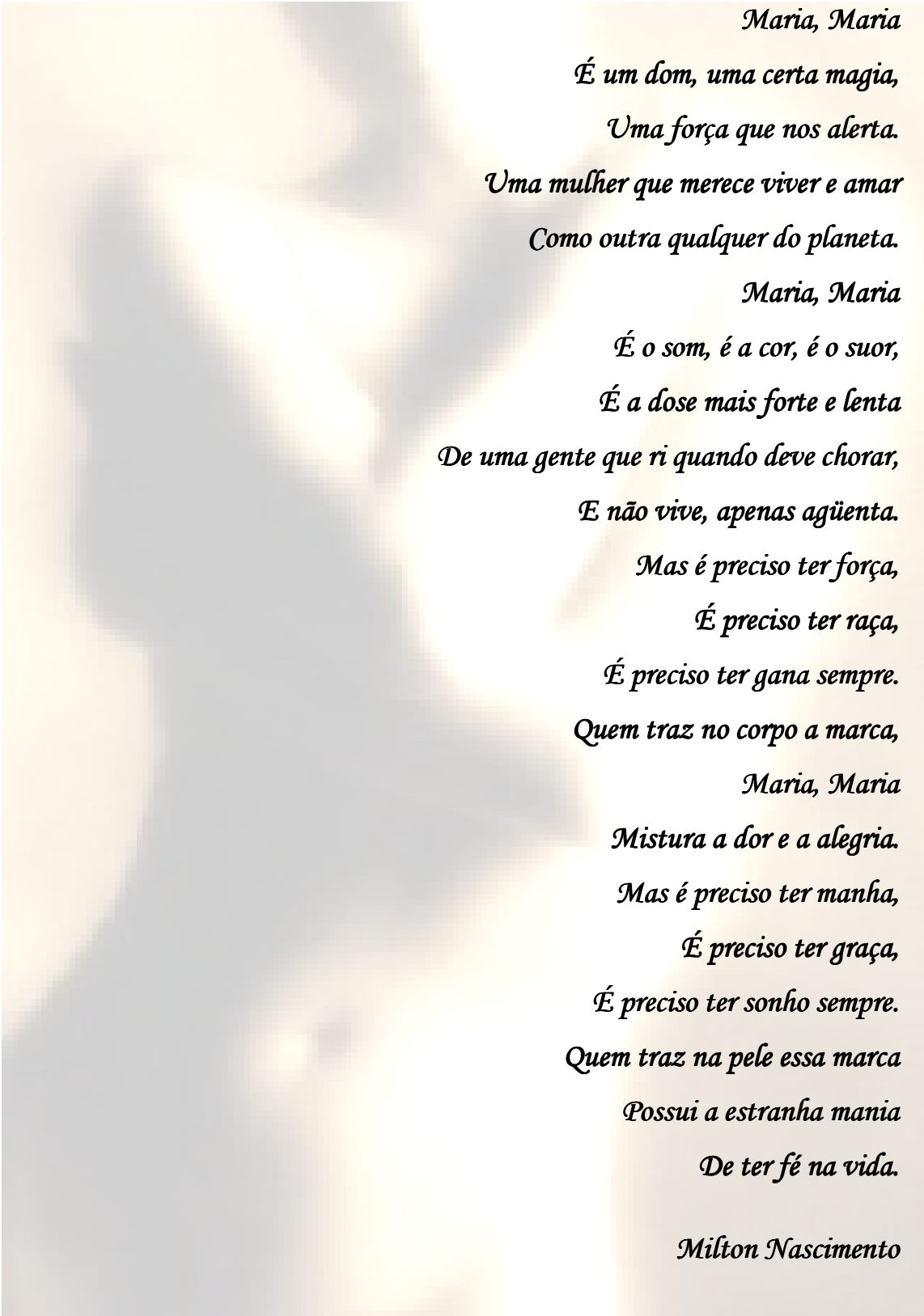
Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, pela oportunidade e acolhimento.

Aos **docentes** do PPGEnf da UFSM, pelos questionamentos, aprendizado e dedicação.

À **equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica**, pela colaboração, sem a qual este estudo não teria sido realidade.

À **Zeli** e à **Luana**, pela atenção e esclarecimentos prestados junto à secretaria do PPGEnf.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, enquanto bolsista, pelo apoio financeiro.



Maria, Maria
É um dom, uma certa magia,
Uma força que nos alerta.
Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer do planeta.

Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor,
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chorar,
E não vive, apenas agüenta.

Mas é preciso ter força,
É preciso ter raça,
É preciso ter gana sempre.
Quem traz no corpo a marca,

Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria.
Mas é preciso ter manha,
É preciso ter graça,
É preciso ter sonho sempre.
Quem traz na pele essa marca

Possui a estranha mania
De ter fé na vida.

Milton Nascimento

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

STRESS E COPING DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER COM CÂNCER DE MAMA

AUTORA: RAFAELA ANDOLHE
ORIENTADORA: LAURA DE AZEVEDO GUIDO
Data e local da defesa: Santa Maria, 7 de janeiro de 2009.

Este estudo teve como objetivo identificar os estressores apontados pela equipe de enfermagem no cuidado à mulher com câncer de mama, assim como conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pela mesma. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de campo e com abordagem quantitativa desenvolvida na Unidade Tocoginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Foram utilizados dois instrumentos: Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica, adaptado de Bianchi, e Inventário de Coping de Jalowiec. Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha eletrônica, no programa Excel (Office, 2007), criando um banco de dados, no qual foram distribuídas as variáveis do estudo, para que, posteriormente, pudessem ser analisadas eletronicamente com o auxílio dos programas SAS – versão 8.02 e *Statistica* – versão 7.1. A avaliação da confiabilidade do instrumento Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica foi realizada pela análise da consistência interna dos itens que o compõem, pelo Método do Coeficiente Alfa de Cronbach. Pelos resultados verificou-se que a população estudada foi composta por 26 mulheres, casadas, com idade predominante entre 41 a 50 anos, com filhos, com tempo de serviço na instituição entre 11 a 15 anos e na unidade entre um e cinco anos. As demandas subjetivas no cuidado foram identificadas como as mais estressantes e o relacionamento interpessoal como menos estressante. Observou-se que 46,15% dessas mulheres apresentaram baixo nível de stress, 30,77% médio nível, 15,38% obtiveram estado de alerta para o nível de stress e 7,70% com stress altíssimo. O estilo de coping mais utilizado foi o otimista para 40% da população, confirmando a hipótese formulada.

Palavras-chave: Stress, coping, câncer de mama, enfermagem.

ABSTRACT

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

STRESS AND COPING OF NURSING TEAM IN THE BREAST CANCER WOMAN CARE

AUTHOR: RAFAELA ANDOLHE

ADVISER: LAURA DE AZEVEDO GUIDO

Date and place of defense: Santa Maria, January 7th, 2009.

This study had as objective to identify the pointed stressors by the nursing team in the care of woman with breast cancer, as well as knowing the confrontation strategies more used by them. It is a descriptive field research, with quantitative boarding, developed in the Tocogynecological Unit of the Hospital Universitário de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Two instruments were used: Daily Activities in Tocogynecological Unit Survey Form, adapted from Bianchi, and Jalowiec Coping Inventory. After the collection, data had been organized in an electronic spread sheet, on Excel program (Office, 2007), creating a data base, in which the study variables had been distributed, so that, later, they could be analyzed electronically with SAS - 8.02 version and Statistica - version 7.1. The evaluation of Daily Activities in Tocogynecological Unit Survey Form trustworthiness was carried through by the analysis of the internal consistency of its items, by Cronbach's Alpha Method. Through the results it was verified that the studied population was composed by 26 women, married, with predominant age between the 41-50 years old, with children, working in the institution between 11-15 years and in the unit between 1-5 years. The subjective demands in the care had been identified as more stressing and interpersonal relationship as less stressing. It was observed that 46.15% of these women had gotten low level of stress, 30.77% average level, 15,38% stress alert and 7,70% with the highest level. The style of coping more used was the optimist for 40% of the population, confirming the formulated hypothesis.

Keywords: Stress; coping, breast cancer; nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Análise do Coeficiente Alfa de Cronbach para as áreas de stress, Santa Maria, RS, 2008.....	49
TABELA 2 – Distribuição da população quanto a cargo, faixa etária, estado civil e presença de filhos, Santa Maria, RS, 2008.....	50
TABELA 3 – Distribuição da população quanto ao tempo de serviço no HUSM e na Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.....	51
TABELA 4 – Distribuição da população quanto a turno de trabalho, carga horária semanal e outra atividade, Santa Maria, RS, 2008.	51
TABELA 5 – Distribuição da população quanto à opção pelo trabalho na Unidade e treinamento, Santa Maria, RS, 2008.	52
TABELA 6 – Distribuição de enfermeiras, técnicas e auxiliares em grupos quanto a faixa etária, estado civil e presença de filhos, Santa Maria, RS, 2008.....	53
TABELA 7 – Distribuição de enfermeiras, técnicas e auxiliares em grupos quanto ao tempo de serviço no HUSM e na Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.....	54
TABELA 8 – Distribuição das enfermeiras quanto ao tempo de formadas, Santa Maria, RS, 2008.....	54
TABELA 9 – Distribuição do grupo de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem quanto a ter curso de graduação, pós-graduação, opção pelo trabalho na Unidade, outra atividade profissional e treinamento, Santa Maria, RS, 2008.	55
TABELA 10 – Distribuição dos escores padronizados de stress por indivíduo e área de stress, Santa Maria, RS, 2008.....	57
TABELA 11 – Percentual das trabalhadoras de acordo com o nível de stress por grupo, Santa Maria, RS, 2008.	60

TABELA 12 - Medidas descritivas dos escores padronizados de stress por área, Santa Maria, RS, 2008.....	61
---	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Percentual do nível de stress da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.....	59
FIGURA 2 – Nível de stress da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.	59
FIGURA 3 – Nível de stress da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica por categoria profissional, Santa Maria, RS, 2008.	60
FIGURA 4 – Média dos escores padronizados de stress por área da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.	62
FIGURA 5 – Distribuição dos estilos de coping mais utilizados entre as enfermeiras da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.	64
FIGURA 6 – Distribuição dos estilos de coping mais utilizados entre as técnicas de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.	64
FIGURA 7 – Distribuição dos estilos de coping mais utilizados entre as auxiliares de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.	65

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Identificação dos itens de maior e menor stress da equipe de enfermagem por área de stress, Santa Maria, RS, 2008.....	62
QUADRO 2 – Medidas descritivas das variáveis de interesse, Santa Maria, RS, 2008	66
QUADRO 3 – Teste de Kruskal-Wallis entre estilo de coping paliativo e tempo de serviço na unidade, Santa Maria, RS, 2008.....	67
QUADRO 4 – Teste de Kruskal-Wallis entre nível de stress e variáveis de tempo de serviço na unidade e turno de trabalho, Santa Maria, RS, 2008.....	67
QUADRO 5 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre nível de stress e estilos de coping, Santa Maria, RS, 2008.....	69
QUADRO 6 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre nível de stress e o “Sp” das áreas de stress, Santa Maria, RS, 2008.....	69
QUADRO 7 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre estilos de coping, Santa Maria, RS, 2008.....	70
QUADRO 8 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre “Sp” das áreas de stress e estilos de coping, Santa Maria, RS, 2008.....	71
QUADRO 9 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre “Sp” das áreas de stress, Santa Maria, RS, 2008.....	72

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento n.º 01 – Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica.....	127
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	130

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	133
ANEXO B - Instrumento nº 02 : Inventário de estratégias de Coping de Jalowie	134

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivos específicos	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 Stress: conceitos e modelos	24
3.2 Coping: definições e estratégias de enfrentamento	26
3.3 O stress no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem	30
3.4 O stress e o trabalho da equipe de enfermagem em oncologia	32
3.5 Stress no cuidado à mulher com câncer de mama	35
4 CASUÍSTICA E MÉTODO	37
4.1 Tipo e local do estudo	37
4.2 População do estudo	37
4.2.1 Riscos e benefícios do estudo	38
4.3 Aspectos éticos da pesquisa	38
4.4 Coleta de dados	39
4.4.1 Instrumento 1: Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica.....	40
4.4.2 Instrumento 2: Inventário de Estratégias de Coping de Jalowiec (1987).....	40
4.5 Apresentação e análise dos dados	41
4.6 Análise estatística dos dados	45
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	47
5.1 Processo de adaptação do Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica	47

5.2 Avaliação da confiabilidade do instrumento de coleta de dados	49
5.3 Caracterização da população	50
5.3.1 Caracterização da população por grupos – enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem.....	52
5.4 Estressores identificados a partir do Formulário Para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica	56
5.5 Estilos de coping identificados entre a equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica – análise do Inventário de Coping de Jalowiec	63
5.6 Medidas descritivas das variáveis de interesse.....	66
5.7 Comparações estatísticas	66
5.8 Correlações estatísticas entre variáveis.....	68
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	110
CONCLUSÕES	110
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES	126
ANEXOS	132

1 INTRODUÇÃO

A mudança de alguns paradigmas sociais contribuiu para o reconhecimento do papel da mulher na sociedade, resultando de muito empenho e dedicação do grupo feminino, ajustando-se às necessidades contemporâneas, bem como a um novo estilo de vida. Situação financeira, busca por realização pessoal e profissional, novas responsabilidades e preocupações, insegurança e exigências de novas funções assumidas são aspectos que influenciaram e continuam interferindo na qualidade de vida da mulher, pela tensão e pela ansiedade que provocam.

É importante considerar que, dependendo do modo como a mulher elabora o conceito e os valores de si mesma, irá realizar um julgamento singular da situação em que se encontra e dos estressores que fazem parte dessa conjuntura. Para Bianchi (2000), o papel desempenhado pelo indivíduo ao avaliar um estressor é significativo para o desencadeamento do stress.

Da mesma forma que essa realidade de transformações permite ser considerada como um potencial determinante para romper o equilíbrio físico e cognitivo do organismo, também a situação de doença pode representar mais um estressor para a mulher, ao desempenhar o papel social de cuidadora. De acordo com Collière (1989), este papel teve origem com o cristianismo e foi desempenhado por um modelo de mulher de classe elevada, configurando-se uma prática dispensada a pobres e desfavorecidos. A autora acrescenta que, com o passar dos séculos, cuidar tornou-se uma prática constrangida ao silêncio da igreja para, depois, ser submetida às prerrogativas da medicina dos homens.

O cuidado¹ na enfermagem de hoje, como prática profissional reconhecida, exige competências individuais, coletivas, gerais e específicas de seus trabalhadores, os quais podem ser mais ou menos exigidos, dependendo do cenário de atuação. O hospital, particularmente, pode ser considerado desgastante ao trabalhador de enfermagem por tratar-se de uma instituição com um sistema organizacional hierarquizado, composto por vários subsistemas, com normas rígidas de funcionamento, as quais primam pelo saber e pelo saber fazer. Mendes (2001) entende que as características que marcam a estrutura organizacional dos hospitais atualmente são causas de sofrimento e stress profissional. Essa instituição ainda conta com profissionais de diferentes áreas que convivem rotineiramente com diversas situações emocionalmente intensas de doença, vida e morte. Guido (2003) considera que o hospital é um ambiente estressante devido ao sentimento de dor e sofrimento que oportuniza.

Em vista disso, cuidar de pacientes nesse cenário – especialmente se forem críticos, como é o oncológico, por exemplo – é estressante aos seus cuidadores, uma vez que têm responsabilidade com doentes graves e que trazem a possibilidade de morte (RODRIGUES, 2006; GASPERI; RADÜNZ, 2006).

Por esse motivo, o cuidado de enfermagem em oncologia pode exigir enfrentamento de estressores internos e externos inerentes a essa atividade, especialmente, pelo significado cultural que é atribuído à doença. A idéia de finitude (que a patologia transmite em decorrência da dificuldade de cura, da dor e do sofrimento), muitas vezes a ela associada, o tratamento prolongado e difícil, com efeitos colaterais, cirurgias mutilantes e a morte são aspectos citados na literatura como estressantes ou associados ao sofrimento psíquico do trabalhador de enfermagem em oncologia (HINDS et al., 1998; PAFARO, 2002; RODRIGUES, 2006; QUATTRIN et al., 2006; CATON; KLEMM, 2006; AVELAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007; FARIA; MAIA, 2007).

Ao considerar-se a mulher e o câncer, os índices apontam que a neoplasia prevalente neste grupo é o câncer de mama, uma das doenças mais representativas de morbimortalidade feminina. Segundo informações divulgadas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), trata-se da segunda neoplasia mais prevalente no mundo e a primeira entre as mulheres no Brasil (BRASIL, 2008). Ainda de acordo com esta fonte, a estimativa esperada para o país em 2008 é de 49.400 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 51 para cada 100 mil

¹ Neste estudo, o significado de “cuidar” e “cuidado” deve ser interpretado como definem Gasperi e Radünz (2006), para os quais “cuidar pode ser entendido como atividades de apoio, facilitação, capacitação, ajuda, atenção, troca de idéias e tomada de decisões” e também Waldow (1998), que afirma que “o cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, visando a promover o bem e, no caso das profissões de saúde, visando ao bem-estar do paciente, à sua integridade moral e à sua dignidade como pessoa”.

mulheres, sendo que as regiões sul e sudeste são as com maior incidência. Esses dados são preocupantes, uma vez que existe ampla divulgação pelos meios de comunicação em relação ao auto-exame da mama. No entanto o que se observa na prática assistencial é o número acentuado de mulheres vítimas da doença e que procuram os serviços de saúde quando o estágio já é avançado. A esse respeito, o próprio INCA reconhece que a maior parte dos diagnósticos de câncer de mama é realizada em estágio avançado, o que desfavorece a paciente quanto ao prognóstico e ao tempo de vida/sobrevida (BRASIL, 2008).

Soma-se a isso o impacto que o diagnóstico de uma doença como o câncer de mama pode provocar na vida da mulher. A experiência vivida por ela em relação à doença é ampla e envolve diferentes momentos e significados singulares, com repercussões na vida diária e em suas relações sociais (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

Em vista disso, é possível afirmar que vivenciar essa situação de doença é estressante para a paciente. Andolhe (2006) identificou que os estressores enfrentados pelas pacientes desde o diagnóstico da doença até o período pré-operatório foram: a expectativa da cirurgia, o medo da anestesia, a falta de informação acerca do procedimento cirúrgico e ficar longe dos filhos. As pacientes estudadas também relataram preocupações como: a recuperação pós-operatória; a repercussão de tratamentos adjuvantes na imagem corporal, caso eles fossem necessários; e as incertezas em relação ao futuro. Tais resultados evidenciaram que essas mulheres enfrentam estressores significativos durante o processo saúde-doença.

Corroborando com esses resultados, Bergamasco e Angelo (2001) observaram que mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária vivenciam, após a descoberta da doença, angústia, sofrimento e sentimentos de desamparo, medo da morte e pânico. Para as autoras, enfrentar a mudança de identidade é difícil em decorrência dos ajustamentos que farão parte de sua nova situação de vida. Portanto a mulher precisa adaptar-se à realidade de ser mulher em uma nova condição: portador de câncer de mama.

A realidade da doença, muitas vezes, está associada ao tratamento cirúrgico e à idéia de mutilação traduzida na dificuldade de elaborar o novo conceito do próprio corpo. Vieira, Gomes e Trajano (2005) apontam que a mulher percebe o câncer de mama como o comprometimento da função social de seu corpo, o que contribui para a desvalorização da auto-imagem e para a diminuição da auto-estima. Essa reação justifica-se pelo significado cultural e social que a mama recebe, uma vez que a ela é atribuído o símbolo maior da feminilidade, da beleza, da sensualidade e da maternidade. Nesse sentido, a paciente, ao descobrir-se com o carcinoma mamário, sente que esse arcabouço de valores está ameaçado e, muitas vezes, rompido, principalmente se o tratamento de escolha for a mastectomia.

Essas implicações vinculadas ao diagnóstico e ao tratamento do carcinoma mamário podem ser consideradas importantes estressores, uma vez que repercutem no aparelho biológico e cognitivo da paciente, exigindo uma resposta. Em vista disso, a mulher deve avaliar o estressor e eleger a resposta que julgar mais adaptativa. No entanto a opção pela estratégia que a pessoa entende ser a mais adequada nem sempre é a mais efetiva e, algumas vezes, representa apenas uma solução paliativa.

Para Vieira, Lopes e Shimo (2007), o ser humano não está acostumado a enfrentar a idéia de finitude e, por essa razão, adota atitudes de fuga. Acrescentam, ainda, que o adoecimento e a perspectiva de morte ameaçam a auto-imagem e a existência das pessoas com quem se convive; por isso mecanismos evasivos são utilizados com frequência para enfrentar essa situação.

Sob essa perspectiva, é importante que a mulher com câncer de mama e indicação de mastectomia identifique os mecanismos de enfrentamento de que dispõe, a fim de superar o stress provocado pela doença. A participação da equipe de enfermagem, no sentido de auxiliar a paciente com câncer de mama a enfrentar a doença, é fundamental.

Para tanto, a equipe de enfermagem deve buscar equilíbrio biológico e cognitivo, no âmbito individual, de modo que possa colaborar no processo de enfrentamento do câncer de mama pela paciente. Tal equilíbrio resulta de estratégias adaptativas utilizadas para enfrentar os estressores, as quais visam a neutralizá-los ou diminuí-los. Desse modo, a identificação adequada dos estressores no trabalho é fundamental para o enfrentamento do stress.

Em trabalho desenvolvido na Unidade Tocoginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria com mulheres com câncer de mama no período perioperatório, realizado em 2006, foi possível observar o desgaste físico e mental da equipe de enfermagem em relação à assistência prestada, especialmente, às mulheres com câncer de mama, independente do estágio da doença. Isso porque era evidente a empatia e a solidariedade com que a equipe se empenhava no cuidado. Embora essa preocupação com o bem-estar da paciente estivesse presente nas ações assistenciais, estas estavam acompanhadas, em alguns momentos, da insegurança e do despreparo para dar suporte emocional e até mesmo em enfrentar os sentimentos de mulher cuidadora. Tal evidência e vivência, por vezes, fez emergir preocupações à aluna acerca da motivação e do interesse da referida equipe em dar continuidade às ações de cuidado propostas.

Mesmo durante a docência na área oncológica, após a graduação em enfermagem, observou-se que a equipe de enfermagem precisa enfrentar os seus sentimentos decorrentes da empatia e do envolvimento com o paciente. As internações prolongadas e a pouca

possibilidade de cura que o câncer sugere – sobretudo por tratar-se de pacientes graves e em estágio avançado da doença – podem repercutir no equilíbrio biológico e cognitivo dessa equipe.

Vale destacar, também, que a equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica é composta exclusivamente por mulheres. Tratam-se, portanto, de mulheres cuidando de semelhantes que possuem câncer de mama. Alguns autores (MASSARONI, 2001; AQUINO, 2005) afirmam que o sofrimento do paciente provoca sofrimento no profissional de saúde. Em vista disso, acredita-se que as trabalhadoras de enfermagem da unidade em questão enfrentam stress no cuidado da mulher com câncer de mama pela demanda emocional, bem como os cuidados específicos, que a paciente exige.

Considerando que o processo saúde-doença, inerente ao câncer de mama, seja estressante para paciente e família, é possível que a equipe de enfermagem também enfrente estressores importantes no cuidado.

Dessa maneira, cabem alguns questionamentos:

- A equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica depara-se com que tipo de estressores no cuidado à mulher com câncer de mama?

- Quais são as estratégias de enfrentamento ao stress que a mesma utiliza nesta situação?

A resposta a essas questões é relevante no que diz respeito à qualidade de vida no trabalho da referida equipe de enfermagem, uma vez que o trabalhador em saúde que estiver se deparando com situações de stress (sem conseguir eliminá-lo ou diminuí-lo), poderá enfrentar dificuldades em desempenhar adequadamente suas funções, assim como causar agravos em sua saúde, com repercussões na satisfação profissional e, conseqüentemente, pessoal.

Assim, entende-se que o desgaste da equipe pode influenciar na motivação e na qualidade da assistência prestada às pacientes, em especial, às mulheres com câncer de mama. Em vista disso, há uma preocupação com o stress no trabalho enfrentado pela equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, uma vez que convivem com pólos opostos: a vida, manifestada em cada recém-nascido, e a morte, lembrada em cada paciente terminal, e que, possivelmente, demande ajustes biológicos e cognitivos.

É importante destacar que a equipe de enfermagem em questão, assiste as mulheres com câncer de mama e outras afecções mastológicas e ginecológicas, bem como às puérperas, recém-nascidos e às gestantes de alto-risco. Salienta-se que é rotina às trabalhadoras de

enfermagem da unidade o cuidado das pacientes alternando a ala ginecológica e ala obstétrica e pós-natal, conforme escala diária de trabalho.

Em face a essas considerações, julga-se relevante a identificação dos estressores pela equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria, em especial, no cuidado às pacientes com câncer de mama, assim como conhecer as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pela mesma. Gonzáles (1998) afirma que a satisfação do trabalhador em enfermagem com o que faz é determinante para a sua qualidade de vida. Entende que a referida equipe irá desempenhar suas atividades de forma eficiente se sentir satisfação pessoal e profissional. Portanto considera-se que a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem está diretamente ligada a saúde do trabalhador no ambiente de trabalho, o que justifica a realização deste estudo.

A partir dessas considerações, defende-se a seguinte hipótese:

- **A equipe de enfermagem interage com estressores no cuidado à paciente com câncer de mama, usando estratégias de coping focadas, predominantemente, na emoção para enfrentar os estressores no trabalho.**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar os estressores entre a equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica do HUSM, no cuidado pré e pós-operatório da paciente cirúrgica de câncer de mama, bem como os estilos de coping utilizados pela referida equipe.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar o nível de stress da equipe de enfermagem da referida unidade, especialmente no cuidado à paciente com câncer de mama.
- Identificar os estilos de coping utilizados pela equipe nesta situação.
- Analisar as relações entre o nível de stress identificado e os estilos de coping utilizados pela equipe de enfermagem.
- Relacionar as variáveis sociodemográficas com o nível de stress e estilos de coping.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Sabe-se que existe ampla divulgação pelos veículos de comunicação sobre stress e suas repercussões à saúde das pessoas. Essas informações circulam com grande rapidez, em consonância ao ritmo do progresso da ciência e da tecnologia que transformam o dia-a-dia das pessoas. No entanto muitas informações são freqüentemente simplificadas (MCVICAR, 2005) e superficiais, desconsiderando o stress como um processo dinâmico e complexo.

Para elucidar o conceito de stress, a seguir será apresentada a evolução conceitual do termo, bem como suas implicações no ambiente de trabalho, particularmente, na enfermagem e em seu processo de enfrentamento.

3.1 Stress: conceitos e modelos

O mundo contemporâneo trouxe profundas inovações tecnológicas e que fazem parte do cotidiano das pessoas, transformando suas vidas. Contudo, do mesmo modo que o avanço tecnológico trouxe benefícios, também impõe à sociedade adaptações a esse novo estilo de vida. Para Guido (2003), a atual realidade social exige das pessoas adaptação constante, consciência e habilidade para enfrentar essa situação, como também requer capacidade de administração do agravamento do stress.

A partir disso, este fenômeno pode ser considerado como parte inerente do cotidiano das pessoas. As relações do indivíduo com o ambiente profissional, social ou pessoal, tanto no âmbito das relações interpessoais quanto no âmbito tecnológico, são continuamente permeadas por estressores.

O termo **stress**² tem origem na área da engenharia, no qual testes verificavam o quanto um material poderia suportar uma força aplicada a ele, antes de romper-se (BAUK, 1985). Posteriormente, outros estudos acerca de stress foram sendo realizados, contribuindo para a evolução do conceito.

O endocrinologista Hans Selye, em 1936 introduziu stress na área biológica com a semelhança da idéia anterior, referindo-se às reações inespecíficas elaboradas pelo sistema biológico como resposta a situações nocivas ao organismo (BAUK, op. cit.; LIPP, 1996). Ele verificou em seus estudos que as alterações apresentadas pelo organismo em decorrência de um estressor significavam uma reação do corpo na tentativa de manter a homeostase, e denominou essas manifestações de Síndrome de Adaptação Geral (SAG) (SELYE, 1959). Essas reações ocorrem em três fases: alarme ou alerta, resistência e exaustão (LIPP, op. cit.; COSTA, 1997; GUIDO, 2003).

Para Selye (1959), na **fase de alarme** ou **de alerta** ocorre a resposta inicial ao estressor, a qual é desenvolvida pelo sistema nervoso autônomo com a liberação de hormônios hipofisários e supra-renais, quebrando a homeostase, preparando o organismo para a luta ou para a fuga. A homeostase é recuperada se o estressor for eliminado ou se o organismo adaptar-se a ele. Caso contrário, inicia-se a reação de **resistência**. Nessa fase, o estressor continua agindo e provoca alterações neuroendócrinas no corpo, na tentativa de restabelecer o equilíbrio interno. Novamente, se o estressor não for eliminado, há uma evolução, dessa vez para a **fase de exaustão** (COSTA, 1997). Nesta, ocorrem sinais semelhantes aos da reação de alarme, mas de forma tão intensa que caracterizam a deteriorização do organismo, levando ao surgimento de doenças ou à morte do indivíduo.

Contudo não se pode definir o stress como um processo apenas negativo. Um evento estressante pode envolver situações saudáveis levando a sensações de bem-estar denominado **eutress** por Selye, em 1959 (SELYE, op. cit.). Já os efeitos nocivos e que envolvem sentimentos desagradáveis foram definidos pelo pesquisador como **distress** (COSTA, op. cit.; GUIDO, 2003).

Em vista disso, pode-se considerar que o stress envolve vivências que serão identificadas como positivas e/ou negativas, dependendo da avaliação e reavaliação de cada pessoa, sem as quais o processo de stress inexistente.

Os mecanismos biológicos desencadeados pelo organismo em resposta ao estressor contribuíram para explicar a teoria biologicista a partir da Síndrome de Adaptação Geral

² Os termos stress, eutress, distress, coping e burnout serão mantidos em suas formas originais em inglês, sem aspas, por apresentarem reconhecimento universal.

(SAG), desenvolvida por Selye, de modo a intensificar o viés biológico do conceito de stress. Mesmo assim, seguiram-se novas pesquisas com enfoque cognitivo, tornando-o mais abrangente.

Nos anos 80, passou-se a entendê-lo também como uma interação do indivíduo com o meio, percebida pelo sistema cognitivo. Segundo Lautert, Chaves e Moura (1999), stress pode ser considerado como uma relação entre a pessoa e o ambiente, cuja interação é mediada cognitivamente.

Sob a perspectiva cognitiva, Lazarus e Folkman (1984) definem stress como algo que ultrapassa a esfera biológica, e destacam a importância do aparelho cognitivo nas respostas aos diferentes estímulos. Dessa forma, os autores elaboraram o modelo interacionista, no qual a avaliação cognitiva é mediadora da reação ao stress, buscando neutralizá-lo ou superá-lo.

Nesse modelo, os estressores são passíveis de avaliações pelo indivíduo. Na **avaliação primária** (*primary appraisal*), o indivíduo identifica o estressor e reage conforme o significado da situação vivenciada (positiva ou negativa), podendo defini-la como um desafio, uma ameaça ou irrelevante. Já na **avaliação secundária** (*secondary appraisal*), o sujeito faz uma análise do estressor, buscando formas de controle e estratégias de enfrentamento por meio de mecanismos que podem ser efetivos ou não. Na **reavaliação** (*reappraisal*) ocorre uma avaliação como forma de controle do estímulo estressor. A consciência e os sistemas cerebrais reagem reavaliando o estressor. Caso as estratégias de enfrentamento advindas da primeira avaliação tenham sido efetivas, o organismo pode não reagir mais ao estressor.

O stress, portanto, entendido como processo, exige uma resposta, desencadeando uma sucessão de etapas avaliativas pelo indivíduo na busca da identificação do estressor e de seu significado, para que, posteriormente, a pessoa consiga optar pelas formas de enfrentamento mais adequadas. Cada indivíduo, ao confrontar-se com um estressor, irá enfrentá-lo de acordo com suas vivências, seus valores, seus sentimentos e sua cultura.

3.2 Coping: definições e estratégias de enfrentamento

Na busca incessante de vencer o stress, cada pessoa elege estratégias de enfrentamento que, segundo suas avaliações, serão mais efetivas para superá-lo. Estas, segundo França e Rodrigues (1997), formam um conjunto de esforços desenvolvidos pelo indivíduo para administrar os estímulos internos e externos.

Para Lazarus e Folkman (1984) o conceito de coping tem sido importante em psicologia por mais de 40 anos. Entre os anos 1940 e 1950, fornecia um tema organizacional em descrição e avaliação clínica. Atualmente, tem sido utilizado em programas de psicoterapias e de educação com o objetivo do desenvolvimento de habilidades de coping.

Contudo, os autores admitem que, apesar de o termo ter sido amplamente difundido e popularizado, existem incoerências entre teoria, pesquisa e entendimento; afirmam que o conceito de coping é encontrado em duas diferentes teorias, uma relacionada ao modelo experimental animal e outra ao modelo da psicologia psicanalítica do ego.

No primeiro, coping é definido, sob influência da Teoria de Darwin, como as ações de sobrevivência que buscam controlar as condições adversas do ambiente, reduzindo distúrbios psicofisiológicos. Esse modelo é considerado simplista e unidimensional, pois não é dotado de riqueza cognitiva e compreendem atitudes impulsivas de fuga e esquiva. No da psicologia psicanalítica do ego, coping é definido como pensamentos realistas e flexíveis, com ações que busquem a resolução de problemas e, por isso, reduzem o stress. A diferença entre estes dois é que o segundo considera a relação entre percepção e avaliação do ambiente pelo indivíduo, não desconsidera o comportamento, mas enfatiza a importância do aparelho cognitivo. Esse modelo tem determinado a teoria de coping.

Lazarus e Folkman (Ibid.) observam que outros trabalhos tratam de uma hierarquia na qual coping refere o mais alto, mais avançado e mais maduro processo do ego, seguido de defesas as quais conduzem para modelos neuróticos de adaptação, também hierarquicamente arranjados. Em vista disso, coping pode ser entendido como um processo entre indivíduo-ambiente, que envolve comportamentos impulsivos, defensivos e condutas de natureza reflexiva e avaliativa, ou seja, nem sempre é um processo mediado de maneira racional, uma vez que pode ser percebido, também, com o ato ou pensamento irracional.

Embora coping seja associado ao stress, Smith (1993) entende que esse processo pode ocorrer se o indivíduo mantiver contato com a realidade e explorar amplamente os possíveis recursos adaptativos, considerar as conseqüências e as várias direções que seu sentimento e suas ações podem tomar, ser flexivo e criativo, manejar de forma apropriada e com foco na realidade, expressando vontade e sensibilidade. Dessa maneira, observa-se o quanto as emoções, a sensibilidade, a percepção clara do que se vive e, conseqüentemente, a avaliação precisa dessa realidade podem interferir na opção das estratégias de enfrentamento, determinando o estilo de coping do indivíduo e o que isso representa para ele.

Pessuto (1999) considera que o significado de coping abrange comportamentos focados na reflexão e na cognição. Por essa razão, coping perde sua característica de processo

cognitivo e de interação com o ambiente, uma vez que os mecanismos de defesa são adotados pela pessoa de maneira inconsciente, não tendo controle sobre eles.

Para Smith (1993), processos defensivos envolvem algumas distorções da realidade, são menos flexíveis e diferenciados, mas mais distorcidos pela interferência das emoções e utilizados pelo indivíduo para sua satisfação, o que, provavelmente, impulsiona-a optar por estratégias de coping menos efetivas. Sob essa perspectiva, Lazarus e Folkman (1984) acreditam que a adesão à realidade é o melhor critério para definir o coping a ser utilizado.

Em face dessas proposições, pode-se afirmar que coping envolve aspectos de natureza impulsiva e irracional, considerando as estruturas cerebrais primitivas do ser humano, no entanto é possível que os componentes hierárquicos cognitivos e avaliativos do indivíduo, advindos da evolução dessas estruturas, sejam determinantes para o coping efetivo.

Coping, então, é definido como um processo pelo qual a pessoa maneja os estímulos da relação indivíduo/ambiente que julga ser estressante. É a resposta aos diferentes processos a fim de manter a integridade física e psíquica do organismo. Nesse sentido, a pessoa utiliza tais mecanismos na tentativa de neutralizar e/ou eliminar o estressor e restabelecer o equilíbrio interno (LAZARUS; FOLKMAN, op. cit). A partir dessas definições, os autores delinearão o modelo interacionista cognitivo, com destaque para o processo avaliativo e a participação do aparelho cognitivo. Nesse modelo, as estratégias podem ser agrupadas em dois focos fundamentais: centradas no problema e centradas na emoção.

No primeiro foco, coping centrado no problema, o indivíduo busca a resolução da situação utilizando informações acerca do estressor, analisando as alternativas de ação que dispõe para optar pela que acredita ser mais adequada. No coping centrado na emoção, as estratégias empregadas são dotadas de elevada carga emocional e derivam de processos de autodefesa da pessoa. São mecanismos de distanciamento, fuga e esquiva que servem de escudo e evitam o confronto do indivíduo com o estressor, na tentativa de modificar a realidade, bem como as sensações desagradáveis decorrentes do estressor.

Guido (2003) acredita que coping considerado como estratégia, pode ser aprendido, usado e adaptado seja qual for a situação de stress que um indivíduo enfrenta. A autora entende que este é um processo dinâmico, passível de avaliações e reavaliações as quais permitem à pessoa mudança de condutas e concepções para que esta possa enfrentar o estressor da forma mais adequada e efetiva possível.

Os recursos a serem utilizados pelo indivíduo para enfrentar o stress podem sofrer influência de estressores vividos anteriormente, bem como serem alterados ao longo do

tempo, especialmente, sob a ação de fatores ligados à história e ao seu grupo (GALDINO, 2000).

Cabe ressaltar que o stress será adequadamente enfrentado se as estratégias de coping utilizadas forem efetivas. Caso contrário ocorre um processo de reavaliação cognitiva do estressor e possíveis mudanças de ações e, assim, sucessivamente, até a resolução do problema ou até a exaustão.

Nesse sentido, o indivíduo submetido ao stress e que não consiga enfrentá-lo de maneira adequada, pode entrar em burnout. Maslach e Jackson (1981) definem burnout como uma síndrome tridimensional decorrente de uma resposta inadequada do indivíduo ao estressor no ambiente de trabalho com desgaste emocional (físico e psíquico), despersonalização (alienação e isolamento) e incompetência ou falta de realização pessoal. Smith (op. cit.) define burnout como um efeito pós-stress que é similar, entretanto, mais geral que a fadiga e ocorre entre profissionais que assistem pessoas, como por exemplo, os enfermeiros. Trata-se do resultado da ineficiência crônica das estratégias de coping do indivíduo, proveniente da exposição ao stress prolongado, particularmente, relacionado ao trabalho (TOKER et al., 2005).

Considerando o stress como um processo que exige uma resposta, seja ela efetiva ou inefetiva – levando-se em conta, neste caso, a utilização do coping inadequado e não-resolutivo, bem como os agravos que o stress crônico pode representar –, entende-se importante o estudo desse fenômeno na enfermagem. Tal processo está presente, particularmente, entre os enfermeiros, como já referido anteriormente, e também na assistência direta ao paciente – o stress assistencial que é definido por Gómez et al. (2005), como atenção intensa e prolongada à pessoa que se encontra em uma situação de necessidade e dependência; cujas características são semelhantes às descritas por Maslach e Jackson (op. cit.) a respeito de burnout.

Por essa razão, analisar o nível de stress entre enfermeiros e equipe de enfermagem que assistem pacientes oncológicos, especialmente mulheres com câncer de mama, é relevante, uma vez que se tratam de mulheres que cuidam de outra, acometida por uma doença que pode ser representativa no que se refere à repercussão na auto-imagem, na auto-estima, na sexualidade, bem como nas esferas social e profissional. Entende-se, portanto, que essas pacientes merecem atenção especial e, por isso, a equipe de enfermagem precisa assisti-las com sensibilidade e empatia, elementos do cuidado possíveis de serem alcançados com qualidade de vida no trabalho.

3.3 O stress no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem

O processo de trabalho, ao longo da história, deteve transformações profundas, nem sempre significando o que representa nos dias de hoje. De acordo com Batista, et al. (2005) as atividades laborais tiveram conotação de castigo por muito tempo e, ocasionalmente, não foram remuneradas; ou, quando eram, tinham valores ínfimos.

Contudo a estruturação da sociedade atual, bem como as consolidações culturais, motivaram a modificação dessa concepção. Sampaio, Hitomi e Ruiz (1995) consideram o trabalho como a força, o tempo e a habilidade que se vendem para obter condições de sobrevivência. Os autores acrescentam, ainda, que o trabalho situa o indivíduo na hierarquia social e remete-o a diferentes possibilidades de consumo.

Em face dessas considerações, pode-se conceber que o trabalho tem recebido uma significação resultante das mudanças sociais e econômicas que marcaram cada etapa da história da humanidade. Por essa razão, o processo de trabalho atual, tem reflexo de uma sociedade que precisa conviver, cotidianamente, com os avanços tecnológicos, com a mudança no estilo de vida, com a corrida contra o tempo, assim como com a velocidade de circulação das informações. Esses fatores podem ser associados à tensão, à ansiedade, ao desgaste e, por isso, são potencialmente estressantes, podendo repercutir nas relações e no ambiente de trabalho de tal maneira que comprometa a satisfação e o desempenho do trabalhador.

O ambiente hospitalar, da mesma forma, sofreu os reflexos das inovações tecnológicas, uma vez que ganhou instrumental mais complexo e moderno, o que pode ser considerado como fator relevante nas mudanças do processo de trabalho em saúde e em enfermagem. O enfermeiro, nos dias de hoje, atua em um ambiente ocupacional permeado por situações que podem ser precursoras de stress. Para Martins (2006), os serviços de saúde, particularmente as organizações hospitalares, por serem dotadas de sistemas organizacionais e técnicos próprios, têm contribuído para desencadear stress.

A instituição hospitalar, enquanto organização, é regida por uma estrutura administrativa na qual o planejamento, a organização, a direção de pessoas, a comunicação e a avaliação são algumas funções que regem o seu funcionamento, pois visam à excelência de produtividade, de competitividade e de eficiência dos serviços prestados. Sob essas exigências, as atividades do enfermeiro e da equipe devem ser pautadas, continuamente, buscando atingir os anseios organizacionais (MENDES, 2001).

Para atender a essas demandas, pode-se afirmar que o enfermeiro está frequentemente almejando a agilidade do serviço e a eficiência de sua equipe, atendendo a atividades burocráticas e às solicitações da equipe de enfermagem e multiprofissional, do paciente e de seus familiares. Direta e indiretamente, a própria equipe de enfermagem é também exigida, e é neste contexto que ela desempenha funções de grande responsabilidade, que exigem conhecimento científico, competência técnica e habilidade de relacionamento interpessoal, além das atribuições citadas acima. Essas atividades que geram tensão e ansiedade podem ser entendidas como estressores.

Na literatura internacional, a primeira autora a afirmar que a profissão do enfermeiro é estressante foi Menzies (1960), destacando que as enfermeiras experienciam stress no trabalho em situações como a morte do paciente. Enfatiza que cuidar de pessoas doentes exige demandas como sofrimento, compaixão e simpatia que, se consideradas incompatíveis com a profissão, podem suscitar culpa e ansiedade.

Na realidade brasileira, um dos primeiros estudos sobre stress foi o de Tesck (1982), que reflete o contexto socioeconômico do país, a tecnologia no ambiente hospitalar, a maior complexidade dos equipamentos e implicações destes na assistência. A autora pesquisou quais os fatores de stress a que estão submetidos os enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), bem como os recursos tecnológicos utilizados por esses profissionais para o alívio do stress. Concluiu que cada indivíduo percebe-o de maneira individual no ambiente de trabalho, mas existem estressores que podem ser comuns a todos. Coronetti et al. (2006) afirmam que a utilização do aparato tecnológico na assistência ao paciente de UTI, o ruído e a presença da morte são alguns estressores comuns que a equipe de enfermagem enfrenta em sua rotina de trabalho.

Por outro lado, o estudo de Ferreira (1998) demonstrou que os profissionais de enfermagem que atuam em UTI mantêm baixo nível de stress e ansiedade na realidade pesquisada. Esses dados foram semelhantes aos apontados por Miranda (1998), que destacou a utilidade de programas preventivos de stress no trabalho para o seu enfrentamento nesse ambiente.

Os estudos sobre stress realizados por enfermeiros brasileiros ganharam forte expressão a partir da década de 90, com a tese de Bianchi (1990) sobre stress entre enfermeiros de centro cirúrgico (CC), também no contexto da tecnologia aplicada à área de saúde, ao processo de cuidar e sua influência no processo de trabalho da enfermagem. Nesse enfoque destacam-se os trabalhos de Lima (1997), Massorini (2001), Guido (2003) e Aquino (2005), que concluíram que os enfermeiros de CC enfrentam stress na unidade de trabalho.

Outras pesquisas focaram stress entre enfermeiros hospitalares: que trabalham em unidades abertas e fechadas (BIANCHI, 1999); atuam em Unidades de Emergência (BOLLER, 2002; BATISTA, 2005); stress de enfermeiros no processo de captação de órgãos (GUARINO, 2005); stress entre enfermeiros hospitalares em um hospital de ensino (ANABUKI, 2002) e em um hospital privado (SANGIULIANO, 2004). Essas pesquisas demonstram a preocupação dos enfermeiros com o local de trabalho e a qualidade de vida nesse ambiente. No entanto, os estudos não focaram, diretamente, stress e assistência de enfermagem.

3.4 O stress e o trabalho da equipe de enfermagem em oncologia

O stress no ambiente de trabalho não é algo novo, mas é tema de recentes estudos, uma vez que está associado a diversas doenças como hipertensão, úlceras, doenças cardíacas, entre outras, repercutindo em agravos à saúde do trabalhador e à sua qualidade de vida (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2000). No entanto são poucas as pesquisas nacionais e internacionais sobre stress e coping entre enfermeiros oncológicos. Em estudo exploratório, bibliográfico, realizado em bases de dados *on-line*, quais sejam: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BEDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Revista Brasileira de Cancerologia, cujos trabalhos foram publicados no período de 1997 a 2007, observou-se que as pesquisas que envolvem stress e câncer de mama destacam a relação do stress e a qualidade de vida da paciente, bem como a resposta neuroendócrina e imunológica aos estressores. A partir desse levantamento bibliográfico, percebeu-se uma lacuna de estudos que relacionem o stress e a qualidade de vida entre enfermeiros que assistem a pacientes oncológicos, especialmente, mulheres com câncer de mama.

Alguns estudos nacionais têm enfatizado os estressores entre enfermeiros que atuam em unidades oncológicas, bem como o sofrimento psíquico desses trabalhadores (PAFARO, 2002; RODRIGUES, 2006; FARIA; MAIA, 2007) o que também foi observado por Rodrigues (2006), mas não analisam o nível de stress quantitativamente. Também focalizam as condições de trabalho, a qualidade de vida no ambiente ocupacional e a repercussão dessas variáveis na qualidade da assistência.

Algumas pesquisas na literatura internacional (HINDS et al., 1998; MEDLAND, HOWARD-RUBEN; WHITAKER, 2004; ISIKHAN; COMEZ; DANIS, 2004; QUATTRIN, et al., 2006; EKEDAHL; WENGSTRÖM, 2007) afirmam que os enfermeiros que atuam em oncologia estão mais vulneráveis ao stress. Pafaro (2002) estudou os sintomas de stress entre enfermeiros de oncologia pediátrica e percebeu que grande parte dos enfermeiros se encontrava com médio nível de stress com predominância de sintomas psicológicos. Em vista disso, a implantação de programas que visem ao bem-estar psicológico e social, uma vez que o stress é um fenômeno natural na oncologia, é importante para a promoção da qualidade de vida no trabalho de enfermeiros oncológicos (MEDLAND; HOWARD-RUBEN; WHITAKER, 2004).

Meirelles (2002), que estudou o stress entre enfermeiros cirúrgicos oncológicos, identificou que esses profissionais não têm preparo para o controle do stress, tornando-se mais vulneráveis a ele. Esses resultados sugerem que os gestores e gerentes em saúde devem incentivar programas que permitam ao enfermeiro acesso a informações referentes ao processo de stress, a fim de enfrentá-lo com maior efetividade.

Campos (2005), em revisão integrativa da literatura a respeito de burnout, apontou para a necessidade de uma reflexão sobre o gerenciamento da saúde dos trabalhadores em enfermagem oncológica, e destaca que o investimento em saúde e qualidade de vida desses profissionais representa investir na qualidade da assistência ao paciente oncológico. Por essa razão, o enfermeiro e a equipe de enfermagem atuante em oncologia, especialmente no cuidado da mulher com câncer de mama, necessitam de atenção no que se refere à saúde e qualidade de vida ocupacional. Profissionais cientes da dinâmica de stress e conhecedores de seu processo de trabalho poderão enfrentar os estressores na esfera profissional, social ou pessoal de maneira adequada.

Recentes estudos analisaram o stress no trabalho de enfermeiros oncológicos. Na pesquisa brasileira de Pafaro e De Martino (2004) sobre nível de stress entre enfermeiros de unidade de oncologia pediátrica, os resultados evidenciaram a predominância de sintomas psicológicos de stress entre esses profissionais. Esses achados sugerem que os enfermeiros precisam enfrentar demandas estressantes em sua rotina de trabalho na área oncológica para não entrarem em burnout.

Corroborando com essa premissa, o estudo escocês de Isikhan, Comez e Danis (2004) identificou que enfermeiros e médicos que atuam em unidades oncológicas desgastam-se física e psicologicamente, e o nível de stress é influenciado pelas variáveis: estado civil; carreira profissional; oportunidade de promoção relacionada ao cargo que se ocupa; impasses

entre trabalho e responsabilidades; conflitos interpessoais no trabalho; condições de trabalho e equipamentos inadequados; e experiências vividas com pacientes. Esses fatores podem repercutir, significativamente, na qualidade de vida no trabalho desses profissionais, como também no desempenho de suas atividades assistenciais.

Destaca-se, também, o trabalho desenvolvido pelos americanos Medland, Howard-Ruben e Whitaker (2004), no qual se constatou que enfermeiros oncológicos podem ter sua saúde e qualidade de vida ocupacional beneficiadas pela implantação de programas cujo objetivo seja o bem-estar psicológico e social, uma vez que consideram que o stress é um fenômeno natural na oncologia.

Rodrigues (2006) identificou que perceber o óbito do paciente, situações de emergência em oncologia e relacionamento interpessoal (tanto com a equipe multiprofissional quanto com o paciente e sua família) foram pontuados como os principais estressores enfrentados pelo enfermeiro oncológico.

Mais recentemente, Fenga et al. (2007) correlacionaram stress ocupacional, burnout e características da personalidade entre um grupo de enfermeiros oncológicos. Os resultados demonstraram uma relação estatisticamente significativa entre nível elevado de stress e estado de burnout, bem como nível elevado de stress e doenças infecciosas no grupo estudado. Os autores observaram, também, que algumas características da personalidade podem predispor o profissional ao burnout. Por isso, concluíram que o suporte psicossocial no ambiente de trabalho de enfermeiros oncológicos é importante para prevenir doenças psicossomáticas associadas ao stress ocupacional.

Estudos como este, reafirmam que o trabalho do enfermeiro e da equipe em oncologia é desgastante. Da mesma forma, indicam que seria importante a implantação de programas que oportunizem um espaço de apoio, informação, discussão e orientação quanto ao stress, visando à melhor interação da equipe entre si e seus estressores. Além disso, tais pesquisas são importantes ao considerar o stress como um processo dinâmico, inerente ao ser humano, presente na atividade profissional do indivíduo e entre enfermeiros oncológicos e equipe de enfermagem, em especial.

Por essa razão, julga-se relevante colocar em perspectiva a qualidade de vida no trabalho desses profissionais, bem como o auxílio na identificação das estratégias de coping de que eles dispõem. Sabe-se que essa iniciativa representa um desafio necessário, uma vez que irá repercutir de forma expressiva na qualidade da assistência prestada aos pacientes com câncer, em especial, à mulher com câncer de mama.

3.5 Stress no cuidado à mulher com câncer de mama

Pela literatura pesquisada, poucos estudos têm relacionado o cuidado específico à mulher com câncer de mama com o desgaste da equipe de enfermagem que lhe presta cuidados. O enfoque das pesquisas encontradas refere-se ao sofrimento de enfermeiras que cuidam dessas pacientes e a seus sentimentos. Da mesma forma, em estudo bibliográfico realizado com base nos resumos de dissertações e teses contidas no CEPEN – Centro de Pesquisas em Enfermagem, em CD-ROM, publicadas, entre 1979 a 2005, observou-se que dois trabalhos focaram a saúde do trabalhador em enfermagem no cuidado da paciente com câncer de mama.

Oliveira (2003) estudou a saúde mental das enfermeiras que cuidam da paciente com carcinoma mamário. As trabalhadoras pesquisadas julgaram-se inexperientes para assistir essas pacientes, principalmente no envolvimento emocional na relação enfermeira-paciente. Além disso, a autora identificou que tais enfermeiras apresentaram sentimentos geradores de sofrimento no relacionamento e identificaram-se com suas pacientes, o que pode repercutir em sua saúde mental.

Esses sentimentos podem ser considerados potencialmente estressantes e é preciso que os profissionais aprendam a enfrentá-los de acordo com os seus recursos e suas estratégias de enfrentamento. De acordo com Guido (2003), o enfrentamento do stress pode ser aprendido e o conhecimento do indivíduo acerca deste processo é importante para que ele consiga identificar os estressores, tanto no trabalho quanto na vida social ou pessoal, e optar pelo coping mais adequado.

Carvalho (2003) pesquisou o cuidar de mulher com câncer de mama entre enfermeiros e concluiu que esses profissionais não sabem lidar com a finitude humana. Isso é importante, uma vez que a morte faz parte do ciclo evolutivo e, inevitavelmente, precisa ser enfrentada por todas as pessoas em algum momento da vida.

Gambotto et al. (2006) estudaram os mecanismos de defesa utilizados por profissionais de saúde no tratamento de mulheres com câncer de mama. Os autores concluíram que tratamento dessas pacientes é difícil e os profissionais, por não saberem lidar com os sentimentos decorrentes dessa interação, adotam mecanismos diferentes, mas que remetem à tentativa de distanciamento. Os autores também afirmam que tratar dessas pacientes é difícil e, por isso, consideram importante que esses profissionais tenham suporte psicológico.

Na prática assistencial, percebe-se que existe empatia da equipe enquanto mulheres em relação às pacientes com câncer de mama. Os valores culturais referentes à mama, à beleza feminina, à possibilidade ou à real perda de uma parte do corpo da mulher que simboliza maternidade, sensualidade e sexualidade são sentimentos que comovem outras mulheres. Esses sentimentos parecem configurar-se na demanda mais difícil de ser enfrentada.

Esses estudos representam o princípio das pesquisas relacionadas à saúde do trabalhador em enfermagem que cuida da mulher com câncer de mama. É preciso ainda que novas pesquisas sejam realizadas para elucidar a fragilidade da equipe de enfermagem enquanto ser humano e de suas demandas físicas e emocionais diante da finitude da vida, especialmente tratando-se da mulher com câncer de mama, e o quanto enfrentar esses sentimentos pode ser estressante.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de campo, com abordagem quantitativa.

4.1 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Tocoginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), um hospital público, geral, de nível terciário, sendo uma referência regional, pois atende aproximadamente 45 municípios da região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul, assistindo uma população de quase dois milhões de pessoas. Trata-se de uma instituição de ensino, pesquisa e extensão que oferece serviços de saúde (assistência) em diversas especialidades.

A Unidade Tocoginecológica é uma unidade aberta, localizada no 2º andar do HUSM e atende mulheres com afecções ginecológicas, mastológicas, obstétricas, bem como gestantes de alto-risco. Também presta serviços de apoio à mãe e ao recém-nascido, sendo composta por 32 leitos.

4.2 População do estudo

Faziam parte da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, no período de coleta de dados, 29 servidoras. No entanto, a população do estudo foi composta por 26 servidoras do sexo feminino, sendo oito enfermeiras, nove técnicas de enfermagem e nove

auxiliares de enfermagem. Destaca-se que três trabalhadoras não foram incluídas no estudo, sendo que duas não aceitaram participar e uma tinha tempo de atuação na unidade menor que três meses (critério de exclusão). Cabe salientar ainda, que as trabalhadoras estavam distribuídas nos diferentes turnos e no noturno verificou-se um número maior de trabalhadoras, uma vez que atuam em noites alternadas.

Foram incluídas as trabalhadoras que aceitaram, espontaneamente, participar da pesquisa.

4.2.1 Riscos e benefícios do estudo

O estudo não ofereceu riscos nem benefícios diretos para a saúde da população estudada. Contudo a identificação dos estressores pela equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, no cuidado às mulheres no pré e pós-operatório de câncer de mama, permitiu conhecer o nível de stress e as estratégias de coping utilizadas pela mesma no enfrentamento dos estressores (benefício indireto). Como o stress no trabalho pode desencadear alterações na saúde, os resultados deste estudo poderão contribuir para a elaboração de programas de intervenção que visem à qualidade de vida dessas profissionais.

4.3 Aspectos éticos da pesquisa

Em observância à legislação sobre pesquisa envolvendo seres humanos, foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido, pelo qual a população da pesquisa foi informada dos objetivos do estudo, bem como lhe foi garantido o anonimato, o desejo de participação, ou não, e os benefícios do estudo. Este documento foi entregue a cada participante, sendo assinado por ele e pelo pesquisador.

O projeto foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e encaminhado às direções de enfermagem e de ensino, pesquisa e extensão do HUSM para conhecimento, avaliação e liberação. Posteriormente, foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, no qual obteve parecer favorável ao seu

desenvolvimento - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 0184.0.243.000-07 (Anexo A).

Os instrumentos utilizados foram armazenados pelo coordenador da pesquisa e serão mantidos durante cinco anos. Após este período serão incinerados.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2008. Primeiramente, fez-se contato inicial com a Direção de Enfermagem do HUSM, com a Coordenadora da Área Materno-Infantil, bem como com a chefia da unidade para a apresentação dos objetivos da pesquisa, visando ao aceite e à liberação. Apresentou-se o projeto em reunião da equipe de enfermagem junto à Unidade Tocoginecológica para sensibilização à proposta.

A coleta de dados iniciou mediante a entrega dos envelopes contendo os instrumentos de pesquisa e duas vias do TCLE à equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, nos três turnos de trabalho. Nesse momento, foram esclarecidos os objetivos, os riscos e benefícios do estudo, bem como assegurado o desejo de participação, ou não, o sigilo e o anonimato.

Obtiveram-se as assinaturas das duas cópias do TCLE, ficando uma via com o participante e outra com o pesquisador. Após esses esclarecimentos, os sujeitos foram orientados sobre como responder aos instrumentos de coleta de dados. Sanadas todas as dúvidas, agendava-se com cada sujeito a data e o turno de recolhimento dos envelopes. O prazo para resposta e recolhimento dos instrumentos foi, em média, de três a cinco dias.

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Instrumento 1: Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica;

Instrumento 2: Inventário de estratégias de coping de Jalowiec (1987).

4.4.1 Instrumento 1: Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica

A utilização deste instrumento visa a identificar os estressores apontados pela equipe de enfermagem no cuidado da paciente cirúrgica com câncer de mama. A versão utilizada aqui foi adaptada de Bianchi (1999) e de Guarino (2005).

O formulário é auto-aplicável e dividido em duas partes: a primeira é composta pelos dados sociodemográficos, pretendendo traçar um perfil da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica. A segunda compreende 48 itens que indicam as atividades diárias realizadas pela equipe de enfermagem na referida unidade. Para cada item o sujeito da pesquisa deveria pontuar entre valores variáveis de zero a cinco, usando a escala tipo Likert. Nesta escala, “zero” é determinado como “não se aplica”, “um” é determinado como “pouco desgastante”, “três” como “médio desgaste” e “cinco” como “muito desgastante”.

4.4.2 Instrumento 2: Inventário de Estratégias de Coping de Jalowiec (1987)

Jalowiec (1987) elaborou um Inventário de Estratégias de Coping com o objetivo de identificar as características individuais de estratégias de enfrentamento. Trata-se de condutas baseadas na elaboração cognitiva, categorizadas em oito estilos de coping, dispostas desordenadamente, sendo que cada sujeito deveria marcar com “x” as condutas mais freqüentemente utilizadas no enfrentamento do stress.

De acordo com Backer et al. (2000) a Escala de Coping de Jalowiec foi criada a partir da Teoria Cognitiva de Lazarus e Folkman (1984) e inicialmente utilizada entre pacientes com doenças cardíacas. As autoras acrescentam que esta escala é o instrumento mais freqüentemente utilizado, internacionalmente, para estudar coping em pesquisas realizadas por enfermeiros. No Brasil, as recentes pesquisas que utilizaram esse instrumento para identificar o estilo de coping predominante de uma pessoa ao enfrentar stress foram realizadas por Galdino (2000), Souza (2005), Andolhe (2006).

4.5 Apresentação e análise dos dados

Os dados referentes às características pessoais e profissionais da população estudada serão apresentados em forma de tabelas com frequência simples e percentuais, a fim de descrever o perfil sociodemográfico dos sujeitos, bem como facilitar a relação destas variáveis com as demais etapas do processo investigativo.

Para apresentação dos dados levantados, a partir do Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica, adaptado de Bianchi (1999) e de Guarino (2005), Bianchi (op. cit.) destaca que há a necessidade de padronização dos escores, porque a soma total dos valores atribuídos pelo enfermeiro em cada área não é diretamente compatível, devido às áreas apresentarem números diferentes de itens e pela possibilidade de cada sujeito (enfermeira, técnica ou auxiliar de enfermagem) ter certo número de respostas “zero” correspondentes à não realização da atividade. Para cada sujeito foi realizada a soma dos valores atribuídos nos itens que compõem a área, subtraído pelo resultado da diferença: total de itens que compõem a área pelo total de itens assinalados por “zero” (não se aplica) e, assim, dividido pelos itens efetivamente respondidos, obtendo-se desta forma o escore padronizado de stress para cada área. Após a obtenção do escore padronizado de cada sujeito por área, foi efetuada a soma dos valores, dividida pelo número de áreas, obtendo-se assim, o nível de stress por sujeito.

Portanto, a fim de tornar os escores compatíveis, Bianchi (1999) construiu o escore padronizado (Sp) com a fórmula:

$$Sp = \frac{S-(i-n) \cdot 100\%}{6(i-n)}$$

na qual:

S = soma dos valores atribuídos aos itens que compõem a área (escore do sujeito em cada área);

i = número de itens que compõem a área;

n = número de vezes que foi assinalado “zero” (não se aplica).

Foi considerado o nível de stress com a seguinte pontuação de escore padronizado:

< 20	→	baixo nível de stress
21 a 30	→	médio nível de stress
31 a 40	→	alerta para o nível de stress
41 a 50	→	alto nível de stress
> 50	→	altíssimo nível de stress

O escore padronizado *Sp* varia de zero a 100%, correspondendo o valor neutro, 50%, a uma pontuação de três, atribuída na valorização dos itens, permitindo, dessa forma, que se identifique o nível de stress dos sujeitos pesquisados frente aos estressores vivenciados no cuidado da mulher com câncer de mama no pré e pós-operatório.

Após a obtenção do escore padronizado de cada sujeito por área, foi efetuada a soma dos *Sp* por área e dividida pelo número de áreas, a fim de identificar o nível de stress por indivíduo, o que permitiu a classificação em postos, sendo que o posto um (1) corresponde ao profissional com maior nível de stress e o posto 26, ao sujeito com menor nível de stress.

As atividades desempenhadas pela equipe, descritas no Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica, foram subdivididas em seis áreas:

Área A: Relacionamento interpessoal (13 itens):

- 19) Relacionar-se com os familiares da paciente com CaM
- 20) Relacionar-se com a equipe multidisciplinar
- 21) Relacionar-se com a equipe de centro cirúrgico
- 22) Relacionar-se com o grupo de apoio à mulher com CaM
- 23) Relacionar-se com o Ambulatório de Ginecologia
- 24) Relacionar-se com a Sala de Recuperação Anestésica
- 25) Relacionar-se com a coordenação da unidade
- 26) Relacionar-se com o serviço social
- 27) Relacionar-se com o serviço administrativo
- 28) Relacionar-se com a chefia de enfermagem
- 29) Relacionar-se com a equipe médica
- 30) Relacionar-se com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de outros serviços
- 47) Relacionamento com o serviço de segurança e portaria

Área B: Assistência de enfermagem (nove itens)

- 12) Admitir a paciente com câncer de mama na unidade
- 13) Fazer o exame físico na paciente com CaM
- 14) Prescrever/realizar cuidados de enfermagem
- 15) Avaliar a paciente
- 16) Fazer a evolução da paciente
- 17) Cuidar da paciente com CaM
- 18) Prestar cuidados de enfermagem com tempo mínimo
- 45) Orientar a paciente para o autocuidado
- 46) Orientar para a alta

Área C: Atividades relacionadas ao funcionamento da unidade (sete itens)

- 5) Funcionamento de equipamentos
- 6) Reposição de material de consumo
- 7) Reposição de material mediante encaminhamento de solicitação ao almoxarifado
- 8) Reposição de material mediante encaminhamento de solicitação ao almoxarifado
CME
- 9) Previsão de material
- 10) Controle de materiais e equipamentos
- 11) Coordenar atividades na Unidade Tocoginecológica

Área D: Conhecimento e habilidades (cinco itens)

- 39) Realizar/participar de educação em serviço
- 40) Habilidade para o cuidado da paciente com CaM
- 41) Falta de treinamento para o trabalho
- 42) Receio de cometer erros
- 43) Realizar reuniões de estudos com a equipe

Área E: Demandas subjetivas no cuidado (oito itens)

- 31) Estar exposto repetidamente ao sofrimento das pacientes/familiares
- 32) Lidar com a angústia da paciente
- 33) Lidar com a angústia dos familiares
- 34) Lidar com o binômio vida/morte
- 35) Continuar preocupada mesmo após o término do plantão

- 36) Ser um membro da equipe responsável pelo cuidado da paciente com CaM
- 44) Lidar com sentimentos enquanto mulher cuidadora de mulher com CaM
- 48) Conviver com a piora do quadro clínico da paciente com CaM

Área F: Condições de trabalho para o desempenho das atividades da equipe (seis itens)

- 1) Ambiente em geral
- 2) Falta de espaço adequado
- 3) Ruídos dos equipamentos
- 4) Odores desagradáveis
- 37) Trabalhar com sobrecarga de atividades
- 38) Trabalhar com equipe insuficiente

Para identificar o estilo de coping do sujeito no enfrentamento dos estressores, pelo Inventário de Estratégias de Coping de Jalowiec (1987), utilizou-se a pontuação relativa que fornece um parâmetro para considerar os esforços de um indivíduo dentro de um estilo de coping.

A pontuação relativa resulta da soma do número dos itens assinalados com “x”, dividido pelo número de itens contidos na subescala, denominada pontuação de meio. Posteriormente, calcula-se a pontuação relativa pela divisão da pontuação de meio de cada subescala pela soma das pontuações de meio total (VITALIANO et al., 1987).

A maior pontuação dentre os valores das pontuações relativas é considerada como o estilo de coping mais utilizado no enfrentamento do estressor.

Os itens que compõem os estilos de coping do inventário de Jalowiec, segundo Galdino (2000), são:

- **Estilo 1 - Confrontivo** (quando há ação confrontiva, na tentativa de resolver o problema): itens de números 4, 13, 16, 25, 27, 29, 33, 38, 43 e 45;
- **Estilo 2 – Evasivo** (quando há uso de atividades de afastamento afetivo): itens de números 7, 10, 14, 18, 20, 21, 28, 35, 40, 48, 55, 56 e 58;
- **Estilo 3 – Otimista** (o indivíduo faz uso de pensamentos positivos, elaboração mental e comparações positivas sobre o problema): itens de números 2, 5, 30, 32, 39, 47, 49, 50 e 54;

- **Estilo 4 – Fatalista** (predominam sentimentos de desesperança, pessimismo e falta de controle em relação ao problema): itens de números 9, 12, 23 e 60;
- **Estilo 5 – Emotivo** (o indivíduo usa a expressão de várias formas de linguagem direta ou indiretamente relacionadas ao problema): itens de números 1, 8, 24, 46 e 51;
- **Estilo 6 – Paliativo** (o indivíduo tenta reduzir a importância do problema): itens de números 3, 6, 26, 34, 36, 44 e 53;
- **Estilo 7 – Sustentativo** (o indivíduo usa sistemas de suporte pessoal, profissional, espiritual para enfrentar o estressor): itens de números 11, 15, 17, 42 e 59;
- **Estilo 8 – Autoconfiante** (o indivíduo usa muito mais os próprios recursos para o enfrentamento do problema do que estratégias que envolvam outras pessoas): itens de números 19, 22, 31, 37, 41, 52 e 57.

Os estilos de coping confrontivo e sustentativo são classificados como coping focado no problema, os demais estilos (evasivo, fatalista, otimista, emotivo, paliativo e autoconfiante) englobam comportamentos focados na emoção (LARSSON, 2007; JALOWIEC, 1991).

Os resultados obtidos pelo Formulário para o Levantamento de Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica e pelo Inventário de Estratégias de Coping foram verificados estatisticamente como significativos, ou não. Da mesma forma, fez-se uma relação de significância entre a caracterização da população (variáveis sociodemográficas), nível de stress e estilo de coping.

4.6 Análise estatística dos dados

Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha eletrônica, no programa Excel (Office, 2007), criando um banco de dados, onde foram distribuídas as variáveis do estudo, para que, posteriormente, pudessem ser analisadas eletronicamente com o auxílio dos programas SAS – versão 8.02 e *Statistica* – versão 7.1.

A avaliação da confiabilidade do Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica foi realizada pela análise da consistência interna dos itens que compõem o instrumento, pelo Coeficiente Alfa de Cronbach (PRIETO e MUÑIS, 2000).

A análise dos resultados foi realizada com testes não-paramétricos, uma vez que a distribuição dos dados não é normal e não se enquadram aos pressupostos paramétricos (BISQUERRA; SARRIERA; MARTÍNEZ, 2004).

A análise das variáveis de interesse (estressores/estilos de coping) com as variáveis pessoais e profissionais (sociodemográficas) foi realizada por técnicas estatísticas adequadas ao estudo, quais sejam:

- Teste de Kruskal Wallis (análise de variância por postos): a fim de comparar mais de dois escores independentes (variáveis de interesse e nível de stress, variáveis de interesse e estilos de coping);
- Coeficiente de Correlação de Spearman: a fim de relacionar variáveis duas a duas (nível de stress e estilo de coping, nível de stress e escore padronizado de stress por área, escore padronizado de stress por área e estilo de coping, escore padronizado de stress por área duas a duas, estilos de coping dois a dois).

O nível de significância adotado foi de 5%.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para maior clareza e visualização, os resultados serão apresentados nas seguintes etapas:

- 5.1 Processo de adaptação do Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica;
- 5.2 Avaliação da confiabilidade do instrumento;
- 5.3 Caracterização da população;
- 5.4 Estressores identificados a partir do Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica (Instrumento 1);
- 5.5 Estilos de coping identificados entre a equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica obtidos pelo Inventário de Coping de Jalowiec (Instrumento 2);
- 5.6 Medidas descritivas das variáveis de interesse
- 5.7 Comparações estatísticas
- 5.8 Correlações estatísticas entre variáveis

5.1 Processo de adaptação do Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica

O instrumento de pesquisa utilizado para avaliar o nível de stress entre a equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica foi adaptado do Formulário para o Levantamento

das Atividades Diárias de Bianchi (1999) e aproximado do questionário utilizado por Guarino (2005), também elaborado a partir de Bianchi (op. cit.).

Primeiramente, entrou-se em contato com Bianchi, solicitando sua avaliação e parecer sobre as alterações realizadas, bem como posterior liberação do uso do formulário modificado como instrumento de coleta de dados. A autora, doutora em enfermagem e pioneira nos estudos em stress na enfermagem no Brasil, emitiu um parecer descritivo com algumas sugestões.

Com a sinalização positiva e o cumprimento das sugestões, o instrumento foi encaminhado para outros enfermeiros (juízes), compondo um painel de cinco especialistas que em algum momento da sua vida profissional desenvolveram atividades assistenciais, de ensino ou de pesquisa voltadas à assistência à mulher em perioperatório em geral, ou, em especial, em oncologia e câncer de mama.

Com o objetivo de interpretar e analisar a clareza e a pertinência dos itens que englobavam o instrumento de coleta de dados, os juízes receberam o formulário com a responsabilidade de avaliar se as duas partes que o compunham (questões sociodemográficas – primeira parte – e as atividades que integravam a segunda parte – Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica) eram coerentes e poderiam identificar os estressores dessa equipe em uma situação específica: o cuidado à mulher com câncer de mama.

Os juízes foram do sexo feminino, sendo duas docentes em nível superior, três enfermeiras com atividades assistenciais junto a mulheres com câncer de mama em ambulatório de ginecologia ou oncologia. Todas estavam em plena atividade profissional, no entanto nenhuma seria participante do estudo.

Quanto ao nível de escolaridade, todas possuem pós-graduação em enfermagem: duas em nível de doutorado, uma de mestrado e duas de especialização – entre essas últimas, uma estava realizando o Mestrado em Enfermagem. Essas características permitem afirmar que se tratam de profissionais com experiência e conhecimento consolidados, portanto qualificadas para a avaliação do instrumento, o que é indiscutível no processo de adaptação e validação (BAJAY; ARAÚJO, 2006), conferindo pertinência à avaliação e seriedade aos pareceres.

Quanto às sugestões pontuadas pelas profissionais, destaca-se a mudança na apresentação do formulário no que se refere aos dados de identificação (parte 1), de modo a torná-lo mais claro e objetivo, além da inclusão de itens nas áreas de relacionamento interpessoal e de demandas subjetivas no cuidado, como atividades estressoras enfrentadas pela equipe no cuidado à paciente com câncer de mama.

As juízas elaboraram parecer favorável à utilização do instrumento proposto, considerando-o adequado para a identificação de estressores no cuidado à mulher com câncer de mama.

Portanto o instrumento adaptado e utilizado neste estudo teve a objetividade, a clareza, a semântica e a pertinência dos itens validados pelo painel de especialistas, o que conferiu segurança à mestranda (ver apêndice A).

5.2 Avaliação da confiabilidade do instrumento de coleta de dados

A confiabilidade é, por definição, o quanto uma variável ou um conjunto de variáveis é capaz de medir o que se propõe, de forma fidedigna e verdadeira (HAIR JR. et al., 2005).

A avaliação da confiabilidade do Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica foi obtida pela análise da consistência interna dos itens que compõem o instrumento e determinada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach.

Os valores obtidos pela análise da consistência interna dos itens que integram as seis áreas de stress que compõem o instrumento são apresentados na tabela a seguir:

TABELA 1 – Análise do Coeficiente Alfa de Cronbach para as áreas de stress, Santa Maria, RS, 2008.

Área	N	Coeficiente α de Cronbach
A	13	0,90
B	9	0,93
C	7	0,80
D	5	0,71
E	8	0,92
F	6	0,69

Prieto e Muñis (2000) entendem ser inadequados valores de alfa inferiores a 0,60; adequados com algumas carências os coeficientes entre 0,60 e 0,70; adequados entre 0,70 e 0,80; bons entre 0,80 e 0,85; e excelentes os superiores a 0,85. Em vista disso, considera-se que o instrumento alcançou resultados satisfatórios para a análise do nível de stress entre a

população estudada, uma vez que 83,33% dos coeficientes obtidos variaram de adequado ($\alpha = 0,70$) a excelente ($\alpha \geq 0,85$).

5.3 Caracterização da população

A população deste estudo foi composta por 26 mulheres, sendo oito (30,76%) enfermeiras, nove (34,61%) técnicas de enfermagem e nove (34,61%) auxiliares de enfermagem.

A seguir, apresenta-se a distribuição da população quanto a cargo, faixa etária, estado civil e filhos.

TABELA 2 – Distribuição da população quanto a cargo, faixa etária, estado civil e presença de filhos, Santa Maria, RS, 2008.

Variável	Frequência	Percentual
Cargo		
Enfermeira	8	30,76
Técnica de enfermagem	9	34,62
Auxiliar de enfermagem	9	34,62
Total	26	100,00
Faixa etária		
21 – 30 anos	4	15,39
31 – 40 anos	7	26,92
41 – 50 anos	9	34,61
≥ 51 anos	3	11,54
Não respondeu	3	11,54
Total	26	100,00
Estado civil		
Casada	21	80,76
Separada/divorciada	1	3,85
Solteira	4	13,39
Total	26	100,00
Filhos		
Sim	23	88,46
Não	3	11,54
Total	26	100,00

A faixa etária predominante na população estudada foi de 41 a 50 anos (34,61%), em sua maioria casada (80,76%) e com filhos (88,46%).

TABELA 3 – Distribuição da população quanto ao tempo de serviço no HUSM e na Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.

Período de tempo	Serviço HUSM		Serviço Unidade	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
< 1 ano	6	23,09	6	23,09
1 5 anos	3	11,54	8	30,78
6 10 anos	3	11,54	5	19,23
11 15 anos	7	26,92	1	3,84
16 20 anos	2	7,68	3	11,54
> 20 anos	5	19,23	2	7,68
Não respondeu	-	-	1	3,84
Total	26	100,00	26	100,00

No que se refere ao tempo de serviço no HUSM, 92,00% (26) das pesquisadas trabalham na instituição entre 11 a 15 anos, seguindo-se de 23,09% e 19,23% que trabalham há menos de um ano e há mais de 20 anos na instituição, respectivamente.

Verifica-se que 30,78% dessas mulheres atuam entre um a cinco anos na Unidade Tocoginecológica, 23,09% trabalham há menos de um ano e 19,23% estão lá entre seis a 10 anos.

TABELA 4 – Distribuição da população quanto ao turno de trabalho, carga horária semanal e outra atividade, Santa Maria, RS, 2008.

Variável	Frequência	Percentual
Turno de trabalho		
Manhã	7	26,92
Tarde	6	23,08
Noite	13	50,00
Total	26	100,00
Outra atividade		
Sim	6	23,08
Não	19	73,08
Não respondeu	1	3,84
Total	26	100,00

Quanto ao turno em que trabalham com maior frequência, verifica-se que 50,00% das trabalhadoras atuam no noturno, distribuídas em diferentes noites, seguindo-se de 26,92% pela manhã e 23,08% à tarde. Salienta-se que o quantitativo maior de mulheres lotadas no noturno é justificado pelo trabalho em noites alternadas.

Também se identifica que 73,08% dessas mulheres afirmaram não terem outra atividade profissional concomitante.

TABELA 5 – Distribuição da população quanto à opção pelo trabalho na Unidade e treinamento, Santa Maria, RS, 2008.

Variável	Frequência	Percentual
Opção pelo trabalho na Unidade		
Sim	19	73,08
Não	7	26,92
Total	26	100,00
Treinamento		
Sim	18	69,23
Não	8	30,77
Total	26	100,00

Destaca-se que 73,08% das pesquisadas optaram por trabalhar na Unidade Tocoginecológica, sobretudo por identificarem-se com a área materno-infantil.

Quanto a ter recebido algum tipo de treinamento para o trabalho na unidade, 69,23% das mulheres responderam afirmativamente à questão.

A seguir, apresentam-se as características da população por grupo, isto é, por categoria de trabalho.

5.3.1 Caracterização da população por grupos – enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem

Algumas características sociodemográficas por grupo – ou seja, grupo de enfermeiras (GE), técnicas de enfermagem (GT) e auxiliares (GA) – serão apresentadas na tabela a seguir.

TABELA 6 – Distribuição de enfermeiras, técnicas e auxiliares em grupos quanto a faixa etária, estado civil e presença de filhos, Santa Maria, RS, 2008.

Variável	Frequência			Percentual		
	GE	GT	GA	GE	GT	GA
Faixa etária						
21 – 30 anos	1	3	-	12,50	33,34	-
31 – 40 anos	3	2	2	37,50	22,22	22,22
41 – 50 anos	2	2	5	25,00	22,22	55,56
≥ 51 anos	2	1	-	25,00	11,11	-
Não respondeu	-	1	2	-	11,11	22,22
Total	8	9	9	100,00	100,00	100,00
Estado civil	GE	GT	GA	GE	GT	GA
Casada	7	6	8	87,50	66,67	88,89
Solteira	1	3	-	12,50	33,33	-
Separada/divorciada	-	-	1	-	-	11,11
Total	8	9	9	100,00	100,00	100,00
Filhos	GE	GT	GA	GE	GT	GA
Sim	7	7	9	87,50	77,78	100
Não	1	2	-	12,50	22,22	-
Total	8	9	9	100,00	100,00	100,00

A faixa etária predominante do grupo das técnicas de enfermagem, de 21 a 30 anos, é inferior à dos demais grupos (enfermeiras e auxiliares de enfermagem), nos quais se verificou mulheres na faixa etária superior a 31 anos. Nos três grupos, há o predomínio de mulheres casadas e com filhos, com destaque para o grupo das auxiliares, no qual todas têm filhos.

TABELA 7 – Distribuição de enfermeiras, técnicas e auxiliares em grupos quanto ao tempo de serviço no HUSM e na Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.

Período de Tempo	Serviço HUSM						Serviço Unidade					
	Frequência			Percentual			Frequência			Percentual		
	GE	GT	GA	GE	GT	GA	GE	GT	GA	GE	GT	GA
< 1 ano	2	4	-	25,00	44,45	-	2	4	-	25,00	44,45	-
1 5	1	1	1	12,50	11,11	11,11	2	1	5	25,00	11,11	55,56
6 10	1	2	-	12,50	22,22	-	3	2	1	37,50	22,22	11,11
11 15	3	-	4	37,50	-	44,45	-	-	1	-	-	11,11
16 20	-	-	2	-	-	22,22	-	1	2	-	11,11	22,22
> 21 anos	1	2	2	12,50	22,22	22,22	1	1	-	12,50	11,11	-
Total	8	9	9	100,00	100,00	100,00	8	9	9	100,00	100,00	100,00

O tempo de serviço na instituição predominante no grupo das enfermeiras é entre 11 e 15 anos (37,50%), que também corresponde ao tempo de serviço predominante entre as auxiliares (44,45%).

Observa-se, ainda, que o tempo de serviço na unidade entre as enfermeiras é de seis a 10 anos (37,50%) e no grupo das auxiliares há o predomínio de um tempo inferior de atuação, compreendido entre um a cinco anos (55,56%).

Entre as trabalhadoras que compõem o grupo das técnicas de enfermagem, 44,45% ingressaram há menos de um ano na instituição, bem como na unidade, o que pode ser explicado pelas recentes efetivações que o hospital realizou.

TABELA 8 – Distribuição das enfermeiras quanto ao tempo de formadas, Santa Maria, RS, 2008.

Tempo de formadas das enfermeiras		
Tempo	Frequência	Percentual
< 1 ano	-	-
1 5	2	25,00
6 10	1	12,50
11 15	1	12,50
16 20	-	-
≥ 21 anos	3	37,50
Não respondeu	1	12,50
Total	8	100,00

Observa-se na Tabela 8 que 37,50% das enfermeiras formaram-se há mais de 20 anos.

TABELA 9 – Distribuição do grupo de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem quanto a ter curso de graduação, pós-graduação, opção pelo trabalho na Unidade, outra atividade profissional e treinamento, Santa Maria, RS, 2008.

Variável	Frequência			Percentual		
	GE	GT	GA	GE	GT	GA
Graduação						
Sim	8	5	2	100	55,56	22,22
Não	-	4	7	-	44,44	77,78
Total	8	9	9	100,00	100,00	100,00
Pós-Graduação						
Sim	7	2	1	87,50	22,22	11,11
Não	1	8	-	12,50	88,88	99,99
Total	8	9	9	100,00	100,00	100,00
Opção pelo trabalho na Unidade						
Sim	7	8	4	87,50	88,89	44,44
Não	1	1	5	12,50	11,11	55,56
Total	8	9	9	100,00	100,00	100,00
Outra atividade						
Sim	3	2	1	37,50	22,22	11,11
Não	5	7	7	62,50	77,78	77,78
Não respondeu	-	-	1	-	-	11,11
Total	8	9	9	100,00	100,00	100,00
Treinamento						
Sim	6	7	5	75,00	77,78	55,56
Não	2	2	4	25,00	22,22	44,44
Total	8	9	9	100,00	100,00	100,00

Observa-se que no grupo das enfermeiras 87,50% têm curso de pós-graduação, sendo que 50,00% em nível de especialização, 25,00% em nível de mestrado e 12,50% não especificaram.

Quanto ao grupo das técnicas de enfermagem, percebe-se que 55,56% cursaram ou estão cursando algum curso de nível superior, seja a graduação em enfermagem ou relacionado às ciências sociais e humanas. Entre as funcionárias que concluíram um curso de graduação, 40,00% cursaram ou estão cursando a pós-graduação em nível de especialização.

No grupo das auxiliares de enfermagem, verifica-se que 22,22% possuem curso de graduação em enfermagem, sendo que destas 50,00% realizaram curso de pós-graduação em nível de especialização.

No que se refere à opção pelo serviço na unidade, identifica-se que no grupo das enfermeiras 87,50% afirmaram ter escolhido trabalhar na Unidade Tocoginecológica, justificando identificação com a área materno-infantil. De modo semelhante, no grupo das técnicas de enfermagem houve predomínio de 88,89%, o que não se identifica no grupo das auxiliares, no qual 55,56% não optaram pelo trabalho na unidade.

Nos três grupos, houve predomínio de mulheres que não mantêm outro vínculo empregatício, sendo o percentual superior a 60,00%.

Entre as enfermeiras, 37,50% realizam atividades na área da docência e na assistencial. Entre as técnicas de enfermagem, 11,11% mantêm outro emprego, atuando na assistência a saúde em outras instituições. No grupo das auxiliares de enfermagem, 11,11% mantêm outra atividade profissional paralelamente à exercida no HUSM, mas não a especificaram.

Houve predomínio nos três grupos de trabalhadoras que afirmaram ter recebido treinamento. Destaca-se que no grupo de auxiliares 44,44% não receberam treinamento.

5.4 Estressores identificados a partir do Formulário para o Levantamento das Atividades Diárias em Unidade Tocoginecológica

Apresentam-se na Tabela 10 os escores padronizados de stress por categoria profissional e área de stress estudada.

TABELA 10 – Distribuição dos escores padronizados de stress por indivíduo e área de stress, Santa Maria, RS, 2008.

Id	AREA A	AREA B	AREA C	AREA D	AREA E	AREA F	TOTAL	POSTO	NIVEL	CLASSIF
E	35,41	18,75	38,09	16,66	5,55	50,00	164,48	9	27,41	MÉDIO
E	4,54	9,25	4,76	5,55	16,66	12,50	53,28	26	8,88	BAIXO
E	3,70	3,70	16,66	25,00	22,91	16,67	88,65	22	14,77	BAIXO
E	28,78	29,62	30,95	40,00	50,00	40,00	219,36	3	36,56	ALERTA
E	14,10	3,70	30,95	20,00	37,50	22,22	128,48	14	21,41	MÉDIO
E	36,36	25,92	30,95	23,33	45,83	43,33	205,74	4	34,29	ALERTA
E	14,81	20,83	16,66	16,66	27,08	38,89	134,95	13	22,49	MÉDIO
E	8,97	6,25	11,90	13,33	14,58	22,22	77,26	24	12,87	BAIXO
T	7,14	31,48	16,66	30,00	52,38	36,11	173,78	7	28,96	MÉDIO
T	0,00	3,70	8,33	16,66	33,33	36,67	98,70	19	16,45	BAIXO
T	1,85	7,40	0,00	23,33	37,50	22,22	92,31	20	15,38	BAIXO
T	3,84	7,40	11,11	20,00	27,08	22,22	91,67	21	15,27	BAIXO
T	30,76	43,75	27,77	13,33	45,83	38,89	200,35	5	33,39	ALERTA
T	16,66	11,11	16,66	22,22	56,25	46,67	169,58	8	28,26	MÉDIO
T	11,66	20,37	11,11	4,16	37,50	33,33	118,14	15	19,69	BAIXO
T	27,27	29,16	33,33	33,33	33,33	41,67	198,10	6	33,01	ALERTA
T	28,78	16,66	33,33	8,33	30,95	36,11	154,18	10	25,69	MÉDIO
A	0,00	16,66	0,00	0,00	39,58	16,67	72,91	25	12,15	BAIXO
A	6,25	25,00	22,22	20,00	33,33	38,89	145,69	12	24,28	MÉDIO
A	12,82	0,00	50,00	20,00	6,25	22,22	111,29	17	18,54	BAIXO
A	4,16	19,04	5,55	33,33	47,61	38,89	148,61	11	24,76	MÉDIO
A	10,00	0,00	35,71	3,33	8,33	27,78	85,15	23	14,19	BAIXO
A	44,44	35,18	66,66	46,66	64,58	47,22	304,76	2	50,79	ALTÍSS.
A	48,61	40,74	66,66	50,00	62,50	50,00	318,51	1	53,08	ALTÍSS.
A	7,14	7,14	33,33	16,66	21,42	30,00	115,71	16	19,28	BAIXO
A	1,38	11,11	16,66	16,66	31,25	27,78	104,86	18	17,47	BAIXO

Obs.: Áreas de maior stress por trabalhadora estão identificadas em negrito.

Destaca-se que em todas as categorias profissionais verificam-se duas mulheres em estado de alerta ou com altíssimo nível de stress.

O posto de número 26 corresponde ao de **menor** stress e o posto de número um o de **maior** stress, sendo que este é de uma auxiliar de enfermagem e outro é de uma enfermeira.

É possível, pela apresentação da Tabela 10, identificar as áreas de maior stress individualmente e por grupo. Verifica-se que as atividades relacionadas às **demandas subjetivas no cuidado** (área E) representaram maior stress para 50,00% da população,

seguida das **condições de trabalho para o desempenho das atividades** (área F) para 26,92% das trabalhadoras.

As atividades vinculadas ao **relacionamento interpessoal** (área A) foram consideradas de menor stress por 53,84% da população.

Para 50,00% das **enfermeiras**, as atividades relacionadas às **demandas subjetivas no cuidado** (área E) foram as mais estressantes. Já as que envolvem o relacionamento interpessoal (área A), assistência à mulher com câncer de mama (área B) e funcionamento da unidade (área C) não representaram maior stress para esse grupo de profissionais.

No grupo das **técnicas** de enfermagem, as **demandas subjetivas no cuidado** (área E) também foram as de maior stress para 66,67% dessas trabalhadoras, seguidas das condições de trabalho para o desempenho das atividades (área F) para outros 33,33%. As atividades associadas ao **relacionamento interpessoal** (área A) foram consideradas as de menor stress para essas mulheres.

Entre as **auxiliares** de enfermagem, 55,56% identificaram as atividades voltadas ao **funcionamento da unidade** (área C) como as de maior stress, seguidas das demandas subjetivas no cuidado (área E) para 33,33% e às **condições de trabalho** (área F) para outros 11,11%. As atividades identificadas como menos estressantes referem-se à **assistência de enfermagem** (área B) para 55,56% das auxiliares de enfermagem, seguida das atividades vinculadas ao **relacionamento interpessoal** (área A) para 44,44%.

Observa-se, pela Figura 1 que 46,15% dessas mulheres com **baixo** nível de stress, 30,77% com **médio** nível, 15,38% em estado de **alerta** para o nível de stress e 7,70% com nível de stress **altíssimo**.

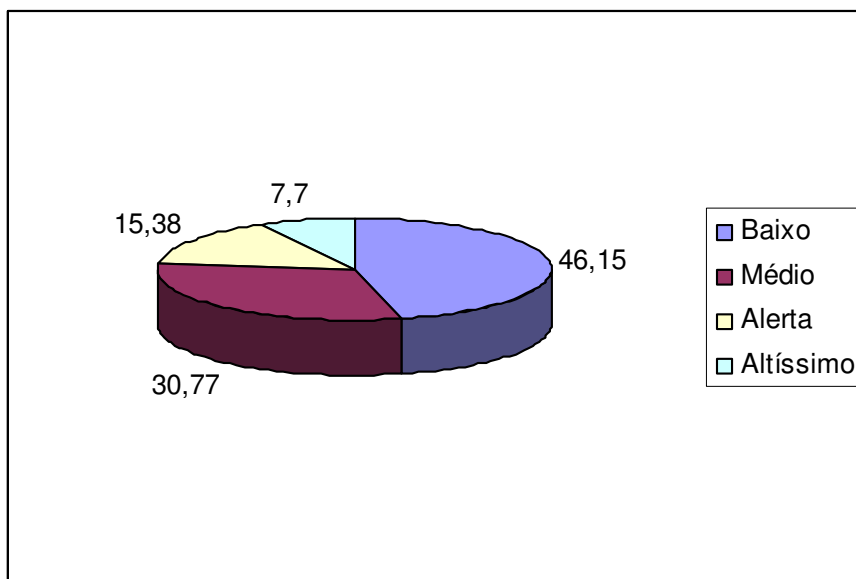


Figura 1 – Percentual do nível de stress da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.

Pela Figura 2, é possível visualizar o nível de stress da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica.

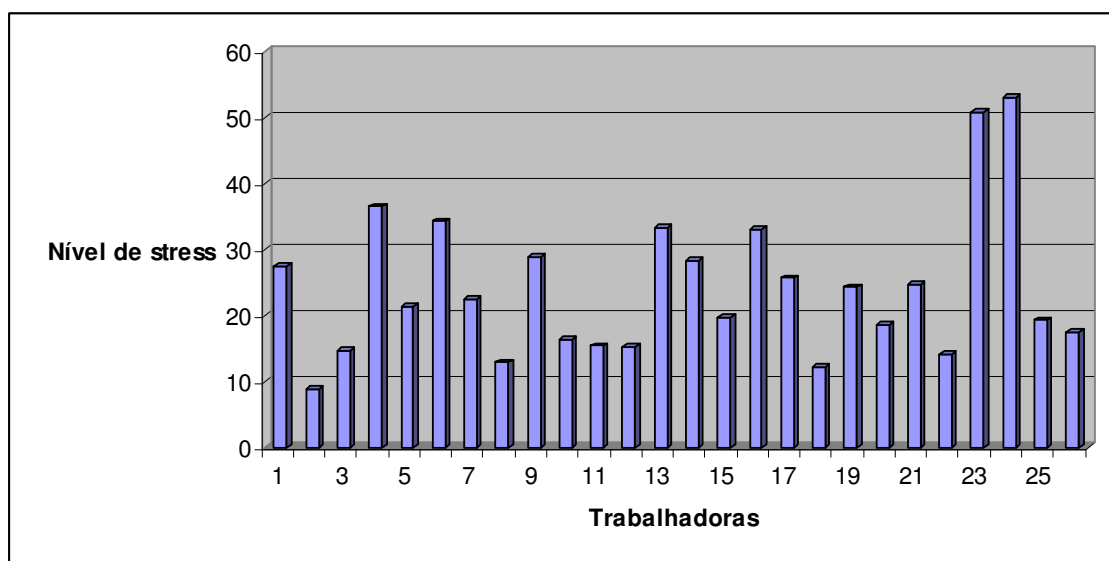


Figura 2 – Nível de stress da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.

Verifica-se uma maior concentração de mulheres (46,15%) de mulheres com baixo nível de stress.

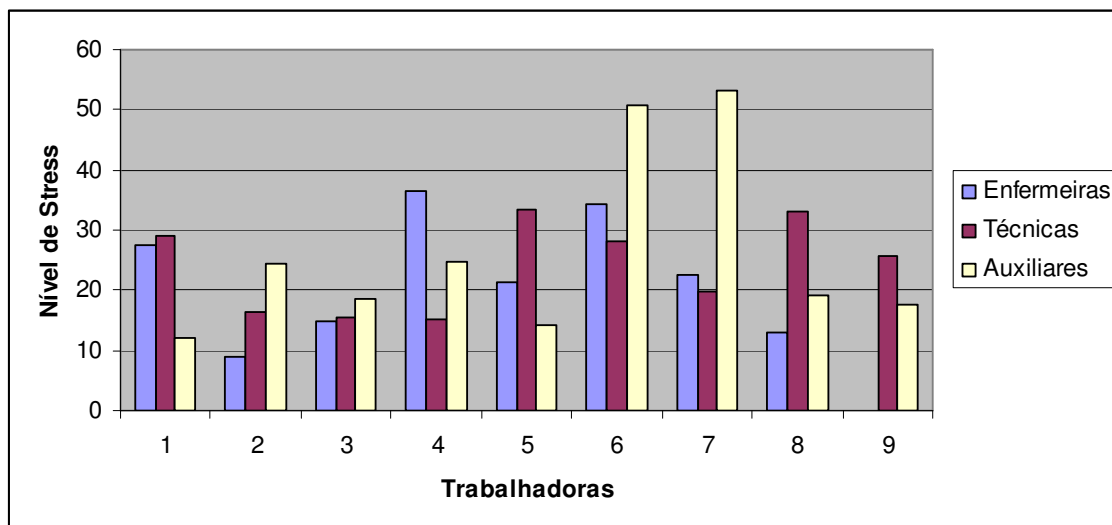


Figura 3 – Nível de stress da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica por categoria profissional, Santa Maria, RS, 2008.

Observa-se na Figura 3 duas auxiliares de enfermagem com os maiores níveis de stress (50,79 e 53,08) e uma enfermeira com o nível mais baixo (8,88).

TABELA 11 – Percentual das trabalhadoras de acordo com o nível de stress por grupo, Santa Maria, RS, 2008.

Grupo	Nível	Frequência	%
Enfermeiras	Baixo	3	37,50
	Médio	3	37,50
	Alerta	2	25,00
	Altíssimo	-	-
Total		8	100,00
Técnicas	Baixo	4	44,45
	Médio	3	33,33
	Alerta	2	22,22
	Altíssimo	-	-
Total		9	100,00
Auxiliares	Baixo	5	55,56
	Médio	2	22,22
	Alerta	-	-
	Altíssimo	2	22,22
Total		9	100,00

Verifica-se que 25,00% das enfermeiras apresentaram estado de alerta para o nível de stress, 22,22% das técnicas de enfermagem, também estado de alerta para o nível de stress e 22,22% das auxiliares de enfermagem apresentaram altíssimo nível de stress.

TABELA 12 – Medidas descritivas dos escores padronizados de stress por área, Santa Maria, RS, 2008.

MEDIDA	AREA A	AREA B	AREA C	AREA D	AREA E	AREA F	TOTAL
N	26	26	26	26	26	26	26
Média	15,75	17,07	24,46	20,71	34,19	33,04	145,25
Mediana	10,83	16,66	19,44	20,00	33,33	36,11	131,71
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	5,55	12,50	53,28
Máximo	48,61	43,75	66,66	50,00	64,58	50,00	318,51
D. Padrão	14,14	12,30	17,46	12,28	16,02	10,68	65,06

Pelas medidas descritivas dos escores padronizados de stress, percebe-se que as atividades relacionadas às **demandas subjetivas no cuidado** (área E) foram as de **maior** stress, enquanto que as atividades de **relacionamento interpessoal** (área A) foram consideradas de **menor** stress.

Pode-se observar que a área C (funcionamento da unidade) corresponde a de maior variabilidade, sendo que duas mulheres obtiveram o maior escore padronizado de stress (66,66) e outras duas, o menor escore (0,00). Ou seja, corresponde à área de maior stress para duas trabalhadoras (23 e 24) – ambas do grupo das auxiliares de enfermagem – e a de menor stress para outras duas (11 e 18) – uma técnica e outra auxiliar de enfermagem.

Já a área F (condições de trabalho) corresponde à de menor variabilidade, sendo que o menor escore padronizado de stress na área é de 12,50 para uma trabalhadora (enfermeira) e o maior escore é de 50,00 para outra (auxiliar).

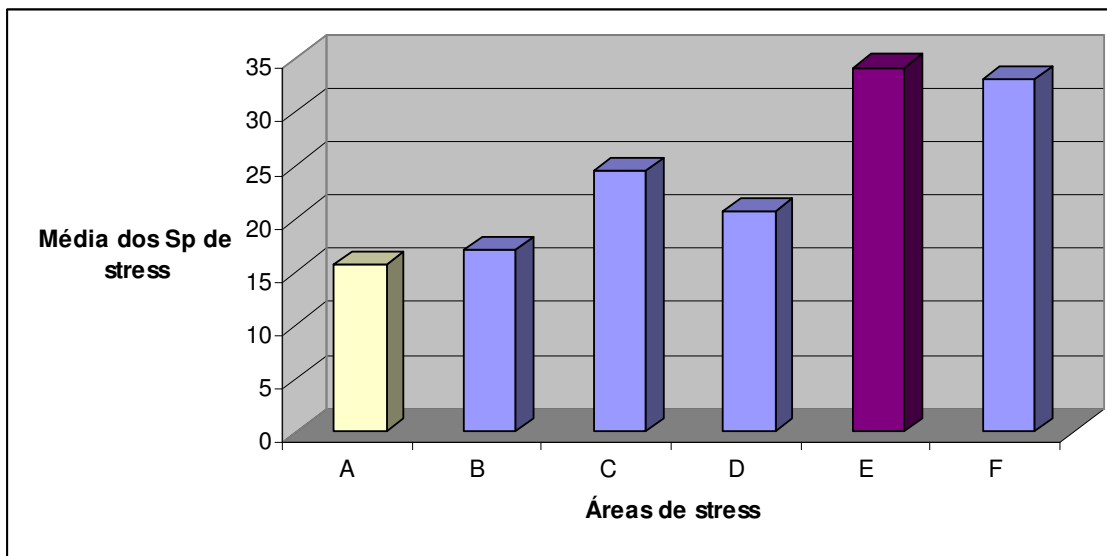


Figura 4 – Média dos escores padronizados de stress por área da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.

A Figura 4 permite visualizar as áreas E e F como as de maior stress, e a área A como a de menor stress, de acordo com a média do escore padronizado de stress por área.

No que se refere aos itens de maior e menor stress por área, estes estão apresentados no Quadro 1.

Área de stress	Item de maior stress	Item de menor stress
A	29) Relacionar-se com a equipe médica	22) Relacionar-se com o grupo de apoio à mulher com CaM 23) Relacionar-se com o Ambulatório de Ginecologia
B	18) Prestar cuidados de enfermagem com tempo mínimo	46) Orientar para a alta
C	5) Funcionamento de equipamentos	9) Previsão de material
D	42) Receio de cometer erros	43) Realizar reuniões de estudos com a equipe
E	48) Conviver com a piora do quadro clínico da paciente com CaM	36) Ser um membro da equipe responsável pelo cuidado da paciente com CaM
F	38) Trabalhar com equipe insuficiente	4) Odores desagradáveis

Quadro 1 – Identificação dos itens de maior e menor stress da equipe de enfermagem por área, Santa Maria, RS, 2008.

Identifica-se que o item de maior stress na área A refere-se a **Relacionar-se com a equipe médica** e os itens de menor stress versam sobre **Relacionar-se com o grupo de apoio à mulher com CaM** e **Relacionar-se com o Ambulatório de Ginecologia**.

Na área E, a de maior stress, o principal item identificado foi o de número 48 – **Conviver com a piora do quadro clínico da paciente com CaM** – e o de menor stress refere-se ao item de número 36 – **Ser um membro da equipe responsável pelo cuidado da paciente**.

5.5 Estilos de coping identificados entre a equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica – análise do Inventário de Coping de Jalowiec

Os estilos de coping mais utilizados pela população estudada foram o otimista (40,00%) e o sustentativo (32,00%), seguidos do confrontivo (16,00%) e do autoconfiante (12,00%). Os estilos de coping menos utilizados pela equipe de enfermagem foram o fatalista (41,67%), o emotivo (20, 83%) e o paliativo (14,59%). Outros 22,91% corresponderam à utilização dos estilos de coping evasivo, emotivo, otimista, fatalista, paliativo e sustentativo associados.

Os estilos de coping utilizados pela população estão apresentados por categoria funcional para melhor visualização e análise.

A distribuição dos estilos de coping do grupo das enfermeiras (GE) é observada na Figura 5.

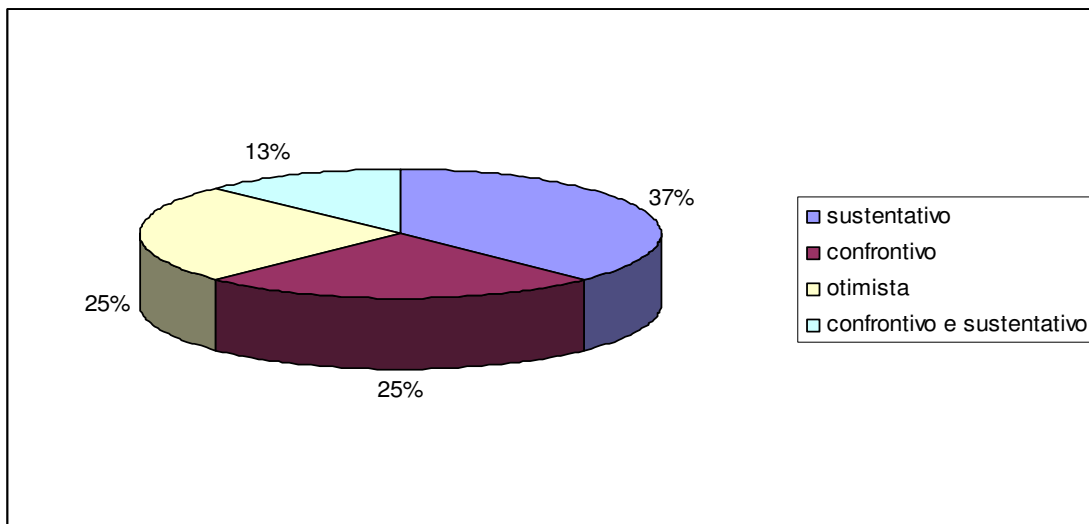


Figura 5 – Distribuição dos estilos de coping mais utilizados entre as enfermeiras da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.

Pelos dados obtidos pelo Inventário de Coping de Jalowiec, observa-se que o estilo de coping predominante entre as **enfermeiras** foi o **sustentativo** (37,50%), seguido do **confrontivo** (25,00%) e do **otimista** (25,00%). Destaca-se que 12,50% das enfermeiras obtiveram a mesma pontuação relativa para o estilo confrontivo e sustentativo.

Os estilos de coping menos utilizados pelas enfermeiras foram o fatalista (37,50%), seguidos de fatalista e evasivo (25,00%), emotivo (12,50%), paliativo (12,50%), fatalista, emotivo e autoconfiante (12,50%).

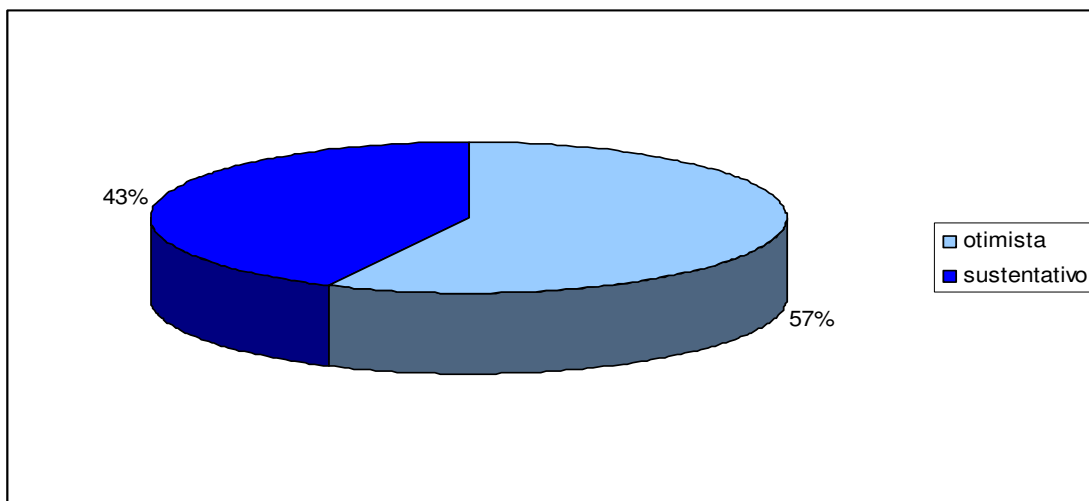


Figura 6 – Distribuição dos estilos de coping mais utilizados entre as técnicas de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.

Entre as técnicas de enfermagem, verifica-se que 57,14% fazem uso de estratégias como o pensamento positivo que caracterizam o estilo de coping otimista. As demais (42,86%) utilizam estratégias de coping que compõem o estilo sustentativo.

Os estilos de coping com menor pontuação relativa entre as técnicas de enfermagem compreenderam os estilos: fatalista (28,58%), fatalista e evasivo (28,58%), fatalista, emotivo e paliativo (14,28%), fatalista e emotivo (14,28%) e emotivo (14,28%).

Cabe destacar que, nesse grupo, houve mais de um estilo de coping com a mesma pontuação relativa, por profissional. Outras duas técnicas não responderam adequadamente ao instrumento, o que pôde ser observado pelo espaço no centro do gráfico de colunas. Consideraram-se sete formulários preenchidos corretamente. Para não prejudicar a análise, optou-se por não apresentar os dados incompletos das profissionais no que se refere ao coping.

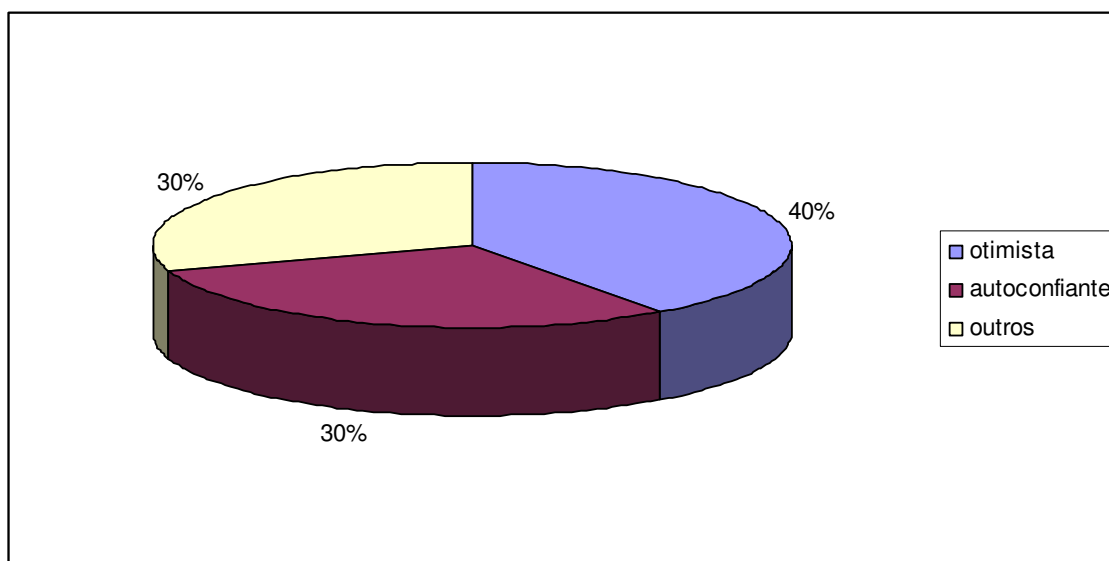


Figura 7 – Distribuição dos estilos de coping mais utilizados entre as auxiliares de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, Santa Maria, RS, 2008.

Identifica-se entre as **auxiliares** de enfermagem que houve prevalência do estilo **otimista** (44,44%), seguido do **autoconfiante** (33,33%).

Por outro lado, as estratégias que compõem os estilos fatalista e emotivo foram menos utilizadas (33,34%). Também entre as auxiliares de enfermagem, mais de um estilo recebeu pontuação relativa mínima com valores iguais.

5.6 Medidas descritivas das variáveis de interesse

As medidas descritivas das variáveis de interesse – faixa etária, tempo de serviço no HUSM, tempo de serviço na Unidade Tocoginecológica, cargo ou função desempenhada, turno de trabalho, curso de graduação, curso de pós-graduação e outra atividade profissional – estão apresentadas no Quadro 2.

Variável	Média	Desvio Padrão
Faixa etária		
21-30 anos	21,82	7,85
31-40 anos	21,63	9,60
41-50 anos	26,19	15,41
≥ 51 anos	30,81	7,38
T. Serviço HUSM		
< 1 ano	19,47	5,34
1 – 5 anos	23,94	2,26
6 – 10 anos	33,42	19,44
11 – 15 anos	23,90	6,22
16 - 20 anos	24,09	2,26
> 20 anos	24,98	10,48
T. serviço unidade		
< 1 ano	18,59	8,13
1 – 5 anos	20,94	4,52
6 – 10 anos	36,87	9,66
11 – 15 anos	14,19	-
16 - 20 anos	34,24	16,13
> 20 anos	16,28	4,81
Cargo ou função		
Auxiliar de Enf.	26,06	15,23
Técnica de Enf.	24,01	7,42
Enfermeira	22,33	9,99
Turno		
Manhã	26,13	7,79
Tarde	15,09	4,31
Noite	27,37	12,73
Graduação		
Sim	23,32	10,97
Não	25,62	11,63
Pós-Graduação		
Sim	24,06	12,61
Não	24,75	10,60
Outra atividade		
Sim	23,06	8,57
Não	24,77	11,96

Quadro 2 – Medidas descritivas das variáveis de interesse, Santa Maria, RS, 2008.

Pode-se observar no Quadro 2 que as maiores médias das variáveis de interesse referem-se a:

- faixa etária - 51 anos ou mais ($\bar{X} = 30,51$ e $DP = 7,38$);
- tempo de serviço no HUSM - 6 a 10 anos ($\bar{X} = 33,42$ e $DP = 19,44$);

- tempo de serviço na unidade - 6 a 10 anos (\bar{X} =36,87 e DP=9,66);
- **cargo ou função** - auxiliar de enfermagem (\bar{X} =26,5 e DP=15,23);
- turno - noturno (\bar{X} =27,37 e DP=12,73);
- não possuir graduação (\bar{X} =25,62 e DP=11,63);
- não possuir pós-graduação (\bar{X} =24,75 e DP=10,60);
- não manter outra atividade (\bar{X} =24,77 e DP=11,96).

5.7 Comparações estatísticas

A análise de variância por postos pelo Teste de Kruskal-Wallis foi realizada para verificar diferenças estatísticas entre estilos de coping e variáveis de interesse, bem como entre nível de stress e variáveis de interesse.

No Quadro 3, verificam-se diferenças estatísticas entre o estilo de coping paliativo e tempo de serviço na unidade.

Variáveis	Análise	Consideração
Estilo de coping paliativo x tempo de serviço na unidade	Existe diferença estatística significativa entre o estilo de coping paliativo e o tempo de serviço na unidade, $p=0,04$, então $p<0,05$.	Quando comparados os estilos de coping com o tempo de serviço na unidade, verificou-se que o estilo paliativo apresentou diferença estatística ($p=0,04$). As trabalhadoras com tempo de serviço na faixa de dois a cinco anos utilizaram mais o estilo de coping paliativo do que as demais trabalhadoras.

Quadro 3 – Teste de Kruskal-Wallis entre estilo de coping paliativo e tempo de serviço na unidade, Santa Maria, RS, 2008.

Verifica-se, no Quadro 4, a análise de variância por postos entre o nível de stress e variáveis tempo de serviço na unidade e turno de trabalho.

Variáveis	Análise	Consideração
Nível de stress x tempo de serviço na unidade	Existe diferença estatística significativa entre nível de stress e tempo de serviço na unidade, $p=0,02$, então $p<0,05$.	Quando comparado o nível de stress com o tempo de serviço na unidade, verificou-se que existe diferença estatística ($p=0,02$). As trabalhadoras com tempo de serviço na unidade compreendido entre seis a dez anos apresentaram maior nível de stress do que as demais trabalhadoras.
Nível de stress x turno	Existe diferença estatística significativa entre nível de stress e turno de trabalho, $p=0,03$, então $p<0,05$.	Quando comparado o nível de stress com o turno de trabalho, verificou-se que existe diferença estatística ($p=0,03$). As trabalhadoras do noturno apresentaram maior nível de stress do que as demais.

Quadro 4 – Teste de Kruskal-Wallis entre nível de stress e variáveis de tempo de serviço na unidade e turno de trabalho, Santa Maria, RS, 2008.

Destaca-se que quando realizada a análise de variância por postos, pelo teste de Kruskal-Wallis verificou-se que as variáveis faixa etária, tempo de serviço na instituição, cargo ou função desempenhada, ter graduação, ter pós-graduação e manter outra atividade profissional não apresentaram diferença estatística significativa quando relacionadas ao stress.

Também não foi verificada diferença estatística significativa entre: estilos de coping evasivo, emotivo, fatalista, otimista, sustentativo, autoconfiante e confrontivo e as variáveis: faixa etária, tempo de serviço na instituição, tempo de serviço na unidade, turno, cargo ou função desempenhada, ter graduação, ter pós-graduação e manter outra atividade profissional.

5.8 Correlações estatísticas entre variáveis

De acordo com Bisquerra, Sarriera e Martínez (2004), a correlação é interpretada como a relação que existe entre duas variáveis ou como a variação existente entre duas variáveis. Para os autores, as correlações são interpretadas conforme o valor do coeficiente de correlação (r) que está compreendido no intervalo entre $-1 < r < 1$. Determinam para o valor de $r = 1$ uma correlação perfeita; $0,80 \leq r < 1$, correlação muito alta; $0,60 \leq r < 0,80$, correlação alta; $0,40 \leq r < 0,60$, correlação moderada; $0,20 \leq r < 0,40$, correlação baixa; $0 < r < 0,20$, correlação muito baixa; e $r=0$, correlação nula.

O Coeficiente de Correlação de Spearman mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais, indica a correlação entre os postos e não entre os valores efetivamente respondidos (CALLEGARI-JACQUES, 2003). Foi utilizado para o estudo das relações entre: os níveis de stress e diferentes estilos de coping, estilos de coping entre si, escores padronizados das áreas de stress e estilos de coping, escores padronizados de stress por área entre si, assim como escores padronizados de stress por área e nível de stress.

Verifica-se, no Quadro 5, os Coeficientes de Correlação de Spearman entre nível de stress e estilos de coping.

Variáveis	Análise	Consideração
Nível de stress x estilo de coping confrontivo	Existe correlação estatística negativa moderada entre stress e estilo de coping confrontivo, $r = -0,44$, $p = 0,02$, então $p < 0,05$.	Quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping confrontivo, menor o nível de stress.
Nível de stress x estilo de coping evasivo	Existe correlação estatística positiva moderada entre stress e estilo de coping evasivo, $r = 0,46$, $p = 0,01$, então $p < 0,05$.	Quanto maior o nível de stress, mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping evasivo.
Nível de stress x estilo de coping sustentativo	Existe correlação estatística negativa moderada entre stress e estilo de coping sustentativo, $r = -0,41$, $p = 0,03$, então $p < 0,05$.	Quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping sustentativo, menor o nível de stress.
Nível de stress x estilo de coping fatalista	Existe correlação estatística positiva moderada entre stress e estilo de coping fatalista, $r = 0,50$, $p = 0,008$, então $p < 0,05$.	Quanto maior o nível de stress das trabalhadoras, mais elas utilizaram o estilo de coping fatalista.

Quadro 5 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre nível de stress e estilos de coping, Santa Maria, RS, 2008.

No quadro acima, percebe-se que existe correlação estatística entre o nível de stress e alguns estilos de coping (confrontivo, evasivo, sustentativo e fatalista).

No Quadro 6, estão apresentadas as correlações entre escore padronizado de stress por área e nível de stress.

Variáveis	Análise	Consideração
Sp stress área A x nível de stress	Existe correlação estatística positiva alta entre o escore padronizado de stress da área A e o nível de stress da equipe de enfermagem, $r = 0,79$, $p = 0,0001$, então $p < 0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área A, maior o nível de stress da equipe de enfermagem.
Sp stress área B x nível de stress	Existe correlação estatística positiva alta entre o escore padronizado de stress da área B e o nível de stress da equipe de enfermagem, $r = 0,79$, $p = 0,0001$, então $p < 0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área B, maior o nível de stress da equipe de enfermagem.
Sp stress área C x nível de stress	Existe correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress da área C e o nível de stress da equipe de enfermagem, $r = 0,57$, $p = 0,0001$, então $p < 0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área C, maior o nível de stress da equipe de enfermagem.
Sp stress área D x nível de stress	Existe correlação estatística positiva alta entre o escore padronizado de stress da área D e o nível de stress da equipe de enfermagem, $r = 0,62$, $p = 0,001$, então $p < 0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área D, maior o nível de stress da equipe de enfermagem.
Sp stress área E x nível de stress	Existe correlação estatística positiva alta entre o escore padronizado de stress da área E e o nível de stress da equipe de enfermagem, $r = 0,64$, $p = 0,0003$, então $p < 0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área E, maior o nível de stress da equipe de enfermagem.
Sp stress área F x nível de stress	Existe correlação estatística positiva muito alta entre o escore padronizado de stress da área F e o nível de stress da equipe de enfermagem, $r = 0,88$, $p = 0,0001$, então $p < 0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área F, maior o nível de stress da equipe de enfermagem.

Quadro 6 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre nível de stress e o “Sp” das áreas de stress, Santa Maria, RS, 2008.

Verifica-se que existem correlações estatísticas entre todas as áreas de estudadas (escores padronizados de stress) e o nível de stress. Destaca-se a área F (condições para o trabalho) com a maior correlação estatística positiva.

A seguir, apresentam-se os Coeficientes de Correlação de Spearman dos estilos de coping entre si.

Variáveis	Análise	Consideração
Estilo de coping evasivo x estilo de coping otimista	Existe correlação estatística positiva moderada entre o estilo de coping evasivo e estilo de coping otimista, $r=0,49$, $p=0,01$, então $p<0,05$.	Quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo evasivo, mais utilizam o estilo de coping otimista.
Estilo de coping evasivo x estilo de coping fatalista	Existe correlação estatística positiva moderada entre o estilo de coping evasivo e o estilo de coping fatalista, $r=0,49$, $p=0,01$, então $p<0,05$.	Quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping evasivo, mais utilizaram o estilo de coping fatalista.
Estilo de coping paliativo x estilo de coping otimista	Existe correlação estatística positiva baixa entre o estilo de coping paliativo e o estilo de coping otimista, $r=0,38$, $p=0,04$, então $p<0,05$.	Quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping paliativo, mais utilizaram o estilo de coping otimista.
Estilo de coping emotivo x estilo de coping sustentativo	Existe correlação estatística positiva moderada entre o estilo de coping emotivo e o estilo de coping sustentativo, $r=0,47$, $p=0,01$, então $p<0,05$.	Quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping emotivo, mais utilizaram o estilo de coping sustentativo.

Quadro 7 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre estilos de coping, Santa Maria, RS, 2008.

Observam-se correlações estatísticas entre o estilo de coping evasivo com os estilos otimista e fatalista, entre paliativo e otimista, e entre emotivo e sustentativo.

No Quadro 7, verificam-se os Coeficientes de Correlação de Spearman entre escores padronizados de stress por áreas e estilos de coping.

Variáveis	Análise	Consideração
Sp área A x estilo de coping evasivo	Existe correlação estatística positiva baixa entre o estilo de coping evasivo e o escore padronizado de stress da área A, $r=0,39$, $p=0,04$, então $p<0,05$.	Quanto maior o stress na área A, mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping evasivo.
Sp área A x estilo de coping fatalista	Existe correlação estatística positiva moderada entre o estilo de coping fatalista e o escore padronizado de stress da área A, $r=0,59$, $p=0,001$, então $p<0,05$.	Quanto maior o stress na área A, mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping fatalista.
Sp área B x estilo de coping confrontivo	Existe correlação estatística negativa moderada entre o estilo de coping confrontivo e o escore padronizado de stress da área B, $r= - 0,46$, $p=0,01$, então $p<0,05$.	Quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping confrontivo, menor o stress na área B.
Sp área B x estilo de coping evasivo	Existe correlação estatística positiva moderada entre o estilo de coping evasivo e o escore padronizado de stress da área B, $r=0,43$, $p=0,02$, então $p<0,05$.	Quanto maior o stress na área B, mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping evasivo.
Sp área C x estilo de coping fatalista	Existe correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress da área C e o estilo de coping fatalista, $r=0,47$, $p=0,01$, então $p<0,05$.	Quanto maior o stress na área C, mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping fatalista.
Sp área D x estilo de coping evasivo	Existe correlação estatística positiva moderada entre o estilo de coping evasivo e o escore padronizado de stress da área D, $r=0,41$, $p=0,03$, então $p<0,05$.	Quanto maior o stress na área D, mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping evasivo.
Sp área D x estilo de coping paliativo	Existe correlação estatística negativa moderada entre o estilo de coping paliativo e o escore padronizado de stress da área D, $r= - 0,42$, $p=0,02$, então $p<0,05$.	Quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping confrontivo, menor o stress na área D.
Sp área E x estilo de coping confrontivo	Existe correlação estatística negativa moderada entre o estilo de coping confrontivo e o escore padronizado de stress da área E, $r=- 0,46$, $p=0,01$, então $p<0,05$.	Quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping confrontivo, menor o stress na área E.
Sp área F x estilo de coping confrontivo	Existe correlação estatística negativa moderada entre o estilo de coping confrontivo e o escore padronizado de stress da área F, $r= - 0,44$, $p=0,02$, então $p<0,05$.	Quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping confrontivo, menor o stress na área F.
Sp Área F x estilo de coping fatalista	Existe correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress da área F e o estilo de coping fatalista, $r=0,48$, $p=0,01$, então $p<0,05$.	Quanto maior o stress na área F, mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping fatalista.
Sp área F x estilo de coping sustentativo	Existe correlação estatística negativa moderada entre o estilo de coping sustentativo e o escore padronizado de stress da área F, $r= - 0,47$, $p=0,01$, então $p<0,05$.	Quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping sustentativo, menor o stress na área F.
Sp área F x estilo de coping evasivo	Existe correlação estatística positiva moderada entre o estilo de coping evasivo e o escore padronizado de stress da área F, $r=0,43$, $p=0,02$, então $p<0,05$.	Quanto maior o stress na área F, mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping sustentativo.

Quadro 8 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre “Sp” das áreas de stress e estilos de coping, Santa Maria, RS, 2008.

Identificam-se correlações estatísticas entre área A e os estilos de coping evasivo e fatalista; área B e coping confrontivo e evasivo; área C e fatalista; área D e os estilos evasivo e paliativo; área E e confrontivo; área F e coping confrontivo, fatalista, sustentativo e evasivo.

Verificam-se, no Quadro 9, os Coeficientes de Correlação de Spearman dos escores padronizados de stress por área entre si.

Variáveis	Análise	Consideração
Sp área A x Sp área B	Existe correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress da área A e o escore padronizado de stress da área B, $r=0,55$, $p=0,003$, então $p<0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área A, maior o escore padronizado de stress na área B.
Sp área A x Sp área C	Existe correlação estatística positiva alta entre o escore padronizado de stress da área A e o escore padronizado de stress da área C, $r=0,75$, $p=0,0001$, então $p<0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área A, maior o escore padronizado de stress na área C.
Sp área A x Sp área F	Existe correlação estatística positiva alta entre o escore padronizado de stress da área A e o escore padronizado de stress da área F, $r=0,71$, $p=0,0001$, então $p<0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área F, maior o escore padronizado de stress na área A.
Sp área B x Sp área D	Existe correlação estatística positiva baixa entre o escore padronizado de stress da área B e o escore padronizado de stress da área D, $r=0,39$, $p=0,04$, então $p<0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área B, maior o escore padronizado de stress na área D.
Sp área B x Sp área E	Existe correlação estatística positiva alta entre o escore padronizado de stress da área B e o escore padronizado de stress da área E, $r=0,66$, $p=0,0002$, então $p<0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área B, maior o escore padronizado de stress na área E.
Sp área B x Sp área F	Existe correlação estatística positiva alta entre o escore padronizado de stress da área B e o escore padronizado de stress da área F, $r=0,69$, $p=0,0001$, então $p<0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área B, maior o escore padronizado de stress na área F.
Sp área C x Sp área F	Existe correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress da área C e o escore padronizado de stress da área F, $r=0,51$, $p=0,006$, então $p<0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área C, maior o escore padronizado de stress na área F.
Sp área D x Sp área E	Existe correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress da área D e o escore padronizado de stress da área E, $r=0,55$, $p=0,00$, então $p<0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área D, maior o escore padronizado de stress na área E.
Sp área D x Sp área F	Existe correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress da área D e o escore padronizado de stress da área F, $r=0,48$, $p=0,01$, então $p<0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área D, maior o escore padronizado de stress na área F.
Sp área E x Sp área F	Existe correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress da área E e o escore padronizado de stress da área F, $r=0,48$, $p=0,01$, então $p<0,05$.	Quanto maior o escore padronizado de stress na área E, maior o escore padronizado de stress na área F.

Quadro 9 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre “Sp” das áreas de stress, Santa Maria, RS, 2008.

Existem correlações estatísticas positivas de intensidade variável entre os escores padronizados de stress por área.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos sobre stress e coping no Brasil são crescentes e direcionam-se aos profissionais de diversas áreas. Na enfermagem, o stress tem sido estudado, sobretudo, entre enfermeiros nos diversos ambientes de atuação, sejam hospitalares, sejam na atenção básica de saúde ou na docência, inclusive entre os graduandos. Porém o estudo de stress e coping entre a equipe de enfermagem em uma situação de cuidado foi pouco referido na literatura pesquisada. Acredita-se que esta pesquisa possa contribuir para essa discussão em situações de cuidado entre a equipe de enfermagem, sendo possível que nesta contribuição resida a importância deste trabalho.

Na ocasião da coleta de dados, a equipe de enfermagem da unidade era composta por 29 trabalhadoras. No entanto, fizeram parte deste estudo 26 mulheres, sendo oito enfermeiras, nove técnicas e nove auxiliares de enfermagem, com algumas semelhanças e diferenças entre as categorias profissionais, especialmente em relação ao nível de stress.

Destaca-se que a Unidade Tocoginecológica é uma unidade aberta e de internação. No estudo desenvolvido por Bianchi (2000) acerca de stress entre enfermeiros de diferentes unidades de uma instituição hospitalar, foi observado que o nível de stress entre os profissionais que atuavam em unidades abertas era maior em relação àqueles que atuavam em unidades fechadas. Lautert (1997) acredita que um dos fatores que eleva o índice de stress entre enfermeiros de unidades de internação é a realização de atividades repetitivas

Embora se tenha descrito que a população em estudo é composta exclusivamente por mulheres, uma vez que a Unidade Tocoginecológica é uma unidade feminina, o predomínio de mulheres na enfermagem é uma realidade. O gênero feminino na profissão foi descrito como preponderante em outros trabalhos (BIANCHI, 1990, 1999; PAFARO, 2002; GUIDO, 2003, 2006; RODRIGUES, 2006; GUERRER, 2007; ROCHA, 2008). Apesar de conquistar

espaço na sociedade e no mercado de trabalho, Molina (1996) afirma que as mulheres são mais vulneráveis ao stress e a seus efeitos do que os homens, por serem consideradas, já na infância, como frágeis. Para o autor, na vida adulta, a mulher precisa esforçar-se para responder adequadamente aos diferentes papéis que a família e a sociedade lhe exigem; as que conseguem responder a essa exigência são as que enfrentam os maiores conflitos e, conseqüentemente, maior stress.

De maneira análoga, Smet et al. (2005) destacam que as mulheres têm mais sensibilidade para perceber as demandas psicológicas no ambiente de trabalho. Em vista disso, se ela é mais suscetível ao stress do que o homem é possível entender que seja mais sensível para perceber e avaliar cognitivamente as demandas advindas do ambiente de trabalho, com maior risco de romper a homeostase.

No que diz respeito à **faixa etária**, as trabalhadoras da unidade em estudo apresentaram idade predominante entre 41 e 50 anos (34,61%). São, possivelmente, mulheres com maior experiência profissional. Dados semelhantes foram identificados por Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006), ao pesquisar stress entre enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva, bem como por Guido (2006), em estudo entre enfermeiros hospitalares, e por Hautala, Saylor, O'Leary-Kelly (2007), entre enfermeiros de unidades críticas.

Verificou-se que as mulheres com 51 anos ou mais foram as que apresentaram maior média do nível de stress ($\bar{X}=30,81$, $DP=7,38$), bem como foi possível observar que quanto maior a faixa etária, maior a média do nível de stress na população estudada. Isso significa que, nesta pesquisa, foi crescente a média do nível de stress quando relacionada à faixa etária.

Embora uma maior faixa etária possa representar maior experiência de vida, não justifica maior ou menor suscetibilidade ao stress. Neste estudo, não foram observadas diferenças estatísticas significativas entre faixas etárias, nível de stress e estilos de coping, ou seja, a faixa etária não interferiu na opção de coping entre a equipe de enfermagem nem quanto ao nível de stress. Essas mulheres enfrentam stress no trabalho independente da idade.

Quanto ao **estado civil**, 80,77% são mulheres casadas, dado observado em estudos como o de Aquino (2005), Guido (2006), Rodrigues (2006) e Rocha (2008). Também há maior percentual de mulheres com filhos (88,46%), o que reafirma os diversos papéis sociais por elas desempenhados.

Conciliar esses papéis pode representar superação de dificuldades para essas trabalhadoras. Spíndola (2000) enfatiza que na esfera privada existe uma série de atividades as quais exigem envolvimento da mulher, mas que a entrada desta no mercado de trabalho não a desvinculou, necessariamente, de suas atribuições domésticas, contribuindo para a

sobrecarga de tarefas. A partir do momento em que essas demandas da esfera privada passam a interferir no trabalho, o trabalhador pode encontrar dificuldades ao desempenhar suas funções, assim como as demandas do trabalho podem interferir na dinâmica familiar.

Paschoal e Tamayo (2005) identificaram correlação negativa entre trabalho e família, isto é, quanto mais o trabalho interferir na vida familiar, menor é a percepção de saúde do trabalhador; quanto mais os acontecimentos da família interferirem no trabalho, menor a percepção de segurança e competência profissional. Nesse sentido, não é possível fugir do impacto que a interação família-trabalho pode causar na vida e na saúde do trabalhador. É evidente que este precisa encontrar um equilíbrio entre esses dois ambientes para poder adaptar-se às suas adversidades, enfrentando conflitos.

Por outro lado, o companheiro e os filhos parecem ser importantes suportes sociais para essas mulheres, uma vez que representam segurança, fontes de incentivo e apoio para tomadas de decisões. Por essa razão, o suporte familiar pode repercutir positivamente no enfrentamento do stress (RODRIGUES, 2006).

Quanto ao **tempo de serviço na instituição**, 26,92% da equipe trabalha entre 11 e 15 anos no hospital em questão. Outros estudos também encontraram percentuais semelhantes de trabalhadores em enfermagem com o mesmo tempo de trabalho na instituição (GUIDO, 2003; ROCHA, 2008). Isso permite afirmar tratar-se de mulheres com relativa experiência profissional, o que pode não só beneficiar a avaliação dos estressores no trabalho, mas também na opção de coping com maior segurança.

Esses dados diferem dos encontrados por Guido (2003), os quais elucidam que quanto maior o tempo de serviço no hospital, menor o nível de stress entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica no que tange, especificamente, ao funcionamento adequado da sala de operações. A autora identificou ainda, diferença significativa positiva entre tempo de serviço na instituição e fatores de coping confronto, suporte social, aceitação de responsabilidades e reavaliação positiva.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984) o envolvimento emocional constante com a realidade estressante pode provocar a construção de mecanismos defensivos de distanciamento da realidade e menos efetivos para a neutralização ou superação do stress. Embora o tempo de serviço na instituição parecesse não interferir no nível de stress e opção de coping na realidade estudada, verificou-se também que as mulheres que trabalham entre seis a 10 anos na instituição foram as que obtiveram maior média do nível de stress ($\bar{X} = 33,42$ e $DP = 19,44$), ou seja, foram as que apresentaram maior nível de stress que as

demais. O tempo de serviço na instituição pode não significar maior habilidade para o enfrentamento dos estressores.

Bianchi (1999) afirma que pesquisas não são conclusivas no que se refere à maior habilidade para enfrentar o stress associada à maior experiência profissional. Talvez a experiência profissional, aliada a outros fatores como idade e experiências anteriores, possa interferir na opção de coping, contribuindo para maior ou menor capacidade de enfrentamento do stress.

Interessante notar que entre as técnicas de enfermagem, 44,45% trabalham tanto na instituição quanto na unidade há menos de um ano, ou seja, estão em início de carreira numa instituição pública. Neste grupo, verifica-se que o nível de stress permaneceu entre baixo a moderado. O estilo de coping predominante foi o otimista, o qual parece ser efetivo no enfrentamento do stress entre elas. No entanto, no estudo de Ferreira (2006), os membros da equipe de enfermagem que trabalhavam entre um e dois anos na instituição se encontravam mais estressados.

Destaca-se, ainda, que 44,45% das auxiliares de enfermagem atuam na instituição há mais de 16 anos, o que permite afirmar serem experientes na profissão. Ressalta-se que entre essas funcionárias, 50,00% atuam na unidade entre 16 e 20 anos, apresentaram altíssimo nível de stress e identificaram as atividades relacionadas ao funcionamento da unidade como as mais estressantes. No estudo de Kitze e Rodrigues (2008), os técnicos e auxiliares que atuam em oncologia apresentavam sinais e sintomas da síndrome de burnout, sendo que o tempo de serviço pode ser motivo de maior vulnerabilidade, uma vez que a exposição prolongada aos estressores nas atividades diárias pode ser determinante para mudanças nas expectativas frente à profissão. Em face desses resultados, percebe-se que entre as auxiliares de enfermagem, a experiência parece não repercutir positivamente na habilidade para enfrentar os estressores e optar pelo estilo de coping.

Quanto ao **tempo de atuação na unidade**, verifica-se que 30,78% da população estão lotadas na Unidade Tocoginecológica entre um e cinco anos, sendo que destes, 42,85% encontram-se com médio nível de stress e 14,28% em estado de alerta. Esses resultados permitem afirmar tratar-se de mulheres com menor experiência de trabalho em uma instituição pública, onde a demanda de usuários é significativa. Nesse contexto, pode-se considerar que um nível médio de stress seja aceitável, dadas as características da instituição. De outra maneira, o estilo de coping mais utilizado entre essas trabalhadoras foi o otimista, estilo este que tende à função paliativa, de acordo com o referencial teórico. É possível que um menor tempo de serviço represente menor segurança para a realização das atividades e,

conseqüentemente, maior desgaste. Rodrigues (2006) identificou em seu estudo que os enfermeiros que atuavam em oncologia em média há seis anos apresentavam síndrome de burnout.

Nessa direção, Isikhan, Comez e Danis (2004) apontaram que quanto maior a experiência no trabalho entre profissionais que assistem pacientes oncológicos, menor o stress. A experiência no trabalho pode beneficiar os profissionais a tornarem-se mais flexíveis no ajustamento às demandas do trabalho e capazes de enfrentar situações sob tensão.

Ressalta-se que 23,09% da equipe atuam na unidade há menos de um ano. Esses dados permitem apontar que se trata de trabalhadoras em início de carreira, o que pode representar certa insegurança e despreparo para realizar as atividades, considerando que neste grupo 33,33% obtiveram médio nível de stress. A esse respeito, o estudo de Hinds et al. (1998), que objetivou analisar o stress entre enfermeiros recém-admitidos em uma unidade de oncologia pediátrica, em comparação aos enfermeiros mais experientes, enfatizam que os menos experientes enfrentam stress em atividades diferentes em relação aos outros.

De outra forma, todas as trabalhadoras que estavam lotadas na Unidade Tocoginecológica entre 16 e 20 anos durante a coleta de dados, encontravam-se em estado de alerta para o nível de stress ou com altíssimo nível de stress. Esse fato permite afirmar que, na realidade estudada, a experiência profissional não significa habilidade para a avaliação dos estressores e opção de coping como já apontaram outros autores (HINDS, et al. 1998; BIANCHI, 1999; GUIDO, 2003).

Verifica-se que a maior média do nível de stress da equipe de enfermagem está na faixa de seis a 10 anos de atuação na unidade ($\bar{X}=36,87$ e $DP=9,66$). Parece tratar-se de mulheres com maior segurança no desempenho de suas atividades, no entanto obtiveram maior escore padronizado de stress, especialmente nas demandas subjetivas no cuidado (área E). Mesmo uma experiência profissional maior pode não favorecer o enfrentamento de estressores relacionados às demandas subjetivas no cuidado.

Pelo teste de Kruskal-Wallis também se identifica que existe diferença estatística significativa quando são comparados o nível de stress e o tempo de serviço na unidade ($p=0,02$, então $p<0,05$), sendo que as trabalhadoras com tempo de serviço na Unidade compreendido entre seis a dez anos apresentaram maior nível de stress que as demais.

Lazarus e Folkman (1984) justificam que a pessoa irá avaliar o stress de acordo com seus valores e características pessoais que agregarão sentido ao estressor, bem como suas experiências antecedentes, o que torna o processo avaliativo individual e singular. Por essa razão, de certa forma, eram esperadas diferenças entre os níveis de stress ao se relacionar as

variáveis tempo de serviço na Unidade Tocoginecológica e nível de stress, considerando que as funcionárias constituem um grupo heterogêneo.

Pelo teste de Kruskal-Wallis, observa-se que existe diferença estatística significativa entre tempo de serviço na unidade e o estilo de coping paliativo, onde $p=0,04$ (então $p<0,05$). As trabalhadoras com tempo de serviço na faixa de dois a cinco anos utilizaram mais o estilo de coping paliativo do que as demais trabalhadoras.

Quanto ao **turno de trabalho**, verificou-se que 13 funcionárias da unidade trabalham no **noturno** (50,00%), evidentemente distribuídas de acordo com a carga horária e a necessidade do serviço em noites alternadas. Dentre essas profissionais, 30,76% encontravam-se em alerta para o nível de stress ou com altíssimo nível de stress. De acordo com Ferreira (2006), a atividade profissional noturna pode ter forte relação com o stress no trabalho, uma vez que a atuação neste turno altera o ritmo circadiano, isto é, quando algumas variáveis fisiológicas completam seu ciclo de 24 horas, provocando stress com alterações no padrão do sono.

Para Fischer et al. (2002), os níveis de alerta dos trabalhadores noturnos caem significativamente com o passar das horas e o sono diurno após 12 horas de trabalho noturno é de pior qualidade comparado ao sono noturno. As autoras acrescentam que esses efeitos podem ser prejudiciais à saúde e se faz necessário avaliar os estressores ocupacionais durante jornadas prolongadas que exigem demandas físicas e cognitivas, bem como os perfis cronobiológicos dos trabalhadores, para que estes não tenham suas atividades profissionais e estados de saúde prejudicados.

Embora se verifique que em todos os turnos existem trabalhadoras em estado de alerta para o nível de stress ou com altíssimo nível de stress, houve diferença estatística significativa entre as variáveis nível de stress e turno de trabalho ($p=0,03$, então $p<0,05$). As trabalhadoras do noturno apresentaram maior nível de stress do que as demais ($\bar{X}=27,37$ e $DP=12,73$). Em vista disso, pode-se afirmar que, neste estudo, o turno de trabalho contribui para o nível de stress, sendo que as trabalhadoras lotadas no serviço noturno obtiveram níveis de stress mais elevados como observado em outras pesquisas (PAFARO, 2002; FERREIRA, 2006).

No entanto não se observou diferença significativa entre estilos de coping e turno de trabalho, ou seja, o turno de trabalho não interferiu na opção de coping.

Destaca-se que as enfermeiras lotadas no noturno identificaram como área de maior stress a que se relaciona às condições de trabalho. Atividades como sobrecarga de trabalho, trabalhar com equipe insuficiente e odores desagradáveis foram as mais estressantes. Vale apontar que, à noite, alguns serviços de apoio da instituição têm jornada de trabalho reduzida

ou não têm expediente, o que pode justificar os maiores escores padronizados de stress das enfermeiras do serviço noturno nessa área.

Considerando o nível de stress, observa-se que o turno da noite abrange o maior quantitativo de profissionais e reúne o maior número de mulheres com nível de stress elevado. São mulheres na faixa etária de 41 a 50 anos (53,84%), casadas (76,92%), com mais de 20 anos de atuação na instituição (30,76%) e com tempo de atuação na unidade entre seis e 10 anos (53,84%). Trata-se de mulheres adultas, com experiência profissional compondo as funcionárias mais antigas da equipe, pelo longo período de atuação na instituição, o que não representam habilidade no enfrentamento do stress. Pelo Inventário de Coping de Jalowiec (1987), o estilo mais utilizado por essas mulheres foi o sustentativo (30,76%). Esses resultados relacionados permitem concluir que essas trabalhadoras utilizam estratégias que englobam o suporte social, espiritual ou familiar, e não estavam enfrentando os estressores de modo efetivo, na ocasião da coleta de dados.

Em vista disso, se o stress pode repercutir no estado de saúde e na qualidade de vida no trabalho, produzindo sintomas físicos e psicológicos (FENGA et al., 2007), essa equipe pode necessitar de suporte por parte da instituição, de modo a colocar em perspectiva o enfrentamento do stress. Considerando o nível de stress, entende-se que as trabalhadoras do serviço noturno podem entrar em burnout, com comprometimento no processo de trabalho. Para Maslach e Jackson (1981) o elevado nível de stress ocupacional e a relação com o burnout têm efeitos negativos no cuidado, o que pode prejudicar a qualidade da assistência.

Nesse sentido, Rodrigues (2006) destaca a importância de programas de intervenção com o objetivo de proporcionar autoconhecimento à equipe de enfermagem para que esta possa reconhecer as manifestações do burnout a fim de implementar medidas de controle e prevenção.

Entre as trabalhadoras do turno da **manhã**, 42,86% obtiveram médio nível de stress, seguido de 28,57% que se mantiveram em alerta e de 28,57%, com baixo nível de stress. O estilo de coping mais utilizado por elas foi o otimista (42,86%), o qual parece ter pouca efetividade no enfrentamento dos estressores neste grupo. Esses resultados chamam a atenção quanto à repercussão que o coping otimista pode representar na condução do indivíduo a um estado de alerta crônico, com alterações neuroendócrinas e, conseqüentemente, ruptura do equilíbrio biológico e cognitivo (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Outros 57,14% das trabalhadoras lotadas no período matutino identificaram as atividades relacionadas às demandas subjetivas no cuidado como as mais estressantes (área E), sendo que acompanhar a angústia da paciente e de familiares e enfrentar os sentimentos de

mulher cuidadora de mulher com câncer de mama receberam os maiores escores. O stress decorrente da interação do profissional-paciente e profissional-família é uma realidade que precisa ser enfrentada (MCVICAR, 2005).

É possível que a hereditariedade associada ao câncer de mama e a realidade de pertencer ao gênero feminino, como fatores de risco para a doença, não sejam avaliados de modo otimista, no que diz respeito ao enfrentamento dos sentimentos de mulher cuidadora neste estudo.

O relacionamento interpessoal foi considerado a atividade de menor stress por 85,71% das mulheres que atuam no turno da manhã. Embora no turno da manhã exista fluxo maior de pessoas, entre residentes, acadêmicos de enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia, nutrição, professores das diferentes áreas, funcionários de setores de apoio, entre outros, o relacionamento interpessoal não representou estressor. Entende-se que as condições de trabalho sejam consideradas mais estressoras para a equipe, do que o relacionamento interpessoal.

Os resultados obtidos entre as mulheres lotadas no turno da **tarde** permitiram verificar que 83,33% das trabalhadoras obtiveram baixo nível de stress, sendo que para 66,66% dessas o estilo de coping predominante foi o otimista. Esses resultados permitem afirmar que o estilo de coping otimista parece ser mais resolutivo no enfrentamento do stress entre as funcionárias do turno da tarde do que entre as dos demais turnos. Essas diferenças são compatíveis com a literatura estudada, sendo que as características individuais são determinantes para a avaliação cognitiva. Kenney e Bhattacharjee (2000) acrescentam que o traço da personalidade feminina também interfere no enfrentamento dos estressores, uma vez que tende a aumentar ou diminuir a resposta ao stress, bem como os problemas de saúde.

Identificou-se que a equipe que atua no turno da tarde também considerou as atividades relacionadas às demandas subjetivas no cuidado (área E) como as mais estressantes, sendo que o acompanhamento da angústia dos familiares foi uma das atividades de maior stress. Esses resultados são compatíveis com a rotina da unidade, quando se considera que o horário de visitas ocorre nesse período. A maior aproximação entre a equipe e a família das pacientes permite troca de informações e, algumas vezes, a construção de vínculos afetivos. Por essa razão, é coerente um maior desgaste dessas trabalhadoras no que se refere ao enfrentamento da angústia dos familiares.

O referido turno foi o que englobou o maior número de trabalhadoras com baixo nível de stress (83,33%), tendo 16,64% que apresentaram médio nível de stress. A equipe que atua no turno da tarde tem idade predominante entre 31 e 40 anos (50,00%), casadas (83,33%),

com filhos (83,33%), trabalham na instituição e na unidade há menos de seis meses (50%), optaram pelo trabalho na unidade (83,33%) e não mantêm outra atividade profissional. Observa-se que são mulheres jovens, em fase inicial de efetivação contratual na instituição.

Identifica-se que a inexperiência e o pequeno período de atuação na Unidade Tocoginecológica não representaram stress para essas mulheres, nem mesmo ter influenciado na opção de coping, considerando os baixos níveis de stress encontrados entre elas. No entanto, na literatura estudada encontraram-se divergências acerca da relação experiência profissional e stress.

Quanto a ter **outra atividade profissional**, 76,92% das trabalhadoras não mantêm outro vínculo empregatício, o que pode ser positivo, tendo em vista que 46,15% da equipe obtiveram escore baixo para o nível de stress. No entanto, por tratar-se de mulheres, é possível afirmar que elas mantenham outra jornada de trabalho, porque desempenham tarefas no domicílio, uma vez que chama a atenção que entre as mulheres que não mantêm outra atividade profissional a média do nível de stress foi maior ($\bar{X}=24,77$ e $DP=11,96$), isto é, embora tenham um único vínculo empregatício, obtiveram níveis de stress elevados. Os diferentes papéis assumidos pela maioria das mulheres que exercem uma atividade profissional podem conduzi-las a situações que tangem a frustrações e sentimentos de impotência e, por vezes, não conseguem conciliar as diversas tarefas (PAFARO e DE MARTINO, 2004). A dupla jornada de trabalho para as enfermeiras (mulheres) é uma realidade (GUIDO, 2003, 2006).

Os 23,07% da equipe que possuem outro emprego mantêm atividades profissionais que se relacionam à assistência e à docência. As profissionais que possuem outro vínculo empregatício na assistência enfrentam estressores importantes em sua rotina de trabalho, sobretudo, em razão de que sentem desgaste em relação à gravidade do estado de saúde do paciente, envolvimento com a história dos clientes e exigência de uma postura profissional à pessoa do enfermeiro, como ser sorridente e carinhoso (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Uma das mulheres da equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica obteve maior escore padronizado nas atividades relacionadas às condições de trabalho (área F), para essa trabalhadora, atuar com sobrecarga de trabalho e com a equipe insuficiente foram as atividades de maior stress. É possível que o acúmulo de atividades repercuta em desgaste físico e mental nessa trabalhadora.

O nível de stress dessa mulher foi médio, sendo que os estilos de coping predominantemente utilizados foram o confrontivo e o sustentativo, ambos com a mesma pontuação relativa. Tais resultados permitem identificar que essa trabalhadora usa estratégias

como ver o estressor de forma objetiva, elaborando um plano para enfrentá-lo e manter a situação sob controle, ou ainda utiliza o suporte social, familiar ou espiritual para administrar o stress. Essas estratégias, segundo propõe Larsson (2007), baseiam-se na teoria cognitiva de Lazarus e Folkman (1984) e ambos os estilos são focados no problema, portanto, resolutivos.

Destaca-se que 7,69% das enfermeiras atuam na docência e, entre elas, 50,00% obtiveram alerta para o nível de stress. As atividades consideradas mais estressantes relacionam-se às condições de trabalho e às demandas subjetivas no cuidado. É possível que a sobrecarga de trabalho entre a docência e a assistência represente um estressor, com conseqüências para o cuidado à paciente com câncer de mama. Para Stacciarini e Tróccoli (2001), a sobrecarga de trabalho entre enfermeiros docentes é uma realidade e está relacionada ao tamanho e à heterogeneidade das turmas de alunos e a questões relacionadas à política universitária, no que diz respeito às características situacionais, de infra-estrutura e política de direcionamento dessas instituições, o que dificulta o processo de ensino-aprendizagem.

De acordo com Pafaro e De Martino (2004), em pesquisa realizada entre enfermeiros que trabalham em um hospital de oncologia pediátrica, mais de 70,00% dos sujeitos estudados, que desempenhavam dupla jornada de trabalho, sentiam-se estressados.

Vale considerar que entre as técnicas de enfermagem que afirmaram manter outro vínculo empregatício, 50,00% obtiveram alerta para o nível de stress. É possível que o ambiente de trabalho, somado à dupla jornada, ofereça ao indivíduo maior suscetibilidade ao stress, caso ele não o enfrente efetivamente.

Os resultados deste estudo reafirmam os encontrados por Malagris e Fiorito (2006), que pesquisaram os sintomas de stress entre técnicos de enfermagem de diferentes setores de uma policlínica no estado do Rio de Janeiro. As autoras consideraram que a dupla jornada pode ser responsável pelo alto nível de stress no trabalho. De modo semelhante, Pafaro (2002) também identificou que a dupla jornada, associada a outros fatores, especialmente cargas psíquicas, é responsável por sintomas de stress.

Cabe ressaltar que a dupla jornada de trabalho na enfermagem não é rara, isso porque as condições de trabalho, os baixos salários das categorias que integram essa equipe e a insatisfação profissional e pessoal podem justificar a manutenção de outra atividade profissional concomitante ao trabalho hospitalar. A busca por outra atividade pode servir como um mecanismo de compensação à insatisfação no trabalho e à necessidade de sobrevivência. A dupla jornada de trabalho é importante aos trabalhadores de enfermagem

pelos baixos salários da área da saúde, insuficientes para o sustento da família, o que motiva esses trabalhadores a procurar novas fontes de renda (PAFARO; DE MARTINO, 2004).

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) entendem que os baixos salários e a opção por manter mais de um vínculo profissional pelos trabalhadores em enfermagem representam um agravamento à saúde dos mesmos, uma vez que resulta em uma carga horária mensal extremamente longa e estressante.

Individualmente, o estado de alerta para o nível de stress do grupo das técnicas de enfermagem que mantêm outro vínculo empregatício pode ser justificado pelo trabalho noturno na Unidade Tocoginecológica. Usualmente, no Brasil o trabalho noturno na enfermagem é dimensionado por 12 horas de trabalho seguidas de 36 horas de descanso (FISCHER et al. 2002; CAMPOS; PAFARO, 2002). Com a manutenção de outro vínculo empregatício, essas trabalhadoras não podem usufruir do tempo para o descanso por completo, além de terem menor período de lazer.

No que se refere à **opção pelo serviço**, 73,08% das mulheres escolheram trabalhar na unidade, o que pode ser positivo para a satisfação profissional e para o enfrentamento do stress. De acordo com Bianchi (1990), se, pela avaliação do indivíduo quanto à situação “trabalhar na unidade”, ele entender ser um “desafio”, irá mobilizar energia para desempenhar essa função com sucesso. A autora afirma que a opção pela unidade pode funcionar como uma estratégia de coping.

Guido (2006) identificou que 72,73% dos enfermeiros em hospital universitário optaram pela unidade onde atuavam na ocasião da pesquisa, e que mais de 55,00% encontrava-se com baixo nível de stress. Isso sugere que a opção pelo trabalho na unidade de atuação é importante quando se considera a satisfação profissional e pessoal, que pode significar a mola propulsora para a motivação no desempenho das atividades, bem como para a conquista do reconhecimento no que se realiza.

Por outro lado, a opção pelo trabalho pode não representar coping efetivo. Rodrigues (2006), ao estudar burnout e estilos de coping entre enfermeiros que atuam em oncologia, afirma que em seu estudo, embora o trabalho possa ser uma fonte de equilíbrio e motivação, os enfermeiros apresentaram desvios na dimensão de burnout, sugerindo que a opção pelo trabalho não representou um fator de proteção para o desenvolvimento da síndrome. O trabalho em oncologia exige atividades de controle e exercício mental maiores do que outras, uma vez que implica lidar com uma doença grave, com pacientes sem muitas chances de cura, necessidade de prestar cuidados intensivos e prolongados, convívio com a família do paciente e desgaste emocional (Rodrigues e Chaves, 2008).

Elaborar avaliações sobre o processo de morrer e conviver com o binômio vida-morte é uma realidade na Unidade Tocoginecológica, e representa stress para essas mulheres, tendo em vista que foram atividades identificadas como estressoras entre as demandas subjetivas no cuidado (área E). Esse contexto representa uma situação que alguns profissionais podem sentir maior dificuldade de enfrentar. O cuidado de pacientes oncológicos é frequentemente descrito como estressante, uma vez que envolve a iminência da morte (IZIKHAN; COMEZ; DANIS, 2004). Nesse sentido, a compreensão de que a vida tem fim e que a morte faz parte do ciclo evolutivo do ser humano pode favorecer a aceitação pelo profissional da morte do paciente, contribuindo, assim, para o enfrentamento da finitude humana.

Rodrigues (2006) identificou o óbito do paciente oncológico como importante motivo de stress e afirma que cuidar de pacientes em processo de morrer exige um espaço de discussão e reflexão entre profissionais atuantes em oncologia para a formação do senso crítico e ético no cuidado a pacientes e a famílias que vivem esse processo.

Gambatto et al. (2006) entendem que é difícil enfrentar a morte da paciente com câncer de mama, mas salientam que uma relação de afetividade profissional-paciente permite troca de experiências, possibilita avaliar conflitos internos de ambos, reformulando suas próprias vidas como profissionais e como indivíduos. Por isso, cuidar de mulher com câncer de mama, considerando tratar-se de mulher cuidadora, pode ser um enfrentamento complexo, que faz emergir sentimentos e emoções.

Em vista disso, o convívio rotineiro com o binômio vida (pelo nascimento) e morte (pelo diagnóstico de uma doença estigmatizante como o câncer de mama) mobiliza demandas internas e externas que podem exigir dessas trabalhadoras consumo de energia para enfrentar, com equilíbrio ou não, a rotina de trabalho com fenômenos opostos.

Enfrentar a morte de um paciente em oncologia não é uma situação incomum, devido à gravidade da doença, bem como à falta de recursos terapêuticos efetivos para a cura. No estudo de Kitze e Rodrigues (2008), sobre burnout entre a equipe de enfermagem em oncologia, 28,60% dos técnicos e auxiliares de enfermagem obtiveram alto nível de desgaste emocional, caracterizado por exaustão física, emocional e pela falta de energia.

Se o trabalho com o paciente oncológico exige envolvimento emocional, sobretudo no cuidado à paciente com carcinoma mamário, é de se supor que a não opção por esse trabalho possa representar stress. Nesse sentido, observa-se que 55,56% das auxiliares afirmaram não ter escolhido atuar na Unidade Tocoginecológica e podem não se sentir satisfeitas no trabalho. Isso é preocupante, ao consideramos o cuidado de enfermagem, uma vez que, de acordo com

Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006), a satisfação pessoal e profissional dos trabalhadores pode repercutir na humanização da assistência e no desempenho máximo destes no trabalho.

Por outro lado, as auxiliares de enfermagem optaram pelo trabalho em Unidade Tocoginecológica, justificando querer conhecer outra realidade de assistência ou em colaboração com a necessidade da instituição. Percebe-se o entendimento de desafio o trabalho em uma unidade distinta, com pessoas e demandas diferentes e rotinas específicas. Embora a opção pela unidade possa ter repercussão positiva no enfrentamento do stress, não significa que este não seja um processo presente na vida profissional.

De outra forma, é expressivo o percentual de enfermeiras e técnicas de enfermagem que optaram pelo trabalho na unidade por identificação pessoal e profissional. Destacaram que encontram satisfação na assistência à mãe e ao recém-nascido, mas nenhuma enfatizou a preferência pelo cuidado à mulher com câncer de mama, diretamente, o que reflete, mais uma vez, o ajustamento ao convívio com a vida e a morte.

Quanto ao **treinamento**, observa-se que 69,23% das trabalhadoras receberam algum tipo de orientação teórica e/ou prática para trabalhar na unidade, o que pode ser positivo, tendo em vista que o preparo para o trabalho pode ser sinônimo de segurança, motivação e melhora da auto-estima do trabalhador. Percentuais semelhantes foram encontrados por Guido (2006) entre enfermeiros hospitalares.

Identifica-se que os outros 30,76% que não receberam treinamento têm idade média de 47,87 anos; desses, 26,91% atuam no noturno e trabalham há 21,25 anos na instituição e há 15,5 anos na unidade, em média. Atualmente, pelo número de mulheres que afirmaram ter recebido algum tipo de treinamento (69,23%) observa-se a preocupação e o comprometimento da instituição com a capacitação de seu quadro de funcionários, bem como com a qualidade da assistência, demonstrando que o HUSM, hoje, recebe seus funcionários com uma política de humanização e valorização do trabalhador, o que talvez não acontecesse antigamente.

Bianchi (1990) e Guido (2003) entendem que o conhecimento da filosofia da instituição, dos organogramas, bem como das normas, rotinas, atribuições e responsabilidades, permitem ao profissional discutir com maior propriedade os problemas no ambiente de trabalho e fornecem subsídios para a adequada seleção das estratégias de coping.

Nesse sentido, os espaços de discussão e de educação permanentes, organizados pela instituição, tendem a ser essenciais para a qualificação profissional. Pode-se afirmar, ainda, que o treinamento em serviço, aliado ao investimento nas relações humanas, reuniões de grupo e serviços de saúde do trabalhador, são fundamentais para que eles se sintam mais confiantes no trabalho (FARIAS; ZEITOUNE, 2004). Dessa maneira, a autoconfiança, a

segurança e a educação em serviço podem repercutir positivamente na saúde do trabalhador, no que diz respeito ao bem-estar no trabalho, e, conseqüentemente, à qualidade da assistência.

Ao se tratar do cuidado à paciente com câncer de mama, é preciso considerar que esta demanda cuidados específicos e exige o enfrentamento da subjetividade que essa interação favorece. Por esse motivo, a equipe de enfermagem precisa de suporte da instituição em saúde mental e capacitação técnico-científica. A falta de investimento em educação continuada representa não acompanhar a evolução; sendo assim, os profissionais podem entrar em um estado constante de alerta, com prejuízo de sua saúde mental (GUIDO, 2003).

Destaca-se que 44,44% das auxiliares de enfermagem não receberam nenhum tipo de treinamento para atuar na unidade, sendo que 50,00% destas obtiveram altíssimo nível de stress. Bianchi (1990) afirma que o treinamento é importante, uma vez que a competência profissional é iniciada na formação e deve ser consolidada na instituição onde o indivíduo está inserido. A capacitação, além de ser importante para a adequação do profissional no trabalho, pode diminuir o stress.

De acordo com Caton e Klemm (2006), que estudaram a repercussão da formação para o cuidado de pacientes terminais entre enfermeiras iniciantes em oncologia, o preparo inadequado para a realização de cuidados paliativos em pacientes terminais pode levar à ansiedade, ao stress e ao burnout.

Em vista disso, se a inexperiência pode ser um fator negativo para o enfrentamento do stress, o treinamento é imprescindível para o profissional inserir-se de maneira mais confiante no ambiente de trabalho. Cabe às instituições oportunizarem o preparo dos que possuem menor tempo de serviço na instituição e iniciantes, oferecendo, também, cursos de atualização aos mais experientes. A educação permanente pode ser uma estratégia de valorização e humanização do trabalhador no ambiente de trabalho.

Nesse sentido, observa-se que uma grande parcela da população se compromete com a busca de conhecimento para o exercício de suas atividades, bem como para sua qualificação profissional. No que se refere a ter **graduação** e **pós-graduação**, existe preocupação da equipe de enfermagem quanto à qualificação profissional, tendo em vista que 55,56% das técnicas de enfermagem freqüentaram ou freqüentam cursos de graduação na área da saúde ou ciências sociais e humanas. Um percentual menor, mas não menos importante, entre as auxiliares de enfermagem (22,22%) concluiu algum curso no ensino superior. Esses resultados são representativos quando se relaciona a qualificação profissional à qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que o acesso ao conhecimento pode oportunizar reflexões, o desenvolvimento de competências, entre outros benefícios que servem de auxílio

na avaliação e enfrentamento dos estressores. Se o conhecimento pode contribuir para o enfrentamento do stress (COSTA, 1996), a equipe que estiver mais preparada para enfrentá-lo no seu cotidiano de trabalho também pode auxiliar o paciente, de modo geral, e a mulher com câncer de mama, em particular, a encontrar as estratégias de coping de que dispõem e enfrentar a situação de doença.

Embora a formação que o ensino superior oferece tenha importância inquestionável, não houve diferença estatística significativa entre nível de stress, estilo de coping e ter curso de graduação. No entanto verifica-se a maior média do nível de stress entre as mulheres que não possuem graduação ($\bar{X}=25,62$ e $DP=11,63$), isto é, as trabalhadoras que não possuíam graduação na ocasião da pesquisa obtiveram os níveis de stress mais elevados.

Malagris e Fiorito (2006) indicaram que 29,40% dos técnicos em enfermagem estudados por eles possuíam curso superior completo, mas não observaram relação com sintomas de stress. Por outro lado, Smet et al. (2005) afirmam que o baixo nível de escolaridade pode interferir negativamente no enfrentamento do stress – isso porque observaram que as mulheres com baixa escolaridade apresentaram déficit de controle sobre as demandas estressantes no trabalho.

Neste estudo, dos 55,56% dos técnicos de enfermagem que possuem ou estão cursando algum curso no ensino superior, 44,45% atuam no serviço noturno, o que permite dizer que, além de serem membros da equipe de enfermagem que atuam na Unidade Tocoginecológica, e de serem mulheres que precisam atender às demandas da vida pessoal, também são estudantes de graduação. É possível que a atuação no referido turno de trabalho, tenha possibilitado estudar durante o dia e que o fato de cursar graduação permite a troca de experiências, o convívio com pessoas diferentes das que convivem no ambiente de trabalho e o crescimento pessoal, sendo determinante para o bom desempenho das atividades assistenciais.

É interessante notar que, embora a equipe de enfermagem não tenha considerado as atividades relacionadas a conhecimento e habilidades como de maior stress, preocupa-se com a qualificação profissional com vistas à qualidade da assistência.

Souza (2005), em estudo com idosos com diagnóstico de Alzheimer, identificou que quanto maior o nível de escolaridade do indivíduo, menor a intensidade dos sintomas de stress e traço de ansiedade. Vale destacar que, de acordo com o referencial teórico, as experiências vividas anteriormente, os valores e a cultura de cada indivíduo irão influenciá-lo na opção do coping que ele julgar mais adequado. Por essa razão, é possível que, neste estudo, a busca de

conhecimento e a qualificação profissional beneficiem o enfrentamento dos estressores, tendo em vista o percentual de mulheres com baixo nível de stress.

Em relação a ter curso de **pós-graduação**, 87,50% das enfermeiras possuem curso em nível de especialização ou mestrado. Esse resultado é muito positivo, considerando a formação generalista dos atuais currículos de enfermagem, que não oferecem, em geral, fundamentação teórica suficiente no que se refere às especialidades. O cuidado de enfermagem a um paciente crítico, como o oncológico, exige competências específicas do enfermeiro, que, por sua vez, precisará ser multiplicador deste conhecimento junto à equipe de enfermagem.

Para Rodrigues (2006), é esperado que o profissional que deseje atuar em determinada especialidade busque o desenvolvimento de habilidades específicas. Em oncologia, a especialização é significativa. Nesse sentido, a importância da inserção do ensino de oncologia nos cursos de graduação em enfermagem é essencial, tendo em vista a incidência de câncer no país como importante causa de morbimortalidade.

Contudo as áreas dos cursos de pós-graduação das enfermeiras deste estudo chamam a atenção por não estarem relacionadas, especificamente, à saúde da mulher ou do recém-nascido, mas associam-se à saúde pública, de modo geral, ou à saúde da família e à educação. Mesmo assim, pode-se afirmar que a pós-graduação, ao permitir o relacionamento com outros profissionais possivelmente de outras áreas, possibilita a troca de experiências e o convívio com o novo, com o diferente; ela amplia horizontes, motiva a desconstruir e a reconstruir antigos paradigmas e criar conhecimento a partir de novas idéias e valores, contribuindo para o fortalecimento e crescimento pessoal e profissional.

Bianchi (1999) identificou que 50,80% dos enfermeiros hospitalares de seu estudo tinham curso de pós-graduação, cujo percentual considerou elevado. A autora afirma que essa qualificação parece determinante para minimizar o nível de stress no que se refere à administração de pessoal.

Guido (2003) observou que existe diferença significativa no stress total quando o enfermeiro possui pós-graduação, isto é, os que não o possuíam apresentaram maior stress. A autora acrescenta que a pós-graduação representa uma oportunidade do enfermeiro de conhecer outros referenciais teóricos, convivência com outros profissionais, maior capacidade de argumentação e estímulo ao exercício da criatividade.

Neste estudo, as trabalhadoras com maiores níveis de stress não possuíam curso de pós-graduação ($\bar{X}=24,75$ e $DP=10,60$). Ainda, não houve diferença significativa entre ter pós-graduação, nível de stress e estilos de coping, embora, algumas pesquisas tenham

observado resultados distintos. Para as trabalhadoras estudadas, a pós-graduação não interfere na opção de coping, nem no nível de stress, mas os benefícios que essa formação oferece são inquestionáveis e podem refletir na qualidade da assistência prestada.

Ao se considerar a área oncológica, na qual os pacientes demandam cuidados específicos (além de utilizarem tratamentos que estão em freqüentes mudanças, devido ao próprio avanço técnico-científico), a pós-graduação, em seus diferentes níveis, faz-se necessária para qualificar a assistência. Rodrigues (2006) considera a especialização em oncologia muito importante para o cuidado do paciente. Em seu estudo, cerca de 30,00% dos enfermeiros tinham essa formação, o que a autora considerou um número reduzido, sendo que a especialização oferece fundamentação teórica para a prática profissional. Ainda assim, entende que a pós-graduação pode estar associada ao melhor enfrentamento do stress no trabalho em oncologia, sobretudo ao relacionar estratégias adaptativas às demandas emocionais, como óbito do paciente e sentimentos de impotência frente à doença.

Menzani (2006) identificou entre enfermeiros de Pronto Socorro do país que 73,20% tinham algum curso de pós-graduação, no entanto não observou diferença significativa no que diz respeito a ela ser relevante para minimizar o stress.

Guido (2006) observou que 72,73% dos enfermeiros hospitalares estudados possuíam algum curso de pós-graduação, demonstrando a crescente preocupação destes profissionais com a qualificação profissional e pessoal, e a qualidade da assistência.

No estudo de Rocha (2008), 51,70% dos enfermeiros tinham cursos de pós-graduação concluídos, destacando-se que esse percentual é baixo e que tais enfermeiros merecem incentivo no que diz respeito à qualificação profissional. Pode-se considerar que as instituições de saúde deveriam ser as principais incentivadoras da qualificação profissional, considerando a repercussão do aperfeiçoamento técnico-científico de seus profissionais na qualidade dos serviços prestados. Além disso, poderiam oportunizar ou favorecer àqueles profissionais que desejam se qualificar.

Pelos resultados obtidos e de acordo com a literatura pesquisada, observa-se que existe um grande grupo de enfermeiros no país que se preocupa em especializar-se. É possível que, após quase 40 anos de pós-graduação em enfermagem no Brasil, a tendência seja o crescimento da oferta de enfermeiros pós-graduados, cumprindo as exigências de um mercado de trabalho gradativamente mais competitivo.

Entre as técnicas e auxiliares de enfermagem deste estudo que concluíram um curso de graduação, 40,00% cursaram ou estão cursando pós-graduação, em nível de especialização nas áreas de ciências sociais e humanas, que não estão diretamente relacionadas ao cuidado à

mulher, no entanto direcionam estudos para as relações entre as pessoas e estimulam a reflexão, podendo ser importantes no aperfeiçoamento profissional e beneficiar as relações interpessoais. Em vista disso, percebe-se a preocupação da equipe da Unidade Tocoginecológica em buscar qualificação profissional, ainda que não especificamente na área da oncologia ou saúde da mulher. Isso qualifica a assistência sem onerar o sistema, uma vez que se trata de uma iniciativa pessoal.

É importante destacar que não existem cursos de especialização em oncologia na região, o que pode justificar as qualificações das trabalhadoras da equipe em questão direcionar-se a outras áreas.

Quanto ao **nível de stress**, observa-se que 46,15% das trabalhadoras estudadas obtiveram **baixo** nível de stress. De maneira semelhante, o estudo de Ferreira (1998) demonstrou que os profissionais de enfermagem que atuam em UTI mantêm baixo nível de stress e ansiedade na realidade pesquisada, apesar de outros estudos (MEDLAND, HOWARD-RUBEN e WHITAKER, 2004; RODRIGUES, 2006; FARIA e MAIA, 2007) apontarem que a equipe de enfermagem atuante nessa unidade seja mais vulnerável ao stress.

Bianchi (1999) identificou, em sua pesquisa, enfermeiros com baixos escores de stress, assim como outros com altos níveis. A autora afirma que essas diferenças podem ser influenciadas por fatores externos como a família e o trabalho, os quais são determinantes na percepção do stress. Ela pondera que as instituições hospitalares são responsáveis pela diminuição dos fatores externos, relacionados às condições de trabalho, possibilitando ao enfermeiro o desenvolvimento de suas potencialidades.

Nesta pesquisa, embora o maior percentual de baixo nível de stress tenha sido destaque, chama a atenção que 15,38% das mulheres obtiveram alerta para o nível de stress e 7,69% com altíssimo nível de stress. Ressalta-se que as médias do nível de stress das auxiliares de enfermagem foram as maiores ($\bar{X}=26,06$ e $DP=15,23$). No entanto isso não significa que as demais categorias não enfrentem stress no trabalho, uma vez que não existiu diferença estatística significativa entre nível de stress e cargo ou função desempenhada.

Considerando que as estratégias que compõem o estilo de coping **otimista** foram as mais utilizadas pela equipe (40,00%), sendo também o estilo predominante entre as técnicas (57,14%) e auxiliares de enfermagem (44,44%) é possível que este, por se tratar de um estilo focado na emoção, tenha função paliativa entre as trabalhadoras da Unidade Tocoginecológica. A utilização de pensamentos positivos e elaborações mentais otimistas do problema caracteriza as estratégias agrupadas nesse estilo. Esses resultados comprovaram a hipótese de que a equipe de enfermagem de Unidade Tocoginecológica usa estratégias de

coping predominantemente focadas na emoção, como forma de enfrentar o stress no cuidado à mulher com câncer de mama.

Resultados semelhantes foram encontrados por Gatti et al. (2004), que pesquisaram níveis de stress e ansiedade entre a equipe de enfermagem de unidades especiais e de internação, em um hospital público. Ambos os grupos utilizaram estratégias focadas, em sua maioria, na emoção.

Galdino (2000) pesquisou ansiedade, depressão e coping em idosos, também observando a utilização predominante do estilo de coping focado na emoção. A autora verificou correlação estatística significativa entre o estilo de coping otimista e o lazer individual, ressaltou que quanto mais os idosos utilizavam o estilo de coping otimista, menor era a importância dada ao lazer individual.

Souza (2005) identificou que os pacientes crônicos parecem se adaptar melhor ao contexto da doença quando utilizam estratégias de coping focadas na emoção com a finalidade de minimizar o impacto emocional decorrente da percepção de suas limitações. Com base nesses resultados, é possível que para a equipe de enfermagem em estudo, ao cuidar da mulher com câncer de mama, a utilização do coping focado na emoção seja a forma mais adaptativa de enfrentar o stress que emerge dessa interação.

Em estudo anterior, Andolhe (2006) evidenciou que mulheres com câncer de mama utilizam o estilo de coping otimista como forma de enfrentar o processo saúde-doença, e entende que o tipo de cirurgia, o suporte familiar e a espiritualidade são determinantes para a avaliação do stress e, conseqüentemente, para seu enfrentamento.

Souza (2005) afirma que o estilo de coping otimista faz refletir sobre a ameaça que o stress vivido representa à integridade pessoal, explicita a dificuldade de o indivíduo em mobilizar recursos que viabilizem o enfrentamento da situação.

É possível que a equipe da presente pesquisa utilize o otimismo para encorajar as pacientes para que enfrentem o transcurso do câncer de mama com esperança de que o tratamento será eficaz, ou que, embora tenham perdido a mama, não perderam a vida.

Na pesquisa de Gatti et al. (2004), manter o pensamento positivo foi citado entre os fatores que auxiliam o controle do stress entre a equipe de enfermagem de unidades especiais e de internação. O pensamento positivo diante da doença e a confiança na cura também foram relatados na pesquisa de Pinho et al. (2007). É de se supor que, no contexto do câncer de mama, atitudes otimistas frente à doença e à cirurgia estejam presentes entre os envolvidos. Considera-se que essa patologia é grave e a mastectomia é uma cirurgia mutiladora, a crença de que tudo poderá se tornar melhor, ou que existem pessoas em situações ainda piores,

parece representar conforto para as pacientes, por isso, funciona como estratégia de coping utilizada pelas trabalhadoras.

Coping **sustentativo** foi o segundo estilo prevalente entre as trabalhadoras (32%) e o mais utilizado entre as enfermeiras (37,5%). Conversar sobre o problema com a família, amigos ou colegas de trabalho é uma das estratégias que compõem este estilo, o qual tem o foco na resolução de problemas. Isso sugere que a família pode representar importante suporte para essas mulheres no enfrentamento do stress no trabalho, uma vez que a maioria é casada e tem filhos.

Esses resultados são compatíveis com os de Galdino (2000), que identificou que o estilo de coping sustentativo foi predominante entre idosas casadas, cujos companheiros foram importantes auxiliares no enfrentamento das dificuldades. A autora destaca que as pessoas que se utilizam do suporte do companheiro e de amigos atribuem-lhes importante valor, pois é com eles que compartilham os sentimentos de alegria e dificuldades, bem como as vivências da atividade profissional.

O suporte social foi apontado por alguns estudos como importante apoio no enfrentamento do stress em diversas situações. Mimura e Griffiths (2002), em estudo bibliográfico, concluíram que pesquisas evidenciam que o suporte social contribui efetivamente para o enfrentamento do stress do que administrar mudanças no ambiente de trabalho.

Nesta pesquisa, verifica-se que existe correlação estatística negativa moderada entre nível de stress e estilo de coping sustentativo ($r=-0,41$ e $p=0,03$), ou seja, quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping sustentativo, menor o nível de stress. Assim, o suporte social pode ser considerado efetivo para o enfrentamento do stress na realidade pesquisada. De acordo com Axelman, Almkvist e Carlsson (2003), que estudaram coping e qualidade de vida entre pessoas com maior e menor risco para desenvolverem o Mal de Alzheimer, o suporte social da família, de amigos ou de outras pessoas é utilizado como forma de enfrentar o risco de desenvolver a doença, repercutindo positivamente na diminuição do stress.

Pinheiro et al. (2008) estudaram a importância do grupo de apoio para mulheres com câncer de mama no enfrentamento do processo saúde-doença, e afirmam que o grupo representa benefícios a elas, pois oportuniza troca de experiências, inserção social, crescimento pessoal e melhor adaptação.

Vale destacar que os colegas de trabalho também podem oferecer apoio, o que foi pontuado por algumas mulheres no Formulário de Coping de Jalowiec. Embora estudos

apontem que as relações interpessoais possam ser estressantes (MARTINS, 2003; BELANCIERI; BIANCO, 2004), é possível que a troca de experiências entre colegas represente um benefício para o profissional, significando suporte no que se refere ao enfrentamento do stress. De acordo com Martins (2003), as relações interpessoais são comumente valorizadas como positivas, e os ambientes de trabalho que favorecem o convívio e a aproximação entre colegas são mais benéficos do que os que dificultam essa interação.

No estudo de Murta e Tróccoli (2004), a interação entre os trabalhadores foi percebida como suporte social e relacionada à satisfação profissional. Parece coerente que um ambiente de trabalho cujos trabalhadores consigam manter vínculos afetivos, aliados à alegria e à confiança, represente acolhimento e bem-estar. Quando esses elementos estão presentes nas relações interpessoais no trabalho, o suporte social dos colegas pode ser tão benéfico quanto o apoio familiar, no que se refere ao enfrentamento dos estressores neste ambiente, pela vivência de experiências semelhantes.

O estilo de coping **confrontivo** foi o mais utilizado por 16,00% da população. Este estilo possui foco no problema, sendo considerado resolutivo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Destaca-se que existe correlação estatística negativa moderada entre nível de stress e estilo de coping confrontivo ($r=-0,44$ e $p=0,008$), ou seja, quanto mais as trabalhadoras utilizaram-no, menor foi o nível de stress, significando que, neste estudo, o coping confrontivo, estatisticamente, contribuiu para diminuir o nível de stress. Portanto aprender algo novo para enfrentar o problema e pensar sobre os estressores de modo objetivo são algumas estratégias que podem ter sido efetivas entre as mulheres que utilizaram esse estilo de coping.

O estilo de coping **autoconfiante** foi o mais utilizado por 12,00% da população. Estratégias como manter os sentimentos sob controle, deixar que as coisas se resolvam sozinhas ou convencer-se de que é capaz de resolver qualquer coisa independente da dificuldade são estratégias que englobam este estilo. De acordo com Grau, Salanova e Peiró (2001), que estudaram a auto-eficácia, cujo significado pode ser aproximado da autoconfiança, o stress pode ser relacionado ao burnout quando a autoconfiança dos trabalhadores é diminuída. Em outras palavras, os autores concluíram que quanto mais baixa for a auto-eficácia/autoconfiança dos empregados maior a suscetibilidade destes ao burnout.

De modo individual, observou-se a utilização de vários estilos de coping, o que é compatível com a literatura estudada (GALDINO, 2000; SOUZA, 2005, PEREIRA; ARAÚJO, 2006). Pelo referencial teórico, percebe-se, ainda, que as características individuais interferem na opção pelo coping. O conhecimento do potencial estressor de uma situação, a

sensibilidade individual às próprias reações e a capacidade de elaboração de respostas alternativas são importantes no que se refere à efetividade no enfrentamento do stress (BAUK, 1985). Por essa razão, eram esperadas diferenças quanto aos estilos de coping prevalentes e com predomínio dos focados na emoção.

Ao observarem-se os resultados quanto ao estilo de coping por grupo, verifica-se que entre as **enfermeiras** o estilo de coping prevalente foi o **sustentativo** (37,50%). Girondi (2004) estudou a vivência dessa profissional enquanto cuidadora de um familiar com diagnóstico de câncer e concluiu que ela precisa do auxílio de grupos de apoio no enfrentamento desse processo, o qual exige mudanças comportamentais. Ao resgatar-se o referencial teórico, essas mudanças podem ser entendidas como estressores e, por serem dotadas de grande carga emocional, é possível que o coping focado na emoção seja, inicialmente, a melhor forma de enfrentá-los.

Em segundo lugar, os estilos de coping mais utilizados entre as **enfermeiras** foram o **confrontivo** (25,00%) e **otimista** (25,00%). Pelos resultados, identifica-se que os estilos de coping mais utilizados por este grupo estão focados no problema. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), as estratégias focadas no problema são mais efetivas, por não fazerem distorções da realidade, pois objetivam uma análise focando o ambiente onde acontece, bem como incluem estratégias direcionadas ao íntimo de cada pessoa. Assim, pode-se afirmar que o estilo de coping confrontivo busca a resolução do problema com maior objetividade e o sustentativo foca a subjetividade.

Dados semelhantes foram encontrados por Pereira e Araújo (2006), que estudaram as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente com lesão medular e seus cuidadores na pré e pós-reabilitação. Para tanto, utilizaram a Escala de Modos de Enfrentar os Problemas. As autoras identificaram que o foco no problema foi a estratégia de destaque na fase de pós-reabilitação como forma de enfrentar o stress. Acrescentam, ainda, que o empenho de pacientes e familiares para a reabilitação, devido aos benefícios adquiridos com esse processo, sugere que tal empenho se aproxime mais efetivamente da resolução do problema.

Em vista disso, atitudes concretas parecem ser mais coerentes com o coping focado no problema, o que pode justificar o empenho das enfermeiras e da equipe como um todo, ao enfatizarem o fornecimento de orientações às pacientes com câncer de mama como forma de enfrentar o stress.

Destaca-se que entre as **técnicas** e **auxiliares** de enfermagem, o estilo predominante foi o **otimista** (57,14%), como referido anteriormente, e parece ser positivo no enfrentamento dos estressores, uma vez que 71% das mulheres que utilizaram um ou outro estilo obtiveram

baixo nível de stress. As avaliações positivas dos estressores são importantes para o enfrentamento, mas os custos e os benefícios que essas estratégias de coping envolvem podem ser passíveis de intervenção (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Identifica-se que o estilo de coping **fatalista** foi o **menos** utilizado pela equipe de enfermagem (41,67%), o que pode ser positivo considerando tratar-se de um coping com tendência a função paliativa.

Destaca-se que existe correlação estatística positiva entre o nível de stress e o estilo de coping fatalista ($r=0,50$; $p=0,08$), isto é, quanto mais elevado o nível de stress, mais as mulheres utilizaram o estilo de coping fatalista. É possível afirmar que as mulheres com os níveis mais elevados de stress utilizaram mais estratégias como esperar que o pior aconteça, convencer-se de que os estressores ocorrem por má sorte, resignar-se com a situação e aceitar a situação por acreditar que pouco pode ser feito.

Verifica-se que existe correlação estatística positiva moderada entre os estilos de coping fatalista e evasivo ($r=0,49$; $p=0,01$), ou seja, quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping fatalista, mais utilizaram o coping evasivo. Isso permite afirmar que, neste estudo, atitudes como **“Espera que o pior aconteça”**³ e **“Tenta convencer-se que apenas está tendo má sorte”**³ podem ser avaliadas como distanciamento do problema. Assim, se os estilos de coping fatalista e evasivo tiveram correlação estatística positiva, e se o estilo fatalista teve correlação estatística positiva com o nível de stress, pode-se considerar que níveis de stress mais elevados relacionam-se a maior utilização do coping evasivo e fatalista. Resultados semelhantes foram encontrados por Rodrigues (2006), sendo que, quanto maiores os níveis de desgaste dos enfermeiros, mais utilizaram a fuga e a esquiva como estratégias de enfrentamento de stress.

O estilo de coping **emotivo** foi o **menos** utilizado (20,83% das mulheres). Vale destacar que existe correlação estatística positiva moderada entre os estilos sustentativo e emotivo ($r=0,47$; $p=0,01$). Isso significa que quanto mais o estilo de coping sustentativo foi utilizado, mais foi utilizado o coping emotivo. É possível que o suporte das outras pessoas como a família e amigos representem um canal de alívio de tensões e emoções e uma forma de dividir as preocupações, o que permite esses estilos serem aproximados. Os trabalhadores em enfermagem necessitam de momentos de escape ou de descontinuidade para que possam trocar sentimentos, experiências e refletir sobre si mesmos para não perderem características de humanidade (GONZALES, 2001).

³ Item do Inventário de coping de Jalowiec.

Observa-se que o estilo de coping **paliativo** foi o **menos** utilizado por 14,59% das mulheres. Verifica-se que existe correlação estatística positiva baixa entre os estilos de coping otimista e paliativo ($r=0,38$; $p=0,01$); quanto mais as mulheres utilizaram o estilo otimista, mais usaram o coping paliativo. É possível que elaborações positivas da realidade, bem como a utilização de mecanismos compensatórios como **“Exercita-se ou faz qualquer atividade física”** e **“Tenta distrair-se fazendo algo que lhe dá prazer”**³ sejam estratégias que beneficiam o enfrentamento do stress, colaborando para que o nível deste não seja elevado.

O estilo de coping **evasivo** também foi o **menos** utilizado por 14,59% da população estudada. Atitudes de distanciamento e fuga do problema caracterizam esse estilo. Observa-se que existe correlação estatística positiva moderada entre nível de stress e coping evasivo ($r=0,46$; $p=0,01$), ou seja, quanto maior o nível de stress, mais as mulheres utilizam este estilo.

Identifica-se uma correlação estatística positiva moderada entre o estilo de coping evasivo e o estilo de coping otimista ($r=0,49$; $p=0,01$), o que representa que quando as mulheres utilizam o estilo de coping evasivo, tendem também a utilizar o coping otimista. Esses estilos podem ser aproximados, considerando as características de distanciamento da realidade, como o pensamento positivo e procurar esquecer o problema ocupando-se com outras atividades, o que permite justificar essa correlação neste estudo. Tal aproximação também foi observada em outros estudos (GALDINO, 2000; ANDOLHE, 2006).

O **Relacionamento Interpessoal** (área A) foi identificado como menos estressante por 50% da equipe de enfermagem, sendo que a atividade identificada como de **maior** stress foi **“Relacionar-se com a equipe médica”**.

Dados semelhantes foram encontrados por Guido (2003), em pesquisa com enfermeiros de centro cirúrgico: o relacionamento entre equipe médica e de enfermagem foi a segunda área de maior stress, juntamente com o funcionamento adequado da sala de operações para enfermeiros-chefes de centro cirúrgico. No entanto, para a população deste estudo, não foi considerada área de alto nível de stress, o que a autora julga não significar que esses profissionais não enfrentem stress no relacionamento com médicos e equipe de enfermagem.

O relacionamento com a equipe médica como estressor também foi relatado por Rodrigues (2006), no que diz respeito à discordância dos enfermeiros que atuam em oncologia com as condutas médicas e em relação à discussão sobre aspectos de cuidados dos pacientes. A autora afirma, ainda, que tais divergências podem ocorrer devido a incongruências de valores em relação à vida e à morte.

Os escores padronizados de stress encontrados nessa área não significam que as atividades vinculadas ao relacionamento interpessoal não sejam estressantes. Verifica-se que houve correlação estatística positiva forte entre o escore padronizado de stress nas atividades vinculadas ao relacionamento interpessoal (área A) e os estilos de coping evasivo e fatalista ($r=0,39$; $p=0,04$, $r=0,59$; $p=0,001$, respectivamente). Ou seja, quanto maior o escore padronizado na área A, maior a utilização desses estilos de coping. Em vista disso, é possível afirmar que os problemas de relacionamento interpessoal sejam enfrentados com estratégias de fuga e distanciamento, possivelmente por dificuldades de comunicação, interação e formação de vínculos. Para Camelo e Angerami (2008), a qualidade dos relacionamentos interpessoais é determinante para a identificação dos estressores no trabalho. Se não houver busca de soluções para os conflitos entre as pessoas, o desempenho das funções pode ser comprometido (SPÍNDOLA, 2000).

De maneira semelhante, Rodrigues (2006) identificou que os estilos de coping de fuga e esquiva foram mais utilizados por enfermeiros oncológicos com alto nível de desgaste emocional para enfrentar o stress decorrente do relacionamento interpessoal com a equipe médica, sugerindo que quanto maior o nível de burnout, maior é a tendência da utilização do coping focado na emoção.

Outros estudos identificaram o relacionamento interpessoal como menos estressante: Bianchi (1990) considerou como de menor stress entre enfermeiros de centro cirúrgico; Menzani (2006) observou resultados semelhantes entre enfermeiros de pronto-socorro; da mesma forma, Guerrer (2007) entre enfermeiros de UTI; e, para Guido (2006), o relacionamento interpessoal foi considerado a segunda área de menor stress.

Por outro lado, Bianchi (1999) verificou alto nível de stress entre enfermeiros de unidades abertas em atividades vinculadas ao relacionamento com outras unidades e superiores. Tais resultados, segundo a autora, são coerentes com estudos encontrados na literatura internacional.

É possível afirmar que a interação com o outro é um estressor em potencial, uma vez que as relações pessoais exigem comunicação eficaz, ética e respeito. Stacciarini e Tróccoli (2001) apontam que, embora alguns profissionais não admitam ter dificuldades de relacionar-se, ou julgam esta dificuldade como uma fase transitória, isto é, de adaptação ao ambiente de trabalho, as relações interpessoais são consideradas estressores.

Na área A, foram considerados itens de **menor stress** “**Relacionar-se com o grupo de apoio à mulher com câncer de mama**” e “**Relacionar-se com o Ambulatório de Ginecologia**”. Isso pode ser justificado pelo fato de o grupo de apoio ser coordenado por uma

enfermeira do próprio Ambulatório de Ginecologia, o que confere maior proximidade. Além disso, essa parceria entre os dois serviços, muitas vezes, é intensificada por acadêmicos de enfermagem que realizam seus estágios supervisionados em enfermagem na Unidade Tocoginecológica e no Ambulatório de Ginecologia – o que é muito positivo, uma vez que a troca de experiências entre o discente e os profissionais que atuam nesses serviços qualifica a formação acadêmica e, por vezes, motiva o trabalhador, repercutindo na assistência.

Verificou-se que as Atividades relacionadas à assistência de enfermagem prestada à paciente (área B) foram consideradas menos estressantes para 34,61% da população ($\bar{X}=17,07$). Esses resultados foram semelhantes aos obtidos por outros estudos (BIANCHI, 1990; GUIDO, 2003, 2006) já realizados sobre stress entre enfermeiros. É oportuno considerar, porém, que esses resultados não significam que a assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama não represente stress, o que se justifica, também, pela correlação estatística positiva entre escore padronizado de stress nas atividades assistenciais e nível de stress ($r=0,79$; $p=0,0001$). Assim, quanto maior o escore padronizado de stress na área B, maior o nível de stress da equipe de enfermagem.

Bianchi (1990) observou que as atividades assistenciais ao paciente cirúrgico foram menos estressantes entre enfermeiros de centro cirúrgico. A autora entende que este resultado pode ser explicado porque ou esses enfermeiros mantêm pouco contato direto com o paciente, ou as atividades assistenciais representam maior satisfação profissional.

Guido (2003) identificou que as atividades assistenciais ao paciente cirúrgico não representaram stress em seu estudo. No entanto percebeu que, entre os enfermeiros assistenciais, a assistência de enfermagem no período perioperatório foi considerada estressante, enquanto que, para os enfermeiros-chefes, as atividades relacionadas ao funcionamento adequado da sala de operações e o relacionamento com a equipe médica foram as mais estressantes. Os dados obtidos na presente pesquisa levam a uma concordância com a autora citada: os escores de stress mais elevados permitem identificar as atividades mais desenvolvidas pelos enfermeiros conforme o cargo ou função desempenhada.

Considerando os escores padronizados de stress por área, é possível afirmar que a assistência direta à paciente não representa stress significativo para essas mulheres, mas, sim, as condições de trabalho para que aconteça, embora houvesse correlação estatística positiva alta entre escore padronizado de stress da área B e nível de stress ($r=0,79$; $p=0,0001$).

Para Pafaro (2002), a assistência de enfermagem pode ser estressante, uma vez que o paciente oncológico enfrenta tratamentos prolongados, períodos de recidiva da doença, promovendo a formação de vínculo afetivo com o paciente e a família. O óbito provoca

sentimentos de luto que nem sempre são bem conduzidos pela equipe de enfermagem, provocando desgaste.

Recentemente, Guerrer (2007) considerou que a assistência de enfermagem ao paciente foi responsável pelo alto nível de stress entre enfermeiros brasileiros de terapia intensiva que ocupam cargos assistenciais.

Por outro lado, Bianchi (1999) identificou que os enfermeiros de unidades abertas obtiveram alto nível de stress na assistência prestada ao paciente. A autora afirma, também, que os enfermeiros assistenciais pesquisados sofriam sobrecarga de trabalho e obtiveram altos níveis de stress em relação aos enfermeiros-chefes e supervisores, uma vez que se envolvem mais com a assistência direta ao paciente.

Identificou-se que existe correlação estatística negativa entre o escore padronizado de stress nas atividades assistenciais e estilo de coping confrontivo ($r=-0,46$; $p=0,01$), isto é, quanto mais as mulheres utilizaram o estilo de coping confrontivo para enfrentar o stress relacionado às atividades assistenciais, menor o escore padronizado de stress na área. O coping confrontivo foi, portanto, resolutivo no que diz respeito ao enfrentamento dos estressores nas atividades assistenciais.

Esses resultados opõem-se aos encontrados por Rodrigues (2006), os quais indicaram que o estilo confrontivo, embora focado no problema, não pareceu ser efetivo no enfrentamento da morte por enfermeiros oncologistas. É possível que, neste estudo, as trabalhadoras visualizem a paciente como ser único e integral, com sua subjetividade e necessidades individuais, de modo a fugir da proposta do modelo biomédico que desvincula a esfera biológica da esfera psíquica.

Na área B, a atividade de **maior** stress foi “**Prestar cuidados de enfermagem com tempo mínimo**”, o que pode estar associado ao volume de atividades a serem realizadas durante o turno de trabalho ou a um quantitativo mínimo necessário de funcionárias por turno. Ao analisar-se essa atividade aproximando-a de outros estudos, observam-se semelhanças, como nos resultados obtidos por Bianchi (1999), que verificou que a realização de tarefas com tempo mínimo era considerada por enfermeiros hospitalares como o item de maior stress. A autora cita que tais resultados foram semelhantes a estudos americanos.

Em estudo anterior, Bianchi (1990) indicou que a realização de atividades com tempo mínimo pelo enfermeiro de centro cirúrgico está associada ao período crítico de internação do paciente, uma vez que este, submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico, pode, repentinamente, sofrer mudanças em seu estado de saúde, exigindo atenção imediata do enfermeiro. Essa análise pode ser comparada à atuação da equipe de enfermagem em Unidade

Tocoginecológica no cuidado à mulher com câncer de mama, especialmente quando em estágio terminal, embora o foco desta pesquisa tenha sido o stress no cuidado dessa paciente no pré e pós-operatório de mastectomia.

Menzani (2006) também verificou que realizar atividades com tempo mínimo como de maior stress, independente da área de stress, entre enfermeiros de pronto-socorro. Resultados semelhantes foram observados por Guido (2006) e Guerrer (2007), entre enfermeiros de centro cirúrgico e UTI, respectivamente.

Como já comentado, o volume de atividades pode estar associado ao desempenho máximo do trabalhador em tempo mínimo. Rocha (2008) afirma que estudos apontam a sobrecarga de trabalho como fator importante para diminuir o tempo de assistência de enfermagem. Em vista disso, é possível que esse tempo diminuto comprometa a qualidade da assistência e, conseqüentemente, repercuta na satisfação profissional. A esse respeito, Batista et al. (2005) entendem que as condições de trabalho, carga horária coerente com o número de funcionários e salários dignos estão entre os fatores importantes de satisfação profissional no trabalho do enfermeiro.

A atividade de **menor** stress na área B foi “**Orientar para a alta hospitalar**”, que, apesar de ter sido considerada pouco desgastante, as orientações prestadas à paciente exigem busca de conhecimento. Embora exista correlação estatística positiva baixa entre os escores padronizados de stress das atividades assistenciais (área B) e conhecimento e habilidades (área D) ($r=0,39$ e $p=0,04$) – ou seja, quanto maior o stress na assistência de enfermagem à paciente, maior o stress nas atividades que exigem conhecimentos e habilidades –, a equipe precisa estar preparada para fornecer orientações pré e pós-operatórias à mulher com câncer de mama. A busca de conhecimento ou de qualificação para o desenvolvimento de habilidades é importante para o enfrentamento do stress (COSTA, 1997).

Acredita-se que a articulação teoria-prática na graduação em enfermagem é fundamental para o aluno exercitar o pensamento crítico-reflexivo, e não somente reproduzir a técnica. O resgate de conhecimentos basilares na formação do enfermeiro deve permear toda a trajetória acadêmica. A transversalidade curricular urge estar presente em todas as disciplinas e precisa ser feita com seriedade e responsabilidade. O concreto faz parte da formação do enfermeiro aliado à sensibilidade, componente essencial em oncologia, especialmente quando se trata da mulher com câncer de mama.

A esse respeito, Pafaro (2002) julga que é preciso que os cursos de graduação em enfermagem preparem os enfermeiros para assistir pacientes terminais, especialmente os oncológicos. A autora acrescenta que o despreparo para lidar com os sentimentos interfere na

atuação dos profissionais. Entende-se que a introdução do estudo de oncologia pode contribuir para o preparo psicológico dos enfermeiros.

Destaca-se que existe correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress na área B e o coping evasivo ($r=0,43$; $p=0,02$). Tendo em vista que esse estilo foi o menos utilizado, pode-se afirmar que quanto menos as mulheres deste estudo utilizaram-no, menor o escore padronizado de stress na área B.

Verifica-se correlação estatística positiva moderada entre os escores padronizados nas atividades vinculadas ao relacionamento interpessoal (área A) e atividades assistenciais (área B) ($r=0,55$; $p=0,003$). Isto é, quanto maior o escore padronizado no relacionamento interpessoal, maior também nas atividades assistenciais, o que parece ser coerente, tendo em vista que existe uma ligação entre o relacionamento interpessoal e as atividades assistenciais, uma vez que o cuidado em si envolve a interação entre paciente e profissional, assim como entre profissionais e profissionais e familiares.

Também existe correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress da área E e o escore padronizado da área B ($r=0,66$; $p=0,002$). Isto é, quanto maior o escore padronizado de stress nas demandas subjetivas do cuidado, maior o escore padronizado de stress nas atividades assistenciais. Os pacientes oncológicos demandam alto nível de desgaste emocional dos trabalhadores que os assistem (RODRIGUES, 2006), isso pode ser explicado pelo estabelecimento de uma relação entre trabalhador e paciente que represente apoio e respeito à subjetividade e ao sofrimento do outro, de modo a formar vínculos de esperança e conforto (BECK, 2001).

As **Atividades relacionadas ao funcionamento da unidade** (área C) foram identificadas como estressantes para 19,23% da população. De maneira semelhante, Guerrer (2007) e Menzani (2006) identificaram que essa área foi responsável pelo baixo nível de stress entre enfermeiros de UTI e pronto socorro, respectivamente.

Quanto à atividade de maior stress, a equipe identificou que o **“Funcionamento dos equipamentos”** correspondeu ao estressor prevalente. As autoras citadas também verificaram que o controle de equipamentos e materiais foi a atividade mais estressante na área. Equipamentos que não estejam em condições de uso podem ser estressores para a equipe, especialmente em situações de emergência. Menzani (2006) acrescenta que o funcionamento adequado dos equipamentos e o fornecimento de materiais são imprescindíveis para a assistência ao paciente em situações emergenciais, e exemplifica que o atendimento ao politraumatizado é valioso na primeira hora a partir do evento do trauma. Se existir alguma deficiência para a assistência adequada, certamente será motivo de stress.

A esse respeito, Rocha (2008) julga que as condições necessárias para manter um equipamento em boa qualidade de uso são importantes recursos para o alcance de uma assistência de qualidade. Destaca que o adequado uso, manuseio e armazenamento de equipamentos iniciam com um processo educacional e de conscientização dos funcionários para manter a integridade destes. Em vista disso, espaços de treinamentos e capacitações dedicados aos funcionários deveriam ser incentivados pelas instituições, uma vez que o treinamento e a compreensão do funcionamento de equipamentos, bem como a utilização de materiais, podem traduzir-se em maior segurança de uso, evitando acidentes de trabalho ou prejuízos na assistência prestada.

Embora o cuidado à mulher com câncer de mama exija materiais especiais para punção venosa e descarte de lixo tóxico, esses não representam volume de equipamentos de complexidade tecnológica como necessitam unidades fechadas ou que atendam pacientes críticos, como UTI, centro cirúrgico e pronto-socorro.

Isso pode justificar o fato de as atividades relacionadas ao funcionamento da unidade (área C) serem consideradas menos estressantes. Mesmo assim, identifica-se correlação estatística positiva moderada entre nível de stress e o escore padronizado de stress nessa área ($r=0,57$; $p=0,0001$), isto é, quanto maior o escore padronizado de stress na área C, maior o nível de stress. Assim, embora essas atividades não tenham representado maior stress para a equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica, representam estressores.

Bianchi (1990) afirma que a atividade relacionada ao funcionamento adequado da sala de operações foi considerada a segunda mais estressante por enfermeiros de centro cirúrgico. Em estudo posterior (BIANCHI, 1999), observou que os enfermeiros com cargo de supervisor obtiveram os mais altos escores quanto ao nível de stress nas atividades relacionadas ao funcionamento da unidade (área C). Também Guido (2003) verificou que essas atividades tiveram um percentual significativo de stress entre enfermeiros de centro cirúrgico.

Em vista disso, é possível que a educação permanente em relação a utilização de novos materiais, atualização de manuais, normas e rotinas, além de estratégias de conscientização quanto à manutenção e à utilização de equipamentos de forma adequada, sejam importantes para beneficiar as trabalhadoras de enfermagem deste estudo e também de modo geral, em termos de saúde e segurança no trabalho. A tecnologia aplicada à saúde é uma realidade, por isso, seus trabalhadores devem estar preparados para utilizá-la de modo a qualificar ou mesmo facilitar seu trabalho, e não representar um estressor em potencial.

Observou-se correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress nas atividades relacionadas ao funcionamento da unidade (área C) e estilo de coping

fatalista ($r=0,47$; $p=0,01$). Isso permite afirmar que, quanto maior o escore padronizado de stress na referida área, mais as mulheres utilizaram o estilo de coping fatalista. É possível que as condições inadequadas dos equipamentos e utensílios sejam motivo de desgaste no trabalho, com conseqüente uso de estratégias de desesperança e perda de controle.

Também se verificou correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress nas atividades relacionadas ao funcionamento da unidade (área C) e nas atividades relacionadas às condições de trabalho (área F) ($r=0,51$; $p=0,006$), ou seja, ambos aumentam ou diminuem juntos. Esses resultados são coerentes, uma vez que a disposição de equipamentos, materiais e utensílios adequados para o uso interfere nas condições de trabalho. Estas, para Beck (2001), são responsabilidades da instituição e podem repercutir em sofrimento do trabalhador.

A atividade identificada pela equipe de enfermagem como **menos** estressante na área foi **“Previsão de material”**. Embora estudos apontem que o aparato tecnológico e materiais específicos que os pacientes oncológicos exigem possam ser motivo de desgaste e distanciamento do trabalhador do contato com o paciente (BECK, 2001; RODRIGUES, 2006), é possível que, neste estudo, a dedicação à reposição de material de consumo beneficie as trabalhadoras no sentido de afastá-las, por alguns momentos, de atividades mais desgastantes, como o cuidado direto à mulher com câncer de mama. Momentos de descontração funcionam como escape e permitem ao trabalhador a busca de prazer no trabalho (GONZALES, 2001).

As **Atividades relacionadas a conhecimentos e habilidades** (área D) foram consideradas estressantes para 3,84% da população. Embora seja um percentual pequeno, essas atividades representam estressores, uma vez que se identificou correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress na área e o nível de stress ($r=0,62$; $p=0,001$), ou seja, quanto maior o escore padronizado de stress nessa área, maior também é o nível de stress da trabalhadora.

O item de **maior** stress para a equipe de enfermagem estudada foi **“Receio de cometer erros”**, o que pode estar associado à insegurança e ao despreparo para o cuidado. Algumas vezes, a falta de conhecimento adequado acerca do câncer de mama, bem como do tratamento, pode traduzir-se em insegurança para o cuidado dessa paciente.

Por outro lado, considerando o percentual de mulheres que fazem curso de graduação ou pós-graduação, ou, ainda, que concluíram esses cursos, é possível afirmar que essas trabalhadoras procuram enfrentar a falta de conhecimento e habilidade para o cuidado com foco no problema. Nesse sentido, de acordo com Lazarus e Folkman (1984), as estratégias de

coping focadas no problema, por serem mais coerentes com a realidade, sem cargas emocionais intensas, são mais resolutivas no enfrentamento do stress. Portanto a busca de conhecimento acadêmico parece ser um coping efetivo no que tange às atividades que envolvem conhecimentos e habilidades.

De outra maneira, a busca por qualificação profissional pode representar um distanciamento da rotina de trabalho na unidade, assumindo uma conotação de fuga. Pela correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado nas atividades que envolvem conhecimento e habilidades e o estilo de coping evasivo ($r=0,41$; $p=0,03$). Ou seja, a exigência de conhecimento e habilidades repercute no escore padronizado de stress na área, que é diretamente proporcional ao uso do estilo de coping evasivo.

Considerando, ainda, que não existe serviço de psicologia na Unidade Tocoginecológica, destinado à mulher com câncer de mama e familiares, e que acompanhar o sofrimento e a angústia dessas pessoas foi identificado pelas trabalhadoras como importante estressor, é possível que essas mulheres se sintam responsáveis pelo apoio psicológico à paciente e aos familiares, mas encontram limitações na própria formação acadêmico-profissional. Essa situação pode ser desgastante com implicações no desempenho profissional e pessoal, uma vez que quando o trabalhador responsabiliza-se pelos problemas no trabalho os quais fogem ao seu alcance, é porque não se reconhece com desgaste físico e mental, o que repercute em desgaste também na vida pessoal (BECK, 2001).

Observa-se que existe correlação estatística positiva baixa entre o escore padronizado de stress das atividades assistenciais e o escore padronizado de stress nas atividades que envolvem conhecimento e habilidades ($r=0,39$; $p=0,04$), ou seja, quanto maior o escore padronizado nas atividades assistenciais, maior o escore padronizado referente a conhecimento e habilidades. Isso permite afirmar que quanto maior o envolvimento na assistência, mais as trabalhadoras buscam desenvolver competências para prestar cuidados à mulher com câncer de mama com qualidade e ética.

Verifica-se que existe diferença estatística negativa moderada entre o escore padronizado de stress na área D e o estilo de coping paliativo ($r=-0,42$; $p=0,02$), indicando que quanto mais as trabalhadoras utilizaram o estilo de coping paliativo, menor foi o escore padronizado de stress na área D. É possível que a busca pelo alívio das tensões (com atividade física, atividades que ofereçam prazer ou técnicas de relaxamento) repercute em uma maior tranquilidade para realizar tarefas que exijam habilidades, servindo como estratégia de coping.

As atividades relacionadas às **Demandas subjetivas no cuidado** (área D) foram consideradas estressantes para um número maior de trabalhadoras (50,00%).

Entre as **enfermeiras e técnicas** de enfermagem, essa área foi a de maior stress, tendo em vista os escores padronizados. Tais atividades envolvem enfrentamento de situações como: estar exposto ao sofrimento de pacientes/familiares; lidar com a angústia da paciente; lidar com o binômio vida e morte; e lidar com os sentimentos de cuidadora de mulher com câncer de mama. Estas situações exigem da equipe envolvimento e representam estressores, o que pode ser identificado pela correlação estatística positiva alta entre escore padronizado de stress na área E e nível de stress ($r=0,64$; $p=0,0003$), isto é, quanto maior o escore padronizado de stress na área, maior o nível de stress. Para Avellar, Iglesias e Valverde (2007), que pesquisaram o sofrimento psíquico e o enfrentamento do cotidiano de trabalho entre técnicos de enfermagem do setor de oncologia, o trabalho no ambiente hospitalar é marcado por múltiplas exigências, especialmente o setor de oncologia, uma vez que envolve as representações do câncer associadas à morte.

A atividade de **maior** stress na área foi **“Conviver com a piora do estado clínico da paciente”**, demonstrando que agravos no estado de saúde, aliados à iminência da morte ou a uma intercorrência de emergência, podem provocar sentimentos de impotência na equipe de enfermagem diante do agravamento do quadro clínico da mulher mastectomizada. Faria e Maia (2007), no estudo do nível de ansiedade de uma equipe de enfermagem que atua em oncologia, identificaram que 65,00% apresentaram sentimentos diferentes ao cuidar de pacientes terminais, como sofrimento, tristeza, angústia, impotência, medo, apreensão e preocupação.

Moura et al. (2005) julgam que as condições de trabalho em oncologia, por exigirem de seus profissionais habilidade para assistir seus usuários, tornam-nos mais vulneráveis a sentimentos de conteúdo depressivo e esgotamento emocional. Considerando essa assertiva, é possível afirmar que manejar esses sentimentos é um processo complexo, levando em conta as singularidades de cada pessoa e, especificamente neste estudo, os sentimentos, valores e vivências de cada mulher trabalhadora que integram a população estudada, heterogênea em suas características individuais.

Destaca-se que existe correlação estatística negativa moderada entre escore padronizado nas demandas subjetivas do cuidado e o estilo de coping confrontivo ($r=0,46$; $p=0,01$). Isso significa que quanto maior o escore padronizado de stress nessas atividades, menos as mulheres utilizaram o confronto como forma de enfrentar os estressores, ou seja, menos utilizaram um estilo de coping focado no problema. Em vista disso, pode-se considerar que a dificuldade de enfrentar o sofrimento da paciente, com os sentimentos de mulher cuidadora ou com o binômio vida-morte, por exemplo, é uma realidade. Para Avellar, Iglesias

e Valverde (2007), existe dificuldade dos trabalhadores em oncologia em lidar com os sentimentos do paciente oncológico, e isso favorece o surgimento de um mecanismo de distanciamento como forma de enfrentamento na tentativa de não manter laços afetivos.

Dessa maneira, observou-se que **“Evita o problema”**, isto é afastar-se da doença da paciente e **“Tenta tirar o problema da mente e pensar em outra coisa”**⁴, distanciando-se da realidade por elas vivenciadas – itens englobados no estilo de coping evasivo – foram estratégias utilizadas pela população em estudo, como forma de enfrentar o stress no cuidado à mulher com câncer de mama. Resultados semelhantes foram encontrados por Avellar, Iglesias e Valverde (2007), cujo estudo evidenciou que todos os participantes relataram “não se envolver” com paciente oncológico, família e/ou colega de trabalho, na tentativa de não estabelecerem laços afetivos de nenhuma espécie, o que as autoras julgaram se tratar de um mecanismo defensivo diante da dificuldade de lidar com os sentimentos dos envolvidos.

Bastos (1986) avaliou a atitude de enfermeiros frente a questões de esfera psíquica do paciente com câncer. A autora concluiu que esses profissionais reconhecem essas demandas externas, ou seja, advindas do estado emocional de seus pacientes, e adotam uma atitude defensiva ao enfrentar essa realidade.

No estudo de Gambotto et al. (2006), acerca dos mecanismos de defesa entre profissionais que atuavam em um grupo de apoio à mulher com câncer de mama, os profissionais que assistem pacientes crônicos e terminais precisam de suporte psicológico, pois desde a comunicação formal do diagnóstico até o ato de morrer existe mobilização de sentimentos intensos e relevantes. Acrescentam que a proximidade com o paciente, facilitando e amparando expressões decorrentes do processo de aceitação da doença, minimiza significativamente o stress de ambos, propiciando uma relação humanitária.

Destaca-se o sentimento de impotência frente ao sofrimento da paciente entre as mulheres e o despreparo para enfrentar essas demandas emocionais. Essa condição também justifica a importância de apoio psicológico na unidade, tanto para a paciente quanto para a equipe. Isso porque o autoconhecimento que o atendimento psicológico pode proporcionar, entre outros benefícios, é fundamental para os envolvidos.

Entende-se, assim, que o cuidado a essa paciente é permeado por sentimentos como a empatia e a solidariedade. Identifica-se que a equipe se preocupa em cuidar dessa paciente de forma humanizada e qualificada pela busca de qualificação profissional (como observado nos resultados referentes à graduação e à pós-graduação).

⁴ Item do Inventário de coping de Jalowiec

As **Condições de trabalho para o desempenho das atividades da equipe** (área F) foram consideradas estressantes para 26,92% da população.

Identifica-se que existe correlação estatística positiva muito alta entre o escore padronizado de stress nas atividades relacionadas às condições de trabalho para o desempenho das atividades e o nível de stress ($r=0,88$; $p=0,0001$), isto é, quanto maior o escore padronizado na área, maior o nível de stress. Esses resultados aproximam-se aos que Bianchi (1999) observou nessa área, percebendo que os escores de stress foram mais elevados entre enfermeiros de unidades abertas. O mesmo foi apontado por: Guido (2003), entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica; Batista et al. (2005), entre enfermeiros de unidade de emergência; Menzani (2006), entre enfermeiros de pronto-socorro; e Guerrer (2007), entre enfermeiros de UTI.

Verifica-se que existe correlação estatística negativa moderada entre o escore padronizado de stress nas atividades relacionadas às condições de trabalho e os estilos de coping confrontivo ($r=-0,44$; $p=0,02$) e sustentativo ($r=-0,47$; $p=0,01$), ou seja, quanto menos as trabalhadoras utilizaram os estilos de coping confrontivo e sustentativo, maior o escore padronizado de stress nessas atividades. Para Fernandes, Medeiros e Ribeiro (2008), a convivência com a falta de recursos humanos e materiais, o confronto com situações imprevisíveis e a necessidade de improvisações são causas de tensão e desgaste. As autoras consideram que essas preocupações comprometem o processo de trabalho, pois exigem um tempo que poderia ser utilizado na assistência ou na comum busca por soluções. É possível que, neste estudo, essas atividades sejam consideradas estressantes por não serem adequadamente enfrentadas com medidas resolutivas, justificando o fato de os estilos de coping confrontivo e sustentativo terem sido pouco utilizados.

Ressalta-se, ainda, que existe correlação estatística positiva moderada entre o escore padronizado de stress nas atividades relacionadas às condições de trabalho e o estilo de coping fatalista ($r=0,48$; $p=0,01$): quanto maior o escore padronizado de stress, mais as trabalhadoras utilizaram o referido estilo de coping. Esses resultados são coerentes com a baixa utilização do coping confrontivo e sustentativo, uma vez que elaborações mentais, relacionadas à falta de sorte ou à aceitação da situação como ela se apresenta, são estratégias paliativas e não diminuem ou eliminam os estressores.

Observa-se que “**Trabalhar com equipe insuficiente**” foi a atividade de **maior** stress e pode estar associada à sobrecarga de trabalho, uma vez que o número de profissionais em quantitativo adequado pode repercutir em maior volume de atividades distribuídas em um número reduzido de pessoas. Para Rocha (2008) a falta de recursos humanos em quantitativo

adequado sobrecarrega a equipe e, por essa razão, representa um estressor para enfermeiros de diferentes setores hospitalares, independente do cargo ou função desempenhada.

Para Siqueira, Watanabe e Ventola (1995), os técnicos e auxiliares de enfermagem, muitas vezes, queixam-se de sobrecarga de trabalho, tendo de assistir pacientes graves, já que os enfermeiros precisam atender ao acúmulo de atividades gerenciais relativas à unidade.

Em pesquisa anterior, Bianchi (1990) também refere que o enfermeiro de centro cirúrgico é o profissional indicado para prestar assistência ao paciente durante o procedimento cirúrgico, mas a sobrecarga de atividades burocráticas desse profissional e o cumprimento dos objetivos e metas da instituição hospitalar onde atua acabam inviabilizando a assistência direta. Isso representa uma das justificativas pelas quais os técnicos e auxiliares de enfermagem se sentem sobrecarregados com as atividades assistenciais.

Na área F, o item de **menor** stress foi “**Odores desagradáveis**”, o que indica que o cuidar do outro implica proximidade, muitas vezes permeada por odores e secreções, o que exige o controle de si sobre algo que pode não ser agradável. Para Ferreira e Almeida Filho (2001), secreções e odores obrigam o profissional de saúde a enfrentá-la por força do compromisso da profissão, mas não é possível negar a cultura simbólica de seus comportamentos e reações. O controle dessas reações é um aprendizado regido pelas normas sociais e por valores simbólicos. O contato com secreções e odores desagradáveis, inevitavelmente, está presente nas ações de cuidado. A consciência dessa proximidade pode auxiliar no enfrentamento dessas situações.

Destaca-se que existe correlação estatística positiva moderada a alta entre o escore padronizado de stress das atividades relacionadas às condições de trabalho (área F) e os escores padronizados de stress nas atividades vinculadas: ao relacionamento interpessoal (área A) ($r=0,71$; $p=0,0001$), na assistência de enfermagem (área B) ($r=0,69$; $p=0,0001$), no funcionamento da unidade (área C) ($r=0,51$; $p=0,006$), nos conhecimentos e habilidades (área D) ($r=0,48$; $p=0,01$) e nas demandas subjetivas no cuidado (área E) ($r=0,48$; $p=0,01$). Ou seja, na medida em que aumenta o escore padronizado de stress nas atividades relacionadas às condições de trabalho, também aumentam os escores padronizados de stress nas áreas referidas. Isso permite afirmar que as condições de trabalho são atividades de ordem organizacional e envolvem o ambiente de trabalho de modo geral. A forma de avaliá-lo interfere nas atividades laborais propriamente ditas, representando stress. De acordo com Beck (2001), os trabalhadores de enfermagem sofrem com os problemas de ordem organizacional vivenciados no trabalho por, muitas vezes, responsabilizarem-se por esses problemas que também é de outros trabalhadores ou da própria instituição.

Por essa razão, os esforços para a manutenção de um ambiente de trabalho com condições adequadas para o exercício das atividades, seja com equipamentos e materiais disponíveis e em condições de uso, seja com uma atmosfera amistosa e pacífica entre colegas de trabalho, com co-responsabilização pela qualidade da assistência prestada e com o compartilhar de problemas na busca de soluções, fazem-se necessários. Um ambiente de trabalho organizado, dispondo de recursos materiais e humanos adequados ao serviço – onde seus trabalhadores se sintam acolhidos, engajados e valorizados –, pode ser significativo para o desempenho individual e coletivo das funções e, conseqüentemente, para a avaliação e o enfrentamento dos estressores.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Estudar stress como processo dinâmico entre mulheres que cuidam de mulheres com câncer de mama foi uma tarefa difícil, mas plena de significação. Como esperado, mas não menos surpreendente, as atividades relacionadas às demandas subjetivas no cuidado foram identificadas pela equipe de enfermagem estudada como as mais estressantes, permitindo refletir o quanto essas mulheres envolvem-se com o estressante processo de saúde-doença vivenciado pela paciente com câncer de mama e por seus familiares.

Além disso, a solidariedade com o momento vivido pela paciente também foi destacada. Cuidar do paciente oncológico é estressante, como discutido anteriormente, mas o cuidado de mulher com câncer de mama, enquanto mulher cuidadora, foi desvelado como atividade que envolve o enfrentamento de estressores inerentes a essa relação de cuidado, pouco explorados na literatura pesquisada. Identificou-se, ainda, que as trabalhadoras em questão sentem dificuldades de enfrentar tais estressores que, subjetivos, parecem ser primeiramente avaliados e enfrentados com estilos de coping focados na emoção, os quais, da mesma forma, são dotados de carga emocional e subjetividade.

Quanto ao instrumento utilizado, ressalta-se que o mesmo foi adequado ao estudo de acordo com os pareceres elaborados pelo painel de especialistas e confirmados pelos coeficientes de confiabilidade satisfatórios obtidos, o que conferiu segurança para a sua aplicação. Isso porque o instrumento de Bianchi (1999) sofreu adaptações para estudos em diferentes realidades, sempre entre enfermeiros. Adaptá-lo com a finalidade de identificar estressores entre a equipe de enfermagem em uma situação específica – o cuidado à mulher com câncer de mama – foi desafiador. Acrescente-se a isso a questão simbólica que a mama envolve, a mastectomia como cirurgia mutiladora e como a equipe de enfermagem, tratando-se de mulheres, enfrenta essa situação. Aliás, essa foi uma das questões de destaque desta

pesquisa, mas difícil de ser respondida. O presente estudo indica que existe uma dificuldade de enfrentar as demandas subjetivas no cuidado, tendo em vista os escores padronizados de stress nessas atividades.

Em vista disso, sugere-se a realização de outras pesquisas que possam estabelecer comparações a esta realidade, uma vez que são incipientes os estudos que tenham focado o stress entre a equipe de enfermagem. Ainda incentiva-se a inclusão de novos itens ao instrumento de modo a adequá-lo às diferentes realidades de cuidado à mulher, ou a situações de cuidado específicas.

Quanto aos resultados obtidos, vale destacar o percentual de trabalhadoras de enfermagem com qualificação profissional em nível de graduação (57,68%) e pós-graduação (38,44%), sobretudo entre técnicas e auxiliares de enfermagem, o que confere uma singularidade especial a elas. As reflexões, os questionamentos e a troca de idéias que esses cursos oportunizam certamente repercutem positivamente na assistência à mulher com câncer de mama, qualificando-a, bem como no enfrentamento dos estressores no trabalho.

Também foi possível verificar que os estilos de coping focados na emoção foram predominantes. Os vários estilos de coping utilizados, evidentemente com predomínio de um ou outro, podem estar associados de alguma forma, seja pelas características individuais, seja pelo ambiente de trabalho, como demonstraram outros estudos.

Para finalizar, não se poderia deixar de enfatizar a importância não só da inclusão dos conceitos de stress e coping nos cursos de graduação em enfermagem, como também de conteúdos que versem sobre a saúde do trabalhador, para que os graduandos se tornem multiplicadores destes conhecimentos entre a equipe de enfermagem que liderarem. A tomada de consciência do processo e da avaliação do stress na esfera profissional, social ou pessoal, pode, indubitavelmente, contribuir positivamente para seu enfrentamento, bem como para a maior satisfação profissional e pessoal. Particularmente, o cuidado com pacientes oncológicos, em especial com a mulher com câncer de mama, é complexo e precisa ser visto como uma atividade que merece preparo técnico e científico de seus profissionais. Por essa razão, faz-se necessário que as instituições ofereçam suporte psicológico e de educação permanente, a fim de que esses trabalhadores consigam realizar suas atividades com qualidade em um ambiente organizado, ético e humanizado.

Os resultados deste estudo justificam a implantação de espaços de discussão e reflexão que visem o esclarecimento do stress como processo dinâmico e que faz parte da vida profissional, social e pessoal de cada indivíduo, permitindo assim, auto-conhecimento,

avaliação e reavaliação dos estressores pelos trabalhadores de enfermagem, para que estes possam enfrentá-los com segurança e efetividade.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos com este estudo permitiram identificar as atividades consideradas mais estressantes pela equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica no cuidado à mulher com câncer de mama, bem como verificar o nível de stress dessas trabalhadoras e os estilos de coping por elas utilizados no enfrentamento do stress nessa situação.

Conclui-se que:

1. Pela identificação dos estressores nas atividades diárias da equipe de enfermagem:

- Quanto ao nível de stress, a equipe de enfermagem obteve os resultados: baixo nível (46,15%), nível médio (30,77%), estado de alerta para o nível de stress (15,38%) e altíssimo nível (7,7%);
- As atividades relacionadas às demandas subjetivas do cuidado representaram maior stress para 50% da equipe;
- As atividades vinculadas ao relacionamento interpessoal foram consideradas as menos estressantes por 46,15% da população;
- Para 50% das enfermeiras e 66,67% das técnicas de enfermagem, as atividades relacionadas às demandas subjetivas do cuidado foram as mais estressantes;
- Para 55,56% das auxiliares de enfermagem as atividades relacionadas ao funcionamento da unidade foram consideradas as mais estressantes;
- A atividade de maior stress foi “trabalhar com equipe insuficiente”;

- Relacionar-se com o grupo de apoio à mulher com câncer de mama e com o Ambulatório de Ginecologia foram atividades identificadas como de menor stress.

2. Pela identificação dos estilos de coping:

- O estilo de coping mais utilizado por 40% da população foi o otimista;
- Os estilos de coping menos utilizados por 33,34% da população foram o fatalista e o emotivo;
- O estilo de coping predominante entre as enfermeiras foi o sustentativo (37,5%);
- O estilo de coping predominante entre as técnicas de enfermagem foi o otimista (57,14%);
- O estilo de coping mais utilizado entre as auxiliares de enfermagem foi o otimista (44,44%).

3. Pelas comparações estatísticas – Teste de Kruskal-Wallis:

- Existe diferença estatística significativa entre stress e turno de trabalho ($p=0,03$), sendo que as trabalhadoras do noturno apresentaram maior nível de stress;
- Existe diferença estatística significativa entre nível de stress e tempo de serviço na unidade ($p=0,02$) – as trabalhadoras com tempo de serviço compreendido entre seis e 10 anos apresentaram maior nível de stress;
- Existe diferença estatística significativa entre o estilo de coping paliativo e tempo de serviço na unidade ($p=0,04$), sendo que as trabalhadoras com tempo de serviço na faixa de dois a cinco anos utilizaram mais o estilo de coping paliativo do que as demais;
- Não existe diferença estatística significativa entre stress e: faixa etária, tempo de serviço na instituição, cargo ou função desempenhada, ter graduação, ter pós-graduação, manter outra atividade profissional e estilos de coping.
- Não existe diferença estatística significativa entre: estilos de coping evasivo, emotivo, fatalista, otimista, sustentativo, autoconfiante e confrontivo e as variáveis: faixa etária, tempo de serviço na instituição, tempo de serviço na unidade, turno, cargo ou função desempenhada, ter graduação, ter pós-graduação e manter outra atividade profissional.

- Não existe diferença estatística significativa entre o estilo de coping paliativo e as variáveis: faixa etária, tempo de serviço na instituição, turno, cargo ou função desempenhada, ter graduação, ter pós-graduação e manter outra atividade profissional.

4. Pelas correlações estatísticas – Coeficiente de Spearman:

- Existem correlações significativas entre:
 - nível de stress e estilos de coping: confrontivo, fatalista e sustentativo (correlações negativas) e evasivo (correlação positiva);
 - os estilos de coping evasivo com otimista e fatalista, paliativo e otimista, emotivo e sustentativo (correlações positivas);
 - Sp de stress das áreas de stress e os estilos de coping: Sp da área A e estilos de coping evasivo e fatalista (correlações positivas); Sp da área B e estilos confrontivo (correlação negativa) e evasivo (correlação positiva); Sp da área C e coping fatalista (correlação positiva); Sp da área D e estilos evasivo (correlação positiva) e paliativo (correlação negativa); Sp da área E e estilo confrontivo (correlação negativa); e Sp da área F e coping confrontivo e sustentativo (correlação negativa) e coping fatalista e evasivo (correlação positiva);
 - escores padronizados de stress entre as áreas: área A com B, C, D e F; área B com D, E e F; área C com F; área D com E e F; área F com E (todas correlações positivas);
 - escores padronizados de stress por áreas (A, B, C, D, E e F) e o nível de stress da equipe de enfermagem (correlação positiva).

REFERÊNCIAS

- ACHER, J. H, et al. Stress with coping: Programs of nursing research. In.: RICE, V.H. **Stress, coping and health: implications for nursing research, theory and practice.** Sage Publication: London; New Deli, 2000.
- ANABUKI, M. H. **Situações geradoras de estresse:** a percepção das enfermeiras de um hospital de ensino. 154 f. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- ANDOLHE, R. **Stress e coping:** assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama. 2006. 170f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, 2006.
- AQUINO, J. M. **Estressores no trabalho das enfermeiras em centro cirúrgico:** conseqüências profissionais e pessoais. 154 f. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- AVELAR, L. Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P. F. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. **Psicologia em estudo**, v. 12, n. 3, p. 475 – 481. 2007.
- AXELMAN, K, et al. Life situation, coping and quality of life in people with high and low risk of developing Alzheimer's disease. **Dement Geriatric Cong Disord**, v. 16, p. 220-228, 2003.
- BACKER, J. H, et al.. Coping with stress: programs of nursing research. In.: RICE, V. H. **Handbook of stress, coping and health: implications of nursing research, theory and practice.** Sage: [s. n.], 2000. cap. 4, p. 223-64. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=pb86KTtGXoUC&pg=PA250&dq=jalowiec,+murphy+powers&sig=_15mgwu4jyVwb9KjcUefYJ0tOlk#PPR7,M1> Acesso em: 20 set 2007.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 132-5. 2006.

BAJAY, H. M.; ARAÚJO, I. E. M. Validação e Confiabilidade de um Instrumento de Avaliação de Feridas. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 3, p.290-5, 2006.

BASTOS, R. D. S. **Atitude de enfermagem face às questões de esfera psíquica** – assistência à clientes com câncer. 186 p. 1986. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1986.

BATISTA, K. M. **Stress entre os enfermeiros de unidade de emergência**. 123p. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BATISTA, A. A.V, et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v, 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BAUK, D.A. Stress. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**. v. 13, n. 50, p. 28-36, abr/mai/jun. 1985.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. O “estado de alerta” dos trabalhadores de enfermagem de unidades críticas. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 115-168, 2002.

_____. **O sofrimento do trabalhador:** da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem. Florianópolis: [s. n.], 2001.

BELANCIERI, M. F.; BIANCO, M. H. B. C. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 1, p. 124-31, 2004.

BERGAMESCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p.277-82. 2001. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/rbc/>>. Acesso em: 10 set 2005.

BIANCHI, E. R. F. Stress, ansiedade e dor. **Saúde**, v. 32, n. 1, p. 35-38, 2006.

BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Rev Esc Enf USP**, v. 34, n.4, p. 390-4, dez. 2000.

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

BIANCHI, E. R. F. **Stress entre enfermeiros hospitalares**. 1999. 101f. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

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

BOLLER, E. **Enfrentamento do estresse no trabalho da enfermagem em emergência:** possibilidades e limites na implementação de estratégias gerenciais. 192 f. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa para 2008. Incidência de Câncer no Brasil. INCA. Brasília; 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index>>. Acesso em: 18 set 2008.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística:** princípio e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho e estresse. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 2, p. 232-240. Abr/Jun. 2008;

CAMPOS, M. L. P. ; DE MARTINO, M. M. F. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 4, p. 415-21, 2004.

CAMPOS, R. G. **Burnout:** uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CARVALHO, D. V.; LIMA, E.D.R.P. Sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Rev Nursing**, p. 31- 34, mar. 2001.

CARVALHO, M. V. B. **Cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer:** uma atitude fenomenológica. 179 f. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CATON, A. P.; KLEMM, P. Introduction of novice oncology nurses to end-of-life care. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 10, n. 5, p. 604-608, 2006.

CHACÓN, R. M.; GRAU, A. J. Burn out em enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. **Rev Cuba Oncol**, v. 13, n. 2, p. 118-25, 1997.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Paris: Inter Editions, 1989.

CORONETTI, A, et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos catarinenses de medicina**, v. 35, n. 4, p. 36-43. 2006.

COSTA, A. L. S. **Análise do stress nas situações de vida diária e do pré-operatório imediato de pacientes cirúrgicos urológicos.** 1997. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

EKEDAHL, M.; WENGSTRÖM, Y. Nurses in cancer care: Stress when encountering existential issues. **European Journal of Oncology Nursing**, 2007, 11: 228-237.

- FARIA, D. A. P.; MAIA, E.M.C. Ansiedade e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1131-1137, 2007.
- FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. A interferência da globalização na qualidade de vida no trabalho: a percepção dos trabalhadores de enfermagem. **Esc Ann Nery R. Enferm**, v. 8, n. 3, p. 386-92, 2004.
- FENGA, C. et al. Burnout and occupational stress in nurses. **Med Lav**. Italy, v. 98, n. 1, p. 55-63, jan/feb. 2007.
- FERNANDES, S. M. B. A.; MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 414-427, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>> Acesso em: 20 jun 2008.
- FERRAREZE, M. G. V.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 3, p.310-15, 2006.
- FERREIRA, F. G. **Desvendando o estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva**. 136 f. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- FERREIRA, L. R. C. **Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua relação com o cronótipo**. 164f. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- FERREIRA, M. A.; ALMEIDA FILHO, A. J. Fundamentos sobre o corpo e o cuidado. In.: SANTOS, I. et al. (Org.). **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções**. São Paulo, SP : Atheneu, 2001. cap. 15, p. 211-220.
- FISCHER, F. M, et al. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta, em profissionais da área de enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1261-1269, 2002.
- FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, A.L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 1997.
- GALDINO, J. M. S. **Ansiedade, depressão e coping em idosos**. 2000. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- GAMBATTO, R.; CARLI, F. C.; GUARIENTI, R. F. et al. **Mecanismos de defesa utilizados por profissionais de saúde no tratamento de câncer de mama**. *Psicol. Am. Lat.* maio 2006, no.6, p.0-0. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 agosto 2008.
- GASPERI, P.; RADÜNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 1, 2006.

GATTI, Z, et al. Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela equipe de enfermagem. **Enfermería Global**, n. 5, p. 2-12, 2004.

GIRONDI, J. B. R. **Vivência da enfermeira enquanto cuidadora de um familiar com Diagnóstico de câncer**. 2004. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

GÓMEZ, M. N. N. et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. **Univ Psicol.**, v. 4, n. 1, p. 63-75, 2005.

GONZALES, R. M. B. Expressão de indicadores de (in)satisfação no trabalho por enfermeiras coordenadoras de área de um hospital universitário. **Cogitare enfermagem**, v. 3, n.1, p.105-9, jan.-jun. 1998.

GONZALES, R. M. B. **Sofrimento na práxis da enfermagem**: real ou deslocado em seu sentido? Florianópolis: [s. n.], 2001.

GRAU, R.; SALANOVA, M.; PEIRÓ, J. M. Moderator effects os self-efficacy on occupational stress. **Psychology ins Spain**, v. 5, n. 1, p. 63-74, 2001.

GUARINO, A.J. **Stress e capacitação de órgãos** - uma realidade vivenciada pelos enfermeiros. 2005. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GUERRER, F. J. L. **Estresse dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva no Brasil**. 2007. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica**. 2003. 182f. Tese (Doutorado Interunidades) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

_____. **Stress entre enfermeiros hospitalares**. (Relatório de Pesquisa) - Santa Maria: FAPERGS, 2006.

HAIR Jr, J. F. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAUTALA, K. T.; SAYLOR, C. R.; O' LEARY-KELLY, C. Nurses' perceptions of stress and support in the preceptor role. **Journal for nurses in staff development**, v. 23, n. 2, p. 64-70, 2007.

HINDS, P.S. et al. Testing the stress-response sequence model in paediatric nursing. **Journal of Advanced Nursing**, 1998, 28 (5): 1146 – 1157.

ISIKHAN, V.; COMEZ, T.; DANIS, M. Z. Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. **Eur J Oncol Nurs**. Scotland, v. 8, n. 3, p. 234-44, sep. 2004.

JALOWIEC, A. **Jalowiec coping scale (revised)**. Unpublished manuscript. University of Illinois, Chicago, 1987.

- JALOWIEC, A. **Psychometric results of the 1987 Jalowiec Coping Scale**. Loyola University, Chigaco, 1991.
- KENNEY, J. W.; BHATTACHARJEE, A. Interactive model of women's stressors personality traits and health problems. **Journal of Advanced Nursing**, n. 32, v. 1, p. 249-258, 2000.
- KITZE, S.; RODRIGUES, A. B. Burnout em Oncologia: um estudo com profissionais de Enfermagem. **Einstein**, n. 6, v. 2, p. 128-33, 2008.
- LARSSON, K. **Quality of life and coping ulcerative colitis and Crohn's disease**. 2007. 71f. Tesis (Social Sciences) - Faculty of Social Sciences, Uppsala University, Uppsala, 2007. Disponível em: <http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_uu_diva-8277-2__fulltext.pdf>. Acesso em: 13 out 2007.
- LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 18, n.2, p.133-44, 1997.
- LAUTERT, L.; CHAVES, E.H.B.; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Rev Panam Salud Pub**, v.6, n.6, p. 415-25, dez.1999.
- LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.
- LIMA, E. D. R. P. **Estresse ocupacional e a enfermagem de centro cirúrgico**. 133 f. 1997. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.
- LIPP, M. E. N. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papyrus, 1996.
- MALAGRIS, L. E. N.; FIORITO, A. C. C. Avaliação do nível de stress de técnicos da área da saúde. **Estudos de psicologia**, v. 23, n. 3, p. 391-398. 2006.
- MARTINS, M.C.A. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. **Millenium online Rev do IPV**, n. 28, out. 2003. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium28/default.htm>>. Acesso em: 10 out. 2006.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. The measurement of experienced burnout. **J Occup Beh**, v. 2, p. 99-113, 1981.
- MASSARONI, L. **Estresse dos profissionais da equipe de enfermagem no Centro Cirúrgico: estudo de suas representações sociais**. 200 f. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- MCVICAR, A. Workplace stress in nursing: a literature review. **Journal of advanced nursing**, v. 44, n. 6, p. 633-642, 2005.

MEDLAND, H.; HOWARD-RUBEN, J.; WHITAKER, E. Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace. **Oncol Nurs Fórum**. United State, v. 31, n. 1, p. 47-54, jan/feb. 2004.

MEIRELLES, N. F. **Estresse ocupacional e o centro cirúrgico oncológico no contexto da enfermagem**. 173 f. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

MEIRELES, N. F.; ZEITUNE, R. C. Satisfação no trabalho e fatores de stress da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. **Esc Ann Nery R. Enferm**, v.7, n. 1, p. 78-88, 2003.

MENDES, I.A.C. Convivendo e enfrentado situações de stress profissional. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.9, n.2, mar./abr. 2001.

MENZANI, G. **Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em Pronto Socorro. Stress e capacitação de órgãos**. 2006. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MENZIES, I. E. P. Nurses under stress. **Int Nurs Rev**, v. 7, n. 6, p. 9-16, 1960.

MIMURA, C.; GRIFFITHS, P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the profession: na evidence based literatura review. **Occup Environ Med**, v. 60, p. 10-15, 2002.

MIRANDA, A. F. **Estresse ocupacional: inimigo invisível do enfermeiro?** 157 f. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MOLINA, O. F. **Estresse no cotidiano**. Santa Cecília: Pancast Editora, 1996.

MOLINIER, P. Psicodinâmica do Trabalho e relações sociais de sexo: um itinerário interdisciplinar. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 14-26, 2004.

MOREIRA, M. C. N. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Rev Latino-am. Enfermagem**, v. 7, n.1, p. 55-65, 1999.

MOURA, H. B. O.; BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T. (2005). Saúde mental dos que lidam com a saúde: os indicadores de Goldberg. In.: BORGES, L. O. (Org.). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo (p. 247-258).

MUROFUSE, N. T., ABRANCHES, S. S., NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005 março-abril; 13(2):255-61.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 20, n. 1, p. 39-47, 2004.

OLIVEIRA, E. **Saúde mental das enfermeiras que cuidam da paciente com câncer de mama.** 129 f. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

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

PAFARO, R.C. **Estudo de estresse do enfermeiro com dupla-jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas.** 98f. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Impacto dos valores laborais e da interferência família-trabalho no estresse ocupacional. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 21, n. 2, p. 173-180, 2005.

PEREIRA, M. E. M. S. M.; ARAÚJO, T. C. C. F. Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. **Psico**, v. 37, n. 1, p. 37-45, 2006.

PESSUTO, J. **Mecanismos de coping utilizados por pacientes portadores de hipertensão arterial.** 330f. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

PINHEIRO, C. P. O, et al. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 733-738, 2008.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 377-85, 2007.

PINHO, L. S, et al. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n.1, p. 154-165, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1a12.htm>>.

PRIETO, G.; MUÑIZ, J. **Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España.** Disponível em: <<http://www.cop.es/tests/modelo.htm>>. Acesso em: 4 dez. 2000.

QUATTRIN, R. et al. Level of burnout among nurses working in oncology in a italian region. **Oncology Nursing Forum**. 2006, 33 (4): 815-820.

ROCHA, M. C. P. **Estresse e o ciclo de vigília-sono do enfermeiro que atua em diferentes setores do ambiente hospitalar.** 2008. 215f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas . Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

RODRIGUES, A. B. **Burn out e estilos de coping em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos.** 143f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2006.

RODRIGUES, A. B; CHAVES, E. C. Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 24-28, 2008.

- SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H.; RUIZ, E. M. Saúde e trabalho: uma abordagem do processo e jornada de trabalho. In: CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. (organizadores). **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995; 65-84.
- SANGIULIANO, Lourdes Aparecida. **Stress na atuação dos enfermeiros em um hospital privado e as conseqüências no seu estado de saúde**. 111 f. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- SELYE, H. **Stress: a tensão da vida**. São Paulo: IBRASA, 1959
- SIQUEIRA, M. M.; WATANABE, F. S.; VENTOLA, A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. **Rev Latino-am. Enfermagem**, v. 3, n. 1, p. 45-57, 1995.
- SMET, P. et al. Gender and regional differences in perceived job stress across Europe. **European journal of public health**, v. 15, n. 5, 536-545, 2005.
- SMITH, J. **Understanding stress and coping**. New York: Macmillan Publishing Company, 1993.
- SOUZA, J. N. **Estresse e coping em idosos com Doença de Alzheimer**. 158 f. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- SPÍNDOLA, T. Mulher, mãe e...trabalhadora de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 34, n. 4, p. 354-61, 2000.
- STACCIARINI, J. M. R. **Estresse ocupacional, estilos de pensamento e coping na satisfação, mal-estar físico e psicológico em enfermeiros**. 1999. 169f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 1999.
- STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B.T. Instrumento para mensurar o stress ocupacional: inventário de stress em enfermeiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.8, n.6, dez. 2001b.
- TESCK, E. C. B. **Convivência contínua com estresse - vida e trabalho de enfermeiros nas UTIs**. 110f. 1982. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.
- TOKER, S, et al. The association between burnout, depression, anxiety and inflammation biomarkers: c- reactive protein and fibrinogen in men and women. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 10, n. 4, p. 344-62, 2005.
- VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A, K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama, **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 311-6, 2007.
- VIEIRA, R. J. S.; GOMES, R.; TRAJANO, A.J.B. Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sócio-cultural. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 101-10, 2005. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/rbc/>>. Acesso em: 10 set 2005.

VITALIANO, et al. Raw versus relative scores in the assesment of coping strategies. **Journal of behavioral medicine**, v.10, n.1, p. 1-18, 1987.

WALDOW, V. R. **O cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra, 1998.

APÊNDICES



APÊNDICE A

INSTRUMENTO N.º 01 – FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE ATIVIDADES DIÁRIAS EM UNIDADE TOCGINECOLÓGICA

Parte 01 - Dados de Identificação:

1. Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino
2. Estado civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado/companheiro
	<input type="checkbox"/> Separado/divorciado	<input type="checkbox"/> Viúvo
3. Idade:		
4. Tem filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos?
5. Tempo de serviço no HUSM:		
6. Tempo de serviço na atual unidade:		
7. Cargo ou função que desempenha atualmente :		
	<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem	
	<input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem	
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro - Se enfermeiro , marque:	
	<input type="checkbox"/> Coordenador	
	<input type="checkbox"/> Chefe	
	<input type="checkbox"/> Assistencial	
8. Turno que trabalha com maior frequência	<input type="checkbox"/> manhã (7-13h)	<input type="checkbox"/> tarde (13-19h)
	<input type="checkbox"/> noite (19-7h)	<input type="checkbox"/> outro _____
9. Curso de graduação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual (is)?		
10. Tempo de formado		
11. Curso de Pós-Graduação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual(is)?		
12. Você escolheu trabalhar na Unidade Tocoginecológica? Por quê?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13. Você recebeu treinamento para atuar na Unidade Tocoginecológica?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14. Possui outra atividade profissional?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual a área de atuação?		

Parte 02 – Estressores na atuação da equipe de enfermagem:

Você encontrará listadas abaixo 48 situações comuns à atuação do enfermeiro e/ou equipe de enfermagem hospitalar no cuidado à mulher com câncer de mama (CaM). Leia atentamente cada uma e, levando em consideração se, para você, é ou não problema, se traz ansiedade ou não, e aplica-se ou não à sua atividade profissional, marque na escala ao lado.

A escala possui cinco níveis correspondendo o n.º 1 “*pouco desgastante*”, o n.º 2 quando for entre pouco e médio desgaste, o n.º 3 quando a situação for de “*médio desgaste*” para você, o n.º 4 quando for entre médio e muito desgastante e n.º 5 quando for “*muito desgastante*”.

Quando você julgar que a situação não se aplica às suas atividades, deverá ser assinalado o “0”.

0	1	2	3	4	5
não se aplica “não faço”	pouco desgastante		médio desgaste		muito desgaste

1) Ambiente em geral	0	1	2	3	4	5
2) Falta de espaço adequado	0	1	2	3	4	5
3) Ruídos dos equipamentos	0	1	2	3	4	5
4) Odores desagradáveis	0	1	2	3	4	5
5) Funcionamento de equipamentos	0	1	2	3	4	5
6) Reposição de material de consumo	0	1	2	3	4	5
7) Reposição de material mediante encaminhamento de solicitação ao almoxarifado	0	1	2	3	4	5
8) Reposição de material mediante encaminhamento de solicitação ao almoxarifado CME	0	1	2	3	4	5
9) Previsão de material	0	1	2	3	4	5
10) Controle de materiais e equipamentos	0	1	2	3	4	5
11) Coordenar atividades na Unidade Tocoginecológica	0	1	2	3	4	5
12) Admitir a paciente com câncer de mama na unidade	0	1	2	3	4	5
13) Fazer o exame físico na paciente com CaM	0	1	2	3	4	5
14) Prescrever/realizar cuidados de enfermagem	0	1	2	3	4	5
15) Avaliar a paciente	0	1	2	3	4	5
16) Fazer a evolução da paciente	0	1	2	3	4	5
17) Cuidar da paciente com CaM	0	1	2	3	4	5
18) Prestar cuidados de enfermagem com tempo mínimo	0	1	2	3	4	5
19) Relacionar-se com os familiares da paciente com CaM	0	1	2	3	4	5
20) Relacionar-se com a equipe multidisciplinar	0	1	2	3	4	5
21) Relacionar-se com a equipe de centro cirúrgico	0	1	2	3	4	5
22) Relacionar-se com o grupo de apoio à mulher com CaM	0	1	2	3	4	5
23) Relacionar-se com o Ambulatório de Ginecologia	0	1	2	3	4	5
24) Relacionar-se com a Sala de Recuperação Anestésica	0	1	2	3	4	5
25) Relacionar-se com a coordenação da unidade	0	1	2	3	4	5
26) Relacionar-se com o serviço social	0	1	2	3	4	5
27) Relacionar-se com o serviço administrativo	0	1	2	3	4	5
28) Relacionar-se com a chefia de enfermagem	0	1	2	3	4	5
29) Relacionar-se com a equipe médica	0	1	2	3	4	5

30) Relacionar-se com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de outros serviços	0	1	2	3	4	5
31) Estar exposto repetidamente ao sofrimento de pacientes/familiares	0	1	2	3	4	5
32) Lidar com a angústia da paciente	0	1	2	3	4	5
33) Lidar com a angústia dos familiares	0	1	2	3	4	5
34) Lidar com o binômio vida-morte	0	1	2	3	4	5
35) Continuar preocupada mesmo após o término do plantão	0	1	2	3	4	5
36) Ser um membro da equipe responsável pelo cuidado da paciente com CaM	0	1	2	3	4	5
37) Trabalhar com sobrecarga de atividades	0	1	2	3	4	5
38) Trabalhar com equipe insuficiente	0	1	2	3	4	5
39) Realizar/participar de educação em serviço	0	1	2	3	4	5
40) Habilidade para o cuidado da paciente com CaM	0	1	2	3	4	5
41) Falta de treinamento para o trabalho	0	1	2	3	4	5
42) Receio de cometer erros	0	1	2	3	4	5
43) Realizar reuniões de estudos com a equipe	0	1	2	3	4	5
44) Lidar com sentimentos enquanto mulher cuidadora de mulher com CaM	0	1	2	3	4	5
45) Orientar a paciente para o autocuidado	0	1	2	3	4	5
46) Orientar para a alta	0	1	2	3	4	5
47) Relacionamento com o serviço de segurança e portaria	0	1	2	3	4	5
48) Conviver com a piora do quadro clínico da paciente com CaM	0	1	2	3	4	5

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento livre e esclarecido para a pesquisa

Título do Projeto: Stress e coping da equipe de enfermagem no cuidado da paciente com câncer de mama.

Pesquisador Responsável: Prof.^a Dr.^a Laura de Azevedo Guido

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: 3220-8263

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste formulário de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este formulário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar da pesquisa.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Identificar os estressores entre a equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica do HUSM, no cuidado pré e pós-operatório da paciente cirúrgica de câncer de mama, bem como os estilos de coping utilizados pela referida equipe.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste formulário, respondendo às perguntas formuladas.

Benefícios. Esta pesquisa não representa benefício direto para você. Contudo, permitirá conhecer o impacto do stress e se as estratégias de coping utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado da paciente com câncer de mama estão sendo efetivas no enfrentamento dos estressores (benefício indireto). Sendo que o stress no trabalho pode desencadear alterações na saúde do trabalhador, os resultados deste estudo permitirão propor programas de intervenção que visem à qualidade de vida desses profissionais no espaço de trabalho.

Riscos. O preenchimento deste formulário não representará qualquer risco a priori. Contudo não se pode prever o que um questionário ou entrevista possa provocar em você como: reflexões e sentimentos.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em momento algum, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Cabe destacar que os questionários desta pesquisa serão armazenados pelo coordenados durante cinco anos. Após este período, serão incinerados.

Assinatura do sujeito pesquisado

Carteira de Identidade n.º: _____

Assinatura do Pesquisador

Santa Maria, ___ de _____ 2008.

Profª Drª Laura Guido de Azevedo
Telefone: 55 3220-8263
Profª Substituta Mda. Rafaela Andolhe
Telefone: 55 3217-0033
e-mail: rafaela.andolhe@bol.com.br



Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM
Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Campus Universitário - 97105-900 - Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

ANEXOS



ANEXO A

Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Stress e coping de enfermagem no cuidado da mulher com câncer de mama.

Número do processo: 23081.016744/2007-73

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0184.0.243.000-07

Pesquisador Responsável: Laura de Azevedo Guido


Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2009 **Relatório final**

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 10/12/2007

Santa Maria, 10 de dezembro de 2007.


Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM
Registro CONEP N. 243.

ANEXO B**INSTRUMENTO N.º 02 : INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING DE JALOWIEC**

Leia, atentamente, cada item abaixo e marque um “X” nas questões que você acredita que se relacionam com o que você fez/faz para enfrentar a situação de stress provocada pela doença:

1. () Preocupa-se com o problema.
2. () Tem esperança de que as coisas melhorem.
3. () Come ou fuma mais que o habitual.
4. () Reflete sobre diferentes modos de lidar com a situação.
5. () Tenta convencer-se de que as coisas poderiam ser piores.
6. () Exercita-se ou faz qualquer atividade física.
7. () Tenta afastar o problema por um tempo.
8. () “Enlouquece” e perde a energia.
9. () Espera que o pior aconteça.
10. () Tenta tirar o problema da mente e pensar em outra coisa.
11. () Conversa sobre o problema com familiares ou com amigos.
12. () Aceita a situação porque pouco pode ser feito.
13. () Tenta ver o problema objetivamente em todos os ângulos.
14. () Sonha com uma vida melhor.
15. () Conversa sobre o problema com profissionais tais como: médico, enfermeira, professor, consultor.
16. () Tenta manter a situação sob controle.
17. () Reza ou põe sua confiança em Deus.
18. () Tenta sair da situação.
19. () Guarda seus sentimentos para si própria.
20. () Culpa qualquer outra pessoa pelo problema.
21. () Espera para ver o que acontecerá.
22. () Deseja ficar só para refletir sobre as coisas.
23. () Resigna-se com a situação porque as coisas parecem sem esperança.
24. () Descarrega suas tensões sobre alguém.
25. () Tenta mudar a situação.
26. () Usa técnicas de relaxamento.
27. () Tenta descobrir mais sobre o problema.
28. () Dorme mais do que o habitual.
29. () Tenta lidar com as coisas uma de cada vez.
30. () Tenta manter a vida o mais normal possível e não deixa o problema interferir.
31. () Pensa sobre como lidou com outros problemas no passado.
32. () Tenta não preocupar-se porque tudo, provavelmente, terminará bem.
33. () Tenta resolver um compromisso.
34. () Toma um aperitivo para se sentir melhor.
35. () Deixa o tempo cuidar do problema.
36. () Tenta distrair-se fazendo algo que lhe dá prazer.
37. () Convence-se de que é capaz de superar qualquer coisa, independente da dificuldade.
38. () Realiza um plano de ação.
39. () Tenta manter o senso de humor.

40. () Adia para enfrentar o problema.
41. () Tenta manter os sentimentos sob controle.
42. () Conversa sobre o problema com pessoas que têm estado em situações semelhantes.
43. () Elabora mentalmente o que deve ser feito.
44. () Tenta manter-se ocupado.
45. () Aprende algo novo para lidar com o problema.
46. () Faz algo impulsivo ou arriscado que não faria usualmente.
47. () Pensa sobre as boas coisas de sua vida.
48. () Tenta ignorar ou evitar o problema.
49. () Compara-se com outras pessoas que estão na mesma situação.
50. () Tenta pensar positivamente.
51. () Culpa-se por estar nessa situação.
52. () Prefere resolver as coisas por si mesmo.
53. () Toma medicação para diminuir a tensão.
54. () Tenta ver o lado bom da situação.
55. () Tenta convencer-se de que o problema não é tão importante.
56. () Evita ficar com pessoas.
57. () Tenta aperfeiçoar-se de algum modo para lidar melhor com a situação.
58. () Deseja que o problema desapareça.
59. () Depende de outras pessoas para obtenção de ajuda.
60. () Tenta convencer-se de que apenas está tendo má sorte.