



Universidade Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Stresse Profissional e Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência

Monografia Final de Curso

Elaborado por: Helena Guia N. 200290137

Orientador: Prof^ª Maria João Santos

Barcarena, 15 de julho de 2015

Universidade Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica

Curso de Licenciatura em Enfermagem

**Stresse Profissional e Estratégias de Coping dos Enfermeiros do
Serviço de Urgência**

Monografia Final de Curso

Elaborado por: Helena Guia N. 200290137

Orientador: Prof^ª Maria João Santos

Barcarena, 15 de julho de 2015

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório.

“Os que tratam também sofrem”

McIntyre

(1994)

Agradecimentos

À Sra. Professora Maria João Santos pela orientação e apoio dado ao longo da realização deste estudo, assim como pela disponibilidade, simpatia e paciência que sempre transmitiu, tornando este processo o menos difícil possível para mim.

À Sra. Enfermeira Directora do Hospital de Cascais, Enf.^a Isabel Pereira Lopes, pela aprovação que deu à realização deste estudo.

Ao Enfermeiro Chefe e a todos os Enfermeiros do serviço de Urgência, que se mostraram disponíveis para darem o seu contributo.

Aos meus pais e avós por terem feito de mim o que sou hoje.

Ao meu futuro marido que me apoiou profundamente na conclusão desta etapa de vida.

A todos os professores da Universidade Atlântica, enfermeiros orientadores e colegas que tive ao longo do Curso de Licenciatura, porque contribuíram para a minha formação como futura Enfermeira e como pessoa.

Resumo

A autora parte do interesse pessoal em explorar uma necessidade actual em prol dos enfermeiros: o stresse profissional as estratégias de coping em unidades de saúde mais concretamente no serviço de urgência. O constante fluxo de notícias que tem sido partilhado pela comunicação social a respeito dos serviços de urgência contribuiu para a formulação da problemática.

O problema de investigação recaiu na percepção da realidade dos enfermeiros do serviço de urgência e conduz a questão de investigação: *Quais são os factores de Stresse Profissional e as Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência?* Na sequência da qual se definiu como objectivos identificar o stresse profissional dos enfermeiros no serviço de urgência e identificar as estratégias de coping dos enfermeiros no serviço de urgência.

A investigadora optou pelo paradigma quantitativo, estudo exploratório - descritivo simples de nível I e não experimental. A amostra foi constituída por 30 Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral de um Hospital do distrito de Lisboa tendo sido seleccionada segundo uma amostragem do tipo não probabilística accidental. A recolha de dados foi efectuada com recurso a um questionário, incluindo questões abertas, salvaguardando todos os aspectos éticos inerentes a estudos deste tipo. Os dados obtidos foram analisados com recurso ao programa informático Excel e a autora efectuou análise de conteúdo segundo Bardin.

Relativamente aos dados recolhidos as principais conclusões foram: a amostra é predominante do sexo **feminino 63,33%** (19), **50%** dos participantes (15) têm entre **31 e 40 anos e 56,67%** (17) da amostra é **casada/união de facto**. No que concerne ao perfil profissional **86,67%** (26) tem **licenciatura** e metade da amostra **50%** (15) exerce há **mais de 5 anos**. Na sua maioria, **90%** (27) pratica **horário roulement** e **56,67%** (17) pratica **duplo emprego**.

A questão de investigação – *Quais são os factores de Stresse Profissional e as Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência?* – foi respondida e a autora conclui que os factores de stresse identificados com recurso a análise de conteúdo segundo Bardin são: o **rácio enfermeiro/doente** como o principal factor de stresse na sobrecarga de trabalho com 15 unidades de registo numa amostra de 30 participantes, a **gestão de conflitos** com doente, familiar/acompanhante ou profissionais de saúde com 13 unidades de registo, **relações interpessoais** com 10 unidades de registo e **recursos inadequados** (humanos e materiais) com 8 unidades de registo. Quanto às estratégias de coping as mais recorrentes foram “**Critiquei-me ou analisei-me a mim própria**” com **60%** da amostra a usar muitas vezes (assumir responsabilidade) e “**Falei com alguém para saber mais sobre a situação**” com **43,33%** a usar muitas vezes (procura de suporte social).

Palavras-Chave: *Enfermagem, Stresse, Coping, Serviço de Urgência*

Abstract

The author has a personal interest in exploring a current need in favor of nurses: professional stress and coping strategies in emergency service. The stream of news that has been shared by the media about emergency services contributed to the formulation of the problem.

The research problem fell back into the perception of nurses reality of emergency service and leads to research question: What are the factors of Professional Stress and Coping Strategies from nurses from Emergency service Further to which has been defined the following objectives: to identify the stress of professional nurses in the emergency service and identify the coping strategies used by nurses in the emergency service.

The investigator chose the quantitative paradigm, simple descriptive exploratory-study level I and not experimental. The sample consisted of 30 Nurse General Emergency Service of a Lisbon District Hospital having been selected according to a sampling not accidental probabilistic. Data collection was performed using a questionnaire, including open questions by safeguarding all the ethical aspects inherent in studies like this. Data were analyzed using the Excel software and the author made content analysis according to Bardin.

Regard to the main conclusions: the sample is predominantly female 63,33% (19) 50% of the participants (15) is between 31 and 40 years and 56.67% (17) of the sample is married / joining . As professional profile 86.67% (26) has a degree and half of the sample 50% (15), work for more than five years. For the most part, 90% (27) has a roullement schedule and 56.67% (17) has a double employment.

The research question - What are the factors of Professional Stress and Coping Strategies of the Emergency service - has been answered and the author concludes that the stress factors identified using the Bardin content analysis are: the ratio nurse / patient as the primary stress factor in the overload of work with 15 registration units in a

sample of 30 participants, conflict management with patient families / caregivers and healthcare professionals with 13 registration units, interpersonal relationships with 10 registration units and inadequate resources (human and material) with 8 registration units. As to coping strategies the most recurrent is "I criticized me or I analyzed myself to myself" with 60% of the sample to be used often (take responsibility) and "I spoke to someone to find out about the situation" with 43,33 % to use often (search for social support).

Keywords: *Nursing, Stress, Coping, Urgency Service.*

Índice geral

Agradecimentos	vii
Resumo	viii
Abstract	x
Índice geral	xii
Índice de Gráficos	xiv
Índice de Tabelas	xv
Lista de abreviaturas, siglas e símbolos	xvi
Introdução	1
1. Enquadramento teórico	5
1.1. O stresse	5
1.2. O stresse profissional	9
1.3. O stresse em enfermagem	11
1.4. O stresse no contexto do serviço de urgência	15
1.5. O coping	17
1.5.1. WCQ - Ways of Coping Questionnaire	22
2. Decisões metodológicas	26
2.1. Meio	26
2.2. Paradigma e tipo de estudo	26
2.3. População alvo, amostra e método de amostragem	28
2.4. Variáveis	29
2.4.1. Variável independente	30
2.4.2. Variável dependente	30
2.5. Método de colheita de dados	31
2.6. Tratamento dos dados	32
2.7. Considerações éticas	33
3. Apresentação e análise dos resultados	34
3.1. Atributos dos participantes	34
3.1.1. Género	34

3.1.2.	Faixa etária _____	35
3.1.3.	Estado civil _____	36
3.1.4.	Habilitações académicas _____	36
3.1.5.	Tempo de exercício da profissão de enfermagem _____	37
3.1.6.	Tempo de exercício da profissão de enfermagem no SU _____	38
3.1.7.	Tipo de horário no SU _____	39
3.1.8.	Carga horária no SU _____	40
3.1.9.	Duplo emprego _____	40
3.2.	Factores de Stresse _____	43
3.2.1.	Distribuição categoria: Atendimento do doente _____	44
3.2.2.	Distribuição categoria: Carga emocional _____	45
3.2.3.	Distribuição categoria: Gestão _____	47
3.2.4.	Distribuição categoria: Sobrecarga de trabalho _____	48
3.3.	Estratégias de Coping - WCQ _____	51
4.	Conclusão _____	58
5.	Implicações/Limitações _____	60
6.	Sugestões _____	61
7.	Bibliografia _____	62
	Apêndices _____	67

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição gráfica da amostra por género _____	34
Gráfico 2: Distribuição gráfica da amostra por faixa etária _____	35
Gráfico 3: Distribuição gráfica da amostra por estado civil _____	36
Gráfico 4: Distribuição gráfica da amostra por habilitações académicas _____	37
Gráfico 5: Distribuição gráfica da amostra por tempo de profissão _____	37
Gráfico 6: Distribuição gráfica da amostra por tempo de exercício profissão no SU _____	38
Gráfico 7: Distribuição gráfica da amostra por horário _____	39
Gráfico 8: Distribuição gráfica da amostra por carga horária _____	40
Gráfico 9: Distribuição gráfica da amostra por duplo emprego _____	41
Gráfico 10: Distribuição gráfica da amostra por carga horária total _____	41

Índice de Tabelas

Tabela 1: Escala de <i>Likert</i> usada na WCQ _____	23
Tabela 2: As 8 subescalas do WCQ _____	24
Tabela 3: Distribuição da amostra por género _____	35
Tabela 4: Distribuição da amostra por faixa etária _____	35
Tabela 5: Distribuição da amostra por estado civil _____	36
Tabela 6: Distribuição da amostra por habilitações académicas _____	37
Tabela 7: Distribuição da amostra por tempo de profissão _____	38
Tabela 8: Distribuição da amostra por tempo de exercício da profissão no SU _____	39
Tabela 9: Distribuição da amostra por horário _____	39
Tabela 10: Distribuição da amostra por carga horária _____	40
Tabela 11: Distribuição da amostra por duplo emprego _____	41
Tabela 12: Distribuição da amostra por carga horária total _____	41
Tabela 13: Distribuição Duplo emprego _____	42
Tabela 14: Distribuição: Categoria - Atendimento do doente _____	44
Tabela 15: Categoria - Carga emocional _____	45
Tabela 16: Categoria - Gestão _____	47
Tabela 17: Categoria - Sobrecarga de trabalho _____	49
Tabela 18: Distribuição Estratégias de Coping (questão 1 a 16) _____	52
Tabela 19: Distribuição Estratégias de Coping (questão 17 a 32) _____	54
Tabela 20: Distribuição Estratégias de Coping (questão 33 a 48) _____	56

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

Abreviatura Sigla Símbolo	Descrição
EU-OSHA	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho
CLE	Curso de Licenciatura em Enfermagem
ESSATLA	Escola Superior de Saúde Atlântica
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISHST	Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (ISHST):
OMS	Organização Mundial de Saúde
Q	Questionario
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SU	Serviço de Urgência
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences - Pacote estatístico para as ciências sociais
UC/ UC's	Unidade de Contexto/ Unidades de Contexto
UR/ UR's	Unidade de Registo/ Unidades de Registo
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
WCQ	Ways of Coping Questionnaire
N.	Número de respostas
%.	Valor em percentagem

Introdução

As transformações sociais políticas e económicas que se verificam nos últimos anos em Portugal, têm afectado o campo da saúde e consecutivamente a profissão de enfermagem e os enfermeiros.

Nem sempre o stresse tem um carácter de conotação negativa, “um pouco de stresse pode motivar comportamentos e emoções produtivas, a realidade é que uma percentagem considerável dos profissionais de saúde evidencia reacções adversas ao stresse, que afectam a sua saúde física e mental e põem em risco o seu bem-estar pessoal, e a sua capacidade de oferecer cuidados adequados” McIntyre (1994: 196). Neste modo torna-se necessário desenvolver pesquisa acerca de factores que possam influenciar o trabalho dos enfermeiros.

O presente estudo de investigação insere-se no âmbito do plano de estudo do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica, tendo como finalidade constituir o trabalho final de curso – Monografia.

Segundo Fortin (2009: 66), “O ponto de partida de uma investigação é uma situação que suscita interrogações, um mal-estar ou uma inquietação que pede uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão”.

Antes de iniciar a pesquisa bibliográfica tomou-se como ponto de partida investigar um tema que pudesse contribuir para o bem-estar do Enfermeiro, partindo da premissa: “Para cuidarmos dos outros, temos que começar por nos próprios.” Bolander (1998:365). E, porque cuidamos de outros que “procuram a enfermeira para lhes reduzir o stresse, aliviar a dor, dar conforto e apoio, e prestar cuidados com grande altruísmo” e “é sabido que cuidar dos doentes também é cansativo e causador de stresse” Bolander (1998:363) decidiu-se estudar o stresse profissional e as estratégias de coping nos enfermeiros do serviço de urgência.

De acordo com a **Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho** “Os riscos psicossociais e o stresse relacionado com o trabalho são das questões que maiores desafios apresentam em matéria de segurança e saúde no trabalho. Têm um impacto significativo na saúde de pessoas, organizações e economias nacionais”. É ainda descrito que “Os trabalhadores sentem stresse quando as exigências do seu trabalho são excessivas, superando a sua capacidade de lhes fazer face”.

Segundo a OMS (2009), a saúde mental pode ser definida como “um estado de bem-estar em que o indivíduo é capaz de realizar o seu potencial; fazer face ao stresse normal da vida; trabalhar de forma produtiva e proveitosa; dar o seu contributo em benefício da comunidade a que pertence”.

No sector da saúde, o stresse ocupacional tem sido muito menos estudado, embora este sector envolva profissões consideradas de alto risco em termos de stresse. Um estudo de 22.000 trabalhadores em 130 ocupações segundo Smith (1978) citado em McIntyre (1994:193) revelou que “7 das 27 ocupações consideradas de stresse elevado estavam relacionadas com os cuidados de saúde”.

Na vertente da prática de enfermagem a autora pretende que os enfermeiros contribuam com a opinião sobre factores que lhes geram stresse e as estratégias de coping mais utilizadas e que os resultados obtidos sirvam de reflexão para os enfermeiros e para a organização, contribuindo para o bem-estar dos mesmos e para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, a realização deste estudo científico resulta da percepção da realidade dos enfermeiros e a consideração de que é importante obtermos resposta à seguinte questão de investigação:

Quais são os factores de Stresse Profissional e as Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência?

Para a presente investigação foram traçados como objectivos específicos identificar o stresse profissional dos enfermeiros no serviço de urgência e identificar as estratégias de coping dos enfermeiros no serviço de urgência.

Para realizar o estudo optou-se por uma abordagem quantitativa de carácter exploratório descritivo simples (nível I), não experimental.

A recolha de dados decorreu no período de Maio de 2015. A entrevista foi presencial com preenchimento de um questionário acompanhado de carta explicativo do estudo, consentimento informado e recolha de dados o qual se encontrava dividido em 3 partes. Na primeira pedia-se ao enfermeiro que respondesse a questões sobre dados demográficos, na segunda a uma pergunta de resposta livre para identificar os factores de stresse, e na última parte a um questionário de estratégias de coping.

O processo de investigação está dividido em três etapas, cuja aplicação faseada permite clarificar o tema em estudo. Desta forma, o processo de investigação é composto pela fase conceptual, fase metodológica e fase empírica.

Na fase conceptual foi formulada e organizada a ideia e a documentação relativa ao tema em estudo, com o objectivo de clarificar o tema de estudo. Na fase metodológica, definiu-se o paradigma, o tipo de estudo, a amostra, as variáveis, a metodologia de recolha de dados e de tratamento de forma a obter respostas à questão de investigação, salvaguardando considerações éticas. Por último, na fase empírica foi realizada a colheita de dados no terreno, realizado o seu tratamento, interpretação e conclusões com partilha dos resultados, das dificuldades e implicações sentidas e sugestões pertinentes.

No seguimento das etapas inerentes a um processo de investigação, o presente trabalho de monografia foi estruturado em três capítulos.

No primeiro consta o enquadramento teórico onde é efectuada a descrição do tema em estudo com base na literatura consultada. No segundo capítulo é descrita a metodologia escolhida e fundamentada para dar resposta a pergunta de investigação. No

terceiro capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos na recolha de dados.

Na realização do presente trabalho, foram utilizadas as normas de trabalhos escritos do Repositório Científico da Universidade Atlântica.

1. Enquadramento teórico

Neste capítulo contextualiza-se as temáticas em estudo pelo que é essencial esclarecer e definir conteúdos e conceitos relacionados com as mesmas, tais como: **Stresse, Stresse profissional, Stresse em Enfermagem, Stresse em Urgência e Coping** que definem cada um dos seguintes subcapítulos.

1.1. O stresse

No Dicionário de Bolso para Enfermeiros, Weller (2004: 433) define stresse como “qualquer factor, mental ou físico, cuja pressão pode afectar negativamente o funcionamento do corpo”

Stringo, stringere, strinxi, strictum são verbos latinos donde provém o termo stresse “que tem como significado apertar, comprimir, restringir” (Vaz-Serra, 2011:12).

A expressão existe na língua inglesa desde o século XIV sendo utilizada durante bastante tempo, para exprimir uma pressão ou uma constrição de natureza física (Mazure e Druss, 1995 citado em Vaz-Serra, 2011:12).

As primeiras pesquisas sobre o stresse identificaram a importância do equilíbrio do indivíduo para fazer face aos acontecimentos da sua vida quotidiana, “É a estabilidade do meio interior que é a condição indispensável a uma vida livre e independente” disse Claude Bernard¹ (Albuquerque, 1987:9).

Seguiu-se Walter Canon² que propôs o termo homeostase “(do grego *homolos* = semelhante, e *stasis* = posição) para designar os processos fisiológicos coordenadores que mantêm a maior parte dos estados constantes no organismo. Descobre que o ser humano pode responder aos acontecimentos pela segregação de adrenalina pelas

¹ Fisiologista francês que viveu entre 1813-1878. Foi considerado um teórico do método experimental e precursor da biologia Moderna (Vaz-Serra, 2011:2)

² Professor de fisiologia da Universidade de Harvard que viveu entre 1871-1945 (Vaz-Serra, 2011:2).

cápsulas supra-renais, que por sua vez vai preparar o corpo para a defesa” (Albuquerque, 1987:9).

Contudo o conceito de stresse foi introduzido por Hans Selye³ (Vaz-Serra, 2011:3). A definição dada por Hans Selye “Stresse é a resposta inespecífica do corpo a qualquer exigência que lhe é feita” (Albuquerque, 1987:11).

Selye definiu o esforço de adaptação em três fases: fase de alarme, fase de resistência e a fase da exaustão (Parreira, 2006:18).

A fase de alarme segundo Wiedenfeld *et al* (1990) citado em Parreira (2006:18), “com as sub-fases de choque e contra-choque, e com sintomas físicos conhecidos, ao nível da temperatura, pulsação, peso e secreção hormonal, nomeadamente os níveis de cortisol”.

A fase seguinte, fase de resistência, é o “processo de adaptação do organismo ao agente de stresse, igualmente com os seus dados fisiológicos, geralmente inversos em relação aos da primeira fase, com eventual redução dos sintomas, se esta fase traduzir uma adaptação suficientemente eficaz” (Parreira; 2006:18).

Parreira esclarece que na teoria de Selye a fase da exaustão, ocorre “se o agente de stresse for tão forte e prolongado que supere capacidades de adaptação do organismo, conduzindo ao reaparecimento de sintomas e ao abaixamento acentuado da qualidade das respostas de enfrentamento (2006:19).

Vaz-Serra (2011: 4) expõe a distinta perspectiva de Holmes e Rahe (1967), os seus estudos revelaram dois pontos importantes “Um deles, de que há acontecimentos que têm maior probabilidade do que outros em induzirem stresse nos seres humanos. Um outro, de que que os acontecimentos penosos influenciam o estado de saúde do indivíduo”.

³ Medico endocrinologista que viveu entre 1907-1982. Dedicou quase 50 anos de estudo ao stresse (Vaz-Serra, 2011:3). O seu primeiro livro *The stress of life*, publicado em 1956, e a que se seguiu outro *Stresse without distresse* 1975 (Albuquerque,1987:9)

O stresse, segundo Lazarus (1993 e 1999) citado em Vaz-Serra (2011:13), “representa a relação que se estabelece entre a ‘carga’ sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia”.

Lazarus e Folkman citados em Parreira (2006) “propõem um modelo que coloca esta avaliação da situação e das próprias capacidades de resposta do indivíduo como conceitos nucleares na definição do stresse e na resposta que lhe é dada. Este modelo concebe o indivíduo como um actor que calcula a sua eficácia de resposta ao stresse, com base na leitura que faz do meio (avalia o potencial de stresse da situação) e de si próprio (avalia os seus recursos de enfrentamento)”.

A perspectiva de Lazarus e Folkman é uma perspectiva relacional cognitivista (...) o stresse é uma resposta circular, em redefinição e reorganização contínua, em que se tornam muito importantes os significados que o sujeito atribui às diferentes situações (Parreira, 2006:22)

Este modelo traduz-se em primeiro na percepção de uma situação potencialmente geradora de stresse. De seguida, a fase de antecipação, “o sujeito avalia o grau de ameaça e a sua contrabilidade (...). Na fase de impacto, o sujeito compara o stresse esperado e o efectivamente resultante dos acontecimentos. Sente durante mais ou menos stresse, face ao qual desencadeia as suas opções de enfrentamento (centradas na emoção ou centradas no problema). Na fase de pós-impacto, o sujeito avalia o significado pessoal da situação vivida e a eficácia das respostas de enfrentamento; avalia as sequelas da situação e visualiza medidas de compensação. O stresse experimentado da fase de antecipação à fase de pós-impacto constitui para o sujeito um elemento de retro-informação (feedback) que vai influenciar a sua representação futura das situações de stresse” (Parreira, 2006:21).

Segundo Bolander “em certa medida, a experiência de stresse depende das circunstâncias nas quais o stresse ocorre, e nas características físicas e psicológicas da pessoa. Assim o stresse não é uma ocorrência específica, mas um processo, cuja compreensão requer atenção às fontes de stresse e aos factores que o medeiam, que

tornam as pessoas mais ou menos sensíveis às fontes de stresse, e às diferenças entre as respostas ao stresse” (1998:331).

De acordo com Vaz-Serra (2000: 261) “o facto de um indivíduo se sentir ou não em stresse é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de auto-confiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância, considerada importante para si e que lhe cria exigências específicas.”

O mesmo autor acrescenta ainda: “Estar ou não em stresse depende do facto do indivíduo sentir ou, simplesmente acreditar, que não possui ou que não tem aptidões ou recursos pessoais e sociais para lidar com as exigências criadas pela situação”.

Para cada um de nós, a palavra stresse pode ter inúmeras interpretações, “o stresse e as respostas das pessoas face ao mesmo são muito individualizados. Não estamos todos em stresse pelos mesmos motivos, nem lidamos da mesma maneira com o nosso stresse” (Neeb 2000:105).

Para Vaz-Serra (2011: 14) “as circunstâncias que induzem stresse podem ser de natureza física, psicológica e social”.

Lazarus e Folkman (1984) classificam três categorias de situações indutoras de stresse:

1. “A ameaça diz respeito à antecipação de um acontecimento desagradável que pode vir a acontecer mas que ainda não surgiu. É uma situação que se projecta para o futuro.
2. O dano refere-se a alguma circunstância penosa que já ocorreu. Ao indivíduo nada mais resta do que aceitar ou interpretar de uma forma mais positiva o seu significado ou as suas consequências. É um facto que se encontra ligado ao passado.
3. O desafio representa uma circunstância em que o indivíduo sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou

ultrapassadas. Corresponde a uma situação ligada ao presente.”
(Vaz-Serra, 2011:23-24)

Os factores de stresse podem ser benéficos ou prejudiciais, dependendo do indivíduo (ou organismo), globalidade da situação, intensidade da fonte de stresse e capacidade de reacção da pessoa Bolander (1998:331).

O mesmo autor (1998: 331) reforça dizendo que “a forma como cada pessoa responde a situações geradoras de stresse é medida pela (1) personalidade), (2) percepção das fontes de stresse e (3) recursos de adaptação (coping).

A resposta a situações de stresse passam por mecanismos de defesa cuja finalidade é “reduzir ou eliminar a ansiedade. Surpreendentemente, quando utilizados em pequena escala, podem conduzir a alterações da personalidade” Neeb (2000: 105).

O mesmo autor refere que a utilização dos mesmos “por um curto período de tempo pode ser útil. Os mecanismos actuam como uma válvula de pressão e permitem que a psique faça a gestão do stresse”.

Porque a finalidade principal destes mecanismos “consiste na redução de ansiedade, as pessoas tendem a ter um conjunto de mecanismos de defesa e a usá-los (inconscientemente) repetidas vezes” Neeb (2000: 105).

1.2. O stresse profissional

“...Quanto maior o stresse menor a satisfação sentida no trabalho”, Blegen (1993), citado em Vaz-Serra (2011: 599)

Segundo Cox, Griffiths e Rial-González, (2000), Serra, (1999) citados por Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2012: 10) “As causas de estados de stresse são diversas e a resposta aos fatores indutores de stresse, designadamente aos factores de natureza profissional, varia entre indivíduos, podendo também variar no mesmo indivíduo em

momentos distintos. Estados de stresse relacionados com o trabalho parecem resultar de uma interacção negativa do indivíduo com a tarefa e com a empresa/organização, em que aspectos como a sobrecarga ou a subcarga de trabalho, a responsabilidade por pessoas, a fraca autonomia de decisão, a existência de conflitos, a ambiguidade (ou o conflito) de papéis, a má comunicação e liderança, as deficientes condições físicas de trabalho e a insegurança no trabalho, constituem exemplos de agentes indutores de estados de stresse”.

Vaz Serra (1999) citado em Oliveira (2003) “considera que o stresse ocupacional pode trazer prejuízos, tanto para saúde física como psíquica do trabalhador”.

No caso dos profissionais de saúde, Figueiredo e Soares (1999) citados em Oliveira (2003) referem que quanto aos prejuízos para a saúde “torna-se mais relevante, pela crença de que estes têm que ser sensíveis às necessidades dos outros, sem que recebam respostas face às suas necessidades”.

Calhoun (1983) citado em McIntyre (1994: 193-194) após análise de vários estudos justifica “a importância de se examinarem as fontes de stresse para os profissionais de saúde, assim como os seus efeitos, no sentido de prevenir reacções adversas que terão consequências ao nível dos cuidados do doente e da saúde física e mental dos que o tratam”.

Segundo Silva e Gomes (2009: 239) “analisando os resultados de investigações internacionais, os autores têm descrito os potenciais efeitos negativos do stresse ocupacional na saúde e no bem-estar dos profissionais de saúde, nomeadamente, em termos da baixa satisfação (Blegen, 1993), das queixas físicas e psicológicas (Cooper, Dewe, & O’Driscoll, 2001) e do absentismo (Borda & Norman, 1997; Cascio, 1995)”.

O Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (ISHST) foi criado em 2004, de acordo com o definido no Decreto-lei nº 171/2004 de 17 de Julho, é um organismo da administração pública central “ (...) o qual tem como missão promover a segurança, higiene, saúde e bem-estar no trabalho, exercício no contexto do qual lhe

cabe coordenar, executar e avaliar as políticas no âmbito do Sistema de Prevenção dos Riscos Profissionais” (www.ishst.pt).

Num estudo levado a cabo por Silva e Gomes (2008: 239) é analisado o stresse ocupacional “em 155 profissionais da área da saúde (exemplo: médicos e enfermeiros) a trabalharem em instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal. Foram avaliadas as fontes de stresse, o burnout, o coping proactivo, o comprometimento organizacional e a satisfação e realização profissional. Os resultados apontaram 15% de profissionais com experiências significativas de stresse e 6% com problemas de exaustão emocional”

1.3. O stresse em enfermagem

De acordo com o REPE “A enfermagem, é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Segundo o Estatuto da OE “O título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção”.

No REPE o “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”.

Segundo Vaz-Serra (2011: 589), “regra geral tendemos a pensar que os técnicos de saúde se destinam a cuidar das doenças dos outros. Não concebemos que eles

próprios possam ser afectados por problemas de saúde, alguns dos quais mediados pelo stresse”.

Nos seus estudos sobre stresse nos enfermeiros, Menzies (1960), citado por Calil e Paranhos (2008: 117) considerou “stressante a actividade exercida pelo enfermeiro. Esta actividade exige do profissional competência e esforço físico, mental e emocional para actuar no cuidado directo ao paciente e no cumprimento das actividades organizacionais da unidade. Estas competências, quando não cumpridas adequadamente, acarretam sentimentos que repercutem de maneira negativa na estrutura pessoal e profissional do enfermeiro”.

De acordo com Heim (1992) citado em Vaz-Serra (2011: 598), “os enfermeiros atravessam condições de stresse ainda mais intensas do que os médicos. Refere que são provenientes, em grande parte, da atenção e dos cuidados que têm de prestar continuamente aos doentes, seguidos de conflitos de equipa ou sobrecarga de trabalho, insegurança, falta de autonomia e conflitos de autoridade”.

As cinco fontes de stresse ocupacional apontadas com mais frequência e apontada por ordem decrescente segundo McIntyre, McIntyre e Silvério (1999: 518) são “1. Sobrecarga de trabalho 2. Más condições físicas e técnicas 3. Carência de recursos materiais, técnicos e humanos 4. Excessivo número de doentes por enfermeiro 5. Incapacidade de responder às exigências emocionais do doente”.

Vaz-Serra (2011: 599) descreve como indutores de stresse nos enfermeiros “...a exposição continua a doentes com uma patologia física e emocional e com um desenlace fatal; conflitos com familiares dos enfermeiros, colegas de trabalho, supervisores e pessoas de outros departamentos ou profissões”

O mesmo autor (2011: 599, 600) realça que “este grupo profissional é afectado por transtornos psicopatológicos superiores aos da população em geral e, quando em stresse, também se envolve no consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas ou psicofármacos”.

Albuquerque (2003) citado em Silva (2008:59) refere que “actualmente a saúde ocupacional é vocacionada para a Promoção da Saúde cuja estratégia principal é a de através de processos educativos e formativos, modificar os comportamentos e os estilos de vida prejudiciais à saúde”. A mesma autora citada em Silva (2008:59) refere que o conceito de Acções de promoção da Saúde no Local de Trabalho “(...) implica a existência de políticas, programas ou actividades que permitam aos diferentes grupos de trabalhadores aumentar o controlo da sua saúde e melhorar o nível desta”.

Melo, Gomes e Cruz (1997: 69) referem que “se todas as companhias e organizações seguirem o conselho que J. Ruskin formulou em 1851, o stresse ocupacional não será talvez um problema tão preocupante no próximo século”.

Segundo Ruskin (1851) citado em Melo, Gomes e Cruz (1997: 69): “Para que uma pessoa possa ser feliz no seu trabalho, são necessárias três coisas: devem estar adaptadas ao trabalho, não devem fazer (ter) demasiado trabalho, e devem ter alguma sensação/percepção de sucesso no trabalho”

No estudo *Avaliação do nível de stresse de técnicos da área da saúde* efectuado por Malagris e Fiorito (2006: 396) os resultados obtidos pelo “Inventário de Sintomas de Stresse para Adultos de Lipp revelou que dos 34 sujeitos avaliados, 26 (76,4%) se encontravam stressados. Desses, 20 (77,0%) encontravam-se na fase de resistência e seis (23,0%) na quase-exaustão, ...”. No mesmo estudo ainda é verificado que “em alguns sectores (fisioterapia, laboratório e enfermagem geral) todos os técnicos estavam stressados”.

“A quantidade de trabalho percebida como sobrecarga e a ‘pressão do tempo’ são referidas como as principais circunstâncias indutoras de stresse em profissionais de saúde de acordo com Chang *et al.*, (2006); Heim, (1993); Heim, (1992); Lautert Et Al., (1999); Walcott-Mcquigg, Ervin, (1992); Xianyu, Lambert, (2006), estando fortemente relacionadas com a exaustão emocional: segundo Lee, Ashforth, (1996); Thomsen et al., (1999) citados por Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2012: 11).

Vaz-Serra (2011: 602) descreve que “...o stresse torna-se mais grave quando os papéis que cabe cumprir a cada um não estão definidos com clareza, existe uma indefinição de autoridade e de objectivos a prosseguir. Quando este facto ocorre o enfermeiro sente-se vítima das práticas administrativas e da organização, que são mais acentuadas se sentir falta de apoio por parte dos superiores hierárquicos”.

Alguns estudos portugueses também identificaram a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos entre os principais factores indutores de stresse em profissionais de saúde, nomeadamente Gomes e Cruz (2004), McIntyre, McIntyre e Silvério, (2000) McIntyre, McIntyre e Silvério (2001); Melo, Gomes e Cruz (1997) citados por Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2012: 11).

Segundo Leite (2009) citados por Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2012: 11) “a sobrecarga de trabalho e a pressão do tempo também constituíram os factores indutores de stresse mais frequentemente referidos entre enfermeiros de um hospital central, independentemente de exercerem a sua actividade profissional em enfermarias ou em serviços de urgência”.

Que há a fazer para libertar os médicos e os enfermeiros do stresse? Vaz-Serra (2011: 604) reuniu os vários factores que são susceptíveis de induzir stresse identificados nos trabalhos citados no seu livro, que vêm a ser:

1. “Existência de sobrecarga de trabalho, que consiste num número demasiado elevado de tarefas para serem desempenhadas ao mesmo tempo, que são muita vez a consequência de escassez de pessoal. Esta circunstância pode manter-se por períodos extensos.
2. Pressão do tempo: a rapidez é considerada necessária no que precisa de ser feito no momento.
3. Percepção de não se ter controlo sobre as exigências da profissão.
4. Fraca capacidade de se ser autónomo nas tomadas de decisão.
5. Atitude passiva perante os problemas.
6. Atenção continuada a prestar a doentes graves ou difíceis.

7. Falta de apoio social, por parte dos superiores hierárquicos ou de familiares.
8. Má comunicação com colegas, doentes, familiares de doentes ou supervisores.
9. Insatisfação com a forma como o técnico de saúde se sente tratado por superiores hierárquicos ou a instituição.
10. Dificuldade em conciliar as obrigações de trabalho com as familiares e domésticas”.

Tsai e Crockett (1993) citados em Vaz-Serra (2011: 605) conseguiram diminuir o stresse no trabalho em enfermeiros, aos quais ensinaram a prática de relaxamento, segundo o modelo cognitivo-comportamental preconizado por Smith em 1988.

Leidy (1992) citado em Vaz-Serra (2011: 605-606) “pondera que saber rir e ter sentido de humor reduz o stresse e melhora o sistema imunitário. Experimentando em 150 elementos de enfermagem um jogo que evocava humor os resultados que obteve foram positivos. Conclui que se a experiência de aprendizagem e a prática profissional se tornarem agradáveis é absorvido muito do stresse resultante gerado pelas diversas situações penosas por que a pessoa passa”.

E o mesmo autor (2011: 606) acrescenta ainda: “Lidar com o stresse é ter o seu próprio meio de recolher informação, resolver problemas, planear actividades agradáveis, tirar partido das pessoas do seu meio, bem como gerar ideias, pensamentos e emoções. Cuidar dos doentes deve também incluir saber cuidar de si próprio”.

1.4. O stresse no contexto do serviço de urgência

Para compreender a lógica do funcionamento dos SU obriga à definição de conceitos como situação urgente e emergente.

Segundo Santos (2007: 17) a urgência é a “ocorrência imprevista de danos à saúde, em que não ocorre risco de morte, ou seja, o indivíduo necessita de atendimento médico mediato. Consideramos prioridade moderada de atendimento”.

No que concerne à emergência o mesmo autor define com um “constatação médica de condições de danos à saúde, que implicam em risco de morte, exigindo tratamento médico imediato. Consideramos alta prioridade de atendimento (Santos, 2007:17).

Para Martins (2010: 25) o SU é “o local onde ocorrem todos os utentes, desde os que têm uma simples síndrome gripal, às situações mais graves e que colocam em risco a vida dos utentes. Com atendimento disponibilizado 24 horas por dia e 7 dias por semana, estes serviços são lugares geradores de stresse por excelência, dadas as suas peculiares características.

Frank e Ovens (2002), Kalemoglu e Keskin (2006) e Potter (2006) citados em Teles (2011: 36) “referem que os serviços de urgência caracterizam-se por aspectos específicos que envolvem lidar com uma panóplia de pacientes de todas as idades e exigem resoluções muito rápidas. Apesar de médicos e enfermeiros lidarem diariamente com situações que envolvem a responsabilidade pela vida humana, os profissionais do serviço de urgência lidam com pacientes que, por vezes, nem conseguem referir o seu próprio nome. A exposição a situações de morte, trauma, violência e sobrelotação, faz com que trabalhar em serviços de urgência seja imprevisível e os seus profissionais estejam mais vulneráveis: estes são os serviços mais movimentados, ocupados e stressantes dos hospitais”.

Segundo Walsh et al. (1998) citados em Teles (2011: 37) as situações mais stressantes relacionadas com o desempenho de funções num serviço de urgência são:

1. Escassez de pessoal de enfermagem e a desmotivação deste;
2. Agressão verbal e/ou física;
3. Carência de camas e de recursos;

4. Falta de apoio ao nível da gestão;
5. Relacionamento entre profissionais

Teles (2011: 37) citou que “Estudos comparativos reportaram que os enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência demonstram valores significativamente mais altos ao nível da exaustão emocional e da despersonalização do que os enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos e outras enfermarias” Aldi e Priami (2005); Keller e Verdes (1990); Walsh *et al.* (1998), sendo a tensão profissional também estatisticamente superior.

Também se ressalva a conclusão de um estudo realizado em Espanha: “os enfermeiros que realizam turnos rotativos (como acontece com os profissionais dos serviços de urgência) sentem maior exaustão emocional do que aqueles que apenas realizam o turno da manhã” Garrosa *et al.*, (2010) citados em Teles (2011:37).

1.5. O coping

O coping⁴ é “o modo como cada indivíduo se adapta psicologicamente, física e comportamentalmente a um factor de stresse. Isto é, a capacidade que cada um desenvolve para lidar conscientemente com os problemas e com o stresse” Neeb (2000: 103).

Webster citado em Neeb (2000: 103) define o verbo “cope” como lutar ou combater (alguma coisa) com sucesso.

⁴ Citando Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004: 3): «A palavra “coping” faz parte do vocabulário da psicologia em Portugal, tal como a palavra “stresse”. Há autores que a utilizam (Serra, 1988), enquanto outros apresentam tradução. Por exemplo “adaptação” (Apa, 2002), “confronto” (Vasco, 1985), ou “lidar com” (Cegoc, 2000). O português falado no Brasil utiliza o termo “enfrentamento” tal como os espanhóis. Preferimos adoptar o termo “coping” como um neologismo que, talvez com o uso e num ajustamento à língua portuguesa, se passe a escrever copingue».

Folkman, (1982); (1984) e Folkman *et al.*, (1986) citados em Silva (2008:53), definem coping “como os esforços cognitivos e comportamentais desencadeados por uma pessoa para gerir as exigências internas e/ou externas da sua relação com o ambiente, relação que é, pois, avaliada como ameaçadora”.

Monat e Lazarus (1985) citados em Vaz-Serra (2011: 429-430) “mencionam que coping se relaciona com os esforços feitos para lidar com as situações de dano, de ameaça e de desafio quando o indivíduo não tem disponível no seu repertório de comportamentos uma rotina ou uma resposta automática para confrontar a situação”.

Assim podemos entender as formas de coping como tentativas que como indivíduos desenvolvemos para lidar com uma situação stressante e que dependem da avaliação da situação e dos recursos de que dispomos nessa mesma situação.

Para Snyder e Dinoff (1999) citados em Gomes e Pereira (2008: 320), “as estratégias de coping correspondem às respostas emitidas pelos sujeitos, que têm por finalidade diminuir a pressão física, emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de stresse. A eficácia das estratégias de coping, segundo estes autores, avalia-se pela capacidade que têm em reduzir de imediato a perturbação sentida, bem como evitar em termos futuros, o prejuízo do bem-estar ou do estado de saúde do ser humano”.

Para Vaz-Serra (2011: 430) “estas estratégias de lidar com situações indutoras de stresse têm modalidades diferentes. Algumas vezes são orientadas pelo indivíduo para a resolução directa do problema, outras vezes são para a atenuação das emoções sentidas, noutras ocasiões para a busca de apoio social. Podem surgir de forma isolada ou concomitante”.

Este mesmo autor (2002) citado em Gomes e Pereira (2008: 320) “considera que, mesmo sendo estas modalidades bem-sucedidas, se verifica uma redução do stresse, pois caso contrário a situação mantém-se. Contudo, não há estratégias modelo, pois o nível de eficácia é determinado pelo tipo de recursos que o indivíduo apresenta,

assim como pelo tipo de problemas com que se defronta. Neste sentido, o desenvolvimento do processo de coping é influenciado pelas características da personalidade, pela influência cultural e pelos factores situacionais”.

Para Meichenbaum e Turk (1982) citados em Vaz-Serra (2011: 438), referem que “as estratégias de lidar com o stresse usualmente são aprendidas por *osmose*, isto é, o indivíduo faz o que vê fazer a pessoas significativas do meio ambiente com as quais se identifica. Se o modelo é bom e se aprende as aptidões que precisa para lidar adequadamente com a vida, então sai-se bem. Se o modelo é mau, é natural que passe a ter dificuldades quando se depara com certas circunstâncias”.

Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, (1985) citados em Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004:4) “o coping é centrado no processo em vez de no traço, e distingue-se dos comportamentos automáticos adaptativos. Usam o termo esforços para salientar o processo em vez do resultado, e o termo gerir para evitar a ligação coping igual a sucesso. Ou seja, o esforço de coping pode não ser bem-sucedido e, então, não se pode definir com base no sucesso do processo”.

Estes mesmos autores definem o “*coping* apropriado a dada situação é então aquele que conduz a um ajustamento adequado, constituindo-se como evidências dessa adequação/ajustamento o bem-estar, o funcionamento social e a saúde somática”

Segundo Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004:5) “o uso repetido de determinadas estratégias de coping constitui-se como estilo de coping. O termo mecanismos de defesa provém dos estudos psicanalíticos para se referir a processos mentais inconscientes. Utiliza-se por vezes com o mesmo sentido o termo adaptação quando se refere a processos psicológicos implicados no ajustamento a acontecimentos stressantes relacionados com doença crónica”.

De acordo com a perspectiva de Folkman e Lazarus (1980) citado em Pais Ribeiro & Santos, (2001) e da medida clássica desenvolvida por eles o “Ways of Coping. Esta escala inclui duas categorias de sub-escalas; coping focado no problema

com cinco formas de coping (ou sub-escalas), e coping focado nas emoções com três formas de coping”.

Lazarus (1993) citado em Pais Ribeiro & Santos, (2001) “explica que a maioria das pessoas utiliza as oito formas de coping em cada situação stressante, embora recorram mais a umas do que a outras...”

Folkman e Lazarus (1980,1985) propuseram uma distinção entre dois tipos gerais de *coping*: o *coping focado no problema* e o *coping focado na emoção*:

“O *coping focado no problema* refere-se às tentativas, cognitivas e comportamentais, activas, directas e construtivas para modificar ou eliminar a situação geradora de *stresse* e deste modo resolver os problemas. O *coping focado na emoção* refere-se aos esforços para reduzir ou regular a resposta emocional que está associada ao *stresse*, ou que resulta da situação *stressante*. Estas duas estratégias gerais de *coping* estão associadas a duas importantes funções do *coping* a alteração da relação indivíduo-ambiente causadora de *stresse*, e a regulação de emoções perturbadoras” Folkman et al, (1986) citado em Dinis, Gouveia e Duarte (2011: 37).

Recentemente Folkman e Moskowitz (2000) citados em Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004: 7) “explicam que as abordagens contextuais do coping convergem nos seguintes aspectos:

1. O coping tem múltiplas funções incluindo, mas não só, a regulação do distresse e a gestão dos problemas que causam o distresse;
2. O coping é influenciado pela avaliação das características do contexto de stress incluindo a sua controlabilidade;
3. O coping é influenciado pelas características de personalidade (dispositions), incluindo o optimismo, o neuroticismo e a extroversão;
4. O coping é influenciado pelos recursos sociais.”

Para Vaz-Serra (2011: 456), a forma como um indivíduo lida com as situações de stresse depende:

1. “Dos recursos sociais: rede social em que o indivíduo está inserido e facilidade de acesso a pessoas que possam prestar-lhe ajuda; capacidade económica; tipos de relações com familiares e amigos; saúde física (pela capacidade que traz de ‘actuação social’);
2. Dos recursos pessoais: constituídos pela experiência adquirida na resolução de eventuais crises anteriores; pela auto-confiança e desenvolvimento do Eu; pelas aptidões em resolver problemas; pelas aspirações pessoais (que podem levar um indivíduo a ‘lutar’ ou a ‘abandonar-se’ perante os acontecimentos)”.

E para o mesmo autor, os recursos sociais e pessoais de *coping* determinam:

1. “A avaliação que o indivíduo faz das ocorrências
2. A repercussão que as circunstâncias indutoras de stresse podem ter sobre o indivíduo
3. Os processos de coping que são utilizados para lidar com elas
4. A adaptação que se verifica a curto e a longo prazo”

Carver e colaboradores (1989) demonstram igualmente que “o coping focado no problema tende a predominar quando as pessoas sentem que pode ser feito algo de construtivo para modificar a situação stressante, e que o coping focado na emoção tende a predominar quando as pessoas sentem que o stressor irá persistir e que nada podem fazer para o alterar. Parece então ser possível afirmar que os stressores que são passíveis de modificação tendem a responder melhor a um estilo de coping focado no problema, enquanto os stressores que são inalteráveis serão eventualmente melhor abordados por um estilo de coping focado na emoção” (Folkman & Lazarus, 1988; Smyth, 1988), citado em Dinis, Gouveia e Duarte (2011: 39).

EM RELAÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE COPING VERIFICA-SE QUE:

- Em relação as estratégias de coping segundo Vaz- Serra (2011: 456-457) verifica-se que “os indivíduos com estratégias pobres de coping tendem a sentir que a solução dos seus problemas não depende deles e, assim, evitam o seu confronto e resolução activa” e “os seres humanos emocionalmente estáveis e extrovertidos tendem a revelar melhores estratégias de coping em situações de stresse escolar do que os outros com características opostas”.

Para estudar o processo de coping, foi desenvolvida uma medida, denominada Ways of Coping Checklist (WCC; Folkman & Lazarus, 1980), posteriormente revista, maioritariamente utilizada quando se pretende estudar estratégias de coping, e alterada a denominação para Ways of Coping Questionnaire (WCQ; Folkman & Lazarus, 1985 e 1988).

1.5.1. WCQ - Ways of Coping Questionnaire

No estudo conservador de adaptação do *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) a uma amostra e contexto portugueses realizado por Ribeiro e Santos (2001) utilizaram a escala com 48 itens de avaliação de Folkman e Lazarus.

Estes autores referem que “a versão inicial do WCQ é da década de 70 do século XX (então Ways of Coping Checklist). Os autores desenvolveram, então, com base na reflexão e da revisão de literatura, 67 estratégias de coping, a que os sujeitos respondiam «sim» ou «não», consoante tinham ou não utilizado tal estratégia perante o problema em avaliação. Numa segunda fase os autores passaram de uma estratégia de construção do questionário baseada na teoria, para uma estratégia empírica.

Construíram um questionário de 66 itens com resposta ordinal de 4 posições, até chegarem à versão de 50 itens abordada neste estudo”.

Segundo a teoria de Folkman e Lazarus (1980) citados em Ribeiro e Santos (2001) “os itens do WCQ foram classificados em duas grandes categorias de coping: focado-no-problema e focado-nas-emoções (o coping focado-no-problema refere-se aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora da pessoa com o ambiente, que é fonte de stresse, enquanto que o coping focado-nas-emoções refere-se aos esforços desencadeados pelo sujeito para regular emoções stressantes”.

Para Ribeiro e Santos (2001) o objectivo do *estudo conservador de adaptação do WCQ a uma amostra e contexto portugueses* foi “contribuir para o estudo da adaptação portuguesa do questionário”

De acordo com um dos autores, Susan Folkman Ph D. esclarece on-line que a versão WCQ revisto em 1985 é de domínio público e carece de pedido de autorização, nem de nenhum pedido especial para o usar (apêndice 6). A avaliação da utilização da estratégia de coping é efectuada pelo participante do estudo mediante uma escala de *likert* de 4 pontos.

0) Nunca usei
1) Usei de alguma forma
2) Usei algumas vezes
3) Usei muitas vezes

Tabela 1: Escala de *Likert* usada na WCQ

Ribeiro e Santos (2001) esclarecem que os autores da WCQ identificaram e adoptaram uma divisão em oito subescalas.

Coping Confrontativo	i.e. esforços agressivos de alteração da situação, com um certo grau de hostilidade e de risco
Distanciamento	i.e. esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação
Auto-controlo	i.e. esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções
Procura de Suporte Social	i.e. esforços de procura de suporte informativo, tangível e emocional
Aceitar a Responsabilidade	i.e. reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas
Fuga-Evitamento	i.e. esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema
Resolução Planeada do Problema	i.e. esforços deliberados e focados sobre o problema, que visam alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema
Reavaliação Positiva	i.e. esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal

Tabela 2: As 8 subescalas do WCQ

Na WCQ de 50 itens, “após retirar-se os dois itens, atingiu-se valores de precisão (alfa de Cronbach) aceitáveis, sem provocar alterações na validade de conteúdo” Ribeiro, e Santos (2001: 497).

Segundo Ribeiro e Santos (2001: 499) “Do ponto de vista teórico estes resultados (*Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses*) são coerentes. O recurso predominante ao coping confrontativo, pela sua natureza, é susceptível de reduzir a satisfação com o trabalho, enquanto a reavaliação positiva e o distanciamento, deverão ter um impacto positivo na

ansiedade e no mal-estar (embora o oposto ocorra para o distanciamento com uma das dimensões do mal-estar). Lembramos que a utilização de estratégias de coping por este grupo é a seguinte (da mais utilizada para a menos): suporte social, resolução planeada de problemas, auto-controlo, distanciamento, reavaliação positiva, confrontativo, assumir a responsabilidade, e fuga-evitamento”.

2. Decisões metodológicas

Neste ponto da investigação definimos as estratégias no âmbito metodológico, que segundo Fortin (2003: 372) é o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração científica. Também, secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”.

Por seu lado, Polit e Hungler (1995: 13) definem o método científico de investigação como “um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas”.

A sua importância numa investigação é justificada por Fortin (2003: 18), “pela investigação numa dada disciplina visa-se a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão. Assim, a investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos na disciplina a que diz respeito e a facilitar o desenvolvimento desta como ciência.”

2.1. Meio

O presente estudo, foi realizado no serviço de urgência geral de um Hospital do distrito de Lisboa, após devida autorização pela administração do mesmo.

2.2. Paradigma e tipo de estudo

O domínio da investigação é o estudo do stresse e de estratégias de coping. E a questão de investigação formulada é: Quais são os factores de Stresse Profissional e as Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência?

O objectivo do estudo “é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no discurso do estudo” (Fortin, 2003: 40). Neste sentido traçou-se os seguintes objectivos: (1) Identificar o stresse profissional dos

enfermeiros no serviço de urgência; (2) Identificar as estratégias de coping dos enfermeiros no serviço de urgência.

Nesta sequência optou-se por uma abordagem quantitativa de carácter descritivo exploratório.

De acordo com Fortin (2003: 22) “o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis”.

De acordo com a investigação documental efectuada o estudo classificou-se como exploratório. A existência de poucos estudos no domínio relacionados directamente com enfermeiros e enfermeiros do SU obrigou ao investigador optar por conhecer e descrever o fenómeno. Desta forma definiu-se o estudo como descritivo simples de nível I, que “...consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Fortin: 2003: 163).

Citando o mesmo autor, (2009: 237) a respeito de estudo descritivo simples “o estudo comporta o reconhecimento do fenómeno a estudar, a determinação do ou dos conceitos que se reportam a este fenómeno e a elaboração de definições conceptuais e operacionais das variáveis, que não imprimem uma perspectiva ao estudo, como também permitem ligar os conceitos e as descrições que lhe são dadas.”

Com o estudo pretende-se “... apreender suficientemente o assunto em estudo para transmitir todas a sua complexidade de forma narrativa” (Fortin, 2003:165) e não se pretende aplicar nenhuma intervenção pelo que se classificou o estudo como não experimental.

Em suma o paradigma é quantitativo e o tipo de estudo é exploratório, descritivo simples, nível I, não experimental. Após esta decisão cumpre identificar a população alvo, a amostra e o processo utilizado para a sua selecção no sub-capítulo seguinte.

2.3. População alvo, amostra e método de amostragem

Para Fortin (2003: 202) uma população é “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” e para Polit e Hungler (1995: 143) “é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios”.

Os critérios de elegibilidade definidos para a escolha da amostra foram:

- (1) Ser Enfermeiro do serviço de urgência do hospital em estudo,
- (2) Exercer enfermagem há 3 ou mais anos nesse serviço,
- (3) Ser enfermeiro na prestação directa de cuidados e
- (4) que sintam vontade de partilhar a sua experiência relativamente à sua vida profissional no serviço de urgência.

Segundo Fortin (2003: 202-203) “estes critérios são guias importantes para a escolha possível do elemento de amostragem”.

De acordo com Polit e Hungler (1995: 143) “a população-alvo é toda a população em que está interessado o pesquisador. A população de acesso refere-se aqueles casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que são acessíveis ao pesquisador”.

A população alvo são todos os enfermeiros que exercem a profissão de prestação directa de cuidados de saúde num serviço de urgência, contudo a população acessível “é constituída pela porção da população que é acessível ao investigador” (Fortin: 2003:202). De acordo com a acessibilidade do investigador a amostra foi circunscrita aos enfermeiros que exercem no Hospital em estudo.

O método de amostragem é não probabilístico, “segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”

e acidental visto que “é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso...” (Fortin. 2003:208).

Num estudo, “o objectivo do investigador é obter uma amostra suficientemente grande para detectar diferenças estatísticas...” (Fortin. 2003: 211).

No decurso do estudo a amostra acessível e de acordo com critérios de elegibilidade foi constituída por 30 enfermeiros.

2.4. Variáveis

Segundo Fortin (2009: 171), as variáveis são “...as unidades de base da investigação” e “característica de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores” (Fortin: 2003: 376).

Polit e Hungler (1995: 26) descrevem uma variável como “toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente”.

Os mesmos autores (1995: 26) esclarecem sobre variável dependente e independente: “A variabilidade, na variável dependente, acredita-se estar na dependência da variabilidade, na variável independente”. “A variável dependente (por vezes chamada de variável de critério) e aquela que o pesquisador tem interesse em compreender, explicar ou prever”. Quanto a variável independente é a variável “que segundo a crença, causa ou influencia a variável dependente, em uma pesquisa experimental, a variável independente é aquela que é manipulada” (Polit e Hungler (1995: 373).

No âmbito do estudo irei utilizar variáveis de atributo e as variáveis de investigação

2.4.1. Variável independente

No estudo em questão a variável independente é também caracterizada como variável de atributo.

Segundo Fortin, (2003: 376) a variável de atributo indica a “característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra”. Segundo o mesmo autor (2009: 172) “são características pré-existentes, dos sujeitos participantes no estudo, sendo estas de carácter demográfico, com o intuito de dar a conhecer o perfil demográfico das características da amostra ou população em estudo”.

As variáveis de atributo definidas neste estudo foram: (1) género, (2) faixa etária, (3) estado civil, (4) habilitações académicas, (5) tempo de exercício profissional, (6) tempo de exercício profissional no serviço de urgência, (7) tipo de horário, (8) carga horária, (9) duplo emprego.

2.4.2. Variável dependente

De acordo com Fortin (2003: 377) “a variável dependente é a variável influenciada pela variável independente”. Polit e Hungler (1995: 373) descrevem-na como “a variável de resultado que interessa ao pesquisador; a variável que é formulada como hipótese para depender de outra variável (independente); ou para ser causada por outra variável...”.

A autora pretende estudar os factores de stresse gerados nos enfermeiros do serviço de urgência e as estratégias de coping mais utilizadas pelos mesmos, pelo que esta é a minha variável dependente.

2.5. Método de colheita de dados

Para Fortin (2003: 239) a escolha do método faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada”.

O mesmo autor esclarece que “num estudo exploratório-descritivo (nível I), o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno. São utilizados a este nível as observações, as entrevistas não estruturadas ou semi-estruturadas, os questionários semi-estruturados, o material de registo, etc.” (2003: 240).

O método escolhido foi o questionário, cuja vantagem segundo Fortin (2003: 249) “é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que a informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”.

Optou-se por um questionário misto, no qual é incluído questões de escolha fixa e questões de resposta livre (Apêndice 5).

Desta forma o questionário foi dividido em três partes. A primeira parte com questões demográficas:

- Nove questões com respostas de escolha fixa (género, faixa etária, estado civil, habilitações académicas, tempo de exercício em enfermagem, tempo de exercício de enfermagem no SU, tipo de horário, carga horária e duplo emprego);
- Três de resposta livre relativamente a local, carga horária e cargo que ocupa se exercer em outro emprego.

Na segunda parte são averiguados os factores geradores de stresse através de:

- Uma questão de resposta livre: “Para si, quais são os factores que considera stressantes na função que desempenha no serviço de urgência?”.

Na terceira e última parte, e utilizado o questionário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus (1988)

- Quarenta e oito questões com respostas de escolha fixa utilizando uma escala de Likert previamente estabelecida pelos autores.

O questionário foi igualmente acompanhado da carta explicativa do estudo (Apêndice 3) e termo de consentimento informado (Apêndice 4).

De acordo com Fortin (2003: 168) “o inquérito designa toda a actividade de investigação no decurso da qual são colhidos dados junto de uma população ou porções desta com o objectivo de examinar atitudes, opiniões crenças, ou comportamentos desta mesma população”.

2.6. Tratamento dos dados

O tratamento dos dados recolhidos será efectuado com recurso a um programa informático, Microsoft Excel 2010, que permitirá realizar o tratamento estatístico, criar tabelas e gráficos complementares, que permitem ao investigador e a qualquer leitor do relatório de estudo, a interpretação dos resultados obtidos.

Relativamente à questão de resposta livre, na segunda parte do questionário, será efectuado o seu tratamento com recurso à análise de conteúdo segundo Bardin (2009).

2.7. Considerações éticas

Para Polit e Hungler (1995: 292) “o aumento rápido das pesquisas envolvendo pessoas tem levado a preocupações éticas e debates similares quanto à protecção dos direitos dos indivíduos que participam das pesquisas de enfermagem”

Desta forma, procurando assegurar os princípios de beneficência, respeito à dignidade humana e justiça:

- Foi dado a conhecer a investigação que se pretende realizar, garantindo o cumprimento de todos os pressupostos éticos relativos a uma investigação mediante pedido formal que foi autorizado pela administração do Hospital.
- A escolha de participar no estudo foi voluntária. E aos enfermeiros participantes no estudo foi assegurado a confidencialidade das respostas e o seu anonimato, assim como o direito de desistir do estudo a qualquer momento. Os mesmos foram esclarecidos dos pressupostos da investigação e para a recolha de dados ser realizada os enfermeiros assinaram individualmente um documento comprovativo a autorizar o uso dos dados no estudo.

No final do estudo os resultados serão facultados à instituição. E os participantes poderão ter acesso aos resultados da mesma.

3. Apresentação e análise dos resultados

A análise descritiva dos dados é o processo pelo qual se resume um conjunto de dados brutos com o apoio de testes estatísticos. Esta pretende essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação.

3.1. Atributos dos participantes

A amostra de participantes neste estudo é de 30 enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência Geral do Hospital em estudo.

3.1.1. Género

Quanto ao género 19 participantes são do género feminino (63,33%), 10 são do género masculino (33,33%) e 1 dos participantes não respondeu (3,33%). Nesta amostra existe predominância no sexo feminino (Gráfico 1).

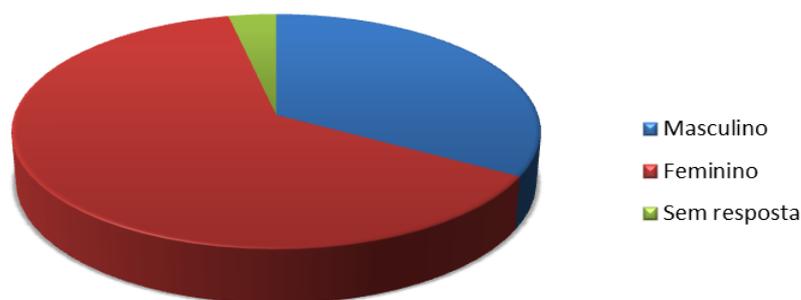


Gráfico 1: Distribuição gráfica da amostra por género

Género:	N.	%
Masculino	10	33,33%
Feminino	19	63,33%
Sem resposta	1	3,33%

Tabela 3: Distribuição da amostra por género

3.1.2. Faixa etária

Quanto a idade dos participantes metade, 15, tem entre 31 e 40 anos inclusive (50%), 11 tem entre 20 e 30 anos (36,67%), 3 participantes tem entre 41 a 50 anos (10%) e 1 dos participantes não respondeu (3,33%).

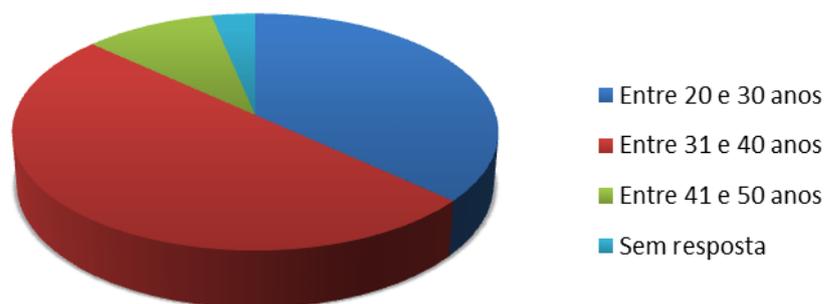


Gráfico 2: Distribuição gráfica da amostra por faixa etária

Faixa etária:	N.	%
Entre 20 e 30 anos	11	36,67%
Entre 31 e 40 anos	15	50,00%
Entre 41 e 50 anos	3	10,00%
Mais de 51 anos	0	0,00%
Sem resposta	1	3,33%

Tabela 4: Distribuição da amostra por faixa etária

3.1.3. Estado civil

Relativamente ao estado civil, 17 dos participantes é casado(a) ou em união de facto (56.67%), 11 são solteiros (as) (36.67%), apenas 1 está separado/divorciado (3,33%) e 1 dos participantes não respondeu (3,33%).

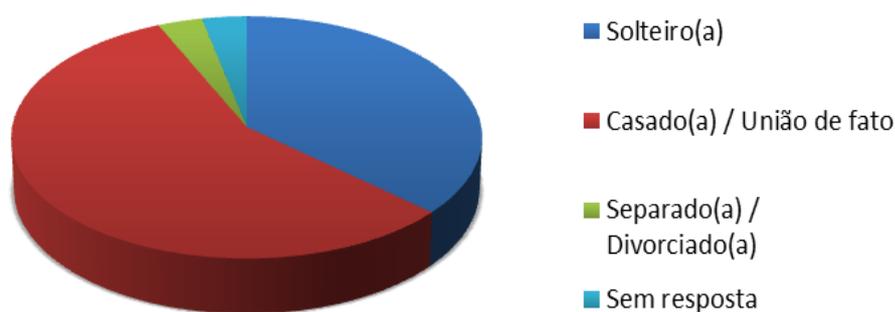


Gráfico 3: Distribuição gráfica da amostra por estado civil

Estado Civil:	N.	%
Solteiro(a)	11	36,67%
Casado(a) / União de fato	17	56,67%
Separado(a) / Divorciado(a)	1	3,33%
Viúvo(a)	0	0,00%
Sem resposta	1	3,33%

Tabela 5: Distribuição da amostra por estado civil

3.1.4. Habilitações académicas

Quanto à caracterização profissional dos participantes e observando o gráfico 4 pudemos inferir que dos 30 participantes apenas 3 (10%) possuem grau de mestre, 1 dos participantes não respondeu à questão (3,33%) e a restante amostra (86,7%) tem apenas licenciatura. Confere esclarecer que na questão colocada só foram colocadas como opção graus académicos, logo destes 86,7% da amostra podem existir enfermeiros com Pós-graduação ou especialidade.

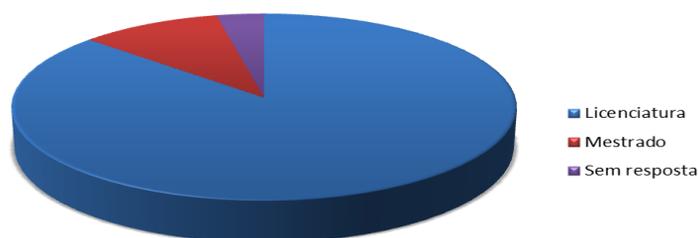


Gráfico 4: Distribuição gráfica da amostra por habilitações académicas

Habilitações académicas:	N.	%
Bacharelato	0	0,00%
Licenciatura	26	86,67%
Mestrado	3	10,00%
Douturamento	0	0,00%
Sem resposta	1	3,33%

Tabela 6: Distribuição da amostra por habilitações académicas

3.1.5. Tempo de exercício da profissão de enfermagem

Dos 30 enfermeiros participantes metade 15, (50%) já exerce pelo menos entre 5 a 8 anos. Exercem entre 8 e 11 anos 8 enfermeiros (26,67%), 5 participantes (16,67%) exercem há mais de 11 anos e apenas 2 participantes exercem entre 3 e 5 anos. Pudemos inferir de a amostra é maioritariamente sénior, contudo ao estudo foram excluídos todos os participantes com menos de 3 anos de exercício de enfermagem (gráfico 5).

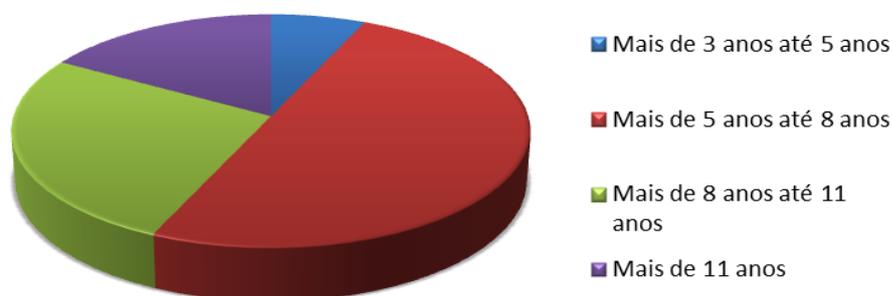


Gráfico 5: Distribuição gráfica da amostra por tempo de profissão

Há quanto tempo exerce enfermagem:	N.	%
Mais de 3 anos até 5 anos	2	6,67%
Mais de 5 anos até 8 anos	15	50,00%
Mais de 8 anos até 11 anos	8	26,67%
Mais de 11 anos	5	16,67%
Sem resposta	0	0,00%

Tabela 7: Distribuição da amostra por tempo de profissão

3.1.6. Tempo de exercício da profissão de enfermagem no SU

No SU avaliado a maioria dos enfermeiros exerce na unidade entre 3 e 8 anos. Relativamente a 3 e 5 anos como tempo de exercício existem 11 participantes (36,67%), igualmente outra fatia de 11 participantes (36,67%) exercem entre 5 e 8 anos. Acima de 8 anos existem 6 enfermeiros (20%) e apenas 2 enfermeiros (6,67%) tem tempo de exercício superior a 11 anos neste SU (gráfico 6).

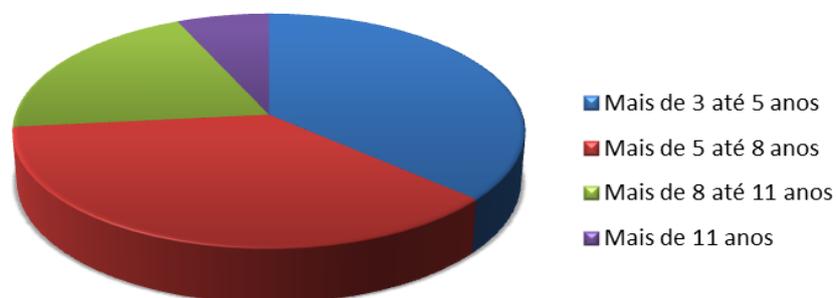


Gráfico 6: Distribuição gráfica da amostra por tempo de exercício profissão no SU

Há quanto tempo exerce neste serviço de urgência:	N.	%
Mais de 3 até 5 anos	11	36,67%
Mais de 5 até 8 anos	11	36,67%
Mais de 8 até 11 anos	6	20,00%
Mais de 11 anos	2	6,67%
Sem resposta	0	0,00%

Tabela 8: Distribuição da amostra por tempo de exercício da profissão no SU

3.1.7. Tipo de horário no SU

O horário praticado por 27 enfermeiros (90%) é o rotativo – *Roulement*. Apenas 3 (10%) tem horário fixo (gráfico 7).

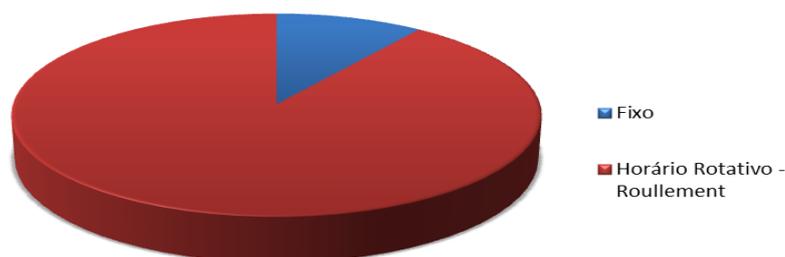


Gráfico 7: Distribuição gráfica da amostra por horário

Situação laboral - Horário:	N.	%
Fixo	3	10,00%
Horário Rotativo - <i>Roulement</i>	27	90,00%
Sem resposta	0	0,00%

Tabela 9: Distribuição da amostra por horário

3.1.8. Carga horária no SU

Nesta unidade todos os enfermeiros fazem horário completo de 40 horas por semana, excepto 1 (3,33%) que cumpre horário parcial (gráfico 8).

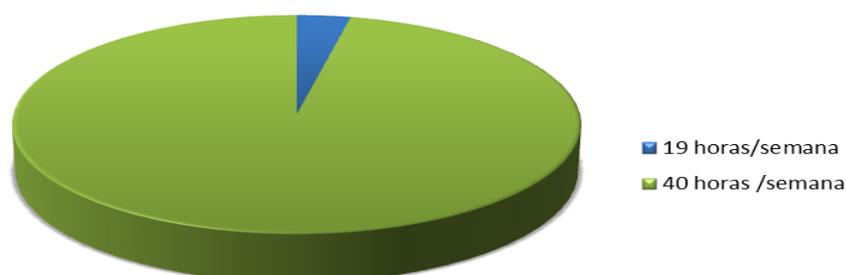


Gráfico 8: Distribuição gráfica da amostra por carga horária

Situação laboral – Carga horária:	N.	%
19 horas/semana	1	3,33%
35 horas/semana	0	0,00%
40 horas /semana	29	96,67%
Sem resposta	0	0,00%

Tabela 10: Distribuição da amostra por carga horária

3.1.9. Duplo emprego

Dos 30 participantes, 13 exercem apenas no SU do Hospital em estudo. No entanto 17 enfermeiros (56,67%) possuem duplo emprego (gráfico 9).

Na tabela seguinte, é possível observar o local onde os 17 enfermeiros exercem duplo emprego, da listagem pode inferir-se que 7 (23,33%) exercem funções na área de emergência, 2 (6,67%) em unidades de geriatria, 1 (3,33%) numa unidade de cuidados intensivos, 1 (3,33%) numa unidade de cirurgia, 1 (3,33%) numa unidade de diálise, 1 (3,33%) numa linha telefónica de saúde, e existe 1 (3,33%) enfermeiro que no duplo emprego exerce osteopatia. Existiram 3 participantes que não responderam (10%).

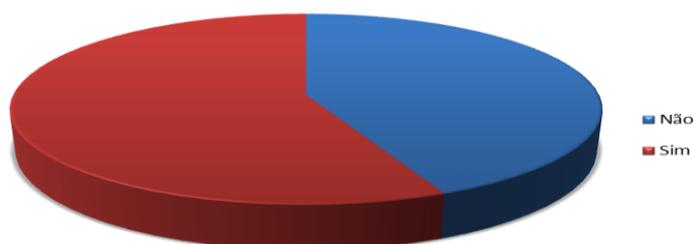


Gráfico 9: Distribuição gráfica da amostra por duplo emprego

Possui outro emprego?	N.	%
Não	13	43,33%
Sim	17	56,67%

Tabela 11: Distribuição da amostra por duplo emprego

Relativamente à carga horária dos participantes, relembra-se que os enfermeiros que têm um único emprego, 13 (43,33%) realizam 40 horas/semana (gráfico 10).

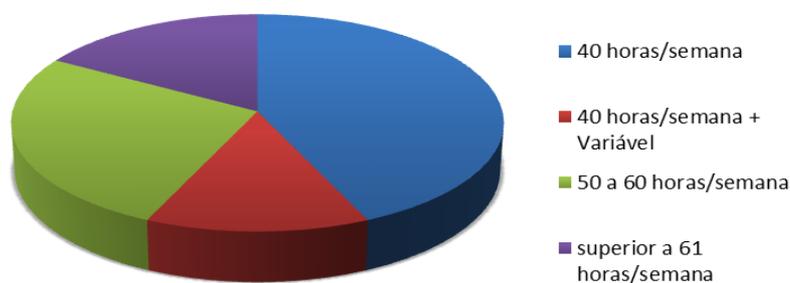


Gráfico 10: Distribuição gráfica da amostra por carga horária total

Carga horária Total?	N.	%
Até 40 horas/semana	13	43,33%
Entre 40 horas/semana + Variável	4	13,33%
Entre 50 a 60 horas/semana	8	26,67%
Superior a 61 horas/semana	5	16,67%

Tabela 12: Distribuição da amostra por carga horária total

Quanto aos participantes que têm duplo emprego, 4 (13,33%) exercem 40 horas/semana no SU em estudo e o horário praticado no duplo emprego é variável. No entanto 8 (36,67%) identificam que a carga horária total se classifica entre 50 a 60 horas/semana e apenas 5 participantes (16,67%) tem exercício profissional acima de 61 horas/semana (tabela 1).

Da amostra total (30) os participante que exercem no duplo emprego são na maioria na área da enfermagem 15 (50%), excepto 2 participantes, 1 (3,33%) é osteopata e outro (3,33%) não respondeu.

Possui outro emprego?	N.	%
Não	13	43,33%
Sim	17	56,67%

Qual? Nota: inquiridos que responderam sim em "Possui outro emprego"	N.	%
INEM/VMER	5	16,67%
INEM/VMER e Clinica Privada	2	6,67%
Unidade de Cuidados Intensivos	1	3,33%
Unidade de Geriatria	2	6,67%
Unidade de Cirurgia	1	3,33%
Unidades de Dialise	1	3,33%
Linha de Saude	1	3,33%
Osteopatia	1	3,33%
Sem resposta	3	10,00%

Carga horária? Nota: inquiridos que responderam sim em "Possui outro emprego"	N.	%
Entre 40 horas/semana + Variável	4	13,33%
Entre 50 a 60 horas/semana	8	26,67%
Superior a 61 horas/semana	5	16,67%

Cargo que ocupa? Nota: inquiridos que responderam sim em "Possui outro emprego"	N.	%
Enfermeiro/a	15	50,00%
Osteopata	1	3,33%
Sem resposta	1	3,33%

Tabela 13: Distribuição Duplo emprego

3.2. Factores de Stresse

Segundo as respostas fornecidas pelos participantes à questão levantada – “Para si, quais são os factores que considera stressantes na função que desempenha no serviço de urgência?” – utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin e obtiveram-se 4 categorias, sendo que das mesmas emergiram sub-categorias tais como:

1. Atendimento do doente - Abordagem do doente;
2. Atendimento do doente - Imprevisibilidade;
3. Atendimento do doente - Tempo de espera;
4. Carga emocional - Responsabilidade;
5. Carga emocional - Relações interpessoais;
6. Gestão - Conflitos;
7. Gestão - Tempo;
8. Gestão - Prioridades;
9. Gestão - Recursos humanos/materiais;
10. Sobrecarga de trabalho - Condições de trabalho;
11. Sobrecarga de trabalho - Reconhecimento;
12. Sobrecarga de trabalho - Organização do serviço;
13. Sobrecarga de trabalho - Rácio enfermeiro/doente.

A enumeração escolhida foi a frequência simples porque se trata de uma medida de enumeração que segundo Bardin (2009: 134) “todas as aparições possuem o mesmo peso postula que todos os elementos tenham uma importância igual”.

Segundo Bardin (2009: 145) “a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto de diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”.

3.2.1. Distribuição categoria: Atendimento do doente

Categoria: Atendimento do doente	
Sub-categoria	Unidade de Contexto
Abordagem do doente	Situação Clínica
	Labilidade Emocional
	Agressividade
Imprevisibilidade	Inesperado
	Receio de insucesso
Tempo de espera	Encaminhamento

Tabela 14: Distribuição: Categoria - Atendimento do doente

Das 4 categorias obtidas a autora identificou que o **atendimento do doente** é um factor de stresse. Para melhor compreender foram criadas 3 sub-categorias, nomeadamente: ‘Abordagem do doente’, ‘Imprevisibilidade’ e ‘Tempo de espera’.

As unidades de contexto (UC’s) encontradas na sub-categoria de Abordagem do doente foram: ‘Situação clínica’, ‘Labilidade emocional’ e ‘Agressividade’.

A **situação clínica** é evidenciada pelo Q19: “Abordagem ao doente crítico”.

O participante do Q12 identifica como factor de stresse a **labilidade emocional**: “A labilidade emocional dos doentes e por vezes as suas 'impaciências' face à situação de urgência que as fez vir ao SU”. As unidades de registo (UR’s) que identificam a agressividade foram: “Agressividade do utente e respectivos acompanhantes” (Q15) e “Doentes mais agitados” (Q29). Segundo McIntyre, McIntyre e Silvério (1999: 518) estes autores identificaram como causa de stresse profissional a “Incapacidade de responder às exigências emocionais do doente”.

Na sub-categoria **imprevisibilidade** a autora identificou 2 UC's, o **'inesperado'** e o **'receio de insucesso'**. No primeiro, "Desorganização, o imprevisto" (Q2); "Casos Urgentes/Emergências" (Q10); "... múltiplas situações de emergência" (Q15); "Inesperado" (Q22). No **'receio de insucesso'** as UR foram: "Situações imprevisíveis, dada a particularidade da urgência, necessidade de rapidez e eficácia correspondendo aos cuidados de qualidade" (Q26) e "...situações de emergência, insucesso em situações de reanimação." (Q30).

Por último, foi identificada a sub-categoria **"Tempo de espera"** e a UC relacionada foi **'encaminhamento'** e as UR's que suportam este factor de stresse foram: "Tempos de espera que não dependem da equipa de enfermagem mas que é implicada no mesmo" (Q1) e "...dos tempos de espera para atendimento (desde triagem, observação médica, sala de tratamentos)." (Q3).

3.2.2. Distribuição categoria: Carga emocional

Categoria: Carga emocional	
Sub-categoria	Unidade de Contexto
Responsabilidade	Receio de negligência
	Cansaço físico/psicológico
Relações interpessoais	Ambiente familiar
	Ambiente hospitalar

Tabela 15: Categoria - Carga emocional

A segunda categoria obtida com o estudo foi **"Carga emocional"**, e identificadas 2 sub-categorias: **"Responsabilidade"** e **"Relações interpessoais"**.

O **‘receio de negligência’** é identificado pela UR: "...margem mínima/tolerância zero para errar, ter que lidar com todo tipo de doença. (...). Ter a responsabilidade de salvar vidas em situações de emergência." (Q30); "Negligência" (Q25) e "Risco de vida iminente..." (18). O **‘cansaço físico/psicológico’** é informado pelo Q9: “cansaço acumulado”.

A seguinte sub-categoria associada a categoria de ‘carga emocional é, **‘relações interpessoais’**, tendo sido identificadas 2 UC: ‘ambiente familiar’ e ‘ambiente hospitalar’. Em **ambiente familiar** "O cuidado de conseguir conciliar a vida familiar com a vida profissional" (Q26). E em **ambiente hospitalar** onde foram enumeradas 10 UR's:

1. Q1: "... familiares complicados/stressados pela situação"
2. Q11: "Familiares de utentes;"
3. Q11: "Médico"
4. Q14: "Familiares/acompanhantes"
5. Q18: "Gestão de stresse das famílias e/ou acompanhantes dos utentes"
6. Q19: "Relacionamento com familiares/acompanhantes"
7. Q22: "Falta de espírito de equipa"
8. Q23: "Familiares/doentes não compreensivos"
9. Q27: "Relação com os utentes/familiares"
10. Q30: "...ter que lidar com a incompreensão de doentes/familiares"

3.2.3. Distribuição categoria: Gestão

Categoria: Gestão	
Sub-categoria	Unidade de Contexto
Conflitos	'Doente/família/acompanhante
	Equipa
Tempo	Pressão
Prioridades	Competências
Recursos humanos/matérias	Recursos inadequados

Tabela 16: Categoria - Gestão

A categoria de Gestão é a que mais UR's detém, foram enumeradas 24, divididas em 4 sub-categorias: 'Conflitos', 'Tempo', 'Prioridades' e 'Recursos humanos/materiais e 5 UC's.

Na sub-categoria '**conflito**' foram registadas 13 UR que sugerem a gestão de conflitos como um dos factores principais de stresse. A autora definiu como UC's **conflitos doente/ família/ acompanhante** e **conflitos na equipa de saúde**. Como exemplo do primeiro: "... o 'pressing' dos doentes/acompanhantes para as respectivas observações, e os, confrontos que daí surgem (ao questionar do nosso trabalho)" (Q2); "Relação problemática em alguns familiares e/ou utentes..." (Q13) e "Gestão de conflitos entre (...) utentes e familiares dos utente" (Q7; Q8; Q9; Q10). Na equipa de saúde "Gestão de conflitos entre profissionais..." (Q6; Q7; Q8; Q9; e Q10); "Conflito entre equipas" (Q29) e "... relação problemática com alguns elementos da equipa multidisciplinar na gestão de situações de emergência ou atribuição de competências" (Q13)

Na sub-categoria de '**tempo**' (categoria: gestão> sub-categoria: tempo) a UC identificada foi '**pressão**', na qual os participantes enunciam: "... o 'pressing' dos doentes/acompanhantes para as respectivas observações..." (Q2) e "Situações

emergentes que exijam cuidados mais especializados em que existe 'pressão' por parte de elementos mais diferenciados." (Q29).

Na gestão de **'prioridades'** (terceira sub-categoria) a autora reconheceu como UC **'competência'** e foram enumerados 2 UR: "Gestão de prioridades" (Q7) e "... gestão de prioridades nas diferentes competências" (Q8).

Em último a subcategoria de **recursos humanos/materiais** na qual foram enumeradas 8 UR pelos participantes do estudo e identificada a UC como **'recursos inadequados'**, nomeadamente físicos/estruturais como "A exposição de cada situação de saúde de cada doente face à estrutura física do próprio serviço" (Q2), "Falta espaço físico para prestação de cuidados" (Q27), e " Gestão de espaço e recursos com elevada afluência" (Q9); recursos humanos inadequados: "equipa jovem/inexperiente" (Q1), "Gestão de recursos humanos" (Q4), "Absentismo de profissionais" (Q25) e "Falta de profissionais." (Q27). A "Gestão de meios técnicos" (Q9) também é identificada como UR.

3.2.4. Distribuição categoria: Sobrecarga de trabalho

De acordo com autores estudados, Chang *et al*, (2006); Heim, (1993); Heim, (1992); Lautert Et Al., (1999); Walcott-Mcquigg, Ervin, (1992); Xianyu, Lambert, (2006) citados por Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2012: 11) e Vaz-Serra (2011) descritos no enquadramento teórico a sobrecarga de trabalho e um factor enunciado com regularidade.

A categoria **'sobrecarga de trabalho'** foi dividida pela autora em 4 sub-categorias: 'condições de trabalho', 'reconhecimento', 'organização do serviço' e 'rácio enfermeiro/doente'.

Categoria: Sobrecarga de trabalho	
Sub-categoria	Unidade de Contexto
Condições de trabalho	Carga horaria
	Remuneração
	Informática
Reconhecimento	Exigências
	Motivação
Organização do Serviço	Logística
	Desorganização
Rácio enfermeiros/doente	Fluxo de doentes
	Volume de trabalho

Tabela 17: Categoria - Sobrecarga de trabalho

Na primeira sub-categoria '**condições de trabalho**' foram identificadas 3 UC's: 'carga horária', 'remuneração' e 'informática'. Como UR a '**carga horária**' foi enunciada: "Carga horária" (Q1, Q4, Q5, Q6, Q18 e Q30), "horário rotativo" (Q4 e Q30) e "Elevado ritmo de trabalho" (Q9). A UR que assenta na UC '**remuneração**' indica que como factor de stresse é identificado a "...Pauta salarial" e a "... desigualdade em relação honorários. Saber que existem colegas que tem um honorário superior ao nosso e que prestam os mesmos cuidados com a mesma eficácia" (Q30). Em último a '**informática**' como UC obtida da UR: "Sistema informático" (Q21).

A próxima sub-categoria, '**reconhecimento**' e UC '**motivação**' é identificada com base na UR "falta reconhecimento profissionais" (Q27) e a UC '**exigências**' é justificado com "excesso de exigências sobre os enfermeiros" (Q17).

Na sub-categoria **‘organização do serviço’** a autora identifica 2 unidades de contexto, **‘logística’** e **‘desorganização’**. Na primeira é obtida devido à unidade de registo “falta de compreensão da logística do SU por parte dos utentes” (Q17) e a segunda com 2 unidades de registo “Desorganização” (Q21, Q22).

Por último, a categoria **‘rácio enfermeiro/ doente’** onde foram enumeradas 15 UR, nomeadamente 8 UR na UC ‘fluxo de doentes’ e igualmente 7 UR na UC ‘volume de trabalho’. De acordo com UC **‘fluxo de doentes’** a autora identifica “número de doentes elevado” (Q1, Q25 e Q26), “Grande afluência de utentes” (Q20), “...número de doentes em excesso que recorrem ao SU” (Q18), “Rácio enfermeiro/doente” (Q5), “Enquanto prestadora considero que o facto de querer fazer sempre o melhor e da melhor forma, dando resposta aos protocolos e seguimento dos mesmos em função dos rácios enfermeiro/doente pode constituir um factor de stresse” (Q3) e “A afluência de doentes em épocas como o inverno em que o rácio enfermeiro/doente não é o adequado” (Q12). Na UC **‘volume de trabalho’** é identificado com UR “Volume de trabalho para enfermeiro” (Q13, Q14 e Q15) e “Excesso de trabalho” (Q16, Q17, Q23 e Q26).

3.3. Estratégias de Coping - WCQ

A autora optou por recorrer a análise dos dados obtidos pelo WCQ utilizando o recurso do programa informático Excel, efetuando análise de percentagens e na discussão serão enunciados a frequência de utilização máxima.

1. Na questão “Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo” metade da amostra, 15 (50%) usou algumas vezes (2).
2. Na questão “Fiz algo que pensei que não ia resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa” metade da amostra, 15 (50%) usou de alguma forma (1).
3. Na questão “Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião” 13 (43,33%) usou algumas vezes (2).
4. Na questão “Falei com alguém para saber mais sobre a situação” 16 (53,33%) usou algumas vezes (2)
5. Na questão “Critiquei-me ou analisei-me a mim própria” 18 (60%) usou muitas vezes (3).
6. Na questão “Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma” 19 (63,33%) usou algumas vezes (2)
7. Na questão “Esperei que acontecesse um milagre” 23 (76,67%) nunca usou (0).
8. Na questão “Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido” 24 (80%) nunca usou (0).
9. Na questão “Tentei guardar para mim própria o que estava a sentir” 11 (36,67%) usou de alguma forma (1).
10. Na questão “Tentei olhar para os pontos favoráveis do problema” 18 (60%) usou algumas vezes (2).

11. Na questão “Exprimi a minha zanga à (s) pessoa (s) que me causou (aram) o problema” metade da amostra, 15 (50%) usou de alguma forma (1).
12. Na questão “Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo” 16 (53,33%) usou algumas vezes (2).
13. Na questão “Eu estava inspirada em fazer algo criativo” 12 (40%) usou de alguma forma (1).
14. Na questão “Tentei esquecer tudo” 13 (43,33%) nunca usou (0).
15. Na questão “Procurei ajuda de um profissional” 12 (40%) nunca usou (0).

1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo	0	0%	8	26,67%	15	50,00%	7	23,33%	0	0,00%
2	Fiz algo que pensei que não ia resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	4	13%	15	50,00%	9	30,00%	2	6,67%	0	0,00%
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	2	7%	6	20,00%	13	43,33%	8	26,67%	1	3,33%
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	0	0%	1	3,33%	16	53,33%	13	43,33%	0	0,00%
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria	2	7%	0	0,00%	10	33,33%	18	60,00%	0	0,00%
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	0	0%	4	13,33%	19	63,33%	6	20,00%	1	3,33%
7	Esperei que acontecesse um milagre	23	77%	6	20,00%	1	3,33%	0	0,00%	0	0,00%
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	24	80%	6	20,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
9	Tentei guardar para mim própria o que estava a sentir	9	30%	11	36,67%	9	30,00%	1	3,33%	0	0,00%
10	Tentei olhar para os pontos favoráveis do problema	0	0%	8	26,67%	18	60,00%	4	13,33%	0	0,00%
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	4	13%	15	50,00%	11	36,67%	0	0,00%	0	0,00%
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	3	10%	11	36,67%	16	53,33%	0	0,00%	0	0,00%
13	Eu estava inspirada em fazer algo criativo	4	13%	12	40,00%	10	33,33%	4	13,33%	0	0,00%
14	Tentei esquecer tudo	13	43%	11	36,67%	4	13,33%	2	6,67%	0	0,00%
15	Procurei ajuda de um profissional	12	40%	8	26,67%	8	26,67%	2	6,67%	0	0,00%
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	0	0%	3	10,00%	18	60,00%	8	26,67%	1	3,33%

Tabela 18: Distribuição Estratégias de Coping (questão 1 a 16)

16. Na questão “Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva” 18 (60%) usou algumas vezes (2).
17. Na questão “Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação” 20 (66,67%) usou algumas vezes (2).
18. Na questão “Construí um plano de acção e segui-o” 14 (46,67%) usou algumas vezes (2).
19. Na questão “Consegui mostrar o que sentia” 20 (66,67%) usou algumas vezes (2).
20. Na questão “Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos” metade da amostra 15 (50%) usou algumas vezes (2).
21. Na questão “Saí desta experiência melhor do que estava antes” 23 (76,67%) usou algumas vezes (2).
22. Na questão “Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema” 20 (66,67%) usou algumas vezes (2).
23. Na questão “Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc... ” 24 (80%) nunca usou (0).
24. Na questão “Fiz algo muito arriscado” 19 (63,33%) nunca usou (0).
25. Na questão “Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso” 13 (43,33%) usou algumas vezes (2) e igualmente outros 13 participantes afirmaram que (43,33%) usou de alguma forma (1).
26. Na questão “Encontrei nova esperança” metade da amostra 15 (50%) usou de alguma forma (1).
27. Na questão “Redescobri o que é importante na vida” 13 (43,33%) usou algumas vezes (2).
28. Na questão “Mudei algo para que as coisas corressem bem” 22 (73,33%) usou algumas vezes (2).

29. Na questão “Evitei estar com as pessoas em geral” 16 (53,33%) nunca usou (0).

30. Na questão “Não deixei que a situação me afectasse; Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema” 22 (73,33%) usou de alguma forma (1).

31. Na questão “Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito” 14 (46,67%) usou algumas vezes (2).

32. Na questão “Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação” 17 (56,67%) usou de alguma forma (1).

Questões:	Nunca usei		Usei de alguma forma		Usei algumas vezes		Usei muitas vezes		Sem resposta	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
17 Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	0	0%	5	16,67%	20	66,67%	5	16,67%	0	0,00%
18 Construí um plano de acção e segui-o	1	3%	8	26,67%	14	46,67%	7	23,33%	0	0,00%
19 Consegui mostrar o que sentia	0	0%	4	13,33%	20	66,67%	6	20,00%	0	0,00%
20 Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	2	7%	10	33,33%	15	50,00%	3	10,00%	0	0,00%
21 Saí desta experiência melhor do que estava antes	0	0%	2	6,67%	23	76,67%	5	16,67%	0	0,00%
22 Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	0	0%	3	10,00%	20	66,67%	7	23,33%	0	0,00%
23 Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	24	80%	3	10,00%	1	3,33%	2	6,67%	0	0,00%
24 Fiz algo muito arriscado	19	63%	9	30,00%	2	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
25 Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	0	0%	13	43,33%	13	43,33%	4	13,33%	0	0,00%
26 Encontrei nova esperança	3	10%	15	50,00%	10	33,33%	2	6,67%	0	0,00%
27 Redescobri o que é importante na vida	2	7%	11	36,67%	13	43,33%	4	13,33%	0	0,00%
28 Mudei algo para que as coisas corressem bem	0	0%	2	6,67%	22	73,33%	6	20,00%	0	0,00%
29 Evitei estar com as pessoas em geral	16	53%	10	33,33%	3	10,00%	1	3,33%	0	0,00%
30 Não deixei que a situação me afectasse; Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	2	7%	22	73,33%	6	20,00%	0	0,00%	0	0,00%
31 Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	2	7%	9	30,00%	14	46,67%	5	16,67%	0	0,00%
32 Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	5	17%	17	56,67%	7	23,33%	1	3,33%	0	0,00%

Tabela 19: Distribuição Estratégias de Coping (questão 17 a 32)

33. Na questão “Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério” 17 (56,67%) usou de alguma forma (1).
34. Na questão “Falei com alguém sobre como me estava a sentir” 18 (60%) usou algumas vezes (2).
35. Na questão “Mantive a minha posição e lutei pelo que queria” 18 (60%) usou algumas vezes (2).
36. Na questão “Passei o problema para os outros” 19 (63,33%) nunca usou (0).
37. Na questão “Aproveitei as minhas experiências passadas: já estive envolvida em situações semelhantes” 12 (40%) usou algumas vezes (2).
38. Na questão “Eu sabia o que devia ter feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem” 17 (56,67%) usou algumas vezes (2).
39. Na questão “Recusei acreditar que a situação tinha acontecido” 20 (66,67%) nunca usou (0).
40. Na questão “Prometi a mim própria que as coisas para a próxima seriam diferentes” metade 15 (50%) usou algumas vezes (2).
41. Na questão “Criei várias soluções diferentes para o problema” 18 (60%) usou algumas vezes (2).
42. Na questão “Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas” metade da amostra, 15 (50%) usou algumas vezes (2).
43. Na questão “Mudei alguma coisa em mim própria” 20 (66,67%) usou algumas vezes (2).
44. Na questão “Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse” 11 (36,67%) usou de alguma forma (1) e igualmente outros 11 participantes (36,670%) usou algumas vezes (2).

Questões:	Nunca usei		Usei de alguma forma		Usei algumas vezes		Usei muitas vezes		Sem resposta	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
33 Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	6	20%	17	56,67%	6	20,00%	1	3,33%	0	0,00%
34 Falei com alguém sobre como me estava a sentir	0	0%	6	20,00%	18	60,00%	6	20,00%	0	0,00%
35 Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	0	0%	5	16,67%	18	60,00%	7	23,33%	0	0,00%
36 Passei o problema para os outros	19	63%	9	30,00%	2	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
37 Aproveitei as minhas experiências passadas: já estive envolvida em situações semelhantes	3	10%	7	23,33%	12	40,00%	8	26,67%	0	0,00%
38 Eu sabia o que devia ter feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	0	0%	5	16,67%	17	56,67%	8	26,67%	0	0,00%
39 Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	20	67%	9	30,00%	0	0,00%	1	3,33%	0	0,00%
40 Prometi a mim própria que as coisas para a próxima seriam diferentes	1	3%	8	26,67%	15	50,00%	6	20,00%	0	0,00%
41 Criei várias soluções diferentes para o problema	0	0%	8	26,67%	18	60,00%	4	13,33%	0	0,00%
42 Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	0	0%	8	26,67%	15	50,00%	7	23,33%	0	0,00%
43 Mudei alguma coisa em mim própria	0	0%	5	16,67%	20	66,67%	5	16,67%	0	0,00%
44 Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	5	17%	11	36,67%	11	36,67%	3	10,00%	0	0,00%
45 Desejei que as coisas voltassem atrás	9	30%	8	26,67%	12	40,00%	1	3,33%	0	0,00%
46 Rezei	15	50%	8	26,67%	4	13,33%	3	10,00%	0	0,00%
47 Pensei para mim própria naquilo que iria dizer ou fazer	0	0%	7	23,33%	15	50,00%	8	26,67%	0	0,00%
48 Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	0	0%	12	40,00%	15	50,00%	3	10,00%	0	0,00%

Tabela 20: Distribuição Estratégias de Coping (questão 33 a 48)

45. Na questão “Desejei que as coisas voltassem atrás” 12 (40%) usou algumas vezes (2).
46. Na questão “Rezei” metade da amostra, 15 (50%) nunca usou (0).
47. Na questão “Pensei para mim própria naquilo que iria dizer ou fazer” metade da amostra, 15 (50%) usou algumas vezes (2).
48. Na questão “Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo” metade da amostra, 15 (50%) usou algumas vezes (2).

Quanto as estratégias de coping mais utilizadas identifica-se as 4 seguintes e dispostas de acordo com a maior frequência de utilização para a menor:

“Critiquei-me ou analisei-me a mim própria”

Dos 30 participantes no estudo foram 18 (**60%**) que seleccionaram *uso muitas vezes* e 10 (**33,33%**) *usa algumas vezes*. A estratégia em causa identifica-se com a Sub-escala: assumir responsabilidade.

“Falei com alguém para saber mais sobre a situação”

Da amostra acessível 13 participantes (**43,33%**) responderam *uso muitas vezes* e 16 (**53,33%**) *usa algumas vezes*. A estratégia em causa identifica-se com a Sub-escala: procura de suporte social.

“Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema”

Apenas 7 em 30 (**23,33%**) *usa muitas vezes* mas 20 (**66,67%**) *usa algumas vezes*. A estratégia em causa identifica-se com a Sub-escala: procura de suporte social.

“Mudei algo para que as coisas corressem bem”

Responderam *usa muitas vezes* 6 participantes (**20%**) e 22 (**73,33%**) *usa algumas vezes*. A estratégia em causa identifica-se com a Sub-escala: Sub-escala: reavaliação positiva.

4. Conclusão

Em resposta a pergunta de investigação:

Quais são os factores de Stresse Profissional e as Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência?

Relativamente aos dados recolhidos concluiu-se que a amostra é predominante do sexo **feminino 63,33%** (19), a faixa etária de metade da amostra **50%** (15) situa-se entre os **31 e 40 anos**. O estado civil como **casado/união de facto** corresponde a **56,67%** (17) da amostra. No que concerne as habilitações académicas **86,67%** (26) tem **licenciatura** e metade da amostra **50%** (15) exerce a profissão **a mais de 5 anos**. Na sua maioria, **90%** (27) pratica **horário roulement** e **56,67%** (17) da amostra pratica **duplo emprego**, sendo que **26,67%** (8) tem carga horária total entre **50 a 60 horas semanas**.

A autora conclui que **os factores de stresse identificados** com recurso a análise de conteúdo segundo Bardin são: o **rácio enfermeiro/doente** como o principal factor de stresse na sobrecarga de trabalho com 15 unidades de registo numa amostra de 30 participantes, a **gestão de conflitos** com utente, familiar/acompanhante ou profissionais de saúde com 13 unidades de registo, **relações interpessoais** com 10 unidades de registo e **recursos inadequados** (humanos e materiais) com 8 unidades de registo.

Quanto às estratégias de coping mais utilizadas de forma decrescente foram: **“Critiquei-me ou analisei-me a mim própria”** em que 18 (**60%**) usa muitas vezes e 10 (**33,33%**) usa algumas vezes (assumir responsabilidade). **“Falei com alguém para saber mais sobre a situação”** 13 (**43,33%**) usa muitas vezes e 16 (**53,33%**) usa algumas vezes (procura de suporte social). **“Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema”** em que 7 (**23,33%**) usa muitas vezes e 20 (**66,67%**) usa algumas vezes (procura de suporte social). **“Mudei algo para que as coisas corresse bem”** em que 6 (**20%**) usa muitas vezes e 22 (**73,33%**) usa algumas vezes (reavaliação positiva).

Em suma, no que concerne à questão de investigação – *Quais são os factores de Stresse Profissional e as Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência?* – a autora conclui que relativamente a factores de stresse, os enfermeiros do serviço de urgência do hospital em estudo, identificam o rácio enfermeiro/doente como o principal factor de stresse na sobrecarga de trabalho, em seguida a gestão de conflitos com utente, familiar/acompanhante ou profissionais de saúde, as relações interpessoais e os recursos inadequados (humanos e materiais). Relativamente às estratégias de coping procuram assumir a responsabilidade efectuando a própria crítica, procuram suporte social junto de terceiros e efectuam reavaliação positiva com mudança de atitudes/comportamentos.

5. Implicações/Limitações

No decurso do estudo foram experienciados diversos condicionamentos e dificuldades. Destaca-se a dificuldade em obter resposta à autorização para utilização do questionário ‘Inventário sobre o Stresse Profissional’ de Spielberger & Vagg, 1999) que por ausência na resposta obrigou à alteração do questionário de recolha de dados. Tendo sido necessário substituir o Inventário por uma questão de resposta aberta, nomeadamente, *Para si, quais são os factores que considera stressantes na função que desempenha no serviço de urgência?*

O acesso a amostra foi moderadamente fácil, os enfermeiros sempre se mostraram disponíveis, mas o preenchimento do questionário esteve sempre dependente da disponibilidade do serviço sendo necessário efectuar diversas deslocações para conseguir o máximo de participantes.

Devem assumir-se claramente limitações ao nível da validade externa e possibilidade de generalização a outros profissionais, de outros serviços, de outros hospitais ou de outras regiões. Esta situação justifica-se pela dimensão da população enfermeiros de um Serviço de Urgência Geral e da própria amostra =30.

Uma análise mais aprofundada, discussão dos resultados e a exploração de programa de tratamento de dados SPSS não foi possível devido à inexperiência da investigadora.

O presente estudo constitui mais um documento de cariz científico para a área de investigação, embora seja de carácter académico possui especificidades como a constatação da necessidade de formação, aos enfermeiros, sobre gestão de stresse e estratégias de coping.

Em suma, a realização deste estudo permitiu aplicar conhecimentos adquiridos nas aulas de Investigação e o desenvolvimento de competências pessoais na área da Investigação, possibilitando experienciar o papel de investigadora.

6. Sugestões

Na sequência dos resultados obtidos no presente estudo sugere-se a formação ou workshop sobre gestão de stresse e desenvolvimento de estratégias de coping eficaz para os enfermeiros do serviço de urgência do hospital, onde foi realizado o estudo.

De forma global sugere-se a replicação ou desenvolvimento do estudo, no mesmo serviço num futuro espaço temporal, ou em outros serviços de urgência onde esta temática ainda não tenha sido explorada de forma a ser possível uma amostra significativa para a generalizar.

7. Bibliografia

Livros

Albuquerque, A. (1987). *Stresse: Causas, Prevenção e Controlo, Um guia Prático* (1ª ed.). Lisboa: Texto Editora.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (5ª ed.). Lisboa: Edições 70.

Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica* (3ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.

Calil, A. M. e Paranhos, W. Y. (2008). *O enfermeiro e as situações de emergência* (1ª ed.) São Paulo: Atheneu

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*, (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*, (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*, (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Parreira, A. (2006). *Gestão do stresse e da qualidade de vida: Um guia para a acção* (1ª ed.). Lisboa: Monitor.

Polit, D. F. e Hungler B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Santos, N. C. M. (2007). *Urgência e Emergência para Enfermagem: Do Atendimento Pré-hospitalar (APH) a Sala de Emergência* (4ª ed.). São Paulo: Iatria.

Vaz-Serra, A. (2011). *O stresse na vida de todos os Dias* (3ª ed.). Coimbra: Adriano Vaz Serra.

Weller, B. F. (2004). Dicionário de Bolso para Enfermeiros (23ª ed.) Loures: Lusociência.

Universidade Atlântica (2009). Guião para Elaboração de Trabalhos.

Artigos periódicos

Dinis, A., Gouveia, J. P. e Duarte, C. (2011). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Estilos de Coping. *PSYCHOLOGICA Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 35-62

Gomes, R. M. S. e Pereira, A. M. S. (2008) Estratégias de Coping em educadores de infância portugueses - Coping em educadores. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)* Vol 12 N 2 Julho/Dezembro. 319-326

Malagris, L.E.N. e Fiorito, A.C. (2006). Avaliação do nível de stresse de técnicos da área da saúde. *Estudos de psicologia*, 23 (4), 391 – 398.

McIntyre, T. (1994). Stresse e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise psicológica*, 2 (III), 193-200.

McIntyre, T., McIntyre, S., e Silvério, J. (1999). Respostas de stresse e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise psicológica*, 3 (XVII), 513-527.

Melo, B. T, Gomes, A. R. e Cruz, J. F. (1997). Stresse ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 53-72.

Oliveira, A. S. S. (2003). Estudo da influência de alguns factores de stresse em profissionais das viaturas médicas de emergência e reanimação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 8-16.

Pais-Ribeiro, J. L. e Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.

Ribeiro, J. e Santos, C (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XIX): 491-502.

Silva, M. C. M. e Gomes, A. R. S. (2008). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros. *Estudos de Psicologia*, 14 (3), setembro-dezembro/2009, 239-248

Vaz-Serra, A., (2000). A vulnerabilidade ao stresse. *Psiquiátrica Clínica*, 21 (4), 261-278.

Documentos de Organismos colectivos

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho (EU-OSHA): *Riscos psicossociais e stresse no trabalho*. <https://osha.europa.eu/pt>

Ordem dos Enfermeiros: As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses (2004).

Sítios da Internet

Martins, M. (2004). O stresse no trabalho em médicos e enfermeiros do bloco operatório de um hospital central do Porto. Tese de Mestrado. Disponível on-line em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9784> Último acesso em 16/05/2015.

Martins, J. E. L. (2010). Avaliação Processual de Burnout em Enfermeiros para e na Gestão das Organizações de Saúde. Dissertação de Mestrado. Disponível on-line em: <http://hdl.handle.net/10348/672> Último acesso em: 29/04/2015.

Sacadura-Leite, E.e Sousa-Uva, A. (2012). Fatores Indutores de Stresse em Profissionais de Saúde. Disponível on-line em: <http://publicationslist.org/asuva> Último acesso em 19/03/2015.

Silva, L. M. R. M. M. (2008). Riscos ocupacionais e qualidade de vida no trabalho em profissionais de enfermagem. Disponível on-line em: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1322> Último acesso em 10/03/2015

Teles, M. J. G (2011). Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência. Disponível on-line em: <http://hdl.handle.net/10071/4186> Último acesso em: 15/04/2015.

Legislação ou normas

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, Diário da Republica n. 205 - 1.ª Serie A com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril (*REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*)

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro - Diário da República N.º 180, 1.ª série (Anexo *Estatuto da OE*)

Decreto-lei n.º 171/2004 de 17 de Julho - *Diário da República* — I Série-A. (Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho).

Apêndices

Apêndice 1: Carta de Pedido de Autorização do Estudo

Ao Conselho de Administração
Do Hospital de Cascais
A/C Enf^a Isabel Pereira Lopes

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário para realização de investigação

Eu, Helena Isabel Antunes Martins Guia, estudante finalista do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica, pretendo realizar um estudo cujo título é “Stresse Profissional e Estratégias de Coping nos Enfermeiros do Serviço de Urgência”.

O estudo realiza-se no âmbito académico da unidade curricular de Investigação, que culminará num trabalho de final de curso – Monografia.

Os objetivos são:

- o Identificar o stresse profissional dos enfermeiros no serviço de urgência;
- o Identificar as estratégias de coping dos enfermeiros no serviço de urgência;

Para realizar o estudo optou-se por uma abordagem quantitativa de carácter descritivo exploratório. A amostragem é probabilística, constituída por Enfermeiros do Serviço de Urgência.

Os critérios de elegibilidade são: (1) ser Enfermeiro do serviço de urgência, (2) exercer enfermagem há 3 ou mais anos nesse serviço, (3) ser Enfermeiro prestador de cuidados de saúde e (4) que sintam vontade de partilhar a sua experiência relativamente à sua vida profissional no serviço de urgência.

Como método de recolha de dados aplicar o questionário ‘Inventário sobre o Stresse Profissional’ (Spielberger & Vagg, 1999) e o ‘Questionário de Estratégias de Coping’ (Folkman, & Lazarus, 1988).

No final do estudo, comprometo-me a disponibilizar os resultados do mesmo.

Atenciosamente,
Estudante

Helena Guia

Orientador

Prof. Adjunta M. João Santos

Barcarena, 19 de março de 2015

Apêndice 2: Resposta ao Pedido de Autorização do Estudo

From: Anabela Santos Freitas Oliveira Cunha [<mailto:anabela.oliveira.cunha@hospitaldecascais.pt>]
Sent: terça-feira, 24 de Março de 2015 15:53
To: Paula Tito
Subject: Pedido de autorização para aplicação de questionário para realização de investigação
Importance: High

Exma. Sra.
Helena Isabel Antunes martins Guia
Universidade Atlântica
Barcarena

Conforme solicitado na v/ carta datada de 19 de Março de 2015 e por indicação da Direcção de Enfermagem, informa-se que está autorizada a aplicação do questionário para a realização do estudo " Stresse Profissional e Estratégias de Coping nos Enfermeiros do Serviço de Urgência". O questionário deverá ser enviado previamente à Direcção de Enfermagem, bem como as datas propostas para o seu início, [para este endereço de email](#).

Com os melhores cumprimentos,

ANABELA CUNHA
Secretária do Conselho de Administração
Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves | 2755-009 Alcabideche
T: (351) 214 853 080 | F: (351) 214 853 199

www.hospitaldecascais.pt

Os Nossos Valores
Integridade | Compreensão | Relacionamento | Inovação | Desempenho

Apêndice 3: Carta Explicativa do Estudo

Eu, Helena Isabel Antunes Martins Guia⁵, estudante finalista do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica, pretendo realizar um estudo cujo título é “Stresse Profissional e Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência”.

O estudo realiza-se no âmbito académico da unidade curricular de Investigação, que culminará num trabalho de final de curso – Monografia.

Os objetivos são:

- Identificar o stresse profissional dos enfermeiros no serviço de urgência;
- Identificar as estratégias de coping dos enfermeiros no serviço de urgência;

Para realizar o estudo optou-se por uma abordagem quantitativa de carácter descritivo exploratório. A amostragem é probabilística, constituída por Enfermeiros do Serviço de Urgência.

Os critérios de elegibilidade são:

- 1) Ser Enfermeiro do serviço de urgência do hospital em estudo,
- 2) Exercer enfermagem há 3 ou mais anos nesse serviço,
- 3) Ser Enfermeiro na prestação directa de cuidados,
- 4) Sentir vontade de partilhar a sua experiência relativamente à sua vida profissional no serviço de urgência.

Se aceitar participar neste estudo, responderá a um questionário. A entrevista é presencial e qualquer dúvida pode ser esclarecida com a investigadora.

⁵ Correio electrónico: hellenaantunes@gmail.com

Ao participar terá direito a um tratamento justo e imparcial, a recolha de dados é absolutamente anónima e confidencial e no final do estudo, comprometo-me a disponibilizar os resultados do mesmo, se estiver interessado.

PARTICIPAÇÃO

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. Caso decida não participar neste estudo continuará a ser tratado da mesma forma e com o mesmo respeito. Se decidir participar neste estudo, tem o direito, se assim o entender, a retirar-se do mesmo a qualquer momento, sem que isso traga algum prejuízo para si.

CONFIDENCIALIDADE

Todos os dados e informações que estiver disposto a ceder serão tratados de forma confidencial, ficando guardados num local seguro, há minha responsabilidade e destruídos no final do estudo. A sua identidade nunca será revelada ou reconhecida.

POTENCIAIS VANTAGENS

A sua opinião será valorizada e irá contribuir para identificar situações geradoras de stresse no Enfermeiro do serviço de urgência e identificar que estratégias de coping são utilizadas para minimizar o stresse.

Apêndice 4: Termo de consentimento informado

Após leitura da carta explicativa do estudo e de explicações transmitidas pela investigadora Helena Isabel Antunes Martins Guia, sinto que as minhas dúvidas sobre os procedimentos de investigação deste estudo – “Stresse Profissional e Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência” – me foram esclarecidas de forma satisfatória.

Compreendi as vantagens da minha participação. Sei que tenho o direito de colocar qualquer questão, agora e durante o desenvolvimento do estudo, sobre o mesmo, a investigação ou os métodos utilizados. Compreendi também que sou livre de desistir da minha participação neste estudo a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer tipo de prejuízo. Foi-me assegurado a confidencialidade e nenhuma informação será publicada ou comunicada em conjunto com a minha identidade pessoal. Todos os dados que me dizem respeito serão guardados pela investigadora e destruídos no final do estudo. A sua colheita será realizada no local e à hora que me for conveniente. Tenho o consentimento que se for do meu interesse terei acesso aos resultados do estudo.

Pelo presente documento, eu _____

_____, aceito participar neste estudo.

Assinatura:

Data: ____ / ____ / 2015

Para qualquer questão contactar a investigadora pelo email fornecido na carta explicativa.

Apêndice 5: INSTRUMENTO DE COLHEITAS DE DADOS

A recolha de dados é composta por três partes.

A primeira de identificação de dados demográficos.

A segunda por uma pergunta de resposta aberta.

E a terceira pelo preenchimento de um questionário.

A sua colaboração é essencial, mas voluntária.

Esta recolha de dados é **absolutamente anónima e confidencial**.

Não existem respostas correctas ou incorrectas, deverá responder de acordo com a sua realidade.

Pedimos que responda de forma atenta e sincera.

A entrevista é presencial e qualquer dúvida deve ser esclarecida com a investigadora.

I. Dados demográficos

O preenchimento dos dados demográficos ajudará nas comparações estatísticas entre os diferentes elementos profissionais.

As suas respostas individuais não serão divulgadas e serão utilizadas somente em combinação com as respostas de outros profissionais que responderem ao questionário.

Assinale com um círculo a sua resposta

Género:

1. Masculino
2. Feminino

Faixa etária:

1. Entre 20 e 30 anos
2. Entre 31 e 40 anos
3. Entre 41 e 50 anos
4. Mais de 51 anos

Estado Civil:

1. Solteiro(a)
2. Casado(a) / União de fato
3. Separado(a) / Divorciado(a)
4. Viúvo(a)

Habilitações académicas:

1. Bacharelato
2. Licenciatura
3. Mestrado
4. Douturamento

Há quanto tempo exerce enfermagem:

1. Mais de 3 anos até 5 anos
2. Mais de 5 anos até 8 anos
3. Mais de 8 anos até 11 anos
4. Mais de 11 anos

Há quanto tempo exerce neste serviço de urgência:

1. Mais de 3 até 5 anos
2. Mais de 5 até 8 anos
3. Mais de 8 até 11 anos
4. Mais de 11 anos

Situação laboral - Horário:

1. Fixo
2. Horário Rotativo - *Roulement*

Situação laboral – Carga horária:

1. 19 horas/semana
2. 35 horas/semana
3. 40 horas /semana

Possui outro emprego:

1. Não
2. Sim (Qual? _____)
(Carga Horária? _____)
(Cargo que ocupa? _____)

II. Fatores de Stresse

Para si, quais são os fatores que considera stressantes na função que desempenha no serviço de urgência?

III. Questionário de Estratégias de Coping

Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior stresse que experienciou recentemente na sua vida profissional no serviço de urgência.

Por situação «stressante» entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiado(a) pelo facto de aquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stresse.

Pensando na forma como lidou com a situação de stresse que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

- | | |
|----------|-----------------------------|
| 0 | Nunca usei |
| 1 | Usei de alguma forma |
| 2 | Usei algumas vezes |
| 3 | Usei muitas vezes |

	Nunca usei	Usei de alguma forma	Usei algumas vezes	Usei muitas vezes
1. Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo	0	1	2	3
2. Fiz algo que pensei que não ia resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0	1	2	3
3. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	0	1	2	3
4. Falei com alguém para saber mais sobre a situação	0	1	2	3
5. Critiquei-me ou analisei-me a mim própria	0	1	2	3
6. Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	0	1	2	3
7. Esperei que acontecesse um milagre	0	1	2	3
8. Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
9. Tentei guardar para mim própria o que estava a sentir	0	1	2	3
10. Tentei olhar para os pontos favoráveis do problema	0	1	2	3
11. Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0	1	2	3
12. Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	0	1	2	3
13. Eu estava inspirada em fazer algo criativo	0	1	2	3
14. Tentei esquecer tudo	0	1	2	3
15. Procurei ajuda de um profissional	0	1	2	3
16. Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	0	1	2	3
17. Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	0	1	2	3
18. Construí um plano de acção e segui-o	0	1	2	3
19. Consegui mostrar o que sentia	0	1	2	3
20. Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	0	1	2	3
21. Saí desta experiência melhor do que estava antes	0	1	2	3
22. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	0	1	2	3
23. Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	0	1	2	3
24. Fiz algo muito arriscado	0	1	2	3

	Nunca usei	Usei de alguma forma	Usei algumas vezes	Usei muitas vezes
25. Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
26. Encontrei nova esperança	0	1	2	3
27. Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
28. Mudei algo para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
29. Evitei estar com as pessoas em geral	0	1	2	3
30. Não deixei que a situação me afectasse; Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	0	1	2	3
31. Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	0	1	2	3
32. Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	0	1	2	3
33. Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0	1	2	3
34. Falei com alguém sobre como me estava a sentir	0	1	2	3
35. Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	0	1	2	3
36. Passei o problema para os outros	0	1	2	3
37. Aproveitei as minhas experiências passadas: já estive envolvida em situações semelhantes	0	1	2	3
38. Eu sabia o que devia ter feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
39. Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0	1	2	3
40. Prometi a mim própria que as coisas para a próxima seriam diferentes	0	1	2	3
41. Criei várias soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
42. Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	0	1	2	3
43. Mudei alguma coisa em mim própria	0	1	2	3
44. Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	0	1	2	3
45. Desejei que as coisas voltassem atrás	0	1	2	3
46. Rezei	0	1	2	3
47. Pensei para mim própria naquilo que iria dizer ou fazer	0	1	2	3
48. Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	0	1	2	3

Questionário de Estratégias de Coping

Adaptação de C. Santos e J. Ribeiro (1998)

– Muito Obrigada pela sua colaboração –

Apêndice 6: The Ways of Coping questionnaire (1985)

O questionário The Ways of Coping questionnaire revisto em 1985 é de utilização pública, conforme resposta de Dra. Susan Folkman ao *Center for AIDS Prevention Studies*.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN FRANCISCO

BERKELEY • DAVIS • IRVINE • LOS ANGELES • RIVERSIDE • SAN DIEGO • SAN FRANCISCO



SANTA BARBARA • SANTA CRUZ

OSHER CENTER FOR INTEGRATIVE MEDICINE AT UCSF
1701 DIVISADERO STREET, SUITE 100
SAN FRANCISCO, CALIFORNIA 94115

TEL: 415 353 7719
FAX: 415 353 7554
E-MAIL: FOLKMAN@OCIM.UCSF.EDU

SUSAN FOLKMAN, PH.D.
PROFESSOR OF MEDICINE AND
DIRECTOR

Dear Colleague:

The Ways of Coping that was revised in 1985 is in the public domain and you do not need special permission to use it. In 1988 the Consulting Psychologists Press made minor modifications to a few items. Their version is copyrighted, and has since been purchased by Mind Garden. If you wish to use their version and/or their scoring service, you'll need permission from Mind Garden. You can reach them at <http://www.mindgarden.com/> or Mind Garden, Inc., 1690 Woodside Road, Suite 202, Redwood City, CA 94061, USA, (650-261-3500). You might also want the manual for the Ways of Coping. It is available through the same publisher.

Sincerely,

Susan Folkman, Ph.D.
Professor of Medicine
Director, Osher Center for Integrative Medicine at UCSF

Apêndice 7: Respostas Dados Demográficos

Perfil dos participantes – Socio/demográfico e Profissional

Género:	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
Masculino	10	33,33%
Feminino	19	63,33%
Sem resposta	1	3,33%

Faixa etária:	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
Entre 20 e 30 anos	11	36,67%
Entre 31 e 40 anos	15	50,00%
Entre 41 e 50 anos	3	10,00%
Mais de 51 anos	0	0,00%
Sem resposta	1	3,33%

Estado Civil:	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
Solteiro(a)	11	36,67%
Casado(a) / União de fato	17	56,67%
Separado(a) / Divorciado(a)	1	3,33%
Viúvo(a)	0	0,00%
Sem resposta	1	3,33%

Habilitações académicas:	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
Bacharelato	0	0,00%
Licenciatura	26	86,67%
Mestrado	3	10,00%
Douturamento	0	0,00%
Sem resposta	1	3,33%

Há quanto tempo exerce enfermagem:	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
Mais de 3 anos até 5 anos	2	6,67%
Mais de 5 anos até 8 anos	15	50,00%
Mais de 8 anos até 11 anos	8	26,67%
Mais de 11 anos	5	16,67%
Sem resposta	0	0,00%

Há quanto tempo exerce neste serviço de urgência:	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
Mais de 3 até 5 anos	11	36,67%
Mais de 5 até 8 anos	11	36,67%
Mais de 8 até 11 anos	6	20,00%
Mais de 11 anos	2	6,67%
Sem resposta	0	0,00%

Situação laboral - Horário:	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
Fixo	3	10,00%
Horário Rotativo - <i>Roulement</i>	27	90,00%
Sem resposta	0	0,00%

Situação laboral – Carga horária:	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
19 horas/semana	1	3,33%
35 horas/semana	0	0,00%
40 horas /semana	29	96,67%
Sem resposta	0	0,00%

Possui outro emprego:	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
Não	13	43,33%
Sim	17	56,67%

Qual? Nota: inquiridos que responderam sim em "Possui outro emprego"	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
INEM/VMER	5	16,67%
INEM/VMER e Clinica Privada	2	6,67%
Unidade de Cuidados Intensivos	1	3,33%
Unidade de Geriatria	2	6,67%
Unidade de Cirurgia	1	3,33%
Unidades de Dialise	1	3,33%
Linha de Saude	1	3,33%
Osteopatia	1	3,33%
Sem resposta	3	10,00%

Carga horária? Nota: inquiridos que responderam sim em "Possui outro emprego"	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
Entre 40 horas/semana + Variável	4	13,33%
Entre 50 a 60 horas/semana	8	26,67%
Superior a 61 horas/semana	5	16,67%

Cargo que ocupa? Nota: inquiridos que responderam sim em "Possui outro emprego"	Respostas de Inquiridos	Percentagem de inquiridos
Enfermeiro/a	15	50,00%
Osteopata	1	3,33%
Sem resposta	1	3,33%

Apêndice 8: Análise de Conteúdo – Factores de Stresse

1: Análise de Conteúdo – Categoria Atendimento do doente

Enumeração	Unidade de registo	Unidade de Contexto	Sub-categoria	Categoria
3	Questionário 3: "...passam pela própria situação de saúde/ instabilidade de cada doente"	Situação Clínica	Abordagem do doente	Atendimento do doente
	Questionário 4: "Patologias dos doentes"			
	Questionário 19: "Abordagem ao doente crítico"			
2	Questionário 12: "A labilidade emocional dos doentes e por vezes as suas 'impaciências' face à situação de urgência que as fez vir ao SU"	Labilidade Emocional		
	Questionário 23: "Gerir o stresse do doente perante a sua doença"			
2	Questionário 15: "Agressividade do utente e respetivos acompanhantes"	Agressividade		
	Questionário 29: "Doentes mais agitados"			
4	Questionário 2: "Desorganização, o imprevisto"	Inesperado		
	Questionário 10: "Casos Urgentes/Emergências"			
	Questionário 15: "... múltiplas situações de emergência"			
	Questionário 22: "Inesperado"			
3	Questionário 18: "...incerteza no desfecho de uma situação/caso clínico"	Receio de insucesso	Imprevisibilidade	
	Questionário 26: "Situações imprevisíveis, dada a particularidade da urgência, necessidade de rapidez e eficácia correspondendo aos cuidados de qualidade"			
	Questionário 30: "...situações de emergência, insucesso em situações de reanimação."			
2	Questionário 1: "Tempos de espera que não dependem da equipa de enfermagem mas que é implicada no mesmo"	Encaminhamento	Tempo de espera	
	Questionário 3: "...dos tempos de espera para atendimento (desde triagem, observação médica, sala de tratamentos)"			

2: Análise de Conteúdo – Categoria Carga emocional

Enumeração	Unidade de registo	Unidade de Contexto	Sub-categoria	Categoria
3	Questionário 25: "Negligência"	Receio de negligência	Responsabilidade	Carga emocional
	Questionário 18: "Risco de vida iminente..."			
	Questionário 30: "...margem mínima/tolerância zero para errar, ter que lidar com todo tipo de doença. (...) Ter a responsabilidade de salvar vidas em situações de emergência."			
1	Questionário 9: "Cansaço acumulado"	Cansaço físico/psicológico		
1	Questionário 26: "O cuidado de conseguir conciliar a vida familiar com a vida profissional"	Ambiente familiar		
10	Questionário 1: "... familiares complicados/stressados pela situação"	Ambiente hospitalar	Relações interpessoais	
	Questionário 11: "Familiares de utentes;"			
	Questionário 14: "Familiares/accompanhantes"			
	Questionário 18: "Gestão de stresse das famílias e/ou acompanhantes dos utentes"			
	Questionário 19: "Relacionamento com familiares/accompanhantes"			
	Questionário 23: "Familiares/doentes não compreensivos"			
	Questionário 27: "Relação com os utentes/familiares"			
	Questionário 30: "...ter que lidar com a incompreensão de doentes/familiares"			
Questionário 11: "Médico"				
	Questionário 22: "Falta de espírito de equipa"			

3: *Análise de Conteúdo – Categoria Gestão*

Enumeração	Unidade de registo	Unidade de Contexto	Sub-categoria	Categoria
6	Questionário 2: "... o 'pressing' dos doentes/acompanhantes para as respectivas observações, e os, confrontos que daí surgem (ao questionar do nosso trabalho)"	Doente/ família/ acompanhante	Conflitos	Gestão
	Questionário 7: "Gestão de conflitos entre (...) utentes e familiares dos utente"			
	Questionário 8: "... gestão de conflitos com utentes e familiares"			
	Questionário 9: "Gestão de conflitos com utentes, familiares..."			
	Questionário 10: "Gestão de conflitos entre (...) e utentes"			
Questionário 13: "Relação problemática em alguns familiares e/ou utentes..."				
7	Questionário 6: "Gestão de conflitos entre diferentes desses profissionais"	Equipa		
	Questionário 7: "Gestão de conflitos entre profissionais..."			
	Questionário 8: "Gestão de conflitos entre profissionais..."			
	Questionário 9: "Gestão de conflitos com (...) profissionais"			
	Questionário 10: "Gestão de conflitos entre profissionais ..."			
	Questionário 13: "... relação problemática com alguns elementos da equipa multidisciplinar na gestão de situações de emergência ou atribuição de competências"			
2	Questionário 29: "Conflito entre equipas"	Pressão	Tempo	
	Questionário 2: "... o 'pressing' dos doentes/acompanhantes para as respectivas observações..."			
2	Questionário 29: "Situações emergentes que exijam cuidados mais especializados em que existe 'pressão' por parte de elementos mais diferenciados."	Competências	Prioridades	
	Questionário 7: "Gestão de prioridades"			
8	Questionário 8: "... gestão de prioridades nas diferentes competências"	Recursos inadequados	Recursos humanos/materiais	
	Questionário 1: "equipa jovem/inexperiente"			
	Questionário 2: "A exposição de cada situação de saúde de cada doente face à estrutura física do próprio serviço"			
	Questionário 3: "... a falta de recursos materiais e humanos."			
	Questionário 4: "Gestão de recursos humanos"			
	Questionário 6: "...disponibilidade de recursos face a situações sazonais como inverno por exemplo."			
	Questionário 7: "Gestão de meios Técnicos"			
	Questionário 9: "Gestão de espaço e recursos com elevada afluência"			
	Questionário 25: "Absentismo de profissionais"			
Questionário 27: "Falta espaço físico para prestação de cuidados", "Falta de profissionais."				

4: Análise de Conteúdo – Categoria sobrecarga de trabalho

Enumeração	Unidade de registo	Unidade de Contexto	Sub-categoria	Categoria
8	Questionário 1: "Carga horária"	Carga horaria	Condições de trabalho	Sobrecarga de trabalho
	Questionário 4: "Carga horária; Horário rotativo"			
	Questionário 5: "Carga horária (40 h semanais)"			
	Questionário 6: "Carga horária"			
	Questionário 9: "Elevado ritmo de trabalho"			
	Questionário 18: "Carga horária semanal"			
	Questionário 26: "...os horários"			
1	Questionário 30: "Carga horária, horário roulement, (...)"	Remuneração		
1	Questionário 30: "...Pauta salarial. Desigualdade em relação honorários. Saber que existem colegas que tem um honorário superior ao nosso e que prestam os mesmos cuidados com a mesma eficácia."			
1	Questionário 21: "Sistema informático"	Informática	Reconhecimento	
1	Questionário 17: "Excesso de exigências sobre os enfermeiros"	Exigências		
1	Questionário 27: "Falta reconhecimento profissionais"	Motivação		
1	Questionário 17: "Falta de compreensão da logística do SU por parte dos utentes"	Logística	Organização do Serviço	
2	Questionário 21: "Desorganização"	Desorganização		
	Questionário 22: "Desorganização"			
8	Questionário 1: "número de doentes elevado"	Fluxo de doentes	Rácio enfermeiro/ doente	
	Questionário 3: "Enquanto prestadora considero que o facto de querer fazer sempre o melhor e da melhor forma, dando resposta aos protocolos e seguimento dos mesmos em função dos rácios enfermeiro/doente pode constituir um fator de stresse"			
	Questionário 5: "Rácio enfermeiro/doente"			
	Questionário 12: "A afluência de doentes em épocas como o inverno em que o rácio enfermeiro/doente não é o adequado"			
	Questionário 18: "... número de doentes em excesso que recorrem ao SU"			
	Questionário 20: "Grande afluência de utentes"			
	Questionário 25: "Número elevado de doentes"			
7	Questionário 26: "O número de doentes"	Volume de trabalho		
	Questionário 13: "Volume de trabalho para enfermeiro"			
	Questionário 14: "Volume de trabalho"			
	Questionário 15: "Volume de trabalho"			
	Questionário 16: "Excesso de trabalho"			
	Questionário 17: "Excesso de trabalho"			
	Questionário 23: "Excesso de trabalho e número de enfermeiros, não conseguindo prestar cuidados de excelência"			
Questionário 26: "... excesso de trabalho"				

Apêndice 9: Resultados Questionário Estratégias de Coping

1: Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo:

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	8	26,67%
Usei algumas vezes	15	50,00%
Usei muitas vezes	7	23,33%
Sem resposta	0	0,00%

2: Fiz algo que pensei que não ia resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa.

Nunca usei	4	13,33%
Usei de alguma forma	15	50,00%
Usei algumas vezes	9	30,00%
Usei muitas vezes	2	6,67%
Sem resposta	0	0,00%

3: Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião.

Nunca usei	2	6,67%
Usei de alguma forma	6	20,00%
Usei algumas vezes	13	43,33%
Usei muitas vezes	8	26,67%
Sem resposta	1	3,33%

4: Falei com alguém para saber mais sobre a situação

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	1	3,33%
Usei algumas vezes	16	53,33%
Usei muitas vezes	13	43,33%
Sem resposta	0	0,00%

5: Critiquei-me ou analisei-me a mim própria

Nunca usei	2	6,67%
Usei de alguma forma	0	0,00%
Usei algumas vezes	10	33,33%
Usei muitas vezes	18	60,00%
Sem resposta	0	0,00%

6: Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	4	13,33%
Usei algumas vezes	19	63,33%
Usei muitas vezes	6	20,00%
Sem resposta	1	3,33%

7: Esperei que acontecesse um milagre

Nunca usei	23	76,67%
Usei de alguma forma	6	20,00%
Usei algumas vezes	1	3,33%
Usei muitas vezes	0	0,00%
Sem resposta	0	0,00%

8: Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido

Nunca usei	24	80,00%
Usei de alguma forma	6	20,00%
Usei algumas vezes	0	0,00%
Usei muitas vezes	0	0,00%
Sem resposta	0	0,00%

9: Tentei guardar para mim própria o que estava a sentir

Nunca usei	9	30,00%
Usei de alguma forma	11	36,67%
Usei algumas vezes	9	30,00%
Usei muitas vezes	1	3,33%
Sem resposta	0	0,00%

10: Tentei olhar para os pontos favoráveis do problema

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	8	26,67%
Usei algumas vezes	18	60,00%
Usei muitas vezes	4	13,33%
Sem resposta	0	0,00%

11: Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema

Nunca usei	4	13,33%
Usei de alguma forma	15	50,00%
Usei algumas vezes	11	36,67%
Usei muitas vezes	0	0,00%
Sem resposta	0	0,00%

12: Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo

Nunca usei	3	10,00%
Usei de alguma forma	11	36,67%
Usei algumas vezes	16	53,33%
Usei muitas vezes	0	0,00%
Sem resposta	0	0,00%

13: Eu estava inspirada em fazer algo criativo

Nunca usei	4	13,33%
Usei de alguma forma	12	40,00%
Usei algumas vezes	10	33,33%
Usei muitas vezes	4	13,33%
Sem resposta	0	0,00%

14: Tentei esquecer tudo

Nunca usei	13	43,33%
Usei de alguma forma	11	36,67%
Usei algumas vezes	4	13,33%
Usei muitas vezes	2	6,67%
Sem resposta	0	0,00%

15: Procurei ajuda de um profissional

Nunca usei	12	40,00%
Usei de alguma forma	8	26,67%
Usei algumas vezes	8	26,67%
Usei muitas vezes	2	6,67%
Sem resposta	0	0,00%

16: Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	3	10,00%
Usei algumas vezes	18	60,00%
Usei muitas vezes	8	26,67%
Sem resposta	1	3,33%

17: Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	5	16,67%
Usei algumas vezes	20	66,67%
Usei muitas vezes	5	16,67%
Sem resposta	0	0,00%

18: Construí um plano de acção e segui-o.

Nunca usei	1	3,33%
Usei de alguma forma	8	26,67%
Usei algumas vezes	14	46,67%
Usei muitas vezes	7	23,33%
Sem resposta	0	0,00%

19: Consegui mostrar o que sentia

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	4	13,33%
Usei algumas vezes	20	66,67%
Usei muitas vezes	6	20,00%
Sem resposta	0	0,00%

20: Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos.

Nunca usei	2	6,67%
Usei de alguma forma	10	33,33%
Usei algumas vezes	15	50,00%
Usei muitas vezes	3	10,00%
Sem resposta	0	0,00%

21: Saí desta experiência melhor do que estava antes

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	2	6,67%
Usei algumas vezes	23	76,67%
Usei muitas vezes	5	16,67%
Sem resposta	0	0,00%

22: *Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema.*

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	3	10,00%
Usei algumas vezes	20	66,67%
Usei muitas vezes	7	23,33%
Sem resposta	0	0,00%

23: *Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.*

Nunca usei	24	80,00%
Usei de alguma forma	3	10,00%
Usei algumas vezes	1	3,33%
Usei muitas vezes	2	6,67%
Sem resposta	0	0,00%

24: *Fiz algo muito arriscado.*

Nunca usei	19	63,33%
Usei de alguma forma	9	30,00%
Usei algumas vezes	2	6,67%
Usei muitas vezes	0	0,00%
Sem resposta	0	0,00%

25: *Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso.*

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	13	43,33%
Usei algumas vezes	13	43,33%
Usei muitas vezes	4	13,33%
Sem resposta	0	0,00%

26: *Encontrei nova esperança.*

Nunca usei	3	10,00%
Usei de alguma forma	15	50,00%
Usei algumas vezes	10	33,33%
Usei muitas vezes	2	6,67%
Sem resposta	0	0,00%

27: *Redescobri o que é importante na vida.*

Nunca usei	2	6,67%
Usei de alguma forma	11	36,67%
Usei algumas vezes	13	43,33%
Usei muitas vezes	4	13,33%
Sem resposta	0	0,00%

28: *Mudei algo para que as coisas corressem bem.*

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	2	6,67%
Usei algumas vezes	22	73,33%
Usei muitas vezes	6	20,00%
Sem resposta	0	0,00%

29: *Evitei estar com as pessoas em geral.*

Nunca usei	16	53,33%
Usei de alguma forma	10	33,33%
Usei algumas vezes	3	10,00%
Usei muitas vezes	1	3,33%
Sem resposta	0	0,00%

30: *Não deixei que a situação me afectasse; Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema.*

Nunca usei	2	6,67%
Usei de alguma forma	22	73,33%
Usei algumas vezes	6	20,00%
Usei muitas vezes	0	0,00%
Sem resposta	0	0,00%

31: Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito.

Nunca usei	2	6,67%
Usei de alguma forma	9	30,00%
Usei algumas vezes	14	46,67%
Usei muitas vezes	5	16,67%
Sem resposta	0	0,00%

32: Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação.

Nunca usei	5	16,67%
Usei de alguma forma	17	56,67%
Usei algumas vezes	7	23,33%
Usei muitas vezes	1	3,33%
Sem resposta	0	0,00%

33: Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério.

Nunca usei	6	20,00%
Usei de alguma forma	17	56,67%
Usei algumas vezes	6	20,00%
Usei muitas vezes	1	3,33%
Sem resposta	0	0,00%

34: *Falei com alguém sobre como me estava a sentir.*

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	6	20,00%
Usei algumas vezes	18	60,00%
Usei muitas vezes	6	20,00%
Sem resposta	0	0,00%

35: *Mantive a minha posição e lutei pelo que queria.*

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	5	16,67%
Usei algumas vezes	18	60,00%
Usei muitas vezes	7	23,33%
Sem resposta	0	0,00%

36: *Passei o problema para os outros.*

Nunca usei	19	63,33%
Usei de alguma forma	9	30,00%
Usei algumas vezes	2	6,67%
Usei muitas vezes	0	0,00%
Sem resposta	0	0,00%

37: *Aproveitei as minhas experiências passadas: já estive envolvida em situações semelhantes.*

Nunca usei	3	10,00%
Usei de alguma forma	7	23,33%
Usei algumas vezes	12	40,00%
Usei muitas vezes	8	26,67%
Sem resposta	0	0,00%

38: *Eu sabia o que devia ter feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem.*

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	5	16,67%
Usei algumas vezes	17	56,67%
Usei muitas vezes	8	26,67%
Sem resposta	0	0,00%

39: *Recusei acreditar que a situação tinha acontecido.*

Nunca usei	20	66,67%
Usei de alguma forma	9	30,00%
Usei algumas vezes	0	0,00%
Usei muitas vezes	1	3,33%
Sem resposta	0	0,00%

40: Prometi a mim própria que as coisas para a próxima seriam diferentes.

Nunca usei	1	3,33%
Usei de alguma forma	8	26,67%
Usei algumas vezes	15	50,00%
Usei muitas vezes	6	20,00%
Sem resposta	0	0,00%

41: Criei várias soluções diferentes para o problema.

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	8	26,67%
Usei algumas vezes	18	60,00%
Usei muitas vezes	4	13,33%
Sem resposta	0	0,00%

42: Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas.

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	8	26,67%
Usei algumas vezes	15	50,00%
Usei muitas vezes	7	23,33%
Sem resposta	0	0,00%

43: *Mudei alguma coisa em mim própria.*

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	5	16,67%
Usei algumas vezes	20	66,67%
Usei muitas vezes	5	16,67%
Sem resposta	0	0,00%

44: *Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse.*

Nunca usei	5	16,67%
Usei de alguma forma	11	36,67%
Usei algumas vezes	11	36,67%
Usei muitas vezes	3	10,00%
Sem resposta	0	0,00%

45: *Desejei que as coisas voltassem atrás.*

Nunca usei	9	30,00%
Usei de alguma forma	8	26,67%
Usei algumas vezes	12	40,00%
Usei muitas vezes	1	3,33%
Sem resposta	0	0,00%

46: *Rezei.*

Nunca usei	15	50,00%
Usei de alguma forma	8	26,67%
Usei algumas vezes	4	13,33%
Usei muitas vezes	3	10,00%
Sem resposta	0	0,00%

47: *Pensei para mim própria naquilo que iria dizer ou fazer.*

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	7	23,33%
Usei algumas vezes	15	50,00%
Usei muitas vezes	8	26,67%
Sem resposta	0	0,00%

48: *Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo.*

Nunca usei	0	0,00%
Usei de alguma forma	12	40,00%
Usei algumas vezes	15	50,00%
Usei muitas vezes	3	10,00%
Sem resposta	0	0,00%

Distribuição respostas ao WCQ:

