

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MORTE COMO DESAFIO AFETIVO PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE:
ANSIEDADE E SENTIMENTOS DE QUEM LIDA COM O PACIENTE
TERMINAL COM CÂNCER**

Daniella Antunes Pousa Faria

Natal
2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MORTE COMO DESAFIO AFETIVO PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE:
ANSIEDADE E SENTIMENTOS DE QUEM LIDA COM O PACIENTE
TERMINAL COM CÂNCER**

Daniella Antunes Pousa Faria

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Centro de Ciências da Saúde – para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientadora: Dra. Eulália Maria Chaves Maia

Natal
2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MORTE COMO DESAFIO AFETIVO PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE:
ANSIEDADE E SENTIMENTOS DE QUEM LIDA COM O PACIENTE
TERMINAL COM CÂNCER**

Coordenador do Curso de Pós-Graduação: PROF. ALDO DA CUNHA MEDEIROS

**MORTE COMO DESAFIO AFETIVO PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE:
ANSIEDADE E SENTIMENTOS DE QUEM LIDA COM O PACIENTE
TERMINAL COM CÂNCER**

Presidente da Banca: Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia (Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

Profa. Dra. Elisa Maria Parahyba Campos (Universidade de São Paulo)

Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres (Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

DEDICATÓRIA

Ao meu marido André, aos meus pais Marcos e Clara e aos meus irmãos, em especial minha irmã Débora, pela compreensão dos momentos de ausência e por todo apoio que me deram.

A todos os profissionais de saúde que diariamente possuem em sua rotina morte e o morrer como ofício. Que cuidam, compreendem, e dão apoio a todos os enfermos de nossos Hospitais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar forças para seguir este caminho que foi para mim muito difícil de enfrentar; a minha orientadora Dra. Eulália Maria Chaves Maia que com sua paciência, carinho, firmeza e dedicação, investiu e acreditou que este trabalho seria possível; Ao prof. João Carlos Alchieri que contribuiu para esta pesquisa; Ao departamento de Recursos Humanos do Hospital Luis Antônio, que contribuiu para a seleção dos profissionais aqui pesquisados. A estatística Janiere Lira que realizou a análise estatística da presente pesquisa. Ao Programa de Pós-Graduação em ciências da saúde da UFRN, aos meus pais, que mesmo sem saber me motivaram à continuar esta jornada; aos professores que incentivaram este trabalho; aos amigos que me apoiaram; e especialmente ao meu grande amor André Coelho que me ajudou não só na efetuação deste trabalho, mas que sempre esteve comigo me apoiando e compartilhando todos os momentos felizes e difíceis desta construção.

LISTAS DE TABELA

TABELA 1. Dados referente ao erro amostral.....	32
TABELA 2 Escores de A-Estado e A-Traço	33
TABELA 3. Escores de A-Estado segundo a categoria do profissional.....	34
TABELA 4 Resultados do teste de Qui-quadrado de Pearson.....	35
TABELA 5 Resultados da análise de Correlação.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
PTC	Paciente Terminal com Câncer
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
STAI	Spielberger State-Trait Anxiety
UTIs	Unidade de Terapia Intensiva
UCI	Unidades de Contexto Inicial
UCE	Unidades de Contexto Elementar

SUMÁRIO

Dedicatória	iv
Agradecimento.....	v
Listas tabelas.....	vi
Listas abreviaturas.....	vii
Resumo.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	3
3. ANEXAÇÃO DE ARTIGOS.....	8
3.1. ANEXAÇÃO DE ARTIGO	9
4. MANUSCRITO A SER ENVIADO	16
5. COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E CONCLUSÕES.....	40
6. APÊNDICES.....	45
7. ANEXO	48
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
9. Abstract.....	56

RESUMO

Trata-se de um estudo de delineamento transversal de caráter Multidisciplinar cuja seleção de população foi feita pelo setor de Recursos Humanos do hospital (composto de um administrador, um médico oncologista e uma psicóloga organizacional) onde foi realizado o estudo. Estes também colaboraram com informações importantes quanto ao trabalho dos profissionais aqui analisados, bem como informações concernentes ao funcionamento do hospital. Contamos também com um estatístico que contribuiu para o delineamento do estudo, realizando o cálculo amostral e contribuindo efetivamente da análise dos dados, em especial da análise estatística. A presente pesquisa objetivou avaliar o nível de ansiedade da equipe de saúde que lida com o paciente terminal com câncer, identificando os fatores que a ela associados, bem como os sentimentos dos profissionais frente ao atendimento destes pacientes. A amostra contou com 79 profissionais de saúde que lidam com paciente terminal com câncer, de um Hospital de referência de atendimento ao paciente oncológico no Brasil, na cidade de Natal (Rio Grande do Norte). Porém, houve uma perda amostral de 21%. Os dados foram coletados através de um questionário e do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Os resultados apontaram que 15% dos profissionais possuem A-Estado baixa, 70% Média e 15% alta. O ‘número de pacientes atendidos’ e ‘trabalhar em outra instituição’ interferiram na Ansiedade-Estado. Os Médicos foram os que obtiveram maior porcentagem de A-Estado alta (23%), seguido dos Auxiliares (16%), Enfermeiros (15%) e Técnicos de Enfermagem (15%). 73% afirmam sentir algum tipo de comportamento e/ou sentimento diferenciado ao atender os pacientes terminais. Os sentimentos mais destacados foram sofrimento e tristeza. A ‘criança’ foi apontada como sendo a faixa-etária mais difícil de se lidar quando se trata de terminalidade. Conclui-se que sobrecarga de trabalho e os duplos empregos podem interferir no nível de tensão e ansiedade do profissional. O lidar com a terminalidade, principalmente, quando se trata do atendimento à criança, poderá desencadear sofrimento psíquico. A realização de estratégias de apoio e treinamentos a fim de reduzir e/ou prevenir altos níveis de ansiedade e estresse, são indicados.

DESCRITORES: Equipe de saúde; ansiedade; doente terminal; câncer.

1. INTRODUÇÃO

Estudos têm apontado que a equipe de saúde das instituições hospitalares está em risco de estresse e tensão no trabalho⁽¹⁻⁵⁾, pois o cotidiano destes profissionais lhes exige o contato constante com a dor e a doença de seus pacientes⁽⁶⁾, além de lidar diariamente com diversos estressores ocupacionais, como trabalhar em um ambiente onde a morte e o morrer fazem parte do seu cotidiano^(3,7), com cargas excessivas de trabalho e escassez de recursos físicos, materiais e humanos⁽⁸⁾. Pesquisas apontam outras variáveis que podem maximizar esta tensão; O tipo de patologia que o profissional atende é considerado em alguns estudos. Há investigações que afirmam ser a oncologia uma das atividades caracterizadas como das mais estressantes⁽⁹⁾, embora haja divergências⁽¹⁰⁾. O fato é que lidar com pacientes portadores de câncer^(7,11) e com a terminalidade^(2,12) é descrito como ansiogênico, estressante e de grande exigência emocional para o profissional^(2,7,11), uma vez que a morte é tomada como uma falha em prestar eficientes e eficazes cuidados⁽¹³⁾.

Diante destes questionamentos e da ausência de estudos mais específicos em nosso meio, que avaliem o nível de ansiedade e os sentimentos dos profissionais de saúde, os quais lidam com pacientes terminais com câncer, esta pesquisa objetivou: 1. Avaliar o nível de ansiedade dos profissionais de saúde que lidam com o paciente terminal com câncer, de forma a identificar os fatores que influenciam esta última; 2. Identificar os sentimentos da equipe frente ao paciente terminal com câncer; 3. Identificar em que fase do desenvolvimento humano (criança, adolescente, adulto, e idoso, com suas correspondentes faixas etárias) destes pacientes os profissionais sentem mais dificuldade ao realizar seu trabalho; e 4. Qual a possível justificativa apontada por estes profissionais para a faixa-etária escolhida.

Nossas hipóteses foram que estes profissionais provavelmente devem apresentar sentimentos como de tristeza, impotência e angústia diante destes pacientes e altos níveis de ansiedade, fato que poderá interferir na saúde destes profissionais. É provavelmente a criança deverá ser apontada como a fase do desenvolvimento mais difícil para se lidar quando se trata de terminalidade e câncer.

A ansiedade é um dos indicadores do estresse⁽⁸⁾ e pode se tornar patológica à medida que se apresenta mais intensamente^(7,13). O agravamento desta situação poderá gerar síndromes, como por exemplo, a de *Burnout*^(7,15), comum em profissionais da saúde.

A população de referência de nosso estudo foram os profissionais de saúde que atendem pacientes terminais com câncer no Hospital Luis Antônio, localizado no município de Natal, instituição de referência de atendimento ao câncer no Estado do Rio Grande do Norte. Foram utilizados como critérios de inclusão: atender pacientes em estágio terminal em todas as faixas etárias e consentir participar da pesquisa. Os dados foram colhidos no período de 2005.2-2006.2. Para atingirmos nossos objetivos elaboramos um questionário previamente testado (Apêndice I), e para análise da ansiedade foi utilizado o Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)⁽¹⁶⁾, na versão brasileira, conhecida como IDATE, traduzido e validado em português⁽¹⁷⁾. Com esta pesquisa obtivemos os seguintes resultados:

I. Artigo publicado em periódico Qualis C internacional em Medicina II: Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. Publicado na Rev. Latino-Am. Enfermagem em Dezembro de 2007; II: Manuscrito a ser enviado para publicação; III – Trabalhos apresentados em eventos científicos (Apêndice II).

Com esta pesquisa esperamos contribuir para que se reconheçam os fatores desencadeantes da ansiedade destes profissionais, podendo identificar o nível de

ansiedade, bem como os sentimentos despertados quando eles estão trabalhando dentro desta realidade. Este saber poderá ainda facilitar a elaboração de estratégias de cuidado para os profissionais que se dedicam a este ofício, de forma a reduzir altos níveis de ansiedade e estresse, extremamente prejudiciais à saúde e ao desempenho do profissional.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Na literatura são diversos os estudos que mostram a relação entre a díade trabalho e saúde ^(1,4,5,18). Porém, estes nem sempre foram compreendidos como fenômenos interligados⁽¹⁸⁾. Na realidade, os especialistas levaram muito tempo para compreender que o trabalho é algo fundamental à saúde⁽¹⁸⁾. Os estudos de Dejour⁽¹⁹⁾ na década de 80 sobre a psicodinâmica do trabalho, enfatizam a centralidade do trabalho na vida das pessoas, analisando os aspectos dessa atividade que podem favorecer a saúde ou a doença do trabalhador. A ampliação no conceito de saúde abarcada no artigo 196 da Constituição do Brasil através da lei 8.080, o qual afirma que a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, acesso aos bens de serviços essenciais, entre outros, são fatores determinantes e condicionantes da saúde⁽²⁰⁾, foi também importante para esta compreensão.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1947, define a saúde não apenas como ausência de doenças, mas também como o completo bem estar biológico, psicológico e social, abrindo espaço para a compreensão e administração de fatores psicossociais da vida moderna, especialmente no ambiente de trabalho⁽²¹⁾. Neste contexto, atualmente já se reconhece tanto o valor positivo, quanto o negativo que o

trabalho traz ao homem, bem como o que é necessário para que um trabalho se configure como salubre ou insalubre⁽²²⁾.

Pesquisas descrevem que certos locais e/ou atividades podem trazer uma maior carga de estresse do que outras^(4,7,8). O hospital, por exemplo é citado como um ambiente “potencialmente de risco”^(4,6) para a saúde do trabalhador.

O hospital visto como um ‘ambiente potencialmente de risco’ à saúde do profissional tem como uma das justificativas o excesso de trabalho proporcionado a estes profissionais, devido a atual configuração do trabalho hospitalar, no qual as exigências transcorrem desde a produtividade, até a disponibilidade, eficiência e agilidade^(23,24).

Esta situação se torna ainda mais complexa no sistema público de saúde, no qual a precariedade dos serviços de saúde apresenta-se gravemente afetada. Considerando a realidade brasileira, é comum o profissional se deparar com uma defasagem entre o número de leitos e de pacientes, falta de recursos materiais e profissionais, prontos-socorros lotados com corredores repletos de macas e pessoas deitadas ao chão, unidades de emergências em que o profissional muitas vezes é colocado em uma situação que o obriga a ‘selecionar’ quem será atendido, ou quem usará um determinado aparelho, devido a falta de equipamentos, etc. ⁽²⁵⁾. Além disso, a má remuneração destes profissionais associada ao regime de turnos e plantões “abre uma perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, comum entre trabalhadores de saúde, especialmente em um país onde os baixos salários pressionam para tal. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que por si só danificam sua integridade física e psíquica” ^(3:59).

Além disso, estudos destacam que o fato desses profissionais lidarem diariamente com diversos estressores, como trabalhar em um ambiente onde a dor, a morte e o morrer fazem parte do seu cotidiano^(2,6,12,26). Lidar com estes aspectos tem sido descrito

na literatura como um fator estressante e ansiogênico, e de grande exigência emocional.^(2,26) Ocorre que na sociedade contemporânea a morte cada vez mais é destinada aos hospitais⁽²⁷⁾, especialmente às UTIs (Unidade de Terapia Intensiva) onde os pacientes se acham longe dos familiares e amigos. Assim, ao profissional de saúde cabe o cuidado do paciente que está morrendo^(11,12,26) devendo, desta forma, estar preparado para lidar com esta questão.

Esta realidade se agrava quando se trata de profissionais que trabalham com pacientes que sofrem de doenças graves⁽⁷⁾. Há investigações que afirmam que lidar com pacientes com câncer é estressante e de grande exigência emocional para o profissional da saúde^(2,7,10,11). Neste sentido, a cancerologia é uma especialidade que vem sendo descrita como particularmente estressante, isto ocorre devido a uma maior exposição à morte e ao conflito entre o objetivo de cura, para o qual todos os médicos são treinados, e a necessidade de prestar cuidados paliativos⁽²⁸⁾. Por isso, é comum estes profissionais apresentarem altos níveis de estresse, fadiga⁽²⁶⁾ e ainda desenvolverem a síndrome de *burnout* ^(7, 29). Tal síndrome foi descrita pela primeira vez pelo psicólogo H.J. Freudenberger, no ano de 1974, para descrever um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia, força e recursos⁽²⁹⁾.

É importante destacar que estudos apontam que dentre as principais causas evidenciadas da estafa profissional dos cancerologistas são: tempo insuficiente de férias, sentimento de impotência e expectativas irreais, raiva, frustração, dificuldade em lidar com perdas e assuntos relacionados a fontes pagadoras⁽³¹⁾.

Todavia, os estudos os quais apontam a oncologia como uma das atividades mais estressantes na saúde ainda são contraditórios^(10,32). De qualquer forma estudos também apontam que profissionais que lidam com oncologia necessitariam de um treinamento mais específico⁽³³⁾.

Se partirmos da premissa que atender pacientes com câncer pode ser uma atividade de grande exigência emocional para o profissional de saúde, podendo desencadear ansiedade, estresse^(29,33) e até mesmo síndromes como a de *burnout*⁽⁷⁾, em se tratando do atendimento a pacientes com câncer em estágio terminal, no qual entra em cheque a própria finalidade da relação médico-paciente, ou seja, a cura, a situação pode se tornar ainda mais complexa, pois como aponta a literatura, a morte no meio médico é tomada como uma falha em prestar eficientes e eficazes cuidados⁽¹¹⁾, principalmente quando se trata de crianças⁽¹³⁾.

Esta realidade se torna ainda mais complexa, uma vez que os profissionais de saúde muitas vezes não são preparados para lidar com a morte, já que em suas formações estes são treinados para lidar com restabelecimento da saúde perdida e com a manutenção da vida^(2,26). Embora saibamos que trabalhar com o paciente terminal seja trabalhar com a possibilidade da morte, de maneira geral a universalidade do morrer e a inevitabilidade da morte geram ansiedade para a sociedade ocidental moderna, incluindo os profissionais de saúde, que muitas vezes se sentem impotentes e frustrados frente à morte do paciente^(2,26), apresentando, portanto, dificuldade em enfrentá-la⁽²⁶⁾.

Além disso, a sociedade delega a estes profissionais a responsabilidade pela manutenção da vida⁽³⁴⁾, e quando esta ‘missão’ não pode ser alcançada, surgem, nestes profissionais, ansiedade, angústia e frustração. Sendo assim, é comum que as enfermarias de pacientes terminais sejam temidas, sendo inclusive comum nos hospitais, que profissionais modifiquem suas escalas para evitarem o confronto com o paciente terminal⁽¹²⁾.

Ocorre que como a medicina se tornou uma prática urbano-cêntrica e hospital-cêntrica⁽²⁰⁾, o hospital tornou-se o ‘*locus*’ privilegiado da prática médica, havendo conseqüentemente a transferência do local da morte, que sai de casa para o

hospital^(26,27,35). Donde a importância dos profissionais de saúde também se aterem e se prepararem para lidar com as questões relativas à morte, mesmo sendo a morte e a doença situações dolorosas⁽³⁶⁾.

Tendo em vista estas questões, são diversas as pesquisas que abordam as consequências que o trabalho hospitalar pode trazer para o profissional da saúde⁽¹⁻⁵⁾, porém, quando se trata especificamente do sintoma da ansiedade, estes estudos ainda são escassos, principalmente quando se trata de profissionais que lidam com pacientes terminais com câncer e de estudos que abordam os sentimentos destes profissionais frente à terminalidade e ao câncer.

No que se refere à ansiedade é importante salientar que esta se caracteriza por ser uma atitude fisiológica propulsora do desempenho, desencadeada no organismo, mediante ameaça ou situação de perigo (seja este real ou imaginário), ou ainda mediante uma pré – ocupação, ou seja, reação antecipada dirigida para o futuro a um evento que é novo, desconhecido^(14,16). Quanto aos sinais e sintomas associados à ansiedade, estes podem ser divididos em somáticos (objetivos) e psíquicos (subjetivos). Os sintomas somáticos, grosso modo, podem ser atribuídos a uma atividade desordenada do Sistema Nervoso autônomo, com evidente participação do Sistema Nervoso Central. Como sintomas somáticos Holmes⁽¹⁴⁾ destaca os sintomas autonômicos (taquicardia – podendo chegar a 220 ou mais batimentos por minuto, vasoconstricção, suor, aumento do peristaltismo, taquipnéia, piloereção, midríase), os musculares (dores, contraturas, tremores), os cenestésicos (parestesias, calafrios, adormecimentos), neuro-vegetativos (palidez, boca seca, sudorese, principalmente na palma das mãos, cefaléias), respiratórios (sensação de afogamento ou sufocação, entre outros). Dentre os sintomas tidos como psíquicos destacam-se os sintomas de humor (tensão, nervosismo, mal-estar

indefinido, insegurança, pânico, apreensão), os cognitivos (apreensão e preocupação)⁽¹⁴⁾.

Porém, a ansiedade pode se tornar patológica na medida em que a sensação da ansiedade se apresenta de forma intensa e/ou exagerada, ou ainda irracional e dissociada de situações tidas como ansiogênicas, passando, desta forma a prejudicar a vida do sujeito⁽¹⁴⁾.

Quanto aos transtornos de ansiedade estes se caracterizam pela presença de sintomas de ansiedade crônicos clinicamente significativos⁽³⁷⁾ e são tidos como o grupo mais prevalente dentre os transtornos psiquiátricos.⁽³⁸⁾ Geralmente os pacientes portadores de transtornos de ansiedade apresentam redução da qualidade de vida, com menor produtividade⁽³⁹⁾.

Portanto, as situações que causam ansiedade ao trabalhador podem gerar estresse, provocando desgastes não só emocionais, como também físicos, e o agravamento destas situações podem desencadear doenças⁽⁴⁰⁾.

3. ANEXAÇÃO DE ARTIGO

3.1. Artigo publicado na Rev. Latino-Am. Enfermagem em dezembro de 2007

Qualis C internacional em Medicina II

Título do artigo: Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. Volume15, número 8, dezembro 2007.

NURSING PROFESSIONALS' ANXIETY AND FEELINGS IN TERMINAL SITUATIONS IN ONCOLOGY

Daniella Antunes Pousa Faria¹
Eulália Maria Chaves Maia²

Faria DAP, Maia EMC. Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1131-7.

This study aimed to investigate, through a cross-sectional study, factors that influence anxiety levels and feelings of a nursing team who care for terminal patients with cancer. The sample consisted of 50 Nursing Assistants and Technicians from the Hospital reference on cancer care in Rio Grande do Norte, Brazil. Data were collected through the State-Trait Anxiety Inventory. Results showed that 69.8% of the professionals have medium anxiety levels and 30.2% have high levels of anxiety. The Number of Patients attended and "Working in another Institution" interfered in the anxiety levels. The most remarkable professionals' feelings were suffering and sadness, and Child was the most difficult age group to care for. Studies which develop support strategies to those health professionals are necessary to reduce and/or to prevent high anxiety and stress levels.

DESCRIPTORS: nursing; anxiety; terminally ill; neoplasms

ANSIEDADES Y SENTIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE TERMINALIDAD EN ONCOLOGÍA

Se trata de una investigación transversal que evaluó el nivel de ansiedad del equipo de enfermería que se dedica al enfermo terminal con cáncer, investigando los factores que influyen en este equipo, así como los sentimientos de los profesionales ante la atención a estos enfermos. Fueron analizados 50 auxiliares y técnicos de enfermería del hospital de referencia de atención al cáncer de Rio Grande do Norte, Brasil. Datos fueron recolectados a través de un cuestionario y del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Resultados revelaron que el 69,8% posee ansiedad-estado media y el 30,2% alta. El número de enfermos atendidos y "trabajar en otra institución" interfirieron en el nivel de ansiedad-estado. Los sentimientos más destacados fueron sufrimiento y tristeza, y 'niño' fue indicado como el grupo de edad más difícil de dedicarse. Se verifica la necesidad de estrategias de apoyo para los profesionales a fin de reducir y/o prevenir altos niveles de ansiedad y estrés.

DESCRIPTORES: enfermería; ansiedad; enfermo terminal; neoplasias

ANSIEDADES E SENTIMENTOS DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NAS SITUAÇÕES DE TERMINALIDADE EM ONCOLOGIA

Trata-se de investigação de caráter transversal que avaliou o nível de ansiedade da equipe de enfermagem que lida com o paciente terminal com câncer, procurando identificar os fatores que a influenciam, bem como os sentimentos dos profissionais frente ao atendimento destes pacientes. Foram analisados 50 auxiliares e técnicos de enfermagem do hospital de referência de atendimento ao câncer do Rio Grande do Norte. Os dados foram coletados através de questionário e do Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Os resultados revelaram que 69,8% dos profissionais possuem Ansiedade-Estado média e 30,2% alta. O número de pacientes atendidos e 'trabalhar em outra instituição' interferiram na Ansiedade-Estado. Os sentimentos mais destacados foram sofrimento e tristeza, e 'criança' foi apontada como sendo a faixa-etária mais difícil de se lidar. Verifica-se a necessidade de realização de estratégias de apoio para profissionais a fim de reduzir e/ou prevenir altos níveis de ansiedade e estresse.

DESCRITORES: enfermagem; ansiedade; doente terminal; neoplasias

¹ Psychologist, Specialist in Health Psychologist, Master student, Professor, Vale do Acaraú State University, UVA, Brazil, e-mail: daniella-ps@uol.com.br; ² PhD Professor, Rio Grande do Norte Federal University, Brazil, e-mail: emcmaia@ufmat.br

INTRODUCTION

Studies have demonstrated that health teams in hospitals are under the risk of stress and tension at work⁽¹⁻²⁾, especially those in nursing, highlighted as the 4th most stressing work in the public sector⁽³⁾. This risk of tension is due to the fact that these professionals deal every day with several occupational stressors, such as working in an environment where death and dying are part of their routine⁽⁴⁻⁵⁾, especially for professionals working with patients with severe diseases⁽⁵⁾, with excessive workload and lack of physical, material and human resources⁽⁶⁾. Other variables may maximize this tension; there are investigations that state that oncology nursing is one of the most stressing activities⁽⁷⁾, although there are controversies⁽⁸⁾. The fact is that dealing with cancer patients⁽⁹⁾ and with terminality⁽¹⁰⁾ is described as stressful and emotionally demanding for nursing professionals^(5,9-10), since death is seen as a failure to give efficient and effective care⁽¹¹⁾.

In Brazil this becomes more complex, because professionals frequently face a reality where there are more patients than beds, crowded emergency rooms, forcing them very often to select who will be cared for, and how they will be treated⁽⁴⁾.

Due to these issues and the absence, in our environment, of more specific studies monitoring the level of anxiety, and the feelings of the nursing team dealing with terminal cancer patients, this study aimed at: 1. Assessing the level of anxiety of the nursing team dealing with terminal cancer patients, to identify the factors that influence the last; 2. Identifying the feelings of the team regarding terminal patients with cancer; 3. Identifying in which stage of human development (childhood, adolescence, adulthood, or old age, in their corresponding age groups) of these patients they find it harder to perform their job; and 4. What is the possible explanation given by these professionals for the age group chosen?

It is important to highlight that anxiety is one of the stress indicators (personal depletion interfering in the life of individuals)⁽⁶⁾ and may become pathologic when it is more intensive⁽⁷⁾. Worsening of this situation may lead to syndromes, such as for example, the *Burnout*, that involves exhaustion, caused by an excessive burnout of energy. This syndrome is currently studied by several authors^(5,12), who point out the risk of burnout in health professionals, especially nursing that, as already mentioned, is a career considered extremely stressful^(3,12).

Thinking about these issues, we believe that the current study will help becoming aware of the triggering factors of anxiety in professionals dealing with dying cancer patients, enabling to identify the level of anxiety of these professionals, as well as the feeling they have when they are working within this reality. Being aware of this may help designing care strategies for professionals that dedicate themselves to this work, so as to reduce high levels of anxiety and stress, extremely harmful to health and to professional performance.

SUBJECTS AND METHODS

Sample

Fifty nursing professionals (Nurse Assistants and Technicians) from both genders of a reference hospital in the care for cancer in Rio Grande do Norte were contacted. It is worth mentioning that there was a sample loss of 07 participants, that refused to take part in the study, because they declared they had no time to answer to these instruments. Thus, the study had 43 professionals, 18 assistants and 25 technicians. Inclusion criteria used were: care for patients in terminal stage in all age groups, and written consent to take part in the survey.

Instrument

To assess anxiety, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)⁽¹³⁾ was used in the Brazilian version, known as IDATE. This instrument is the only assessing Trait Anxiety (A-Trait) and State Anxiety (A-State) and it has already been translated and validated into Portuguese⁽¹⁴⁾. IDATE is a self-applied inventory, made by two different scales designed to measure State (Part I) and Trait (Part II) of anxiety. A-Trait is defined as a relatively long lasting characteristic of subjects that goes beyond the boundaries of time and place, therefore, arising regardless of where they are or what they are doing. A-State refers to the moment or certain situation, to something external that triggers the process called anxiety⁽¹³⁾.

A questionnaire was also especially developed with the purpose of tracing the profile of the sample and to collect data referring to feelings of these professionals facing the situation of dealing with dying

cancer patients. To that end, the questionnaire approached the following issues: 1. If professionals notice any different feeling or behavior when dealing with terminally ill patients; 2. (If the previous answer was positive) Description of the feeling and/or behavior; 3. Description of the age group of the terminal patient where professionals are more encouraged to perform their work and the age group where they are less encouraged; and 4. Explanation for considering a certain age group as the most difficult to work with.

Collection of the data

Data were obtained after approval by the Ethical Committee in the period of 2005.2-2006.1. Initially the researcher explained to nursing professionals the objectives of the survey and the instruments that would be used. When patients agreed to take part on a survey, they gave their written consent, and then IDATE and the questionnaire were individually applied. The time to perform all procedure was approximately 20 minutes.

Anxiety scores obtained through IDATE were assessed following the guidelines of the instrument⁽¹³⁾, then they were tabulated and underwent, together with the data from the questionnaire to statistical analysis using the *Statistic* program, version 6.0. To assess the outcomes obtained at IDATE, the following theoretical and methodological reference has been considered⁽¹⁴⁾: scores under 33 correspond to low level of anxiety, scores between 33 and 49, medium level of anxiety, and above 49, a high level of anxiety. For content analysis of the descriptive content of the questionnaire, a computer program for Lexical Analysis through Context of a Text Segment, ALCESTE* was used.

OUTCOMES

Regarding the profile of the sample, data demonstrated that 88% of professionals surveyed were female, 40% were in the age group from 30 to 34. Regarding marital status, 53% is single, and 44%

married. 30% of these professionals have worked in the institution from 12 to 24 months, 16% from 13 to 24 months, and 16% more than 97 months. Regarding daily working hours, 74% of them work 6 hours a day, and 26% 8 hours. Concerning the number of patients cared for every day, 34% take care of up to 10 patients, 21% of 11 to 15 patients, and 18% from 16 to 20 patients.

It was observed that the medium level of anxiety of assistants and nursing technicians is 48.14 for A-State and 46.74 for A-Trait, with standard deviation of 5.88 and 6.18, respectively. Regarding categorization of this outcome, according to the theoretical reference used⁽¹⁴⁾, 69.8% of these professionals present medium level of A-State (scores from 33 to 49) and 30.2% presented high level of A-State (score above 49). Regarding A-Trait, 74.4% presented medium level, and 25.6% high level.

To assess which qualitative variables studied would influence A-State, Pearson's Chi-square test was applied. We could see that one categorical variable (works for another institution) is associated with A-State of nursing professionals, since p -value < 0.05 (Table 1).

Table 1 - Pearson's Chi-square test for A-State variable

State Anxiety	P-Value
State Anxiety x Gender	0.59614
State Anxiety x Marital Status	0.28798
State Anxiety x Works in another institution	0.01930
State Anxiety x Perception of different behavior	0.74590
State Anxiety x Age group that is harder to work with	0.88896
State Anxiety x Age group that is easier to work with	0.56222
State Anxiety x Professional category (Assistant/Technician)	0.25430

This means that A-State is associated with these professionals working or not in other institutions. The proportion of high anxiety is greater when professionals work in another institution. When Correlation Analysis between A-State and Age, Time working in the institution, number of hours worked per day and number of patients cared for per day was performed, we could see through the matrix of correlation that A-State is correlated with the **number of patients cared for per day** ($r=0.49$) with a value of 49% for a 5% significance level (p -value <0.05) (Table 2).

This program performs the analysis in four stages. The first organizes the material recognizing the unities of initial context (IUC), formed by the interviews, dividing them into text segments with similar size (called "Unities of Elementary Context" or UEC), grouping the occurrence of words according to their roots and performing calculations of their respective frequencies. Then, it classifies simple headings or the UEC, to obtain the greatest possible value in a test of association (Chi-square). On the third stage the classes found are described. In the level of analysis, there are made of several text segments (UEC) that have similar vocabulary. At the interpretative level, they are considered indicators of different notions. On the fourth stage, the UEC are provided with characteristics of each class, providing the context in which their vocabulary occurs.

Table 2 - Correlation matrix for variable a-state

Correlation Matrix	A-State	Age	Time working (in months)	Number of hours worked	Number of patients cared for
A-State	1.00	0.26	0.22	-0.06	0.49
Age	0.26	1.00	0.54	0.09	0.06
Time working	0.22	0.54	1.00	0.36	0.21
Number of hours worked	-0.06	0.09	0.36	1.00	0.11
Number of patients cared for	0.49	0.06	0.21	0.11	1.00

When this same analysis was performed for A-Trait, it was possible to see that A-Trait presented a mild correlation with **Age** and with **Time working in the institution** $r=0.2$ and $r= 0.32$ (respectively) (Table 3).

Table 3 - Correlation matrix for variable A-Trait

Correlation Matrix	A-Trait	Age	Time working (in months)	Number of hours worked	Number of patients cared for
A-Trait	1.00	0.42	0.32	-0.14	0.21
Age	0.42	1.00	0.54	0.09	0.06
Time working	0.32	0.54	1.00	0.36	0.21
Number of hours worked	-0.14	0.09	0.36	1.00	0.11
Number of patients cared for	0.21	0.06	0.21	0.11	1.00

That is, 42% of the variation in the A-Trait is due to the variation in Time working in the institution, for a 5% significance level (p -value <0.05). When the correlation of variable A-State was performed with variable A-Trait and the variables mentioned above, it was seen that A-States presents a mild correlation with **A-Trait** and with **number of patients cared for in the day** ($r = 0.53$ and $r = 0.49$ respectively), for a 5% significance level (p -value <0.05).

Although Correlation and Chi-Square tests previously performed had demonstrated **the number of patients cared for per day and working in another institution** as the only variables related to A-State, all variables considered in the questionnaire have been considered (Refer to Table 1 and Table 2) to perform Linear regression using the process *Backward Stepwise* to select variables, using A-State as a dependent variable. Outcomes of ANOVA ($p=0.001931$) demonstrated that there are strong evidences that the adjusted model demonstrate the relationship between the dependent and independent variable. For the relationship described in the model, independent variables selected explain 23.71% ($R^2 = 0.23715867$) of the variation of A-State of the professionals assessed, where only the variable **number of patients cared for** was significant to

make the model. Based on the regression model ($Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \epsilon$), in which the parameters β_0 and β_1 represent the regression coefficients, Y represents the dependent variable, X_1 , the independent variable, and ϵ the error; the regression model estimated was: $\hat{y} = 44.388 + 0.197 X$, when: \hat{y} = Estimated A-State, and X = number of patients cared for per day. This means that:

Estimated A-State = 44.88 + 0.9718 * number of patients cared for per day

Regarding feelings of health professionals facing the terminal patient and cancer, outcomes demonstrated that 65% of professionals stated they felt different when they treat patients in this situation. Among this 65%, 25% stated they suffered and felt sad, 17% felt anguish, 7% had feeling of hopelessness, 5.1% fear, 5.1% attention, 5.1% apprehension, 5.1% love, 5.1% life, 5.1% humanity, 5.1% loss, 5.1% delicate, 5.1% needy, 5.1% concern. Additionally, 77% of nursing assistants and technicians point out **children** as the age group where they find most difficult in this type of care. On the other hand, 42% of professionals say that the elderly is the age group where they have less trouble caring for when they are terminally ill.

To understand the outcomes above, using ALCESTE, the explanation given by these professionals for the choice of age group that most mobilized them emotionally when dealing with terminally ill cancer patient was assessed, in this case, the group was children. It is important to highlight that we will examine the fourth stage of this program, that is, the stage where the UCE most characteristic of each Class is given, so we can have the context where the vocabulary was used. ALCESTE has identified the presence of 4 classes. However, only Class 1 was assessed, corresponding to the professionals (77%) that pointed out children as the most difficult age group to deal with when caring for terminal patients. The other classes were made by professionals that pointed out the remaining age groups (adolescent, adult, or elderly) as the most demanding for them when dealing with terminal patients. In this process, ALCESTE identified that in the narrative of these professionals there are some words that were more frequently used in the speech, making it possible to build a representation of what these professionals feel and think when they care for patients in this reality. The Lexical Analysis performed by ALCESTE in the narrative of these professionals highlighted the

presence of 4 most significant words in Class 1: 'Not' (Chi-Square = 17.56), 'Lived' (Chi-Square = 10.86), 'Yet/Still' (Chi-Square = 10.86), and 'a lot' (Chi-Square = 8.55). ALCESTE selects these words based on the answers described by professionals and the greater the Chi-square, the more significant the word is in the speech. Thus, the explanation given by these professionals for the difficulty in dealing most with children was guided by the reason that children "have still not lived a lot" and because of that they got more involved when children are terminally ill. The following statements can be an example:

...I find it hard to see children sick, I am very touched. I remember my grandchildren that still have a lot to live they have just lived a little and are already dying... C.L.U (Nurse Technician).

...Because they are young patients, children, they have their whole life ahead of them and this situation is very sad, one may be angry, despaired and so on in this situation. The family get sad and professionals too... C.L.U (Nurse Assistant).

ANALYSIS

Based on these outcomes, it was observed that mean level of A-State (48.14) and of A-Trait (46.74) corresponded to mean level of anxiety according to the reference used⁽¹⁴⁾. This means that, overall, in these professionals anxiety, both as a personality trait and as due to a reaction to a certain event (in this case, the anxiety after caring for a patient with cancer terminally ill) is in the middle level. However, we must point out that value A-State is almost surpassing the maximum value to consider it High Anxiety (>49), and also that level A-Trait was lower than A-State, suggesting that the situation these professionals face (caring for terminally ill patients) increased their level of anxiety in some way. On the other hand, IDATE was not applied before and after the exposure of professionals to terminal patients, preventing us to state more precisely that this increase in anxiety comes from this care, also because surveys show that hospitals are stressful and lead to anxiety⁽⁴⁾. Thus, this increase in anxiety may be only due to hospital work.

For our sample only the **Number of patients cared for per day and Working in another Institution** presented significant correlation for A-State. Therefore, the more patients professionals see every day, the greater their A-State will be. Thus,

high Number of patients cared for per day and working in another institution would be risk factors for these professionals dealing with this demand. More precisely: Multiple Linear Regression could build a model where it is estimated that, on average, A-State increased 0.197 for each increase of one patient cared for per day by these professionals. A similar conclusion was published by a survey where the outcomes show that Lithuanian General Practitioners that have high load of patients are at risk of stress⁽¹¹⁾. Double jobs are also pointed out as source of stress and tension for health professionals⁽¹²⁾.

Although the literature points our variables such as the number of hours worked⁽²⁾ as a factor contributing to tension and anxiety of professionals; in this sample correlations between anxiety and this variable were not seen. There are studies that present a correlation between level of tension and age⁽¹²⁾. In the present survey, a similar outcome was presented, with a small correlation between A-Trait (anxiety as a more stable characteristic of the subject) with **Age and Time working in the Institution**: the greater the age and the time working in the institution, the greater A-Trait was. If A-Trait increases with the advance of Age and Time Working in the Institution and if it is correlated with A-State as suggested by the literature⁽¹³⁾ and the statistical analysis of our study, this means that Age and Working time will not only increase A-Trait but also A-State. This suggests that dealing with this reality may lead to, in the long run, an increase in anxiety of the subject, making this job risky to the health of professionals.

Another essential fact to the discussion in the practice of these professionals is the issue of the death of patients. According to some studies the possibility of death of patients may lead to stress and a feeling of powerlessness of health professionals⁽¹⁰⁾. This may be understood because society makes these professionals accountable for maintaining life⁽⁴⁾, and when this "mission" cannot be reached it leads to anxiety, despair and frustration^(4,10). This has also been demonstrated by our study, when 65% of the professionals studied stated that they felt different when they cared for terminal patients, they have also stated feelings such as suffering, sadness, anguish, powerlessness, fear, apprehension, concern. These feeling presented in our study were similar to those of a survey⁽¹⁰⁾ with cancer physicians of the city of São Paulo/SP, and it was identified that in 80% of the sample, the feelings regarding terminal patients were

of powerlessness, sadness, pity, distress, frustration, indignation, anxiety, depression, suffering, anguish, emotional exhaustion, failure, and dissatisfaction. Thus, terminal diseases are frequently feared, and it is common that in hospitals, professionals change their shifts to avoid dealing with terminal patients.

Avoiding death in hospitals, however, is not possible, because as medicine had become a practice urban-center and hospital-center, hospitals have become the privileged "site" of death, and in terminal patients, this reality becomes even more present and objective, demanding a realistic attitude of professionals regarding their patients who are dying⁽¹⁰⁾. In addition to the issue of terminality, for professionals surveyed, there is another complementary issue: the stigma of cancer as a fatal disease^(9,10), which may lead to tensions and anxiety for these professionals^(5,10). However, it is still unknown if **working with cancer patients** is a more stressful activity than others, because the studies in this area are contradictories⁽²⁾.

On the other hand, we may conclude that **childhood** was the development phase that was most difficult for the assessed professionals to deal with regarding terminal cancer. Overall, the explanation given by these professionals was that children in terminal stage are more difficult to deal with because they have not lived enough and have their whole lives ahead of them. This was one of the initial hypotheses of this study, since death, especially during childhood, is many times seen as medical failure⁽¹¹⁾. It is as if childhood death was something unacceptable, against the natural order, and thus, it is transferred to a remote time, the elderly. Therefore, death of the elderly is more acceptable than that of the young people by the team⁽¹⁵⁾. This perception seems to be shared by members of our study when most of them pointed out the elderly as the age group where they found it easier to care in terminal stage.

REFERENCES

1. Vanagas G, Bihari-Axelsson S. Interaction among general practitioners age and patient load in prediction of job strain, decision latitude and perception of job demands. A cross-sectional study. *BMC Public Health* 2004; 4(59):1-6.
2. Stacciarini JMR, Troccoli B. O estresse na atividade ocupacional do Enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 março-abril; 9(2):17-25.
3. Ortiz GCM, Platino NAM. El stress y su relación con las condiciones de trabajo del personal de enfermería. *Rev Invest Educ Enfermería* 1991; 9(2):91

From this study, it was possible to understand better the emotional aspects of the nursing team facing terminality and cancer, issues that lead to anxiety and stress^(1,4). However, it is important to highlight that this study presents limitations: first, it represents the experience of a single Cancer center, although it is a reference in the State of Rio Grande do Norte; another aspect is the refusal of some professionals to take part in the study, because they had no time. Additionally, we cannot say that the increase in the level of anxiety of these professionals is because they deal with cancer and terminality, this could only be possible if the test had been applied in two times - before and after care - and the performance of the survey in another institution dealing with another specialty rather than oncology.

Last, the outcomes of the survey, suggest the need for intervention models of care, as for example, support groups, and/or reflection groups, for health professionals facing this reality, because the emotional suffering of these professionals may interfere not only in their health but also in the quality of care. Thus, further studies are necessary to deepen these issues and also, other studies that not only design but also make support strategies viable for health professionals dealing with terminality so as to contribute to the prevention of occupational diseases and to improve the quality of life of professionals and their patients. These surveys will definitely corroborate the prevention of occupations diseases.

ACKNOWLEDGEMENTS

Our acknowledgements to professor João Carlos Alchieri from the Department of Psychology at the Federal University of Rio Grande do Norte and to professor Horácio Accioly Júnior from the Department of Physical Education at the Federal University of Rio Grande do Norte.

4. Sebastiani RW. O ideal de cura no hospital e as manipulações da morte. *Os Limites da vida: Simpósio realizado na Santa Casa São Paulo*; 1993 novembro 34-37 São Paulo, 1993.
5. Dorz S, Novara C, Sica C, Sanavio E. Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychol Health* 2003; 18(5):677-84.
6. Velázquez MEU, Martínez AMS, Rios EV, Elizondo, MEG, Ledezma MAL, Ramírez MTE, et al. Ansiedad laboral en personal de enfermería. *Atención Primaria* 1999 febrero; 23(3):116-20.
7. Johnson MN. Anxiety/stress and effects on disclosure between nurses and patients. *Adv Nurs Sci* 1979; 1:1-20.

8. Wilkinson SM. Stress in cancer nursing: does it really exist? *Adv Nurs* 1994; (20): 1079-84.
9. Corner J. Nurse's experience of cancer. *Eur Cancer Care* 2002; (11):193-9.
10. Klafke TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: *Carsola RMS. Da morte: estudos brasileiros. Campinas (SP): Papirus; 1998 p.25-50.*
11. Graves S, Aranda S. When a child cannot be cured: reflections of health professionals. *Eur Cancer Care* 2005; 14(2):132-40.
12. Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. Job Satisfaction and burnout in general practitioners. *Atención Primaria* 2003; 31(4):227-33.
13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Rio de Janeiro (RJ): CEPA; 1979. p.1-57.*
14. Goresnstein C, Andrade L. Validation of Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz Med Biol Res* 1996; (29):453-7.
15. Gonçalves LHT, Schneider P. Enfermagem e o idoso hospitalizado em condição terminal. *Acta Paul de Enfermagem* 2001; 14(1):72-81.

4. MANUSCRITO A SER ENVIADO

a) Título:

Ansiedade e Sentimentos dos profissionais de saúde perante o paciente terminal com câncer

Anxiety and Feelings of Health Professionals who care for Cancer Terminally Ill.

b) Autores:

Daniella Antunes Pousa Faria

Eulália Maria Chaves Maia

c) Instituição a que cada autor está afiliado: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Rua General Cordeiro de Farias, S/n, 2º Andar, Sala da Secretaria do PPGCSA, CEP – 59012-570.

d) Nome do departamento e da instituição onde o trabalho foi realizado: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN

e) Autor responsável para troca de correspondência: Dra. Eulália Maria Chaves Maia: Rua Seridó, nº 754, apto 902, Bairro Petrópolis, Natal/RN, CEP 59020-010. Tel. 0(XX) 84-3202 2886. E-Mail:emcmaia@ufrnet.br

f) Este artigo é fruto da pesquisa de mestrado da aluna Daniella Antunes do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCSA).

RESUMO

OBJETIVO: avaliar o nível de ansiedade da equipe de saúde que lida com o paciente terminal com câncer, identificando os fatores que a influenciam, bem como os sentimentos dos profissionais frente ao atendimento destes pacientes.

MÉTODO: Estudo de delineamento transversal com 79 profissionais de saúde de um Hospital de referência de atendimento ao paciente oncológico no Brasil, na cidade de Natal (Rio Grande do Norte), que lidam com paciente terminal com câncer. Houve uma perda amostral de 21%. Os dados foram coletados através de um questionário e do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). **RESULTADOS:** 15% dos profissionais possuem A-Estado baixa, 70% Média e 15% alta. O ‘número de pacientes atendidos’ e ‘trabalhar em outra instituição’ interferiram na Ansiedade-Estado. Os Médicos foram os que obtiveram maior porcentagem de A-Estado alta (23%), seguido dos Auxiliares (16%), Enfermeiros (15%) e Técnicos de Enfermagem (15%). 73% afirmam sentir algum tipo de comportamento e/ou sentimento diferenciado ao atender os pacientes terminais. Os sentimentos mais destacados foram sofrimento e tristeza. A ‘criança’ foi apontada como sendo a faixa-etária mais difícil de lidar quando se trata de terminalidade. **CONCLUSÃO:** Sobrecarga de trabalho e os duplos empregos podem interferir no nível de tensão e ansiedade do profissional. O lidar com a terminalidade, principalmente, quando se trata do atendimento à criança, poderá desencadear sofrimento psíquico. A realização de estratégias de apoio e treinamentos, a fim de reduzir e/ou prevenir altos níveis de ansiedade e estresse, são indicados.

DESCRITORES: Equipe de saúde; ansiedade; doente terminal; câncer.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Evaluating health professionals' anxiety levels who care for cancer terminally ill and their feelings about that work as well as identifying the factors which have influence on it. **METHODS:** Cross-sectional study with 79 health professionals from the Hospital which is a reference on cancer caring in Brazil situated in the city of Natal, state of Rio Grande do Norte. There was a sample loss of 21%. Data were collected through a questionnaire and State-Trait Anxiety Inventory (STAI). **RESULTS:** Results showed that 15% of the professionals have low State Anxiety levels, 70% Medium State Anxiety levels and 15% high State anxiety levels. The Number of Patients and Working in another Institution have interfered in the anxiety levels. Doctors have got the highest high State Anxiety percentage (23%). Afterwards Nursing Assistants (16%), Nursing (15%) and Technicians (15%). 73% of them declare to feel some sort of different behavior and/or feelings in caring for terminally ill. The most remarkable professionals' feelings were Suffering and Sadness, and 'Terminally ill Children' was the most difficult age group to care for. **CONCLUSIONS:** work overload and having more than one job can interfere in professional stress levels and anxiety. Dealing with terminally ill, specially children one, can cause on the professionals psychological suffering. It's recommended the development of supporting and training strategies to reduce and/or to prevent Stress and Anxiety high levels.

KEYWORDS: Health professional; Anxiety; Terminally Ill; Cancer.

INTRODUÇÃO

Especial atenção tem sido dada às conseqüências que o trabalho hospitalar pode causar à saúde e ao desempenho dos trabalhadores deste local.¹⁻⁴. O hospital e a atividade lá desenvolvida podem ser estressantes e ansiogênicos, ocasionando conseqüências negativas à saúde do trabalhador.¹⁻³. Esta realidade é fruto não só da atual configuração do trabalho hospitalar, caracterizado por longas jornadas de trabalho e metas a atingir⁵, mas pelo próprio ofício destes profissionais ser permeado por dor, sofrimento e morte.³⁻⁶. Estes aspectos poderão tornar o trabalho “insalubre”.⁶.

A patologia com que o profissional trabalha também pode ser um fator que promove ansiedade e estresse.^{7,8}. Como exemplo autores destacam o câncer.^{7,9}. A terminalidade também é apontada como produtora de tensão, pois a principal finalidade da relação médico-paciente – a cura – é posta em cheque¹⁰: no meio médico a morte é tomada como uma falha.¹¹.

Conforme o autor a ansiedade é um dos indicadores do estresse¹², podendo se tornar patológica à medida que se apresenta mais intensamente, causando ainda esgotamento.¹³.

Diante da ausência de estudos mais específicos que monitorem o nível de ansiedade e os sentimentos da equipe de saúde que lida com pacientes terminais com câncer, esta pesquisa objetivou: 1. Avaliar o nível de ansiedade da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos) que lida com o paciente terminal com câncer, de forma a identificar os fatores que a influenciam; 2. Identificar os sentimentos da equipe frente ao paciente terminal com câncer; 3. Identificar em que fase do desenvolvimento humano (criança, adolescente, adulto, e idoso) destes pacientes os profissionais sentem mais dificuldade

ao realizar seu trabalho; e 4. Qual a possível justificativa apontada por estes profissionais para a faixa-etária escolhida.

MÉTODO

O estudo teve delineamento transversal e sua população de referência foi composta por profissionais de saúde que atendem pacientes terminais com câncer de um Hospital de referência de atendimento ao paciente oncológico no Brasil, na cidade de Natal (Rio Grande do Norte), num total de 133 profissionais, dos quais foram analisados 79 profissionais de saúde de ambos os sexos.

O plano amostral utilizado foi amostra aleatória estratificada usando alocação proporcional, que considera os custos e as variâncias iguais em todos os estratos. Segundo a categoria profissional a população de referência (total de 133 profissionais de saúde que lidam com pacientes terminais com câncer) se encontrava distribuída da seguinte forma:

- Médicos - 28
- Enfermeiros - 17
- Auxiliares de enfermagem - 36
- Técnicos de enfermagem - 41
- Outros – 11

Sendo assim, tendo em vista a população de referência, já especificada anteriormente, a amostra seria constituída por um total de 100 profissionais de saúde, sendo subdividida da seguinte forma:

- Médicos - 21
- Enfermeiros - 13
- Auxiliares de enfermagem - 27
- Técnicos de enfermagem - 31
- Outros - 8

Todavia, a amostra obtida foi de 79 profissionais, subdividida da seguinte forma:

- Médicos - 13
- Enfermeiros - 13
- Auxiliares de enfermagem - 19
- Técnicos de enfermagem - 26
- Outros – 8

Portanto, nesta pesquisa houve uma perda amostral de 21%, pois dos 100 questionários obtidos na coleta de dados, 21 foram excluídos, devido ao preenchimento incompleto e/ou incorreto do inventário e/ou do questionário. Assim, a amostra ficou composta por 79 unidades amostrais (sendo 13 médicos, 13 enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem, 19 auxiliares de enfermagem, 05 nutricionistas, 01 assistente social, 02 psicólogos), fornecendo um erro amostral de aproximadamente 7%, conforme mostra a tabela 1. Vale salientar que tal perda não afeta a representatividade da amostra, provocando apenas um aumento do erro nas estimativas.

Foram utilizados como critérios de inclusão: atender pacientes em estágio terminal em todas as faixas etárias, consentir participar da pesquisa.

Para análise da ansiedade foi utilizado o Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)¹⁴, na versão brasileira conhecida como IDATE. Este instrumento é o único que mede a Ansiedade-Traço (A-Traço) e a Ansiedade-Estado (A-Estado) e já foi traduzido e validado em português.¹⁵. O IDATE é um inventário auto-aplicável composto por duas escalas distintas elaboradas para medir Estado (Parte I) e Traço (Parte II) de ansiedade. Define-se a A-Traço como uma característica relativamente duradoura do sujeito, que, em certa medida, vai além das fronteiras de lugar e tempo, surgindo então à revelia de onde ele está ou do que está fazendo. Já a A-Estado se refere a um momento ou situação particular, a algo externo que veio desencadear o processo denominado ansiedade.¹⁴.

Utilizamos também um questionário especialmente desenvolvido, já utilizado em estudo piloto, com objetivos de traçar o perfil da amostra, colher dados referentes à rotina de trabalho e aos sentimentos dos profissionais frente à situação de lidar com o Paciente Terminal com Câncer (PTC).

Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa no período de 2005.2-2006.2. A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos exigidos pela Declaração de Helsinque.

Ambos os instrumentos foram aplicados individualmente, após o profissional atender um paciente terminal. O tempo para respondê-los foi de aproximadamente 25 minutos.

Os escores de ansiedade obtidos por meio do IDATE foram avaliados segundo as normas do instrumento¹⁴, sendo posteriormente tabulados e submetidos, assim como os dados do questionário, a análises estatísticas através do programa *Statistic*, versão

6.0. Para avaliação dos resultados obtidos no IDATE foi considerado o seguinte referencial teórico e metodológico¹⁵: escores <33 correspondem a nível baixo de ansiedade, escores ≥ 33 e ≤ 49 , nível de ansiedade médio, e >49, nível alto de ansiedade. Para a análise do conteúdo descritivo do questionário foi realizado o *software* ALCESTE¹ 4.5¹⁶, Análise Léxica por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto.

RESULTADOS

No que se refere ao perfil da amostra, os dados revelaram que 33% dos profissionais encontram-se na faixa de 25 a 29 anos, sendo 86% do sexo feminino e 14% do sexo masculino. Quanto ao Estado Civil 48% dos profissionais são casados e 48% solteiros. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, 37% trabalham há mais de 60 meses, e 22% de 13 a 24 meses. 52% dos profissionais trabalham 6 horas por dia e 41% 8 horas. 38% atendem até 15 pacientes por dia. 39% dos profissionais trabalham em outra instituição.

¹ Este programa executa a análise em quatro etapas. A primeira organiza o material reconhecendo as unidades de contexto iniciais (UCI) que são constituídas pelas próprias entrevistas, dividindo-as em segmentos de texto de tamanho similar (denominados "Unidades de Contexto Elementar" ou UCE), agrupando as ocorrências das palavras em função das suas raízes e realizando o cálculo das suas respectivas frequências. Posteriormente classifica os enunciados simples ou as UCE, de forma a obter o maior valor possível numa prova de associação (*Qui-quadrado*). Na terceira etapa são descritas as classes encontradas. No nível analítico, elas são compostas de vários segmentos de texto (UCE) que têm vocabulário semelhante. No nível interpretativo, elas são consideradas indicadores de diferentes noções. Na quarta etapa são fornecidas as UCE mais características de cada classe, permitindo que se tenha o contexto de ocorrência do vocabulário das mesmas.

O nível médio de ansiedade dos profissionais é de **40,89** para A-Estado, e **38,18** para A-Traço, com um desvio padrão de 8,19 e 8,44 respectivamente, sendo distribuídos conforme a Tabela 2. A tabela 3 apresenta a distribuição destes resultados segundo a categoria do profissional. A maioria (70%) dos profissionais obteve A-Estado Média. No que se refere a A-Estado alta, os **Médicos** foram os que obtiveram maior porcentagem de A-Estado alta (23%), seguido dos **Auxiliares** (16%), **Enfermeiros** (15%) e **Técnicos de Enfermagem** (15%). Ressalta-se que na equipe médica verificamos que nenhum profissional apresenta A-Estado baixa.

Com o objetivo de verificar quais das variáveis estudadas teriam influência sobre a A-Estado aplicamos os testes Qui-Quadrado de Pearson e a Análise de Correlação.

O teste Qui-Quadrado de Pearson revelou que dentre as cinco variáveis analisadas apenas uma (trabalha em outra instituição) está associada a A-Estado (Tabela 4).

Através da matriz de correlação constatamos que a A-Estado está correlacionada com o '**nº. de pacientes atendidos ao dia**', com uma correlação de 0,24 (24%). Portanto, existe uma fraca associação entre a A-Estado e o nº. de pacientes atendidos, a um nível de significância de 5% (p-valor <0,05) (Tabela 5).

Embora para este trabalho tenhamos privilegiado a A-Estado, uma vez que se pretende identificar a ansiedade dos profissionais de saúde frente ao paciente terminal com câncer, não podemos deixar de citar, mesmo que brevemente, os resultados da A-Traço.

Através do teste Qui-Quadrado de Pearson verificamos que o '**Estado civil**' está associado à A-Traço. A proporção de ansiedade alta é maior quando os profissionais são casados. A matriz de correlação verificou que a A-Traço está correlacionada com a

‘Idade’ (39%) e com o **‘Tempo de trabalho destes profissionais na Instituição’** (29%).

Com relação à percepção de algum comportamento e/ou sentimento diferenciado ao atender PTC, verificamos que a maioria dos profissionais (73%), sente algum tipo de comportamento e/ou sentimento diferenciado em relação a esses pacientes. Os mais evidenciados foram sofrimento e tristeza (45%) e angústia (15%).

Com relação à faixa etária que mais sente dificuldade ao realizar o trabalho com PTC, 81% dos profissionais destacaram a **‘criança’** como a fase do desenvolvimento mais difícil de se trabalhar. Em relação à faixa etária que menos sentem dificuldade, 51% dos profissionais apontaram os **‘idosos’**.

Quanto à análise quantitativa de dados textuais realizada pelo programa ALCESTE¹⁶ na narrativa dos profissionais, no que se refere à justificativa apontada por estes para o motivo que os levaram a apontar determinada faixa-etária como sendo a mais difícil de se lidar quando se trata de PTC, verificamos os seguintes resultados: O *corpus* analisado no presente estudo é composto de setenta e nove (79) unidades de contexto inicial (UCI) ou entrevistas. Ele foi dividido em 82 segmentos Unidades de Contexto Elementar (UCE), que continham 1337 palavras diferentes. Desconsideramos palavras com frequência igual ou inferior a três, uma vez que estes eram irrelevantes estatisticamente. Após a redução dos vocábulos às suas raízes obtivemos 561 formas analisáveis e 318 instrumentais. O programa identificou quatro classes de segmentos de texto diferentes entre si. Somando-se as UCE por classes obtivemos um total de 53 UCE.

Na Classe 1 observamos a presença de 12 UCE, sendo destacados, nesta classe, os técnicos e auxiliares de enfermagem apontando a criança como a faixa etária que mais lhes causa mobilização quando se trata do atendimento ao paciente terminal com

câncer, pelo fato de estas ainda ‘não terem vivido o suficiente’. Das 12 UCE destacadas pelo ALCESTE¹⁶, evidenciamos 04 palavras mais significativas, uma vez que as demais são conjunções, artigos e radicais. São elas: ‘**Não**’ (Qui-quadrado=17,56), ‘**Viveu**’ (Qui-quadrado=10,86), ‘**Ainda**’ (Qui-quadrado=10,86), e ‘**Muito**’ (Qui-quadrado= 8,55). Como exemplo segue a narrativa:

- P.G.A. (Auxiliar de Enfermagem) – “[...] *Lidar com a criança é muito mais **difícil** porque a criança tem um ciclo de vida pela frente[...]*”

Na Classe 2 evidencia-se 10 UCE com destaque para os profissionais de nutrição em uma compreensão de dificuldade em lidar com a **criança** pelo fato de “não suportar a questão da doença na infância”. Nas 10 UCE destacamos 04 palavras mais significativas: ‘**Difícil**’ (qui-quadrado=7.80), ‘**Lidar**’ (qui-quadrado=10.10), ‘**Criança**’ (qui-quadrado=9.45) e ‘**Doente**’ (qui-quadrado=7.72). Esta compreensão de dificuldade em lidar com a criança doente pode ser observada na seguinte narrativa:

- O.M.P. (Nutricionista) – “[...] *É difícil ver uma criança doente e sofrendo, até mesmo pela sua fragilidade[...]*”.

Na Classe 3 evidenciamos 10 UCE com destaque para os profissionais de enfermagem em uma compreensão semelhante ao da classe 1, porém com uma perspectiva de futuro. Nestas 10 UCE destacamos aqui 05 palavras mais significativas. São elas: ‘**Tem**’ (qui-quadrado=23,74), ‘**Uma**’ (qui-quadrado=4,75), ‘**Vida**’ (qui-quadrado= 8,14), ‘**Toda**’ (qui-quadrado=4,75), ‘**Frente**’ (qui-quadrado = 18,60). Como exemplo segue a fala abaixo:

- P.F.L. (Enfermeiro) – “[...] *As crianças são mais difíceis, pois sabemos que se não estivessem doentes teriam uma vida pela frente [...]*”..

Na Classe 4 evidenciamos 21 UCE com destaque para os profissionais médicos em uma compreensão de dificuldade de se lidar com o adolescente pelo sofrimento que

a doença provoca. É importante ressaltar que estatisticamente a maioria dos médicos (60%) aponta a criança como a faixa etária que mais lhe mobiliza quando se trata de PTC. Porém, as falas com relação aos adolescentes ficaram mais evidentes para a categorização do programa, devido a sua própria consistência. Das 21 UCE aqui destacamos 05 palavras mais significativas com relação ao paciente adolescente: ‘**No**’ (qui-quadrado = 12,29), ‘**paciente**’ (qui-quadrado = 10,31), ‘**adolescente**’ (qui-quadrado = 6,59), ‘**situação**’ (qui-quadrado = 12,29), ‘**sofrimento**’ (qui-quadrado = 3,76). Para melhor compreensão deste resultado, segue-se a seguinte fala:

- I.G.U. (Médico) – “[...] *Pacientes jovens não têm amadurecimento suficiente para entender a situação, os familiares mostram-se mais ansiosos pela dificuldade de lidar com o sofrimento da doença [...]*”.

Os psicólogos e o assistente social não apareceram nesta análise pelo fato dos psicólogos não conseguirem identificar a faixa etária que mais lhes causam mobilização e o assistente social pelo fato de ser apenas um profissional, não tendo relevância estatística.

DISCUSSÃO

Como limitações do estudo, devemos considerar: o reduzido potencial de generalização para outras equipes, uma vez que este estudo foi realizado em uma única instituição de oncologia, pois no Estado do RN, os hospitais de referência ao atendimento a pacientes com câncer são escassos; além disso, não se pode dizer que o aumento no nível de ansiedade destes profissionais provém do fato de lidarem com a cancerologia e a terminalidade, pois isto só seria possível nas condições de aplicação do

teste em dois momentos – antes e depois do atendimento – e realização da pesquisa também em uma instituição que lidasse com outra especialidade não oncológica.

Com base nos resultados observamos que a média de ansiedade dos profissionais (**40,89** para A-Estado) e (**38,18** para A-Traço) corresponde a nível de ansiedade médio segundo o referencial teórico adotado.¹⁵. Isto significa dizer que em geral, nestes profissionais, tanto a ansiedade como característica de personalidade, quanto a ansiedade devido à reação a um evento em particular (no caso, a ansiedade após atendimento a um PTC) estão com nível Médio. Porém, não se pode deixar de apontar que o nível de A-Traço foi menor do que o de A-Estado, o que sugere que a situação a qual estes profissionais estão expostos (atendimento a PTC) aumentou, de alguma forma, o nível de ansiedade. Por outro lado não se aplicou o IDATE antes e depois da exposição do profissional ao atendimento ao PTC, o que nos impede de afirmar com mais precisão que este aumento da ansiedade provenha deste atendimento, sendo o hospital, por si só, um ambiente estressante e ansiogênico.²⁻⁵. Portanto, este aumento na ansiedade pode ser apenas fruto do trabalho hospitalar. Mas, de fato, 15% destes profissionais encontram-se com ansiedade alta.

Embora a maioria dos profissionais aqui pesquisados tenha apresentado A-Estado média, não podemos deixar de destacar que no que tange a A-Estado alta, os Médicos foram os que obtiveram maior percentagem de A-Estado alta (>49), seguido destaca-se a equipe de enfermagem (auxiliares 16%, técnicos 15% e enfermeiros 15%). Além disso, na equipe médica não verificamos nenhum profissional com A-Estado baixa. A literatura aponta que tanto os médicos^{17,18} quanto a equipe de enfermagem¹⁹ se encontram sob grande risco de tensão, sendo, inclusive, a enfermagem classificada pela Health Education Authority¹⁹ como a quarta profissão mais estressante no setor público.

Este resultado foi uma das hipóteses iniciais deste estudo, uma vez que além da carga horária destes profissionais ser maior do que a dos demais, fato este que é apontado^{4,20} como produtor de tensão, eles atendem um maior número de pacientes ao dia, o que segundo o teste de correlação realizado, possui uma correlação de 24% com a A-Estado. Conclusão semelhante foi divulgada por uma pesquisa na qual os resultados apontaram que o Médico Geral que possui alta carga de paciente está em risco de estresse²¹. Acrescentamos ainda serem estes profissionais que lidam mais diretamente com o paciente, sendo ainda eles que realizam diversos procedimentos, muitas vezes dolorosos ao paciente, razão pela qual supomos ser um fator ansiogênico para o profissional.

Esta última suposição pode ser corroborada com os resultados dos demais profissionais. Pois nos nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais não se evidenciou A-Estado alta. Estes profissionais atendem a um número menor de pacientes, sua carga horária também é menor e, além disso, não efetuam nenhum procedimento invasivo ao paciente.

Profissionais que trabalham em outras instituições obtiveram uma A-Estado maior. Na literatura os duplos empregos já são apontados como fontes de estresse e tensão para o profissional da saúde.³ Cabe ressaltar que no Brasil esta realidade é freqüente, pois os baixos salários, excesso de atividades e baixo número de funcionários acarretam a busca de outros empregos para complementar a renda familiar.

Constamos também que a Ansiedade-Traço é mais alta quando os profissionais são casados. Não evidenciamos na literatura nenhum dado específico a este respeito. Entretanto, Portela, Rotemberg e Waissmann⁴ em estudo que avaliou a associação entre a carga de trabalho profissional e doméstico com doenças e queixas sobre o sono e falta de tempo em enfermeiras, constataram que se deve valorizar tanto a esfera profissional

quanto a doméstica na avaliação da sobrecarga de trabalho sobre a saúde e a vida sócio-familiar de enfermeiras.

Outra evidência foi que quanto maior a idade e o tempo de trabalho na instituição, maior a A-Traço. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo que aponta uma correlação entre nível de tensão e idade.²². Se com o avançar da Idade e do Tempo de Trabalho na Instituição a A-Traço aumenta e esta, por sua vez, apresenta uma correlação com a A-Estado¹⁴, isto quer dizer que Idade e Tempo de Trabalho aumentarão a A-Estado.

Outro fato indispensável à discussão que permeia a prática destes profissionais é a questão da morte do paciente. Segundo Klafke⁸ a possibilidade da morte do paciente pode causar estresse e um sentimento de impotência nos profissionais da saúde. Isto pode ser compreendido pelo fato de a sociedade colocar sobre estes profissionais a responsabilidade pela manutenção da vida, e quando esta ‘missão’ não pode ser alcançada, surge ansiedade, angústia e frustração.^{8,11}.

Em nosso estudo 73% dos profissionais afirmaram sentirem-se diferentes ao atender um PTC, afirmando o advento de sentimentos como sofrimento e tristeza (45%) e angústia (15%). Os dados aqui apresentados foram similares aos de uma pesquisa⁸ envolvendo médicos cancerologistas da cidade de São Paulo/SP, sendo identificado que em 80% da amostra, os sentimentos diante do paciente terminal com câncer eram de impotência, tristeza, pena, chateação, frustração, revolta, ansiedade, depressão, sofrimento, angústia, desgaste emocional, fracasso e desagrado.

Importante ressaltar que no hospital a morte faz parte do cotidiano dos profissionais e a terminalidade não se encerra com a morte do paciente, pois ainda há o processo de comunicar à família, preparar o corpo etc. Além da própria questão da terminalidade, para os profissionais pesquisados, impõe-se uma outra questão

complementar: a do estigma do câncer como doença fatal^{8,23}, o que poderá trazer tensões e ansiedade para estes profissionais.^{6,8} Porém, não se sabe ainda se trabalhar com pacientes com câncer é ou não uma atividade mais estressante do que outras, pois os estudos na área ainda são contraditórios²⁰.

Como já citado, ‘criança’ foi a fase do desenvolvimento com o qual os profissionais analisados mais sentem dificuldades em lidar quando se trata de terminalidade e câncer, pelo fato de esta ‘ainda não ter vivido o suficiente’, tendo ‘toda a vida pela frente’. Este resultado foi uma das hipóteses iniciais deste estudo, pois a morte, especialmente na infância, muitas vezes é tida como uma falha médica¹¹. É como se a morte na infância fosse algo inaceitável, contra a ordem natural das coisas, e assim, transferida e distanciada para um momento remoto, para o idoso. Portanto, a morte no idoso é mais aceitável do que a do jovem, para a equipe²⁴. Esta percepção parece ter sido também compartilhada pelos membros de nosso estudo quando a maioria aponta o idoso como sendo a faixa-etária em que menos sentem dificuldades ao atender. Este resultado nos leva à discussão dos valores de nossa sociedade, do culto à juventude, da ênfase no consumismo. O idoso é tido como aquele que não produz, que não consome e que muitas vezes é um fardo, sendo, portanto, sua morte esperada.

Com esta pesquisa pudemos compreender melhor os aspectos emocionais da equipe de saúde frente à terminalidade e ao câncer. Esperamos que as Equipes de Recursos Humanos dos hospitais possam repensar a prática destes profissionais, que possuem sobrecarga de pacientes, de atividades e duplos empregos. É importante que os hospitais ofereçam espaços onde os profissionais possam dialogar acerca dos problemas enfrentados em sua rotina, espaços onde a morte não precise ser silenciada, mas falada até que a ansiedade e a angústia sobre tal fato possam ser amenizadas.

Vale destacar que embora a amostra planejada não tenha sido alcançada, isto não afetou sua representatividade, provocando apenas um aumento do erro nas estimativas. Isto pôde ser comprovado através de algumas pesquisas realizadas na nesta área onde os resultados apresentam comportamentos semelhantes aos dessa pesquisa, como, por exemplo, a questão correlação existente entre de duplo emprego e tensão³, confirmando, portanto a aleatoriedade da coleta de dados e a representatividade da amostra obtida.

Por fim, os resultados da pesquisa sugerem a necessidade da criação de modelos de intervenção de cuidado e constante treinamento para o profissional da saúde que lida com esta realidade, pois o sofrimento emocional destes profissionais poderá interferir não só em sua saúde, mas na qualidade dos serviços prestados. Vislumbramos a necessidade de novas investigações para o aprofundamento destas questões e principalmente de estudos que não só elaborem como viabilizem estratégias de apoio e de treinamentos para profissionais de saúde que lidem com a realidade da terminalidade, de forma a contribuir para a prevenção de doenças ocupacionais e para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais e de seus pacientes. Não há dúvidas de que pesquisas desta natureza podem corroborar a prevenção de doenças ocupacionais.

TABELA 1 - Dados referentes ao erro amostral

Amostra	Tamanho	Erro amostral
Amostra proposta	100	0,050
Amostra total obtida	100	0,050
Amostra obtida	79	0,07

TABELA 2 - Escores de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço dos profissionais de saúde que lidam com o paciente terminal com câncer

Escores/categorização	% A-Estado	% A-Traço
<33 (baixa)	15	26,5
≥33 ≤49 (Média)	70	64,5
>49 (Alta)	15	9
TOTAL	100	100

TABELA 3 - Escores de Ansiedade Estado segundo a categoria do profissional de saúde que lida com pacientes terminais

Categoria Profissional	% Escores <33 (Baixa)	%Escore ≥33 ≤49 (Média)	%Escore >49 (Alta)
Enfermeiro	15	70	15
Auxiliar de Enfermagem	21	63	16
Técnico de Enfermagem	23	62	15
Médico	0	77	23
Assistente social	0	100	0
Psicólogo	0	100	0
Nutricionista	0	100	0

TABELA 4 - Resultados do teste de Qui-quadrado de Pearson

ASSOCIAÇÃO	P-Valor
Ansiedade Estado x Sexo	0,21374
Ansiedade Estado x Estado Civil	0,24412
Ansiedade Estado x Faixa etária que menos sente dificuldade	0,78007
Ansiedade Estado x Trabalha em outra instituição	0,03345
Ansiedade Estado x Comportamento diferenciado	0,63820
Ansiedade Estado x Faixa etária que mais sente dificuldade	0,61998

TABELA 5 - Resultados da análise de Correlação

Matriz de Correlação	A- Estado	Idade	Tempo Trabalho	Horas Trabalhadas	Pacientes Atendidos
Ansiedade Estado	1,00	0,23	0,10	-0,03	0,24
Idade	0,23	1,00	0,47	0,05	0,07
Tempo trabalho	0,10	0,47	1,00	0,12	0,04
Horas trabalhadas	-0,03	0,05	0,12	1,00	0,20
Pacientes atendidos	0,24	0,07	0,04	0,20	1,00

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernandez, I, PÉREZ-RAMOS, AMQ. Estratégias de *coping* dos psicólogos frente ao stress no trabalho em hospitais. PSICO – Revista semestral da faculdade de psicologia da PUCRS 2002 janeiro/junho; 33 (1): 79-85.
2. Silva, CO. Trabalho e subjetividade no hospital geral. Psicologia: ciência e profissão 1998; 18 (2): 5-13.
3. Pitta, A. Hospital dor e morte como ofício. 3a. edição. São Paulo: HUCITEC; 1999.
4. Portela, LF, Rotenberg, L, Waissmann, W. Saúde, sono e falta de tempo: relações com o trabalho profissional e doméstico em enfermeiras. Revista de Saúde Pública. [periódico on line] 2005; 39(5). Disponível em URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-802-\[2007 Mar 24\]](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-802-[2007 Mar 24]).
5. Sebastiani, RW. A equipe de saúde frente às situações de emergência no hospital geral: aspectos psicológicos. In: Camon, VA.(org.). Urgências psicológicas no hospital. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002. p. 31-39.
6. Dorz S, Novara C, Sica C, Sanavio E. Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. Psychology and health 2003; 18(5): 677-684.
7. Labate, RC, Carsola, RMS. A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. Revista Brasileira de psiquiatria [periódico on line] 1999; 21 (2). Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000200006&lng=pt&nrm=iso [2003 Julho 10].

8. Klafke, TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: Carsola, RMS. Da morte – estudos brasileiros. Campinas – SP: Papyrus; 1998. p. 25-49.
9. Chiattonne, HBC. Uma vida para o câncer. In: Camon, VAA & Nicoletti, EA. O doente, a psicologia e o hospital. São Paulo: Pioneira; 1992. 71-108.
10. Sebastiani, R.W. O ideal de cura no hospital e as manipulações da morte. In: Chiattonne, HBC, Andreis, M. Os Limites da vida. Serviço de Psicologia hospitalar. São Paulo: Santa Casa de São Paulo; 1993. p. 34-40.
11. Graves S, Aranda S. When a child cannot be cured: reflections of health professionals. *European Journal of cancer care* 2005; (14): 132-140.
12. Velázquez MEU, Martínez AMS, Rios EV, Elizondo, MEG, Ledezma MAL, Ramírez MTE, Núñez MGL. Ansiedad laboral em personal de enfermaria. *Atencion primaria* 1999; 23 (3): 116-120.
13. Ortiz GCM, Platino NAM. El stress y su relacion com las condiciones de trabajo del personal de enfermaria. *Rev. Invest Educ Enfermaria* 1991; 9(2):91.
14. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Rio de Janeiro (RJ); CEPA; 1979.
15. Goresnstein C, Andrade L. Validation of portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in brasilian subjects. *Brasilian. Méd. Biol Reserch* 1996; (29): 453-457.
16. Reinert, M. Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. *Bull. Methodol. Sociol* 1990; 26: 24-54.
17. Berger. A. Surviving (and even enjoying) medicine. *Br Med J Classified*, 29 April 2000; 2–3

18. Coomber S, Todd C, Park G, et al. Stress in UK intensive care unit doctors. *British journal of anaesthesia* 2002; 89 (6): 873-881.
19. Cooper CL, Mitchel S. Nursing and critically ill and dying. *Hum Relations* 1990; 43: 297-311.
20. Stacciarini JMR, Troccoli B. O estresse na atividade ocupacional do Enfermeiro. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* [periódico on line] 2001; 9(2). Disponível em URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200003&lng=en&nrm=iso) doi: 10.1590/S0104-11692001000200003
[2007 mar 20].
21. Vanagas G, Bihari-Axelsson S. Interaction among general practioners age and patient load in prediction of job strain, decision latitude and perception of job demands. A cross-sectional study. *BMC Public Health* 2004; 4 (59): 1-6.
22. Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. Job Satisfaction and burnout in general practitioners. *Atencion primaria* 2003; (31): 227-223.
23. Corner J. Nurse's experience of cancer. *European Journal of cancer care* 2002; (11): 193-199.
24. Gonçalves LHT, Scneider P. Enfermagem e o idoso hospitalizado em condição terminal. *Acta Paulista de Enfermagem* 2001; 14 (1): 72-81.

5. COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E CONCLUSÕES

A Presente pesquisa de caráter multiprofissional realizou um estudo transversal de natureza quali-quantitativa, envolvendo profissionais de saúde que lidam com pacientes terminais com câncer. A população de referência foi composta por profissionais de saúde que atendem pacientes terminais com câncer de um Hospital de referência de atendimento ao paciente oncológico no Brasil, na cidade de Natal (Rio Grande do Norte). Foram analisados 79 profissionais de saúde de ambos os sexos. A seleção destes profissionais foi realizada em conjunto com o setor de Recursos Humanos do Hospital Luis Antônio, em especial do administrador e da psicóloga organizacional, os quais nos informaram os nomes dos profissionais que trabalhavam com pacientes terminais e que atendiam todas as faixas-etárias. Contamos também com uma assessoria estatística que realizou o cálculo amostral, bem como a análise estatística de todo o trabalho e dos artigos.

O plano amostral utilizado foi amostra aleatória estratificada usando alocação proporcional, que considera os custos e as variâncias iguais em todos os estratos. Houve, como já especificado uma perda amostral de 21%, pois dos 100 questionários obtidos na coleta de dados, 21 foram excluídos, devido ao preenchimento incompleto e/ou incorreto do inventário e/ou do questionário. Por esse motivo, a amostra ficou composta por 79 unidades amostrais (sendo 13 médicos, 13 enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem, 19 auxiliares de enfermagem, 05 nutricionistas, 01 assistente social, 02 psicólogos), fornecendo um erro amostral de aproximadamente 7%. Ressaltamos que isto não afetou a representatividade da amostra, provocando apenas um aumento do erro nas estimativas. Isto pôde ser comprovado através de algumas pesquisas realizadas nesta área onde os resultados apresentam comportamentos semelhantes aos dessa pesquisa,

como, por exemplo, a questão correlação existente entre de duplo emprego e tensão^(3,25), confirmando, portanto a aleatoriedade da coleta de dados e a representatividade da amostra obtida.

Na utilização dos instrumentos utilizados constatamos uma dificuldade metodológica nos estudos envolvendo o IDATE, pois não há parâmetros específicos para cada população estudada. Em virtude da inexistência de parâmetros de normalidade provenientes de estudos realizados em população semelhante, foram empregados pontos de corte estabelecidos na literatura, por outros pesquisadores que utilizaram essa metodologia. Para esse fim, foram considerados parâmetros previamente estabelecidos por Goresnstein e Andrade⁽¹⁷⁾, que possuem diversos estudos envolvendo este instrumento, inclusive pesquisas de validação deste inventário para a população brasileira. Inclusive entramos em contato com a referida autora para maiores especificações acerca dos pontos de corte estabelecidos.

Não podemos deixar de mencionar que foi realizado um estudo piloto 6 meses antes para adequação da metodologia do estudo e validação do questionário.

Numa revisão de literatura nos últimos 10 anos constatamos poucos trabalhos que tratam especificamente do sintoma da ansiedade e dos sentimentos dos profissionais da saúde. Tendo em vista este achado e a constatação da literatura de que a oncologia é uma das atividades caracterizadas como das mais estressantes⁽⁹⁾, embora alguns autores discordem desta afirmativa⁽¹⁰⁾, o fato é que lidar com pacientes com câncer^(7,11) e com a terminalidade^(2,12) pode ser ansiogênico, estressante e de grande exigência emocional para o profissional^(2,7,11), pois a morte no meio médico é tomada como uma falha⁽¹³⁾. Além disso, no caso do câncer autores^(36:198) apontam que “Existem doenças fatais além do câncer, porém a impressão que temos é de que as outras doenças matam, o câncer destrói” Buscamos investir em uma pesquisa em que avaliasse o nível de ansiedade dos

profissionais de saúde que lidam com duas problemáticas que são descritas como sendo de grande exigência emocional para o profissional, ou seja, o câncer e a terminalidade. Neste sentido nos propusemos investigar o nível de ansiedade e os sentimentos destes profissionais diante do paciente terminal com câncer.

Os diversos resultados da presente pesquisa foram detalhadamente descritos nos artigos anexados na presente dissertação. De forma sucinta podemos dizer que os resultados desta pesquisa indicaram que a média de ansiedade dos profissionais foi **40,89** para A-Estado e **38,18** para A-Traço, ambos correspondendo ao nível de ansiedade médio segundo o referencial teórico adotado. Além disso, pudemos constatar que os Médicos obtiveram maior percentagem (23%) de A-Estado alta (>49) em seguida destaca-se a equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros). A literatura aponta que tanto os médicos^(41,42) quanto a equipe de enfermagem⁽⁴³⁾ se encontram sob grande risco de tensão, sendo, inclusive, a enfermagem classificada pela Health Education Authority⁽⁴³⁾ como a quarta profissão mais estressante no setor público. Este resultado foi uma das hipóteses iniciais deste estudo, uma vez que além da carga horária destes profissionais ser maior do que a dos demais, fato este que é apontado^(32,44) como produtor de tensão, eles atendem um maior número de pacientes ao dia, o que segundo o teste de correlação realizado, possui uma correlação de 24% com a A-Estado.

Outro dado relevante que evidenciamos com nossa pesquisa foi a de que profissionais que trabalham em outras instituições obtiveram uma A-Estado maior. Na literatura os duplos empregos são apontados como fontes de estresse e tensão para o profissional da saúde.^(3,25) Cabe ressaltar que, no Brasil, esta realidade é freqüente, pois os baixos salários, excesso de atividades e baixo número de funcionários acarretam a busca de outros empregos para complementar a renda familiar. Também constatamos

que quanto maior a idade e o tempo de trabalho na instituição, maior a A-Traço. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo que aponta uma correlação entre nível de tensão e idade.⁽¹⁵⁾ Em nosso estudo 73% dos profissionais afirmaram sentirem-se diferentes ao atender um PTC, afirmando o advento de sentimentos como sofrimento e tristeza (45%) e angústia (15%). Os dados aqui apresentados foram similares aos de uma pesquisa⁽²⁾ envolvendo médicos cancerologistas da cidade de São Paulo/SP, sendo identificado que em 80% da amostra, os sentimentos diante do paciente terminal com câncer eram de impotência, **tristeza**, pena, chateação, frustração, revolta, ansiedade, depressão, sofrimento, angústia, desgaste emocional, fracasso e desagrado. No que se refere à fase do desenvolvimento humano com a qual o profissional de saúde se sente mais ansioso ao desempenhar seu trabalho, quando se trata de pacientes terminais, evidenciamos que 81% apontam ‘criança’. Este resultado também foi uma das hipóteses iniciais deste estudo, pois a morte, especialmente na infância, muitas vezes é tida como uma falha médica⁽¹³⁾.

Com esta pesquisa acreditamos ter contribuído para que se reconheçam os fatores desencadeantes da ansiedade destes profissionais, identificando o nível de ansiedade, bem como os sentimentos despertados quando eles estão trabalhando dentro desta realidade. Desta forma, podemos dizer que os resultados da pesquisa sugerem a necessidade da criação de modelos de intervenção de cuidado e constante treinamento para o profissional da saúde que lida com esta realidade, pois o sofrimento emocional destes profissionais poderá interferir não só em sua saúde, mas na qualidade dos serviços prestados. Vislumbramos também a necessidade de novas investigações para o aprofundamento destas questões e principalmente de estudos que não só elaborem como viabilizem estratégias de apoio e de treinamentos para profissionais de saúde que lidem

com a realidade da terminalidade, de forma a melhorar a prevenção de doenças ocupacionais e a qualidade de vida dos profissionais e de seus pacientes.

Como limitações do estudo, devemos considerar: o reduzido potencial de generalização para outras equipes, uma vez que este estudo foi realizado em uma única instituição de oncologia, pois no Estado do RN, os hospitais de referência ao atendimento a pacientes com câncer são escassos; além disso, não podemos dizer que o aumento no nível de ansiedade destes profissionais provém do fato de lidarem com a cancerologia e a terminalidade, pois isto só seria possível nas condições de aplicação do teste em dois momentos – antes e depois do atendimento – e realização da pesquisa também em uma instituição que lidasse com outra especialidade não oncológica. Sendo assim, pesquisas futuras poderão efetuar esta metodologia de forma a obter os resultados mais aprimorados. Embora já citado não se pode deixar de lembrar que houve uma perda amostral de 21%.

Por fim consideramos que esta pesquisa de mestrado, bem como a pós-graduação, contribuíram enormemente para um aprofundamento teórico, sendo uma experiência enriquecedora. Através da Pós-graduação e da pesquisa realizada pude compreender melhor como estruturar e delinear um estudo científico utilizando um rigor metodológico bem mais aprofundado. Estamos cientes das limitações do estudo e esperamos aprofundá-lo brevemente, corrigindo os erros metodológicos. Além disso, temos interesse em enviar os resultados desta pesquisa para os organizadores do Inventário IDATE para que estes resultados sejam utilizados para uma nova padronização do Inventário, e ainda uma possível construção de parâmetros específicos para cada população estudada, no caso, profissionais de saúde que lidam com terminalidade e câncer. Também não poderíamos deixar de citar que fato de o programa ser interdisciplinar nos proporcionou o convívio com vários pesquisadores,

professores e alunos das mais variadas áreas, o que veio contribuir enormemente para aquisição de novos olhares sob o estudo científico, levando-nos para-além da visão da psicologia. Através da pós-graduação pude ingressar como professora de especialização em uma Universidade particular no Município de Natal, além da publicação realizada e dos trabalhos apresentados em eventos científicos.

6. APÊNDICES

APÊDICE I

Questionário

PARTE I

1 - Iniciais: _____

2 - Sexo: Masculino Feminino

3 - Idade: _____

4 - Estado civil:

Solteiro Casado Separado Viúvo Outro: _____

PARTE II

1 -Profissão:

Auxiliar de enfermagem Técnico de Enfermagem

2 - Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? _____

3 - Qual o horário que atende no hospital: _____

4 - Qual a faixa etária que você atende: _____

5 - Quantos pacientes, em média, você atende diariamente? _____

6 - Trabalha em outra (s) Instituição (ões) Hospitalar (es), ou consultório particular?

Sim Não

Especificar: _____

PARTE III

1 - Você atende pacientes terminais (FPT – fora de possibilidade terapêutica)?

SIM NÃO

2 – Ao atender o paciente terminal (FPT) você se percebe com algum sentimento e/ou comportamento diferente de quando atende pacientes *não terminais*? SIM NÃO

2.1 – Caso a resposta anterior tenha sido positiva cite 3 palavras que definam estes sentimentos e/ou comportamentos.

3 – De acordo com a faixa etária do paciente terminal, atribua uma ordem [1,2,3,4] considerando a facilidade de lidar com este paciente.

Criança

Adolescente

Adulto

Idoso

3.2 – Qual o motivo que você atribui à resposta anterior?

3.4 - Cite três palavras a partir de sua prática enquanto profissional de saúde, como é para estes profissionais ter que lidar cotidianamente com as questões ligadas à morte e ao morrer?

APÊNDICE II

Resumos publicados em anais de congressos

1. MAIA, Eulália Maria Chaves; OLIVEIRA, Mônica Morgado Horta Monteiro de; **FARIA, Daniella. A. P;** MATA, Ádala Nayana Souza . O Profissional de Saúde e a ansiedade perante o paciente oncológico nas diversas fases de Desenvolvimento Humano. In: XIII Semana de Humanidades, 2005, Natal, 2005.
2. FARIA, DAP, ROCHA, E A; ALMONDES, KM ; MATA, ÁNS ; MAIA, EMC. O Profissional de saúde que lida com o paciente terminal com câncer: ansiedade em sua atuação. In: II Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência & Profissão, 2006, São Paulo, 2006.
3. FARIA, DAP, OLIVEIRA, MMHM; MAIA, EMC. A Ansiedade do Profissional de Saúde Diante do Paciente Terminal: O Exemplo dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. In: XIV Semana de Humanidades, 2006, Natal. XIV Semana de Humanidades, 2006.
4. FARIA, DAP, MATA, ÁNS; MAIA, EMC . Equipe de Saúde e Paciente Terminal com Câncer: A Ansiedade em sua Atuação.. In: XIV Semana de Humanidades, 2006, Natal, 2006.
5. FARIA, DAP, MAIA, EMC; ALMONDES, KM ansiedade do profissional de saúde que lida com o paciente terminal com câncer. In: IX Congresso Nacional de Cirurgia Experimental- I Simpósio de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2005, Natal. Acta Cirúrgica Brasileira, 2005. v. 20.

7. ANEXO I



QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

IDATE
(PERTES I E II)

Nome	Nº
Idadeam Data do Nascimento / /	Data / /
Naturalidade Estado Civil	Apurador
Sexo: Masculino () Feminino ()	Examinador
Instrução: Fundamental () Médio () Superior () Completo () Incompleto ()	Percentis: Traço
Profissão / Curso	Estado
Ocupação Atual	

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder. Trata-se de algumas afirmações que descrevem sentimentos pessoais. Leia com toda atenção as afirmações da Parte I e assinale com um círculo, um dos números (1, 2, 3 ou 4), à direita de cada afirmativa, de acordo com as instruções no alto da página. Não há respostas certas ou erradas, será levada em conta a sua avaliação pessoal.

Quando terminar, passe para Parte II, depois de ler as instruções, assinale também com um círculo, um dos números (1, 2, 3 ou 4).

NÃO VIRE A PÁGINA ANTES DE RECEBER ORIENTAÇÃO.

TRABALHE RÁPIDO PORÉM SEM PRECIPITAÇÕES.

PARTE I

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo4 Um pouco2
Bastante3 Absolutamente não ..1

1. Sinto-me calmo(a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
3. Estou tenso(a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido(a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado(a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso(a)	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4
13. Estou agitado(a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído(a)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito(a)	1	2	3	4
17. Estou preocupado(a)	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitado(a) e confuso(a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

PARTE II

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO

Quase sempre4 Às vezes2
Frequentemente3 Quase nunca1

1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
7. Sou calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4
16. Estou satisfeito(a)	1	2	3	4
17. Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vanagas G, Bihari-Axelsson S. Interaction among general practioners age and patient load in prediction of job strain, decision latitude and perception of job demands. A cross-sectional study. BMC Public Health 2004; 4 (59): 1-6.
2. Klafke TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: Carsola, RMS. Da morte – estudos brasileiros. Campinas – SP: Papirus; 1998. p. 25-49.
3. Pitta A. Hospital dor e morte como oficio. São Paulo: HUCITEC; 1999.
4. Fernandez I, Pérez-Ramos, AMQ. Estratégias de *coping* dos psicólogos frente ao stress no trabalho em hospitais. PSICO – Revista semestral da faculdade de psicologia da PUCRS 2002 janeiro/junho; 33 (1): 79-85.
5. Ortiz GCM, Platino NAM. El stress y su relacion com las condiciones de trabajo del personal de enfermaria. Rev. Invest Educ Enfermaria 1991; 9(2):91.
6. Bertoletti J, Cabral, PMF. Mental health of the caretaker in the hospital institution. Psic.: Teor. e Pesq. [periódico on line] 2007; 23(1) Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01027722007000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev 2008.
7. Dorz S, Novara C, Sica C, Sanavio E. Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. Psychology and health 2003; 18(5): 677-684.
8. Velázquez MEU, Martínez AMS, Rios EV, Elizondo, MEG, Ledezma MAL, Ramírez MTE, et al. Ansiedad laboral em personal de enfermeria. Atención primaria 1999 febrero; 23 (3): 116-20.
9. Delvaux, N, Razavi, D, Farvacques, C. Câncer Care-stress for health professionals. Soc. Sci. Med. 1998; 27(2): 159-66,
10. Wilkiinson SM. Stress in cancer nursing: does it really exist? Adv Nurs 1994; (20): 1079-84.
11. Corner J. Nurse’s experience of cancer. European Journal of cancer care 2002; (11): 193-199.
12. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
13. Graves S, Aranda S. When a child cannot be cured: reflections of health professionals. European Journal of cancer care 2005; (14): 132-140.
14. Holmes DS. A psicologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

15. Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. Job Satisfaction and burnout in general practitioners. *Atencion primaria* 2003; (31): 227-223.
16. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Inventário de Ansiedade Traço-Estado*. Rio de Janeiro (RJ); CEPA; 1979.
17. Goresnstein C, Andrade L. Validation of portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in brasilian subjects. *Brasilian. Méd. Biol Reserch* 1996; (29): 453-457.
18. Dejours, C, Dessors D, Deriaux. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de administração de empresas* 1993; 33 (3): 98-104
19. Dejours C. *Loucura do trabalho*. São Paulo: Oboré; 1987.
20. Mendes EU. *A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica*. Belo Horizonte: PUC/FINEP; 1985.
21. OMS. *Organização Mundial da Saúde - Documentos básicos*. 10.ed. Genebra: OMS; 1960.
22. Casas, SB, Klijn, TP. Promoción de la salud y entorno laboral saludable. *Rev. Latino-Americana de enfermagem* 2006 janeiro/fevereiro; 14(1): p.136-141.
23. De Marco, MA. *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
24. Yépez MT, Morais NA. Reivindicando a Subjetividade dos Usuários da Rede Básica de Saúde: para uma Humanização do Treinamento. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004, 20, (1).
25. Sebastiani RW. A equipe de saúde frente às situações de emergência no hospital geral: aspectos psicológicos. In: Camon, V. A. (org.) *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002. p. 31-40.
26. Bellato R, Araújo, AP, Ferreira HF, Rodrigues PF. The process of dying and the death's approach made by teachers in a nursing graduation course. *Acta paul*.

- enferm. [periódico on line] 2007; Sep 20(3). Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01032100200700030003&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0103-21002007000300003
27. Ariés, P. O Homem diante da Morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves;1990.
28. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cuff A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. Br J Cancer 1995;71(12). P. 63-69
29. [Grunfeld E](#), [Zitzelsberger L](#), [Coristine M](#), et al. Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. Eur J Oncol Nurs. 2004 8(3):234-44.
30. Klinkenberg M, Willems DL, Van Der Wal G, Deeg DJ. Symptom burden in the last week of life. J Pain Symptom Manage. 2004;27(1):5-13
31. Muñoz AJJ. El trastorno por estrés postraumático en oncología: Abordaje clínico y manejo de estrés en el equipo médico. Rev Sanid Milit Mex. 2000;54:93-9
32. Stacciarini JMR, Troccoli B. O estresse na atividade ocupacional do Enfermeiro. Rev. Latino-Americana de Enfermagem [periódico on line] 2001; 9(2). Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000200003&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-11692001000200003. Acesso em: 20 mar 2007.
33. [Isikhan V](#), [Comez T](#), [Danis MZ](#). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. [Eur J Oncol Nurs](#). 2004;8(3):234-44
34. Sebastiani, R.W. O ideal de cura no hospital e as manipulações da morte. In: Chiatton HBCE, Andreis, M. Os Limites da vida. Serviço de Psicologia hospitalar. Santa casa de São Paulo, 1993. p. 34-40
35. Focault, M. O nascimento da clínica. 3ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2001.
36. Ribeiro, EMPC. O paciente terminal e a família. In:Carvalho, MMMJ. Introdução à psicooncologia. São Paulo: Editora PSY;1994. p197-218.

37. Ballenger JC. Anxiety and depression: optimizing treatments. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2000;2(3):71-9.
38. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N Engl J Med. 2005;352(24):2515-23.
39. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. Psychiatr Clin N Am. 2001;24(4):617-41
40. Organização Mundial de Saúde. Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combartirlas. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1985. [Série de Informes Técnicos, 714].
41. Berger. A. Surviving (and even enjoying) medicine. Br Med J Classified, 29 April 2000; 2-3
42. Coomber S, Todd C, Park G, et al. Stress in UK intensive care unit doctors. British journal of anaesthesia 2002; 89 (6): 873-881.
43. Cooper CL, Mitchel S. Nursing and critically ill and dying. Hum Relations 1990; 43: 297-311.
44. Portela, LF, Rotenberg, L, Waissmann, W. Saúde, sono e falta de tempo: relações com o trabalho profissional e doméstico em enfermeiras. Revista de Saúde Pública. [periódico on line] 2005; 39(5). Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-802-. Acessado em: 24 Mar 2007.

ABSTRACT

It is a Cross-sectional and multi-disciplinary study whose population selection was made by department of human resources (composed by a Manager, an Oncologist and a Psychologist) from the hospital where this research was realized. They also collaborated with important information about the work of that professionals in the hospital. We also counted on a Statistic who made study design calculating the sample and analyzing data. This research issued Evaluating health professionals' anxiety levels who care for cancer terminally ill and their feelings about that work as well as identifying the factors which have influence on it. 100 health professionals from the Hospital which is a reference on cancer caring in Brazil situated in the city of Natal, state of Rio Grande do Norte, participated of this research. There was a sample loss of 21%. Data were collected through a questionnaire and State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Results showed that 15% of the professionals have low State Anxiety levels, 70% Medium State Anxiety levels and 15% high State anxiety levels. The Number of Patients and Working in another Institution have interfered in the anxiety levels. Doctors and Nursing Assistants and Technicians have got the highest high State Anxiety percentage (25%). 73% of them declare to feel some sort of different behavior and/or feelings in caring for terminally ill. The most remarkable professionals' feelings were Suffering and Sadness, and 'Terminally ill Children' was the most difficult age group to care for. We conclude that work overload and having more than one job can interfere in professional stress levels and anxiety. Dealing with terminally ill, specially children one, can cause on the professionals psychological suffering. It's recommended the development of supporting and training strategies to reduce and/or to prevent Stress and Anxiety high levels.

KEYWORDS: Health professional; Anxiety; Terminally Ill; Cancer.