

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E COMUNICAÇÃO  
HUMANA  
CURSO DE PSICOLOGIA

Estevan Ivanio da Silva

**Eficácia das Estratégias de Coping**

Porto Alegre

2024

Estevan Ivanio da Silva

## **Eficácia das Estratégias de Coping**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Profa. Dra. Ana Cristina Garcia Dias.

Porto Alegre

2024

## CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Estevan Ivanio da  
Eficácia das Estratégias de Coping / Estevan Ivanio  
da Silva. -- 2024.  
62 f.  
Orientadora: Ana Cristina Garcia Dias.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto  
de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação  
Humana, Bacharelado em Psicologia, Porto Alegre,  
BR-RS, 2024.

1. Estratégias de coping. 2. Profissionais da  
saúde. I. Dias, Ana Cristina Garcia, orient. II.  
Título.

Estevan Ivanio da Silva

## **Eficácia das Estratégias de Coping**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Aprovada em:** Porto Alegre, 12 de agosto de 2024.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Ana Cristina Garcia Dias (Orientadora)

---

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Bel. Kelly Cristina Soares da Silva (Comentadora)

---

Psicóloga

Aos meus pais, *in memoriam*.

“Ninguém que vendeu seu caráter preservou sua  
vida.”

(autor desconhecido).

## RESUMO

O estresse é uma condição recorrente em nossa sociedade afetando diversas categorias profissionais, em especial, os trabalhadores da saúde. Assim, nosso objetivo é entender quais as estratégias usadas pelos profissionais da saúde para gerenciar as situações de estressoras e entender se essas estratégias são eficientes no controle das adversidades enfrentadas no ambiente de trabalho. Para tanto, realizamos uma revisão da literatura especializada que trata a temática em questão. Nosso estudo baseou-se nas pesquisas realizados entre os anos de 2013 até 2023, em língua portuguesa e disponíveis na plataforma Scielo Brazil. Para essa pesquisa, foram usados os descritores: 1) “estratégias de coping” and “profissionais da saúde”; 2) “estratégias de enfrentamento” and “profissionais da saúde” no campo título e/ou resumo. Resultados: pela análise das pesquisas empíricas selecionadas, pudemos constatar que os trabalhadores da saúde empregam em sua maioria estratégias focadas no problema para lidar com o estresse no ambiente de trabalho. Além disso, pudemos concluir que o coping atenua os quadros de estresse por algum tempo, não sendo possível aferir a duração dos efeitos positivos das estratégias empregadas pelos trabalhadores em questão.

**Palavras-chave:** estresse, estratégias de enfrentamento, trabalhadores da saúde.

## ABSTRACT

Stress is a recurring condition in our society, affecting several professional categories, especially healthcare workers. Therefore, our objective is to understand which strategies are used by health professionals to manage stressful situations and to understand whether these strategies are efficient in controlling the adversities faced in the work environment. To this end, we have carried out a review of the specialized literature that deals with the topic in question. Our study was based on research carried out between 2013 and 2023, in Portuguese and available on Scielo Brazil platform. For this research, we have used the following descriptors: 1) “coping strategies” and “health professionals”; 2) “coping strategies” and “health professionals” in the title and/or the summary field. Results: through the analysis of selected empirical research, we were able to verify that healthcare workers mostly employ problem-focused strategies to deal with stress in the workplace. Furthermore, we were able to conclude that coping mitigates stress for some time, making it impossible to measure the duration of the positive effects of the strategies employed by the workers in question.

**Keywords:** stress, coping strategies, health workers.



## SUMÁRIO

<b><u>1 INTRODUÇÃO</u></b>	<b>8</b>
1.1	OBJETIVOS
.....	<b>9</b>
<u>1.1.1 OBJETIVO GERAL</u>	9
<u>1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	9
<b><u>2 REFERENCIAIS TEÓRICOS: UM DIÁLOGO CONCEITUAL SOBRE ESTRESSE E COPING</u></b>	<b>11</b>
<u>2.1 O QUE É ESTRESSE E ESTRESSE LABORAL?</u>	11
<u>2.2 O ADOECIMENTO FÍSICO CAUSADO PELO ESTRESSE</u>	15
<u>2.3 ETIOLOGIA DO ESTRESSE</u>	21
<u>2.4 O QUE É O COPING OU ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO?</u>	24
<u>2.5 O ESTRESSE LABORAL DO TRABALHADOR DA SAÚDE</u>	27
<b><u>3 MÉTODO</u></b>	<b>29</b>
<u>3.1 RESULTADOS</u>	29
<u>3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS</u>	38
<u>3.2.1 SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE COPING</u>	39
<b><u>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</u></b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As sociedades modernas são essencialmente agrupamentos humanos que tem, por vezes, esquecido da importância de alguns valores essenciais. Honestidade, objetividade, racionalidade, confiança são características que nem sempre são valorizadas nas interações sociais, especialmente em alguns contextos. A ausência de elementos tão fundamentais a convivência humana gera um terreno fértil para o desenvolvimento do estresse e doenças físicas ou transtornos psicológicos. A falta de honestidade, por exemplo, causa insegurança nas relações humanas e a insegurança, em última análise, pode ser considerada um estressor significativo.

Ao discutirmos as causas do estresse na vida moderna, que pode apresentar crises financeiras e humanitárias, refletimos que há circunstâncias que podem ser amenizadas ou prevenidas através da adoção, por exemplo, de medidas econômicas e de planejamento para melhorar as condições do ser humano. Considera-se que mesmo desastres ambientais podem ser contornados, na maior parte das vezes, já que esses são previsíveis, uma vez que podemos identificar áreas de risco e condições climáticas para a sua ocorrência.

Os elementos associados a modernidade como a ênfase nas tecnologias, na busca por desempenho e na volatilidade das relações são aspectos que podem, em certos casos, gerar problemas significativos na vida das pessoas. Um estilo de vida agitado, pouco saudável e pouco reflexivo pode associar-se a quadros de estresse (Calais, 2005).

Quando falamos em sociedades produtoras de estresse estamos falando de grupos populacionais com elevado potencial de adoecimento tanto físico quanto mental. O estresse está na base de vários desequilíbrios físicos, desde a obesidade até a depressão do sistema imunológico e, conseqüente, adoecimento (Sapolsky, 2007). Assim, podemos observar importantes conseqüências no sistema de saúde, pois o estresse pode tanto levar a busca dos serviços como tornar não efetivas as medidas de saúde adotada pelos mesmos. Neste ponto, chamamos a atenção para o estresse dos próprios trabalhadores da saúde que tem a função de gerir um serviço com elevada procura. Esses trabalhadores se ocupam de recuperar um dos bens mais básico das pessoas, ou seja, sua saúde, em condições de trabalho nem

sempre adequadas. Assim, podemos nos perguntar: essas pessoas teriam meios eficazes para lidar com eventos estressantes presentes em seus cotidianos sem sofrerem com as consequências do estresse decorrente do próprio ambiente de trabalho?

Segundo pesquisa realizada com 1.201 médicos, constatou-se que 97,5% apresentavam sintomas psicológicos de estresse, sendo que 93,4% se referiam a sintomas físicos (Gonçalves *et al.*, 2021). Essa pesquisa, como outras tantas, mostra que os trabalhadores da saúde enfrentam altos níveis de estresse que impacta tanto na saúde física como psicológica. Estes profissionais, para continuarem desenvolvendo suas atividades laborativas, necessitam do desenvolvimento de estratégias para lidar com as demandas estressantes. Nesse sentido, torna-se relevante entender quais são essas estratégias de enfrentamento ou estratégias de coping (termo também utilizado) para se referir a comportamentos, pensamentos e sentimentos que visam reduzir o estresse laboral.

Assim, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão narrativa da literatura sobre os fatores estressantes presentes na vida de trabalhadores da saúde, as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos mesmos e a eficácia dessas estratégias. Para o desenvolvimento do estudo foram realizadas buscas de artigos empíricos publicados em língua portuguesa que tratassem dos temas: profissionais de saúde, estresse e estratégias de enfrentamento.

## 1.1 OBJETIVOS

Apresentamos nessa seção os objetivos que buscaremos alcançar com a revisão da literatura especializada que aborda as estratégias de coping usadas pelos profissionais da saúde.

### 1.1.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão narrativa da literatura em língua portuguesa sobre os fatores estressantes presente na vida de trabalhadores da saúde e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos mesmos.

### 1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Especificamente, nossos objetivos estão divididos em:

- Conhecer as formas de avaliação do estresse laboral descritas nos artigos;
- Identificar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais da saúde a partir dos artigos encontrados;
- Avaliar a efetividade das estratégias de enfrentamento do estresse laboral a partir dos resultados das pesquisas descritas.

## **2 REFERENCIAIS TEÓRICOS: UM DIÁLOGO CONCEITUAL SOBRE ESTRESSE E COPING**

Aqui serão apresentados os referenciais teóricos e conceitos mais importantes da temática que buscamos enfrentar nessa monografia.

### **2.1 O QUE É ESTRESSE E ESTRESSE LABORAL?**

O estresse é uma condição que se manifesta por uma síndrome específica, sendo esta induzida de modo não-específico. Esta é constituída por um conjunto de alterações produzidas no sistema biológico e psicológico que os impacta (Selye, 1959). Como salienta Selye (1959), o estresse é uma consequência que não é especificamente produzida, pois afeta todo ou grande parte de um sistema biológico sem distinção. Não há um fator especificamente gerador de estresse, este pode ser provocado por muitos agentes e elementos, sejam eles físicos, socioeconômicos, contextuais, psicológicos.

Diferentes conceitos foram desenvolvidos por pesquisadores para compreender o que é estresse, fatores associados e suas consequências na vida dos indivíduos. Para Lipp (1996), o estresse é uma reação do organismo causada por alterações psicofisiológicas que são desencadeadas quando a pessoa se depara com uma situação que a irrite, amedronte, excite, confunda ou a faça imensamente feliz. Dentre as alterações psicofisiológicas causadas pelo estresse, a autora refere taquicardia, sudorese, tensão muscular, boca seca e sensação de alerta.

Sapolsky (2007), por sua vez, trabalha com os conceitos de estressor, homeostase e resposta de estresse. Para este autor, o estressor seria qualquer situação que tira o sujeito do equilíbrio (homeostase); a homeostase seria a condição em que as medidas fisiológicas do corpo estão otimizadas e a resposta de estresse são as reações do corpo para voltar ao equilíbrio. Nesta perspectiva, podemos entender o estresse como o sentimento de apreensão suficientemente intenso que aciona a resposta do corpo para enfrentar situações que desorganizam o equilíbrio homeostático. Ou seja, o estresse seria o sentimento de desconforto que temos (aspecto emocional) diante de algo que efetivamente apresenta potencial de

ameaça ou que interpretamos como ameaçador, mesmo que seja a mera crença de perigo futuro.

Nesse sentido, Pereira & Tricoli (2005) concordam que é possível entender que o estresse ocorre quando há a quebra da homeostase. As autoras explicam que as mudanças fisiológicas associadas com as reações de estresse são gerenciadas por um centro nervoso no cérebro que é o hipotálamo. O hipotálamo, quando estimulado por um estressor, faz com que ocorram uma cadeia de reações bioquímicas que alteram o funcionamento de quase todas as partes do corpo, gerando problemas severos de desgaste ao organismo através desta estimulação excessiva.

Possivelmente, a dimensão biológica seja uma das mais relevantes ao considerarmos o estresse. Este afeta vários sistemas fisiológicos, podendo não ser detectado como causa primeira em muitos quadros de adoecimento físico ou psíquico. Uma vez que o estresse afeta a imunidade (Pinho Junior, 2005), o mesmo tem potencial de gerar prejuízos em diversas partes do corpo, não se restringindo a um órgão em específicos. Este é um elemento pervasivo, na medida em que o organismo perde sua defesa frente as mais variadas ameaças, podendo estar associado a uma ou mais doenças físicas.

Figueiró (2005) também compreende estresse como uma quebra na homeostase do organismo gerada por eventos estressores que afetam de forma significativa os processos fisiológicos. Essa quebra da homeostase fisiológica ativaria programas neurais, hormonais e comportamentais que visam reestabelecer o equilíbrio. Caso um desses programas responda de modo inadequado, transtornos relacionados ao estresse podem surgir, a exemplo das doenças crônicas.

Inicialmente, o estresse era compreendido como tendo três fases: fase de alarma, fase de resistência e fase de exaustão (Selye, 1959). Na primeira fase, ocorreriam reações particularmente agudas em resposta ao estressor, como a dilatação do córtex da suprarrenal. Na fase de resistência desaparecem as reações da primeira fase, o córtex acumula uma reserva abundante de grânulos de secreção hormonal na circulação e o sangue se apresenta diluído e com peso específico normal. Na fase de exaustão ocorre o colapso do organismo que perda a resistência, de forma global, ao estressor.

Para Cohen *et al.* (2005), por sua vez, as três fases do estresse seriam: fase de alerta, fase de adaptação e fase de exaustão. No primeiro momento (alerta), o

organismo sente que deve reagir a uma situação, aumentando seu metabolismo; na adaptação, começariam a ocorrer alterações no corpo e na mente (dores musculares, cansaço excessivo, dores de cabeça, falta de concentração, instabilidade emocional, depressão, etc.). Por fim, a fase de exaustão seria uma fase crônica, que seria caracterizada pelo surgimento de doenças físicas ou psíquicas (taquicardias frequentes, hipertensão arterial, enxaqueca, agravamento de doenças existentes, depressão bipolar, síndrome do pânico, angústia, fugas por meio do vício em bebidas, cigarro e drogas).

O entendimento sobre às circunstâncias que envolvem a reação do corpo diante de um evento estressante foram ampliadas. Atualmente, acredita-se que o estresse compreende quatro fases a saber: fase de alerta, fase de resistência, fase de quase-exaustão e fase de exaustão (Lipp, 2005). Essa autora explica que na fase de alerta a pessoa precisa produzir mais energia para fazer frente ao que está exigindo um esforço maior. Nesse momento também ocorrem várias reações fisiológicas como a dilatação do córtex da suprarenal e o sangue se torna mais concentrado. Neste momento já existe uma quebra da homeostase, já que o esforço maior utilizado não tem por objetivo manter a harmonia interior, mas visa enfrentar a situação desafiadora que se apresenta. Percebe-se, assim, que, mesmo num primeiro momento, o estresse não é uma condição natural do organismo que deveria estar em constante homeostase.

Na fase de resistência, o corpo busca retornar ao equilíbrio (homeostase), sendo que isto demanda muita energia. Esse gasto energético pode resultar na sensação de desgaste, com problemas de memória. Lipp (2005) descreve que a falta de memória é um indicativo que a demanda do estressor superou a capacidade do indivíduo de lidar com a situação que gera estresse. Nesta fase, caso o sujeito consiga resistir ao estressor, o estresse se interrompe sem deixar sequelas.

Ainda nesse momento, ocorre o hiper funcionamento do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA), tendo como consequência uma superprodução de glicocorticoides, que deprimem o sistema imunológico. Em razão disso, ocorre um aumento significativo no risco de contrair infecções (Teixeira, 2005). A autora explica que a superestimulação do sistema HHA devido ao estresse psicológico que perdura no tempo faz com que o organismo apresente níveis de cortisol significativamente aumentados. Estes níveis aumentados, por sua vez, geram maior susceptibilidade a infecções virais, demora nos processos de cicatrização de ferimentos e queda na

produção de anticorpos em resposta à vacinação. Ou seja, mesmo se estivermos apenas na fase secundária do estresse, o risco de adoecimento físico já é uma realidade.

Na fase de quase-exaustão as defesas do organismo começam a ceder e o corpo não consegue reestabelecer a homeostase. Nessa fase também surgem doenças, demonstrando que a resistência do corpo não é mais eficaz. Na fase de exaustão ocorre a quebra total da resistência, ocorrendo exaustão psicológica em forma de depressão e esgotamento físico. O resultado final desse processo pode ser a morte (Lipp, 2005).

Ainda na fase de exaustão, temos o desequilíbrio do eixo HHA por hipo funcionamento. Nesse caso, ocorre o aumento da resposta inflamatória do corpo e possível desenvolvimento de doenças autoimunes (Teixeira, 2005). Constata-se que o estresse é uma condição severa que deve ser eliminada no menor tempo possível.

O estresse ocupacional, especificamente, diz respeito aos estímulos do ambiente de trabalho que demandam respostas adaptativas por parte do trabalhador a este ambiente e que, frequentemente, ultrapassam as habilidades de enfrentamento destes indivíduos (Genuíno *et al.*, 2009). Esses autores entendem que os estressores dependem da percepção dos indivíduos sobre os mesmos. Assim, nem todo estressor é necessariamente interpretado como ruim por todas as pessoas. Todavia, cabe alertar que, em termos gerais, o estressor será percebido como algo negativo, sendo mais lógico buscar sua eliminação do que tentar mudar a percepção da pessoa em relação a algo que lhe provoca sofrimento.

Vale dizer, nesse aspecto, que a pessoa que está passando por uma situação de estresse não pode ser culpada pela sua condição. O foco da intervenção deve estar no verdadeiro “inimigo” que é o estressor, não em uma tentativa de fazer o indivíduo aceitar uma realidade de sofrimento derivada dos estressores presentes num ambiente mal administrado.

Por outro lado, Genuíno *et al.* (2009) alertam que os fatores de estresse são cumulativos. Assim, um estressor analisado de maneira isolada pode ter pouca importância, todavia, quando observado com outros fatores de estresse, tem potencial de tornar-se estopim de situações mais graves.

Neste sentido, Figueiró (2005) explica que os diversos tipos de estressores podem produzir resultados fisiológicos que se somam aos efeitos de outros estressores. Como exemplo, o autor indica o efeito de uma lesão que pode ser



diferente em gravidade e padrão dependendo de outros estressores como a perda da autoestima, do emprego e outros referenciais de segurança.

Assim, um pequeno problema junta-se a outros estressores e se transforma numa sobrecarga que pode ser vista como insuportável e intransponível pelo trabalhador. Nesse aspecto, é fundamental que busquemos uma solução para todas as nossas dificuldades no menor tempo possível, evitando o acúmulo de estressores à espera de solução.

É preciso esclarecer que o estresse crônico não pode ser encarado como uma condição natural na vida do ser humano. Sapolsky (2007) explica que o ser humano está fisiologicamente adaptado a eventuais crises de estresse agudo, mas não apresenta a mesma resistência para lidar com o estresse crônico. O estresse prolongado afeta o sistema imunológico e torna o indivíduo sujeito ao desenvolvimento de infecções e doenças contagiosas (Lipp, 2005). A autora explica que algumas doenças como úlceras, hipertensão arterial, diabetes, problemas dermatológicos, alergias, impotência sexual, e obesidade, quando latentes, podem ser desencadeadas pelo estresse. Diante disso, quando o estresse laboral se torna crônico, não enxergamos uma possibilidade de apenas administrar essa condição, mas sim a necessidade de eliminar esse problema da vida do indivíduo.

Nesse ponto, cabe um alerta quanto ao emprego das estratégias de coping. As estratégias de enfrentamento não devem ter por objetivo postergar a solução de problemas, tampouco transformar o indivíduo em uma criatura acomodada num ambiente permeado de sofrimentos. Acredita-se que o coping pode ser usado quando precisamos gerenciar um estressor por um tempo relativamente curto, sem que corramos o risco da sobreposição de estressores conforme mencionado no parágrafo anterior.

Para fins dessa monografia, usaremos os termos estratégias de enfrentamento ao estresse ou ao estressor sem distinção, por serem de aplicação amplamente difundida na literatura especializada. Os termos estresse ocupacional e estresse laboral também serão tratados como sinônimos.

## 2.2 O ADOECIMENTO FÍSICO CAUSADO PELO ESTRESSE

Atualmente a medicina admite que o estresse pode participar do agravamento ou da precipitação dos sintomas de qualquer doença orgânica. No tubo digestivo,

por exemplo, a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa Inespecífica são as doenças que apresentam maior influência de questões emocionais (Magalhães e Brasio, 2005). As doenças cardiovasculares não fogem da regra. A interação entre o psiquismo e o sistema cardiovascular é bidirecional (Moreno Jr. *et al.*, 2005). Para esses autores, as situações de estresse estão relacionadas com doenças cardiovasculares, ao mesmo tempo que estas se manifestam por sintomas que podem levar a alterações psiquiátricas com o estresse exacerbado. Nota-se, pelo exposto, que não existe uma separação entre corpo e mente, devendo ser adotada uma postura integrativa que preserve o equilíbrio em todos os sentidos.

O estresse causa quadros inflamatórios na parede vascular, reatividade vascular aumentada, lesão vascular, ativação da cascata da coagulação e da trombogênese. Os efeitos dessa ativação podem provocar angina de peito, enfarte do miocárdio, hipertensão arterial e obstrução arterial que pode ocorrer inclusive em artérias cerebrais (Moreno Jr. *et al.*, 2005). Os autores apontam a aterosclerose, a hipertensão arterial e as arritmias cardíacas como as principais consequências cardiovasculares do estresse.

É importante esclarecer que nem sempre o estresse psicológico está associado a um aumento na atividade do eixo hipotálamo hipófise-adrenal (HHA). Existem doenças desencadeadas pelo estresse que decorrem do hipofuncionamento do eixo HHA (Teixeira, 2005). Como exemplo, os autores destacam as desordens autoimunes, a fadiga crônica, a dor pélvica idiopática, a fibromialgia, as doenças inflamatórias e atopias.

Nesse sentido, devemos lembrar que os sistemas imune, neurológico e endócrino apresentam interações significativas como a regulação do ritmo circadiano, no qual ocorre liberação de cortisol endógeno pela suprarenal no período da manhã, além de liberação de catecolaminas que geram o aumento da pressão arterial e atingem o sistema nervoso auxiliando no processo de despertar. O estresse, nesse contexto, pode interferir atuando como liberador de catecolaminas como o cortisol e desregulando o ritmo circadiano (Pinho Jr., 2005). O autor explica que esse estímulo não é autolimitado, prosseguindo enquanto durar a situação de estresse. Em resposta, podem ocorrer herpes, alergias ou doenças autoimunes como a esclerose múltipla e lúpus.

Nota-se, pelo exemplo referido, que a única maneira de parar o estímulo em desequilíbrio e gerador de doenças é eliminando sua causa, qual seja, o estresse.

Diante de problemas fisiológicos como o relatado, não recomendamos o uso de estratégias de coping, já que elas não têm por finalidade eliminar o estressor. Conforme salientou o autor, a situação de estresse deve ser eliminada para podermos sustar os sintomas físicos.

Como podemos observar, o estresse afeta diferentes órgãos do corpo humano, gerando prejuízos de toda ordem. Um órgão especialmente afetado pelo estresse é a pele (Steiner & Perfeito, 2005). Dentre os muitos distúrbios dermatológicos relacionados ao estresse, os autores referem a dermatite atópica, a disidrose ou eczema disidrótico, a dermatite seborreica, a psoríase, a acne vulgar, a rosácea, a alopecia areata, a hiperidrose cortical, o herpes simples e o vitiligo.

Nesse aspecto, Steiner & Perfeito (2005) destacam que alguns problemas de pele podem ser fatores de estresse por si só. A acne é um exemplo, pois afeta a região do rosto, deixando marcas que podem permanecer durante toda a vida. Assim, o estresse se retroalimenta, ou seja, causa o desequilíbrio no corpo e esse desequilíbrio gera mais estresse.

No mesmo sentido, as experiências traumáticas da vida como a dificuldade de lidar com problemas podem ter um papel central na suscetibilidade às doenças periodontais. Diante disso, os microrganismos da placa dental afetam a suscetibilidade do corpo produzindo desregulação das respostas neuro-endócrino-imunológicas e gerando doenças (Moraes, 2005).

Mas não é apenas nas doenças que percebemos a interferência do estresse. Os quadros de dor também podem ter em sua base eventos estressantes não resolvidos. A quebra da homeostase pode afetar órgãos específicos como o baço, por exemplo. Esse órgão é responsável por extrair a energia dos alimentos e nutrir todos os tecidos do organismo. Uma vez que o funcionamento do baço encontra-se prejudicado pelo estresse, os músculos ficam sem energia e essa condição aliada aos esforços repetitivos é uma das causas de dores musculares (Cohen *et al.*, 2005).

No contexto, significativo é entender que os sistemas de percepção da dor e o sistema de estresse apresentam mecanismos que se sobrepõem. Enquanto o sistema de percepção da dor utiliza a neuromatriz como substrato e é imediatamente ativado após o estímulo doloroso, o sistema de estresse demora aproximadamente 1 a 4 minutos para ser ativado. A ativação prolongada do sistema de regulação do estresse provoca desequilíbrio no tecido muscular, ósseo e neural, além de

alterações imunológicas. Como consequência pode ocorrer fibromialgia, osteoporose e outras condições dolorosas (Figueiró, 2005). O autor explica que as alterações na secreção do cortisol em conjunto com a ativação do sistema simpático adrenérgico preparam o corpo para a resposta de estresse. Ocorre, todavia, que a secreção prolongada ou excessiva de cortisol pode destruir o tecido muscular, ósseo, neural e gerar condições para dores crônicas. Quadros como miopatia, descalcificação óssea, fadiga e degeneração neuronal acelerada que acontecem com o envelhecimento são produzidos com exposição prolongada ao estresse.

Parece claro que falar em exposição prolongada ao estresse é falar de estresse crônico. Assim, cabe verificar o estresse que nos afeta e buscar pela sua extinção no menor tempo, sustando o processo de adoecimento enquanto ainda não gerou consequências mais graves e possivelmente irreversíveis.

Outro aspecto da vida que resta prejudicado com a presença do estresse é a interação sexual. Numa rotina estressante, tanto o homem quanto a mulher não conseguem sensualizar a relação pela ausência de fantasias e pistas eróticas. Além disso, a pessoa estressada tende a evitar a proximidade física e apresenta-se pouco disponível para relações afetivas. Nesse contexto, atitudes como beijar, abraçar, trocar carícias passam a ser incômodas e as pessoas evitam falar sobre sexo (Costa, 2005).

Para esse autor, nem mesmo a terapia de reposição da testosterona, quando esse hormônio está em níveis baixos, é capaz de restabelecer o desejo sexual. O autor explica que a angústia decorrente do estresse impede o funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-glândula sexual, impedindo a liberação de testosterona. Somente a remoção dos estressores permite a retomada do desejo sexual.

Nesse sentido, acreditamos não ser recomendado restringir-se ao uso de estratégias de coping quando o estresse já houver provocado efeitos fisiológicos. A gravidade desses casos parece exigir medidas mais efetivas, não excluídos tratamentos psicofarmacológicos.

Um quesito pouco trabalhado quando falamos sobre estresse diz respeito ao fato de que esse transtorno pode resultar num quadro de desnutrição. Quando enfrentamos uma realidade que nos gera estresse, ficamos carentes de vitaminas do complexo B, vitamina C, magnésio e demais nutrientes que são usados no desgaste do sistema nervoso e na mobilização muscular e cardiovascular que ocorrem. Quanto mais intenso e prolongado for o estresse, mais vitaminas serão usadas e

mais debilitado ficará nosso corpo. Em razão do organismo enfraquecido, maiores são as possibilidades de adoecer (Lipp *et al.*, 1990).

Pelo visto, não é possível viver sob os efeitos deletérios de um estressor por muito tempo. Além do risco de adoecimento, ter um corpo fraco pode tornar difícil enfrentar os desafios do dia-a-dia, dando margem para o surgimento de ainda mais quadros de estresse.

Lipp *et al.* (1990) referem que a carência de magnésio, por exemplo, pode provocar sintomas neurológicos, anorexia, apatia e náusea. Além disso, pode ocorrer hiperatividade neuromuscular que, na falta de tratamento, ocasiona crises convulsivas, arritmias cardíacas e mesmo parada cardíaca. Outra função do magnésio consiste em estabilizar a capacidade de aglutinação das plaquetas sanguíneas. Na carência do mineral, há maiores possibilidades de formação de coágulos sanguíneos, bloqueio de artérias e infarto. Assim, ter níveis adequados de magnésio no organismo é fundamental para manter as artérias relaxadas, a pressão arterial baixa, os batimentos cardíacos regulares e a tolerância ao estresse.

As vitaminas do complexo B são igualmente relevantes. Em situação de estresse, todo o complexo B é “roubado” do organismo. Diante dessa carência, podem ocorrer falhas no fornecimento energético para as células, perda de apetite, prisão de ventre, irritabilidade, fadiga, instabilidade emocional, tensão e fadiga dos olhos, coceira, sensibilidade à luz, dores de cabeça, lesões dermatológicas em áreas de exposição ao sol, diarreia, insônia, apatia, irritação nervosa, anemia, cálculos renais, dores musculares, náusea, depressão, emagrecimento, perda e embranquecimento de cabelo, úlcera no trato intestinal, danificação de diversos órgãos internos e alterações no eletrocardiograma (Lipp *et al.*, 1990).

A carência de vitamina C provocada pelo estresse, por sua vez, também pode trazer consequências severas ao corpo. Sua deficiência causa hemorragias por fragilidade nos vasos capilares e por interferência na coagulação do sangue, parada de crescimento nos jovens, formação óssea e dentária insuficiente e suscetibilidade a infecções (Lipp *et al.*, 1990).

As autoras entendem que os casos de estresse em que existe a presença de dano físico exigem a combinação do tratamento psicológico com o tratamento médico. Assim, temos o caso dos sintomas de estresse que também são sintomas de problemas cardíacos. Taquicardia, suor abundante, dor no peito e hipertensão arterial podem ser sintomas de estresse ou sinais de um começo de enfarte, sendo

necessário eliminar uma eventual causa orgânica e depois investigar a presença de estresse.

Vale esclarecer que o estresse, além de ser um transtorno mental reconhecido, também atua como causador de outros transtornos mentais. Assim, temos o Transtorno de Adaptação que é a condição derivada da exposição a estressores (American Psychiatric Association, 2014) e o Transtorno de Pânico que tem no estresse um elemento de predisposição (Savoia, 2005). Nesse ponto, a autora explica que as pessoas com Transtorno de Pânico conseguem identificar os estressores que antecederam a primeira crise.

Quanto ao Transtorno de Adaptação, não podemos incidir no erro de acreditar que a pessoa, por não ter se adaptado ao estressor, é portadora de um transtorno. O problema é o estressor, não a pessoa que sofre em razão dele. Excetuamos o caso de eventos extremamente brandos e que, mesmo assim, não foram devidamente superados pelo indivíduo afetado.

Como podemos ver, as doenças não são causadas unicamente por desequilíbrios biológicos ou pela invasão de vírus, fungos ou bactérias. Modos de vida, mudanças, pressões e conflitos tornam o indivíduo mais frágil e afetam seu sistema imunológico (Moraes, 2005). Ou seja, a causa das doenças pode ter um fundo emocional e esse elemento desencadeante precisa ser levado em conta tão logo uma causa puramente biológica tenha sido descartada.

Lipp *et al.* (1990) explicam que é muito comum o estresse não ser diagnosticado, pois seus sintomas não são apenas de um tipo. Assim, casos de excesso de cáries, aftas frequentes e problemas de gengiva, embora possam ser relacionados ao estresse, não costumam ser abordados sob essa ótica.

É importante observar que o estresse é um processo que se retroalimenta. Ou seja, por um lado ele provoca sintomas no corpo e esses sintomas geram ainda mais estresse. A insônia, como vimos, pode ser causada pelo estresse e, por si só, ela é um estressor que incomoda ao longo do dia.

Pelo exposto, entendemos que o tratamento do estresse não pode ocorrer apenas pelos meios psicológicos, devendo ser levada em conta a realidade nutricional e mesmo fisiológica como um todo do paciente para uma abordagem que traga resultados satisfatórios. Ou seja, o psicólogo deve orientar seus clientes no sentido de procurar auxílio de outros profissionais para um adequado entendimento

e manejo das estratégias que devem ser adotadas diante de um quadro que pode extrapolar os aspectos mentais.

A depressão parece ser um aspecto problemático no caso em tela. Por um lado, ela é vista como um transtorno (American Psychiatric Association, 2014), mas também pode ser um sintoma de estresse conforme vimos. Diante desse fato, parece lógico que, em face de um quadro depressivo, primeiro devesse ser tratado o estresse para, num segundo momento e por não terem sido alcançados resultados satisfatórios, ser iniciado um tratamento para o transtorno especificamente.

Pelo exposto, percebe-se que a crença já popularizada de que o estresse é algo normal e que não causa maiores problemas está equivocada e que uma melhor compreensão desse fenômeno pode prevenir doenças e afastamentos do trabalho. Em suma, trata-se de reduzir prejuízos pessoais e para a sociedade como um todo.

### 2.3 ETIOLOGIA DO ESTRESSE

O estresse pode ter origem em causas internas ou causas externas. As causas internas dizem respeito ao modo como pensamos, nossas crenças e valores, além da maneira como interpretamos os eventos do mundo ao nosso redor e, portanto, a forma como enxergamos os estressores. Como exemplo de causas internas podemos citar o medo de sofrer um assalto. As causas externas referem-se ao que nos ocorre ou ao que ocorre com pessoas próximas a nós. Assim, o trabalho em excesso ou desagradável é uma fonte externa de estresse (Lipp *et al.*, 1990).

As autoras explicam que os perigos reais ou imaginários geram o mesmo efeito no organismo. Assim, tanto um assalto real quanto o medo de ser assaltado colocam o organismo em alerta e causam sintomas de estresse. Desse modo, quando o perigo real é retirado, o organismo volta ao normal, acabando os sintomas. Contudo, se o perigo for imaginário e a pessoa fica constantemente preocupada com ele, o organismo fica em permanente estado de estresse. Dessa forma, diminui a resistência do organismo às doenças, podendo desenvolver úlceras, enfarte, psoríase, ou outra doença qualquer.

Pelo exposto, fica claro que sempre devemos buscar a eliminação das fontes de estresse, mesmo que elas sejam internas. Quando algo nos gera preocupação e receio, ainda que não represente um perigo concreto, podemos investigar a origem

desse sentimento, não descartando eventuais traumas que possam resultar no medo de uma repetição futura do evento estressor.

No ponto, um acontecimento ruim costuma ser percebido como aversivo para todas as pessoas submetidas ao seu efeito, mas a forma como o interpretamos e reagimos a ele varia. Por exemplo, interpretar de modo superlativo a capacidade que temos para lidar com o estressor pode ser um elemento que faz a diferença entre pessoas mais ou menos estressadas. Não advogamos, por óbvio, que todas as situações de estresse podem ser amenizadas apenas adotando um modo de pensar mais otimista. Estressores severos como problemas no trabalho podem exigir medidas mais drásticas para um adequado enfrentamento.

Ainda assim, o padrão de comportamento tem reflexos na manifestação de quadros de estresse. Pessoas que tem o comportamento tipo A tendem a ser mais estressadas. Esse comportamento caracteriza-se como um conjunto de ações e emoções que envolvem ambição, agressividade, competitividade, impaciência, tensão muscular, estado de alerta, fala rápida e enfática e um ritmo de atividade acelerado. A irritabilidade, a hostilidade e a facilidade em sentir-se irado também podem estar presentes (Malagris, 2000).

Nem todas essas características são ruins em essência, sua dosagem, contudo, parece ser um aspecto diferenciador. A ambição e a competitividade, por exemplo, são impulsos importantes na vida das pessoas, servindo, inclusive, para o desenvolvimento de novas tecnologias e possibilitando a oferta de serviços de melhor qualidade devido à concorrência entre fornecedores. Salienta-se, todavia, que uma preocupação excessiva com perfeição e ânsia de ser o melhor em tudo pode trazer grande dose de sofrimento. Mesmo a impaciência pode ter aspectos positivos, pois, quando estamos submetidos a uma realidade de estresse, devemos sair dessa condição o mais rápido possível, sob pena de adoecermos em razão desse sofrimento.

Outro elemento gerador de estresse são as distorções cognitivas. Como exemplos podemos referir o pensamento dicotômico, a abstração seletiva, pular para conclusões, hipergeneralização, desqualificação do positivo, erro oracular, rotulação, leitura mental, catastrofização (Rangé, 2005). Para esse autor, o pensamento dicotômico consistiria em interpretar as experiências de modo polarizado, ou seja, tudo/nada, perfeição/fracasso; a abstração seletiva é a tendência de focar em apenas um detalhe retirado de um contexto mais amplo e entender a totalidade da



experiência a partir desse fragmento; pular para conclusões significa concluir algo sem ter elementos suficientes para tanto; a hipergeneralização é a tendência de adotar um evento negativo único como parte de um padrão interminável de eventos desagradáveis.

A desqualificação do positivo, por sua vez, seria a tendência de rejeitar eventos positivos como se eles não contassem por alguma razão; o erro oracular consiste em antecipar que as coisas darão errado; a rotulação seria a tendência de descrever erros por rótulos pessoais como “sou um fracasso” em vez de “falhei nisso”; a leitura mental consiste em antecipar negativamente o que as pessoas irão pensar sobre si mesmo e a catastrofização é a tendência de exagerar negativamente os efeitos e a probabilidade de uma situação negativa ocorrer antecipadamente (Rangé, 2005).

Parece claro que essas distorções cognitivas influem na ocorrência do estresse, contudo, não devemos nos deixar levar pela tendência de responsabilizar unicamente o indivíduo estressado pela sua condição. Cabe investigar quais elementos levam a pessoa a ter um conjunto de crenças mais negativo, a origem dessa característica, eventuais traumas, etc. Do contrário, estaremos “culpando a vítima pelo crime”.

Para Lipp *et al.* (1990), a reação que temos diante da vida é o produto de aprendizagem e, como tal, pode ser alterada. Assim, quando nos entendemos fracos e incapazes de encarar grandes desafios, essa pode não ser uma imagem verdadeira de nós mesmos, devendo ser modificada no sentido de tornar possível o entendimento de nossos potenciais e forças disponíveis para lidar com as exigências do momento e da própria vida. O ser humano, no geral, subestima suas capacidades, necessitando de terceiros para guiar seu olhar na direção do potencial que se encontra oculto em cada indivíduo.

É de alertar, todavia, que na hipótese de uma condição estressante nos incomodar, não necessariamente devemos buscar fazer alterações no modo como encaramos o problema com o objetivo de continuar suportando o desconforto em questão. Em geral, um estressor pode exigir que adotemos mudanças relativamente profundas em nossa conduta para uma adequada superação das dificuldades.

Deve ser ressaltado que o estresse pode ser crônico ou agudo. O estresse crônico diz respeito a um estado de tensão que se prolonga no tempo e pode levar ao desenvolvimento de várias doenças (Lipp, 2006). Para essa autora, o estresse

crônico ocorre diante de um estressor que perdura na vida da pessoa em razão da somatória de estressores ou em razão de um estresse recorrente. No mesmo sentido, Souza *et al.* (2018) consideram que o estresse crônico seria mais brando e prolongado em comparação com o estresse agudo que é intenso e breve.

Desse modo, o estresse laboral que perdura no tempo pode tornar-se crônico. Nesse ponto, não podemos incorrer no erro de encerrar o estresse crônico como algo que possa ser tolerado por muito tempo ou mesmo administrado quase indefinidamente ao longo de toda uma vida profissional, sob o risco de provocarmos um desequilíbrio em nosso sistema fisiológico conforme exemplificamos no tópico anterior.

#### 2.4 O QUE É O COPING OU ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO?

Coping ou enfrentamento são os esforços cognitivos e comportamentais que visam administrar exigências internas e/ou externas que são julgadas desgastantes ou acima dos recursos que a pessoa tem a seu dispor (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, o coping pode ser focado na emoção ou no problema. O coping focado no problema reside na busca por modificar a situação causadora de estresse, visando controlar a ameaça, dano ou desafio. Trata-se de encontrar medidas práticas para suplantiar o evento em questão, podendo ser inclusive um plano de ação que pode facilitar a administração da dificuldade presente naquelas circunstâncias. Já o coping focado na emoção teria por finalidade gerenciar a emoção causada pelo estressor, por meio de pensamentos de negação ou através da esquiva, por exemplo (Tomaz *et al.*, 2020). Para esses autores, a escolha que fazemos sobre qual estratégia utilizar depende do modo como avaliamos a situação estressora. Se o estressor é encarado como imutável, usamos estratégias voltadas à emoção, se o desafio for visto como superável, usaremos medidas voltadas ao enfrentamento do problema.

As habilidades criadas para o domínio das situações de estresse e para adaptação a elas são chamadas coping ou enfrentamento. O enfrentamento seria todo esforço de controle, sem levar em conta as consequências. Ou seja, seria uma resposta comportamental ou cognitiva com o fim de reduzir as características aversivas do estresse. Assim, teria o objetivo de aumentar, criar ou manter a sensação de controle pessoal (Savoia, 2005). A autora explica que a escolha da

estratégia de enfrentamento depende do repertório de cada indivíduo e de experiências reforçadoras.

Acreditamos ser útil investigar as estratégias de enfrentamento buscando entender sua eficácia em termos concretos. Vale dizer, ainda, que o conceito em tela não menciona que as estratégias de coping objetivam eliminar o estresse, mas sim dominá-lo e adaptar-se a ele. No ponto, não sabemos se é possível dominar o estresse sem eliminar o estressor, em especial, no caso de estressores mais severos.

Seguindo nessa abordagem, Zakir (2005), explica que o coping pode ser entendido como uma interação entre o organismo e o ambiente. Nessa interação, utiliza-se um conjunto de estratégias que visam possibilitar a adaptação aos eventos estressantes. Assim, o autor acredita que no coping mobilizamos recursos naturais com o objetivo de gerenciar situações estressoras. Ainda nessa linha, Antoniazzi *et al.* (1998) lecionam que o coping é um conjunto de estratégias que as pessoas usam para adaptar-se a situações adversas.

O conceito em tela também deixa claro que o coping tem por foco fazer o indivíduo moldar-se aos eventos estressantes e não eliminar o estressor. Aqui é preciso lembrar, conforme já dissemos, que os estressores são cumulativos (Genuíno *et al.*, 2009). Nesse sentido, um problema inicial e de menor potencial ofensivo, pode juntar-se com um segundo estressor e resultar numa condição de estresse bem mais severa. Ou seja, o melhor seria tentar extinguir o problema no princípio, sem dar margem ao acúmulo de dificuldades. Cabe suscitar, todavia, que podem existir contextos em que a extinção do estressor não é imediatamente possível, implicando sejam adotadas medidas para seu gerenciamento momentâneo.

Ainda no ponto, é imperioso alertar que as estratégias de enfrentamento devem ser usadas de modo criterioso. Já que o coping não tem por finalidade eliminar o estressor, é imperioso que as estratégias de enfrentamento não sejam utilizadas para fazer o trabalhador submeter-se a uma realidade estressante por tempo suficiente até seu adoecimento. Em princípio, o coping deve ser usado em situações pontuais e por curtos períodos.

Conforme ensina Lipp (2006), a permanência do estressor pode conduzir ao estresse crônico, ou seja, o estresse que perdura no tempo. Nesse quesito, vale lembrar que o estresse crônico pode levar ao desenvolvimento de Burnout (Maslach

*et al.*, 2001). Além disso, conforme abordado, o estresse está na base de vários processos de adoecimento graves, devendo ser olhado de modo abrangente, envolvendo todos os riscos possivelmente presentes no caso concreto.

Conforme referido, o coping tem por finalidade fazer o indivíduo adaptar-se aos eventos estressantes. É de explicar, todavia, que os fatos devem adaptar-se ao ser humano e não o ser humano aos fatos. O centro de tudo sempre é a pessoa e não as circunstâncias que, em última análise, apenas existem para satisfazer uma necessidade humana. Ou seja, as criações humanas devem ter por finalidade melhorar a condição do ser humano; logo, se não atendem a esse fim, deveriam ser mudadas ou extintas. Não podemos desviar o olhar da pessoa que é, em última análise, destinatária das suas próprias criações.

O trabalho, por exemplo, serve para atender as necessidades do ser humano, devendo ser moldado da melhor maneira para a satisfação de sua finalidade. É um equívoco querer adequar o ser humano ao trabalho, já que a pessoa não serve ao trabalho, mas o trabalho à pessoa.

Ocorre que o estresse é o resultado de uma civilização criada pelo homem que ele próprio não mais consegue suportar (Selye, 1985 *apud* Cohen *et al.*, 2005). Sendo assim, cabe ao ser humano alterar o meio que ele próprio criou de maneira equivocada. Ou seja, o conserto incide naquilo que foi construído com base numa crença distorcida, não no ser humano propriamente.

Sempre vai haver o argumento de que as pessoas apresentam uma série de necessidades materiais e que, portanto, devem esforçar-se para conseguir supri-las de uma forma ou de outra. Aqueles que trazem esse argumento, contudo, preferem esquecer a causa pelas qual as pessoas não conseguem suprir suas necessidades básicas e, principalmente, as razões artificialmente criadas que estão subjacentes à carência material não satisfeita do homem. Pelo exposto, entende-se que o coping está inserido num universo de circunstâncias que ainda requerem ser corrigidas para que atendam às necessidades e vontades do ser humano, nunca servindo como instrumento de adequação às opressões tão recorrentes em nossa existência.

Por fim, ressaltamos que o Coping focado no problema não significa que o problema será resolvido, apenas que as estratégias estão direcionadas para o problema como forma de minimizar seus efeitos e não necessariamente eliminá-lo. Igualmente, estratégias de enfrentamento adotadas por um grupo de indivíduos não são garantia de solução face ao desafio que se apresenta (o coletivo geralmente não

é o todo da instituição) e estratégias individuais também não podem ser consideradas um fracasso *a priori*. Na verdade, os métodos exigem um exame pormenorizado para fins de estabelecer qualquer conclusão. Para fins dessa monografia, não faremos distinção entre os termos “estratégias de coping” e “estratégias de enfrentamento”.

## 2.5 O ESTRESSE LABORAL DO TRABALHADOR DA SAÚDE

Lidar com o sofrimento alheio e a condição de adoecimento e morte exige grande sensibilidade e controle emocional para realizar o trabalho de assistência aos enfermos sem sofrer abalos emocionais que podem tornar impossível a adequada prestação do serviço. A natureza do trabalho na área da saúde, por lidar com dor, sofrimento e morte, relaciona-se com a produção de sintomas psíquicos (Pitta, 1990). A autora em questão realizou extensa pesquisa com trabalhadores da saúde identificando uma gama variada de sintomas emocionais presentes nas queixas dos indivíduos que tem por atividade a prestação de serviço nesse contexto. As adversidades vão desde o consumo de bebidas alcoólicas até dores de cabeça e problemas com o sono.

No mesmo sentido, o tempo insuficiente para realizar um volume significativo de trabalho, as longas jornadas e a forma como as tarefas são distribuídas são elementos referidos pelos trabalhadores da saúde como causadores de estresse (Santos *et al.*, 2017). Nota-se que tais adversidades demandam soluções que extrapolam o poder de enfrentamento daqueles diretamente afetados pelo problema.

É preciso salientar, ainda, que o profissional da saúde, por vezes, precisa interagir com a família do indivíduo internado ou em situação de atendimento. Essa interação pode ser, por si só, fonte de eventuais conflitos. Para Siqueira *et al.* (2006) a comunicação entre enfermeiros e familiares de pacientes pode ser fonte de estresse e sofrimento.

Nesse sentido, é necessário entender que a família também se encontra em condição de sofrimento, com medo e apreensão diante do desconhecido, principalmente quando as informações disponíveis aos familiares são poucas e imprecisas. Rangé (2005) refere que, quando uma pessoa acompanha outra que está internada num hospital em estado terminal, por exemplo, o acompanhante fica sob estresse, pois antecipa a morte do ente querido, sofre com a dor que imagina

estar sendo sentida pelo internado e se irrita perante sua sensação de impotência.

Diante disso, cabe ao profissional da saúde fornecer dados claros e objetivos quanto ao estado de saúde do indivíduo doente, tanto para a família quanto para o próprio internado ou usuário do serviço.

É relevante entender que a doença é uma crise e provoca a interrupção do previsto. Assim, as crises podem ser evolutivas (naturais) e acidentais (abruptas) (Lutosa, 2007). Logo, a doença seria uma crise acidental que poderia resultar na perda do equilíbrio interno. Desse modo, o profissional da saúde encontra-se, não raro, diante da obrigação de interagir com pessoas que estão em uma realidade de sofrimento de tal modo intensa que podem perder seu equilíbrio emocional. Em face disso, o trabalhador deve estar ciente das adversidades envolvidas e contornar os conflitos da melhor maneira possível. Não se trata, por óbvio, de aceitar todo tipo de ataque que pode vir a ocorrer. Trata-se de levar em conta o sofrimento alheio e compreender as razões pelas quais as pessoas não reagem com tranquilidade diante de um quadro que é excepcional e, muitas vezes, ameaçador.

Um dos desafios enfrentados por equipes de enfermagem que trabalham com o atendimento de pessoas queimadas, por exemplo, consiste em prover higiene e troca de curativos aos internados, já que essas medidas causam dor e desconforto. Assim, o trabalho com os enfermos gera aflição e angústia na equipe responsável (Antoniolli *et al.*, 2018). Em maior ou menor grau, o trabalhador da saúde depara-se com a obrigação de gerenciar quadros de sofrimento que podem esgotar os recursos emocionais disponíveis naquele momento. Dessa maneira, o sujeito envolvido nesse universo de provações não raro tem dificuldades de manter sua integridade psicológica, cabendo aos gestores das unidades de saúde criar mecanismos de auxílio aos empregados que porventura desenvolvam problemas mentais em razão do ofício que exercem.

### 3 MÉTODO

Optou-se pela realização de uma revisão narrativa de literatura. A revisão de literatura é um método que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores que tratam o assunto investigado. O objetivo da revisão é fundamentar teoricamente o conhecimento sobre um determinado tema através da busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento. A revisão narrativa ocorre através da consulta de publicações que visam descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto do ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos.

Optamos pela revisão narrativa de literatura, pois esta, tal como proposta nesse trabalho, não emprega estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A escolha dos estudos e a interpretação dessas informações pode estar sujeita a subjetividade dos autores. A revisão narrativa de literatura é indicada para fundamentar teoricamente trabalhos de conclusão de curso. (Universidade de São Paulo, n. d.).

Essa revisão narrativa, iniciou através da pesquisa realizada na base de dados periódicos ScieloBrazil. Foram pesquisados artigos empíricos dos últimos dez anos, de 2013 até 2023, no idioma português e que utilizavam a combinação de dois descritores: 1) “estratégias de coping” and “profissionais da saúde”; 2) “estratégias de enfrentamento” and “profissionais da saúde” no campo título e/ou resumo. A busca foi realizada em dezembro de 2023 pelo primeiro autor. As referências (títulos e resumos) encontrados foram inicialmente lidos para identificar aqueles que seriam lidos na íntegra. Os critérios de inclusão foram: 1) ser artigo empírico, 2) relatar intervenção para enfrentamento ao estresse em profissionais da saúde, 3) o texto ser disponibilizado de forma integral e online. Foram excluídos artigos duplicados.

#### 3.1 RESULTADOS

Foram encontradas 243 publicações a partir das duas buscas utilizando as combinações de descritores. Desses, foram excluídos 146 artigos por estarem

repetidos, restando 97 artigos. Foi conduzida uma primeira análise através da leitura dos títulos e resumos dos trabalhos e considerando os critérios de inclusão e exclusão. A partir dessa análise, foram excluídos 84 artigos por não se adequarem aos objetivos do estudo ou atenderem o critério de inclusão. Em uma segunda fase de análise, as 13 referências selecionadas foram lidas na íntegra, considerando novamente os mesmos critérios. Nessa fase, uma referência foi excluída por não abordar a temática proposta para essa monografia, restando 12 pesquisas no total.

Foram mantidas as pesquisas que trataram do enfrentamento ao burnout, pois entendemos essa síndrome como uma consequência possível da exposição prolongada ao estresse crônico. Para Carlotto (2001), o burnout é uma espécie de estresse vinculado a situações de trabalho e resultante de repetitiva pressão emocional. Na verdade, é uma mera continuidade do estresse crônico que não foi resolvido em tempo razoável. Trata-se apenas de um agravamento dos sintomas do estresse que permanece na base desse sofrimento, sendo questionável o emprego de termos novos para designar um mesmo problema original.

**Quadro 1 - Resultados e Discussão**

Artigo	Amostra	Medida do coping	Medida do estresse laboral	Outras medidas psicológicas	Como os profissionais enfrentam o estresse – tipos de coping prevalentes na amostra
Estratégias de coping adotadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. Couto <i>et al.</i> (2022).	115 profissionais de saúde de estados do nordeste do Brasil, em sua maioria do Piauí (39,1%), Ceará (22,5%), Maranhão (8,2%) e Bahia (7,1%). A idade média foi de 33,26 anos (DP=7,94), sendo a maior parte solteira (54,1%), sem filhos (57,3) e do sexo feminino (68,2%).	Pergunta aberta: “Que estratégias você tem adotado para manter o bem-estar emocional durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19?”			Suporte socioemocional e espiritualidade: 61,61%; Atividades de entretenimento: 38,39%.
Impacto da pandemia COVID-19 nos	25 profissionais da saúde: 19 enfermeiros, 4	Entrevista semiestruturada		MaslachBurnoutInventory	Os tipos de coping mais utilizados foram o “Suporte de pares” com 12 respostas,



<p>profissionais de saúde em contexto de hemodiálise. Rofino <i>et al.</i> (2022).</p>	<p>médicos e 2 farmacêuticos. Em sua maioria do sexo feminino (N=17; 68%); e com idades entre 24 e 60 anos. Os participantes tinham uma média de 13,4 anos de carreira (DP mais ou menos 9,7) e média de 9,2 anos em contexto de hemodiálise (DP mais ou menos 8,2).</p>				<p>o “Sentimento de responsabilidade/missão” com 8 respostas, o “Suporte familiar” com 7 respostas, o “Exercício físico” com 6 respostas e a “Reavaliação positiva” com 5 respostas.</p>
<p>Projeto de Intervenção Burn-Down: o impacto do Burnout nos Cuidados de Saúde Primários e o benefício da Prevenção Quinquenária numa Unidade de Saúde Familiar. Abreu <i>et al.</i> (2021)</p>	<p>22 profissionais de saúde, incluindo médicos (40,9%), enfermeiros (31,8%) e assistentes técnicos (27,3%). 77,3% eram mulheres. A média de idade foi de 43,7 mais ou menos 7,9 anos. O tempo médio de serviço foi de 19,5 mais ou menos 8,1 anos.</p>	<p>Questionário de modos de lidar com os acontecimentos (QMLA).</p>		<p>Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II).</p>	<p>“Aceitação da Responsabilidade” (1,9 mais ou menos 0,49), “Resolução Planeada de Problemas” (1,77 mais ou menos 1,69) e “Autocontrolo” (1,7 mais ou menos 0,45). O mecanismo menos utilizado foi a “Fuga/Evitamento” (0,85 mais ou menos 0,57). Perante situações de estresse, o tipo de coping mais usado foi o “Coping Focado nos Problemas” (1,62 mais ou menos 0,42) comparado ao “Coping Focado nas Emoções” (1,36 mais ou menos 0,47).</p>
<p>Cuidados paliativos pediátricos: necessidades formativas e estratégias de coping dos profissionais de saúde. Paixão <i>et al.</i> (2020).</p>	<p>102 profissionais de saúde: 29 médicos pediatras, 64 enfermeiros, 6 assistentes sociais e 3 psicólogos com idades entre 25 e 63 anos (média=39,9 anos, mais ou menos 9,6), 92,2 % do sexo feminino, tendo 37,3 % idade inferior ou igual a 34 anos. A maioria dos inquiridos era casado ou vivia em união de fato (72,9%) e 86,3% residia em zona urbana. O grupo</p>	<p>Escala de Coping – Brief COPE</p>			<p>Planear (Média=3,57 1,31), Coping ativo (Média=3,4 1,24) e Aceitação (Média=3,32 1,41). A estratégia menos usada foi o uso de substância (Média=0,02 2,22).</p>

	<p>mais representativo foi dos enfermeiros (62,7%), 28,4% médicos e os outros profissionais correspondiam a 8,8%. A maioria dos profissionais exercia funções há mais de 10 anos no atual serviço (36,3%), enquanto 33,3% exerciam há menos de 5 anos.</p>				
<p>Estresse e estratégias de coping em profissionais de saúde. Cordeiro <i>et al.</i> (2020).</p>	<p>85 participantes (N=85, sendo 16,5% do género masculino e 83,5 % do género feminino). 36,5 % dos participantes tem idade entre 40 e 49 anos, seguidos de 30,6% com idade entre 30 e 39 anos, 17,9 % com idade inferior a 30 anos e 15,3 % com idade entre 50 e 59 anos. 68 são enfermeiros (80%), 10 são Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (11,8%), 4 são Assistentes Sociais (4,7%) e 3 são Médicos (3,5%). 40 % tem entre 20 e 29 anos de experiência e 29,4 % tem menos de 10 anos de experiência.</p>	Brief Cope	Questionário de Estresse nos Profissionais de Saúde		<p>Tomar medidas para tentar melhorar a situação (M=2,17; d. p.=0,6); tentar encontrar uma estratégia que ajude o inquirido no que tem que fazer (M=2,17; d. p.=0,46); tentar analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva (M=2,09; d. p.=0,55); concentrar os esforços para fazer alguma coisa que permita enfrentar a situação (M=2,05; d. p.=0,54) e pensar muito sobre a melhor forma de lidar com a situação (M=2,01; d. p.=0,52). As estratégias de coping menos utilizadas foram refugiar-se no álcool ou outras drogas (comprimidos, etc.) para se sentir melhor (M=0,05; d. p.=0,28) e o uso de álcool ou outras drogas (comprimidos) para ajudar a ultrapassar os problemas (M=0,04; d. p.=0,26). Dentre as diferentes formas de coping destacam-se o coping ativo (M=2,11; d. p.=0,44); o planejar (M=2,09, d. p.=0,39) e a reinterpretação positiva (M=2,04; d. p.=0,48).</p>
Estresse e	Participaram 503	Brief Cope	Escala de	Escala do	Os profissionais do sexo

<p>trauma na emergência médica pré-hospitalar: coping disfuncional como mediador. S. M. Fonseca <i>et al.</i>(2020).</p>	<p>técnicos de emergência médica pré-hospitalar (TEPH), com idades entre os 20 e os 56 anos (M=34,87 DP=5,36), a maioria do sexo masculino (66%). Estes profissionais trabalhavam entre 8 e 86 horas semanais (M=41,44 DP=6,64) e apresentavam uma experiência profissional de cerca de 8 anos (M=7,65 DP=3,84 Min=1 Máx=28). A maioria eram pais (51 %), estavam casados ou em união de fato (52%) e não estavam deslocados do local de residência (69%).</p>		<p>Ansiedade, Depressão e Estresse</p>	<p>Impacto do Acontecimento (revista)</p>	<p>feminino mobilizavam mais coping disfuncional e os profissionais com mais experiência apresentavam mais trauma. O coping disfuncional mediou parcialmente a relação entre estresse percebido e trauma.</p>
<p>Análise do grau de complexidade do cuidado, estresse e coping da enfermagem num hospital sul-riograndense. Souza <i>et al.</i> (2018).</p>	<p>A amostra foi constituída por 90 participantes. Desses 61 eram auxiliares e técnicos de enfermagem e 28 eram enfermeiros. Dos 90 profissionais de enfermagem selecionados, um recusou-se a participar do estudo. Dos 89 profissionais estudados, 31,5% eram enfermeiros e 68,5% eram técnicos/auxiliares de enfermagem; 84,3% eram do sexo feminino, com média de idade 42,4 anos, e 67,4% tinham companheiro e um filho.</p>	<p>Inventário de Respostas de Coping no Trabalho (IRC-T).</p>	<p>Inventário de Eestresse em Enfermeiros (IEE).</p>		<p>A categoria auxiliar/técnico de enfermagem utilizou mais estratégias de racionalização evasiva do que os enfermeiros, com uma diferença estatisticamente significativa nessa comparação (<math>p=0,027</math>).</p>
<p>Estratégias de coping da</p>	<p>Quatro enfermeiras e seis técnicos (as) de</p>	<p>Entrevista semiestruturada</p>			<p>Preferência pela tomada de decisão, em respostas de</p>

<p>equipe de enfermagem atuante em centro de tratamento ao queimado. Antonioli <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>enfermagem.</p>				<p>coping baseadas no problema, seguida pelo relato de extravasamento emocional e aceitação resignada, em respostas de coping com base na emoção.</p>
<p>Da solidão à cooperação: estratégias de enfrentamento de trabalhadores de enfermagem de terapia intensiva. Oliveira <i>et al.</i> (2022)</p>	<p>12 profissionais de enfermagem, sendo um do sexo masculino. A idade variou de 28 a 59 anos, sendo a média de 38 anos. Oito participantes atuavam na UTI Adulto, três na UTI Neonatal e um atuava em mais de uma unidade (Adulto e Cardiológica). Oito eram técnicos de enfermagem e quatro eram enfermeiras, sendo que todos possuíam pós-graduação em Terapia Intensiva. O tempo de atuação no atual setor variou de nove meses a 28 anos, sendo a média de 6,37 anos.</p>	<p>Entrevista semiestruturada individual</p>			<p>As estratégias individuais foram densamente referidas pelos participantes e sinalizam para o enfrentamento individual do sofrimento. Entre as estratégias, destacam-se: subordinação, autocobrança, tentativa de separação entre a vida profissional e a vida pessoal, aceitação, banalização, distanciamento, autocontrole, resiliência. As estratégias de enfrentamento coletivas referidas pelos participantes foram o manejo e organização das rotinas e do processo de trabalho, o manejo dos conflitos e das relações interpessoais, ações coletivas que visam melhorar o trabalho da equipe como o fortalecimento de vínculos de amizade e colaboração.</p>
<p>Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. Tomaz <i>et al.</i> (2020).</p>	<p>94 participantes. A amostra foi estratificada de forma proporcional e composta por 22 profissionais de nível superior (cinco médicos, nove odontólogos, e oito enfermeiros), 52 de nível médio (cinco técnicos de enfermagem, dois técnicos em saúde</p>	<p>Escala Modo de Enfrentamento de Problemas; Escala de Resiliência.</p>		<p>Oldenburg BurnoutInventory.</p>	<p>Os resultados mostram escore médio de 150, sendo os maiores escores (60,23) no domínio “focalizados no problema”, posteriormente aqueles com estratégias de enfrentamento “focalizadas na emoção” (49,96), profissionais que utilizam “práticas religiosas/pensamento fantasioso” (22,3) e estratégias de “busca de suporte social” (19,21). Os</p>

	<p>bucal e 45 agentes comunitários de saúde) e vinte de nível fundamental (12 auxiliares de enfermagem e oito auxiliares de saúde bucal). Os profissionais apresentaram média (<math>\pm</math> desvio padrão) de idade de 40,9 (<math>\pm</math> 9,6) anos, variando de 23 a 64 anos, predominando o sexo feminino (84,0%; n=79), com atuação principal em serviço público de saúde (91,5%; n=86) e média de 12,2 (<math>\pm</math>6,2) anos de trabalho na Atenção Básica.</p>				<p>maiores escores indicaram melhor enfrentamento de problemas.</p>
<p>Fatores relacionados à probabilidade de sofrer problemas de saúde mental em profissionais de emergência. La Cruz <i>et al.</i> (2019).</p>	<p>Estudo realizado com 235 profissionais de enfermagem e médicos que atuaram em quatro serviços de emergência hospitalar (tempo de serviço igual ou maior que um ano). 76,2% dos participantes eram do sexo feminino, a idade média dos participantes foi de 48,3 anos. A maioria eram solteiros (61,7%) e 48,9% disseram usar tabaco. 54,5% afirmaram praticar exercício físico diário. A maioria dos participantes eram profissionais de enfermagem (72,8%) e o contrato de trabalho mais comum era o fixo (66,4%). A</p>	<p>Inventário breve de enfrentamento – COPE 28</p>		<p>General Health Questionnaire (GHQ – 28) e MaslachBurno utInventory (MBI).</p>	<p>As estratégias focadas no problema e centradas na emoção foram as mais utilizadas com média de 1,5 (0,5) e 1,3 (0,4) respectivamente.</p>

	média de experiência profissional foi de 22,7 anos e a média de tempo no pronto atendimento hospitalar foi de 12 anos.				
Estratégias de coping em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. J. R. F. Fonseca <i>et al.</i> (2015)	92 profissionais da equipe de enfermagem de quatro unidades de um hospital universitário no município de Manaus, Amazonas, Região Norte do Brasil. 30 profissionais (32,6%) eram da clínica médica, 29 (31,5%) eram da clínica cirúrgica, 13 (14,1%) eram da clínica neurológica e 20 (21,7%) eram da clínica ortopédica. Participaram da pesquisa profissionais que atuavam há mais de seis meses na instituição e estavam presentes nas unidades. Não participaram profissionais que estavam afastados do serviço, de férias ou em licença médica no período de coleta de dados. 81,5% dos participantes eram mulheres ocupando o cargo de técnico em enfermagem. As clínicas médica e cirúrgica concentraram o maior número de	Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas			A dimensão enfrentamento focado no problema foi a estratégia mais utilizada pelos profissionais de enfermagem (3,86) seguida da busca da prática religiosa/pensamento fantasioso (3,46) e busca do suporte social (3,28) e a estratégia focada na emoção foi a menos utilizada (2,53). Na distribuição das estratégias de enfrentamento de problemas as mulheres utilizaram mais as estratégias de enfrentamento que os homens. Na dimensão de busca de prática religiosa e pensamento fantasioso, as mulheres buscam mais essas estratégias do que os homens. Aqueles que tem menor renda individual buscam mais o suporte social do que aqueles com renda individual maior. Quanto maior a carga horária de trabalho, mais as estratégias focadas na emoção são utilizadas. Não foram encontradas correlações entre a renda familiar, número de filhos, categoria profissional, tempo de formado, setor de trabalho, tempo de trabalho no hospital, carga horária de trabalho semanal e turno de trabalho com as dimensões da escala.

	<p>profissionais com 32,6% e 31,5% respectivamente. 43,5% dos participantes atuava em plantões noturnos, 85,9% eram servidores com vínculo de trabalho estatutário e 64,1% possuíam até dois vínculos de trabalho. A média de idade dos profissionais foi de 43 anos, a mediana da renda individual foi de cinco salários mínimos. Os participantes possuíam em média dois filhos. O tempo médio de formado foi de 17,12 anos e de trabalho na instituição foi de 13,46 anos. Observou-se média de 31,6 horas de trabalho por semana, com carga horária total de todos os vínculos de trabalho de 53,29 horas em média.</p>				
--	---	--	--	--	--

Fonte: Autor (2024).

Nesse quadro apresentamos as características principais das pesquisas que foram selecionadas.

### 3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Todas as doze pesquisas foram realizadas com trabalhadores da saúde de diversas categorias. A pesquisa de Rofino *et al.* (2022) envolveu enfermeiros, médicos e farmacêuticos; o trabalho de Abreu *et al.* (2021) foi realizado com médicos, enfermeiros e assistentes técnicos; Paixão *et al.* (2020) trabalharam com

médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos; a pesquisa de Cordeiro *et al.* (2020) envolveu enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes sociais e médicos; o estudo de S. M. Fonseca *et al.* (2020) envolveu técnicos de emergência médica pré-hospitalar; a pesquisa de Souza *et al.* (2018) foi realizada com auxiliares e técnicos de enfermagem, além de enfermeiros; Antonioli *et al.* (2016) realizaram intervenção junto a enfermeiros e técnicos de enfermagem; o trabalho de Oliveira *et al.* (2022) foi executado com profissionais de enfermagem; Tomaz *et al.* (2020) trabalharam com médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde bucal; La Cruz *et al.* (2019) pesquisaram junto a profissionais de enfermagem e médicos. Por fim, o estudo de J. R. F. Fonseca *et al.* (2015) envolveu somente profissionais de enfermagem. Couto *et al.* (2022) fizeram sua pesquisa com profissionais de saúde, não indicando categorias específicas.

Dos trabalhos analisados, oito seguiram uma metodologia quantitativa (Abreu *et al.* (2021), Paixão *et al.* (2020), Cordeiro *et al.* (2020), S. M. Fonseca *et al.* (2020), Souza *et al.* (2018), Tomaz *et al.* (2020), La Cruz *et al.* (2019) e J. R. F. Fonseca *et al.* (2015)), três adotaram o método qualitativo (Couto *et al.* (2022), Antonioli *et al.* (2016) e Oliveira *et al.* (2022)) e somente a pesquisa de Rofino *et al.* (2022) foi mista, ou seja, parte qualitativa e parte quantitativa.

Do total de pesquisas, dois trabalhos apontaram especificamente os estressores presentes no cotidiano dos profissionais da saúde. Cordeiro *et al.* (2020) realizaram sua investigação usando o Questionário de Estresse nos Profissionais da Saúde (QSPS) concluindo que as dimensões mais relacionadas ao estresse em escala decrescente são a carreira e remuneração, excesso de trabalho e lidar com os clientes. Em seguida, aparecem as relações profissionais, as ações de formação e, por fim, os problemas familiares surgem como dimensão menos associada ao estresse. Já Souza *et al.* (2018) utilizaram o Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE) para avaliar os estressores presentes no local de trabalho da população estudada. Os fatores intrínsecos ao trabalho apareceram como maior fonte de estresse para os enfermeiros, ao passo que as relações interpessoais foram apontadas como maior problema para os auxiliares e técnicos de enfermagem. É preciso ter em mente que o uso de instrumentos de medida distintos implica numa classificação diversa dos estressores. Para uma melhor compreensão dos fatores



presentes no Inventário de Estresse em Enfermeiros, ver Stacciarini & Tróccoli (2000).

Cabe salientar, ainda, que o Inventário de Estresse em Enfermeiros usado por Souza *et al.* (2018), por exemplo, tem seu foco principal em estressores do ambiente de trabalho. Ocorre que o estresse pode ter causas variadas. Assim, se um trabalhador avaliado por essa escala apresenta índices menores de estresse, não significa que as estratégias de coping porventura adotadas foram mais eficientes. Pode ocorrer que esse trabalhador tenha uma vida afetiva mais satisfatória, por exemplo, e esse fato pode determinar que o indivíduo esteja menos estressado.

### 3.2.1 SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE COPING

Com o objetivo de identificar as estratégias de coping usadas, dois estudos usaram a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas, três pesquisas foram realizadas por meio de uma entrevista semiestruturada e três estudos empregaram a Escala de Coping - Brief Cope. O Inventário de Respostas de Coping no Trabalho (IRC-T) foi usado em uma pesquisa, o Inventário Breve de Afrontamento – COPE 28 foi usado em um estudo e o Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA) também foi utilizado em uma pesquisa. Couto *et al.* (2022) avaliaram os modos de enfrentamento ao estresse usados pelos profissionais da saúde por meio de uma pergunta aberta que questionava quais eram as estratégias de coping adotadas.

Os experimentos analisados mostraram que os profissionais da saúde usam, em sua maioria, estratégias de coping focadas no problema. Na pesquisa de Rofino *et al.* (2022) e S. M. Fonseca *et al.* (2020) não ocorreu uma classificação das estratégias de coping em termos de seu direcionamento para o problema ou para as emoções. A pesquisa de Couto *et al.* (2022) foi realizada por meio de uma pergunta aberta que visava identificar as estratégias de coping utilizadas. Posteriormente, os resultados foram divididos em duas classes: “Suporte socioemocional e espiritualidade” e “Atividades de entretenimento”. A primeira classe recebeu 69 segmentos de texto e a segunda classe obteve 43 segmentos de texto. Os autores entendem que a classe “Suporte socioemocional e espiritualidade” engloba as estratégias focadas no problema e a classe “Atividades de entretenimento” teria por foco a emoção. Nesse aspecto, entendemos que a primeira classe também engloba

estratégias focadas na emoção. Para Seidl *et al.* (2001), a busca de suporte social constitui uma categoria específica de estratégias de coping.

Vale destacar os trabalhos de Abreu *et al.* (2021), Paixão *et al.* (2020), Cordeiro *et al.* (2020) e Souza *et al.* (2018) por terem apresentado as estratégias de coping de modo mais específico, em ordem de prevalência. Assim, destacaram-se o autocontrole, o planejar, a tomada de decisão e a dimensão referente ao coping ativo como estratégias mais usadas pelos trabalhadores da saúde. Nota-se uma constante tendência ao coping focado no problema.

O uso recorrente de estratégias de coping centradas no problema pode indicar que os trabalhadores da saúde encaram as situações estressantes como possíveis de serem solucionadas (Tomaz *et al.*, 2020). Esse aspecto retrata uma condição positiva, uma vez que os trabalhadores mantêm certo otimismo em relação ao seu ambiente de trabalho.

Em sua maioria, os estudos tiveram dentre seus objetivos conhecer as estratégias de coping usadas pelos profissionais da saúde e não fazer uma avaliação da efetividade dessas estratégias. As pesquisas realizadas por Abreu *et al.* (2021) e La Cruz *et al.* (2019), contudo, foram mais específicas ao examinar as estratégias de enfrentamento também em termos de seu resultado no controle do estresse.

Os dados da pesquisa de La Cruz *et al.* (2019) mostram que a frequência de sintomas de disfunção social diminui um ponto para cada aumento na frequência de enfrentamento focada no problema. Assim, os autores indicam que existe uma relação negativa entre o uso de estratégias de enfrentamento centradas no problema e a disfunção social. Ocorre, todavia, que esse dado pode indicar que os trabalhadores que utilizam estratégias voltadas para o problema estão, previamente à realização do estudo, em melhores condições de saúde mental ou mesmo física, pois ainda acreditam ser viável mudar a realidade em que estão inseridos. Aqueles indivíduos que utilizam estratégias focadas na evitação podem estar com a saúde emocional debilitada, não sendo possível aferir o início desse quadro. Ou seja, o que pode estar determinando a realidade mostrada na pesquisa é a condição prévia de saúde dos trabalhadores e não a estratégia de enfrentamento adotada.

Entendemos não ser possível sustentar que determinada estratégia de coping é eficiente apenas medindo o nível de estresse do trabalhador e analisando a estratégia usada por esse indivíduo. O estresse sofre influência de fatores variados

e, quando uma pessoa tem níveis baixos desse transtorno, pode haver a incidência de inúmeros elementos como uma experiência familiar muito satisfatória, por exemplo. Possivelmente, não estamos diante apenas de um emprego bem-sucedido de certas estratégias de enfrentamento.

Vale referir, ainda, que os pesquisadores concluíram que o risco de constituir um provável caso psiquiátrico diminui nos trabalhadores que praticam exercícios físicos. Em termos gerais, a prática de atividade física está associada a redução dos níveis de estresse (Silva *et al.*, 2015). Contudo, se a melhoria percebida num primeiro momento não perdurar no tempo, significa que a estratégia adotada não foi eficaz, já que o problema que buscamos superar permanece sem solução e gerando efeitos no organismo. Nesse quesito, acreditamos que manter uma rotina de exercícios pode melhorar a resposta aos estressores, todavia, não podemos afirmar se essa prática é eficiente em termos de proporcionar ao sujeito que a utiliza uma adaptação aos estressores que perduram no tempo e desencadeiam quadros de adoecimento.

Abreu *et al.* (2021) realizaram seu estudo em dois momentos distintos. A pesquisa consistiu numa avaliação preliminar dos profissionais de saúde participantes quanto aos níveis de Burnout presentes na amostra e quanto as estratégias de coping usadas. Posteriormente foi realizada uma intervenção com sessões teórico-práticas versando temas como “Burnout e mecanismos de coping”, “Trabalho e convívio em equipe”, “Mindfulness” e “Exercício Físico”, além de sessões presenciais de yoga. Posterior à intervenção, foram novamente aferidos os níveis de Burnout.

Nesse estudo, os pesquisadores concluíram que a intervenção trouxe efeitos positivos em aspectos como ‘exigências cognitivas’, “compromisso face ao local de trabalho”, “saúde geral” e “problemas em dormir”. Além disso, os autores indicam que as medidas implementadas reduziram os níveis de Burnout.

Embora tenha havido melhoras na condição de saúde dos profissionais que participaram do estudo, não é possível afirmar se esses ganhos perduraram no tempo e se efetivamente possibilitaram uma adaptação dos trabalhadores aos eventos estressantes que resultam no Burnout. Esse fato ocorre na medida em que as intervenções são realizadas em períodos de tempo relativamente curto, não sendo possível comprovar se uma estratégia de coping é realmente efetiva por ter evitado o adoecimento em razão da exposição prolongada ao estresse.

No ponto, é preciso lembrar que o coping tem por finalidade fazer o trabalhador adaptar-se às circunstâncias estressantes (Zakir, 2005). Assim, uma vez adaptado, é de esperar que o indivíduo não adoça em razão desses mesmos estressores. Para Stumm *et al.* (2008), se o coping for efetivo, o indivíduo alcançará a solução do problema ou a redução da emoção e o evento estressor poderá ser superado. Uma vez que as estratégias de coping são ineficazes, instala-se a crise e o estresse continua. Diante disso, são necessárias pesquisas que avaliem a condição do trabalhador num espaço de tempo mais longo para atestar a efetividade das medidas de coping, ou seja, para confirmar que não ocorreu um processo de adoecimento que tem em sua origem a exposição prolongada ao estresse.

Vale dizer que o desenvolvimento de doenças em razão da exposição prolongada ao estresse depende exatamente desse fator, ou seja, a exposição ao estressor por um período maior de tempo. Desse modo, as pesquisas que tenham por objetivo atestar que o coping funciona devem ser realizadas em dois momentos distintos, com significativo intervalo de tempo entre eles. Numa primeira investigação, seria medido o nível de estresse presente na amostra e adotada uma ou mais estratégias de controle dos estressores. Constatada a eficiência das medidas de coping adotadas, necessário é aguardar o decurso de um período significativo de tempo para realizar nova investigação tendo por objetivo aferir os níveis de estresse e a ausência de doenças que possam ter surgido em decorrência da exposição aos estressores que estariam em tese sob controle. Constatado um índice baixo de estresse e a ausência de adoecimento por conta de estressores, restaria comprovada a eficiência das medidas de combate ao estresse. Claro que devem ser afastadas causas orgânicas que resultam em quadros de adoecimento. Embora seja uma pesquisa mais custosa para ser realizada, não é impossível investigar os meios de coping de modo confiável.

Para fins de compreender melhor o cotidiano dos profissionais da saúde, é válido analisar a pesquisa de Oliveira *et al.* (2022) que realizaram seu estudo com enfermeiros que atuavam em unidades de terapia intensiva demonstrando, de modo pormenorizado, as dificuldades presentes nesses locais (vide depoimentos de trabalhadores participantes dessa pesquisa no Anexo A) e as estratégias usadas para minimizar os problemas. Embora esses autores se refiram a sofrimentos no ambiente de trabalho, na verdade, tratam-se de estressores enfrentados pelos profissionais da saúde. Ou seja, os elementos que geram angústias na vida laboral

dos profissionais que participaram das entrevistas são estressores que essas pessoas tentam gerenciar com estratégias de coping variadas.

Pela análise das estratégias de enfrentamento usadas pelos trabalhadores entrevistados na pesquisa (subordinação, auto - cobrança, tentativa de separação entre vida profissional e vida pessoal, aceitação, banalização, distanciamento, autocontrole e resiliência), nota-se que dificilmente podem ser vistas como meios eficazes para gerenciar as dificuldades vividas naquele universo de trabalho. Em geral, essas práticas servem como estratégias de alívio momentâneo para um contexto de grande pressão psicológica.

A subordinação, por exemplo, pode ser necessária como forma de organizar o trabalho, não existindo nada de errado nessa prática *à priori*. Contudo, não deveria dar margem a um comportamento de bajulação conforme retrata a fala do entrevistado que usa esse meio de coping (o subordinado não deveria convidar seu chefe para tomar um cafezinho, exceto se tiver uma genuína relação de amizade ou admiração por ele). Aqui, tanto o bajulador quanto quem se deixa bajular estão equivocados em sua conduta, revelando a dinâmica em questão um aspecto doentio das relações de trabalho e, provavelmente, da psique dos envolvidos. O bajulador é um indivíduo que tem medo de ser perseguido por seu chefe caso não o agrade ou está tentando alguma vantagem indevida – ou mesmo devida, mas não concedida por razões obscuras. Quem se deixa bajular apresenta uma autoestima extremamente baixa que tenta elevar aceitando “afagos” de terceiros.

Os autores da pesquisa entendem que a subordinação é um meio de evitar o enfrentamento com outros membros da equipe multidisciplinar, tendo sido usada em razão disso. Nesse aspecto, essa espécie de coping pode dar margem a condutas questionáveis em se tratando de uma atividade na área da saúde, pois cria a possibilidade de justificar atitudes com base no “eu só estava seguindo ordens”. Além disso, pode ser usada para embasar a falta de denúncias contra indivíduos negligentes com a população atendida e mesmo erros médicos. Ainda que a subordinação possa trazer certo alívio para aquele que utiliza essa estratégia, trata-se de um alívio momentâneo, pois em um meio permeado de conflitos podemos conseguir desviar de alguns deles por certo tempo, mas logo surgem outros que podem não ser evitáveis.

É evidente que não se pode ficar constantemente em atrito com colegas e superiores, mas a fuga por meio da subordinação, conforme dissemos, costuma ser

eficaz apenas por determinado tempo e somente para algumas situações. Quando um funcionário comete erros constantes ou é incapaz de realizar seu trabalho com a devida técnica, por exemplo, tende a ser cobrado por isso. Ademais, podemos conseguir agradar um determinado perfil de colega, mas, quando a equipe muda e novos integrantes surgem, a afinidade que existia pode não se fazer presente nas novas relações que serão criadas.

Outras maneiras de lidar com o sofrimento que foram identificadas pela equipe de pesquisadores são a autocobrança, a separação entre a vida profissional e a vida pessoal e o autocontrole. A autocobrança é positiva quando moderada. Cada trabalhador, em especial aqueles que atuam na área da saúde, devem presar pela qualidade do serviço ofertado e buscar um aperfeiçoamento constante. É de lembrar, contudo, que nem sempre o trabalhador tem a sua disposição os meios tecnológicos e de materiais para um serviço de excelência. Desse modo, a autocobrança pode melhorar o ambiente de trabalho, na medida em que a maioria dos funcionários fazem sua parte da melhor maneira possível, mas não podemos esquecer que a instituição de saúde costuma ter carências que vão muito além da capacidade de um trabalhador isolado e que a união de todos em busca da excelência pode não ser alcançada na prática.

Por outro lado, a separação entre a vida pessoal e a vida no trabalho é uma medida que depende praticamente em sua totalidade do empenho de cada pessoa, sendo um dever do indivíduo. Um profissional sério não pode descarregar suas frustrações pessoais no usuário do serviço, em subordinados ou colegas de mesma hierarquia. Essa é, em essência, uma questão de autocontrole. No ponto, percebemos que tais medidas são benéficas na redução do sofrimento experimentado por aqueles que prestam um serviço de cuidado da saúde alheia, mas estão longe de abranger um espectro suficientemente amplo de estressores ao ponto de mitigar o estresse porventura sentido na unidade de saúde. Como dissemos, existem todas as limitações inerentes à instituição e, principalmente, inerentes a administração do local de trabalho que podem ser fontes de grande frustração. A falta de materiais adequados para cuidar do paciente, um gestor corrupto e desinteressado, entre outros, são elementos que estressam um profissional competente e dedicado a oferecer o melhor tratamento possível aos usuários do serviço.

Outro meio de coping apresentado foi o autocontrole. No trabalho que ora examinamos, o indivíduo entrevistado estabelece uma relação entre autocontrole e o uso de medicamentos psicoativos, indicando que prefere controlar-se para não usar tais substâncias. O mesmo raciocínio poderia ser usado para evitar o consumo de bebidas ou outras drogas de comercialização permitida (cigarro, por exemplo). Em alguma medida, deixar de consumir substâncias psicoativas depende do esforço de cada um. Essa crença, contudo, deve ser tratada com parcimônia, sob pena de encarmos os dependentes químicos como únicos responsáveis pelo seu vício. Quando um trabalhador usa determinadas substâncias com o objetivo de mitigar um sofrimento derivado do seu trabalho, é necessário que a unidade de saúde disponha de serviços especializados que possam auxiliar o empregado na busca por uma solução eficaz para seu caso, sem que termine voltando-se para o caminho do vício por não enxergar alternativas melhores.

Não pudemos deixar de observar que uma das trabalhadoras que foi entrevistada referiu que era uma pessoa que chorava facilmente, mas que aprendeu a controlar seus sentimentos. É evidente que certa dose de controle deve existir, contudo, esse controle não pode significar transformar-se num sujeito insensível perante o sofrimento alheio. O trabalho na área da saúde não deve transformar-se em um processo mecânico, é necessário identificar as peculiaridades de cada caso e ir além do cumprimento estrito do dever inerente ao cargo. Permanecer no trabalho além do horário previsto, pois um paciente encontra-se instável – conforme referido por um dos entrevistados – é apenas um exemplo de sensibilidade e responsabilidade pela vida dos pacientes em atendimento. Esse aspecto também reforça a necessidade de ofertar aos trabalhadores um serviço de acolhimento psicológico onde possam externar suas angústias e traçar formas de lidar com os efeitos emocionais do seu ofício, além de valorizar o esforço de cada um.

Dois meios de enfrentamento que também foram mencionados no referido estudo são a banalização e o distanciamento. Não vemos a banalização como sendo positiva em se tratando do sofrimento humano, ainda que seja algo relativamente comum. Não se trata de mergulhar numa lamentação infinita, apenas conformar-se com os casos de sofrimento e morte pode descambar para uma normalização que está longe de ser aceitável. O sofrimento não é algo normal na vida do ser humano e não deve ser visto como tal.

O distanciamento, por seu turno, pode ser compreendido como uma defesa dos profissionais da saúde para evitar o sofrimento em caso de morte do paciente (Betriana & Kongsuwan, 2020). Também costuma ser positivo em pequena medida, já que um envolvimento muito significativo com o paciente pode nos impedir de enxergar as características específicas do caso e adotar as medidas necessárias. Contudo, sempre é necessária uma proximidade com o problema para seu adequado entendimento e adoção de medidas terapêuticas corretas. Assim, algum envolvimento sempre vai existir e isso é inerente e necessário para quem trabalha na área da saúde. A banalização e o distanciamento podem ser meios que resultam em alguma redução do sofrimento laboral se adotados de forma mais intensa pelos profissionais. Seu uso como estratégia de coping é, todavia, questionável. Um constante distanciamento e a frequente banalização dos casos podem revelar a conduta de alguém desinteressado no trabalho, insensível ou mesmo incapaz de exercer a profissão que escolheu. Assim, a falta de aptidão para o trabalho na área da saúde ou em determinado setor/unidade de atendimento é o problema raiz que seguirá causando estresse enquanto não for devidamente tratado.

Por fim, é necessário examinar a aceitação e a resiliência que surgiram na fala dos indivíduos pesquisados como estratégias de enfrentamento. Essas formas de coping são bastante semelhantes. A resiliência pode ser entendida como uma adaptação bem - sucedida perante experiências de vida desafiadoras. Para tanto, seria necessário ter flexibilidade mental, emocional, comportamental e capacidade de ajuste a demandas internas e externas (American Psychological Association, 2018). Percebe-se que nesse conceito a resiliência é apresentada como algo muito positivo e, como se não bastasse, ainda induz a pensar que um sujeito não resiliente é alguém inflexível que fracassou diante de uma demanda que lhe foi apresentada por ser incapaz mental, emocional e também em termos comportamentais. Ou seja, o problema não é a adversidade, o problema é você que não conseguiu adaptar-se a ela. Para nossa sorte, essa monografia não está tratando de estratégias de enfrentamento às adversidades de um conflito bélico, pois seria difícil afirmar que o problema são os indivíduos pouco adaptados aos rigores do combate ao invés de encarar a guerra como o verdadeiro problema.

A resiliência pode ser tratada como uma capacidade de reagir com flexibilidade e poder de recuperação diante de condições desfavoráveis (Souza Placco, 2002). Sem dúvida, características como flexibilidade e capacidade de



recuperação, quando algo não ocorre conforme planejamos, podem fazer a diferença no momento em que estamos lutando contra estressores no ambiente de trabalho. Como temos necessidades básicas que são satisfeitas com o resultado de nosso empenho profissional devemos usar todos os meios para superar os desafios que surgem, muitas vezes sequer tendo a opção de desistir ou desanimar. É de alertar, todavia, que a resiliência não pode transformar-se em uma realidade de não-emancipação em face dos problemas vividos (Guzzo, 2015). Esse é exatamente o perigo que ronda esse modo de coping.

Quando optamos pela resiliência como estratégia de coping, geralmente estamos cientes que não temos forças suficientes para enfrentar nossos estressores. Isso pode ser apenas uma crença sem fundamento ou pode tratar-se de uma realidade se estivermos fragilizados por uma doença, por exemplo. Nesse caso é necessário entender a origem de nossos pensamentos como primeiro passo no caminho para superar os obstáculos. Em suma, devemos aceitar o problema pelo menor tempo possível e partir na busca da solução definitiva sem acreditar que o sofrimento é parte da vida ou, pior, que alguma recompensa divina nos é reservada se agirmos de modo passivo perante as agruras da nossa existência.

Diante dos meios de enfrentamento usados pelos trabalhadores, não é possível afirmar que algum deles efetivamente serviu para superar as adversidades presentes no local de trabalho. Para uma conclusão nesse sentido, seria necessária uma investigação mais prolongada no tempo visando determinar se os trabalhadores efetivamente estão adaptados aos estressores. Isso é especialmente relevante quando conhecemos os processos de adoecimento que podem derivar do estresse crônico.

O emprego majoritário de estratégias de enfrentamento centradas no problema que identificamos em nosso estudo está em harmonia com os achados de outros pesquisadores. Marinho (2005) realizou extensa investigação com trabalhadores da equipe de enfermagem de um hospital da cidade de São Paulo mostrando que 97,9% dos empregados utilizam o controle como estratégia de enfrentamento, 91,6% utilizam o apoio social, 23,9% adotam o isolamento como forma de coping e 71,8% lançam mão da recusa como meio de enfrentamento. O estudo em questão indica que 45,8% dos empregados nesse local apresentaram sintomas de estresse como tensão, sensação de falta de energia e agitação.

Nota-se, nesse caso, que o estresse já evoluiu para um estado mais avançado na medida em que estão presentes sintomas físicos (falta de energia). Diante disso, a primeira questão que surge refere-se à efetividade das estratégias de enfrentamento usadas por esses indivíduos, pois parece que não estão surtindo resultados satisfatórios no sentido de possibilitar, ao menos, uma redução mais significativa de sofrimento emocional ao ponto de evitar reflexos na saúde física.

O coping centrado no controle consiste em evitar decisões sem refletir, fazer planejamentos, disfarçar sentimentos e evitar o pânico ou medo; o enfrentamento baseado no apoio social implica pedir ajuda por meio de conselhos, informações, diálogo, escuta ou mesmo consolo de outras pessoas. Também envolve a participação em atividades coletivas como meio de estabelecer relações; a estratégia de isolamento implica ruptura de atividades e interações com o outro (fuga do problema ou da situação), fuga por meio de sonhos e fantasias e adoção de medidas compensatórias através do álcool, drogas ou alimentos; a estratégia de recusa mostra que o sujeito é incapaz de aceitar a realidade e o problema. Consiste em negar os fatos procurando distração ou satisfação em outros aspectos da vida. Também engloba a dificuldade de controlar-se e expor suas emoções (Oliveira Chamon, 2006).

O enfrentamento centrado no controle parece ser, dentre as escassas possibilidades, uma escolha menos ruim para o ambiente de trabalho na área da saúde, já que, por meio dele, tenta-se manter a calma e, portanto, a capacidade de tomar decisões corretas numa situação que pode implicar risco à vida de terceiros. É preciso entender, contudo, que um profissional experiente vai adquirindo tranquilidade para exercer sua função ao longo do tempo, não carecendo de esforço para manter a tranquilidade diante de cada situação desafiadora nova e sem ignorar o sofrimento alheio. Se essa tranquilidade não surge com o passar do tempo, é necessário que o profissional avalie sua permanência naquele serviço. Não raro, o usuário dos estabelecimentos de saúde fica desesperado em face do seu diagnóstico ou por efeito de uma dor aguda. Assim, cabe ao cuidador manter a calma, fazer seu trabalho da melhor forma possível e sempre preservar a empatia.

O suporte social por sua vez, engloba compartilhar sentimentos e emoções, medos e expectativas, obter atenção e compreensão, obter ajuda para dificuldades práticas, receber sugestões, conselhos e auxílio financeiro (Gomes & Oliveira, 2013). Assim, os trabalhadores da saúde podem beneficiar-se dessa estratégia sempre

avaliando a relação problema versus solução no sentido de entender se a dificuldade foi vencida ou não. Obviamente, um colega com longos anos de experiência terá muito que compartilhar com os profissionais que estão entrando no serviço e que ainda não apresentam uma bagagem extensa para além do curso de formação. Vale ressaltar que, mesmo havendo uma boa disseminação de conhecimento entre trabalhadores que se apoiam mutuamente, não há garantia de aprendizado, já que esse último requer vontade e, não raro, talento. É preciso sublinhar, por fim, que o apoio social se torna pernicioso quando é usado para constituir um “espírito de grupo” voltado ao acobertamento de erros e negligências de toda ordem.

O coping com base na recusa foi outra estratégia que apareceu na pesquisa que ora analisamos, inclusive, em porcentagem muito alta (71,8%). Parece que muitos trabalhadores da saúde não têm suficiente força mental para encarar a realidade que se apresenta em seu local de trabalho. É inquestionável que negar os fatos pode trazer certo alívio para quem não quer ou não tem condições de aceitar uma adversidade maior, contudo, difícil é acreditar que esse tipo de fuga seja algo eficaz para além de trazer alguns breves momentos de alívio que apenas antecedem a chegada de um novo e, por vezes, ampliado problema.

Por último, temos a estratégia de isolamento que foi a menos usada pelos trabalhadores daquela instituição de saúde (23,9%). Possivelmente, essa medida seja a mais prejudicial para o trabalhador, pois afasta essa pessoa de uma eventual ajuda que poderia vir de colegas ou amigos.

Um dado que muito nos chamou atenção dentre os elementos trazidos pela pesquisa em tela foi o resultado de 86,5% de entrevistados que não se sentem totalmente realizados com o trabalho que exercem. Aqui cabe questionar se essa falta de realização é devida ao estresse do ambiente de trabalho ou se é ela que produz o estresse. Na primeira hipótese, seria necessário que o empregado busque outro local para exercer sua atividade caso não ocorram melhorias significativas no ambiente onde está lotado e, na segunda hipótese, imperiosa é a troca de profissão, pois parece que ocorreu uma escolha equivocada no momento de optar por um trabalho dentre as centenas que existem. O questionamento é válido se compreendermos que uma escolha equivocada do trabalho resulta em estresse quando tentamos exercer a atividade na qual não estamos suficientemente interessados ou para a qual nossas aptidões intelectuais não estão devidamente

orientadas. Em suma, aqui precisamos de mais que uma estratégia de enfrentamento. Impõem-se que cada trabalhador examine sua realidade e mude o curso da sua vida no sentido de solver definitivamente aquilo que pode estar na origem do sentimento de desconforto.

Vale alertar, ainda, que as estratégias de enfrentamento devem ser escolhidas com cautela para cada problema que tentamos gerenciar. A frequência de sintomas somáticos, ansiedade, disfunção social, sintomas depressivos, risco de constituir um caso psiquiátrico podem aumentar quando utilizamos a estratégia focada na evitação, por exemplo (Cruz *et al.*, 2019). Pode haver casos, contudo, que não nos permitem alternativas senão buscar um distanciamento do problema no momento em que ele se apresenta. Acreditamos, todavia, que essa não deve ser a regra. É de salientar, por fim, que a literatura não é unânime quanto a classificação das estratégias de enfrentamento, podendo haver alguma discrepância conforme o autor consultado.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Entendemos que os objetivos do trabalho foram parcialmente alcançados. No que diz respeito aos estressores que afetam os profissionais da saúde, embora não tenha sido o elemento mais investigado pelas pesquisas que selecionamos, foi possível identificar as fontes de stress mais significativas.

Pela análise dos trabalhos empíricos apresentados, é possível afirmar que as estratégias de coping trazem melhorias momentâneas à qualidade de vida dos

profissionais da saúde, reduzem os níveis de estresse temporariamente e podem melhorar a qualidade do serviço prestado à população. Não é possível afirmar por quanto tempo as estratégias usadas terão efeito na amostra e se ocorreu uma adaptação dos profissionais aos estressores presentes naquele ambiente de trabalho.

O que pode ser afirmado é que determinadas medidas de coping reduzem o estresse por algum tempo, mas não é possível aferir a duração do efeito dessas medidas com base nos estudos analisados. Em síntese, é salutar que os métodos de pesquisa sejam aperfeiçoados para só então podermos atestar a efetividade dos meios de coping.

As pesquisas em questão não buscaram localizar a origem do estresse na vida dos indivíduos, ou seja, não foi possível verificar se a adversidade do trabalho causou o quadro de estresse ou se ela agravou um quadro que já estava presente antes mesmo do indivíduo assumir sua função naquele emprego. É dizer, não podemos afirmar se a adversidade do presente é a causa primeira do estresse ou se foi o elemento que faltava para levar ao limite um indivíduo que já vinha com dificuldades em outros aspectos da sua vida.

Diante de eventos estressantes, os profissionais da saúde precisam avaliar sua condição naquele local de trabalho. Ou seja, identificar as verdadeiras causas do problema, saber se é algo passageiro ou não, verificar se também ocorre com outros colegas, entender se as adversidades são inerentes ao trabalho naquele momento específico ou se são o resultado de um gerenciamento equivocado do local onde atuam. É preciso lembrar, ainda, que cada trabalhador deve avaliar seu potencial e vontade de estar naquela profissão, sem negligenciar a hipótese de buscar outra atividade laborativa caso esteja infeliz em seu trabalho.

Ainda nesse sentido, não é possível oferecer esperanças infundadas. O estresse crônico tem grande potencial para gerar quadros de adoecimento e é uma condição a qual não estamos fisiologicamente adaptados. No ponto, cabe aos profissionais da saúde, em especial os psicólogos, avaliar seus clientes e identificar a causa primeira do estresse para, num segundo momento criar estratégias de enfrentamento e, por fim, caso seja necessário, orientar seus pacientes no sentido de promover mudanças profundas em sua vida, incluindo, se necessário, a mudança de local de trabalho ou profissão.

Assim, as estratégias de coping atenuam o quadro de estresse, mas não parecem ser uma alternativa que impede o adoecimento em razão do estresse. Quando a pessoa é afetada severamente pelas adversidades do local onde atua é possível implementar estratégias de coping que podem melhorar o quadro enquanto o indivíduo não consegue trocar de emprego ou, pelo menos, mudar de setor caso essa medida seja a solução para o desconforto que se faz presente. Ou seja, tratam-se de medidas paliativas que não devem ser encaradas como capazes de solucionar em definitivo um contexto deveras crítico que costuma exigir mudanças profundas na vida dos profissionais afetados pelo estresse.

Em suma, podemos resumir nossas conclusões em três bases: 1) Estratégias de coping são medidas paliativas que devem ser usadas por curtos períodos de tempo, quando não temos a possibilidade de eliminar o estressor naquele momento; 2) O estressor deve ser eliminado no menor tempo possível e 3) Não podemos afirmar que o stress crônico é inerente à vida, pois o adoecimento que decorre dele também não é inerente à vida. Se o estresse crônico fosse inerente à vida, todos estaríamos doentes, já que não temos condições fisiológicas para suportar o estresse por longos períodos de tempo. Cabe alertar que, eventualmente, somos compelidos a crer que não existem meios de implementar soluções que venham a eliminar o estresse crônico do nosso dia-a-dia. Essa crença costuma ter por base nossas necessidades materiais ou da nossa família. Ocorre, contudo, que não é possível viver sob constante estresse e quando perdermos a saúde em razão disso também não haverá maneira de seguir trabalhando e satisfazendo as necessidades que julgamos impossíveis de atender por outros caminhos.

## **Referências**

ABREU, I., BAÍA, C, SILVA, J, BORGES, R, & PINTO, S. (2021). Projeto de intervenção burn-down: o impacto do burnout nos cuidados de saúde primários e o benefício da prevenção quinquenária numa unidade de saúde familiar. *Revista*

*Portuguesa de Saúde Ocupacional online*, 12, 164-177. Epub 25 de março de 2022. <https://doi.org/10.31252/rpso.06.11.2021>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5 th ed.). Artmed.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2018). The road to resilience. <https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspxon10/20/2018>

ANTONIAZZI, A. S., DELL'AGLIO, D. D., & BANDEIRA, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos De Psicologia (natal)*, 3(2), 273– 294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>

ANTONIOLLI, L., ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E., ROSSO, L. H., FUCULO JUNIOR, P. R. B., DAL PAI, D., SCAPIN, S. (2018). Estratégias de coping da equipe de enfermagem atuante em centro de tratamento ao queimado. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39: e2016-0073. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0073>

BETRIANA, F.; KONGSUWAN, W. (2020). Grief reactions and coping strategies of Muslim nurses dealing with death. *Nurs Crit Care.* 2020; 25: 277–283. <https://doi.org/10.1111/nicc.12481>

CALAIS, S. L. (2005). Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao estresse. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 87-89). Casa do Psicólogo.

CARLOTTO, M.S. (2001). Síndrome de Burnout: um tipo de estresse ocupacional. Ulbra.

CORDEIRO, R., CALHA, A., MOURÃO, C., & CAMÕES, F. (2020). Estresse e estratégias de coping em profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe7), 09-16. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0241>

- COSTA, M. (2005). Estresse e sexualidade. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 135-138). Casa do Psicólogo.
- COUTO, R. N., FONSÊCA, P. N. da, CASTRO, J. L. de C., GUIMARÃES, C. L. C., & MEDEIROS, E. D. de. (2022). Estratégias de coping adotadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. *Actualidades en Psicología*, 36(133), 1-12. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v36i133.43470>
- FIGUEIRÓ, J. A. B. (2005). Dor e estresse. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 149-154). Casa do Psicólogo.
- FONSECA, J. R. F. da, COSTA, A. L. S., COUTINHO, D. S. S., & GATO, R. da C. (2015). Estratégias de coping em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Rene*, 16(5), 656-663. <https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500006>
- FONSECA, S. M., CUNHA, S., CAMPOS, R., & QUEIRÓS, C. (2020). Estresse e trauma na emergência médica pré-hospitalar: coping disfuncional como mediador. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(1), 176-182. <https://doi.org/10.15309/20psd210126>
- GENUÍNO, S. L. V. P., GOMES, M. S., & MORAES, E. M. (2009). O Estresse Ocupacional e a Síndrome de Burnout no Ambiente de Trabalho: Suas Influências no Comportamento dos Professores da Rede Privada do Ensino Médio de João Pessoa. *Anagrama*, 3(2), 1-9. <https://doi.org/10.11606/issn.1982-1689.anagrama.2009.35426>
- GOMES, R. K.; OLIVEIRA, V. B. de. (2013). Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. *Boletim de Psicologia*, 63(138), 23-33. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432013000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432013000100004&lng=pt&tlng=pt)



- GONÇALVES, M. B., PEREIRA, A. M. B., & MACHADO, P. G. B. (2021). Estresse, burnout e engajamento no trabalho entre médicos do estado do Paraná, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 21 (2).  
<https://www.rbmt.org.br/details/1720/pt-BR/eestressee--burnout-e-engajamento-no-trabalho-entre-medicos-do-estado-do-parana--brasil>
- GUZZO, R. S. L. (2015). Resiliência, um conceito contraditório: a importância do debate. In R. M. Coimbra & N. A. de Moraes (Orgs.), *A RESILIÊNCIA EM QUESTÃO* perspectivas teóricas, pesquisa e intervenção (pp. 11-15). Artmed.
- HANS, S. (1959). *Estresse – a tensão da vida* (F. Branco Trad.). Ibrasa.
- LA CRUZ, S. P. de, CRUZ, J. C., CABRERA, J. H., & ABELLÁN, M. V. (2019). Fatores relacionados à probabilidade de sofrer problemas de saúde mental em profissionais de emergência. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 27, e3144. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3079-3144>
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. (1984). *Estresse, appraisal and coping*. Springer.
- LAZARUS, R. S., DELONGIS, A., FOLKMAN, S., & GRUEN, R. (1985). Estresse and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770–779. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.7.770>
- LIPP, M. N., ROMANO, A. S. P. F., COVOLAN, M. A. & NERY, M. J. G. S. (1990). *Como enfrentar o estresse* (3ª ed.). Ícone.
- LIPP, M. N. (1996). *Estresse: Conceitos Básicos*. Em M. N. Lipp (Org.), *Pesquisas sobre estresse no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco* (pp. 17-31). Papyrus.
- LIPP, M. N. (2005). O modelo quadrifásico do estresse. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 17-21). Casa do Psicólogo.

- LIPP, M. N. (2006). Teoria de temas de vida do estresse recorrente e crônico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVI (3), 82-93.
- LUSTOSA, M. A. (2007). A família do paciente internado. *Revista da SBPH*, 10(1), 3-8. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582007000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100002&lng=pt&tlng=pt).
- MAGALHÃES, A. F. N.; BRASIO, K. M. (2005). A relação entre estresse e doenças gástricas. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 139-142). Casa do Psicólogo.
- MALAGRIS, L. E. N. (2013). Correr, Competir, Produzir e se Estressar. In M. E. N. Lipp (Org.), *O Estresse está dentro de você* (pp. 11-15). Contexto.
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B., & LEITER, M. P. (2001). JobBurnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- MARINHO, R. (2005). Estresse ocupacional, estratégia de enfrentamento e Síndrome de Burnout: um estudo em hospital privado. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Taubaté-SP.
- MORAES, A. B. A. (2005). O estresse e as doenças bucais. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 115-120). Casa do Psicólogo.
- MORENO JUNIOR., H., MELO, S. E. S. F. C., & ROCHA, J. C. (2005). Estresse e doenças cardiovasculares. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 99-105). Casa do Psicólogo.
- OLIVEIRA CHAMON, E. M. Q. de. (2006). Estresse e estratégias de enfrentamento: o uso da escala toulousaine no Brasil. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 6(2), 43-64.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572006000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572006000200003&lng=pt&tlng=pt).

OLIVEIRA, E. da S., CENTENARO, A. P. F. C., GARCIA, C. T. F., FLORES, C. M. L., FRANCO, G. P., & GLOWACKI, J. (2022). Da solidão à cooperação: estratégias de enfrentamento de trabalhadores de enfermagem de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem*, 27, e82791.

<https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82791>

PAIXÃO, S., APARÍCIO, G., DUARTE, J., & MAIA, L. (2020). Cuidados paliativos pediátricos: Necessidades formativas e estratégias de coping dos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe7), 50-56. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0247>

PEREIRA, M. M. B., & TRICOLI, V. A. C. (2005). A influência do meio ambiente e de práticas parentais na vulnerabilidade ao estresse. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 67-70). Casa do Psicólogo.

PINHO JUNIOR., A. J. (2005). Estresse e imunidade. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 53-56). Casa do Psicólogo.

PITTA, A. (1990). Hospital dor e morte como ofício. Hucitec.

RANGÉ, B. (2005). Influência das cognições na vulnerabilidade ao estresse. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 75-78). Casa do Psicólogo.

RODRIGUES DOS SANTOS, N. A., SANTOS, J. D., RIBEIRO DA SILVA, V., & PASSOS, J. P. (2017). Estresse ocupacional na assistência de cuidados

paliativos em oncologia. *Cogitare Enfermagem*, 22(4).

<https://doi.org/10.5380/ce.v22i4.50686>

ROFINO, R., FIGUEIREDO, D., & RIBEIRO, Ó. (2022). Impacto da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde em contexto de hemodiálise. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 23(1), 97-109. Epub 30 de abril de 2022.

<https://doi.org/10.15309/22psd230110>

SAPOLSKY, R. M. (2007). Por que as zebras não têm úlceras? (A. C. Mesquita Trad.) Francis.

SAVOIA, M. G. (2005). A relação entre estresse e transtorno de pânico. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 161-168). Casa do Psicólogo.

SEIDL, E. M. F., TRÓCCOLI, B. T., & ZANNON, C. M. L. da C. (2001). Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 17(3), 225–234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>

SILVA, M. L., LEONIDIO, A. da C. R., & FREITAS, C. M. S. M. de. (2015). Prática de atividade física e o estresse: uma revisão bibliométrica. *Revista Da Educação Física / UEM*, 26(2), 331–339. <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v26i2.23846>

SIQUEIRA, A.B., FILIPINI, R., POSSO, M.B., FIORANO, A.M., & GONÇALVES, S.A. (2006). Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. *Arqmed ABC*. 2006; 31(2):73-7.

<https://portalnepas.org.br/amabc/article/view/243/239>

SOUZA PLACCO, V. M. N. de. (2002). Prefácio. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp. 07-12). Cortez.

SOUZA, S. B. C., MILIONI, K. C., & DORNELLES, T. M. (2018). Análise do grau de complexidade do cuidado, estresse e coping da enfermagem num hospital sul-rio

grandense. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 27(4), e4150017.

<https://doi.org/10.1590/0104-07072018004150017>

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. (2000). Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE). *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 8(6), 40–49. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000600007>

STEINER, D.; PERFEITO, F. L. (2005). A relação entre estresse e doenças dermatológicas. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 111-114). Casa do Psicólogo.

STUMM, E. M. F., OLIVESKI, C. C., COSTA, C. F. L. da, KICHNER, R. M., & SILVA, L. A. A. da. (2008). Estressores e coping vivenciados por enfermeiros em um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 13, n. 1, ago. 2008. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11949>. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i1.11949>.

TEIXEIRA, N. A. (2005). Os glicocorticóides e a neuroimunomodulação. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 43-50). Casa do Psicólogo.

TOMAZ, H. C., TAJRA, F. S., LIMA, A. C. G., & SANTOS, M. M. dos. (2020). Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190634. <https://doi.org/10.1590/Interface.190634>

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (n. d.). Revisão de Literatura.

<https://www.ip.usp.br/site/biblioteca/revisao-de-literatura/>

ZAKIR, N. S. (2005). Mecanismos de Coping. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse: Teoria e Aplicações Clínicas* (2ª ed., pp. 17-21). Casa do Psicólogo.

ZILCHA-MANO, S., MIKULINCER, M., & SHAVER, P. R. (2011). An attachment perspective on human–pet relationships: Conceptualization and assessment of pet attachment orientations. *Journal of Research in Personality*, 45, 345–357.  
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.04.001>

**ANEXO A – Quadro 1 Estratégias individuais de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva.**

**Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2021**

Extraído de: OLIVEIRA, E. da S., CENTENARO, A. P. F. C., GARCIA, C. T. F., FLORES, C. M. L., FRANCO, G. P., & GLOWACKI, J. (2022). Da solidão à cooperação: estratégias de enfrentamento de trabalhadores de enfermagem de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem*, 27, e82791.

<https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82791>

***Estratégias individuais de enfrentamento Depoimentos***

**Subordinação**

[...] Eu conheço todas as médicas e todos os médicos, então tu já sabe o jeito de cada um. [...] Tu sabe quem tu tem que agradar mais. “Ai, vamos fazer isso hoje, Dr.?! Vamos lá tomar um cafezinho?”. Às vezes, eu não sabia tratar as pessoas, e eu fui aprendendo, infelizmente, na marra. Ou levava patada. (T1, UTI Adulto)

**Autocobrança**

[...] hospital é aquela coisa, tu tem horário para entrar e tu nunca vai conseguir sair exatamente na hora certinha. Se teu paciente está mal, tu não vai abandonar tudo e sair só porque é teu horário [de sair]. [...] Eu vou ficar ali até a hora que ele estiver estabilizado. (T2, UTI Adulto)

**Tentativa de separação entre vida profissional e vida pessoal**

Quando tiro férias, saio dos grupos para não ter contato com nada do hospital. [...] A gente tenta deixar o que está lá fora, lá fora, o que está aqui dentro, aqui dentro, mas nem sempre consegue. (T10, UTI Adulto)

**Aceitação**

A gente tem que estar preparado para dias calmos e dias mais eestresseantes. Duas, três paradas, porque é uma UTI, não é um spa, a gente não está em um hotel. (T5, UTI Adulto)

[...] Com o tempo tu vai entendendo o porquê que esse foi a óbito. É melhor do que se tivesse ficado. (T8, UTI Neo)

**Banalização**

No começo eu sentia bastante, eu chorava... [...] Depois tu acaba acostumando [...] quase todo dia tu massageia, o paciente morre, tu tem que fazer todos aqueles procedimentos e tu vai acostumando com aquilo. (T2, UTI Adulto)

### **Distanciamento**

[...] eu tento não saber muito sobre a história de vida do paciente. [...] Criança que às vezes a gente interna, de 11, 12 anos ali, é muito triste. (T1, UTI Adulto)

Acho que fiquei mais fria para lidar com familiar [...]. (T5, UTI Adulto)

### **Autocontrole**

[...] Tem gente que toma medicação para dormir, toma medicação para ficar tranquilo. Não, eu não vou tomar, porque no momento que tu começa tomar, tu vai tomar a vida inteira. [...] Então eu prefiro tentar me controlar mentalmente [...]. (T1, UTI Adulto)

Eu era muito chorona. Hoje eu aprendi a controlar sentimentos. (T4, UTI Adulto)

### **Resiliência**

A gente tem a capacidade de passar pelos desafios e tirar o melhor deles. Ser muito mais resiliente. Ver muita coisa e não me abalar [...]. (T10, UTI Adulto)

Fonte: Oliveira, et al. (2022, p. 04, op. cit.).