PROGRAMA DE GESTÃO DE STRESS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Teresa McIntyre, Scott McIntyre, Vera Araújo-Soares, Margarida Figueiredo, Fátima Faria

2003

Financiado no âmbito do projecto Bial nº 41/98

Índice

Introdução pg.1

Sessão 1- "O que é o *stress* e quais os seus sinais?": Definições e Modelos de *Stress* pg.9

Sessão 2 - "Os Modos de Enfrentar o *Stress*": *Stress* e *Coping* pg.40

Sessão 3 - "O Modo de Pensar e a Resposta ao *Stress*": Estratégias Cognitivas pg. 69

Sessão 4 -"A Alimentação e o *Stress*" : Hábitos e Estilos de vida: A Nutrição pg. 96

Sessão 5 - Hábitos e Estilos de Vida: A actividade física, o sono e o *Stress* pg.130

Sessão 6 - Relacionamento Interpessoal pg. 168

Sessão 7- Relacionamento Interpessoal pg.195

Sessão 8- Gestão do Tempo pg.208

Introdução

O século XX forneceu aos indivíduos numerosas opções muitas das quais resultantes do rápido desenvolvimento da tecnologia. Por outro lado, apresentou novas restrições, uma das quais é o stress, resultado de pressões e ameaças inerentes à sociedade (Wolff, 1988). Estas pressões e ameaças cada vez se encontram mais e mais associadas ao local de trabalho.

O trabalho possibilita ao ser humano a transformação activa e criativa ao mundo em que vive, ocupando-lhe mais de metade do tempo que vive acordado (Carvalho, 1988). Na sociedade actual a necessidade de trabalhar como fonte de equilíbrio económico-social transforma-se em necessidade do trabalho como um dos principais pilares nos quais baseamos a nossa saúde, em todas as suas vertentes, psíquica, física e social (Teixeira, 1991). Assim o trabalho pode ser uma fonte de realização e de alegria, mesmo se acompanhado de algum suor e fadiga. Esta reacção adaptativa relaciona-se com factores motivacionais (Seabrook, 1982) assim como com as aspirações e expectativas de cada um (Carvalho, 1988). Situações tão díspares como o excesso de trabalho ou a ausência deste podem condicionar uma parte importante da estima pessoal de cada um, e consequentemente influenciar o seu estado de saúde reflectindo-se no do seu agregado familiar. Assim pode e deve conceber-se o comportamento laboral em termos dicotómicos tais como: equilíbrio / desequilíbrios, tensões / redução de tensões, ordem/ desordem. Cada indivíduo poderá situar-se num dos pólos antípodas desta dialéctica, o que nos remete para uma dinâmica entre indivíduo e trabalho, constituída por um jogo de adaptações aos contextos sócio-culturais em que se encontram envolvidos. Assim quando estudamos as influências do trabalho no bem-estar de cada trabalhador, torna-se condição "*sine qua non* " que se considere a interacção resultante entre indivíduo-trabalho (Teixeira, 1990).

As dificuldades de adaptação podem resultar quer de factores individuais, quer de factores e condições ambientais e/ou organizacionais, ou ainda de uma zona de interface entre estas duas vertentes. Pode então falar-se de qualidade de vida no trabalho sendo esta fortemente influenciada pela interacção dos aspectos individuais, sociais e organizacionais.

Sabe-se ainda que toda a actividade profissional implica um modelo de vida que influência a saúde pessoal, o conteúdo e a organização do trabalho e, o grau de satisfação das necessidades psicofisiológicas e psicossociais (Carvalho, 1988).

Numa sociedade em que os indivíduos são constantemente sujeitos a pressões parece-nos interessante averiguar a forma como os profissionais de saúde, submetidos a tensão em diversos aspectos da sua vida, lidam com essas temáticas.

Ao analisar estes fenómenos não raras vezes nos deparamos com a crença de que os profissionais da saúde estão imunes à doença pelo facto de deterem conhecimentos no campo vasto da saúde. Contudo, sabemos que o conhecimento não substitui a necessidade de apoio, principalmente quando se trata de lidar com emoções, com sofrimento e inclusive a morte.

Médicos, enfermeiros e mesmo pessoal administrativo a trabalhar em contextos de saúde labutam quotidianamente, rodeados de múltiplos factores *stressantes* que, em última análise se podem constituir como factores de risco. Logo, falar de stress em profissionais de saúde é falar do quotidiano. O sofrimento com que lidam, a dor dos corpos doentes, da inadaptação psicológica, social ou afectiva, são características nestes contextos. Os problemas levantados são todos humanos, graves e urgentes, e muitas vezes os recursos disponíveis para lhes fazer frente são escassos.

Ann Faulkner (1988) refere que lidar com situações que representam uma ameaça, tal como as emoções manifestadas pelos doentes, seus parentes e colegas, pode constituir-se como uma fonte de stress. Muitas das barreiras impostas por médicos e enfermeiros em relação aos seus doentes têm por objectivo evitar os possíveis efeitos *stressantes* decorrentes de uma maior proximidade emocional com o doente, mantendo a comunicação a um nível superficial. No entanto, e com o advento das campanhas de humanização dos serviços de saúde, vem exigir-se o suplantar do superficial, esperando-se que cada profissional responda às necessidades individuais dos seus doentes. Mas, e como refere Lazarus (1976), se depois de uma avaliação dos recursos prevalecer a ideia da falta destes, é inevitável o experiênciar de algum tipo de reacção emocional - que muitas vezes é o stress, mas noutras, e dependendo das características pessoais de cada um, podem ser perturbações de humor ou estados de ansiedade.

Efectivamente, as profissões devotadas à prestação de cuidados de saúde, como a de médico(a) e de enfermeiro (a) exigem planeamento, execução e avaliação sistemática dos cuidados prestados aos doentes no sentido de tentar resolver ou aliviar os seus problemas (A.R.S. de Braga, 1993). Nestas actividades os profissionais têm que lidar constantemente com o sofrimento dos seus semelhantes e, muitas vezes, com a morte (Dubrecq, 1990).

Algumas das principais fontes de stress referidas por profissionais de saúde são a sobrecarga de trabalho, e o Serviço de Urgência. Este serviço, dada a presença de situações de risco de vida, requer a capacidade de decidir de forma não só rápida como eficaz.

Nas especialidades de cirurgia e anestesiologia (McIntyre, 1994), as situações são, não raras vezes de grande exigência, o que implica a necessidade de um trabalho moroso e de grande minúcia envolvendo processos atencionais de alta complexidade. As unidades de cuidados intensivos também são relatadas como "atulhadas de stress" (Theon, Davie & Urden, 1990).

Na Medicina Familiar, com longas listas de utentes, reduzido número de elementos e a exiguidade dos recursos disponíveis observam-se elevados níveis de stress.

Além disso, os recentes desenvolvimentos científicos, com o aparecimento de novas doenças, o avanço da farmacologia terapêutica e a sofisticação tecnológica, exigem uma actualização permanente dos conhecimentos técnicos e científicos. A necessidade de saber mais e melhor, a auto-avaliação de competências, e o receio de cometer erros conduz a uma situação de stress mais ou menos permanente (Rebelo, 1988). A esta problemática acresce-se os horários de trabalho (Agui, 1993) geralmente variáveis quer para médicos quer para enfermeiros, colidindo com os ritmos da vida social. Estes factores dificultam a participação em actividades sócio-culturais, com os consequentes custos a nível interpessoal. Podem ainda acrescer-se problemas familiares, tanto na execução do papel parental como no relacionamento conjugal.

Na enfermagem vários são os factores de stress. Alguns autores não se esquecem de apontar o facto de 90% de todos os profissionais de enfermagem serem mulheres. Merabeu (1986 in Booth), refere que estas apresentam dificuldades em equilibrar as responsabilidades profissionais com as domésticas. Este fenómeno de

dualidade de tarefas pode levar a algumas manifestações como crises de ansiedade, cólera, perturbações do sono e mesmo estados depressivos.

De facto, são múltiplos os problemas que os enfermeiros enfrentam para responderem aos problemas sociais e psicológicos dos indivíduos que procuram os cuidados de saúde. As questões colocadas relativamente à doença, aos tratamentos, e às decisões tornam o enfermeiro mais vulnerável, podendo sentir que os seus objectivos e expectativas em relação ao doente não são realistas (Lopes, 1994, op. cit. Enfermagem em Foco, 1986). Os internamentos frequentes podem levar ao estabelecer entre o enfermeiro e o doente uma relação que vai além da empatia, e passe a uma sobre-identificação surgindo o "sofrer pelo outro ou com o outro " (Paula & col, 1991).

Outras fontes de stress são os recursos humanos. Na verdade a falta de profissionais de enfermagem assim como a existência de enfermeiros no desempenho de funções administrativas ou como auxiliares da acção médica implica uma diminuição do tempo para resolver problemas internos ou externos, discutir sentimentos ou dificuldades ou mesmo ter tempo para conversar e confortar os doentes (Rodrigo, 1995).

Outras fontes de stress surgem de conflitos com outros membros da equipa decorrentes das dificuldades de relacionamento interpessoal e de problemas de comunicação (Paula, 1991).

A necessidade de, nalgumas ocasiões, ser necessário tomar decisões rápidas podendo aumentar-se a probabilidade de cometer erros pode funcionar como um *stressor* (Gunnarsdottir & Rafnsson, 1995).

Pode acrescentar-se a estas fontes de stress factos que se prendem com variáveis contextuais, como a falta de recursos materiais, umas vezes danificados, outras inexistentes, o que dificulta, ou mesmo impossibilita o funcionamento óptimo do profissional, tal como o excesso de ruído, a fraca luminosidade, a falta de espaço, os cheiros intensos,... (Thelan & col., 1993).

Quanto às pessoas que desempenham funções administrativas estas são o primeiro contacto do indivíduo com os Serviços de Saúde. Mas também aqui as fontes de stress, ou mesmo aquilo que pode estar na base da etiopatologia do stress, passam pelo fardo de terem de transmitir as decisões dos seus superiores, e até de

serem conotados com a poderosa organização a que "pertencem", sem qualquer tipo de poder de decisão.

Assim algumas fontes de stress se podem numerar: 1- o conteúdo por vezes monótono e parcelar das tarefas; 2 - a inexistência de uma definição clara do seu papel na organização que pode conduzir à ambiguidade e conflito; 3- o percurso numa determinada carreira frequentemente sem oportunidades de promoção; 4- as relações interpessoais no trabalho, nas quais podem surgir conflitos com chefes ou colegas; 5- as dificuldades em delegar responsabilidades; 6- a estrutura e o clima organizacional que levam a um participação quase nula nas decisões, acarretando uma sobrecarga burocrática; 7- problemas relacionados com a própria família, com crises da vida, por vezes com dificuldades financeiras e mesmo com integrações sociais deficitárias, são factores que surgem como potenciais fontes de desequilíbrio (Fingret, 1985).

Outras fontes de stress nascem de factores como (Breakwell, 1991): 1- insegurança no trabalho com precaridade do emprego e má organização dos serviços; para além de:

- remunerações baixas e dificuldades de promoção;
- organização ineficaz do trabalho.

Ana Loff (1992) num estudo por ela efectuado lista uma série de fontes de stress, e entre as quais a falta de tempo para reflectir sobre a prática profissional, e a inexistência de oportunidades de valorização.

O stress não reside na situação em si mas na interacção entre o indivíduo e essa mesma situação. A capacidade *stressante* destes factores depende, por um lado, da valorização subjectiva que o indivíduo faz em função do seu nível de tolerância aos *stressores* e, por outro lado, da intensidade ou grau de tensão sob o qual consegue funcionar. Outro factor importante, ao qual se deve atender, tem a ver com o apoio social real ou percebido (Rodrigo, 1995). Segundo estudos realizados por Reig e Carvana (1990) os profissionais de enfermagem que se consideram com menos apoio social valorizam menos o seu estado de saúde e mostram-se mais insatisfeitos com o seu trabalho.

Em suma todos os factores de stress acima apontados se constituem como forças que mais tarde ou mais cedo, dependendo dos recursos de cada um, poderão interferir na saúde destes profissionais.

Referências Bibliográficas

Aguir, V.E. (1993). Horários de trabajo: repercussiones sobre la salud. Revista Rol de Enfermeria, 169,pp. 61-64.

Beck, A.T. (1993). Cognitive Approaches to Stress. In In Stress Managment, Lehrer, P.M., Woolfolk; R.L.(Eds.)pp. 333-372. Guilford.

Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices.Preventive Medicine, 1, 409-421.

Booth, K. (1989). O stress e a enfermagem. Nursing, pp.7-10.

Breakwell, G. (1991). Prevenção do stress no trabalho. Dossier de Saúde Laboral: Enfermagem em Foco, SEP, ano 1, 2, pp. 58-60.

Carvalho, R. (1988). O médico do trabalho e o stress ocupacional. Psiquiatria Clínica, 9,(4), pp.293-300.

Doll, R., & Peto, R. (1981). The Causes of Cancer: Quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. Journal of the National Cancer Institute, 66, 1191-1208.

Dubreuq, J.L., (1989). O desgaste dos enfermeiros. Suplemento de : "Le Concours Medical, 36,Nov, vol 111.

Faulkner, A. (1988). A necessidade de educação. Nursing, pp.43-45.

Fingret, A. (1985). Stress at Work. The Practitioner, 229,pp.547-553.

Fried, R., (1993). The role of Respiration in Stress and Stress Control: Toward a Theory of Stress as a Hypoxic Phenomenon. In Stress Managment, Lehrer, P.M., Woolfolk; R.L.(Eds.)pp. 301-332. Guilford.

Geada, M., Justo, J., Santos, S.V., Steptoe, A. & Wardle, J. (1994). Hábitos de saúde, comportamentos de risco e níveis de saúde física e psicológica em estudantes universitários. InT.M. McIntyre (Ed.), Psicologia da Saúde: àreas de intervenção e perspectivas futuras.Braga: APPORT.

Gentry, W.(1984). Behavioral Medicine: A new research paradigm. In W. Gentry (Ed.), Handbook of Behavioral Medicine (pp. 1-12). New York : The Guilford Press.

Hamburg, D.A., Elliot, G. R., & Parron, D.L. (1982). Health and behavior: Frontiers of Research in the biobehavioral sciences. Washington, D.C.: National Academy Press.

Loff, A. (1992). Factores condicionantes ou facilitadores da acção do enfermeiro. Comunicação proferida nas Jornadas de Enfermagem "Ser pessoa em Enfermagem".Fundação Caloust Gulbenkian, Outubro.

Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioraal medicine : Frontiers for a new health psychology. American Psychologist, 35, 807-817.

Matarazzo, J.D., Leckliter,I.N., 1988. Behavioral health: the role of good and bad habits in health and illness.In Maes, S., Spielberger, C.D., Defares, P.B., Sarason, I.G. (Eds). Topics In Health Psychology.Wiley & Sons.

McIntyre, T. (1994). O Stress e os Profissionais de Saúde: Os que tratam também sofrem.

McIntyre, T.M.(1994). Psicologia da Saúde: Unidade na Diversidade. In T.M. McIntyre (Ed.), Psicologia da Saúde: àreas de intervenção e perspectivas futuras.Braga: APPORT.

Meichenbaum , D.(1993). Stress Inoculation Training: A 20-Year Update. In Stress Managment, Lehrer, P.M., Woolfolk; R.L.(Eds.)pp. 373-406. Guilford.

National Research Council. (1989). Diet and Health: Implications for reducing chronic disease risk. Washington , D.C.: National Academy Press.

Rebelo, A.(1989). Stress em cuidados intensivos. Psquiatria clínica, 9, (4), pp.343-345.

Ribeiro, J.L., (1994a). A Psicologia da Saúde e a Segunda Revolução da Saúde. In T.M. McIntyre (Ed.), Psicologia da Saúde: àreas de intervenção e perspectivas futuras, (33-54).Braga: APPORT.

Ribeiro, J.L., (1994). A Psicologia da Saúde, Saúde e doença. In T.M. McIntyre (Ed.), Psicologia da Saúde: àreas de intervenção e perspectivas futuras, (55-72)Braga: APPORT.

Richmond, J. (1979). Healthy people: the surgeon general`s report on health promotion and disease prevention. Washington: U.S. Departmene of Health, Education, and Welfare.

Sallis, J.F.(1993). Promoting Healthful Diet and Physical Activity. Cap 10, p. 209-241.In S.G.Millstein, A.C. Petersen, and E.O. Nightingale. Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the Twenty-First Century. Oxford University Press: New York.

Sarafino, E.P.,1990. An Overview of Psychology and Health. cap 1, pg 3-32 In Sarafino, E.P. Health Psychology : Biopsychosocial Interactions.Wiley & Sons.

Sarafino, E.P.,1990. Lifestyles And Health: Health-Related Behavior And Health Promotion. cap 6, pg 175-211 In Sarafino, E.P. Health Psychology : Biopsychosocial Interactions. Wiley & Sons.

Schofield, W. (1979). Clinical Psychologists as health professionals. In G. Stone, F. Cohen & N. Adler, Health Psychology- A Handbook. (pp. 407-601). San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.

Seabrook, M.F.(1982). Motivation and performance. Ergonomics, 25,1,pp.65-72.

Steptoe, A. & Wardle, J. (1991). The European Health and Behavioral Survey: Rationale, Methods and Inicial Results from United Kingdom. Society Science Medicine, 33, pp.925-936.

Strong, W.B. (1983). Atherosclerosis: Its pediatric roots. In N.M. Kaplan and J. Stamler (Eds.), Prevention of coronary heart disease: Pratical managment of the risk factors (pp. 20-32). Philadelphia:Saunders

Taylor, S. (1990). Health Psychology:The science and the field. American Psychologist, 45, 1, pp.40-50.

Teixeira, J.M. (1991). Depressão e Trabalho. Directim.

Theon, L.A., Davie, J.K., Urden, L.D., (1990). O Stress e as enfermeiras de cuidados intensivos. Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção (cap.50),pp.981-991.

Wadden, T.A., & Brownell, K.D. (1984). The development and modification of dietary pratices in individuals groups, and large populations. In J. D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds.) , Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention (pp. 608-631). New-York: Wiley.

Winett, R.A., King, A.C. & Altman, D.G. (1994).Steps to Make North American Diets Health Protective, cap 8, p 245-284. In Health Psychology and Public Health ,Winett, R.A., King, A.C. & Altman, D.G.(Eds).

Wolff, CH.J., DE, (1988). Organizational Stress. In, Topics in Health Psychology,Maes, S., Spielberger, C.D., Defares, P.B. and Sarason, I.G.(Eds).Wiley and Sons.

WHO, (1948). Official Records of the World Health Organization, no.2, p.100.

Kaplan, N.M., & Stambler, J. (Eds.) (1983). Prevention of coronary heart disease: Pratical managment of the risk factors. Philadelphia. Saunders.