



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**SAÚDE OCUPACIONAL EM ONCOLOGIA:
UM ESTUDO SOBRE ESTRESSE, ENFRENTAMENTO E RESILIÊNCIA**

PAOLA MARIA LEON PERES BROCCHI

Brasília, julho de 2017



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

SAÚDE OCUPACIONAL EM ONCOLOGIA:
UM ESTUDO SOBRE ESTRESSE, ENFRENTAMENTO E RESILIÊNCIA

PAOLA MARIA LEON PERES BROCCHI

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, linha de pesquisa Psicologia da Saúde e Processos Clínicos.

ORIENTADORA: Profa. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Brasília, julho de 2017



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Presidente
Departamento de Psicologia Clínica - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto
Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Goiás
Escola de Ciências Sociais e da Saúde - Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profa. Dra. Luiza de Marilac Meireles Barbosa
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior
Departamento de Psicologia Clínica - Universidade de Brasília

Brasília, julho de 2017

*Dedico este estudo
Ao Eduardo, gratidão e amor, sempre.
Aos meus amados filhos, Giovanna e Raphael,
pelo incentivo e amor sempre dedicado.
Aos queridos, Jaqueline e Beto, pela presença e amor.
À minha neta, pelo novo sentido dado à minha vida.*

Agradecimentos

A Deus que permitiu que eu fosse “forjada a ferro e fogo”, gratidão por ter me tornado resiliente.

À minha orientadora, Profa. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo, pela paciência e condução segura nesta jornada. É uma honra receber seu estímulo.

Aos membros da banca, Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto, Profa. Dra. Luiza de Marilac Meireles Barbosa e Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior, pela disponibilidade e importantes contribuições.

Às queridas colegas Maira, Helena, Juliana, Denise, gratidão pelo socorro e conhecimento partilhado.

A todos que trabalham em Oncologia, com quem convivi ao longo dos anos, pela inspiração.

Aos participantes que depositaram confiança no meu trabalho e compartilharam sua individualidade, tornando possível este estudo.

A meus pacientes, que me incentivaram com um sorriso no coração, mesmo em minhas ausências.

Às minhas queridas amigas Andréa, Nadya, Gisa, Grazi que foram meu sustento tantas vezes.

Ao Yuri, cujo conhecimento e disponibilidade me ajudaram na análise estatística.

RESUMO

Alguns estudos em saúde têm demonstrado interesse em compreender a realidade dos trabalhadores e suas adversidades no exercício diário em serviços de alta complexidade. Em Oncologia, numerosos são os estressores com repercussões nocivas para a equipe de saúde: gravidade clínica e morte dos pacientes; dificuldades de relacionamento dos trabalhadores com familiares de pacientes; sobrecarga de trabalho; e conflitos institucionais. Neste contexto, realizou-se uma investigação com o objetivo geral de avaliar estresse, enfrentamento e resiliência entre médicos, enfermeiros e técnicos que atuam em Oncologia. Participaram da Primeira Etapa, 65 profissionais. Para coleta de dados, realizou-se um *survey online* composto por: Questionário Sociodemográfico e Ocupacional; *Job Stress Scale* - versão resumida; Inventário de Estratégias de *Coping*; e Escala de Resiliência, de Wagnild e Young. As informações obtidas foram submetidas à análise estatística descritiva e inferencial. Em uma Segunda Etapa, desenvolveu-se um grupo focal *online* com seis participantes da etapa precedente, sendo quatro enfermeiros e dois técnicos. Os relatos obtidos foram submetidos à análise de conteúdo temática. A caracterização sociodemográfica indicou que a maioria foi do sexo feminino, procedente do Distrito Federal, tem entre 20 e 50 anos, e vive com um parceiro. A estatística descritiva demonstrou sobrecarga de trabalho, o que foi atestado pela explanação do grupo focal. Mais de um terço presta quatro plantões por mês e mais da metade comunica-se com os pacientes fora do expediente. Por meio da *Job Stress Scale* apurou-se que 50% dos trabalhadores têm risco de experimentar estresse por situação laboral passiva e de alto desgaste. Analisando-se as categorias profissionais, ficou evidente que de enfermeiros e técnicos têm baixo controle dos processos de trabalho e constatou-se percepção de baixo apoio social, o que sugere risco de adoecimento. Estes dados foram confirmados pela narração do grupo focal. As estratégias de enfrentamento mais mencionadas pelas três categorias profissionais foram: resolução de problema, reavaliação positiva e suporte social. A estratégia resolução de problema, não foi destacada nas narrativas. A maioria dos respondentes mostrou escores satisfatórios de resiliência, também verificado na discussão grupal. Contudo, 16,12% manifestaram níveis reduzidos, o que implica em alerta para a saúde ocupacional, tendo em vista o atual contexto de mudanças nas relações de trabalho. Apoio social correlacionou-se negativamente com demanda psicológica e positivamente com resiliência, confirmando seu papel como moderador das exigências laborais e fator proteção no trabalho. Apoio social teve relação positiva e evitação, negativa, com controle. Constatou-se diferença estatisticamente significativa em relação ao controle do processo de trabalho entre médicos e técnicos de saúde. Foi possível identificar que a estratégia fuga-esquiva apresentou correlação negativa com a resiliência. A estratégia de resolução de problema teve correlação positiva com a resiliência. A exposição contínua à morte e à dor foram destacadas como fontes de estresse na narração do grupo focal. A organização e a equipe foram indicadas como importantes para saúde ocupacional. O enfrentamento religioso/espiritual e o lazer foram valorizados pelo grupo. Recomendam-se mais estudos sobre a temática, no intuito de subsidiar programas institucionais destinados à promoção da saúde ocupacional e, conseqüentemente, da qualidade assistencial.

Palavras-chave: saúde ocupacional, estresse psicológico, enfrentamento, resiliência psicológica, trabalhador de saúde

ABSTRACT

Some health studies have shown interest in understanding the adversities of workers of high complexity services in daily exercise. The performance in Oncology implies innumerable stressors with harmful repercussions to the health team, such as: patient's clinical severity and death; relationship difficulties between workers and patient's relatives; work-overload; and institutional conflicts. The present study aimed to evaluate stress, *coping* and resilience among Oncology physicians, nurses and technicians. 65 professionals participated in the first stage. For data collection, an online *survey* was prepared composed by: Sociodemographic and Occupational Questionnaire; Job Stress Scale - short version; *Coping Strategies*' Inventory; and Resilience Scale by Wagnild and Young. The data were submitted to statistical and inferential analysis. In the second stage, an online focus group was developed with six participants from the previous stage, four nurses and two technicians. The reports were submitted to the thematic content analysis. The sociodemographic characterization indicated that the majority was female, coming from the Federal District, between 20 and 50 years old, and living with a partner. The descriptive statistics showed overwork, which was attested by the reports of the focus group. More than one-third was on duty four times a month and more than half communicate with patients out of work. Through the Job Stress Scale, it was found that 50% of workers are at risk of experiencing stress due to passive job and high job strain situations. Analyzing the professional categories, it was evident that nurses and technicians have low control of the work processes and have perceived low social support, which suggests risk of becoming ill. These data were confirmed by the focus group. The most mentioned *coping* strategies by the three professional categories were: 'Problem Solving', 'Positive Reappraisal' and 'Social Support'. The 'Problem Solving' strategy was not identified in the narratives. Most respondents showed satisfactory resilience scores, which was found in the group discussion. However, 16.12% showed reduced levels, which implies an alert to occupational health, given the current work environment changes. Social support correlated negatively to psychological demand and positively to resilience, confirming its role as labor demands' moderator and work's protection factor. Social support had positive correlation and avoidance had negative correlation with control. A statistically significant difference was observed regarding work process control between physicians and health technicians. It was possible to identify that escape-avoidance strategy presented a negative correlation with resilience. Problem solving strategy had a positive correlation with resilience. Continuous exposure to death and pain were highlighted as sources of stress by the focal group. Organization and teamwork were indicated as important for occupational health. Religious/spiritual *coping* and leisure were valued by the group. Further studies on the subject are recommended to subsidize institutional programs for the promotion of occupational health and, consequently, of the quality of care.

Key words: occupational health, psychological stress, *coping*, psychological resilience, professional health

SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE TABELAS	x
LISTA DE FIGURAS	xii
LISTA DE QUADROS	13
INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 - DESAFIOS DO TRABALHO EM ONCOLOGIA: UM PANORAMA SOBRE ESTRESSE OCUPACIONAL.....	26
1.1. Estresse Ocupacional no Campo da Saúde: Uma Breve Delimitação.....	26
1.2. Estresse na Atuação em Oncologia: Especificidades de uma Área.....	31
CAPÍTULO 2 - ENFRENTAMENTO E RESILIÊNCIA:.....	40
APORTES PARA SAÚDE OCUPACIONAL EM ONCOLOGIA	40
2.1. Enfrentamento: Recursos para Atuação em Oncologia.....	40
2.2. Resiliência: Perspectivas para o Trabalho em Saúde e Oncologia.....	49
CAPÍTULO 3 - DELINEAMENTO DA PESQUISA DE CAMPO	59
3.1. Objetivos.....	59
3.2. Aspectos Éticos	60
3.3. Escolha do Método	60
3.4. Participantes	60
3.5. Primeira Etapa: Survey Online	61
3.5.1. Divulgação da pesquisa	61
3.5.2. Instrumentos	62
3.5.3. Estudo piloto do survey online	64
3.5.4. Procedimentos de coleta de dados	64
3.5.5. Procedimentos para análise de dados	65
3.6. Segunda Etapa: Grupo Focal Online	68
3.6.1. Participantes	68
3.6.2. Procedimentos de coleta de dados	69
3.6.3. Procedimentos para análise de dados	70

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
4.1. Primeira Etapa - E-Survey	71
4.1.1. Dados Descritivos.....	71
4.1.2. Dados comparativos e correlacionais	91
4.2. Segunda Etapa: Grupo Focal Online	97
4.3. Síntese dos Resultados	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	119
ANEXOS	140
Anexo 1	141
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Survey Online.....	141
Anexo 2	142
Instrumentos	142
Anexo 3	149
Convite para Participação em Grupo Focal.....	149
Anexo 4	150
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Grupo Focal	150
Anexo 5	151
Questões Norteadoras para o Grupo Focal	151

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes por categoria profissional da Primeira Etapa do estudo ($N = 65$)	72
Tabela 2. Renda mensal por categoria profissional de participantes da Primeira Etapa ($N = 65$)	74
Tabela 3. Dados ocupacionais por categoria profissional ($N = 65$)	74
Tabela 4. Tempo de trabalho de cada categoria profissional na área da saúde ($N = 65$)	75
Tabela 5. Comunicação com pacientes fora do horário de expediente ($N = 65$)	78
Tabela 6. Fatores da Job Stress Scale: Demanda Psicológica, Controle (Discernimento Intelectual e Autoridade sobre Decisões) e Apoio Social.....	80
Tabela 7. Dimensões do Modelo Demanda-Controle-Apoio Social de Karasek por categoria profissional.....	81
Tabela 8. Dimensões do Modelo Demanda-Controle de Karasek: alto desgaste, baixo desgaste, passivo e ativo ($N = 64$)	82
Tabela 9. Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> por fatores: mediana, média, desvio padrão e escores mínimo e máximo.....	85
Tabela 10. Fatores do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> por categoria profissional.....	85
Tabela 11. Escala de Resiliência– escores, mediana, média e desvio padrão.....	89
Tabela 12. Correlação entre os fatores do <i>Job Stress Scale</i> , Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> e Escala de Resiliência	95
Tabela 13. Regressão dos três fatores: JSSApoioSocial, IECResoluçãodeProblema, IECFuga-Esquiwa para medir o impacto na Resiliência.....	93
Tabela 14. Teste ANOVA	94

Tabela 15. Correlações par-a-par: teste de <i>Spearman</i> para análise do fator de maior impacto em relação à variável resiliência.....	96
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Processamento de Estresse e <i>Coping</i> (Lazarus & Folkman, 1984.....	43
Figura 2. Distribuição dos trabalhadores por Estado de procedência ($N = 65$)	73
Figura 3. Distribuição dos participantes por área de formação profissional ($N = 65$)	76
Figura 4. Distribuição dos respondentes por área de exercício profissional ($N = 65$)	77
Figura 5. Distribuição do total de trabalhadores por local de trabalho ($N = 65$)	77
Figura 6. Meios de comunicação com outros profissionais ($N = 65$)	78
Figura 7. Meios de comunicação com pacientes ($N = 65$)	79
Figura 8. Modelo Demanda-Controle de Karasek por categoria profissional ($N = 65$)	84
Figura 9. Escores de resiliência por categoria profissional.....	90
Figura 10. Teste de Kruskal-Wallis: Identificação de diferença entre as categorias Técnico de Saúde e Médico em relação à variável ‘controle’	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estratégias de <i>Coping</i> mais e menos utilizadas por fator.....	86
Quadro 2. Categorização do grupo focal <i>online</i>	97

INTRODUÇÃO

O relacionamento do homem com seu labor e com ele mesmo tem passado por transformações complexas e sofisticadas com impacto no processo do exercício profissional, contribuindo para que os indivíduos sejam polivalentes e capazes de realizar uma multiplicidade de atividades (Ribeiro, Martins, Marziale, & Robazzi, 2012). A reestruturação produtiva que provoca profundas transformações na economia, na política e na cultura, como consequência, exige novas formas de organização da gestão do trabalho, que gera fragilidade na relação entre saúde e ocupação profissional (Torres, Chagas, Moreira, Barreto, & Rodrigues, 2011).

O trabalho tratado como elemento relevante dos processos de identidade e subjetividade, criador de sentidos, função psíquica na constituição do sujeito e de sua rede de significados, abarca um conjunto de atividades que integraliza valores, intencionalidades, comportamentos e representações, fator preponderante para o avanço da cultura humana, que possibilita ao indivíduo crescimento, transformação e reconhecimento. Porém, no mundo contemporâneo, expressivas são as alterações relativas à sua organização e gestão, essa entendida como um processo que intervém no modo de viver dos trabalhadores, bem como os avanços para compreensão sobre seus efeitos na saúde do empregado. As constantes mudanças impostas aos indivíduos podem gerar problemas como insegurança, insatisfação, desinteresse e irritação, ou seja, agravos à saúde que repercutem diretamente no cotidiano do trabalhador, provocando processos de vulnerabilidade (Barros & Honório, 2015; Bezerra, Silva, & Ramos, 2012; Koo et al., 2013; Melo, Silva, Novais, & Mendes, 2013; Torres et al., 2011).

As demandas provenientes das novas formas de organização do trabalho estão presentes nas realidades ocupacionais e na área da saúde não poderia ser diferente. No trabalho em saúde, o sofrimento psíquico é uma realidade que se faz presente entre os profissionais, pois, às

mudanças na relação com os pacientes acrescentam-se aquelas relativas às novas tecnologias de diagnóstico e tratamento, ao aumento da expectativa de vida, ao crescimento demográfico e à oferta cada vez maior de profissionais no mercado. Há uma prevalência de agentes estressores neste contexto. O estresse ocupacional, devido ao grande impacto que tem causado na economia e aos prejuízos para os sistemas de saúde nas últimas quatro décadas, tem atraído atenção da gestão pública, em consequência do custo relativo ao absenteísmo e danos ocupacionais (Barros & Honório, 2015; Koo et al., 2013).

Alertados por esses fatos, muitos sistemas de saúde passam por reformulação em sua organização, principalmente no que se refere aos serviços de Oncologia. Alterações no tratamento do câncer incluem o aumento da complexidade dos casos e das opções de intervenção disponíveis, bem como a maior circulação das informações que *empodera* os pacientes. Ao mesmo tempo acontecem reestruturações e redução de despesas, afetando os serviços e aumentando a carga de trabalho para a equipe de saúde (Barros & Honório, 2015; Sehlen et al., 2009; Nogueira-Martins, 2012a).

O câncer é uma doença que afeta um número crescente de pessoas. Para o Brasil, no biênio 2016-2017, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) do Ministério da Saúde (2015), a estimativa é de 600 mil novos casos. As neoplasias configuram um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento. O documento *World Cancer Report 2014* da *International Agency for Research on Cancer* (IARC) da Organização Mundial de Saúde, projeta 20 milhões de novos casos de câncer no mundo até 2025.

No País, as neoplasias constituem um importante problema de saúde pública, conforme os seguintes aspectos epidemiológicos: 1) incidência crescente em nível mundial e no contexto nacional, ou seja, a cada ano é maior o risco de casos novos de câncer para cada 100.000

habitantes; 2) a segunda causa de morte no Brasil: 209.780 óbitos, em 2015 (dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) do DATASUS, Ministério da Saúde).

Apesar das pesquisas sistemáticas que subsidiam melhorias para o bem-estar do paciente e até mesmo a cura do câncer, o diagnóstico continua a ter um efeito devastador e, ainda hoje, carrega um estigma repleto de representações negativas. Mesmo com o aumento notável de sobrevivência dos pacientes oncológicos, persiste a associação entre câncer, morte e finitude. Ansiedade e depressão são características associadas a esse tipo de adoecimento, desde a etapa diagnóstica até o período de sobrevivência, fase em que problemas emocionais complexos relacionados a questões físicas, psicológicas, sociais e espirituais fazem parte das vivências deste processo. Doentes são sensíveis e desejam apoio, proteção, segurança e intervenção perfeita e eficaz, porém são desejos nem sempre possíveis de serem atendidos. Assim que recebem um diagnóstico, procuram no cuidador profissional esperança, orientação e respostas (Abernethy & Grubbs, 2014; Balbay, Işikhan, Balbay, Annakkaya, & Arbak, 2011; Campos, 2005; Cunha & Rumen, 2008; Figueiredo & Bifulco, 2008; Fitzgerald, Miller, Li & Rodin, 2015; Gobatto & Araujo, 2013; Greer, MacDonald & Traeger, 2015; Holland & Wiesel, 2015; Li, Hales & Rodin, 2015).

Não é surpreendente que, muitas vezes, a equipe de saúde se impute a necessidade de resgatar este paciente, o que pode gerar: sentimentos de fracasso e frustração, quando a doença progride; sentimento de impotência contra a doença e as perdas associadas; luto; e desejo de evitar esses pacientes para escapar de tais sentimentos (Meier, Black & Morrison, 2001; Vachon & Butow, 2015). Esta constatação não é recente. Nos anos 1950, Michael e Enid Balint iniciaram seus primeiros trabalhos com grupos de médicos, na Inglaterra, com o propósito de ajudá-los a lidarem, de maneira mais eficiente, com as necessidades dos pacientes por meio da compreensão de seu envolvimento pessoal e melhora da habilidade de comunicação. Eles passaram a descrever os aspectos subjetivos relativos ao paciente, bem como das pessoas que

interagem no processo de atendimento, sublinhando os aspectos da transferência evidenciados pelo paciente e, os aspectos contratransferenciais que o médico pode reconhecer em si (Balint, 1986; Brandt, 2009; Bar-Sela, Lulav-Grinwald, & Mitnik, 2012; Roy, Vanheule, & Inslegers, 2014). Se as dificuldades não forem reconhecidas e enfrentadas, o profissional torna-se vulnerável ao distanciamento do outro e de si mesmo e ao adoecimento físico e/ou emocional (Araujo & Negromonte, 2010; Silva & Ayres, 2010; Vachon & Butow, 2015).

O adoecimento ocupacional é evidente em todas as categorias profissionais, contudo, algumas profissões apresentam uma diversidade maior de estressores, como os profissionais de saúde, com destaque especial para os da Oncologia (Cano & Moré, 2016; Sousa, 2014; Vachon & Butow, 2015).

Ressalta-se que o estresse ocupacional surge quando o trabalhador busca responder a demandas psicológicas no ambiente de trabalho que ultrapassam as possibilidades de adaptação individual e social. A complexidade dos tratamentos em um campo profissional que evolui muito rapidamente, associado ao suporte emocional e de informações necessário para paciente e sua família, faz da Oncologia um ofício gratificante e com muito sentido, porém um dos de maior exigência e estresse da área da saúde. O estresse físico e psicológico de forma crônica e prolongada – experimentado especialmente pelas equipes de Oncologia – demanda destes profissionais energia suficiente para confrontar os desafios e não adoecer. O custo de trabalhar com este emaranhado emocional constante pode levar a um alto nível de estresse que, se não tratado, pode evoluir para um quadro de *burnout* – um estado psicológico de exaustão relacionado ao trabalho (Alacacioglu, Yavuzsen, Diroz, Oztop, & Yilmaz, 2008; Balbay et al., 2011; Sousa, & Araujo, 2015; Vachon & Butow, 2015).

De acordo com Maslach e Leiter (2016), *burnout* é uma síndrome psicológica que emerge como uma resposta prolongada a estressores interpessoais crônicos no trabalho, o que coloca a experiência individual do estresse em um contexto social, envolvendo a concepção de

si mesmo e de outros. Muitos estudos têm se dedicado à compreensão e ao manejo clínico de estresse e *burnout* entre profissionais de saúde (Carlotto & Câmara, 2008; Sousa & Araujo, 2015; Tironi et al., 2009; Trindade, Lautert, Beck, Amestoy, & Pires, 2010; Vachon & Butow, 2015). A conclusão é que o nível de insatisfação, estresse e *burnout* no trabalho é alto entre os profissionais de saúde, tendo como possível consequência uma deterioração de sua qualidade de vida e do serviço prestado (Decat, 2008; Deckard, 1994; Karasek, 1979; Ruotsalainen, Serra, & Verbeek, 2006; Sousa & Araujo, 2015).

As pesquisas em Oncologia têm descrito uma variedade de estressores como responsável pelo aumento desse risco de adoecimento, dentre os quais: gravidade do estado clínico dos pacientes; aumento das expectativas dos usuários; precariedade da qualidade assistencial; incapacidade de ter o controle dos resultados; sentimento de desamparo devido à morte dos pacientes; dificuldades relacionais dos profissionais com familiares; condições de trabalho insatisfatórias; baixo salário e oportunidades; e conflitos organizacionais (Balbay et al., 2011; Marine et al., 2006; Sousa & Araujo, 2015; Vachon & Butow, 2015). Relatos de casos de alcoolismo, suicídio, dependência de remédios, depressão, chamam a atenção para a necessidade de cuidar do sofrimento dos trabalhadores em saúde (Campos, 2005; Carvalho, 2014; Emold, Shneider, Meller, & Yagil, 2011; Franco, 2014; Nogueira-Martins, 1989, 2012a; Pitta, 1994; Silva & Ayres, 2010; Sousa & Araujo, 2015).

Apesar de ser uma conduta necessária a uma intervenção clínica adequada, um distanciamento proposital estabelecido pelo profissional de saúde em relação ao paciente, relega a emoção ao descrédito e à desvalia. Não há oportunidade de conhecimento sobre si e sobre o outro, o que põe em risco a própria atuação profissional e sua interação com as outras pessoas envolvidas (Liberato & Carvalho, 2008). O sofrimento do profissional paralisa o psiquismo do sujeito e se estende às suas interações. Fatores de proteção podem minimizar as consequências nocivas de algumas experiências adversas, ou mesmo, neutralizar fatores de

risco, que limitam a probabilidade de superação (Lima & Araujo, 2012; Sousa & Araujo, 2015; Vera, 2012).

Como pode ser observado, existem diversos riscos tanto para o profissional e seus pacientes, como para a instituição, caso não sejam desenvolvidas estratégias de enfrentamento adequadas para lidar com tantas imposições. Pesquisas têm sido desenvolvidas para compreender melhor as estratégias de enfrentamento utilizadas para diminuir a vulnerabilidade dos profissionais de saúde perante os estressores em Oncologia (Cano & Moré, 2016; Holland & Wiesel, 2015; Jones, Fellows, & Horne, 2011; Moraes et al., 2016; Paula Junior & Zanini, 2011; Sousa & Araujo, 2015).

Consoante Carvalho (2014), o trabalhador da saúde, no enfrentamento das demandas no seu desempenho profissional, deverá estar habilitado a lidar com as emoções, suas e daqueles com quem terá que conviver. É possível aprender a lidar com as emoções, e não apenas tentar eliminá-las (Silva & Ayres, 2010). Para tal, é necessário que aprenda a enfrentar as dores que não é autorizado a sentir e se permita sair da solidão diante do enfrentamento do sofrer de seu paciente com o qual se acostumou a conviver (Franco, citado em Silva & Ayres, 2010).

As relações no contexto hospitalar caracterizam-se por uma multiplicidade de implicações profissionais e pessoais (Franco, 2014), nas quais o vínculo entre o profissional e o paciente reescreve histórias de relações afetivas anteriores significativas. Na visão de Pichon-Rivière (1995), o vínculo é social e por meio desta relação repete-se uma história de vínculos determinados em tempo e em espaço. Na prática clínica, o vínculo se estrutura com a empatia pelo paciente e a transferência do paciente, afirmam Liberato e Carvalho (2008).

Sabe-se que a prevalência de estresse e *burnout* entre médicos, enfermeiros e técnicos tem sido largamente documentada, sendo, portanto, necessário que eles contem com estratégias pessoais eficientes para identificar e gerenciar este risco crescente, pois quando estes

profissionais são resilientes, tornam-se menos vulneráveis e, conseqüentemente, melhor preparados para estar disponíveis para o cuidado no *continuum* do processo do câncer (Grafton & Coyne, 2012; Sousa & Araujo, 2015; Vachon & Butow, 2015; Vera, 2012).

Ressalte-se que o Comitê de Acreditação *The Joint Committee on Accreditation*, nos Estados Unidos, incluiu a necessidade mandatória de que os hospitais tenham um programa direcionado ao bem-estar de médicos, separado dos processos disciplinares, em um esforço para identificar os fatores que levam ao estresse. Tão importante quanto as intervenções em saúde ocupacional promovidas pelas instituições é a responsabilidade pessoal de cada trabalhador de saúde de se engajar nestes programas (Vachon & Butow, 2015).

A Saúde do Trabalhador (ST), como área de Saúde Pública, refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença, tendo como objetivo o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, incluindo a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrentes dos processos de trabalho (Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS do Ministério da Saúde). Questões que envolvem a saúde no trabalho são abordadas por diversas vertentes, entre elas a saúde ocupacional. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a principal finalidade da saúde ocupacional consiste na promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social de trabalhadores em todas ocupações por meio de prevenção, controle de riscos e adaptação do trabalho às pessoas e das pessoas ao trabalho (Pereira, 2014). A saúde ocupacional busca apreender o sentido das relações entre trabalho e saúde-doença em uma evolução de um foco quase exclusivo sobre o ambiente físico de trabalho para a inclusão de fatores psicossociais e de práticas de saúde individual. Ela surgiu com características de multi e interdisciplinaridade, sendo considerada hoje como um ramo da saúde ambiental que preza direta ou indiretamente pela saúde do trabalhador, com destaque para o estresse causado pelo trabalho ou pelas relações laborais. O ambiente de trabalho está sendo cada vez mais usado

como um espaço para promoção de saúde e para atividades preventivas de saúde – não só para evitar doenças e acidentes de trabalho. O trabalho da OMS em saúde ocupacional é regulado pelo Plano Global de Ação para a Saúde dos Trabalhadores 2008-2017, endossado pela Assembleia de Saúde Mundial em 2007 (OMS, 2010).

No Brasil, a Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no SUS, que deve ser entendida como o instrumento definidor da atuação do Sistema Único de Saúde no campo da Saúde do Trabalhador. Como garantia da integralidade da atenção, esta Política assume os referenciais da promoção e da proteção da saúde, da vigilância das condições, dos ambientes, dos produtos e dos processos de trabalho, da vigilância epidemiológica dos agravos à saúde deles decorrentes e da articulação das ações de cuidado individual (diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação) às ações coletivas (Portaria do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, nº 1.823, 2012). Em seu art. 6º, ela define:

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre:

I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores;

II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e

III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais.

Parágrafo único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a

complexidade das relações trabalho-saúde. (Portaria do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, nº 1.823, de 23 de agosto de 2012)

Uma das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS), de 2016 a 2019 é assegurar que 100% das regiões de saúde do país com cobertura de, pelo menos, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Criado a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) têm o papel de prover auxílio técnico especializado para o conjunto de ações e serviços da rede SUS, juntamente com as áreas técnicas de Saúde do Trabalhador, nos âmbitos estaduais e municipais de saúde (Portaria do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, nº 1679, de 19 de setembro de 2002). Deve garantir as funções de suporte técnico, de educação permanente, de assessoria ou coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência (Plano Nacional de Saúde, Ministério da Saúde).

A Psicologia da Saúde Organizacional tem por objetivo intervir em questões de segurança e saúde ocupacional, estresse, fatores de risco e intervenções organizacionais, programas de assistência ao trabalhador e práticas em saúde pública (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH, 2013). A Psicologia da Saúde Ocupacional, enquanto um ramo aplicado da Psicologia Social, tem como objetivo promover um ambiente de trabalho de crescimento, valorização, respeito às individualidades e desenvolvimento de potencialidades. O mais recente evento internacional deste nicho, até a realização deste trabalho, a *11th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology*, em 2014, *Looking at the past – planning for the future: Capitalizing on OHP multidisciplinary*, estabeleceu a visão multidisciplinar deste campo de pesquisa e estudo (Carlotto & Micheletto, 2014).

Nas últimas décadas, no Brasil, uma multiplicidade de temas envolve pesquisas em Psico-Oncologia: *distress*, estresse, ansiedade, depressão, manejo da dor, espiritualidade,

qualidade de vida, adesão ao tratamento, estratégias de enfrentamento, fatores de risco e proteção, e resiliência (Decat & Araujo, 2010; Lima & Araujo, 2012; Negromonte & Araujo, 2011; Sousa & Araujo, 2015). O resultado dessas pesquisas tem auxiliado a reduzir distorções, julgamentos e informações contraditórios, contribuindo para um desempenho mais efetivo e bem-estar das equipes de saúde (Decat & Araujo, 2010).

A estreita relação com pacientes e seus familiares gera um vínculo de confiança e dependência que pode levar a um desgaste emocional do profissional de saúde devido ao envolvimento deste com a fragilidade humana existente no fenômeno do adoecer. Uma revisão emocional constante, em um confronto com suas próprias experiências, é exigida do sujeito que trabalha em Oncologia, área de saúde na qual o senso de responsabilidade pela vida dos pacientes, a luta contra a morte inevitável e as perdas relacionadas ao tratamento desencadeiam conteúdos subjetivos singulares.

O interesse pela temática foi construído ao longo da trajetória da pesquisadora desde a sua Graduação, quando começou o exercício profissional como psicóloga em um Hospital Público, referência em Oncologia na região Norte do País, e aonde permaneceu por dois anos. Tempos depois, a pesquisadora passou a desenvolver um programa de intervenção em uma clínica privada especializada em Brasília, Distrito Federal. Desde então, além de vivenciar o dia-a-dia de pacientes e familiares durante os atendimentos ambulatoriais, os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos e nas etapas de internação, acompanhou os desafios impostos aos profissionais dessas instituições.

Em síntese, o percurso como profissional de saúde nessa área, suscitou vários questionamentos associados ao bem-estar daqueles que integram as equipes de cuidados no setor:

- Quais as percepções e as vivências dos trabalhadores que atuam em Oncologia?
- Quais as fontes de estresse ocupacional?

- Quais as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes desta pesquisa?
- Ocorrem influências entre fontes de estresse e modalidades de enfrentamento? Quais e de que modo?
- Os trabalhadores do setor de Oncologia são resilientes? Quais indicadores ou situações apontam capacidade de resiliência?
- Existem diferenças ou semelhanças entre diversas categorias de trabalhadores (por exemplo: médicos, enfermeiros e técnicos) da Oncologia quanto a: percepção da atuação, estresse, enfrentamento e resiliência?
- Quais parâmetros devem ser considerados para elaboração e aplicação de programas de apoio para trabalhadores da Oncologia?

Então, do ponto de vista profissional, essa dissertação visou melhor conhecer aspectos de serviços especializados com o intuito de favorecer, inclusive, aprimoramentos da qualidade assistencial.

Do ponto de vista científico, a investigação focalizou variáveis do contexto de trabalho vinculadas a modelos teórico-conceituais amplamente abordados na literatura especializada. Em outros termos, esta pesquisa se insere no conjunto de estudos do Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano (LABSAUDES) da Universidade de Brasília. Notadamente, em Psico-Oncologia, pretende-se contribuir para a compreensão do estresse, enfrentamento e resiliência dessa amostra.

Do ponto de vista social, espera-se a continuidade das reflexões atinentes à construção e à implementação de políticas e programas de promoção de resiliência que visem a Saúde Ocupacional em Oncologia.

Em suma, esta Dissertação está organizada em quatro capítulos. No primeiro capítulo, far-se-á uma breve discussão sobre os desafios do trabalho em saúde e, mais especificamente, em Oncologia. Em seguida, discorre-se sobre os modelos teóricos sobre estresse e sobre os

estressores ocupacionais, dando enfoque aos existentes em Oncologia. No segundo capítulo, serão abordados o conceito de enfrentamento e as estratégias utilizadas por trabalhadores em saúde e Oncologia. Nele, também será discutida a resiliência, com a apresentação de um breve histórico da criação desse construto e de como ele tem sido utilizado nas investigações em saúde ocupacional, principalmente em Oncologia. O terceiro capítulo exibe o delineamento da pesquisa de campo, do qual fazem parte os objetivos, os aspectos éticos adotados e a metodologia. Os resultados quantitativos e qualitativos serão apresentados no quarto capítulo. Será realizada a discussão sobre os dados obtidos nas duas etapas da pesquisa, fundamentados na literatura, destacando-se a relação entre as variáveis estudadas e sua influência na saúde ocupacional. Por último, serão apresentadas as considerações finais referentes ao estudo realizado, contemplando-se os desafios e as limitações da pesquisa.

CAPÍTULO 1 - DESAFIOS DO TRABALHO EM ONCOLOGIA: UM PANORAMA SOBRE ESTRESSE OCUPACIONAL

Este capítulo tem como finalidade apresentar um panorama sobre as demandas do trabalho em Oncologia. Os desafios encontrados pelos trabalhadores e os estressores ocupacionais desta área do campo da saúde são delimitados e discutidos. O primeiro subcapítulo discorre sobre os conceitos sobre estresse ocupacional no campo da saúde e apresenta alguns estudos. O segundo subcapítulo desenvolve o conceito de estresse ocupacional mais especificamente no campo da Oncologia, fundamentado em pesquisas recentes sobre o assunto.

1.1. Estresse Ocupacional no Campo da Saúde: Uma Breve Delimitação

O termo estresse, conforme proposto pelo endocrinologista Hans Selye, em 1956, indicava uma ruptura no equilíbrio interno do organismo causada por um estado de tensão patogênico, em que a demanda ultrapassa a capacidade adaptativa do indivíduo. O endocrinologista propôs o modelo da Síndrome Geral de Adaptação, na qual o estresse é visto em três fases distintas: alarme, resistência e exaustão. Cada fase é marcada por sinais e sintomas específicos que a caracterizam e também demonstram seus mecanismos pessoais de enfrentamento. O estágio de alerta pode ser considerado a fase boa do estresse, pois gera vigor e deixa o indivíduo pronto para despende grande quantidade de energia. Caso a causa do estresse desapareça, o processo termina sem sequelas, porém, se o estressor continuar, a pessoa entra no estágio de resistência (na qual tenta resistir ao estresse).

Fazendo uma retrospectiva histórica, foi a partir do século XIV que o termo estresse passou a ser utilizado em situações nas quais existem desafio, adversidade ou aflição. Em 1936, Hans Selye publicou o primeiro trabalho sobre o estresse na visão médica [*A syndrome*

produced by diverse noxious agents. (Nature, 1936)], quando estudou as respostas do organismo diante de situações que evocam tensão. Nesse estudo, ele discorre sobre respostas endocrinológicas que são ativadas como resposta à ação de estímulos nocivos que afetam o estado de equilíbrio orgânico. Em 1950, Selye apresenta o modelo biológico do estresse, no qual o processo é apresentado como consequência a uma condição interna do organismo. Para ele, o estresse é uma resposta orgânica inespecífica frente a uma demanda que altere o estado de homeostase (Faro & Pereira, 2013; Negromonte, 2010). As doenças adaptativas surgem, então, em virtude de duas condições: ou o estressor supera a capacidade adaptativa individual ou atinge vulnerabilidades predisposicionais na estrutura do organismo (Selye, 1954 em Faro & Pereira, 2013).

Consentindo com a necessidade de ampliar o conceito, o próprio Selye indicou a investigação sobre particularidades da resposta ao estresse e o aprofundamento sobre as características dos estressores (Faro & Pereira, 2013).

Levando-se em conta que a percepção do mundo e a significação subjetiva são fatores importantes para o estudo do estresse, pesquisadores foram além de perspectivas baseadas no estímulo-resposta, ampliando a pesquisa com a inclusão da avaliação cognitiva (Lazarus, 1973 em Faro & Pereira, 2013; Lazarus, 2000). Passaram a ser estudadas as diferenças individuais, pois indivíduos expostos a estressores similares, diferem enquanto resposta e, também, apesar de sofrerem a ação de diferentes tipos de estressores, são constatadas respostas semelhantes (Seabra, 2008; Faro & Pereira, 2013).

São encontradas várias definições de estresse na literatura, não existindo um consenso que satisfaça todos os pesquisadores, mas para psicologia da saúde, o estresse pode ser entendido como um processo relacional no qual os estímulos internos e externos provocam excitação emocional, e esta é percebida e avaliada como desafio, ameaça ou possível dano à

saúde, tendo como consequência a uma resposta adaptativa ou ao adoecimento (Negromonte, 2010; Faro & Pereira, 2013; Straub, 2014; Umann, Silva, Benetti & Guido, 2013).

Nos estudos recentes, o estresse é um fenômeno psicossocial, no qual o componente biológico do estresse, que não pode ser controlado pelo indivíduo, sofre também a influência das funções cognitivas e emocionais (Lazarus, 2000; Lazarus & Folkman, 1984). Para o modelo cognitivo ou transacional do estresse, apenas quando um estímulo é percebido como um fator de ameaça, desafio, dano ou prejuízo, respostas ligadas ao estresse são desencadeadas (Lazarus & Folkman, 1984). Quando a percepção das experiências ultrapassa a capacidade do indivíduo lidar com a situação, surge o estresse (Lazarus & Folkman, 1984), ou seja, é um conceito associado aos de capacidade de adaptação e mudança.

Para Lazarus (1993), em um processo de interação, são feitas avaliações sucessivas do estressor e do próprio desfecho do estresse, em que surgem mecanismos adaptativos e o indivíduo encontra novos estados de ajustamento ao estressor e, na sequência, altera a relação entre a percepção e a reação do estresse, num *continuum* até que seja extinto o estímulo estressor. A capacidade de resposta a um estressor depende de aprendizado prévio.

Com a evolução das pesquisas, complexas proposições teóricas trouxeram recursos psicológicos e psicossociais às explicações sobre o estresse, com destaque para as estratégias de enfrentamento (*coping*), a percepção de controlabilidade, o suporte social, estresse ocupacional (Bolger & Amarel, 2007 e Schreurs & Ridder, 1997 em Faro e Pereira, 2013; Lazarus & Folkman, 1984; Santos & Santos, 2015; Vachon & Butow, 2015).

O estresse é um fenômeno complexo que pode ser entendido pelo desequilíbrio na relação entre a pessoa e o ambiente no que diz respeito a três elementos: recursos, efeitos e diferenças individuais. O estresse ocupacional é a reação emocional, cognitiva, comportamental e fisiológica a aspectos aversivos e nocivos do processo, do ambiente e da organização do trabalho e pode contribuir para resultados psicológicos e fisiológicos negativos.

É um processo multivariado ligado a características da personalidade, processos de enfrentamento e experiências positivas e negativas no trabalho (Iliceto et al., 2013; Ueno, Bobroff, & Martins, 2017).

Portanto, estresse ocupacional pode ser considerado como uma falta de adequação entre o indivíduo e o ambiente de trabalho, no qual agem como fatores de risco: fatores sociodemográficos, percepções subjetivas do ambiente de trabalho, e os processos de avaliação. Surge quando o trabalhador busca responder a demandas psicológicas no ambiente de trabalho que ultrapassam as possibilidades de adaptação individual e social (Iliceto et al., 2013; Sousa & Araujo, 2015). Sob o ponto de vista da relação entre os estressores e a saúde, a natureza e persistência dos estressores, bem como fatores biológicos individuais, recursos psicossociais e padrões de enfrentamento aprendidos influem nos resultados (Iliceto et al., 2013).

Na década de 1970, os estudos eram unidimensionais centrados principalmente nas demandas das tarefas ou na comparação entre demandas e capacidades do indivíduo no enfrentamento destas. Na análise, não era levado em consideração o controle do trabalhador sobre o processo de trabalho. A discussão sobre as limitações do enfoque unidimensional incentivou pesquisas nos quais o controle e demanda fossem abordados, concomitantemente, na experiência psicossocial no trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores. Nessa perspectiva, no final da década de 70, Robert Karasek propôs um modelo bidimensional, chamado Modelo Demanda-Controle (*Demand-Control Model* ou *Job Strain*) baseado na abordagem simultânea de dois aspectos psicossociais no ambiente de trabalho (demandas psicológicas e controle do trabalhador sobre o processo de trabalho) associados ao risco de adoecimento. Para avaliar esses aspectos Karasek elaborou um instrumento metodológico: o *Job Content Questionnaire - JCQ* (Araújo, Graça, & Araújo, 2003; Greco, Magnago, Prochnow, Beck, & Tavares, 2011; Tsai & Liu, 2012).

A demanda psicológica diz respeito às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta na realização das suas tarefas, o que inclui: pressão de tempo; nível de concentração requerida; interrupção das tarefas e inevitabilidade de se esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores. Relaciona-se ao volume de trabalho mental, à pressão organizacional para que as tarefas sejam completadas e às demandas em conflito (Araújo et al., 2003; Greco et al., 2011; Karasek, 1979; Tsai & Liu, 2012).

O controle abrange a autoridade decisória ou autonomia para tomada de decisões sobre seu próprio trabalho, a influência no grupo de trabalho e a influência na política gerencial. Outros aspectos considerados no controle são o uso de habilidades e o grau pelo qual o trabalho envolve aprendizagem de coisas novas, repetitividade, criatividade, tarefas variadas e o desenvolvimento de habilidades especiais individuais (Araújo et al., 2003; Greco et al., 2011; Karasek, 1979; Tsai & Liu, 2012).

De acordo com o modelo de Karasek, existem quatro tipos básicos de experiências psicossociais no ambiente de trabalho gerados pela combinação de alta e baixa demanda psicológica e alto e baixo controle. A avaliação verifica-se em duas dimensões, configurando-se em quatro situações específicas de trabalho que sugerem riscos diferenciados à saúde: alta exigência (alta demanda e baixo controle) são as reações mais adversas de desgaste psicológico; trabalho ativo (alta demanda psicológica e alto controle) permite ao trabalhador ter maior poder de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, bem como usar sua potencialidade intelectual com esta finalidade; trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo controle) diminui a aprendizagem de habilidades e a utilização da criatividade e baixa exigência (combina baixa demanda e alto controle) que se configura num estado confortável e, muitas vezes, próximo ao ideal de trabalho (Karasek, 1979).

Apesar da abrangência na aplicação do modelo, outra questão se apresentou, além da instância da organização: a existência de uma dimensão psicossocial, que não era tratada. Por

esta razão, foi sugerida a ampliação do modelo de Karasek, no qual incluiu-se uma terceira dimensão: a percepção de suporte social no trabalho, gerando o modelo Controle-Demanda-Suporte (CDS), que também equaciona a forma em que o apoio de colegas e superiores pode mediar/influenciar na relação demanda-controle. A integração social, a confiança no grupo, a ajuda na realização das tarefas por parte de colegas e superiores atuam como moderadoras dos efeitos do desgaste no trabalho sobre a saúde (Karasek & Theorell, 1990).

Em harmonia com os pressupostos deste modelo, o estresse ocupacional ocorre quando as demandas psicológicas são altas e o controle sobre o processo de trabalho é baixo. Um baixo grau de suporte social aumenta a possibilidade de resultados negativos para a saúde ocupacional (Araújo et al., 2003; Karasek, 1979; Tsai & Liu, 2012).

1.2. Estresse na Atuação em Oncologia: Especificidades de uma Área

O aumento do estresse em trabalhadores da saúde tem sido associado com sobrecarga de trabalho, falta de controle das tarefas, ambiguidade de papéis, conflito entre papéis no trabalho e na família, baixa satisfação, falta de recursos, pouco envolvimento nas tomadas de decisão, pressões de tempo e falta de suporte social no trabalho. A sobrecarga de trabalho pode ser suportada temporariamente se associada ao encorajamento ou reconhecimento profissional (Barros & Honório, 2015; Colombat et al., 2011; Fiabane, Giorgi, Sguazzin & Argentero, 2013; Sousa & Araujo, 2015; Theme Filha, Costa & Guillam, 2013; Tsai, Y. & Liu, S., 2012).

Como agravante, as consequências do estresse ocupacional não se restringem aos trabalhadores, mas afetam a qualidade do cuidado provido a pacientes e o bem-estar organizacional. Alguns dos principais efeitos do estresse no ambiente de trabalho são absenteísmo e *turnover* (termo utilizado na administração, mais especificamente na Gestão de Pessoas para designar a rotatividade de trabalhadores em uma organização), redução da

satisfação dos pacientes, aumento do risco de danos, erros diagnósticos e de tratamento (Fiabane, Giorgi, Sguazzin, & Argentero, 2013).

Em saúde são inúmeras as adversidades enfrentadas pelos profissionais. Uma pesquisa bibliográfica, realizada em 2011 (Greco et al., 2011), identificou que as características como proximidade com a morte, necessidade de controle rigoroso e alta qualificação tornam a atividade dos profissionais da saúde, principalmente os que atuam no cenário hospitalar, estressante.

Observa-se que o trabalho de enfermagem suscita sentimentos muito fortes e contraditórios: piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes; inveja do cuidado oferecido ao paciente. Os sentimentos complexos que os pacientes e familiares nutrem pelo hospital são, muitas vezes, expressos para os profissionais, o que contribui para sentirem-se confusos e angustiados: apreço, gratidão e afeição; respeito e consideração; uma comovente crença de que o hospital funciona; solidariedade e preocupação com os profissionais; por outro lado, ressentimento relacionado à sua dependência; má vontade para aceitação da disciplina imposta pelo tratamento e pela rotina hospitalar; inveja dos profissionais por sua saúde e competência; exigências excessivas (Nogueira-Martins, 2012b).

Outros problemas, como os relativos à deficiência quantitativa de pessoal, implicam em sobrecarga de atividades (Bezerra et al., 2012). Os profissionais são impulsionados a acumular funções, tendo, algumas vezes, de improvisar seu trabalho ou exercê-lo de forma incompleta e em ritmo acelerado. Em um estudo sobre os riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros (Barros & Honório, 2015), os dados revelaram que o contexto de trabalho é exaustivo pela escassez de tempo para a realização das atividades, pela inadequação das condições do ambiente físico.

Grande é o número de casos de atos suicidas, incapacitação para o exercício profissional e o uso de substâncias psicoativas no meio médico. O médico-paciente, frequentemente, nega sua condição de paciente, ocultando seus problemas de si mesmo e dos outros por medo da ameaça a seu direito à prática profissional e a sua autoestima (Nogueira-Martins, 2012a). Também, o médico tem medo de falar sobre a morte com seus pacientes e assustá-los ou fazê-los perder a esperança. É grande o investimento emocional e intelectual dispendido para abordar assuntos relativos a prognóstico e limitações. O médico que cuida de pacientes terminais precisa lidar com sua própria mortalidade, bem como com suas experiências anteriores com a morte e com perdas, e confrontar pesar e luto para evitar estresse. A maneira singular de cada médico, com sua estrutura psicológica, suas crenças existenciais e suas experiências com a morte, processar a morte de um paciente, leva-o a armazenar suas emoções não resolvidas do “último” encontro em um esforço para servir o próximo paciente. Porém, se o luto não for elaborado, o estresse o faz adoecer (Abernethy, 2012; Armstrong & Holland, 2004; Sanchez-Reilly et al., 2013; Sansone & Sansone, 2012; Shanafelt, Adjei, & Meyskens, 2003; Meier et al., 2001). Na visão de Shanafelt et al. (2003), a prática da medicina pode ser considerada uma tarefa espiritual já que os pacientes confiam suas vidas e, rotineiramente, o médico toma decisões que podem afetar o prolongamento ou a qualidade de suas vidas.

Em um estudo com profissionais de enfermagem (Theme Filha et al., 2013), foram apontados a insatisfação com o trabalho e o baixo apoio social como os fatores de maior exposição ao estresse ocupacional. Na pesquisa de Barros e Honório (2015), um dos aspectos citados foi o enfraquecimento das relações socioprofissionais em termos da falta de integração, comunicação e cooperação entre os profissionais.

Algumas questões têm consequências diretas no atendimento. Tsai e Liu (2012) identificaram que os enfermeiros, frequentemente, fazem horas extras e dormem poucas horas

e, por isso, podem apresentar dificuldade em ficar acordados quando em serviço, o que constitui um fator de risco para o desempenho profissional.

É importante ressaltar que para cada categoria profissional, sobressaem especificidades inerente ao seu trabalho. Um estudo que avaliou o estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde no manejo clínico da dor identificou que embora os indicadores relativos à percepção de demandas psicológicas tenham se apresentado igualmente altos para todos, verificaram-se diferenças entre controle e apoio social entre categorias da enfermagem. Os baixos escores médios alcançados pelos técnicos de enfermagem em controle podem ser compreendidos ao se considerar a forte hierarquia em serviços de saúde ainda existente, mesmo com estudos que demonstram as consequências nocivas desse modo de organização no trabalho. Os valores superiores em controle foram alcançados pelos enfermeiros que têm assegurada maior autonomia para decidir sua rotina e concentram grande parte das informações sobre o funcionamento do serviço e o quadro clínico dos pacientes, assumindo a coordenação administrativa dos serviços e a chefia da equipe de enfermagem (Negromonte & Araujo, 2011).

Diante de tantos desafios, devido ao estresse crônico com o qual o profissional de saúde tem que lidar, o seu bem-estar pode ser afetado por emoções não reconhecidas que podem levar ao *burnout*, *distress* moral e/ou fadiga de compaixão (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). *Distress* moral é definido como a incapacidade de agir de modo consistente com os valores pessoais e profissionais devido a constrangimento institucional ou externo. O impacto dessas síndromes pode ser severo e de grande alcance (Sanchez-Reilly et al., 2013).

A sintomatologia variada – habitualmente composta por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais – da síndrome de *burnout* caracteriza-se por um quadro disfuncional que se expressa no comportamento do profissional: fazer consultas rápidas, evitar pacientes (inclusive contato visual) e colocar rótulos depreciativos, por exemplo. O

profissional tende a criticar tudo a sua volta, ser frio e indiferente, tem pouca energia e dificuldade de ser empático (Nogueira-Martins, 2012a).

No caso da Oncologia, cada paciente, desde o momento do diagnóstico de câncer, está em crise. O profissional é testemunha de episódios frequentes e repetidos de sofrimento do paciente e sua família, trajetória em que não somente trata a doença, mas o alto nível de estresse e dor que acompanham o adoecimento. Isso sem mencionar a morte do paciente. Todo este estresse demanda tempo, energia e emoção dos profissionais que respondem com superação, alta exigência de performance pessoal, trabalho além do esperado e pouco lazer (Armstrong & Holland, 2004).

Em Oncologia, o estresse ocupacional é devido, em parte, à exposição contínua à tristeza e ao trauma dos pacientes, que afetam os profissionais de saúde de forma negativa. Os profissionais que trabalham com Oncologia são confrontados diariamente com a transcendência, o sofrimento, a incerteza e a mortalidade, e frequentemente sentem-se isolados com estes desafios e pensam que todas as dificuldades vão se resolver sozinhas, porém, logo se tornam estressados, tristes e isolados, sem se darem conta disso, podendo colocar seus pacientes em risco por um atendimento com qualidade abaixo do esperado. O estresse, a depressão e o *burnout* podem ter como consequência redução da produtividade, impacto à qualidade de vida do trabalhador e ao cuidado prestado aos pacientes atendidos nos serviços de saúde (Back, Deignan, & Potter, 2014; Nogueira-Martins, 2012b; Ribeiro et al. 20012; Sanchez-Reilly et al., 2013; Schmidt, 2013; Shanafelt et al., 2003; Sousa, 2014).

Segundo estudo realizado no Taiwan, o estresse ocupacional tem importante papel na depressão entre médicos, tendo como consequência o afastamento ou abandono do trabalho, levando a uma interferência que afeta as dimensões organizacionais e financeiras dos serviços de saúde (Wang et al., 2011). Outro estressor importante ligado ao trabalho em Oncologia é a impossibilidade recorrente de escolha da unidade de trabalho (Dougherty et al., 2009).

A atuação do enfermeiro exige o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos, bem como de habilidades específicas para qualificar a sua atuação profissional. O profissional precisa ter uma fase de adaptação ao processo de trabalho e de algum tipo de especialização em Oncologia para suprir a insuficiência do ensino de cancerologia na maioria dos cursos de Enfermagem (Umann, Silva, Benavente, & Guido, 2014).

Técnicos e enfermeiros costumam estabelecer um relacionamento próximo e seguro com os pacientes, muitas vezes exercendo o papel de conselheiros. Estes profissionais precisam cuidar de seu bem-estar emocional e psicológico, prevenindo sintomas de estresse e *burnout*, para garantir um bom atendimento aos pacientes (Dougherty et al., 2009; Koo et al., 2013; Sehlen et al., 2009). Para os técnicos em enfermagem, o estresse ocupacional pode ser relacionado a algumas variáveis singulares tais como: falta de treinamento, falta de experiência e de suporte profissional (Brom et al., 2016; Chen, Wang, Yang & Fan, 2016).

Em uma revisão de literatura clássica sobre estressores em Oncologia, Vachon (1998) escreve sobre o estresse ocupacional em profissionais que trabalham em Oncologia e identifica três fontes que continuam atuais: 1) pacientes e familiares - problemas de comunicação, identificação e pacientes/familiares com problemas de enfrentamento ou personalidade; 2) papel profissional - sobrecarga, ambiguidade, conflito, falta de controle; e 3) ambiente de trabalho - problemas de comunicação com a equipe e com outros profissionais, recursos inadequados e expectativas organizacionais não realistas.

Estudos em serviços de Oncologia e hematologia indicam que as causas do sofrimento dos profissionais de saúde podem ser agrupadas em quatro grandes categorias: ligadas ao indivíduo, suas características próprias e sua história de vida; ligadas à especialidade médica; ligadas à organização e carga de trabalho; e ligadas ao tipo de gestão do trabalho (Colombat et al., 2011; Sehlen et al., 2009). Quando consideradas causas relacionadas à organização ou ao tipo de gestão de saúde envolvida, a solução dos problemas que causam o desequilíbrio e

estresse ocupacional envolvidos é mais direta. Porém, quando o estressor identificado se refere às características pessoais dos trabalhadores, o sofrimento da equipe de Oncologia pode não ter solução imediata.

É interessante observar que, não obstante o fato de trabalhar em um ambiente oncológico expõe enfermeiros e técnicos a estressores específicos, como a morte e ao processo de morrer, além do sofrimento dos pacientes e a relação com os familiares tão difíceis, estes são moderadamente associados ao estresse emocional e profissional quando comparados à sobrecarga de trabalho e as dificuldades com outros profissionais, considerados causadores de maior estresse emocional e profissional (Borteyrou, Truchot, & Rasclé, 2014; Sehlen et al., 2009). Da mesma forma, um estudo sobre o estresse em enfermeiros em Unidade Hemato-Oncológica de um hospital universitário, constatou que os fatores intrínsecos ao trabalho representaram maior estresse para estes profissionais (Umann et al., 2013).

Alguns fatores ligados ao exercício da Oncologia destacados na literatura são: repetição de internações do paciente; modificação da imagem corporal do paciente pelos tratamentos; frequência dos sintomas físicos mal resolvidos; problemas éticos não discutidos; relacionamento difícil com familiares; e prognóstico dos pacientes (Colombat et al., 2011).

Dentre as causas do sofrimento de responsabilidade pessoal do trabalhador em saúde são incluídas: traços de personalidade tais como perfeccionismo, necessidade de ajudar e de exercer controle sobre os outros; história de vida com aspiração de trabalhar na saúde, tendo o ideal descolado da realidade existente na área; um luto marcante na história de vida pessoal. No caso dos médicos, eles não são ensinados a desacelerar nem são encorajados a mostrar sinais de cansaço e pesar. Muitos sentem-se culpados em não passar mais tempo com seus pacientes ou com os familiares deste ou mesmo por não poder tirar o paciente da situação adversa em que se encontra. Pode ser extremamente doloroso quando se identifica pessoalmente ou associa o paciente a um familiar que já morreu. Somando-se a estes fatores,

alguns aspectos pessoais também são estressantes como, por exemplo, o pouco tempo usufruído com a própria família (Armstrong & Holland, 2004; Nogueira-Martins, 2012a).

Pesquisas internacionais ao longo dos anos mostram que os profissionais em Oncologia sofrem mais de estresse e *burnout* que outros profissionais de saúde (Borteyrou, Truchot, & Rasclé, 2014; Eelen et al., 2014; Lyckholm, 2001). A pesquisa de Eelen et al. (2014) reforçou a necessidade de ação de prevenção e tratamento de sintomas de estresse e *burnout*, sugerindo que mais atenção deve ser dada aos indicadores iniciais da síndrome nos profissionais.

Conforme Shanafelt et al. (2014), os Estados Unidos deverão ter carência por oncologistas em 2020. Um dos possíveis fatores que podem contribuir para isso é a incompatibilidade entre as expectativas quando entram na carreira e a realidade de suas experiências profissionais. Oncologistas trabalham por longos períodos, supervisionam a administração de quimioterápicos e estão continuamente expostos à morte e ao sofrimento. Alguns cenários são desafiadores: dar notícias ruins; a resposta do paciente às notícias ruins; as transições dos tratamentos e a oferta do tratamento de cuidado paliativo; a revelação de um erro; medicina complementar e suplementar; espiritualidade; discussões de família e assuntos multiculturais. As relações médico-paciente, bem como as habilidades para comunicação, desempenham um importante papel para este profissional (Armstrong & Holland, 2004; Nogueira-Martins, 2012a).

A prática clínica em Oncologia tem se tornado cada vez mais complexa. Uma explosão de conhecimento, aumento de demandas e pacientes mudaram a prática clínica de muitos oncologistas. As barreiras de integração de enfermeiros e técnicos nas equipes de Oncologia precisam ser revistas. As projeções existentes do aumento do número de pacientes e diminuição do número de oncologistas têm mobilizado a sociedade na busca de soluções para não afetar o serviço prestado em Oncologia nos próximos anos (Kosty, Acheson, & Tetzlaff, 2015).

O reconhecimento dos sinais do adoecimento pode ajudar em ações para prevenção e/ou recuperação da saúde dos trabalhadores (Back et al., 2014). A maior atenção aos profissionais bem como ao ambiente profissional, para uma detecção e intervenção precoce, é imperativa (Wang et al., 2011).

CAPÍTULO 2 - ENFRENTAMENTO E RESILIÊNCIA: APORTES PARA SAÚDE OCUPACIONAL EM ONCOLOGIA

Este capítulo propõe uma breve discussão sobre enfrentamento e resiliência percebidos pelos trabalhadores em saúde e, notadamente, em Oncologia. No primeiro subcapítulo, são apresentados alguns estudos sobre enfrentamento em saúde e Oncologia. O segundo subcapítulo discute a evolução histórica do constructo da resiliência e conceitos relativos a ele, como fatores de risco e proteção, e sua inserção em projetos em Oncologia.

2.1. Enfrentamento: Recursos para Atuação em Oncologia

A cultura do estresse e de como lidar com ele tem se tornado quase uma obsessão nas últimas décadas. Seja na mídia, seja nas pesquisas científicas, muito tem sido dito sobre o estresse e o enfrentamento. A raiz desse interesse está na necessidade cada vez maior de saber como lidar com estresse do dia-a-dia e as mudanças socioculturais cada vez mais aceleradas. Lazarus e Folkman (1984) definem enfrentamento como esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais. É chamado de modelo transacional devido à interação constante do sujeito com o ambiente. A pesquisa sobre enfrentamento combina perspectivas ambientais e pessoais mostrando como indivíduos respondem e lidam com o estresse por meio de uma combinação de múltiplos fatores. Essa multideterminação do comportamento de enfrentamento permite adaptação e flexibilidade. As pessoas modificam seu comportamento para dar conta tanto das exigências ambientais, quanto das preferências pessoais. Chama-se de “*goodness-of-fit*” à adaptação psicossocial entre as demandas da situação e as capacidades do indivíduo. O quanto alguém consegue lidar com estresse depende em parte da “*goodness-of-fit*” (Aldwin, 2007; Negromonte, 2010).

No modelo de processamento de estresse e *coping*, na avaliação primária são incluídas avaliações de dano, ameaça ou desafio, que são influenciados pelas crenças, valores e comprometimentos da pessoa. Na avaliação secundária, o indivíduo aprecia o quanto consegue controlar ou mudar uma situação. Refere-se à análise das opções de enfrentamento, dos recursos físicos, psicológicos, materiais e espirituais da pessoa para o enfrentamento.

Juntas a avaliação primária e secundária determinam a extensão do quanto dano, ameaça, desafio, ou uma combinação deles, refere-se à situação, bem como a intensidade da emoção que acompanha essas avaliações. O processo de apreciação gera emoções: raiva ou tristeza, por exemplo, são associadas a interpretações de perda; ansiedade e medo, de ameaça; e, ansiedade misturada com excitação são associados a desafio. A qualificação pessoal do processo de avaliação explica porque um evento pode ter significados diferentes para indivíduos (Folkman, 2010; Folkman & Greer, 2000).

O processo de avaliação considera a constante apreciação da relação da pessoa com o meio ambiente. O processo de estresse começa quando o indivíduo percebe uma mudança no *status* de seus objetivos e interesses, por meio de uma avaliação do significado pessoal desta mudança, a chamada apreciação primária. Em seguida ocorre uma avaliação das opções de enfrentamento, a avaliação secundária. O processo de avaliação influencia o enfrentamento subsequente. O maior controle (avaliação secundária) está associado com maiores níveis de *coping* focado no problema, tais como: busca por informação; resolução de problema; e ação direta para resolver o problema. Menos controle está associado com níveis mais altos de *coping* focado na emoção, como: fuga; evitação; busca por suporte social; distanciamento. As pessoas variam seu estilo de enfrentamento de acordo com a intensidade de sua resposta emocional e de sua habilidade para regulá-la, as oportunidades inerentes a situação para a solução do problema e mudanças na relação pessoa ambiente (Folkman & Greer, 2000).

Os dados obtidos por uma pesquisa sobre estratégias de enfrentamento de oncologistas clínicos evidenciaram que não são contempladas, no período de formação, as demandas psicológicas exigidas no dia-a-dia, o que provoca um intenso desgaste emocional. As estratégias de enfrentamento, tanto as centradas no problema como na emoção, foram sendo construídas e incorporadas a partir da prática profissional (Cano & Moré, 2016). Ou seja, por meio da interação com as situações vividas. As estratégias de enfrentamento requerem esforço, seja consciente ou inconsciente, em sua tarefa de manejar afetos negativos e/ou situações estressantes, sejam temporárias ou crônicas (Aldwin, 2007).

É importante a promoção e manutenção do bem-estar por oncologistas por meio de planejamento de cuidado pessoal (Sanchez-Reilly et al., 2013). A Associação Médica Americana (American Medical Association/AMA) tem um Código de Ética Médica prevendo que os médicos têm a responsabilidade de manter sua saúde e bem-estar para preservar a qualidade de sua performance. Uma variedade de recursos é disponibilizada para proporcionar ajuda aos médicos na atenção à sua saúde, e mesmo assim, oncologistas continuam confusos, negligenciam ou adiam utilizar estratégias ativas para cuidar de si mesmos. A responsabilidade do cuidado consigo mesmo é do médico. Ao negligenciar este cuidado, pode contribuir para possíveis erros devido ao aparecimento de desinteresse pelo paciente, despersonalização e baixa qualidade no atendimento (Abernethy, 2012).

Mudanças no ambiente, que podem ou não estar relacionadas ao evento ou mudanças no indivíduo como resultado do processo do enfrentamento, dão continuidade na relação entre a pessoa e o ambiente. Quando os eventos chegam a uma conclusão, a avaliação do resultado pode ser favorável ou desfavorável. Um resultado favorável leva a uma avaliação benéfica, efeito positivo e à conclusão da atividade de enfrentamento. Porém, quando o resultado é insatisfatório, o processo de enfrentamento pode continuar com o *coping* baseado no sentido (Folkman & Greer, 2000).

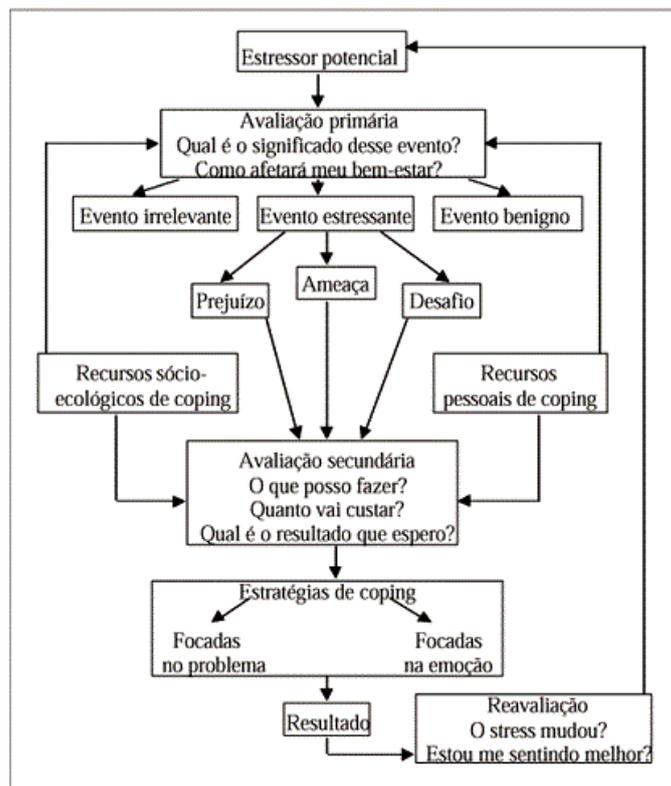


Figura 1. Modelo de Processamento de Estresse e *Coping* (Lazarus & Folkman, 1984).

A teoria do estresse e *coping* (Lazarus & Folkman, 1984), originalmente, propôs dois tipos de enfrentamento: o *coping* focado no problema, como um plano para resolver o problema que causa estresse utiliza estratégias como coletar informação e tomar decisão; e *coping* focado na emoção, em que para regular a emoção negativa, utiliza estratégias como distanciamento, procura por suporte social ou utiliza fuga-evitação (Figura 1). Algumas formas de enfrentamento podem funcionar ora como um *coping* focado no problema ora como focado na emoção (Folkman, 2010).

Como exemplo, o suporte social foi a terceira estratégia mais utilizada por enfermeiros de uma pesquisa sobre enfrentamento frente ao paciente oncológico pediátrico (Lages et al., 2011), com a busca por apoio com familiares, amigos e colegas profissionais. Ou seja, é uma estratégia que pode ser centrada na emoção, em caso de suporte emocional, ou no problema, na busca de suporte informativo.

O suporte social, *coping* focado no problema e *coping* religioso foram as estratégias mais utilizadas identificadas no estudo de Granek, Mazzotta, Tozer, e Krzyzanowska (2013) sobre as estratégias de enfrentamento de oncologistas clínicos diante da morte de pacientes. É interessante frisar que o suporte social inclui, além de buscar apoio com parceiros, família ou com o enfermeiro de confiança, também buscar o suporte com um colega de confiança, porém, é uma estratégia rara, pois é considerada um fator de risco (uma vulnerabilidade).

O terceiro tipo de enfrentamento é o focado no sentido, que regula as emoções positivas. O *coping* focado no sentido foi introduzido no modelo proposto por achados que demonstraram que as emoções positivas ocorrem em conjunto com as emoções negativas durante períodos de estresse intenso, incluindo, por exemplo, cuidado, luto e em pacientes com câncer perto de sua morte. Este tipo de enfrentamento ajuda a pessoa a renunciar a objetivos inalcançáveis e formular novos objetivos, trazendo significado para o que está acontecendo e avaliando os possíveis benefícios envolvidos. Ele gera afeto positivo, o que permite um “tempo” psicológico de descanso do estresse e motivação para dar sequência no processo de enfrentamento. Uma importante característica desse efeito positivo é que ele pode acontecer ao mesmo tempo que os efeitos negativos, talvez não no mesmo momento, mas certamente próximos um ao outro (Folkman & Greer, 2000).

Nas pesquisas com médicos e trabalhadores da enfermagem, o *coping* focado no sentido tem sido indicado como um dos primeiramente utilizados. Na pesquisa sobre estratégias de enfrentamento de oncologistas clínicos, a reavaliação de situações da sua *práxis* transforma a experiência em oportunidade para uma nova visão da especialidade, segundo a percepção dos médicos (Cano & Moré, 2016). A estratégia de reavaliação positiva foi indicada como uma das mais utilizadas por enfermeiros (Benetti et al., 2015; Lages et al., 2011; Moraes et al., 2016; Rodrigues & Chaves, 2008).

Estas emoções positivas têm importantes funções no processo de estresse, restaurando recursos para o enfrentamento, o que ajuda a transformar ameaças em desafios (avaliações), e motivando e sustentando os esforços de enfrentamento por todo período. As estratégias de *coping* focado no sentido diferem qualitativamente das estratégias focadas na emoção, como distanciamento que regula emoções negativas. As estratégias de *coping* focadas no sentido tiram partido de valores e crenças profundos sob a forma de estratégias como: revisão de objetivos, foco nas capacidades obtidas da experiência de vida e reordenação de prioridades (Folkman, 2010).

O modelo teórico cognitivo de estresse e *coping* de Lazarus e Folkman (1984) tem como centro dois processos: avaliação (*appraisal*) e enfrentamento (*coping*). A avaliação diz respeito ao significado pessoal de um evento e a adequação dos recursos de enfrentamento deste indivíduo. Essa avaliação influencia a emoção e o enfrentamento subsequente. O enfrentamento refere-se aos pensamentos e comportamentos que o indivíduo usa para regular o estresse (*coping* focado na emoção), e lidar com o problema que causa o estresse (*coping* focado no problema) e manter o bem-estar positivo (*coping* baseado no sentido). O enfrentamento influencia o resultado da situação bem como a avaliação dela pelo indivíduo (Folkman & Greer, 2000).

Importante ressaltar que reações emocionais involuntárias não devem ser consideradas estratégias de enfrentamento. No entanto expressar emoções (chorar, gritar com alguém) podem ser ou *coping* focado na emoção ou focado no problema ou focado em ambos, desde que tenham um propósito. Na realidade, os vários tipos de enfrentamento trabalham em paralelo como, por exemplo, a regulação da ansiedade (*coping* focado na emoção) permitirá a pessoa concentrar-se em uma tomada de decisão (*coping* focado no problema), o que a seu turno é influenciado por uma revisão de valores e objetivos subjacentes (*coping* focado no sentido). De preferência, existiria independência entre estes processos para permitir previsão.

No entanto, na realidade, é um sistema dinâmico de processos que interagem intensamente (Aldwin, 2007; Folkman, 2010; Folkman & Lazarus, 1985).

Folkman introduziu o estudo das emoções positivas no processo de estresse, não somente pela mera ausência de emoções de estresse. Houve a incorporação das repostas cognitivas e afetivas e as relações sociais no entendimento de como as pessoas se adaptam. Com seu estudo sobre enfrentamento e adaptação para HIV/AIDS, a autora ofereceu uma grande contribuição para o estudo da resiliência: tanto a vida quanto a morte trazem mais do que tristeza. Folkman relatou a ocorrência de emoções positivas mesmo para as pessoas muito doentes, emoções estas que permitiam a pessoa promover seu bem-estar e a melhora nas relações sociais. Isso mostra, de forma clara, que o afeto positivo, por “co-ocorrer” com o estresse, facilita e reforça a capacidade de enfrentamento e melhora os efeitos negativos das experiências estressantes (Zautra & Reich, 2011).

A estabilidade nos processos de avaliação e enfrentamento está associada com as características pessoais como temperamento, personalidade e história, ou com características estáveis no ambiente que podem criar estresse. Essas características pessoais podem influenciar positiva ou negativamente a habilidade de avaliação da situação, bem como a escolha da estratégia de enfrentamento apropriada e seu uso eficiente. Já a variabilidade nos processos relaciona-se às demandas e restrições da situação, incluindo o quanto a situação é controlável ou pode ser mudada, com os recursos disponíveis para o enfrentamento e outros objetivos e demandas de tempo ou recursos (Folkman & Greer, 2000). Outro modelo teórico de enfrentamento, o de Carver e Scheier (1994), afirma que o indivíduo desenvolve formas habituais de lidar com estresse e estes estilos de enfrentamento podem influenciar suas reações em novas situações. O estilo de *coping* é definido não em termos de preferência de um aspecto de enfrentamento, mas em termos de tendência a usar uma reação de enfrentamento em maior ou menor grau, frente a situações de estresse.

Entender o enfrentamento como um novo paradigma amplia o entendimento da adaptação psicossocial em três formas importantes. Primeiro enfatiza que as pessoas não são passivas às circunstâncias ambientais nem são guiadas somente pelo temperamento inato. Ao responderem de forma ativa às circunstâncias ambientais, indivíduos podem aprender a superar as diversidades. Não somente o indivíduo pode mudar a si mesmo como pode aprender a modificar o seu ambiente. Em segundo lugar, o enfrentamento como um comportamento aprendido implica em uma diminuição de preconceitos culturais, aumentando o reconhecimento de que qualquer indivíduo pode ter dificuldade de lidar com seus problemas. Em terceiro lugar, o constructo de enfrentamento é importante porque permite uma maior flexibilidade na adaptação psicossocial. Esta é a força do conceito de enfrentamento: sua flexibilidade, ou seja, a sua habilidade de responder tanto aos requerimentos da situação quanto às necessidades pessoais. Estratégias adaptativas são maleáveis. As pessoas podem aprender novas habilidades para que elas transcendam problemas difíceis (Aldwin, 2007; Folkman & Moskowitz, 2004).

O trabalho está associado à qualidade de vida providenciando suporte, sentido de inclusão social, identidade, status, possibilidade de desenvolvimento e aumento de confiança. O ambiente psicossocial do trabalho é geralmente considerado uma das questões mais importantes na sociedade contemporânea. Os riscos psicossociais caminham associados ao estresse ocupacional. Um ambiente psicossocial pobre no trabalho pode ter efeitos negativos para saúde, habilidades de trabalho e produtividade (Ilic, Arandjelovic, Jovanovic, & Nestic, 2017). Um estudo sobre os riscos psicossociais advindos do estresse ocupacional em enfermeiros e médicos de emergência na Sérvia (Ilic et al., 2017), identificou que as estratégias de enfrentamento focadas no problema utilizadas têm efeitos positivos sobre o estresse relacionado ao trabalho. Em outro estudo, os enfermeiros utilizam estratégias de enfrentamento

centradas no problema, consideradas mais efetivas para enfrentar os estressores (Umann et al., 2013).

No modelo de estratégias de enfrentamento transacionista, a forma como um indivíduo lida com um problema pode alterar seu ambiente, afetando não somente a sua resolução, mas também, a forma como o problema surge para outros indivíduos. O meio ambiente não é mais visto como uma fonte de recursos para lidar com o estresse. Para os transacionistas como Lazarus, os modelos interacionistas são incompletos porque consideram que dois agentes criam um fenômeno mais não são afetados pela transação em si (Aldwin, 2007; Lazarus & Folkman, 1984).

O estudo de Urbanetto et al. (2011) identificou que técnicos e auxiliares de enfermagem têm maior chance de exercer um trabalho passivo, o que pode indicar perda de habilidades e interesse relativo ao trabalho. Isso pode ser explicado pelas relações de subordinação que na enfermagem são consideradas o aspecto vulnerável do processo de trabalho, estabelecendo interações conflituosas com atribuições rigidamente definidas. Uma revisão de literatura sobre técnicos em saúde em unidades de cuidado intensivo (Kleinpell, Ely, & Grabenkort, 2008) concluiu que há necessidade de reforço e novos programas de treinamento que possam integrar os técnicos e ajudar a promover sua eficiência dentro das equipes de saúde.

A abordagem de estresse e *coping* transacionista permite o acesso de maior número de pessoas a habilidades que elas precisam para lidar com seu conjunto particular de problemas. Afinal, todos têm estresse e existe pouco estigma em aprender habilidades de enfrentamento (Aldwin, 2007; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus & Folkman, 1984). Pensar em novos protocolos ou programas para promover a eficiência em saúde passa pela oportunidade a ser concedida a todos os trabalhadores, sem distinção, de melhor conhecer suas estratégias de enfrentamento, aprender a utilizá-las em transação com o ambiente de trabalho, modificando-o e sendo modificado por ele, e, conseqüentemente, beneficiando outros profissionais. O

processo de resiliência pode ser implementado em um *continuun* tendo como meta a saúde ocupacional.

A mudança no foco da psique humana na direção dos aspectos positivos é histórica e paradigmática: do modelo de doença para o modelo mais integrativo, de influência positiva no estudo do estresse e do enfrentamento. Este novo paradigma na abordagem do estresse e do enfrentamento apresenta recursos psicossociais e pessoais, calcados no positivo e nas fortalezas que contribuem para compreensão da resiliência como um conceito para além dos riscos e vulnerabilidades identificados na pessoa e nas suas relações sociais (Zautra & Reich, 2011).

2.2. Resiliência: Perspectivas para o Trabalho em Saúde e Oncologia

As estratégias de enfrentamento participam do fenômeno de resiliência. A resiliência é um constructo multidimensional, formado em um processo contínuo ao longo da vida, definido como a arte de adaptar-se às situações adversas (condições biológicas e sócio psicológicas), desenvolvendo capacidades associadas a recursos internos (intrapésíquicos) e externos (meio social e afetivo) que permitam combinar uma construção psíquica adequada e uma inserção social (Anaut, 2005; Lima & Araujo, 2012; Sousa & Araujo, 2015). É o resultado de um estado de equilíbrio entre os fatores de risco e proteção, face aos eventos estressantes e/ou aos traumas (Fortin & Bigras, 2000, conforme citado em Anaut, 2005).

O termo resiliência (que deriva do latim *resilien* e significa saltar para trás, recuar) teve sua origem na física e refere-se à capacidade de um corpo físico de absorver energia quando elasticamente deformado e, em seguida, devolver essa energia ao retornar ao estado original. Um material é denominado resiliente quando a energia de deformação máxima que ele é capaz de armazenar não gera nele deformações permanentes. A utilização do constructo de resiliência nas Ciências Sociais e Humanas, mais especificamente na Psicologia, passou ser utilizado e estudado a partir da década de 1950. A definição de resiliência em psicologia não pode ser tão

clara e precisa como na física, pois múltiplos fatores devem ser considerados no estudo dos fenômenos humanos (Angst, 2009; Yunes, 2003).

São encontrados diferentes definições sobre a resiliência na literatura especializada. É um conceito que se forma a partir de um conjunto epistemológico integrante de aportes de teorias psicanalíticas, do desenvolvimento e comportamentais que interpenetram as abordagens clínicas, psicopatológicas e socioeducativas contemporâneas. Uma definição inicial pode ser que a resiliência é a capacidade de sair vencedor de uma prova, que poderia ser traumática, com força renovada. Nas definições apresentadas, encontra-se dois tipos de reação de adaptação: desenvolvimento normal apesar dos riscos e recuperação após um trauma.

O conceito de resiliência começou a desenvolver-se com Michael Rutter na Inglaterra e Emmy Werner nos EUA, se expandindo pela Europa, principalmente pela França, Países Baixos, Alemanha e Espanha. Mais tarde chegou à América Latina (Suárez Ojeda, 2004). Levando em consideração algumas distinções relacionadas ao norteamento dos novos projetos de pesquisa e ação social, baseados no conceito de resiliência e somente para fins de entendimento didático são três as correntes principais:

1. Norte-americana, essencialmente comportamental, pragmática e centrada no indivíduo;
2. Europeia, com maiores enfoques psicanalíticos e uma perspectiva ética;
3. Latino-americana, comunitária, enfocada no social, trazendo uma resposta lógica aos problemas do contexto.

Historicamente falando, o estudo da resiliência surgiu da necessidade em se entender as causas e o desenvolvimento da psicopatologia. Werner e Smith (2001), fazendo uma retrospectiva, contam que por aproximadamente meio século, desde o final da década de 1950, cientistas estiveram interessados no impacto negativo dos fatores de risco, biológicos ou sociais, no desenvolvimento das crianças. Era o enfoque curativo. Na medida em que eram

descobertos causas e fatores de risco, as pesquisas direcionavam a busca de hipóteses para o enfoque preventivo (Mellilo, Estamatti, & Cuestas, 2005).

A partir das duas últimas décadas do século XX, alguns cientistas (Anthony & Cohler, 1987; Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 2000; Werner & Smith, 1992) começaram a mudar seu foco de resultados negativos de desenvolvimento para as adaptações positivas que ocorriam apesar das expectativas. Uma nova orientação para o conceito de adaptação humana ocorreu nas ciências sociais quando o foco conceitual e empírico passou a ser no positivo. O foco anterior se dava no patológico, na doença nos fatores de risco e nos problemas sociais. As fortalezas das pessoas e da sociedade passaram a ter ênfase no lugar das fraquezas, com isso a resiliência se destacou como a mais valiosa dessas fortalezas (Zautra & Reich, 2011).

Um marco inicial da chamada primeira geração de pesquisadores é o estudo longitudinal de epidemiologia social de Emy Werner e Ruth Smith que acompanhou, na ilha de Kauai (Havaí), a vida de pessoas submetidas a condições de pobreza extrema. Participaram da amostra mais de 500 pessoas, nascidas em 1955, durante aproximadamente 40 anos, do período pré-natal até a vida adulta, para a identificação dos fatores que diferenciavam os que se adaptavam positivamente à sociedade daqueles que assumiam condutas de risco. Neste estudo, apesar das situações de risco (dissolução de vínculo familiar, alcoolismo, abuso) a que as crianças estavam expostas, muitas exibiam uma capacidade de superação das dificuldades e de construção de futuro (Werner & Smith, 2001).

Em um primeiro momento, assumiu-se que estas crianças se adaptavam positivamente porque eram invulneráveis, por isso, no começo pensou-se que a explicação seriam os seus fatores internos especiais (temperamento, capacidade cognitiva, etc.). Quando os primeiros pesquisadores demonstraram interesse em descobrir quais os fatores protetores que estão na base da adaptação positiva, surgiram os estudos sobre a diferença entre o conceito de resiliência, como uma característica que pode ser desenvolvida e o de invulnerabilidade,

definido como um traço intrínseco do indivíduo (Carvalho, Teodoro, & Borges, 2014; Infante, 2005; Sousa, 2014).

A segunda geração de pesquisadores, com publicações a partir de 1990, agregou ao modelo da primeira geração, o estudo da dinâmica entre fatores que estão na base da adaptação resiliente. Entre os pioneiros do conceito de dinâmica da resiliência encontra-se Michael Rutter, que propôs a definição de mecanismos protetores – não mais como a valência contrária aos fatores de risco, mas como a dinâmica que permite ao indivíduo sair fortalecido na adversidade, consoante suas características pessoais. Os pesquisadores mais recentes entendem a resiliência como um processo dinâmico entre o ambiente e o indivíduo, cujas influências recíprocas permitem à pessoa se adaptar, apesar da adversidade, mesmo com a presença de estressores (Infante, 2005; Sousa, 2014).

Para que haja resiliência, precisa haver confrontação a um trauma ou contexto traumatogênico, ou seja, o trauma é o agente da resiliência, segundo o ponto de vista dos pesquisadores de orientação psicanalítica (Cyrulnik, 2001). A *American Psychological Association* (APA) conceitua a resiliência como um processo de adaptação frente a adversidade, trauma, tragédia, ameaças, significativas fontes de estresse, enfermidades graves, dificuldades no local de trabalho e problemas financeiros (Sousa, 2014).

A resiliência ocorre por meio de comportamentos adaptados em resposta a situações de risco, em que influem fatores de risco e de proteção em interação (Carvalho et al., 2014). A resiliência é um processo psicológico que vai se desenvolvendo ao longo da vida, a partir do binômio: fatores de risco versus fatores de proteção. Para Trombeta e Guzzo (2002), o indivíduo chamado resiliente alcança um equilíbrio entre os eventos estressantes, as ameaças, os perigos, o sofrimento e as condições adversas que levam à vulnerabilidade, e, as forças, as competências, o sucesso e a capacidade de reação e de enfrentamento.

Indivíduos resilientes respondem melhor aos desafios de sua prática e são melhor

equipados para aprender com eles e continuar a enfrentar as situações estressantes na prática clínica. O desenvolvimento da resiliência para a equipe de enfermagem pode favorecer o enfrentamento das questões ocupacionais. Médicos podem beneficiar-se de um alto grau de resiliência, pois esta pode ajudar a enfrentar os desafios de sua profissão, tais como sobrecarga de trabalho, demandas físicas e psicológicas, e expectativas (Eley et al., 2013).

Os fatores de risco podem impedir o indivíduo de seguir em frente quando impõem um sofrimento estagnador. No entanto, em certos momentos, eles permitem uma reorganização da vida e vontade de seguir adiante. Os fatores de proteção (usualmente chamados de mediadores – *buffers*) serão aqueles que interferem positivamente, mudando o curso dos eventos para um destino melhor. São eles: 1) aspectos individuais, como autoestima positiva, autocontrole, autonomia, orientação social positiva; 2) familiares, como famílias coesas, estabilidade, respeito; e 3) relacionamentos saudáveis com colegas, professores, e outras redes de apoio disponíveis (Bianchini & Dell’Aglia, 2006; (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

De acordo com Sousa e Araujo (2015), a resiliência relacionada aos profissionais de saúde tem sido destacada em pesquisas recentes. Conhecer melhor os fatores de risco e de proteção associados à resiliência profissional, permitirá compreender a vulnerabilidade consequente das situações adversas vivenciadas (Sousa, 2014).

Cultivar resiliência nas equipes de Oncologia pode ser feito por programas estruturados de forma individual ou em grupo. Para Hylton (2015), um projeto de resiliência que pode beneficiar técnicos de saúde são os programas de tutoria (*mentoring*) que visam para ajudá-los, a gerir as demandas de seus papéis, se beneficiando da sabedoria, experiência e orientação de seus mentores, para crescer no conhecimento específico da prática de Oncologia.

A vulnerabilidade pode ser entendida como predisposição para comportamentos não eficazes, ou susceptibilidade para um resultado negativo no desenvolvimento; a resiliência, como a predisposição para resistir às consequências negativas do risco e desenvolver-se

adequadamente (Pesce et al., 2004).

Porém, não se considera que o resultado de um funcionamento resiliente supõe a aquisição de uma estrutura resiliente de forma estática. A resiliência não será jamais adquirida totalmente, ela não corresponde a um modo de funcionamento estático; ela evolui. O sujeito, em desenvolvimento e em relação com as estruturas do meio em evolução, constrói a resiliência. Considera-se a ideia de um equilíbrio da resiliência construído sobre bases que se alternam, por vezes internas (pessoais) e por vezes externas (meio ambiente), em uma dinâmica de interação. É um constructo multidimensional, resultado de um estado de equilíbrio entre os fatores de risco e proteção face aos eventos estressantes e/ou aos traumas (Anaut, 2005). Trajetórias resilientes são as que mantem a estabilidade do equilíbrio ao longo do tempo (Tugade, 2011).

A compreensão da resiliência como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos ressalta a visão de que a adaptação positiva é uma responsabilidade do sujeito (Sousa, 2014; Pesca et al., 2004).

O ser humano vive em relação e as experiências estressantes, frequentemente, afetam a pessoa e seu ambiente social, estando inseridos em um contexto sociocultural maior. Levando isso em consideração, processos de resiliência devem ser entendidos por meio de uma análise multifatorial que inclua níveis biológico, psicológico, social/organizacional e comunitário. Este modelo multinível permite a estimativa da influência nos processos intra/interpessoal e comunitária (Zautra & Reich, 2011).

O processo de resiliência supõe dois movimentos: primeiro, resistência ao estresse ou trauma, então capacidade de lidar (enfrentamento) com ele; segundo, capacidade de continuar a se desenvolver e aumentar suas competências em uma situação adversa. A resiliência, em parte nata, em parte adquirida por um trabalho de adaptação, se inscreve no tempo, evolui, ou seja, é um processo em que, a partir dos desafios graduais existentes, são reforçadas as

características pessoais, as estratégias de enfrentamento e as habilidades pessoais (Manciaux, 1999 citado em Anaut, 2005; Sousa, 2014).

Um dos domínios que compõem a resiliência e que serve como base conceitual é a perseverança ou o ato de persistência, indicando a vontade de continuar a luta para reconstruir e continuar envolvido com a vida apesar da adversidade (Wagnild, 2009; Wagnild & Young, 1993). Alto nível de responsabilidade pela própria vida, cooperação e perseverança, e baixo nível de evitação são indicadores de resiliência em médicos, conforme uma pesquisa sobre resiliência e traços de personalidade na classe médica. Contudo, um cuidado precisa ser tomado em relação à perseverança, pois alta perseverança pode levar ao perfeccionismo, que pode tornar-se um estressor (Eley et al., 2013). Em um estudo sobre resiliência em enfermagem oncológica pediátrica, ficou claro que perseverança não representa rigidez, mas aprendizagem contínua, reflexão e desenvolvimento (Zander, Hutton, & King, 2013).

Responsabilidade pela própria vida (*self-directedness*) indica o quanto um indivíduo é responsável, confiável, habilidoso, focado e autoconfiante. São indivíduos que aceitam responsabilidade por problemas que acontecem e por isso podem seguir adiante e aprender com seus erros. Cooperação reflete o conceito da conexão com os outros, empatia, e quantifica o quanto o sujeito é tolerante, prestativo, indulgente e íntegro. Estas características compõem um estilo positivo que é desejável em profissionais de saúde em geral, segundo Eley et al. (2013).

Um resultado importante da resiliência é o aprendizado, muitas vezes, referenciado como crescimento (Zautra & Reich, 2011). Um estudo sobre fatores de proteção no trabalho de enfermagem, realizado no Reino Unido, em 2016, enfatizou que as intervenções educativas precoces para o desenvolvimento de resiliência e suas competências associadas são vitais para o bem-estar da equipe no que se relaciona com o cuidado com pacientes e familiares, como uma forma de aprendizado emocional que permita aos profissionais ser compassivos sem adoecer (Kinman & Leggetter, 2016).

A resiliência é um processo dinâmico que marca uma personalidade psicologicamente madura, que tem um perfil com alto nível de responsabilidade pela própria vida e cooperação, baixa evitação e alta persistência, e de bem-estar (Eley et al., 2013).

Três são as características predominantes da resiliência no discurso científico: recuperação, sustentabilidade e crescimento. Estas três características podem ser melhor analisadas por meio de uma da dinâmica do enfrentamento e adaptação ao estresse. Recuperação refere-se ao retorno à homeostase após um distúrbio (afetivo); sustentabilidade de propósito revela-se nos resultados de afeto positivo e tem ligação com características como expectativas de controle e eficácia; a necessidade de aprendizado e crescimento faz parte de um sistema motivacional que por um lado apresenta a necessidade de se defender contra o dano e por outro, a necessidade de seguir adiante. Ao longo do tempo, a experiência com emoções positivas ajuda os indivíduos em sua habilidade diária de recuperação do estresse, de forma mais eficiente, ou seja, emoções positivas diárias podem acelerar a recuperação do estresse (Moskowitz, Folkman, & Acree, 2003; Zautra & Reich, 2011). Duas características primárias da resiliência podem ser encontradas na definição elaborada por Zautra, Hall, e Murray (2010): na resiliência a recuperação é rápida e completa e existe sustentabilidade do propósito diante da adversidade.

A literatura em resiliência possibilita o exame das associações entre as emoções positivas e negativas, especialmente no que diz respeito ao comportamento de enfrentamento. A resiliência é um conceito dinâmico e multidimensional que permite a pesquisa em múltiplos níveis de análise. O destaque nas emoções positivas traz importantes vantagens no processo de enfrentamento (Tugade, 2011).

Por fim, o modelo dual de processo associado à resiliência identifica: processo regulatório automático e processo regulatório controlado. As pesquisas em resiliência centraram-se, primeiramente, em processos focados na resposta, deliberados, que algumas

vezes podem ter um alto custo para o indivíduo devido ao esforço consciente envolvido no cultivo de emoções positivas em tempo de estresse. Já a ativação automática das emoções positivas é comum no dia a dia e pode ter consequências menores para as habilidades do indivíduo de lidar com os estressores. Processos automáticos tem um menor custo individual, pois são executados relativamente sem esforço (Tugade, 2011).

A resiliência é facilitada por um esforço consciente para: manter um equilíbrio na vida, aderir a um movimento de cuidado pessoal, processar as emoções que surgirem no trabalho, reconhecer a morte e se utilizar dos insights obtidos com a maturidade e experiência (Gillman et al., 2015; Zander et al., 2013). A perseverança faz parte da resiliência, mas de uma maneira processual, ou seja, a aprendizagem é contínua, bem como a reflexão sobre experiências pessoais e profissionais. Enfermeiros em Oncologia pediátrica, participantes de um estudo, desenvolveram insight para melhor se conhecer e utilizaram este conhecimento para julgar o que eram capazes de realizar e, então, se adaptarem a novas situações com resiliência (Zander et al., 2013). Pode-se entender a resiliência então, como um fenômeno dinâmico e ativo, moderado pelos fatores de risco e proteção, oriundos da interação com o meio social e individual. Ser resiliente demanda reflexão e capacidade analítica para retomar aquilo que precisa ser refeito ou superado, em um contínuo movimento dialético de transformação (Ribeiro, Mattos, Antonelli, Canêo, & Júnior, 2011).

A literatura demonstrou que trabalhadores resilientes tendem a ter maior desempenho e a ser mais comprometidos com o trabalho, com a organização, e conseqüentemente, com a prestação da assistência em saúde com maior qualidade. Enfermeiros que apresentam resiliência inata adotam uma perspectiva positiva com o trabalho e fazem conexões conscientes com seus pacientes de quem obtém reconhecimento. Isso aumenta sua satisfação ocupacional e seu serviço alcança alto padrão (Gillman et al., 2015).

A resiliência é, na atualidade, um conceito multifacetário, no qual múltiplos saberes se associam e compartilham a geração de conhecimento, e ainda têm como resultado projetos sustentáveis nas mais diversas áreas de atuação, como educação, saúde pública e hospitalar e qualidade de vida na terceira idade. O levantamento de Gillman et al. (2015) concluiu que mesmo que o trabalhador tenha que se responsabilizar pelo desenvolvimento de estratégias pessoais de enfrentamento e resiliência, o suporte organizacional é importante para ajudar o indivíduo a lidar com os desafios relacionados ao ambiente de trabalho. Estudos com profissionais de saúde, principalmente na área oncológica, (Badger, Henry, & McCorkle, 2015; Eley et al., 2013; Hylton, 2015; Kinman & Leggetter, 2016; Kissane & Buttow, 2015; Nogueira, Barros & Pinto, 2013; Silva et al., 2016; Sousa, 2014; Vachon & Buttow, 2015; Zander et al., 2013) apontam para a necessidade da implantação de programas organizacionais que utilizem intervenções para aumentar a resiliência dos trabalhadores, por meio de medidas como: desenvolvimento de habilidades de comunicação; educação sobre estratégias de enfrentamento e estresse ocupacional; disponibilização de suporte psicológico; planos de ação para o desenvolvimento de um ambiente de trabalho positivo; e outras medidas que se direcionem à saúde ocupacional.

CAPÍTULO 3 - DELINEAMENTO DA PESQUISA DE CAMPO

Neste capítulo, serão detalhados os procedimentos metodológicos adotados para a condução da pesquisa de campo, desenvolvida em duas etapas distintas: *survey online* e grupo focal *online*. Inicialmente, apresentar-se-ão os objetivos, os aspectos éticos, a escolha do método e os participantes. Em seguida, serão descritos: a divulgação da pesquisa online, o instrumento eletrônico, o estudo piloto, os procedimentos de coleta e análise de dados da Primeira Etapa da pesquisa. E, por fim, serão relatados os participantes, os procedimentos de coleta e análise dos dados referentes à Segunda Etapa.

3.1. Objetivos

A pesquisa tem por objetivo geral conhecer a relação entre estresse, enfrentamento e resiliência de médicos, enfermeiros e técnicos que trabalham em Oncologia. Como objetivos específicos, estabeleceram-se:

- conhecer as variáveis sociodemográficas e ocupacionais;
- avaliar a ocorrência de estresse;
- caracterizar e analisar as estratégias de enfrentamento adotadas;
- determinar e avaliar a resiliência;
- conhecer e compreender a percepção dos participantes sobre as estratégias de enfrentamento, o estresse e a resiliência utilizados;
- identificar e analisar a relação entre estresse, enfrentamento e resiliência.

3.2. Aspectos Éticos

Este estudo foi previamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, com sua aprovação em quatro de outubro de 2016 sob o número de registro CAAE: 58818516.2.0000.5540 (Anexo 1).

Os participantes manifestaram sua concordância por meio da leitura dos dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para cada etapa (Anexos 2 e 3).

3.3. Escolha do Método

A pesquisa foi realizada em duas etapas distintas e consecutivas: *survey online* e grupo focal *online*. Nos últimos anos, várias pesquisas, inclusive em Oncologia, em sua maioria quantitativas, já se utilizam do recurso da internet para sua coleta de dados (Gobatto, 2012; Rodrigues, 2011; Sousa, 2014). Decidiu-se, então, adaptar e desenvolver o instrumento para coleta de dados da Primeira Etapa a esta tecnologia, por oferecer vantagens como: alcançar várias pessoas em um curto espaço de tempo; permitir a transposição de distâncias espaciais; possibilitar a realização de análises preliminares dos dados; eliminar erros de transcrição; dar autonomia ao participante que pode escolher onde e quando responder (Rodrigues, 2011; Sousa, 2014; Walter, 2013).

3.4. Participantes

Fizeram parte da amostra trabalhadores de saúde atuantes no campo da Oncologia de diversas localidades do Brasil. A pesquisa foi composta por uma amostra não probabilística, selecionada por conveniência, devido à necessidade de levantamento e análise de aspectos relacionados a um grupo específico de pessoas.

- *Critérios de Inclusão*: médicos, enfermeiros e técnicos que ofereçam seus serviços em instituições públicas e privadas em - Oncologia/Hematologia/Radioterapia.

- *Crêterios de Exclusão*: médicos, enfermeiros e técnicos que trabalhem com pacientes apenas esporadicamente; não cumprimento do critério de inclusão.

3.5. Primeira Etapa: *Survey Online*

Na Primeira Etapa, em fun o da utiliza o do levantamento *e-survey*, os instrumentos foram adaptados para a versão eletrônica, sendo mantidas as orienta es, questões e o *layout* como os encontrados na versão impressa. Esta pesquisa utilizou um *survey online* construído e hospedado em <https://pt.surveymonkey.com>. Este *software* foi escolhido por haver uma experiência prévia positiva no grupo de pesquisa (Gobatto, 2012; Rodrigues, 2011; Sousa, 2014) e também, por suas características de segurança (protocolo SSL), facilidade de utiliza o e gerenciamento, e simplicidade de uso pelos participantes. Para ser possível a utiliza o de vários coletores e alguns recursos de análise do software, foi feita uma assinatura anual do plano *Gold do Survey Monkey*, escolhida entre os planos oferecidos pelo site.

3.5.1. Divulga o da pesquisa

A divulga o da pesquisa foi realizada de várias formas. Primeiramente, tão logo a aprova o do projeto foi obtida, procedeu-se um contato pessoal com os chefes de diversas unidades públicas e privadas de Onco-Hematologia do Distrito Federal (DF) para a agendar uma visita para a apresenta o dos objetivos da pesquisa e para solicitar, formalmente, os contatos dos profissionais vinculados   institui o que preenchiam os critérios de inclusão da pesquisa. Em cada local visitado que concordou em divulgar a pesquisa, foi obtida uma lista de *e-mails* dos profissionais para o envio do *link* (vinculado   um coletor do *Software Survey Monkey*) que direcionava o participante para o questionário eletrônico automaticamente.

Em um segundo momento, por demanda de alguns chefes de serviço, foram enviadas mensagens ao correio eletrônico destes mesmos chefes, contendo as informa es sobre a

pesquisa e o *link* para acessar o *survey online*, para que eles fizessem o encaminhamento aos profissionais de sua equipe.

Concomitantemente, outra forma de divulgação fundamentou-se na estratégia chamada de “bola de neve”, amostragem não probabilística, que utiliza cadeias de referência, o que a torna útil para estudar grupos difíceis de serem acessados (Vinuto, 2014). A pesquisadora encaminhou e-mails para seus contatos pessoais com as informações sobre o *survey online* para que estes divulgassem a pesquisa para quem cumprisse os critérios para ser um participante ou para outros profissionais que, por sua vez, pudessem divulgá-la.

Outro modo utilizado para disseminar a pesquisa consistiu na exposição de um banner sobre a pesquisa no IV Congresso Internacional de Oncologia D’Or, no Rio de Janeiro, em outubro de 2016. À pesquisadora foi concedido um espaço para o banner para divulgação e uma mesa e cadeira para coleta de *e-mails* de profissionais interessados em responder e divulgar a pesquisa. Foram coletados 62 endereços eletrônicos de vários locais do país nessa ocasião, o que permitiu a expansão da pesquisa para outros estados. Nesse mesmo Congresso, surgiu a oportunidade de divulgar a pesquisa por meio do Departamento de Gestão de Pessoas de uma instituição de atuação nacional.

Todos os procedimentos escolhidos para propagar a pesquisa tiveram o propósito de sensibilizar os profissionais e ressaltar a importância de sua participação.

3.5.2. Instrumentos

O questionário eletrônico foi composto pela pesquisadora contendo em sua primeira página o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente à Primeira Etapa da pesquisa e na última página foi incluído um convite para participação na Segunda Etapa da pesquisa, o grupo focal. Caso o participante concordasse em participar desta etapa, deixaria

um contato. Nas páginas seguintes ao TCLE, foram adicionados ao questionário, os seguintes instrumentos:

- *Job Stress Scale* - JSS: versão breve adaptada para o português por Alves, Chor, Faerstein, Lopes e Werneck (2004). Esta escala propõe a avaliação do estresse ocupacional, sendo estruturada como um questionário autoaplicável. A JSS é uma versão reduzida do *Job Content Questionnaire* (Karasek et al., 1998), elaborada na Suécia por Töres Theorell, contendo 17 questões, divididas em três dimensões: ‘demanda psicológica’ (cinco questões), ‘controle’ (seis questões para ‘discernimento intelectual’ e ‘autoridade sobre as decisões’) e ‘apoio social’ (seis questões). Os itens são mensurados pelos escores assinalados em uma escala tipo *Likert* de quatro pontos, variando entre frequentemente e nunca/quase nunca ou entre concordo totalmente e discordo totalmente. Após atribuir o escore de cada questão, soma-se o total de cada dimensão, chegando-se às possibilidades de alta ou baixa demanda, alto ou baixo controle, alto ou baixo apoio social.
- Inventário de Estratégias de *Coping* - IEC: de Folkman e Lazarus (1985), adaptado e validado para o português por Savóia, Santana e Meijas (1996), destinado ao levantamento de pensamentos e ações utilizados para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante. É composto por 66 itens que avaliam a intensidade de uso das estratégias por meio de uma escala tipo *Likert*. As opções de respostas variam de 0 (não usei essa estratégia) a quatro (usei em grande quantidade). De acordo com esse instrumento, as estratégias de enfrentamento foram divididas em oito fatores a serem avaliados: confronto, afastamento, autocontrole, busca de suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, planejamento e resolução de problemas, reavaliação positiva.
- Escala de Resiliência - ER: desenvolvida por Wagnild e Young (1993), adaptada e validada para o português por Pesce et al. (2005). A ER foi inicialmente composta por 50

itens, tendo sido reduzida para 25 itens, avaliados por escalas do tipo Likert de sete pontos (discordo totalmente a concordo totalmente). Avalia o nível de adaptação psicossocial positiva, face a eventos de vida significativos. Nos estudos de validade de construto dessa medida, cinco componentes foram identificados como fatores para resiliência: equanimidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência. Os escores desta escala reduzida variam entre 25 e 175, significando um maior ou menor grau de resiliência se a pessoa atinge um maior ou menor escore, sendo que escores até 124 representam uma baixa resiliência, entre 125 e 145, uma resiliência média, e acima de 145, uma alta resiliência (Wagnild, 2009).

- Questionário sociodemográfico e ocupacional: composto por 18 questões: procedência, idade, sexo, estado civil, religião, formação, área de atuação, local de trabalho, carga horária, outro local de trabalho, carga horária total, renda mensal total, quantidade de plantões/mês, tempo de trabalho na área da saúde, formas de comunicação com outros profissionais, com pacientes e fora do horário de trabalho.

3.5.3. Estudo piloto do *survey online*

Foram convidados a participar da fase de avaliação e pré-teste do instrumento, 12 profissionais de saúde. Baseando-se nas sugestões de aprimoramento, que se restringiram à correção de erros gramaticais, de digitação e de formatação, foi feita a revisão do *survey online*.

3.5.4. Procedimentos de coleta de dados

Após a divulgação inicial da pesquisa, com a obtenção dos endereços eletrônicos, criou-se no *Software* as caixas coletoras e enviou-se os *e-mails* com o *link* para o questionário. Cada respondente utilizou um computador, com acesso à internet, para poder participar da pesquisa. Cada questionário estava diretamente conectado ao coletor do *Software Survey Monkey*.

3.5.5. Procedimentos para análise de dados

A pesquisa utilizou a estatística descritiva, com medidas de tendência central (frequência e média), e a estatística inferencial. A estatística inferencial teve como objetivo o estabelecimento de relações entre variáveis e para tal foram aplicados os testes estatísticos: Spearman e Regressão Linear Múltipla. A estatística inferencial é particularmente útil para testar significância de fatores que são capazes de influenciar a resposta da variável de medida.

A consistência interna dos instrumentos foi avaliada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach. Os dados, em sua maioria, não alcançaram distribuição normal quando foram analisados pelos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e o número de respondentes é inferior a 30, por isso, optou-se por utilizar testes não paramétricos. A apresentação dos dados é feita por meio de tabelas e gráficos, de modo a facilitar a compreensão, com omissão das fontes, em virtude de estes se referirem sempre ao presente estudo.

Os dados oriundos do *survey online* foram organizados e armazenados em uma planilha eletrônica no programa EXCEL 2016 (Office XP) e submetidos à análise estatística com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences 23.0* (SPSS® for Windows®) e do próprio *Software Survey Monkey*. Foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, desvio padrão) para as variáveis quantitativas.

As correções dos instrumentos foram realizadas de acordo com os critérios definidos em literatura:

Job Stress Scale (JSS):

As questões de um a cinco avaliam as demandas psicológicas. Cada uma das respostas deve receber um escore de um a quatro, sendo que um indica pouca demanda e quatro muita demanda. À questão quatro é atribuída a pontuação inversa, ou seja, quatro equivale a pouca

demanda e um, a muita demanda. As questões seis a 11 estão relacionadas ao controle e são subdivididas em discernimento intelectual (questões de seis a nove) e autoridade sobre decisões (questões 10 e 11). No caso das questões sobre discernimento intelectual, o escore um significa pouco discernimento, já o escore quatro, muito discernimento, com exceção da questão nove, em que o escore possui direção reversa. Quanto às perguntas de autoridade sobre decisões, atribui-se o escore quatro para muita autoridade e um para pouca autoridade. O apoio social é determinado pelas perguntas de 12 a 17, em que o escore quatro equivale a muito apoio e um, a pouco apoio (Alves et al., 2004).

Para as duas primeiras dimensões da escala, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo *Likert* (1-4), variando entre “frequentemente” e “nunca”; para a dimensão apoio social, em escala tipo *Likert* (1-4), variando entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente” (Alves et al., 2004).

Os escores da JSS foram obtidos pela soma dos pontos atribuídos a cada uma das respostas de cada dimensão, no valor de um a quatro, da menor para a maior frequência (nunca/frequentemente e discordo totalmente/concordo totalmente). O cálculo dos escores de cada dimensão do JSS é obtido pela somatória da pontuação de cada escore, sendo que o cálculo do escore na dimensão ‘demanda’ foi dado pela soma dos escores atribuídos às cinco afirmações que compõe a dimensão e pode variar de cinco a 20, quanto maior o escore maior a demanda psicológica recebida pelo trabalhador. Na dimensão ‘controle’, o cálculo do escore foi obtido pela soma do total das afirmações, podendo variar de seis a 24, e esta é subdividida em dois fatores (discernimento intelectual/quatro afirmações e autoridade sobre decisões/duas afirmações) nos quais quanto maior o valor, maior o controle de como e com que autonomia o profissional desenvolve seu trabalho. Na dimensão apoio social, o cálculo do escore foi obtido pela soma das seis afirmações e possui intervalo de seis a 24, quanto maior o escore, melhor o apoio social recebido pelo trabalhador em seu ambiente de trabalho (Costa, 2010; Karasek,

1979; Penteadó, Silva & Montebello, 2015).

Nas perguntas de direção reversa (“Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?” e “No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes a mesma tarefa?”), o escore foi invertido, na medida em que indicou menor carga de demanda/controle. Foram excluídos da análise, os participantes que tiveram um ou mais itens de cada uma das dimensões não respondidos.

Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC):

Para avaliação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985), os 66 itens, que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico, foram grupados em oito fatores: Fator um (confronto) engloba os itens seis, sete, 17, 28, 34 e 46; Fator dois (afastamento) inclui os itens 12, 13, 15, 21, 41 e 44; Fator três (autocontrole) tem-se os itens 10, 14, 35, 43, 54, 62 e 63; Fator quatro (suporte social) abrange os itens oito, 18, 22, 31, 42 e 45; Fator cinco (aceitação de responsabilidade) inclui os itens nove, 25, 29 e 51; Fator seis (fuga-esquiva) engloba os itens 11, 16, 33, 40, 47, 50, 58 e 59; Fator sete (resolução de problema) incorpora os itens um, 26, 39, 48, 49 e 52; e, por último, Fator oito (reavaliação positiva) abarca os itens 20, 23, 30, 36, 38, 56 e 60. Realizou-se o somatório dos escores determinados a cada item de um mesmo fator, dividido pelo número total de itens (Savóia, Santana & Meijas, 1996).

Cada participante foi orientado a pensar em uma situação profissional ocorrida em uma semana típica de trabalho – “seu paciente que está em Cuidados Paliativos chorando” – e depois, a responder ao IEC, por meio da marcação da opção que se referiu à forma de enfrentamento utilizada.

Escala de Resiliência (ER):

Os escores da ER variam entre 25 e 175, significando um maior ou menor grau de resiliência, se o indivíduo atinge um maior ou menor escore, sendo que escores até 124 representam uma baixa resiliência, entre 125 e 145 uma resiliência média, e acima de 145 uma alta resiliência (Pesce et al., 2005; Perim et al., 2015; Wagnild, 2009). A escala foi adotada por pesquisadores de outros países também que traduziram e adaptaram às suas realidades (Wagnild, 2009).

3.6. Segunda Etapa: Grupo Focal *Online*

Na Segunda Etapa, no projeto, ficou estabelecido que seriam realizados grupos focais presenciais. No entanto, pelos motivos expostos a seguir, optou-se por um grupo focal *online*. Desta forma, viabilizou-se a coleta qualitativa.

3.6.1. Participantes

Os participantes foram convidados entre os respondentes da Primeira Etapa, por meio do convite existente ao término do questionário, e posteriormente, receberam o *e-mail* convite para fazer parte em grupos focais presenciais.

Do total de respondentes da pesquisa, 27 concordaram em participar dos grupos focais presenciais, no entanto dez tinham formação distinta da amostra, apesar de trabalharem com oncologia ou em instituições de oncologia (psicólogos, administradores, físicos, etc.). Dos 17 restantes, cinco eram de fora do DF, o que inviabilizou sua participação. Para os 12 profissionais que concordaram em participar, foram enviados quatro e-mails e/ou foram contatados por telefone/*WhatsApp*. Não houve resposta para agendamento de participação, mesmo com várias opções de horários oferecidas.

Portanto, os grupos focais presenciais previstos pelo projeto, não aconteceram. Por fim,

para viabilizar uma amostra qualitativa, foi sugerido para estes mesmos participantes um grupo focal *online*, o que foi aceito. Logo, a coleta qualitativa se desenvolveu por meio de um grupo focal *online*.

3.6.2. Procedimentos de coleta de dados

Para a modalidade *online* de trabalho, 12 participantes, com representantes dos três grupos da amostra (médicos, enfermeiros e técnicos), concordaram em participar e um horário foi compatibilizado. Houve a solicitação por mais de um participante que fosse apenas um encontro, o que foi atendido devido à dificuldade encontrada em reunir os profissionais. No dia e horário estabelecido, seis respondentes da Primeira Etapa estiveram presentes.

As confirmações e orientações para o acesso à plataforma e assinatura do TCLE, referente à Segunda Etapa, foram encaminhadas por *WhatsApp*, aplicativo gratuito para celular, afirmando a necessidade de que a concordância em participar da pesquisa fosse feita antes que entrassem na sala virtual. As informações sobre o acesso foram repassadas no dia do encontro e, com 30 minutos de antecedência do início do grupo propriamente dito, a entrada na sala foi liberada. O ambiente virtual apresentou problemas para alguns participantes e optou-se por um grupo por *WhatsApp*, o que foi, para surpresa da pesquisadora, muito produtivo.

Ao longo de sua realização, o moderador (a pesquisadora) conduziu a dinâmica da atividade com tranquilidade, pois o ambiente virtual possui recursos de armazenagem e gravação dos conteúdos. Foi estimulada uma conversa entre os participantes com alguma intervenção, quando necessário.

Os dados do grupo do focal online foram documentados por meio do registro escrito das conversações, disponibilizado pelo próprio aplicativo. A duração aproximada foi de noventa minutos, o que foi combinado previamente com os participantes. É interessante pontuar que, para ser viável, o encontro aconteceu em um domingo às dezenove horas e trinta

minutos. Infelizmente, a categoria dos médicos não foi contemplada nessa etapa, pois os que confirmaram a participação tiveram um imprevisto de última hora e não puderam comparecer.

3.6.3. Procedimentos para análise de dados

Para análise qualitativa, a categorização dos eixos temáticos coletados dos dados coletados no grupo focal *online*, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011).

Compôs-se de três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Durante a pré-análise, realizou-se a *leitura flutuante* do material obtido a fim de sistematizar as ideias debatidas no grupo para orientar a categorização. A exploração do material fundou-se na sistematização da pré-análise. A construção de categorias tal qual as temáticas que foram surgindo da narrativa das participantes, atenderam a critérios de significado semântico e lógico. Atendeu-se aos critérios: (a) exaustividade; (b) representatividade; (c) homogeneidade; (d) pertinência; e (e) exclusividade.

No decorrer do tratamento dos resultados obtidos, foi processada a análise e interpretação, com confronto entre o conteúdo dos objetivos e questões teóricas discutidas no estudo. Os resultados quanto à análise qualitativa estão apresentados utilizando-se as citações literais das falas dos indivíduos.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são analisados e discutidos os resultados da pesquisa de campo. O primeiro subcapítulo é relativo à Primeira Etapa, o *e-survey*. É composto pelos dados descritivos inclusos resultados dos instrumentos aplicados (*Job Stress Scale*, Inventário de *Coping* e Escala de Resiliência) e os dados comparativos e correlacionais. O segundo subcapítulo é relativo à Segunda Etapa (Grupo Focal *Online*), na qual foi realizada a categorização e a análise do conteúdo obtido pelos relatos dos participantes.

4.1. Primeira Etapa - *E-Survey*

Primeiramente, procedeu-se à caracterização sociodemográfica e foram apresentados os dados ocupacionais dos participantes. Em seguida, foram discutidos, comparados e correlacionados os dados derivados da *Job Stress Scale*, do Inventário de *Coping* e da Escala de Resiliência.

4.1.1. Dados Descritivos

No período em que o *e-survey* esteve disponível para resposta, 201 questionários foram iniciados, porém, somente 175 foram respondidos e destes, 110 não identificaram a formação, e, por isso, não se adequaram à amostra. Portanto, 65 participantes – médicos, enfermeiros e técnicos de saúde que trabalham em Oncologia – tiveram seus questionários analisados.

O Questionário Sociodemográfico e Ocupacional foi respondido por 65 trabalhadores da oncologia, os quais são, em sua maioria, do sexo feminino ($n = 52$; 80,0%) e 98,46% com idade entre 20 e 50 anos ($n = 64$) e 80,0% ($n = 52$) adota uma religião. Mais de 50% (55,38%; $n = 36$) vive com parceiro (casados 47,69%; $n = 31$ e 7,69% união estável; $n = 5$), no entanto, a maioria da categoria técnico de saúde vive sem companheiro (69,23%; $n = 9$), conforme tabela 1. Ficou constatado que a participação majoritária foi de enfermeiros (52,31%; $n = 34$),

dentre os quais a maioria do sexo feminino (94,12%; $n = 32$), o que corrobora as informações sobre as origens histórico-culturais da profissão de enfermagem (Ladeia, 2014; Sousa, 2014).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos participantes por categoria profissional da Primeira Etapa do estudo (N = 65)

Categorias	Enfermagem		Medicina		Técnico de Saúde		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	32	94,12	10	55,56	10	76,92	52	80,00
Masculino	2	5,88	8	44,44	3	23,08	13	20,00
Total Geral	34	100,00	18	100,00	13	100,00	65	100,00
Idade								
	n	%	n	%	n	%	n	%
20 a 30 anos	10	29,41	2	11,11	4	30,77	16	24,62
31 a 40 anos	14	41,18	9	50,00	6	46,15	29	44,62
40 a 50 anos	9	26,47	7	38,89	3	23,08	19	29,23
50 a 60 anos	1	2,94		0,00		0,00	1	1,54
Total Geral	34	100,00	18	100,00	13	100,00	65	100,00
Estado Civil								
	n	%	n	%	n	%	n	%
Casado (a)	16	47,06	11	61,11	4	30,77	31	47,69
Divorciado (a)	3	8,82	1	5,56	3	23,08	7	10,77
Não Respondeu	1	2,94		0,00		0,00	1	1,54
Solteiro (a)	11	32,35	4	22,22	6	46,15	21	32,31
União estável	3	8,82	2	11,11		0,00	5	7,69
Total Geral	34	100,00	18	100,00	13	100,00	65	100,00
Religião								
	n	%	n	%	n	%	n	%
Adota uma religião	27	79,41	13	72,22	12	92,31	52	80,00
Não adota religião	5	14,71	5	27,78		0,00	10	15,38
Não respondeu	2	5,88		0,00	1	7,69	3	4,62
Total Geral	34	100,00	18	100,00	13	100,00	65	100,00

A Figura 2 apresenta o gráfico da procedência dos respondentes, no qual é demonstrado que a maioria dos respondentes reside no Distrito Federal (55,38%; $n = 36$), seguido por São Paulo (18,46%; $n = 12$) e Rio de Janeiro (15,38%; $n = 10$).

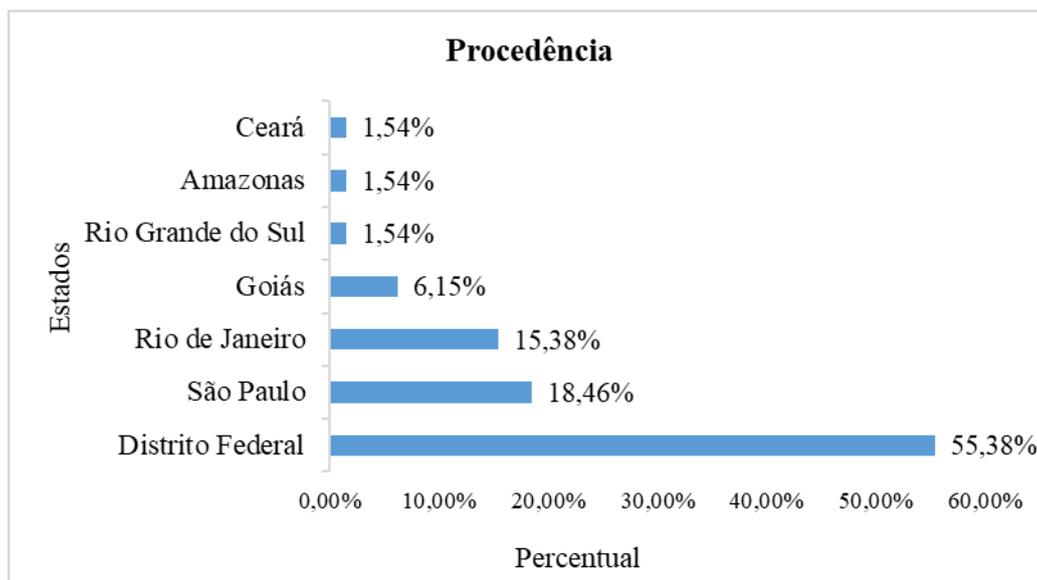


Figura 2. Distribuição dos trabalhadores por Estado de procedência ($N = 65$).

A distribuição de renda mensal mostrou que 47,69% ($n = 31$) dos entrevistados ganham acima de R\$5.000,00 (Tabela 2). Com relação às categorias profissionais, 83,33% (11,11% somados a 72,22%) dos médicos ($n = 15$) ganham acima de R\$10.000,00, enquanto que 8,82% dos enfermeiros ($n = 3$) alcançam essa faixa.

Tabela 2
Renda mensal por categoria profissional de participantes da Primeira Etapa (N = 65)

Renda	Renda Mensal							
	Enfermagem		Medicina		Técnico de Saúde		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%
até R\$ 3.000,00	8	23,53	0	0,00	5	38,46	13	20,00
de R\$ 3.001,00 a 5.000,00	14	41,18	0	0,00	5	38,46	19	29,23
de R\$ 5.001,00 a 10.000,00	9	26,47	3	16,67	1	7,69	13	20,00
de R\$ 10.001,00 a 20.000,00	3	8,82	2	11,11	0	0,00	5	7,69
Acima de R\$ 20.000,00	0	0,00	13	72,22	0	0,00	13	20,00
Não respondeu	0	0,00		0,00	2	15,38	2	3,08
Total Geral	34	100,00	18	100,00	13	100,00	65	100,00

Do total de trabalhadores participantes, 29,23% possui mais de um vínculo empregatício (Tabela 3). Quanto ao total de horas semanais cumpridas em atividade (Tabela 3), a maioria dos participantes descreveu trabalhar mais de 40 horas (55,38%). Ou seja, uma vez mais, constata-se tal tendência na área de saúde (Sousa, 2014). Como um agravante do excesso de trabalho, constatou-se que 36,92% faz mais de quatro plantões por mês. Os profissionais de saúde vivenciam situações estressantes no trabalho, onde a jornada tende a ser maior porque geralmente trabalham em mais de uma instituição e também cumprem horários noturnos e plantões (Nogueira, Barros, & Pinto, 2013).

Tabela 3
Dados ocupacionais por categoria profissional (N = 65)

Carga horária	Enfermagem		Medicina		Técnico de Saúde		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%
30 horas	4	11,72	0	0,00	2	15,38	6	9,23
40 horas	12	35,29	6	33,33	2	15,38	20	30,77
acima de 40 horas	18	52,94	11	61,11	7	53,85	36	55,38
Não Respondeu	0	0,00	1	5,56	2	15,38	3	4,62
Total Geral	34	100,00	18	100,00	13	100,00	65	100,00
Número de Plantões Mês								
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	0	0,00	2	11,11	0	0,00	2	3,08
2	0	0,00	2	11,11	3	23,08	5	7,69
3	1	2,94	2	11,11	1	7,69	4	6,15
Acima de 4	17	50,00	2	11,11	5	38,46	24	36,92
Nenhum	15	44,00	10	55,56	3	23,08	28	43,08
Não Respondeu	1	12,00	0	0,00	1	7,69	2	3,08
Total Geral	34	100,00	18	100,00	13	100,00	65	100,00
Outro Vinculo Empregatício								
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	5	14,71	10	55,56	4	30,77	19	29,23
Não	28	82,35	7	38,89	9	69,23	44	67,69
Não Respondeu	1	2,94	1	5,56		0,00	2	3,08
Total Geral	34	100,00	18	100,00	13	100,00	65	100,00

Os dados relativos ao tempo de trabalho em saúde indicam que 36,92% trabalham na área entre seis e 11 anos (Tabela 4). Para Urbanetto et al. (2011), pessoas que trabalham num serviço entre cinco e 15 anos apresentam níveis mais elevados de estresse.

Tabela 4
Tempo de trabalho de cada categoria profissional na área da saúde (N = 65)

Tempo de trabalho	Enfermagem		Medicina		Técnico de Saúde		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 a 5 anos	8	23,50	1	5,60	4	30,80	13	20,00
11 a 15 anos	8	23,50	5	27,80	1	7,70	14	21,54
16 a 20 anos	6	17,60	5	27,80	1	7,70	12	18,46
21 a 30 anos	2	5,90	0	0,00	0	0,00	2	3,08
6 a 10 anos	10	29,40	7	38,90	7	53,80	24	36,92
Total Geral	34	100,00	18	100,00	13	100,00	65	100,00

Após a distribuição dos respondentes por área de formação profissional (Figura 3), apurou-se que a maioria respondente são enfermeiros (52,31%), seguida por médicos (27,69%).

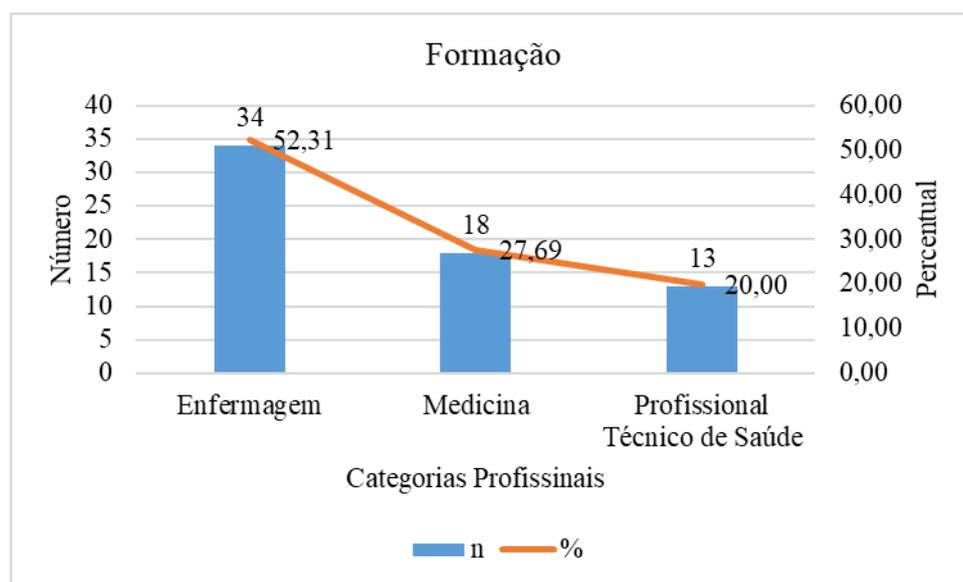


Figura 3 Distribuição dos participantes por área de formação profissional (N = 65)

Quanto à área de atuação profissional (Figura 4), 81,54% relatou trabalhar em Oncologia, 24,62%, em Hematologia e 4,62%, em Radioterapia. Foi facultado ao participante escolher mais de uma opção resposta.

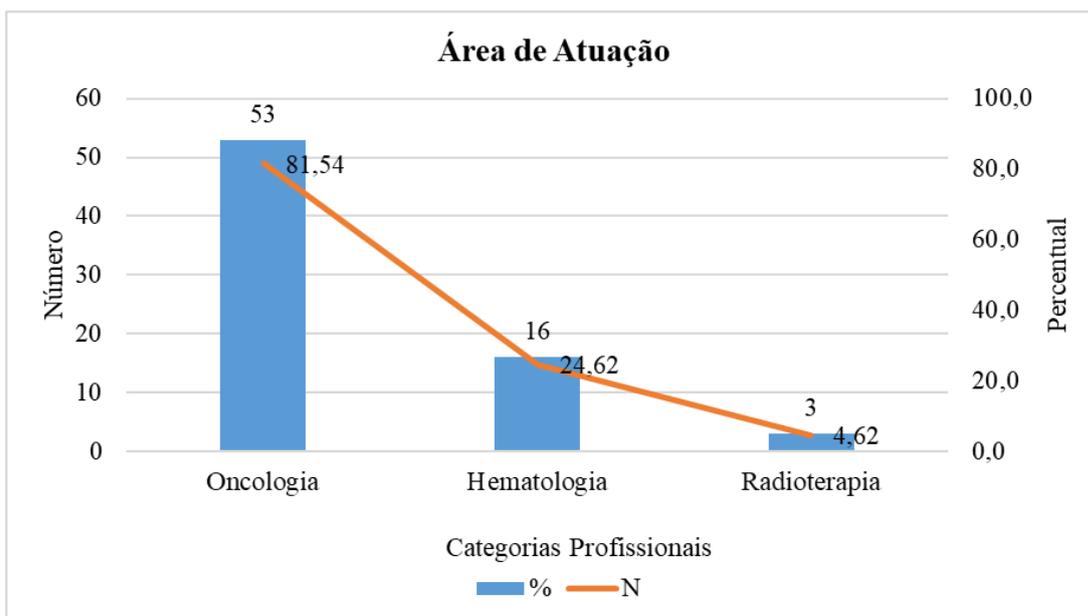


Figura 4. Distribuição dos respondentes por área de exercício profissional ($N = 65$).

Levando-se em conta os locais de trabalho (Figura 5), pôde-se observar que 78,46% do total dos respondentes trabalha na área privada, sendo 49,23% em clínicas privadas. Em hospitais da rede pública, trabalham 33,85% dos profissionais que responderam. Os participantes tiveram a opção de assinalar mais de uma opção de resposta.

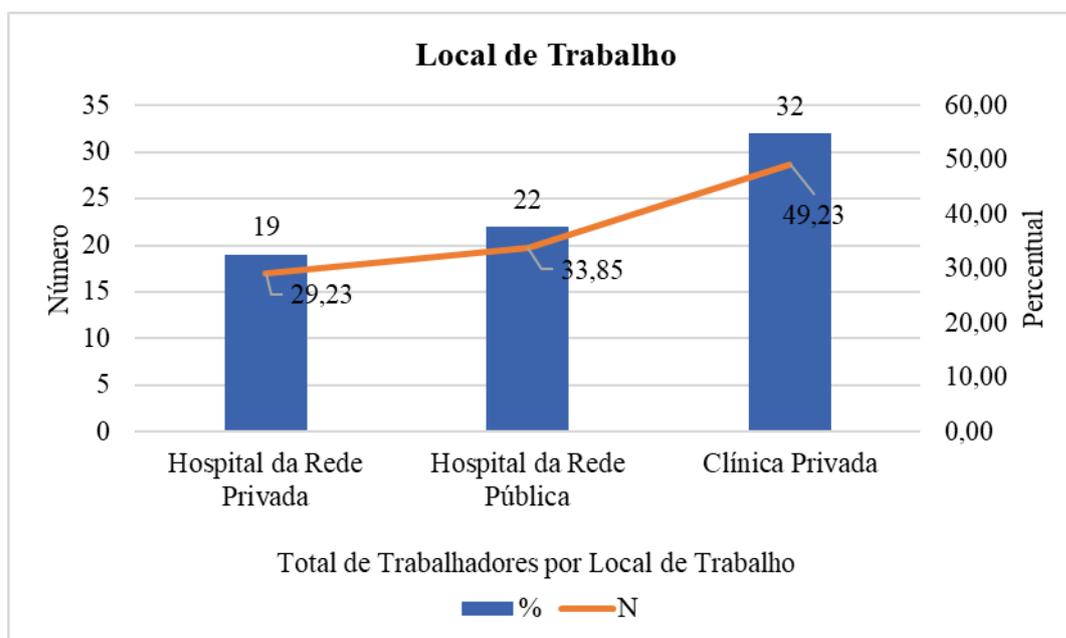


Figura 5. Distribuição do total de trabalhadores por local de trabalho ($N = 65$).

Para troca de informação com colegas (Figura 6) ou chefias, são utilizadas formas diversificadas de comunicação: 92,31% é verbal presencial; 76,92% usa o telefone; 70,77% utiliza e-mail; e 78,46% utiliza o WhatsApp, um popular aplicativo para telefones celulares. Estes dados são corroborados por pesquisas em saúde que relatam o crescente interesse pelo uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), aqui incluindo e-mails e WhatsApp, para troca rápida de informações entre profissionais (Miranda & Araujo, 2012). Uma gestão de saúde que vise resultados positivos tem a comunicação efetiva como prioridade pela complexidade existente nos processos de trabalho (Nogueira & Rodrigues, 2015).

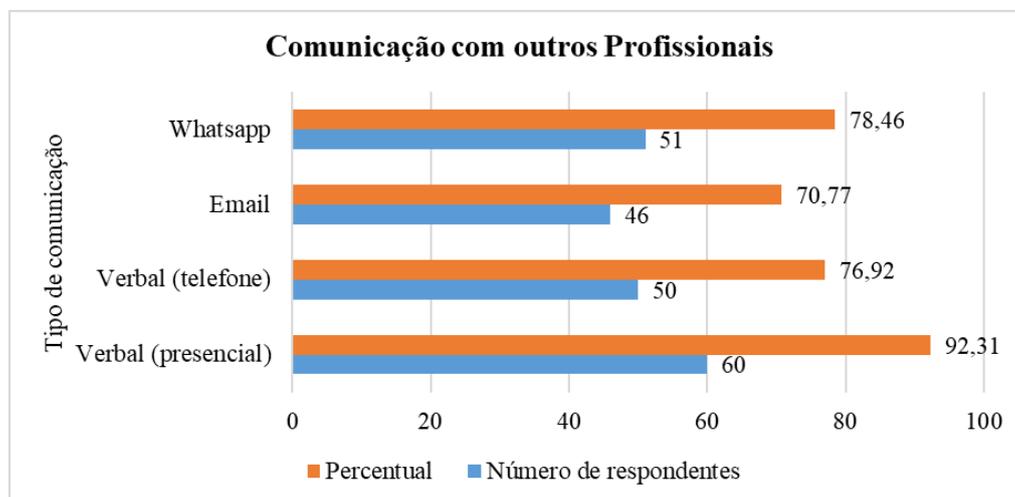


Figura 6. Meios de comunicação com outros profissionais ($N = 65$).

Na comunicação com os pacientes (Figura 7) ficou mais evidenciada a forma verbal, seja presencial (96,92%) ou por telefone (61,54%). A comunicação por *e-mail* representou 32,31% das respostas e por *WhatsApp*, 49,23%. A importância da comunicação – para melhor adesão ao tratamento, melhora na qualidade dos serviços e redução de custos no plano social – vem sendo relatada em pesquisas nos mais diferentes contextos em saúde (Cristo & Araujo, 2015; Nogueira & Rodrigues, 2015). A utilização do *Whatsapp* com paciente configura, por um lado, um potencial estressor pela falta de limites de ambos os lados na forma de sua

utilização, por outro lado, um fator tranquilizador por facilitar a comunicação entre as partes sem necessariamente haver uma conformidade de horários.

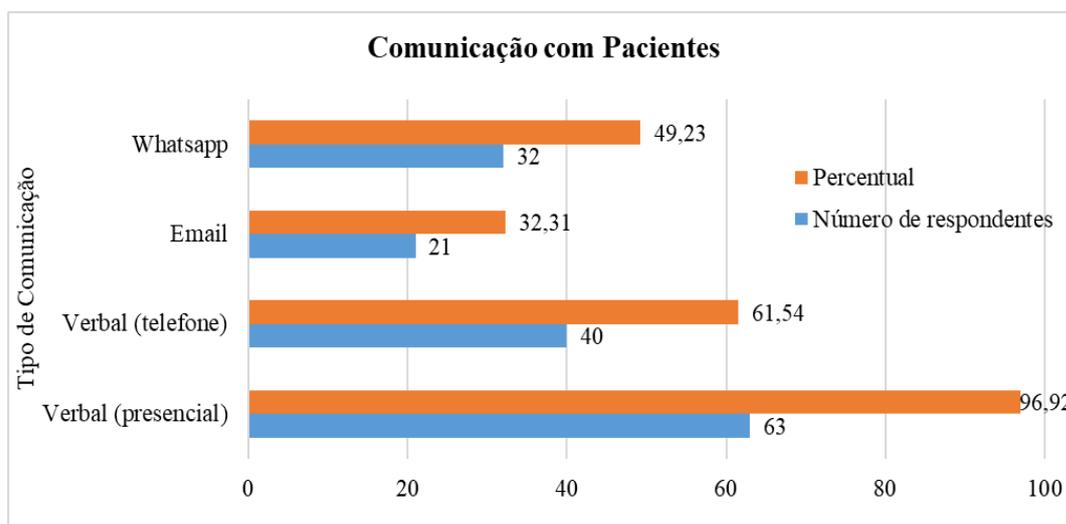


Figura 7. Meios de comunicação com pacientes ($N = 65$).

Quando abordados sobre a comunicação com os pacientes fora do horário de expediente, 53,85% afirmou utilizar-se desta prática, que evidencia um prolongamento do trabalho (Tabela 5). Este dado deve ser considerado na análise dos estressores ocupacionais em Oncologia.

Tabela 5

Comunicação com pacientes fora do horário de expediente ($N = 65$)

	Enfermagem	%	Medicina	%	Técnico de Saúde	%	Total Geral	%
Não	19	55,88	3	16,67	8	61,54	30	46,15
Sim	15	44,12	15	83,33	5	38,46	35	53,85
Total	34	100,00	18	100,00	13	100,00	65	100,00

A *Job Stress Scale* (JSS) foi respondida por 65 participantes, correspondendo a 32,34% da amostra que iniciou o *survey*. A Tabela 6 apresenta a mediana, a média, o desvio padrão, valor mínimo e máximo dos fatores, extraídos por meio a aplicação do instrumento. Na análise

de confiabilidade, considerando valores com *Alfa de Cronbach* acima de 0,61 como adequados, obteve-se o coeficiente de 0,650 para o total dos fatores da escala.

Nota-se, na Tabela 6, que a média relativa ao fator ‘demanda psicológica’ foi $M = 14,72$, próxima ao valor expresso pela $Mn = 15$ ($DP = 2,08$). Tais valores indicam a presença de demandas psicológicas em níveis próximos à mediana esperada. Quando se analisa a variável ‘controle’, percebe-se um valor ($M = 18,31$; $DP = 2,32$) pouco superior ao valor da mediana esperada ($Mn = 18$). No que se refere aos subfatores da dimensão ‘controle’, o ‘discernimento intelectual’ ($M = 12,65$; $Mn = 13$; $DP = 1,14$), e ‘autoridade sobre decisões’ ($M = 5,67$; $Mn = 6$; $DP = 1,63$), foram observados valores também pouco inferiores à mediana esperada.

O fator ‘apoio social’, que funciona como moderador do estresse no trabalho de acordo com a teoria na qual se fundamenta este instrumento psicométrico, para esta amostra apresentou a média ($M = 18,94$; $DP = 3,04$), ligeiramente inferior à mediana esperada ($Mn = 19$).

Tabela 6

Fatores da Job Stress Scale: Demanda Psicológica, Controle (Discernimento Intelectual e Autoridade sobre Decisões) e Apoio Social

	Mediana esperada	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	N
Demandas Psicológicas (1 - 5)	15	14,72	2,08	10	19	64
Controle (6 - 11)	18	18,31	2,32	10	22	64
Discernimento Intelectual (6-9)	13	12,65	1,14	8	14	65
Autoridade sobre decisões (10 e 11)	6	5,67	1,63	2	8	64
Apoio Social (12 - 17)	19	18,94	3,04	10	24	64

Para a definição das dimensões nos quadrantes de Karasek em altas ou baixas, foi utilizada a mediana, formando duas dimensões para demanda e duas para controle (alta/baixa demanda e alto/baixo controle). Para a dimensão apoio social, também foi utilizada a mediana, formando as dimensões alto apoio social e baixo apoio social.

A análise das respostas à *Job Stress Scale* (Tabela 7) indica que o trabalho em Oncologia da amostra caracteriza-se por baixa demanda psicológica (59%), um controle mediano (50%) e uma percepção comunicada de baixo apoio social (64%).

Tabela 7
Dimensões do Modelo Demanda-Controle-Apoio Social de Karasek por categoria profissional

<i>Job Stress Scale</i>								
	Enfermagem		Medicina		Técnico de Saúde			
	Demanda Psicológica							
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alta Demanda	13	39	8	44	5	38	26	41
Baixa Demanda	20	61	10	56	8	62	38	59
Total Geral	33	100	18	100	13	100	64	100
	Controle							
Alto Controle	16	48	12	67	4	31	32	50
Baixo Controle	17	52	6	33	9	69	32	50
Total Geral	33	100	18	100	13	100	64	100
	Apoio Social							
Alto Apoio Social	8	24	10	56	5	38	23	36
Baixo Apoio Social	25	76	8	44	8	62	41	64
Total Geral	33	100	18	100	13	100	64	100

Ao se relacionar os fatores ‘demanda psicológica’ e ‘controle’, em conformidade com o modelo Demanda-Controle de Karasek (Tabela 8), prevalecem os trabalhadores (31,3%; $n = 20$) que têm um baixo desgaste no trabalho, considerada a situação ideal, já que conjuga baixas demandas e alto controle do processo de trabalho (Alves, Braga, Faerstein, Lopes, & Junger, 2015; Karasek, 1979). Theme Filha et al. (2013), em seu estudo sobre estresse ocupacional e autoavaliação em saúde de profissionais de enfermagem, ponderam que o aumento do controle sobre o trabalho associa-se à melhor avaliação da saúde e menores níveis de estresse.

Também 18,8% ($n = 12$) encontra-se em uma situação de trabalho ativo, em que altas demandas e alto controle coexistem e existe a possibilidade de planejar estratégias para lidar com o estresse gerado pelas dificuldades, o que pode trazer benefício ao trabalhador. Somando-se a este o percentual de trabalho em situação de baixo desgaste (31,3%), fica evidente que

pouco mais da metade da amostra está em uma faixa considerada de menor risco de adoecimento (Alves et al., 2015; Araújo et al., 2003; Karasek, 1979; Theme Filha et al., 2013). Este resultado é compatível com o de Sousa (2014) que encontrou 59,3% de sua amostra de trabalhadores de saúde na mesma situação.

Quando se somam o percentual dos trabalhadores que exercem trabalho passivo (28,1%; $n = 18$) ao percentual dos que apresentam alto desgaste (21,9%; $n = 14$), alcança-se uma concentração de 50% dos trabalhadores em quadrantes de risco para a saúde (Alves et al., 2015; Karasek, 1979; Urbaneto et al., 2011). O trabalho passivo tende a gerar perda de habilidades e desinteresse.

Tabela 8

Dimensões do Modelo Demanda-Control de Karasek: alto desgaste, baixo desgaste, passivo e ativo (N = 64)

Dimensões	n	%
Alto Desgaste	14	21,9
Ativo	12	18,8
Baixo Desgaste	20	31,2
Passivo	18	28,1
Total	64	100

Observando-se a modalidade trabalho ativo (alta demanda e alto controle), na Figura 8, uma condição que inclui desafios que estimulam o crescimento, favorece a criatividade e pode motivar o aprendizado do profissional, os médicos se destacaram (27,8%), o que indica, portanto, uma situação com menor risco de presença de reações adversas à saúde física e mental. Essa constatação assinala que, mesmo sob altas demandas psicológicas, por exercerem alto controle sobre sua atividade laboral, tendem a sentir menos efeitos negativos do estresse ocupacional (Alves et al., 2004; Araújo et al., 2003; Greco et al., 2011; Sousa & Araujo, 2015; Theorell & Karasek, 1996).

Ainda analisando a Figura 8, os enfermeiros apontaram um baixo desgaste equivalente à 30,3%. Para a maioria dos médicos (66,7%), a soma dos resultados da dimensão de baixo

desgaste (38,9%) à de trabalho ativo (27,8%) mostrou terem eles mais possibilidade de condução saudável de suas tarefas (Araújo et al., 2003; Karasek, 1979; Theme Filha et al., 2013; Urbaneto et al., 2011).

Em contrapartida, ressalta-se que na modalidade de trabalho passivo, foram incluídos 30,3% dos enfermeiros e 38,5% dos técnicos, que pode levar à falta de motivação por indicar um processo de trabalho muito repetitivo, com baixa autonomia e poucas oportunidades de novos aprendizados (Figura 8). Este resultado corrobora o encontrado pelo estudo de Costa (2010) com trabalhadores de enfermagem (38,1% em exercício passivo do trabalho). Levando em consideração que o quadrante do trabalho passivo tem como fator o baixo controle, é relevante observar que, na revisão de literatura (Zander, Hutton, & King, 2010), os enfermeiros em oncologia pediátrica podem ter a percepção de falta de controle devido à frequência e à intensidade dos estressores enfrentados. A falta de autonomia, obrigações numerosas, suporte social baixo e falta de feedback no trabalho têm relação direta com o estresse ocupacional dos enfermeiros. Destaca-se a existência de uma rede organizacional de relações complexas, na qual a hierarquia de controle é rigorosa, coloca os enfermeiros diante de uma demanda exigente de médicos, chefes, além das demandas de pacientes e do trabalho administrativo (Ilic et al., 2017).

Os técnicos apresentaram um percentual bem inferior (7,7%) na modalidade de trabalho ativo. No estudo de Urbaneto et al. (2011), ser técnico/auxiliar resulta em maior chance de pertencer ao quadrante trabalho passivo que indica baixo controle do processo de trabalho. A organização hierarquizada do trabalho da enfermagem, o enfermeiro, na maioria dos serviços, é responsável pelo planejamento, controle e avaliação do processo de trabalho e atividades manuais de maior complexidade, e o técnico/auxiliar de enfermagem, por atividades manuais de menor complexidade, normalmente delegadas pelo enfermeiro (Urbaneto et al., 2011).

Sobressai um aspecto na análise dos dados referentes aos técnicos: trabalho passivo (38,5%) e somada ao de alto desgaste (30,8%) indicam que quase 70% dos entrevistados (69,3%) realizam um trabalho de possível repercussão negativa sobre a saúde física e psicológica (incluindo estresse psicológico, *burnout*, insatisfação, distúrbios musculoesqueléticos, sintomas cardiovasculares), hipótese suportada por um considerável número de estudos (Alves et al., 2015; Araújo et al., 2003; Greco et al., 2011; Karasek, 1979; Sousa, 2014).

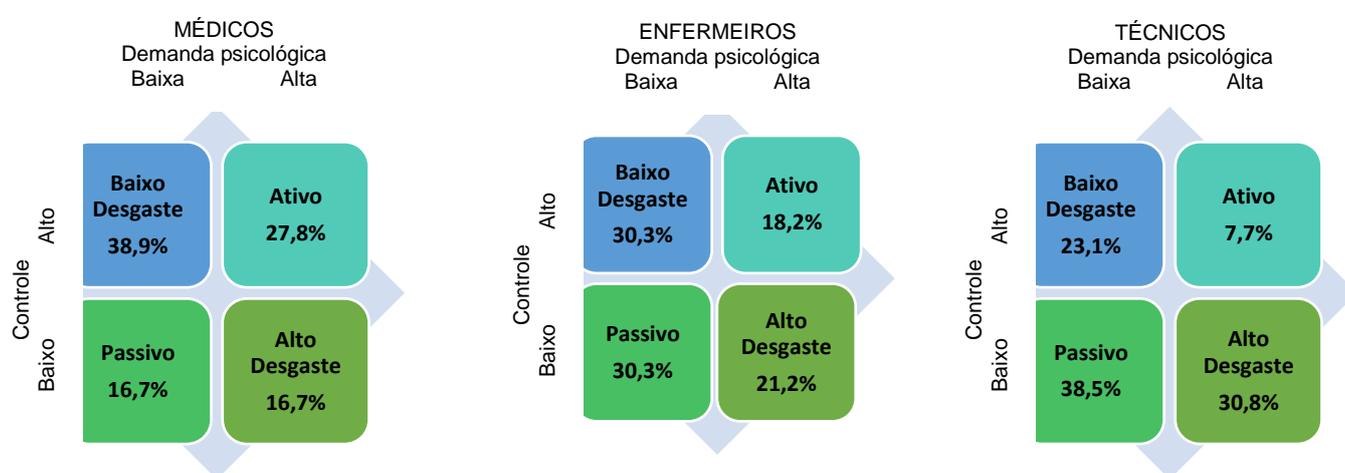


Figura 8. Modelo Demanda-Controle de Karasek por categoria profissional ($N = 65$).

Tanto os enfermeiros (76%) quanto os técnicos (62%) apresentaram percepção de terem baixo apoio social. Segundo Theorell e Karasek (1996), a integração social, a confiança no grupo, a ajuda na realização das tarefas por parte de colegas e superiores, ou seja, o apoio social pode agir como moderador dos efeitos nocivos do trabalho sobre a saúde (Schmidt, 2013).

Para a análise de confiabilidade do Inventário de Estratégias de *Coping*, considerando valores com *Alfa de Cronbach* acima de 0,61 como adequados, obteve-se o coeficiente de 0,864 para o total dos fatores. De acordo com os resultados da pesquisa, todos os oito fatores propostos por Lazarus e Folkman (1984) foram evidenciados e todos os sujeitos envolvidos na pesquisa (100%) utilizaram cada uma das estratégias.

Na Tabela 9 são apresentadas a mediana, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo, extraídos após a aplicação do instrumento, por fator de *coping*. Como é possível se observar, todos os fatores do inventário obtiveram médias congruentes com os valores das medianas esperadas.

Tabela 9
Inventário de Estratégias de Coping por fatores: mediana, média, desvio padrão e escores mínimo e máximo

	Mediana esperada	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	n
Confronto	10	10,55	2,844	6	17	62
Afastamento	10	10,74	2,586	6	16	62
Autocontrole	16	15,73	3,117	8	23	59
Suporte Social	14	14,34	2,733	8	20	59
Aceitação de Responsabilidade	7	7,12	2,499	4	13	59
Resolução de Problema	16	15,61	3,596	8	22	59
Reavaliação Positiva	18	17,66	4,153	8	28	62
Fuga-Esquiva	11	11,97	3,973	8	22	58

A Tabela 10 apresenta as médias e desvios padrão, tal qual cada grupo da amostra, obtidos por meio da análise de cada uma das oito estratégias de enfrentamento.

Tabela 10
Fatores do Inventário de Estratégias de Coping por categoria profissional

	Enfermagem	Medicina	Técnico de Saúde	Total Geral
Confronto	1,78 +/- 0,46	1,61 +/- 0,44	1,90 +/- 0,51	1,75 +/- 0,47
N	32	18	12	62
Afastamento	1,76 +/- 0,44	1,75 +/- 0,35	1,91 +/- 0,49	1,79 +/- 0,43
N	32	18	12	62
Autocontrole	1,77 +/- 0,60	1,55 +/- 0,77	1,31 +/- 0,55	1,63 +/- 0,66
N	32	17	10	59
Suporte Social	2,42 +/- 0,42	2,27 +/- 0,49	2,48 +/- 0,48	2,38 +/- 0,45
N	31	18	10	59
Aceitação de Responsabilidade	1,82 +/- 0,59	1,55 +/- 0,52	1,97 +/- 0,77	1,77 +/- 0,62
N	30	17	12	59
Resolução de Problema	2,60 +/- 0,59	2,62 +/- 0,55	2,54 +/- 0,72	2,60 +/- 0,59
N	29	18	12	59
Reavaliação Positiva	2,56 +/- 0,62	2,41 +/- 0,52	2,58 +/- 0,63	2,52 +/- 0,59
N	32	18	12	62
Fuga-Esquiva	1,51 +/- 0,48	1,35 +/- 0,48	1,67 +/- 0,51	1,49 +/- 0,49
N	30	17	11	58

Consoante as respostas de todos os participantes deste estudo, as estratégias de enfrentamento mais utilizadas, sucessivamente, foram: ‘Resolução de Problema’ (M = 2,60), ‘Reavaliação Positiva’ (M = 2,52) e ‘Suporte Social’ (M = 2,38). O Quadro 1 apresenta as estratégias mais e menos utilizadas por fator.

Fatores	Mais Utilizada	Menos Utilizada
Confronto	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.
Afastamento	Procurei encontrar o lado bom da situação.	Fiz como se nada tivesse acontecido.
Autocontrole	Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.
Suporte Social	Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	Procurei ajuda profissional.
Aceitação de Responsabilidade	Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	Compreendi que o problema foi provocado por mim.
Resolução de Problema*	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.*	Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.
Reavaliação Positiva	Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	Encontrei novas crenças.
Fuga-Esquiva**	Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	Esperei que um milagre acontecesse.**

Quadro 1. Estratégias de *Coping* mais e menos utilizadas por fator.

* mais utilizada ** menos utilizada.

Analisando-se os respondentes por grupo (médicos, enfermeiros e técnicos), identifica-se que são as mesmas as estratégias utilizadas com maior frequência. Para o grupo de médicos, as três estratégias mais empregadas são as mesmas e na mesma sequência. A estratégia de ‘resolução de problema é a mais utilizada por médicos (M = 2,62), seja no manejo de situações críticas para que possam evitar problemas futuros, seja para buscar outros meios de intervenção, objetivando resolver a situação (Cano & Moré, 2016; Isikhan, Comez, & Danis, 2004). O enfrentamento por meio de ‘Resolução de Problemas’, é considerada uma estratégia centrada no problema em que o sujeito delinea o problema e analisa as alternativas para obtenção do resultado, e estipula um plano de ação (Lazarus & Folkman, 1984).

Em segundo lugar, aparece a ‘reavaliação positiva’ (M = 2,41), demonstrada em atitudes de reavaliação de situações da *práxis* em medicina, valorizando a experiência de

trabalho como uma oportunidade de outra percepção de vida (Cano & Moré, 2016). O estudo de Cano e Moré (2016) revela que as ressignificações das situações cotidianas no exercício médico e também dos eventos da vida privada são relatadas pelos médicos que reconhecem um sentido de uma maior valorização da vida, graças a oportunidade de lidar com uma doença grave, com a dor e a morte dos pacientes. É considerada uma estratégia cognitiva em que o indivíduo aceita a realidade e busca encontrar novas formas de ver a situação ou focalizar os aspectos positivos existentes para amenizá-la, para redimensionar o estressor por meio da redução do peso emocional envolvido (Lazarus & Folkman, 1984).

A terceira estratégia mais utilizada por médicos é o ‘suporte social’ ($M = 2,27$). É uma tática bastante utilizada para lidar com as situações que evocam estresse no ambiente de trabalho (Balbay et al., 2011; Cano & Moré, 2016; Isikhan, Comez, & Danis, 2004; Nowakowski et al., 2015). Quando têm que lidar com a morte de um paciente, preferem ter o suporte de parceiros, membros da família ou algum colega, ou seja, pessoas de confiança que demonstrem empenho, valorização e afeto, o que significa que, neste caso, os médicos recorrem às pessoas de sua rede social para obter apoio emocional (Granek et al., 2013). Pode ser considerada uma estratégia centrada na emoção, como na busca por suporte emocional, quanto centrada no problema, como procurar mais informações com outras pessoas da rede (Lazarus & Folkman, 1984).

Para o grupo de enfermeiros, as estratégias mais evidenciadas foram: ‘Resolução de Problema’, ‘Reavaliação Positiva’ ($M = 2,56$) e ‘Suporte Social’ ($M = 2,42$). Porém, para o grupo de técnicos, a ordem se altera: ‘Reavaliação Positiva’ ($M = 2,58$), ‘Resolução de Problema’ ($M = 2,54$) e ‘Suporte Social’ ($M = 2,48$). Ou seja, para os técnicos, a estratégia de ‘Reavaliação Positiva’ é utilizada com mais frequência que a ‘Resolução de Problema’.

A estratégia de ‘Resolução de Problema’ ($M = 2,60$), classificada como *coping* focado no problema (Lazarus & Folkman, 1984), também foi identificada como uma das mais

utilizadas por enfermeiros em outros estudos (Benetti et al., 2015; Gillman et al., 2015; Ilic et al., 2017; Lages et al., 2011; Rodrigues & Chaves, 2008; Zander et al., 2010).

A estratégia de ‘reavaliação positiva’, embora não seja direcionada à resolução do problema, permite que a aceitação da realidade e a descoberta dos aspectos positivos redimensionem o estressor e tragam equilíbrio emocional necessário para uma nova ação; é uma das estratégias mais utilizadas por enfermeiros e técnicos, que tendem a sofrer com a sobrecarga de demandas existente no ambiente de trabalho (Benetti et al., 2015; Gillman et al., 2015; Lages et al., 2011; Moraes et al., 2016).

Especificamente, o fator ‘suporte social’ foi também enumerado em outros estudos (Benetti et al., 2015; Gillman et al., 2015; Ilic et al., 2017; Moraes et al., 2016). Uma revisão de literatura sobre enfrentamento e resiliência em enfermeiros que trabalham em oncologia pediátrica, publicada em 2010, identificou 14 outros estudos que evidenciavam esta forma de enfrentamento (Zander et al., 2010). Com frequência o suporte oferecido aos enfermeiros não surge de um procedimento formal. O fenômeno de partilhar confidências com a equipe de trabalho ocorre porque os enfermeiros sentem que seus colegas podem entender melhor suas experiências, no entanto, alguns podem precisar compartilhar com amigos e família para ter uma outra perspectiva dos acontecimentos (Zander et al., 2013). A estratégia mais utilizada entre as de ‘suporte social’ foi ‘Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação’ e a menos, ‘Procurei ajuda profissional’, o que pode indicar uma falta de suporte formal nas organizações (Tabela 11).

Uma pesquisa realizada em 2017 (Ilic et al., 2017) com médicos e enfermeiros – sobre riscos psicossociais relacionados ao trabalho em emergência hospitalar – identificou que os recursos pessoais dos respondentes, expressos como valores em escalas que medem *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção, alcançaram escores altos, propondo ser possível que a forma de enfrentamento praticado por ambos os grupos da amostra consiga

manter a resposta ao estresse em limites mínimos, mesmo com demandas crescentes e riscos psicossociais no trabalho, o que é corroborado por outros estudos similares (Benetti et al., 2015; Rodrigues & Chaves, 2008; Zander et al., 2013). Não é demais lembrar que o benefício obtido por todas estas estratégias depende do conteúdo e do tipo de estresse enfrentado; é a situação que determina o padrão para estratégias de *Coping* (Lazarus & Folkman, 1984; Savóia, Santana, & Meijas, 1996).

A Escala de Resiliência foi respondida por 62 participantes. A análise da consistência interna do instrumento (*Alpha de Cronbach*) nesse estudo atestou para o conjunto de vinte cinco itens $\alpha = 0,865$ (superior a 0,6), revelando a confiabilidade da escala (Corrar, Paulo, & Dias Filho, 2011).

Os escores máximo e mínimo obtidos, a mediana, a média e o desvio padrão, após a aplicação da escala, estão descritos na Tabela 11. A média alcançada foi pouco inferior à mediana esperada ($M = 138$). O valor mínimo de escore foi 88 e o máximo foi 169.

Tabela 11

Escala de Resiliência– escores, mediana, média e desvio padrão

Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	n
139,00	138,00	15,10	88,0	169,0	62,0

Com base nos procedimentos de análise propostos por Pesce et al. (2005), 30,65% do total de participantes ($n = 19$) foi classificado com ‘Alta Resiliência’, 53,23% ($n = 33$), com ‘Média Resiliência’ e 16,12% ($n = 10$) com ‘Baixa Resiliência’, conforme indicado na Figura 9. Considerando-se que escores de 124 a 145 representam média resiliência e acima de 145 alta resiliência, 82,88% da amostra foi classificada como resiliente (de média para alta resiliência).

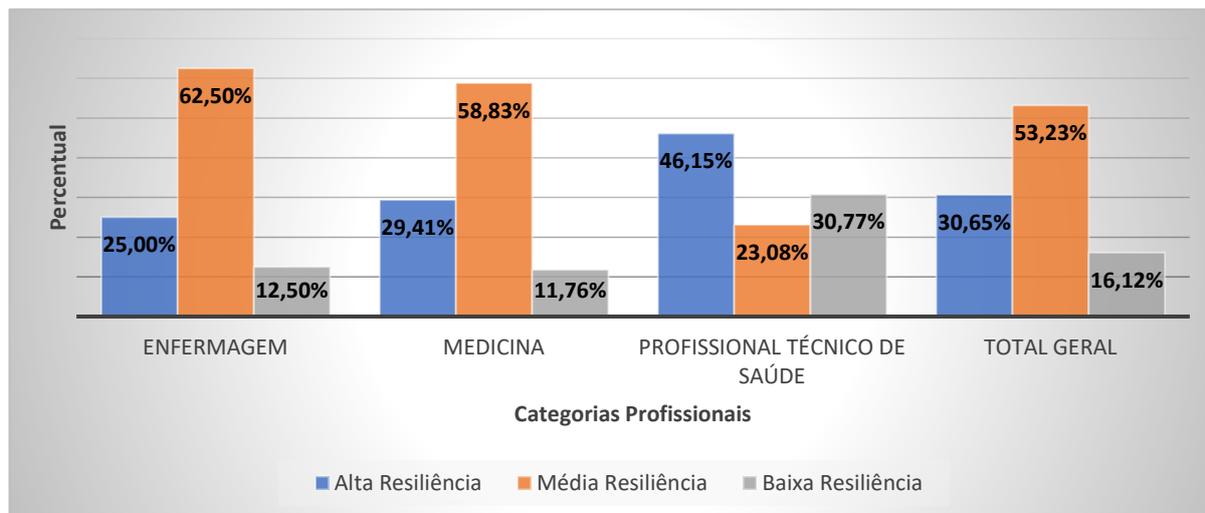


Figura 9. Escores de resiliência por categoria profissional.

Ao se analisar os dados relativos aos grupos que compõem a amostra (médico, enfermeiros e técnicos), Figura 9, constata-se que todos, 88,24% dos médicos (escores de média para alta resiliência), 87,50% dos enfermeiros (escores de média para alta resiliência), e 69,23% dos técnicos (escores de média para alta resiliência), são apontados como resilientes. O indivíduo resiliente é capaz de recuperar o equilíbrio emocional após a adversidade e aprender com a experiência tornando-se mais forte e preparado (Wagnild & Young, 1993). Levando em conta somente os aspectos pessoais, sem desconsiderar a influência dos fatores ambientais, a elevada resiliência é considerada como fator de proteção para o estresse e para a síndrome de *burnout* (Eley et al., 2013).

A alta resiliência é considerada um processo que gera, catalisa ou coloca em ação uma “cascata” (termo utilizado pelo autor) positiva de experiências, na qual indivíduos muito resilientes parecem experimentar maior engajamento em eventos positivos diários, o que pode ter efeitos significativos no humor positivo (Ong, Bergeman, & Chow, 2010).

Apesar dos valores ainda não preocupantes em termos de Saúde Ocupacional, note-se que existem já 16,12% da amostra com resiliência reduzida, o que no atual contexto de mudanças frequentes no ambiente de trabalho, constitui um alerta. Assim, intervenções devem

ser pensadas, pois contribuem para a gestão do estresse e são promotoras de fatores de proteção para os trabalhadores. Uma revisão sistemática sobre estratégias para promover *coping* e resiliência em oncologia e cuidados paliativos (Gillman et al., 2015), concluiu que esta promoção pode ser implementada pelas organizações, informalmente, ao incentivar o bom relacionamento das equipes e atividades sociais, bem como promover suporte formal que possibilite o compartilhamento de experiências.

A resiliência é uma competência que envolve estabilidade interna, consciência e flexibilidade e pode ser aprendida, em outras palavras, todo indivíduo tem uma predisposição à resiliência, que pode ser desenvolvida (Wagnild & Young, 1993). O enfrentamento das adversidades (estresse) presentes no contexto laboral em saúde com o desenvolvimento de projetos de implementação de resiliência é uma meta de suma importância para a saúde ocupacional.

4.1.2. Dados comparativos e correlacionais

A análise, obtida pelo teste de Spearman, entre os fatores da *Job Stress Scale*, Inventário de Estratégias de *Coping* e Escala de Resiliência (Tabela 12) teve por finalidade estabelecer possíveis correlações entre as variáveis.

A análise correlacional, para essa amostra, revelou valores significativos entre as variáveis ‘*JSS*demanda psicológica’ e ‘*JSS*apoio social’ ($r = -0,279$; $p = 0,027$), indicando que o apoio social funciona como moderador da demanda psicológica sofrida pelo trabalhador de oncologia da amostra, corroborando o que é descrito na literatura e, também significativos entre ‘*JSS*controle’ e ‘*JSS*apoio social’ ($r = 0,321$; $p = 0,010$), o que leva a uma inferência que quanto maior o apoio social recebido pelo trabalhador de oncologia, mais ele se percebe no controle dos processos de trabalho. O controle relaciona-se a uma diminuição do estresse sofrido pelo empregado, o que conseqüentemente propicia uma melhor saúde ocupacional.

Ao se examinar os fatores da JSS e os fatores do IEC, pode-se perceber uma correlação negativa entre ‘JSScontrole’ e ‘IECfuga-esquiva’ ($r = -0,370$; $p = 0,005$).

O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis foi utilizado para identificar as diferenças dos perfis dos grupos da amostra. Constatou-se a existência de distinção estatisticamente significativa ($\text{sig}=0,032$) entre médicos e técnicos de saúde em relação ao fator ‘controle’ do JSS (Figura 10). Este dado é confirmado pela oposição apresentada no fator ‘controle’ da JSS entre as duas classes, onde 67% dos médicos têm alto controle em oposição a 69% dos técnicos de saúde que têm baixo controle. Dados semelhantes foram levantados por Negromonte (2010) em seu trabalho sobre o estresse, enfrentamento e trabalho em equipe dos profissionais de saúde frente à dor do paciente, em que médicos fazem parte da primeira categoria que afirmou possuir mais controle sobre seu processo de trabalho e os técnicos de enfermagem fazem parte da última categoria.

Amostra 1 - Amostra 2	Estatística de Teste	Std Erro	Erro		
			Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Técnico de Saúde - Enfermeiro	8,22	6,02	1,365	0,172	0,516
Técnico de Saúde - Médico	17,066	6,692	2,55	0,011	0,032
Enfermeiro - Médico	-8,846	5,387	-1,642	0,101	0,302

Figura 10. Teste de Kruskal-Wallis: Identificação de diferença entre as categorias Técnico de Saúde e Médico em relação à variável ‘controle’.

Quando se analisa a correlação entre a *Job Stress Scale* e o Inventário de Estratégias de *Coping* em relação à Escala de Resiliência (Tabela 12), pode-se depreender valores significativos entre as variáveis ‘JSSapoio social’ e ‘resiliência’ ($r = 0,271$; $p = 0,034$). O apoio social, terceira dimensão do modelo de Karasek (1979), age como mediador entre o estresse do ambiente do trabalho, os níveis de decisão e habilidades do indivíduo sobre o próprio trabalho e a saúde ocupacional. Essa mediação pelos chefes e colegas de trabalho (apoio social)

relaciona-se ao conceito de resiliência, mais especificamente ao fator de proteção ‘suporte social’. Uma pesquisa sobre resiliência na área de saúde (Sousa, 2014) confirmou que existe relevância do suporte social (fator de proteção) para promoção da saúde dos trabalhadores de saúde. Observam-se valores significativos também entre ‘IECresolução de problema’ e ‘resiliência’ ($r=0,312$; $p=0,017$). A estratégia ‘resolução de problema’ pressupõe o planejamento e assertividade para lidar com o estressor e alterar a situação, é uma estratégia de *coping* focada no problema (Lazarus & Folkman, 1984). Os conceitos de independência, decisão, poder, e inteligência, que compõem o constructo resiliência (Wagnild, 2009), são coerentes com o que o indivíduo necessita para planejar e resolver problemas. Por último, ficaram evidentes valores significativos entre as variáveis ‘IECfuga-esquiva’ e ‘resiliência’ ($r = -0,258$; $p = 0,053$). A perseverança como base conceitual da resiliência – ato de persistência apesar da adversidade, habilidade de continuar apesar dos contratemplos (Wagnild, 2009) – coloca-se em oposição à definição de fuga-esquiva. Os dados sugerem que quanto mais o trabalhador tentar escapar do fator estressante, menos resiliente será sua trajetória.

Para entender o impacto destes três fatores que se correlacionaram com a variável dependente ‘resiliência’ (‘JSSApoioSocial’, ‘IECResoluçãodeProblema’, ‘IECFuga-Esquiva’), para a amostra do estudo, foi realizada uma regressão. O resultado foi um $R= 0.535$, ou seja, o modelo com essas três variáveis explica aproximadamente 53,5% do resultado obtido pela resiliência para essa amostra (Tabela 13).

Tabela 13

Regressão dos três fatores: JSSApoioSocial, IECResoluçãodeProblema, IECFuga-Esquiva para medir o impacto na Resiliência

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,535 ^a	0,286	0,243	13,365	1,872

a. Preditores: (Constante), IECFuga-Esquiva, JSSApoioSocial, IECResolução

b. Variável dependente: Resiliencia

Análise: R = 0.535

O teste ANOVA (Tabela 14) mostrou-se significativo ($Sig = 0.001 < 0.05$), o que faz com que o modelo explique a resiliência de modo consistente. Logo, uma das variáveis selecionadas ('JSSApoioSocial', 'IECResoluçãodeProblema', 'IECFuga-Esquiva') explica de forma satisfatória a resiliência. Por meio da correlação par-a-par (Tabela 15), identificou-se qual o fator que tem maior impacto na variável resiliência.

Tabela 14
Teste ANOVA

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	Sig.
1	Regressão	3577,467	3	1192,489	6,676	,001 ^b
	Resíduos	8930,626	50	178,613		
	Total	12508,093	53			

a. Variável dependente: Resiliencia

b. Preditores: (Constante), IECFuga-Esquiva, JSSApoioSocial, IECResolução

Análise: Sig = 0.001 (<0.05)

Modelo explica significativamente a resiliência logo, alguma das variáveis selecionadas explica de forma satisfatória a Resiliência.

O valor de Beta = 0,244/0,251/-0,414 e B = 1,225/6,646 /-12,645 (Tabela 15) apontou que aumentar um ponto na média de ‘IECFuga-Esquiva’ diminui o escore da variável ‘resiliência’ em 12,645, ou seja, este é, dos três fatores, o de maior impacto na resiliência (negativo).

Tabela 15
Correlações par-a-par: teste de Spearman para análise do fator de maior impacto em relação à variável resiliência

Modelo	Coeficientes ^a												
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	Intervalo de confiança 95,0% para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade		
	B	Modelo padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF	
(Constante)	116,591	14,374		8,111	0	87,72	145,463						
1 JSSApoioSocial	1,225	0,606	0,244	2,023	0,048	0,009	2,442	0,294	0,275	0,242	0,984	1,016	
IECResolução	6,646	3,217	0,251	2,066	0,044	0,184	13,107	0,211	0,28	0,247	0,964	1,037	
IECFuga-Esquiva	-12,645	3,708	-0,414	-3,41	0,001	-20,092	-5,197	-0,39	-0,434	-0,407	0,97	1,031	

a. Variável dependente: Resiliencia

Análise: Sig = 0.48 / 0.44 / 0.01 (<0.05)

Análise: Beta = 0.244 / 0.251 / -0.414

Análise: B = 1.225 / 6.646 / -12.508

Análise: Tolerância / VIF - Ok

As variáveis analisadas não são colineares entre si e foi constatada uma ausência de *outliers*, portanto, o modelo de regressão está aderente, é válido. Foi atestada também, a homocedasticidade do modelo.

4.2. Segunda Etapa: Grupo Focal *Online*

Na Segunda Etapa desse estudo, realizou-se o grupo focal online que contou com a participação de quatro enfermeiros e dois técnicos de enfermagem, tendo a maioria do sexo feminino ($n = 5$). Quanto ao tempo de trabalho em Oncologia, variou de dois anos e dois meses (entre estágio na área e efetivação) a 20 anos.

A seguir serão descritos e analisados os dados resultantes do grupo focal online. Os extratos de verbalizações dos participantes coletados no grupo focal *online* foram agrupados em quatro categorias de acordo com a semelhança semântica das respostas, objetivando sistematizar a análise de conteúdo realizada (Bardin, 2011). A categorização (Quadro 2) foi empregada para alcançar os elementos essenciais, ou seja, agrupar elementos, ideias ou

CATEGORIA 1	CATEGORIA 2	CATEGORIA 3	CATEGORIA 4
Características do Trabalho	Caracterização do Estresse	Estratégias de Enfrentamento	Resiliência
SUBCATEGORIAS			
Escolha da Profissão	Demanda psicológica	Suporte Social	
Característica do Trabalho em Oncologia	Controle	Religiosidade/Espiritualidade	
Sentimentos em Relação ao Trabalho	Apoio Social	Reavaliação Positiva	
Percepção do Ambiente do Trabalho		Resolução de Problema	
		Autocontrole	
		Afastamento	
		Lazer	

expressões em torno de um conceito.

Quadro 2. Categorização do grupo focal *online*.

Nos relatos que exemplificam as categorias e subcategorias, os participantes foram identificados com as três letras iniciais correspondentes à profissão exercida, seguida uma representação numérica de participação no grupo.

Categoria 1 - Características do trabalho.

Na primeira categoria, foram agrupados os extratos de fala que expõem os fatores relacionados à escolha da profissão e forma como percebem o trabalho. Em seguida, foram selecionadas que expressam os sentimentos que permeiam a atuação em oncologia. Por fim, as falas que expressam como reconhecem o ambiente em que trabalham. Os temas que compõem essa categoria são: escolha da profissão, características do trabalho em Oncologia, sentimentos em relação ao trabalho e percepção do ambiente do trabalho.

Subcategoria 1: Escolha da profissão

ENF2: “Trabalhar em oncologia para mim é um prazer...”

ENF3: “A oncologia que me escolheu e hoje sou super feliz com o que trabalho.”

ENF1: “Eu também fui escolhida.”

ENF4: “Também fui escolhida pela oncologia. Esse ano faço 25 anos de graduada e 20 é da oncologia.”

TEC5: “Continua sendo uma escolha pessoal trabalhar em oncologia. ”

As narrativas exprimem que a escolha profissional dos trabalhadores de saúde nem sempre de forma consciente, mas estão satisfeitos, mesmo aqueles que estão na oncologia “porque foram escolhidos por ela”. A escolha profissional e o tempo de permanência na área parecem estar associados à satisfação no trabalho, o que ajuda a diminuir o impacto de estressores (Theme Filha et al., 2013). O ‘gostar do que faz’ também foi apontado como o principal motivador para a escolha e permanência na profissão do estudo de Sousa (2014). Os fatores que contribuíram para a escolha profissional parecem estar associados aos altos escores no fator do IEC de reavaliação positiva tanto dos enfermeiros ($M = 2,56$; $DP = +/- 0,62$), como dos técnicos ($M = 2,58$; $DP = +/- 0,63$), já que é a estratégia de enfrentamento relacionada à criação de significados positivos (Lazarus & Folkman, 1984).

Subcategoria 2: Característica do trabalho em Oncologia

ENF1: “É muito desgastante, na terapia intensiva então, pelo menos no meu serviço, parece que enxugamos gelo...”

TEC5: “Trabalho que exige muita dedicação, ética, paciência, atualização de conhecimentos, protocolos e procedimentos, como também, muita psicologia de atendimento ao ser humano...”

Os segmentos de fala trazem como o trabalho em uma área muito dinâmica e em constante atualização de técnicas e conhecimento, pode causar sobrecarga. De acordo com Hylton (2015), os técnicos de saúde podem se beneficiar de programas de tutoria (*mentoring*) para ajudá-los a crescer no conhecimento específico da prática de oncologia. Expressam os sentimentos contraditórios vividos pelos profissionais. Lidar com o sofrimento do paciente em seu cotidiano, suscita do profissional questões e emoções de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente. Sua dificuldade em conviver com a tristeza de pacientes, familiares e colegas é um fator que gera estresse no ambiente de trabalho (Rodrigues & Labate, 2012).

Subcategoria 3: Sentimentos em relação ao trabalho

ENF2: “Empatia.”

ENF3: “Amor e paciência... Às vezes sinto tristeza.”

TEC6: “Muitas vezes somos pegos de surpresa e acabam perdendo a guerra, nessa hora vejo como odeio essa doença.”

ENF1: “Compaixão.”

TEC5: “Compaixão, amor próximo, tolerância, humildade, solidariedade... Cooperação, Paciência... Impotência, fragilidade, estresse, cansaço.”

As verbalizações de sentimentos contraditórios são presentes novamente. Por um lado, os que determinam a satisfação e a permanência na oncologia. Por outro, o desgaste, cansaço, tristeza, na difícil convivência com as situações limites da profissão. O estresse ocupacional em oncologia foi associado à exposição contínua à tristeza, afetando os trabalhadores de forma negativa (Koo et al., 2013; Rodrigues & Labate, 2012). O sentimento provocado por este cenário, se traduz em impotência, frustração e revolta, com frequência (Kóvacs, 2010).

Subcategoria 4: Percepção do ambiente do trabalho

TEC6: “É um lugar acolhedor, que cuida não só da doença mas do paciente e do familiar, oferece um tratamento excepcional com uma equipe multidisciplinar muito bem preparada. Um ambiente limpo, e tranquilo.”

ENF1: “Equipe reduzida, carga horária e falta de processo de trabalho estabelecido (falta de gerenciamento).”

TEC5: “Ter um ambiente de trabalho acolhedor e humanizado, nos ajudam e nos guiam no nosso dia a dia, que inevitavelmente, vai de encontro e ao encontro dos interesses da empresa.”

ENF2: “O ambiente para o profissional Onde trabalho é muito bom, parecemos uma grande família kkk temos uma comunicação efetiva, com todos da equipe tendo o paciente e o familiar como centro do cuidado. Psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, equipe de Enfermagem e médica.”

A percepção dos participantes sobre o ambiente de trabalho envolve relatos sobre a equipe, o que demonstra como esta é uma questão importante do ponto de vista da gestão da saúde ocupacional. Os extratos de falas sobre comunicação corroboram o que apareceu nos resultados sobre comunicação do questionário sociodemográfico, em que a comunicação

com colegas ou chefias acontece de forma mista e diversificada: 92,31% expressam de forma verbal presencial; 76,92% usam o telefone; 70,77% utilizam *e-mail*; e 78,46% utilizam o *WhatsApp*, um popular aplicativo para telefones celulares.

Categoria 2 - Caracterização do estresse

A segunda categoria descreve a percepção dos profissionais em relação ao estresse da profissão. As subcategorias correspondem aos fatores descritos por Karasek no modelo Demanda-Control-Apoio Social. Essa categoria traz relatos de como que esses profissionais percebem as demandas psicológicas e o controle (quando existentes) na atuação profissional. A última subcategoria faz menção ao apoio social. Os temas que compõem essa categoria são: demanda psicológica, controle e apoio social.

Subcategoria 1: Demanda psicológica

TEC5: “É um trabalho que vai além do local de labuta.”

TEC5: “...tendo em vista a carga energética que a profissão exige.”

As expressões exemplificam o quanto o estresse ocupacional experimentado pelas equipes de Oncologia demanda destes profissionais energia suficiente para confrontar os desafios e não adoecer, segundo vários autores (Alacacioglu et al., 2008; Balbay et al., 2011; Sousa & Araujo, 2015).

ENF1: “Difícil pra mim é ver um paciente em cuidados de fim vida e vc presencia o duelo do corpo e espírito.”

TEC6: “É difícil ver uma pessoa perder a vida precocemente....”

Para Kóvacs (2010), o profissional que trabalha na área de saúde rapidamente reconhece que a dor e a morte estão presentes no seu cotidiano. O sentimento de desamparo devido à morte dos pacientes tem sido descrito como um dos estressores responsável pelo

aumento do risco de adoecimento por trabalhadores em oncologia (Balbay et al., 2011; Marine et al., 2006; Sousa & Araujo, 2015; Vachon & Butow, 2015).

ENF1: “Eu penso que se temos um serviço organizado isso nos ajuda bastante... Acho que a estrutura contribui muito. Aqui aonde trabalho, não há essa estrutura de ter uma equipe que aborde a família e lhe de suporte essa é a realidade da terapia intensiva, no ambulatório é diferente.”

ENF3: “Pressão (cobranças); Carga de trabalho; Enfrentamento dos desafios com os pacientes.”

TEC5: “Os fatores que mais geram estresse: - Carga horária excessiva; - fofoca no trabalho;- injustiça... Injustiça na relação subordinado e chefia”

TEC5: “Gostaria de enfatizar que a grande carga de trabalho e seus desdobramentos, como, pressão , cobrança, não valorização profissional, que enfrentamos nas empresas, é fator decisivo no como trabalhar em nosso dia dia, como nos afeta.”

Os estressores estão presentes em: falta de organização, cobrança, carga de trabalho, jornadas excessivas e dificuldades gerenciais são presentes. Fica demonstrado o quanto o ambiente organizado, calmo e agradável é desejado para o bom desenvolvimento do trabalho. O sofrimento da equipe de serviços em oncologia pode ser modificado se também forem consideradas algumas causas como ligadas à organização e carga de trabalho, e ao tipo de gestão (Colombat et al., 2011; Sehlen et al., 2009). Quanto à jornada de trabalho, 53,85% dos técnicos e 52,94% dos enfermeiros cumprem uma jornada superior a 40 horas semanais, tendo como agravante o fato de que 38,46% dos técnicos e 50% dos enfermeiros fazem mais de quatro plantões por mês. A sobrecarga de trabalho é apontada na literatura como uma das principais fontes de estresse ocupacional, em que as longas jornadas de trabalho podem ser suportadas por algum tempo sem acarretar em efeitos nocivos para a

saúde do trabalhador (Borteyrou, Truchot, & Rascle, 2014; Cavalheiro, 2008; Colombat et al., 2011; Sousa, 2014; Sehlen et al., 2009). Vale ressaltar que a sobrecarga de trabalho pode ser suportada temporariamente se associada ao encorajamento ou reconhecimento profissional (Colombat et al., 2011), o que parece faltar para o TEC5.

Subcategoria 2: Controle

ENF1: “Os momentos difíceis a sensação é de impotência, as vezes de que realmente o Tudo feito foi o limite.”

TEC6: “... sei que não posso interferir na vontade divina, mas os sentimentos ruins são inevitáveis, ...”

ENF3: “...eu aceito a opinião da família e não interfiro na decisão deles. Não temos como mudar algumas situações...”

ENF2: “...Isso é que mais me dói, quando o paciente ou o familiar desiste de lutar contra o câncer.”

TEC5: “A dor das famílias, o “insucesso do tratamento”, não poder se tratar por questões diversas, inclusive, financeiras... São situações difíceis.”

As narrativas corroboram o que foi indicado pela avaliação na *Job Stress Scale* em que foi retratado baixo controle do processo de trabalho para enfermeiros (52%) e técnicos (69%). Porém, cabe ressaltar que no caso dos que trabalham em Oncologia, o controle surge disfarçado em situações limite sobre as quais os profissionais não têm controle e que são vivenciadas cotidianamente.

Subcategoria 3: Apoio social

ENF1: “... Ter uma equipe coesa então”

ENF4: “Falta de compromisso dos membros da equipe, Equipe reduzida, Carga

horária pesada.”

As verbalizações dos profissionais são coerentes com o apresentado pelos escores da JSS que indicou baixo apoio social para enfermeiros (76%) e técnicos (62%). É um dado significativo, tendo em vista que é uma situação que pode repercutir negativamente no ambiente de trabalho. Um estudo indicou que a percepção de apoio interprofissional pode facilitar o processo de tomada de decisão em equipe, bem como influenciar positivamente nas condições de trabalho e no serviço prestado pelos profissionais de saúde (Queiroz & Araujo, 2009).

Categoria 3 - Estratégias de Enfrentamento

A terceira categoria descreve as verbalizações sobre estratégias de enfrentamento diante das adversidades percebidas na atuação profissional. Os temas que compõem essa categoria são: suporte social, religioso, reavaliação positiva, resolução de problemas, autocontrole, afastamento e lazer.

Subcategoria 1: Suporte social

ENF2: “... E mesmo com os tratamentos conseguiu vencer ... Ele chega lá todo mês com um sorriso no rosto!”

TEC6: “...também converso com profissionais que trabalham comigo, as vezes com amigos,...”

ENF2: “...No ambulatório a equipe é bem unida...”

ENF4: “Com os colegas. Faço parte de um grupo de humanização. Nos reunimos toda sexta a tarde. Discutimos os problemas e procuramos estratégias para resolver, aliviar a dor do outro e com isso drenar os maus sentimentos....Inclusive para entendermos nossos limites... Discutindo como estou agora e como devo fazer para aliviar. Vamos soltando a

nossa dor nas rodas de conversas.”

ENF3: “Se vejo que tive dificuldade em algum momento peço auxílio pra alguém dentro da instituição que tenha mais experiência do que eu.”

TEC5: “Dessa forma, em grupos, trocamos experiências, vamos aprendendo e se aperfeiçoando nas mais diversas situações do cotidiano de nossas vidas.”

Para o grupo de enfermeiros a estratégia de enfrentamento ‘Suporte Social’ (M = 2,42) foi uma das três mais utilizadas, segundo o IEC. E para o grupo de técnicos também (M = 2,48). Essa estratégia, definida pela existência ou disponibilidade de uma rede social de apoio (amigos, familiares, colegas de trabalho) em quem o profissional pode confiar. Interessante notar que a resiliência dos pacientes também é percebida como suporte social (ENF2). O suporte social é uma variável importante para o bem-estar, atuando como moderador do estresse em contextos relacionados ao processo saúde-doença, o que explica o efeito na saúde e nos modos de enfrentamento que desempenham, de forma indireta, o evento estressor ou a frequência de situações de estresse. O suporte social recebido no trabalho manifesta-se por meio da cooperação e compreensão entre os colegas e da atenção e do reconhecimento gerencial (Paschoal, Torres, & Porto, 2010; Seidl, Zannon, & Tróccoli, 2005; Silva, 2016).

Subcategoria 2: Religiosidade/Espiritualidade

TEC5: “... exige do profissional que ele busque também seu fortalecimento espiritual e emocional...”

ENF4: “A oncologia é um lugar de milagres...”

TEC6: “Aceito... Dói, mas não podemos intervir na vontade divina.”

ENF2: “Sou uma pessoa muito espiritual... Então sempre oro tanto por eles quanto pela minha equipe e por mim...”

A dimensão religiosa pode estar associada à estratégia de enfrentamento de reavaliação positiva (Lazarus & Folkman, 1984) que foi uma das três mais utilizadas pela amostra. A espiritualidade foi associada a um escore menor de *burnout* em um estudo em um serviço de radioterapia em Ontário, Canadá (Koo et al., 2013). Percebe-se que o enfrentamento religioso/espiritual (ERE) não foi contemplado na etapa do *survey online*, mas aparece com uma das estratégias utilizadas pelos profissionais de oncologia. Ele envolve a adoção de estratégias cognitivas ou comportamentais que utilizam a fé ou a religião para lidar com o estresse (Gobatto & Araujo, 2013).

Subcategoria 3: Reavaliação Positiva

ENF2: “O interessante de trabalhar na oncologia. E que por mais complexo que seja os nossos pacientes que em uma Unidade de Internação parecem pacientes de semi intensiva.”

ENF4: “De ter a certeza de que fiz algo para aliviar o sofrimento, curar alguém...”

TEC6: “Para mim é um novo aprendizado a cada dia...”

ENF4: “... na dor (e essa é inevitável) pensar que fiz algo para aliviar me conforta.”

ENF3: “Tento sempre enxergar o lado positivo de tudo.”

As estratégias de enfrentamento utilizadas com maior frequência por enfermeiros, segundo o IEC, são: ‘Resolução de Problema’ (M = 2,60) e ‘Reavaliação Positiva’ (M = 2,56). Para os técnicos também: ‘Reavaliação Positiva’ (M = 2,58) e ‘Resolução de Problema’ (M = 2,54). É interessante observar que a estratégia de ‘Reavaliação Positiva’ foi uma das mais utilizadas por técnicos e enfermeiros, pois permite que a descoberta dos aspectos positivos redimensione os estressores e traga equilíbrio emocional necessário para uma ação posterior, o que ajuda a enfrentar as demandas existentes no ambiente de trabalho (Benetti

et al., 2015; Gillman et al., 2015; Lages et al., 2011; Moraes et al., 2016). Pode ser considerada uma estratégia focada no sentido.

Subcategoria 4: Resolução de problemas

ENF3: “...Mas caso eles me permitam, eu tento, de uma melhor forma, dizer a eles que o mais ideal seria deixar o corpo daquele doente enfim descansar.”

ENF4: “Acreditando que posso ajudar ao próximo com as ferramentas profissionais e emocionais que disponho.”

O maior controle (avaliação secundária) está associado com maiores níveis de *coping* focado no problema, como: busca por informação; resolução de problema; e ação direta para resolver o problema (Folkman & Greer, 2000). A estratégia de enfrentamento ‘Resolução de Problemas’, não apareceu muito nas narrativas, apesar de ter se destacado como uma das três mais utilizadas pela amostra nos dados apurados pelo IEC.

Subcategoria 5: Autocontrole

ENF4: “Concordo com a ENF3. Lidar com a família em dor é muito complicado e requer muita paciência e amor ao próximo.”

ENF2: “... Não passo o que vivo para minha família...”

ENF3: “...A melhor maneira que encontrei é saber administrar meus sentimentos. Diariamente tento domina-los, se não uma hora o meu mundo desaba.”

O autocontrole aparece em vários dos extratos de fala dos profissionais, sendo considerado um fator de proteção (chamado de mediador) que pode interferir, positivamente, em uma situação adversa e que oferece risco, promovendo a resiliência (Bianchini & Dell’Aglia, 2006; Pesce et al., 2004).

Subcategoria 6: Afastamento.

ENF1: “Os profissionais vão investindo em esquece que aquela vida tem uma família e uma história, o importante é e que a cirurgia foi um sucesso.”

TEC6: “Sei que não posso me envolver muito, pois preciso me proteger sentimentalmente falando.”

Nesta amostra, o afastamento, não se revelou nos diálogos, o que é coerente com o resultado do IEC para enfermeiros (M = 1,76; DP = +/-0,44) e técnicos (M = 1,91; DP = +/-0,49), indicando que os profissionais não tentam se afastar das situações adversas com muita frequência. Ressalte-se que uma personalidade psicologicamente madura tem um perfil com baixa evitação, contribuindo para resiliência (Eley et al., 2013).

Subcategoria 7: Lazer

ENF2: “...e normalmente quando chego em casa tento não alimentar esses sentimentos, com hobbies e com a religião.”

ENF4: “Danço. Saio com os amigos e fico o máximo que posso com minha família.”

TEC6: “...também gosto muito de dançar... Duas vezes na semana lá eu deixo muita energia velha e troco por uma nova.”

ENF1: “Eu cuido muito do meu espiritual, tenho hobbies e estudo muito.”

Atividades físicas e de lazer estão entre algumas estratégias utilizadas por profissionais de saúde. É possível supor que o lazer forneça oportunidades de interação social e auxilie no sentimento de bem-estar, trazendo benefícios para a saúde e para o controle do estresse (Santos & Cardoso, 2010).

Categoria 4 - Resiliência

A última categoria apresenta as verbalizações tal como os profissionais vivenciam a resiliência psicológica.

ENF4: “...minha família paterna morre com câncer. Tenho que compartilhar... discutir, estabelecer estratégias para voltar fortalecida.”

ENF1: “Refletindo... Refletindo na atuação da equipe, na atuação dos pacientes, tem uns que nos dão um banho de sabedoria e força de vontade. Daí vejo aquilo que deu errado eu não posso repetir... E utilizo o que o paciente conseguiu desempenha de bom e tento me fortalecer com aquilo.”

ENF3: “Vejo tb se posso levar o que aprendi, naquela situação, para outras áreas da minha vida.”

ENF3: “Essas situações me trazem amadurecimento profissional e pessoal. Isso muito me fortalece. Vejo o quanto posso crescer como ser humano.”

TEC6: “Gratidão, tristeza, força, superação...”

A resiliência é um fenômeno dinâmico e ativo, de âmbito processual e relacional, moderado pelos fatores de risco e proteção. Nela a interação com o meio social e individual conduz a uma permanente reflexão e capacidade analítica para retomar aquilo que precisa ser refeito ou superado. Desse modo, ressalta-se a possibilidade de desenvolvimento deste fenômeno, por meio do relacionamento com pessoas significativas. Estes trabalhadores, como os enfermeiros em oncologia pediátrica de um dos estudos, utilizaram a reflexão sobre experiências pessoais e profissionais para se adaptarem a novas situações (Ribeiro, Mattos, Antonelli, Canêo, & Júnior, 2011; Rooke, 2017; Zander et al., 2013).

O trabalhador da oncologia pode lidar com a adversidade por meio da ressignificação. Focar em conceitos como a resiliência redireciona a visão dos serviços de saúde para reconhecer fortalezas e desenvolver estratégias para promover capacidades que já existem.

A resiliência sugere força interior, competência, otimismo, flexibilidade e habilidade na interação com o meio social para enfrentar efetivamente a adversidade. Resiliência está associada com muitos resultados desejados, incluindo saúde física e emocional (Wagnild, 2009).

A implementação de programas que desenvolvam estratégias para reconhecimento dos fatores de proteção e de risco, que ampliem os recursos pessoais e sociais, e que promovam novas habilidades para se lidar com as crises, pode contribuir para a promoção da saúde ocupacional em oncologia.

4.3. Síntese dos Resultados

Os resultados apurados a partir da *Job Stress Scale* indicam que a maioria dos trabalhadores não passa por altas demandas, porém têm controle regular sobre os processos de trabalho (50%) e uma baixa percepção de apoio social. O escore baixo em demandas psicológicas não é condizente com o que foi levantado no grupo focal online, no qual as exigências que envolvem as atividades diárias foram reforçadas nos relatos. Analisando-se os trabalhadores que exercem um trabalho passivo (28,1%, $n = 18$) e os que exercem um trabalho com alto desgaste (21,9%; $n = 14$), 50% dos trabalhadores estão em situação de risco para a saúde. Dentre todos os participantes, 54% afirmou se comunicar com seus pacientes fora do horário de expediente, evidenciando um prolongamento do trabalho, mais um indicativo de estresse ocupacional.

Existem indícios que existe sobrecarga de trabalho para técnicos de saúde e enfermeiros, pois à intensa jornada de trabalho, em que 53,85% dos técnicos e 52,94% dos enfermeiros cumprem uma carga horária superior a 40 horas semanais, soma-se o fato de que 38,46% dos técnicos e 50% dos enfermeiros fazem mais de quatro plantões por mês. Tanto os enfermeiros (76%) quanto os técnicos (62%) têm percepção de baixo apoio social, que poderia agir como moderador dos efeitos nocivos do trabalho sobre a saúde. Ademais, 30,3% dos enfermeiros e 38,5% dos técnicos exercem uma modalidade de trabalho passivo. Um processo de trabalho muito repetitivo, com baixa autonomia e poucas oportunidades de novos aprendizados prenuncia falta de motivação e adoecimento ocupacional. Como é possível observar, todos esses resultados sugerem efeitos nocivos para saúde para estas categorias profissionais.

Sobressai um aspecto na análise dos dados referentes aos técnicos de saúde: o percentual referente ao exercício de trabalho passivo (38,5%) somado ao de alto desgaste (30,8%) indicam que quase 70% dos entrevistados (69,3%) trabalham com possível

repercussão negativa sobre a saúde física e psicológica. A modalidade de trabalho ativo para esta categoria apontou um percentual de 7,7%.

No tocante aos médicos, se destacaram (27,8%) na modalidade trabalho ativo, na qual exercem alto controle sobre a atividade laboral, indicando que, mesmo sob altas demandas psicológicas, tendem a sentir menos efeitos negativos do estresse ocupacional. Somando-se os resultados do trabalho ativo aos do exercício profissional com baixo desgaste (38,9%) da categoria, a maioria (66,7 %) tem possibilidade de condução saudável de suas tarefas.

Observando-se os resultados obtidos pelo Inventário de Estratégias de *Coping*, as estratégias de enfrentamento utilizadas com mais frequência foram: ‘Resolução de Problema’, ‘Reavaliação Positiva’ e ‘Suporte Social’, seja no todo, seja analisando-se por categoria profissional. A estratégia ‘Resolução de Problemas’ é considerada uma forma de enfrentamento centrada no problema, que estabelece um plano de ação diretivo, de muita valia na dinâmica área de saúde.

A estratégia mais empregada nas opções do fator ‘Suporte Social’ foi “Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação” e, por sua vez, a menos mencionada: “Procurei ajuda profissional”, o que pode indicar uma falta de suporte formal nas organizações. A opção mais reconhecida do fator ‘Reavaliação Positiva’ foi “Mudei ou cresci como pessoa de maneira positiva”, corroborado pelas falas colhidas no grupo focal *online*.

A maioria dos trabalhadores (82,88%) mostrou escores satisfatórios de resiliência, também verificado na discussão grupal. Contudo, 16,12% manifestou níveis reduzidos, o que implica em alerta para a saúde ocupacional, tendo em vista o atual contexto de mudanças nas relações de trabalho. Assim sendo, intervenções em saúde ocupacional devem ser

pensadas, pois contribuem para a gestão do estresse e são promotoras de fatores de proteção para os trabalhadores.

Constatou-se diferença estatisticamente significativa em relação ao controle do processo de trabalho entre médicos e técnicos de saúde, o que foi confirmado pelo percentual de controle exercido pelas duas classes: 67% dos médicos têm alto controle, em oposição à 69% dos técnicos de saúde que têm baixo controle. Esses dados são condizentes com a realidade presenciada nos ambientes de trabalho na área da saúde e na literatura nacional e internacional sobre o assunto.

Ao se analisar a correlação da *Job Stress Scale* e o Inventário de Estratégias de *Coping* em relação à Escala de Resiliência, pode-se depreender valores significativos e entre as variáveis ‘JSSapoio social’ e ‘resiliência’. O apoio social, terceira dimensão do modelo de Karasek (1979), age como mediador entre o estresse do ambiente do trabalho, os níveis de decisão e habilidades do indivíduo sobre o processo de trabalho e a saúde ocupacional. Essa mediação pelos chefes e colegas de trabalho (apoio social) relaciona-se ao fator de proteção suporte social, participante da resiliência. A cooperação e compreensão por parte dos colegas e a atenção e o reconhecimento das chefias/gerências revelam o suporte social no trabalho. A Saúde Ocupacional tem por objetivo a promoção e a manutenção do bem-estar físico, mental e social de trabalhadores e, por isso, um programa de resiliência em Oncologia poderia desenvolver os meios de prevenção, controle de riscos e adaptação do trabalho às pessoas e das pessoas ao trabalho preconizado pela OMS. Apoio social correlacionou-se negativamente com demanda psicológica e positivamente com resiliência, confirmando seu papel como moderador das exigências laborais e fator proteção no trabalho.

A estratégia ‘IECResolução de Problema’ teve correlação positiva com a resiliência. Resolução de problema pressupõe planejamento e assertividade para lidar com estressores e alterar a situação. Os conceitos de independência, decisão, poder, e inteligência, que

compõem o constructo resiliência são coerentes com o que é necessário para planejar e resolver problemas.

Foi possível identificar que a estratégia de fuga-esquiva exibiu correlação negativa com a resiliência, sendo indicado, para essa amostra, como o fator de maior impacto na variável resiliência. A perseverança como base conceitual da resiliência opõe-se à ideia de fugir ou esquivar-se de um problema. Pode-se inferir que quanto mais o trabalhador tentar escapar do fator estressante, menos resiliente será seu percurso.

Nos extratos de fala do grupo focal: a exposição contínua à morte e à dor foram destacadas como fontes de estresse; a organização e o trabalho em equipe foram indicados como importantes para saúde ocupacional; e o enfrentamento religioso/espiritual e o lazer foram valorizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os estudos, no decorrer da última década, que investigam sobre estratégias de enfrentamento e resiliência em saúde, mas poucos, principalmente no Brasil, procuraram compreender a realidade dos profissionais que trabalham com pacientes de alta complexidade e suas adversidades diárias no exercício da profissão. A atuação em Oncologia implica em inúmeros estressores com repercussões danosas para a saúde ocupacional.

A despeito de inúmeros desafios, médicos, enfermeiros e técnicos, que trabalham em Oncologia, não somente são saudáveis e utilizam estratégias de enfrentamento que levam a adaptações positivas, mas ressaltam o quanto estão satisfeitos com seu trabalho.

A questão do trabalho na área de Oncologia, merece uma ressalva sobre os trabalhadores de Hematologia e Radioterapia que, informalmente, muitas vezes se consideram como pertencentes à Oncologia, como se esta fosse uma área que incorporasse as demais. Haja vista que a ausência de dados para uma análise, propõe-se que novas pesquisas incorporem esse importante aspecto a seus objetivos. ~~Por isso, para que o título não ficasse mais extenso, foi considerada Oncologia de forma abrangente.~~

Posta esta premissa, este estudo teve como objetivo investigar estresse, enfrentamento e resiliência de médicos, enfermeiros e técnicos que trabalham em Oncologia, para identificar e analisar a relação entre esses parâmetros, além de conhecer a percepção dos profissionais sobre seu cotidiano de trabalho.

De um lado, o uso da Tecnologia da Informação ofereceu um atrativo e uma facilidade aos respondentes da pesquisa por permitir a organização individual quanto ao tempo e local mais apropriado para sua participação. Por outro lado, facilitou o trabalho da pesquisadora, principalmente quanto à coleta de dados do *survey online*. O *software* utilizado para o grupo focal *online* foi inovador e permitiu que todos participassem com

facilidade, pois é um aplicativo para celular gratuito e de uso comum na atualidade. Assim como, ao final do grupo, já disponibilizou a conversa de forma impressa e organizada. Fica evidente que ferramentas dessa natureza são adequadas e podem facilitar futuras pesquisas.

A abordagem multimetodológica utilizada, trouxe complementaridade à investigação, ampliando a visão e compreensão dos fenômenos estudados. Quanto aos instrumentos selecionados, todos mostraram-se pertinentes e atenderam às expectativas da pesquisadora. Não houve problema na aplicação do *Job Stress Scale*, do Inventário de Estratégias de *Coping* ou da Escala de Resiliência. Contudo alguns respondentes consideraram o *survey online* longo e demorado, o que evidencia a falta de tempo dos profissionais e a dificuldade de pesquisar esta amostra, como já evidenciado em estudos anteriores do grupo de pesquisa.

Como principal desafio enfrentado para a realização desta pesquisa, cumpre ressaltar a dificuldade em conciliar os horários dos participantes para realização do grupo focal presencial, que por fim, tornou-se um grupo focal *online*.

É possível mencionar algumas limitações desse trabalho. A amostra não foi suficiente para que possam ser feitas generalizações dos dados obtidos. Um percentual significativo de respondentes não informou a formação, o que impossibilitou que seus dados fossem utilizados para análise. Na Segunda Etapa, a categoria dos médicos não teve representatividade. Outras categorias profissionais não foram incluídas, porém, tiveram interesse em responder à pesquisa. Percebeu-se que a amostra poderia ter sido ampliada com a inclusão de outras categorias profissionais que atenderam à chamada para pesquisa, em especial a de psicólogos que trabalham em Psico-Oncologia. Como consequência, sugere-se que estudos posteriores retomem a pesquisa incluindo outras categorias profissionais.

Os resultados apurados serão apresentados aos serviços que tenham divulgado a pesquisa, quando solicitado, em datas previamente acordadas. Também serão utilizados

meios de divulgação científica para tal, de modo a fomentar a discussão e conscientização sobre as questões levantadas.

Propõe-se que futuros estudos visem o aprofundamento das questões investigadas de modo a ampliar o que foi averiguado. Recomenda-se que esta ampliação inclua investigações sobre resiliência ocupacional como: enfrentamento e resiliência de outros profissionais da área de oncologia; fatores de risco e proteção; práticas de promoção de resiliência.

Ressalta-se que mesmo que o trabalhador deva que se responsabilizar pelo desenvolvimento de estratégias pessoais de enfrentamento e resiliência, o suporte organizacional é importante para ajudar o indivíduo a lidar com os desafios relacionados ao ambiente de trabalho. Por isso, destaca-se como implicação prática, a necessidade da adoção de uma série de medidas formais e informais para promover a resiliência em Oncologia.

Por fim, conclui-se que esta pesquisa pode nortear a implantação de Políticas E Programas Organizacionais em resiliência e saúde ocupacional para os serviços de Oncologia, de modo a incentivar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, tais como: treinamentos para assertividade na resolução de problemas; desenvolvimento dos conceitos associados à responsabilidade pela própria vida (*self-directedness*) e aos limites inter-relacionais; Programas de Tutoria (*mentoring*); treinamentos em habilidades gerenciais; e aperfeiçoamento do trabalho em equipe e em cooperação.

O Ministério da Saúde tem registrado só na categoria de médico oncologista, o total de 14.051 profissionais (9.916 clínicos, 3.453 cirurgiões e 682 pediátricos), atuando no SUS e fora do SUS, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, atualizado em maio de 2017. Justifica-se a relevância de investigações nesta área de saúde ocupacional, pois, os benefícios desses Programas seriam usufruídos por tão elevado número de trabalhadores. Cabe clarificar ainda, que esta é apenas uma categoria profissional, restando tantas outras de semelhante status para Oncologia.

Os benefícios para os processos de trabalho e a melhoria da qualidade dos serviços prestados terão repercussão direta na gestão e produtividade organizacional. Recomendam-se mais estudos sobre a temática, no intuito de subsidiar programas institucionais destinados à promoção da saúde ocupacional e, conseqüentemente, da qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

- Abernethy, A. P. (2012). A balanced approach to physician responsibilities: oncologists' duties toward themselves. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 9-14. doi: 10.14694/EdBook_AM.2o012.32.e9.
- Abernethy, A. P., & Grubbs, S. S. (2014). Managing cumulative expectations in oncology: challenges and potential solutions. *American Society of Clinical Oncology Educational Book, 2014(e)*, 140-144. doi: 10.14694/EdBook_AM. 2014 .34.e140.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260. Recuperado de <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3252&dd99=pd>
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz, U. (2008). Burnout in nurses and physicians working at an oncology. *Psycho-Oncology*, 18, 543-548. doi: 10.1002/pon.1432
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, Coping and development: an integrative perspective*. (2nd ed.) London, England: The Guilford Press.
- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. S., & Werneck, G. L. (2004). Versão resumida da "Job Stress Scale ": adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 164-171. doi: 10.1590/S0034-89102004000200003
- Alves, M. G. M., Braga, V. M., Faerstein, E., Lopes, C. S., & Junger, W. (2015). Modelo demanda-controle de estresse no trabalho: considerações sobre diferentes formas de operacionalizar a variável de exposição. *Caderno Saúde Pública*, 31(1), 208-212. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/pt_0102-311X-csp-31-01-00208.pdf
- American Psychological Association (2012). *Manual de publicação da APA/American*

- Psychological Association* (6^a ed.). Porto Alegre, Brasil: Penso.
- Anaut, M. (2005). *La resiliência, surmonter les traumatismes*. Paris, France: Armand Colin.
- Anthony, E. J., & Cohler, B. J. (1987). *The invulnerable child*. New York, USA: Guilford Ed. 1987. The Guilford Psychiatry series.
- Araujo, T. C. C. F., & Negromonte, M. R. O. (2010). Equipe de saúde: vinculação grupal e vinculação terapêutica. In M. H. P. Franco (org.), *Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade* (pp. 73-100). São Paulo, Brasil: Summus.
- Araújo, T. M., Graça, C. C., & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 991-1003. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000400021>
- Armstrong, J., & Holland, J. (2004). Surviving the stresses of clinical oncology by improving communication. *Oncology Journal*, 18(3), 363-375. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15065704>
- Back, A. L., Deignan, P. F., & Potter, P. A. (2014). Compassion, compassion fatigue, and burnout: key insights for oncology professionals. *American Society Clinical Oncology Educational Book*, 454-459. doi: 10.14694/EdBook_AM.2014.34. e454.
- Balbay, Ö. A., İşikhan, V., Balbay, E. G., Annakkaya, A. N., & Arbak, P. M. (2011). Burnout status of health care personnel working in oncology and their coping methods. *HealthMED Journal*, 5(4), 730-740. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/286885876>
- Balint, M. (1986). *The doctor, his patient and the illness* (2nd ed.). London, England: Churchill Livingstone.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo, Brasil: Edições 70.
- Bar-Sela, G., Lulav-Grinwald, D. & Mitnik, I. (2012). “Balint group” meetings for oncology

- residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout. *Journal of Cancer Education*, 27,786-789. doi: 10.1007/s13187-012-0407-3
- Barros, N. M. G. C., & Honório, L. C. (2015). Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. *Revista de Gestão da USP*, 22(1), 21-39. doi: 10.5700/rege549
- Benetti, E. R. R., Stumm, E. M. F., Weiller, T. H., Batista, K. M., Lopes, L. F. D., & Guido, L. A. (2015). Estratégias de *coping* e características de trabalhadores de enfermagem de hospital privado. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(1), 3-10. doi: 10.15253/2175-6783.2015000100002
- Benevides-Pereira, A. M. T., & Gonçalves, M. B. (2009). Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 10-23. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/03.pdf>
- Bezerra, F. N., Silva, T. M., & Ramos, V. P. (2012). Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 151-6. doi: 10.1590/S0103-21002012000900024
- Bianchini, D. C. S., & Dell'Aglio, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia*, 16(35),427-436. doi: 10.1590/S0103-863X2006000300013
- Borteyrou, X., Truchot, D., & Rascle, N. (2014). Development and validation of the Work Stressor Inventory for nurses in oncology: preliminary findings. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 443-453. doi: 10.1111/jan.12231
- Brandt, J. A. (2009). Grupo Balint: aspectos que marcam a sua especificidade. *Vínculo - Revista do NESME*, 2(6), 113-219. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1394/139422410009.pdf>
- Campos, E. P. (2005). *Quem cuida do cuidador: Uma proposta para os profissionais de*

saúde. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Cano, D. S., & Moré, C. L. O. O. (2016). Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Médicos Oncologistas Clínicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3). doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e323211>
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2008). Análise da produção científica sobre a síndrome de *burnout* no Brasil. *Revista Psico*, 39(2), 152-158. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461/3035>
- Carlotto, M. S., & Micheletto, M. R. D. (2014). Psicologia da Saúde Ocupacional. *Revista Laborativa*, 3(2), 64-72. Recuperado de <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>.
- Carvalho, V. A. (2014). Cuidados com o cuidador. In L. Bertachini, & L. Pessini (Eds.), *Humanização e cuidados paliativos* (6ª ed.) (pp. 305-319). São Paulo, Brasil: Edições Loyola.
- Carvalho, V. D., Teodoro, M. L. M., & Borges, L. O. (2014). Escala de Resiliência para Adultos: aplicação entre servidores públicos. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 287-295. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n2/v13n2a16.pdf>
- Colombat, P., Altmeyer, A., Rodrigues, M., Barruel, F., Blanchard, P., Fouquereau, E., & Pronost, A. M. (2011). Management et souffrance des soignants en Oncohématologie. *Psycho-Oncologie*, 5(2), 83-91. doi: 10.1007/s11839-011-0319-1
- Corrar, L.J., Paulo, E., & Dias Filho, J.M. (2011). *Análise multivariada: para os cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia*. Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis. São Paulo, SP: Atlas.
- Costa, M. A. S. (2010). *O estresse no trabalho e auto-avaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, 2010*. (Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca). Recuperado de <http://>

costamasm.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).

DATASUS. *Tabela de Mortalidade – Brasil: Óbitos relativos a Neoplasias em 2015*.

Recuperado de [http:// http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def)

Decat, C. S., & Araujo, T. C. C. F (2010). Psico-oncologia: apontamentos sobre a evolução histórica de um campo interdisciplinar. *Brasília Médica*, 47(1), 93-99. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/260889563>

Dougherty, E., Pierce, B., Ma, C., Panzarella, T., Rodin, G., & Zimmermann, C. (2009). Factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 26(2), 105-111. doi: 10.1177/1049909108330027

Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E. & Verzelen, A. (2014). The prevalence of *burnout* among oncology professionals: oncologists are at risk of developing *burnout*. *Journal of Psycho-Oncology*, 23, 1415-1422. doi: 10.1002/pon.3579

Eley, D. S., Cloninger, C. R., Walters, L., Laurence, C., Synnott, R., & Wilkinson, D. (2013). The relationship between resilience and personality traits in doctors: implications for enhancing well being. *PeerJ*, 1(e216). doi: 10.7717/peerj.216

Emold, C., Schneider, N., Meller, I., & Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and *burnout* among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 358-363. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2010.08.001>

Faro, A., & Pereira, M. E. (2013). Estresse: revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia, saúde & doenças - Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 14 (1), 78-100.

Figueiredo, M. T. de A., & Bifulco, V. A. (2008). A Psicooncologia e o atendimento

- domiciliar em cuidados paliativos. In V. A. Carvalho et al. (Eds.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 373-381). São Paulo, Brasil: Editora Summus.
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, *9*, 11-19. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(200001/02)9:1
- Folkman, S. (2010). Stress, coping and hope. *Psycho-Oncology*, *19*, 901-908. doi: 10.1002/pon.1836
- Folkman, S. (2011). *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. New York, USA: Oxford University Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. In *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*(1), 150-170. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Franco, M. H. P. (2014). Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. In L. Bertachini & L. Pessini (Eds.), *Humanização e cuidados paliativos* (6ª ed.) (pp. 301-304). São Paulo, Brasil: Edições Loyola.
- Garnezy, N. & Masten, A. (1994). Chronic adversities. In Rutter, M., Taylor E. & Hers L. (1994), *Child and adolescence psychiatry* (pp. 1-52). Oxford, England: Blackwell Scientific Publications.
- Gillman, L., Adams, J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A., & Doyle, C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *13*(5), 131-204. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1898
- Gobatto, C. A. (2012). *Religiosidade e enfrentamento em oncologia: um estudo sobre as*

- concepções de profissionais da saúde* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/10720>
- Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Revista de Psicologia da USP*, 24(1), 11-34. doi: 10.1590/S0103-65642013000100002
- Gondim, S. M. G. (2003). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, 12(24), 149-161. doi: 10.1590/S0103-863X2002000300004
- Grafton, E., & Coyne, E. (2012). Practical self-care and stress management for oncology nurses. *The Australian Journal of Cancer Nursing*, 13(2), 17-20. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/233762813>
- Granek, L. Mazzotta, P. Tozer, R., & Krzyzanowska, M. K. (2013). Oncologists' protocol and coping strategies in dealing with patient loss. *Death Studies*, 37, 937-952. doi:10.1080/07481187.2012.692461
- Greco, P. B. T., Magnago, T. S. B. S., Prochnow, A., Beck, C. L. C., & Tavares, J. P. (2011). Utilização do modelo demanda-controle de Karasek na América Latina: uma pesquisa bibliográfica. *Revista de Enfermagem UFSM*, 1(2), 272-281.
- Holland, J.C., & Wiesel, T. W. (2015). Introduction: History of Psycho-oncology. In Holland, J. C., Breitbart, Butow, P. N., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., & McCorkle, R. (Eds). *Psycho-oncology*. (3rd Ed.). (pp. XXV-XXXV) New York, USA: Oxford University Press.
- Ilic, I. M., Arandjelovic, M. Z., Jovanović, J. M., & Nešić, M. M. (2017). Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*, 68(2), 167-178. doi: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00516>

- Iliceto, P., Pompili, M., Spencer-Thomas, S., Ferracuti, S., Erbuto, D., Lester, D., Candilera, G., & Girard, P. (2013). Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (mimic) model approach. *Stress, 16*(2), 143-152. doi: 10.3109/10253890.2012.689896
- Infante, F. A. (2005). Resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In Melillo, A., Ojeda, E., & Suárez, N. e cols. (Eds.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp. 23-28). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2015). *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA*. Recuperado de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
- Jones, F. M. E., Fellows, J. L., & Horne, D. J. de L. (2011). *Coping with cancer: a brief report on stress and coping strategies in medical students dealing with cancer patients. Psycho-Oncology, 20*, 219-223. doi:10.1002/pon.1751
- Karasek, R. A. (1979). Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*, 285-308. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/2392498>
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Bongers, I. H., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology, 3*(4), 322- 355. doi:10.1037/1076-8998.3.4.322
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kearney, M.K., Weininger, R.B., Vachon, M.L., Harrison, R.L. & Mount, B.M. (2009) Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to

- my survival". *The Journal of the American Medical Association/JAMA*. 301(11). 1155-1164. doi: 10.1001/jama.2009.352.
- Kleinpell, R. M., Ely, E. W., & Grabenkort, R. (2008). Nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit: An evidence-based review. *Critical Care Medicine*. 36(10), 2888-2897. doi: 10.1097/CCM.0b013e318186ba8c
- Kinman, G., & Leggetter, S. (2016). Emotional labour and wellbeing: what protects nurses? *Healthcare*, 4(89). doi:10.3390/healthcare4040089
- Koo, K., Zeng, L., Zhang, L., DasGupta, T., Vachon, M. L. S., Holden, L., Jon, F., Chow, E., & Di Prospero, L. (2013). Comparison and literature review of occupational stress in a palliative radiotherapy clinic's interprofessional team, the radiation therapists, and the nurses at an academic cancer centre. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 44, 14-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmir.2012.08.001>
- Kóvacs, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Revista O Mundo da Saúde*, 34(4), 420-429. Recuperado de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf
- Lages, M. G. G., Costa, M. A. O., Lopes, T. R., Amorim, F. C. S., Araujo Neto, A. P., Nascimento, I. R. D., & Costa, C. L. S. (2011). Estratégias de enfrentamento de enfermeiros frente ao paciente oncológico pediátrico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57(4), 503-510. Recuperado de http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/06_artigo_estrategias_enfrentamento_enfermeiros_frente_paciente_oncologico_pediatico.pdf
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology* (44). 1-22. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/toc/psych/44/1>
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*,

55, 665-673. doi:org/10.1037/0003-066X.55.6.665

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and Coping*. New York, USA: Springer.

Liberato, R. P., & Carvalho, V. A. (2008). Estresse e Síndrome de *burnout* em equipes que cuidam de pacientes com câncer: cuidando do cuidador profissional. In V. A. Carvalho et al. (Eds.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 556-571). São Paulo, Brasil: Summus.

Lima, J. B., & Araujo, T. C. C. F. (2012). Avaliação de resiliência: um estudo exploratório com pacientes oncológicos. *Psicologia Argumento*, 30(68), 139-147. Recuperado de <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd99=pdf&dd1=5892>

Lyckholm, L. (2001). Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *The Lancet Oncology Journal*, 2(12), 750-755. doi:10.1016/S1470-2045(01)00590-3

Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., & Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 18(4). doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub2

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. doi:10.1002/wps.20311.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Meier, D. E., Black, A. L. & Morrison, R. S. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *American Medical Association/JAMA*, 286 (23), 3007-30147. doi:10.1001/jama.286.23.3007

Melo, M. V., Silva, T. P., Novais, Z. G., & Mendes, M. L. M. (2013). Estresse dos

- profissionais de saúde nas unidades hospitalares de atendimento em urgência e emergência. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe*, 1(2), 35-42. Recuperado de <http://1200-3740-1-SM%20.pdf>
- Melillo, A., Estamarti, M., & Cuestas, A. (2005). Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In Melillo, A., & Ojeda, E. N. S. (Eds.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp. 59-72). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Mitchell, D. (2004). *Stress, Coping, and appraisal in an HIV-seropositive rural sample: a test of the goodness-of-fit hypothesis*. (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://etd.ohiolink.edu/>
- Moraes, F., Benetti, E. R. R., Herr, G.E. G., Stube, M., Stumm, E. M. F., & Guido, L. A. (2016). Estratégias de *coping* utilizadas por trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva neonatal. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20(966). doi:10.5935/1415-2762.20160036
- Negromonte, M. R. O. (2010). *O profissional de saúde frente à dor do paciente: estresse, enfrentamento e trabalho em equipe*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8170>
- Negromonte, M. R. O., & Araujo, T. C. C. F. (2011). Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421955003>
- NIOSH – APA Contributions to Occupational Health Psychology (2013). Recuperado de <https://www.cdc.gov/niosh/topics/ohp/default.html>
- Nogueira, T. V., Barros, T. A. V., & Pinto, F. R. (2013). Resiliência dos profissionais de saúde. *Simpoi FGVSP*. http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T00122_PCN43726.pdf

- Nogueira-Martins, L. A. (1989). Morbidade Psicológica e psiquiátrica na população médica. *Boletim de Psiquiatria, São Paulo*, 22(9), 9-15. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/235435040>
- Nogueira-Martins, L. A. (2012a). A saúde do médico. In Borges, D. R. (Ed.) *Atualização Terapêutica*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/235661583>
- Nogueira-Martins, L. A. (2012b). Saúde mental dos profissionais da saúde. In Botega, N. J. (Ed.), *Prática psiquiátrica no hospital geral*. (3ª ed.) (pp. 98-112). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Nogueira, J. W. S., & Rodrigues, M. C. S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 636-640. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647680026>
- Organização Mundial da Saúde. (2010). Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. (trad. Serviço Social da Indústria). Brasília: SESI/DN.
- Ong, A. D., Bergeman, C. s., & Chow, S. (2010). Positive emotions as a basic building block of resilience in adulthood. In Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (Eds.), *The handbook of adult resilience*. New York, USA: The Guilford Press.
- Paschoal, T., Torres, C. V., & Porto, J. B. (2010). Felicidade no trabalho: relações com suporte organizacional e suporte social. *Revista de Administração Contemporânea*, 14(6), 1054-1072. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/840/84015139005.pdf>
- Paula Júnior, W. de, & Zanini, D. S. (2011). Estratégias de *coping* de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000400013>
- Peçanha, D. L. N. (2008). Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In V. A. Carvalho et al. (Eds.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 209-217). São Paulo,

Brasil: Editora Summus.

- Penteado, R. Z., Silva, N. B., & Montebello, M. I. L. (2015). Voz, estresse, trabalho e qualidade de vida de técnicos e preparadores físicos de futebol. *CoDAS*, 27(6), 588-97. doi: 10.1590/2317-1782/20152015021
- Pereira, A. R. C. (2014). Percepções dos enfermeiros sobre a saúde ocupacional. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9735/1/dissertacaomestrado_percecoes dos enfermeiros sobre a saude ocupacional_ana rita pereira.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9735/1/dissertacaomestrado_percecoes%20dos%20enfermeiros%20sobre%20a%20saude%20ocupacional_ana%20rita%20pereira.pdf)
- Perim, P. C., Dias, C. S., Corte-Real, N. J., Andrade, A. L., & Fonseca, A. M. (2015). Análise fatorial confirmatória da versão Brasileira da Escala de Resiliência (ER -Brasil). *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8 (2), 373-384.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública*, 21(2), 436-448. doi:10.1590/S0102-311X2005000200010
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143. doi:10.1590/S0102-37722004000200006
- Pichon-Rivière, E. (1995). *Teoria do Vínculo* (6ª ed.). São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Pitta, A. (1994). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Plano Nacional de Saúde (PNS) 2016-2019. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/se/mais-sobre-se/8747-plano-nacional-de-saude-pns>
- Portaria do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, nº 1679, de 19 de setembro de 2002. (2002, 19 de setembro). Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção

integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, DF. Recuperado de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>

Portaria do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.

(2012, 23 de agosto). Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no SUS. Diário Oficial da União, DF. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Queiroz, E. & Araujo, T. C. C. F. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paideia*, 19(43), 177-187. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/05.pdf>

Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (2010). *The handbook of adult resilience*. New York, USA: The Guilford Press.

Ribeiro, A. C. A., Mattos, B. M., Antonelli, C. S., Canêo, L. C., & Júnior, E. G. (2011). Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 623-633. doi:10.1590/S1413-73722011000400013

Ribeiro, R. P., Martins, J. T., Marziale, M. H. P., & Robazzi, M. L. C. C. (2012). O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 495-504. doi:10.1590/S0080-62342012000200031

Rodrigues, M. P. C. (2011). *Reabilitação de pessoas com lesão medular: relevância, aplicações e desafios relacionados ao uso da internet*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8894>

Rodrigues, R. T S., Barbosa, G. S., & Chiavone, P. A. (2013). Personalidade e resiliência como proteção contra o burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37 (2), 245 - 253.

- Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C. (2008). Fatores estressantes e estratégias de *coping* dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 24-28. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_03.pdf
- Rodrigues, R. P., & Labate, R. C. (2012). Luto de profissionais em uma unidade de transplante de células-tronco hematopoéticas. *Revista Ciência & Saúde*, 5(1), 26-32. doi:10.15448/1983-652X.2012.1.9700
- Rooke, M. I. (2015). Aspectos conceituais e metodológicos da resiliência psicológica: uma análise da produção científica brasileira. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 671-687
- Roy, K. V., Vanheule, S., & Inslegers, R. (2014). Research on Balint groups: A literature review. *Patient Education and Counseling* 98, 685-694. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.01.014>
- Sanchez-Reilly, S., Morrison, L.J., Carey, E., Bernacki, R., O'Neill, L., Kapo, J., Periyakoil, V.S. & Thomas, J. de L. (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *Journal of Supportive Oncology*, 11(2), 75-81. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23967495>
- Sansone, R.A. & Sansone, L.A. (2012). Physician grief with patient death. *Journal of Innovations in Clinical Neuroscience*. 9(4) 22-26. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3366454/>
- Santos, A. F. O., & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 543-548. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a17v26n3.pdf>
- Santos, A. F., & Santos, M. A. (2015). Estresse e *burnout* no trabalho em oncologia pediátrica: revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 437-456. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-370300462014>

- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Meijas, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP* 7(1/2), 183-201. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771996000100009
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204 - 220. doi: 10.1108/13620430910966406
- Scheier, M. F., Carver, & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from Neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7815302>
- Schmidt, D. R. C. (2013). Modelo Demanda-Controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 779-888. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500020>
- Seabra, A. P. P. C (2008). *Síndrome de burnout e a depressão no contexto da saúde ocupacional* (Tese de Doutorado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) do Ministério da Saúde. Definição de Saúde do Trabalhador. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/saude-do-trabalhador>
- Sehlen, S., Vordermark, D., Schäfer, C., Herschbach, P., Bayerl, A., Pigorsch, S., Rittweger, J., Dormin, C., Bölling, T., Wypior, H.J., Zehentmayr, F., Wolfgang Schulze, W., & Geinitz, H. (2009). Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO

- Quality of Life Work Group. *Radiation Oncology*, 4(6). Recuperado de <http://www.ro-journal.com/content/4/1/6>
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C, & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195. Recuperado de http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004104_Psicol%20Refl%20e%20Cr%C3%ADt.pdf
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Neuropsychiatry Classics*, 10, 230-231. doi:org/10.1038/138032a0
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 17, 1383-1392. doi:org/10.1136/bmj.1.4667.1383
- Shanafelt, T., Adjei, A. & Meyskens, F.L. (2003). When your favorite patient relapses: physician grief and well-being in the practice of oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 21(13), 2616-2619. doi: 10.1200/JCO.2003.06.075
- Shanafelt, T.D., Raymond, M., Horn, L., Moynihan, T., Collichio, F., Chew, H., Kosty, M.P., Satele, D., Sloan, J. & Gradishar, W.J. (2014). Oncology fellows' career plans, expectations, and well-being: do fellows know what they are getting into? *Journal of Clinical Oncology*, 32(27), 2991-2997. Recuperado de <http://jco.ascopubs.org/content/early/2014/07/18/JCO.2014.56.2827>
- Silva, J. M. (2016). *Suporte social e reabilitação pediátrica: uma análise sobre familiares de pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/21599>
- Silva, G. S. N., & Ayres, J. R. C. M. (2010). Os estudantes de medicina e o encontro com a morte: dilemas e desafios. In M. H. P. Franco (Ed.), *Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade* (pp. 43-72). São Paulo, Brasil: Summus.

- Silva, S. M., Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Baptista, P., & Felli, V. (2016). Relação entre resiliência e burnout: promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16(43). <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0156>
- Sousa, V. F. S. (2014). *Risco e proteção na atuação em saúde: um estudo sobre estresse e resiliência entre profissionais*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/16451>
- Sousa, V. F. S., & Araujo, T. C. C. F. (2015). Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900-915. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1982-370300452014>
- Straub, R. (2014). *Psicologia da saúde: uma abordagem psicossocial* (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Suárez Ojeda, E. N. (2004). Introducción: Resiliencia y subjetividad. In Melillo, A., Ojeda, E. N., Daniel. R. (Eds.), *Resiliência y subjetividad: los ciclos de vida* (pp. 17-20). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Theme Filha, M. M., Costa, M. A. S., & Guilam, M. C. R. (2013). Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200002>
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9-26. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.9>
- Tironi, M. O. S., Sobrinho, C. L. M., Barros, D. S., Reis, E. J. F., Marques Filho, E. S., Almeida, A., Bitencourt, B., & Feitosa, A. (2009). Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Revista*

Associação Médica Brasileira, 55(6), 656-662. doi: 10.1590/S0104-42302009000600009

Torres, A. R. A., Chagas, M. I. O., Moreira, A. C. A., Barreto, I. C. H. C., & Rodrigues, E. M. (2011). O adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. *Sanare Revista de Políticas Públicas*, 10(1), 42-48. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/142>

Trindade, L., Lautert, L., Beck, C. L. C., Amestoy, S. C., & Pires, D. E. P. (2010). Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(5), 684-9. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/16.pdf>

Tsai, Y., & Liu, S. (2012). Factors and symptoms associated with workstress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. *BMC Health Services Research*, 12, 199. doi: 10.1186/1472-6963-12-199

Tugade, M. M. (2011). Positive emotions and *coping*: examining dual-process models of resilience. In Folkman, S. (Ed.) *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (pp. 173-185). New York, USA: Oxford University Press.

Ueno, L. G. S., Bobroff, M. C. C., & Martins, J. T. (2017). Estresse ocupacional: estressores referidos pela equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(4), 1632-1638. doi: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201710

Umann, J., Silva, R. M., Benavente, S. B. T., & Guido, L. A. (2014). O impacto das estratégias de enfrentamento na intensidade de estresse de enfermeiras de hemato-oncologia. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 103-110. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.44642>

Umann, J., Silva R. M., Benetti, E. R. R., & Guido, L. A. (2013). Estresse e *coping* entre enfermeiros de unidade hemato-oncológica. *Revista da Rede de Enfermagem do*

- Nordeste*, 14(4), 783-90. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3545>
- Vachon, M. L. S. (1998). Caring for the caregiver in oncology and palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*, 14(2), 152-157. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9580939>
- Veit, M. T., & Carvalho, V. A. (2008). Psico-oncologia: definições e áreas de atuação. In V. A. Carvalho et al. (Eds.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 15-19). São Paulo, Brasil: Summus.
- Vera, R. S. (2012). *Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/10311>
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220. Recuperado de <http://2144-6186-1-PB%20.pdf>
- Wagnild, G. M. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measures*, 17(2), 105-13. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/Springer/nmeas/2009/00000017/00000002/art00002>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178. Recuperado de <http://www.resiliencescale.com/wp-content/uploads/2014/06/Wagnild-Young-sychom-R.pdf>
- Wang, L., Chen, C., Hsu, S., Lee, S., Wang, C., & Yeh, W. (2011). Active job, healthy job? Occupational stress and depression among hospital physicians in Taiwan. *Industrial Health Journal*, 49(2), 173-84. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21173533>
- Werner, E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to*

- adulthood*. New York, USA: Cornell University Press
- Werner, E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience and recovery*. New York, USA: Cornell University Press.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Zander, M., Hutton, A., & King, L. (2010). Coping and Resilience Factors in Pediatric Oncology Nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 27(2) 94-108. doi: 10.1177/1043454209350154
- Zander, M., Hutton, A., & King, L. (2013). Exploring resilience in paediatric oncology nursing staff. *Collegian*, 20, 17-25. doi:10.1016/j.colegn.2012.02.002
- Zautra, A. J., & Reich, J. W. (2011). Resilience: the meanings, methods, and measures of a fundamental characteristic of human adaptation. In Folkman, S. (Ed.), *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. (pp. 173-185). New York, USA: Oxford University Press.
- Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. (2010). Resilience: a new definition of health for people and communities. In Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (Eds.), *The handbook of adult resilience*. New York, USA: The Guilford Press.

ANEXOS

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - *Survey Online*

 LABSAUDES	 UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA Instituto de Psicologia Departamento de Psicologia Clínica	<h2 style="margin: 0;">Distress, Enfrentamento e Resiliência em Oncologia: Um Estudo com Profissionais de Saúde</h2>
<p>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (primeira etapa) SURVEY ONLINE</p> <p>Convidamos você a participar da pesquisa "Distress, Enfrentamento e Resiliência em Oncologia: um Estudo com Profissionais de Saúde", que tem como objetivo principal investigar médicos, enfermeiros e técnicos que atuam em oncologia procurando analisar o estresse, as estratégias de enfrentamento e os fatores promotores de resiliência adotados e, quando possível, correlacioná-los.</p> <p>A pesquisa é composta por um questionário que levará cerca de quinze minutos para ser respondido. Ao completá-lo, você poderá participar da segunda etapa da pesquisa que consiste na realização de um grupo focal de oito profissionais em duas sessões com tempo estimado de duas horas, que serão realizadas em Brasília, em data e horário a serem definidos. A participação na primeira etapa não obriga a participação na segunda. Haverá um campo específico para inserir o seu e-mail de contato.</p> <p>Asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa ficarão sob a guarda desta pesquisadora, responsável pela pesquisa e poderão ser divulgados em trabalhos científicos.</p> <p>Espera-se com esta pesquisa propiciar aos participantes, a outros profissionais afins e à comunidade científica uma maior compreensão das estratégias de enfrentamento, do estresse e da resiliência de quem atua em serviços de oncologia e suas possíveis correlações. Como benefício social, espera-se contribuir para futura elaboração de protocolo de prevenção e promoção de saúde destes profissionais, que vise a melhoria na sua qualidade de vida, com possível impacto positivo nos serviços prestados e na satisfação dos pacientes atendidos.</p> <p>Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você pode recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, sem acarretar qualquer tipo de prejuízo.</p> <p>Em caso de dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato comigo pelo telefone 61 98198-3365 ou pelo e-mail paola.brocchi@gmail.com. Esta pesquisa é orientada pela Prof^ª Dr^ª Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo.</p> <p>Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou sobre os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.</p> <p>Agradeço antecipadamente a sua colaboração.</p> <p>Paola Brocchi</p> <p>Você só poderá participar da pesquisa se concordar com este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido abaixo:</p> <p>1. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da presente pesquisa, pois ficaram claros os seus propósitos, procedimentos e garantias de confidencialidade.</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>2. Confirmando a informação de que eu tenho idade igual ou superior a 18 anos.</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>3. Concordo em participar deste estudo voluntariamente e estou ciente de que posso interromper a minha participação a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>		

Anexo 2

Instrumentos

 <p>LABSAUDES</p>	 <p>UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA Instituto de Psicologia Departamento de Psicologia Clínica</p>	<p>Distress, Enfrentamento e Resiliência em Oncologia: Um Estudo com Profissionais de Saúde</p>
--	--	--

Job Stress Scale
Versão resumida de Karasek *et al.* (1998)
Adaptada para o português por Alves *et al.* (2004)

1. Com que frequência você tem que fazer suas atividades de trabalho com muita rapidez?

Frequentemente Às vezes Quase nunca Nunca
2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

Frequentemente Às vezes Quase nunca Nunca
3. Seu trabalho exige demais de você?

Frequentemente Às vezes Quase nunca Nunca
4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

Frequentemente Às vezes Quase nunca Nunca
5. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Frequentemente Às vezes Quase nunca Nunca
6. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

Frequentemente Às vezes Quase nunca Nunca
7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

Frequentemente Às vezes Quase nunca Nunca
8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

Frequentemente Às vezes Quase nunca Nunca
9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

Frequentemente Às vezes Quase nunca Nunca
10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

Frequentemente Às vezes Quase nunca Nunca
11. Você pode escolher O QUE fazer em seu trabalho?

Frequentemente Às vezes Quase nunca Nunca
12. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalhar.

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo Discordo totalmente

13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

- Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

- Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

15. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

- Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

16. No trabalho, eu me relaciono bem com meus colegas.

- Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

- Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente



LABSAUDES

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica

Distress, Enfrentamento e Resiliência em Oncologia: Um Estudo com Profissionais de Saúde

Inventário de Estratégias de Coping

Folkman e Lazarus (1985)

Adaptado e validado para o português por Savóia, Santana e Meijas (1996)*

Leia cada item abaixo e indique, clicando na categoria apropriada, o que você fez quando encontrou "seu paciente que está em Cuidados Paliativos chorando", acordo com a seguinte classificação:

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

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

*com ajuste de situação voltada para a pesquisa



LABSAUDES



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica

Distress, Enfrentamento e Resiliência em Oncologia: Um Estudo com Profissionais de Saúde

Questionário Sociodemográfico e Ocupacional

1. Estado:

2. Sexo:

Feminino Masculino Outro

3. Idade:

20 a 30 anos 31 a 40 anos 40 a 50 anos 50 a 60 anos 60 a 70 anos

4. Estado Civil

Solteiro (a) Casado (a) União estável Divorciado (a) Viúvo (a)

5. Religião

Adota uma religião Não adota religião alguma

Comentário

6. Formação

Medicina Enfermagem
 Profissional Técnico de Saúde
 Outro (especifique)

7. Qual sua área de atuação?

Oncologia Hematologia
 Radioterapia
 Outro (especifique)

8. Local de trabalho

Hospital da Rede Privada Hospital da Rede Pública
 Clínica Privada
 Outro (especifique)

9. Qual o nome da instituição onde você trabalha?

10. Carga horária trabalhada - no local citado na questão anterior

- 20 horas semanais 30 horas semanais 40 horas semanais Acima de 40 horas semanais

11. Tem outro vínculo empregatício?

- Sim Não

12. Carga horária trabalhada - Total

- 20 horas semanais 30 horas semanais 40 horas semanais acima de 40 horas semanais

13. Renda mensal total

- até R\$ 3.000,00 de R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00 de R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00
 de R\$ 10.001,00 a R\$ 20.000,00 Acima de R\$ 20.000,00

14. Quantidade de plantões por mês

- Nenhum 1 2 3 4 Acima de 4

15. Tempo de trabalho na área da saúde

- 1 a 5 anos 6 a 10 anos 11 a 15 anos 16 a 20 anos 21 a 30 anos Acima de 30 anos

16. Quais as formas de comunicação que você utiliza com outros profissionais?

- Verbal (presencial) Verbal (telefone) Email
 Whatsapp

17. Quais as formas de comunicação que você utiliza com seus pacientes?

- Verbal (presencial) Verbal (telefone) Email
 Whatsapp

18. Você se comunica com seus pacientes fora do horário de trabalho?

- Sim Não

Caso deseje, deixe um comentário.

Anexo 3**Convite para Participação em Grupo Focal**

LABSAÚDE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica

**Distress, Enfrentamento e Resiliência em
Oncologia:
Um Estudo com Profissionais de Saúde**

Convite para participação em Grupo Focal

A segunda etapa da pesquisa consiste na realização de dois encontros em grupo focal que têm por objetivo discutir questões sobre o estresse, estratégias de enfrentamento e resiliência no seu cotidiano. O grupo será realizado em local e horário previamente definidos e cada encontro terá duração de aproximadamente 2 horas.

Você concorda em participar dos dois encontros de grupo?

Sim Não

Caso sua resposta tenha sido **SIM**, por favor, deixe seu nome, telefone de contato e Email no campo abaixo:

Muito obrigada por participar desta pesquisa!

Paola Brocchi
Pesquisadora Responsável

Anexo 4**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Grupo Focal****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (segunda etapa)
GRUPO FOCAL ONLINE**

Convidamos você a participar da segunda etapa da pesquisa “*Distress*, Enfrentamento e Resiliência em Oncologia: um Estudo com Profissionais de Saúde”, que tem como objetivo principal investigar médicos, enfermeiros e técnicos que atuam em Oncologia procurando analisar o estresse, as estratégias de enfrentamento e os fatores promotores de resiliência adotados e, quando possível, correlacioná-los.

Asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa ficarão sob a guarda desta pesquisadora, responsável pela pesquisa e poderão ser divulgados em trabalhos científicos.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você pode recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, sem acarretar qualquer tipo de prejuízo.

Em caso de dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato comigo pelo telefone 61 98198-3365 ou pelo e-mail paola.brocchi@gmail.com. Esta pesquisa é orientada pela Profª Drª Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

“Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

Brasília, 21 de maio de 2017.

assinatura do(a) participante
RG:

Paola Brocchi
RG: 06177935-1

Anexo 5

Questões Norteadoras para o Grupo Focal

1. O que o fez escolher participar nesta pesquisa? O que fez você participar do grupo?
2. O que espera do trabalho no grupo?
3. Poderia descrever o seu percurso profissional?
4. O que o fez escolher a oncologia como especialidade?
5. Quais os atributos pessoais você considera importantes?
6. O que você destaca como experiências gratificantes?
7. O que você destaca como experiências frustrantes?
8. Como você se sente com estas experiências?
9. Exemplifique as experiências com um caso.
10. Fale um pouco sobre os sentimentos mais presentes no seu cotidiano.
11. O que você pode destacar como facilidades e como desafios na sua profissão.