



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

O HUMOR E O STRESSE DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM COM PESSOAS EM FIM DE VIDA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Avançada

Por Maria Inês Leal Brites Costa Santos

Lisboa, setembro de 2014



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

O HUMOR E O STRESSE DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM COM PESSOAS EM FIM DE VIDA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Avançada

Por Maria Inês Leal Brites Costa Santos

Sob orientação de Professora Doutora Helena José e Professor Doutor Manuel Luís
Capelas

Lisboa, setembro de 2014

Resumo

Introdução: São atualmente conhecidos os efeitos potencialmente negativos do stresse. Os enfermeiros constituem um dos grupos profissionais mais expostos aos fatores de stresse, nomeadamente os que prestam cuidados em fim de vida, visto que contactam diariamente com a morte, sofrimento e emoções negativas. Importa certificar que estes profissionais reconhecem estes fatores de stresse de modo a geri-los eficazmente prevenindo repercussões na sua saúde. Existe evidência científica de que o humor pode constituir uma estratégia eficaz na gestão do stresse ocupacional, podendo ser utilizado pelos profissionais em seu próprio benefício. A análise desta relação entre o humor e o nível de stresse requer a exploração de características como a magnitude e a orientação da mesma, através da utilização de instrumentos adequados de avaliação.

Objetivos: Estabelecer a relação entre o Humor e o Stresse no contexto de trabalho dos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida. Determinar a natureza desta relação em termos de magnitude e orientação.

Material e métodos: Desenvolveu-se um estudo do tipo correlacional. A recolha de dados iniciou-se pela aplicação de um formulário *online* – composto por um questionário sociodemográfico e as traduções portuguesas da *Multidimensional Sense of Humor Scale, MSHS* ⁽¹⁾ e da *Nurse Stress Index, NSI* (2) – a 61 enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida. A análise dos resultados foi desenvolvida com recurso ao programa informático de estatística *SPSS*, versão 20.

Resultados: Os sujeitos experienciam stresse em várias situações inerentes ao contexto de trabalho e revelam uma forte aceitação e apreciação do humor. A um aumento do nível de stresse corresponde um aumento do sentido de humor.

Conclusões: Os enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida recorrem ao sentido de humor como estratégia para gerir o stresse com que se deparam no seu quotidiano laboral.

Palavras-chave: *humor, estratégias de coping, stresse, enfermeiros e fim de vida*

Abstract

Framework: The negative effects of stress are currently known. Nurses are one of the most exposed professional group to stressors namely those who provide end of life care due to their daily contact with death, bad emotions and suffer. It should be noted that these professionals recognize these stressors in order to manage them effectively aiming the prevention of repercussions in their health. There is scientific evidence that humor may constitute an incisive coping strategy in the management of occupational stress that can be used by professionals for their own benefit. The analysis of the relationship between humor and the stress level requires the exploitation of characteristics like the magnitude and orientation thereof using appropriate tools of evaluation.

Aim: Establish the relationship between Humor and Stress in the workplace of nurses who provide end of life care. Define the nature of this relationship in terms of its magnitude and orientation.

Methods: Correlational Study. Data collection began with an online form – containing a social-demographic survey and both Portuguese translations of Multidimensional Sense of Humor Scale ⁽¹⁾ and Nurse Stress Index ⁽²⁾ – to 61 nurses who care for end of life patients. Data analysis was conducted using the statistical software *SPSS*, version 20.

Results: The results of this study evince that individuals experience stress in several situations linked to work environment and reveal a strong humor acceptance and appreciation.

Conclusions: An increase in the stress level led to a growth in sense of humor. Therefore, it can be seen that nurses who care for end of life patient's appeal to sense of humor as a strategy to manage stressful situations that they face in their everyday labor.

Keywords: Humour/Humor, Coping, Stress, Nurses and End of Life.

Agradecimentos

Na realização deste trabalho tive a honra de contar com a colaboração e o contributo de várias pessoas às quais gostaria de dedicar algumas palavras de reconhecimento:

À Professora Doutora Helena José e ao Professor Doutor Manuel Luís Capelas agradeço o apoio incondicional, a prontidão e a profundidade das suas sugestões, a serenidade transmitida nos momentos de crise e o estímulo nos momentos de desalento. Acima de tudo, um muito obrigada pela excelência das suas orientações.

Aos enfermeiros que escolheram participar no estudo. Sem a sua colaboração não seria possível acrescentar este pequeno contributo aos estudos desenvolvidos dentro da nossa área de conhecimento e atuação.

Ao Bernardo pela sua presença constante ao longo deste percurso tornando-o mais leve e gratificante. Agradeço também o seu interesse, a paciência, as soluções práticas e os conselhos refletidos, mas acima de tudo sou grata por todo o carinho e conforto que me proporcionou.

Às equipas B e C da Ortopedia por tudo o que aprendi e esqueci com eles. Um agradecimento especial ao Balú e às Ortobabes pelos seus preciosos ensinamentos, companheirismo e amizade.

Aos meus amigos Andreia, Filipa, Joana, Liliana, Ricardo, Rui, Gonçalo e Xico estou grata pelos conselhos valiosos durante as manhãs, tardes e noites de estudo e, também, pelos momentos de convívio e descontração, pelos mimos e surpresas que ajudaram a amenizar o cansaço e renovar as forças e a motivação. À Inês, eterna companheira de aventuras estudantis, agradeço o exemplo, o incentivo, a preocupação, a ajuda e o companheirismo.

Aos meus pais, por serem exemplos de coragem e motivação. Por me terem ensinado a acreditar na força do conhecimento e na importância de fazermos as coisas bem feitas. Particularmente, à minha mãe pelas flores, pelos pensamentos, pela resiliência e pela perseverança e ao

meu pai pelas cores, pelo humor, pela descontração e pelas soluções criativas.

Aos meus avós e aos meus tios agradeço, também, a riqueza das experiências que partilhamos.

A todos os que acima mencionei porque o que aprendi de cada um, ajudou, com certeza, a moldar a minha personalidade, os meus conhecimentos e o meu pensamento o qual dirigi para a investigação e para a prática científica e culminou nesta dissertação de mestrado.

Siglas, Acrónimos e Abreviaturas

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

INE – Instituto Nacional de Estatística

KS – Kolmogorov-Smirnov

MSHS – Multidimensional Sense of Humor Scale

NSI – Nurse Stresse Index

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS/ WHO – Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization

r_s – Rho de Spearman

SPSS – Statistical Package of Social Sciences

U – Mann-Whitney

Índice

Introdução	13
Parte I – Enquadramento Teórico e Empírico	19
1. Stresse	19
1.1. Concetualização	19
1.2. O Stresse na Profissão de Enfermagem	22
1.2.1. Características Organizacionais Promotoras de Stresse	23
1.2.2. Impacto Negativo do Stresse no Trabalho	24
2. Fim de Vida	27
2.1. Os Cuidados em Fim de Vida	27
2.2. O Stresse no Contexto dos Cuidados em Fim de Vida.	28
3. Sentido de Humor	31
3.1. Concetualização	31
3.1.1. Tipos e Funções do Humor	33
3.2. Contributos do humor na saúde	34
3.3. O Humor e a Profissão de Enfermagem.....	35
4. Mapa conceptual.....	37
Parte II – Percurso Metodológico	41
1. Natureza do Estudo.....	41
1.1. Variáveis	41
1.2. Questão de Investigação.....	41
1.3. Objetivos	41
1.4. Hipóteses	42
1.5. Amostra	42
2. Instrumentos de Colheita de Dados	44
2.1. Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS).....	45
2.2. Nurse Stress Index (NSI)	45

3. Procedimento de Recolha de Dados	46
4. Modelo de Análise e Tratamento dos Dados	48
Parte III – Percurso Empírico	51
1. Análise Estatística dos Dados	51
1.1. Análise Descritiva	51
1.1.1. Caracterização Sociodemográfica	51
1.1.2. Caracterização da utilização do humor pelos inquiridos	53
1.1.3. Avaliação do Sentido de Humor	54
1.1.4. Avaliação do Nível de Stresse	59
1.2. Análise Inferencial	64
1.2.1. Existem diferenças no nível de stresse e no sentido de humor por região do país?	64
1.2.2. Existem diferenças de género no que respeita ao nível de stresse e ao sentido de humor?	65
1.2.3. Existem correlações entre a idade e/ou a experiência profissional e o nível de stresse e/ou o sentido de humor?	66
1.2.4. Existem correlações entre a formação académica e/ou a categoria profissional e o nível de stresse e/ou o sentido de humor?	67
1.2.5. Existe correlação entre o nível de stresse e o sentido de humor?	68
2. Discussão dos Resultados	71
2.1. Aspetos sociodemográficos dos sujeitos	71
2.2. O stresse inerente ao cuidar com pessoas em fim de vida	73
2.3. O sentido de humor dos profissionais que cuidam com pessoas em fim de vida	75
2.4. A relação existente entre o sentido de humor e o nível de stresse associados ao cuidar com pessoas em fim de vida	76
3. Considerações Éticas	79
4. Limitações	81
Conclusões e Sugestões	83

Referências Bibliográficas	85
Anexos	93
Anexo I.....	95
Anexo II	99
Anexo III.....	107

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra pelas três principais regiões do país (n=61).....	51
Gráfico 2 - Classificação da amostra por género (n=61).....	52

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Tipos de Stresse (Adaptado de Lazarus, 2006)	21
Tabela 2 - Fatores organizacionais promotores de stresse (Adaptado de Gonçalves, 2013).....	23
Tabela 3 - Consequências negativas do stresse no trabalho (adaptado de Gonçalves, 2013).....	25
Tabela 4 - Hipóteses de Investigação	42
Tabela 5 - Caracterização da população-alvo, da população acessível e da amostra	42
Tabela 6 - Critérios de seleção da amostra	43
Tabela 7 - Principais Instrumentos de Avaliação do Sentido de Humor e do Stresse	44
Tabela 8 - Distribuição por faixas etárias (n=61)	52
Tabela 9 - Formação Académica e Categoria Profissional (n=61).....	53
Tabela 10 - Distribuição da experiência profissional por classes (n=61).....	53
Tabela 11 - Caracterização da utilização do Humor pelos inquiridos (n=60)	54
Tabela 12 - Resultados gerais obtidos pela amostra para a variável MSHS total (n=61)	54
Tabela 13 - Valores absolutos (e percentagens de sucesso) obtidos para a MSHS total e para cada fator que a compõe (n=61)	55
Tabela 14 – Valores absolutos obtidos (percentagens de sucesso) por item para o fator I (n=61)	56
Tabela 15 – Valores absolutos obtidos (percentagens de sucesso) por item para o fator II (n=61)	57
Tabela 16 - Valores absolutos obtidos (percentagens de sucesso) por item para o fator III (n=61)	57
Tabela 17 - Valores absolutos obtidos (percentagens de sucesso) por item para o fator IV (n=61)	58
Tabela 18 - Valores absolutos obtidos (percentagens de sucesso) por item para o fator V (n=61)	58
Tabela 19 - Resultados gerais obtidos pela amostra para a variável NSI total (n=61) ...	59
Tabela 20 - Valores obtidos para a NSI total e para cada subescala que a compõe (n=61)	59
Tabela 21 - Scores médios obtidos para a NSI total e para as suas subescalas (n=61) ..	60
Tabela 22 - Valores obtidos por item para a subescala 1 (n=61).....	61

Tabela 23 - Valores obtidos por item para a subescala 2 (n=61).....	62
Tabela 24 - Valores obtidos por item para a subescala 3 (n=61).....	62
Tabela 25 - Valores obtidos por item para a subescala 4 (n=61).....	63
Tabela 26 - Valores obtidos por item para a subescala 5 (n=61).....	64
Tabela 27 - Dados decorrentes da aplicação do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para determinação de diferenças por região do país I	65
Tabela 28 - Dados decorrentes da aplicação do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para a determinação de diferenças por região do país II	65
Tabela 29 – Dados decorrentes da aplicação do teste de <i>Mann-Whitney</i> para determinação de diferenças de género I.....	66
Tabela 30 – Dados decorrentes da aplicação do teste de <i>Mann-Whitney</i> para determinação de diferenças de género II	66
Tabela 31 - Resultado do teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a idade e para a experiência profissional (n=61)	67
Tabela 32 - Correlação de <i>Spearman</i> entre a idade e a experiência profissional e o sentido de humor e o nível de stresse (n=61)	67
Tabela 33 - Resultados do teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a Formação Académica e para a Categoria Profissional (n=61)	67
Tabela 34 - Correlação de <i>Spearman</i> entre a formação académica e a categoria profissional e o sentido de humor e o nível de stresse (n=61).....	68
Tabela 35 - Resultados do teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para o sentido de humor e para o stresse (n=61).....	68
Tabela 36 - Correlação de <i>Spearman</i> entre o sentido de humor e o nível de stresse (n=61)	69
Tabela 37 - Resultados do teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para as dimensões do sentido de humor e do nível de stresse (n=61)	69
Tabela 38 - Correlação de <i>Spearman</i> entre as dimensões do sentido de humor e do nível de stresse (n=61)	70

Introdução

O presente capítulo oferece uma apresentação da investigação desenvolvida. Descreve-se o problema apontando a pertinência do seu estudo e a sua contextualização no panorama actual.

Cada pessoa é confrontada com múltiplos fatores de stresse na maior parte das atividades e situações que se lhe impõem, pelo que seria impossível seria existir num ambiente inteiramente livre de stresse.

O contexto de trabalho, no geral, é um meio propício ao desenvolvimento de stresse, o que de uma forma não controlada e continuada pode constituir um problema. Os profissionais de saúde têm vindo a ser enquadrados nos grupos mais predispostos aos efeitos prejudiciais do stresse devido às características particulares da sua profissão, nomeadamente o trabalho por turnos, as flutuações na carga de trabalho e o contacto com o sofrimento e a dor, entre outros. Os enfermeiros, especificamente, lidam com situações de tensão emocional despoletadas pelo contacto direto e continuado com o sofrimento e as necessidades das pessoas doentes e seus familiares que, associadas a flutuações na carga de trabalho e em alguns casos a uma preparação inadequada, promovem o desgaste físico e psicológico ^(3; 4).

Esta evidência é transversal a vários contextos de atuação dos enfermeiros como: emergência pré-hospitalar ⁽⁴⁾, cuidados intensivos ⁽⁵⁾, perioperatório ⁽³⁾, cuidados paliativos ^(6; 7; 8; 9; 10), entre outros. Porém, existem elementos específicos a cada um destes ambientes que podem potenciar uma sobrecarga nos profissionais e condicionar uma experiência de stresse de forma mais ou menos intensa e prolongada. A particularidade do trabalho com pessoas em fim de vida despoleta sentimentos de medo, ansiedade, frustração e impotência quer para quem o vivencia, quer para quem partilha essa experiência. Determinante neste período da vida é o papel do enfermeiro como facilitador do processo de transição¹ dos doentes e das suas famílias, além do apoio evidente na satisfação das suas necessidades que, nesta fase, dependem fundamentalmente de terceiros. Estudos desenvolvidos na área dos cuidados paliativos revelam a sobrecarga de stresse a que os enfermeiros estão particularmente sujeitos e

¹ A transição é entendida, neste estudo, como *a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro (...)* refere-se ao processo e ao resultado das interações complexas entre a pessoa e o ambiente ⁽⁸⁰⁾.

evidenciam a necessidade imperativa do desenvolvimento de estratégias para gerir estas situações acautelando os efeitos que, a longo prazo, poderiam vir a resultar em prejuízo para o seu bem-estar físico e psicológico ^(11; 6; 7; 8; 9; 10) e envolver repercussões económicas marcantes para as entidades empregadoras ^(4; 11).

Na literatura encontra-se menção a várias estratégias de gestão de stresse identificadas e utilizadas pelos profissionais de saúde ^(7; 11). Destas, destaca-se o humor, já que os benefícios (ao nível psicológico, fisiológico e social) associados ao seu uso intencional têm vindo a ser progressivamente legitimados. Intimamente ligado ao aumento do bem-estar e da saúde, o seu papel como estratégia de gestão do stresse é atualmente reconhecido como uma medida efetiva quando utilizada pelos enfermeiros.

Percebe-se, então, que no atual panorama de produção de conhecimento científico pelas ciências de enfermagem, a evidência teórica e a evidência empírica suportam a existência de uma correlação entre o sentido de humor e o nível de stresse que é experienciado pelos enfermeiros ^(12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19). Importa, portanto, estudar a natureza desta relação em termos de magnitude e orientação. A análise desta relação, no contexto do cuidado com pessoas em fim de vida, assume especial relevância uma vez que as particularidades destes cuidados submetem os profissionais de saúde a diversos fatores de stresse. Acresce, ainda, o facto de existir uma evidente necessidade de produção de conhecimento científico nesta área.

A investigação científica destaca-se como meio privilegiado para o desenvolvimento de uma Ciência, na medida em que permite definir os seus conhecimentos, os seus parâmetros e o seu campo de ação, estabelecendo uma base científica que fundamenta a sua intervenção. O progresso atual das Ciências de Enfermagem assenta numa lógica conceptual – por oposição à anterior lógica executiva – na qual é privilegiada a produção e o desenvolvimento de conhecimento próprio da disciplina, edificando uma Enfermagem Avançada ⁽²⁰⁾.

Perspetivando a investigação, o ensino e a profissão numa lógica de Enfermagem Avançada, importa promover o estudo e a produção de conhecimento sobre os conceitos que integram o constructo teórico da disciplina, de modo a fundamentar e delimitar a sua aplicação na prática profissional. Embora o tema em estudo envolva conceitos já estudados por outras disciplinas das ciências da saúde – nomeadamente pela Psicologia – a produção de conhecimento segundo a ótica das Ciências de Enfermagem é relevante, devido à escassez de investigação nesta área. Importa ressaltar que as disciplinas não existem de forma isolada e os limites do

conhecimento científico são difusos podendo ser explorados sob diferentes pontos de vista. Neste sentido, Basto afirma que *os quadros de referência de outras disciplinas têm sido muito úteis à enfermagem tal como os quadros de referência de enfermagem podem e já são em certa medida, úteis a outras disciplinas* ⁽²¹⁾.

Neste sentido, desenvolveu-se a presente investigação sobre a correlação existente entre o sentido de humor e o nível de stresse experienciado pelos enfermeiros que cuidam com² pessoas em fim de vida³. Segue uma abordagem de natureza quantitativa que se encontra operacionalizada por um estudo do tipo correlacional, envolvendo a metodologia mais apropriada para responder à questão de investigação e atingir os objetivos estipulados. Pretende-se, portanto, determinar a existência de relação entre as duas variáveis selecionadas, sentido de humor e nível de stresse, explorando a forma como esta se processa.

De modo a concretizar esta finalidade, a presente dissertação encontra-se organizada em três partes fundamentais. Na primeira parte edifica-se o enquadramento teórico e empírico do estudo. Explora-se a informação já produzida sobre os conceitos em estudo – humor, stresse e fim de vida – e oferece-se uma síntese do estado da arte sobre a relação entre os mesmos. A segunda parte refere-se ao percurso metodológico, no qual são apresentados os componentes que conduziram ao desenvolvimento do estudo, a amostra e as medidas que levaram à sua seleção, os instrumentos de pesquisa e recolha de dados e, ainda, a estratégia de tratamento dos dados. A terceira parte compreende todo o percurso empírico. Nesta inclui-se uma exposição dos dados, a análise descritiva e inferencial dos mesmos, a sua discussão e ainda uma reflexão sobre os aspetos éticos inerentes ao desenvolvimento da investigação. Finaliza-se o estudo com as conclusões retiradas, as limitações identificadas e as sugestões para a investigação futura.

² Utiliza-se a expressão “cuidar com” assumindo que cada pessoa tem um papel ativo no processo de cuidar ao invés da expressão “cuidar de” que reduz o sujeito a um papel passivo ⁽³¹⁾.

³ As pessoas que se encontram em fim de vida são entendidas neste estudo como todas aquelas que apresentam doença incurável e com um prognóstico de vida limitado.

Parte I

Enquadramento Teórico e Empírico

Parte I – Enquadramento Teórico e Empírico

O presente capítulo compreende a articulação das perspectivas teóricas que compõem o quadro de referência do tema em estudo e os resultados inerentes à investigação que tem vindo a ser conduzida nos últimos anos em torno das variáveis em estudo, particularmente no âmbito das Ciências de Enfermagem.

1. Stresse

1.1. Concetualização

A evolução social – particularmente estimulada pelo avanço científico e tecnológico – tem vindo a impor mudanças no estilo de vida dos indivíduos. A crescente necessidade de obter mais dinheiro para satisfazer as imposições de um custo de vida tendencialmente superior estimula o aumento do número de horas de trabalho e formação em detrimento dos momentos de lazer e de convívio social que, conseqüentemente, levam a alterações nos padrões de repouso e de alimentação. Este volume de exigências sobre os indivíduos tem vindo a contribuir para que a investigação em torno do conceito de stresse se mantenha actual e se verifique uma necessidade crescente aprofundar o seu estudo.

Neste sentido, o conceito de stresse tem vindo a sofrer um processo evolutivo através do qual os investigadores têm procurado uma melhor compreensão dos fatores que lhe são inerentes ⁽⁴⁾. Objeto de estudo em diversas áreas do conhecimento e ao longo das últimas décadas, conserva um conjunto substancial de informação já produzida e que é possível encontrar amplamente trabalhada em diferentes áreas do conhecimento. Teve a sua origem na física, especificamente no comportamento dos materiais e foi progressivamente transposto para o estudo das dinâmicas referentes ao comportamento humano.

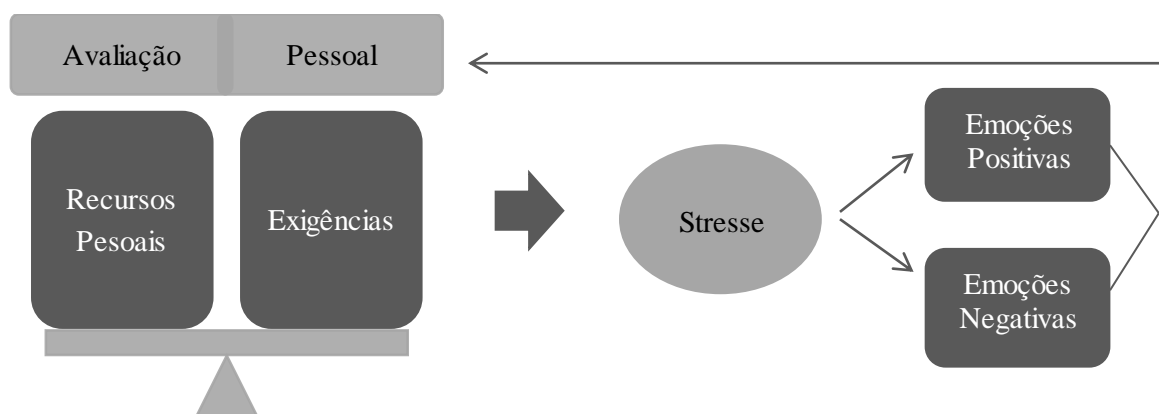
No que concerne ao stresse enquanto resposta humana às exigências impostas pelo ambiente, Selye foi o precursor do seu estudo pelo desenvolvimento de um modelo teórico explicativo dessa dinâmica. Porém, é aos estudos desenvolvidos por Richard Lazarus que a Psicologia deve o seu melhor entendimento da resposta humana ao stresse. Desta forma, o stresse surge quando os recursos de que a pessoa dispõe, não são

suficientes para gerir e controlar as exigências às quais está exposta, colocando em risco o seu bem-estar ^(22; 23). Os recursos pessoais podem ser físicos, emocionais, económicos, sociais ou espirituais e quando são insuficientes permitem a produção de sentimentos de ansiedade perante a incapacidade de gerir eficazmente a situação ^(23; 11). Quando a disparidade entre as exigências e os recursos aumenta substancialmente a situação de stresse evolui para trauma e a pessoa experiencia emoções como desespero, pânico, depressão e desamparo, motivo pelo qual níveis superiores de stresse são prejudiciais podendo conduzir a uma sobrecarga extrema: *burnout* ^(6; 8).

O autor defende uma perspetiva na qual se atribui importância aos mecanismos de avaliação psicológica, concedendo ao ser humano um papel ativo durante o processo ^(22; 23). A dimensão psicológica que havia sido negligenciada anteriormente refere-se à perceção da ameaça, à sua avaliação, à implementação de estratégias de *coping* e à adaptação ao estímulo agressor. Deste modo, cada indivíduo pode ser afetado de maneira diferente consoante a sua apreciação da interação com o agente agressor. Importa, não só o potencial de malignidade da situação e a capacidade dos seus recursos como a apreciação que cada pessoa faz deles ^(22; 23). O stresse adquire contornos de complexidade, dinamismo e interação, que não haviam sido valorizados anteriormente.

O stresse produz no indivíduo a expressão de emoções e, por sua vez, cada emoção fornece informação sobre a forma como a pessoa analisou a situação e sobre o modo como a está a gerir. Assim, o stresse e a emoção dependem também da avaliação que a pessoa faz do potencial de malignidade de uma situação e ainda dos seus próprios recursos ⁽²³⁾.

Ilustração 1 - Ciclo de Resposta ao Stresse (Adaptado de Lazarus, 2006)



Composto por vários fatores, o stress apresenta uma natureza pouco objetiva, já que depende dos recursos pessoais, das exigências do meio e da avaliação cognitiva feita pelo indivíduo. Por outro lado, a sua multidimensionalidade caracteriza a existência de diversos tipos de stress. Existiram, portanto, vários impulsos para categorizar este conceito o que permitiu o desenvolvimento de novas perspectivas e a sua, conseqüente, evolução. Lazarus distinguiu três tipos de stress: de prejuízo/perda, de ameaça e de desafio e que se encontram pormenorizadamente apresentados na tabela seguinte ⁽²³⁾.

Tabela 1 - Tipos de Stress (Adaptado de Lazarus, 2006)

Tipos de Stress	Descrição
Prejuízo/Perda	Quando existe um dano ou perda que é real para o indivíduo.
Ameaça	Quando o dano/perda não ocorreu mas que é possível ou provável num futuro próximo.
Desafio	Sensibilidade para apreender e gerir dificuldades com energia, persistência e autoconfiança.

Considerando o último tipo de stress depreende-se que a exposição a fatores de stress não é por si só prejudicial. A resposta que o indivíduo elabora para gerir estes fatores pode ser adaptativa e permitir o desenvolvimento de novos recursos se for vista como um desafio.

No modelo Transacional de Stress proposto por Lazarus e Folkman em 1984, o conjunto de estratégias, comumente utilizadas pelo ser humano na gestão das condições de vida stressantes, designa-se *coping*. O stress crónico constitui um contributo major para o aparecimento de problemas fisiológicos e psicológicos e são as estratégias de *coping* que permitem contrariar este movimento ⁽¹³⁾. O *coping* surge como o processo através do qual cada pessoa gere as suas emoções e as exigências que advêm da díade indivíduo-ambiente e que são avaliadas por si como stressantes ⁽²²⁾.

Contudo, é de salientar que não existe uma solução para gerir eficazmente o stress que funcione com qualquer pessoa e em qualquer situação. Das inúmeras estratégias existentes, devem ser eleitas as que oferecem maior controlo sobre a situação

⁽¹¹⁾. O foco de ação de uma estratégia pode ser dirigido para o problema que se encontra na origem do stresse – quando envolve medidas de controlo e gestão ou pode ser dirigido para a emoção – quando as medidas são focadas na redução dos danos emocionais provocados pelo stresse ⁽¹¹⁾.

1.2. O Stresse na Profissão de Enfermagem

A experiência de stresse pode ocorrer nas mais variadas situações do quotidiano. Porém, as características particulares do contexto de trabalho – sobrecarga de trabalho, trabalho em equipa, falta de recursos, entre outros – produzem exigências que podem superar os recursos do indivíduo tornando este ambiente propício ao desenvolvimento de stresse ⁽¹¹⁾.

O stresse no trabalho pode ser definido como o resultado físico e psicológico que ocorre quando existe uma disparidade entre os desafios ou exigências do trabalho e a capacidade da pessoa para gerir e controlar a situação ⁽¹¹⁾. A tensão imposta pelo local de trabalho torna-se desmedida, excedendo a capacidade que o trabalhador tem para regular a sua influência e a satisfação com o trabalho transforma-se em exaustão e frustração ⁽¹¹⁾.

De acordo com a convicção de que os profissionais de saúde estariam à partida preparados para lidar com o stresse, a gravidade da sua influência e dos efeitos nefastos neste grupo profissional foi, durante algum tempo, desvalorizada ⁽⁴⁾. O conceito foi finalmente difundido na saúde e consequentemente na Enfermagem, com o reconhecimento da relação entre o stresse e as questões relacionadas com o *burnout*, a satisfação laboral e a rotatividade de pessoal. Na verdade, a investigação científica atual revela que os profissionais de saúde em geral são um grupo privilegiado para o estudo do stresse e dos fatores que lhe estão associados ⁽⁴⁾. Reportando particularmente aos enfermeiros, os estudos realizados salientam que independentemente do local de trabalho e da cultura, estes profissionais são diariamente confrontados com uma multiplicidade de acontecimentos promotores de stresse ⁽¹¹⁾. Embora existam situações de stresse específicas de determinadas unidades hospitalares, os enfermeiros são mais afetados por fatores que advêm dos aspetos físicos, psicológicos e sociais que caracterizam o seu ambiente de trabalho na generalidade.

1.2.1. Características Organizacionais Promotoras de Stresse

Nas organizações podem desenvolver-se fatores promotores de stresse que, gradualmente, desgastam o trabalhador conduzindo a prejuízos para a sua saúde física e psicológica, bem como para a entidade empregadora ⁽³⁾. Na tabela 2, apresentam-se alguns dos principais fatores de stresse de acordo com a categoria a que pertencem.

Tabela 2 - Fatores organizacionais promotores de stresse (Adaptado de Gonçalves, 2013)

Fatores organizacionais promotores de stresse	
1. Condições físicas do trabalho	Iluminação Temperatura e ventilação Ruído Espaço físico
2. Características do trabalho	Sobrecarga de trabalho Subcarga de trabalho Autonomia de decisão Ritmo de trabalho Trabalho por turnos Novas tecnologias
3. Papel na organização	Ambiguidade no papel Conflito de papéis Responsabilidade
4. Estrutura e clima organizacional	Estrutura Clima Downsizing Trabalho de equipa Violência no trabalho
5. Relacionamento interpessoal	Relacionamento com colegas Relacionamento com superiores Relacionamento com subordinados
6. Fatores extrínsecos ao trabalho	Articulação trabalho-família Acontecimentos de vida importantes Stressores crónicos Microstressores Macrostressores

Resultados de estudos desenvolvidos anteriormente apontavam já para alguns destes fatores. No estudo conduzido por Gray-Toft e Anderson foram identificados sete fatores major como causa de stresse nos enfermeiros e que advêm do ambiente físico, psicológico e social. Correspondente ao ambiente físico, foi encontrado no estudo a sobrecarga de trabalho – problemas com escalas, rotatividade e contratação de pessoal e de tempo. Referentes ao ambiente psicológico, emergiram quatro fatores: o fim de vida e a morte – sofrimento e procedimentos dolorosos; a preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais da pessoa e sua família – sentimentos de inadequação e falta de experiência; a falta de apoio da equipa – partilha de experiências e sentimentos negativos como a raiva e a frustração; a incerteza no tratamento – falha na comunicação entre médicos e enfermeiros, incerteza na comunicação da informação aos familiares e ausência de médicos em situações de emergência. Respeitantes ao ambiente social, salientam-se ainda dois fatores: o conflito com médicos – discórdia, criticismo e falta de apoio e os conflitos com outros enfermeiros e superiores – discórdia, criticismo, represálias ⁽²⁴⁾. Embora, seja um estudo antigo os seus achados continuam muito atuais e encontram-se de acordo com a literatura desenvolvida recentemente. Mais ainda, este trabalho salienta o fim de vida e a morte como fatores de stresse pelo que a sua referência é importante na contextualização do presente estudo.

Os resultados do estudo levado a cabo por Zaghoul encontram-se em consonância com o referido anteriormente. De acordo com os dados obtidos, os enfermeiros deparam-se diariamente com uma grande sobrecarga de trabalho e com oscilações na mesma (nomeadamente nos grandes hospitais); falta de pessoal e a falta de privacidade que constituem os fatores promotores de um elevado nível de stresse ⁽²⁵⁾.

1.2.2. Impacto Negativo do Stresse no Trabalho

O stresse que é pontual constitui, habitualmente, um desafio, permitindo que as pessoas se empenhem e lutem pelos seus objetivos. Este tipo de stresse designa-se *Eustress* ou stresse positivo. O stresse que é continuado e persistente pode constituir um risco para a saúde. A este tipo de stresse atribui-se a designação de *Distress* ou stresse negativo. As suas consequências podem refletir-se ao nível da saúde individual e ainda ao nível da organização. Na tabela 3, abaixo, apresentam-se alguns exemplos de consequências individuais e organizacionais apontados pela autora ⁽³⁾.

Tabela 3 - Consequências negativas do stresse no trabalho (adaptado de Gonçalves, 2013)

Consequências Negativas do Stresse no Trabalho		
1. Consequências individuais	Consumo excessivo de tabaco, álcool e drogas Perturbações gastrointestinais Doenças cardiovasculares Neoplasias Depressão Perturbações sexuais Perturbações do sono Perda de memória Burnout Morte	
2. Consequências organizacionais	Custos diretos	Absentismo Rotatividade de pessoal Greves Acidentes de trabalho Custos de saúde Compensações e indemnizações
	Custos indiretos	Perda de vitalidade Falhas na comunicação Qualidade das relações interpessoais no trabalho Erros na tomada de decisão

Níveis de stresse elevados parecem relacionar-se positivamente com a ansiedade demonstrada pelos profissionais de saúde, com insatisfação no trabalho e rotatividade de pessoal prejudicando a prestação de cuidados e constituindo um importante problema para as entidades empregadoras ^(24; 25). O impacto exercido por estes fatores no indivíduo tem potencial prejudicial na sua saúde e bem-estar físico e psicológico ^(13; 11)

No seu estudo, e tendo por base a classificação da Help Guide (2007), Lambert and Lambert, agrupam os sintomas mais frequentemente encontrados em quatro categorias: Cognitivos (ex.: problemas de concentração e memória), físicos (ex.: alterações gastrointestinais, dores de cabeça e coluna), emocionais (ex.: agitação e ansiedade) e comportamentais (ex.: alteração dos hábitos de sono e de alimentação) ^(11; 26). Mais ainda, a experiência de stresse por um longo período ou mesmo de forma

crónica pode ter efeitos destrutivos na saúde do indivíduo ^(13; 11). Deste modo, importa conhecer as características e as particularidades do contexto de trabalho para promover uma adequada preparação dos profissionais, através do desenvolvimento de recursos ajustados às exigências do mesmo.

2. Fim de Vida

2.1. Os Cuidados em Fim de Vida

A fase final da vida reúne um conjunto de fatores que dificultam a sua vivência por parte da pessoa, dos familiares e dos prestadores de cuidados. É um período irregular, revestido de sentimentos negativos – medo, ansiedade e dor – e com uma duração incerta e que atualmente se pode vir a prolongar no tempo ^(27; 28; 29). Os avanços científicos têm vindo a contribuir para uma alteração do padrão de saúde e conseqüentemente da etapa final da vida sendo que a morte acontece numa idade mais avançada fruto de comorbilidades que implicam em grande parte das situações a sua hospitalização. No mesmo sentido um outro estudo revela que mesmo em situações terminais em que os doentes e os familiares preferem inicialmente que os cuidados sejam prestados no domicílio, mudam de opinião e preferem ou têm necessidade de ser hospitalizados à medida que a doença progride ⁽³⁰⁾.

As instituições de saúde, no geral, levaram o seu tempo a adaptar-se a esta realidade. Verificou-se uma crescente preocupação dos profissionais de saúde em adequar os cuidados às especificidades de cada situação. Contudo, se por um lado pareciam estar ainda pouco preparados para compreender, facilitar e acompanhar a pessoa na fase final da sua vida, por outro lado a simultânea prestação de cuidados a outros níveis dificultava o acompanhamento cuidado que esta fase exige ^(27; 31).

A preocupação em tornar o período final de vida tão tolerável e significativo quanto possível impulsionou o desenvolvimento de cuidados especializados que permitem o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida ^(28; 29). Havia a necessidade de criar uma filosofia de cuidados que integrasse estes aspetos e foi neste sentido que surgiram os cuidados paliativos e as unidades próprias para o exercício dos mesmos ⁽³¹⁾.

Os cuidados paliativos surgem precisamente com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, pela prevenção e redução dos sintomas causadores de sofrimento ^(32; 33) e podem ser descritos como cuidados de *baixa tecnologia e elevado afeto* que assumem a fatalidade da morte e respeitam a vida ^(28; 33). Progressivamente regulamentados e fundamentados nos princípios da justiça, do

respeito pela autonomia do doente, de fazer o bem e minimizar o mal, têm vindo a ser crescentemente reconhecidos como parte integrante de todos os sistemas de cuidados de saúde ^(28; 32).

2.2. O Stresse no Contexto dos Cuidados em Fim de Vida.

O ato de cuidar é a missão própria dos hospitais (a par de outras instituições) e de quem neles trabalha. Para estes e para a comunidade em geral cuidar adquire um valor semelhante a curar, pelo que morrer num hospital é, muitas vezes, sentido como um fracasso pelos profissionais de saúde. Ainda assim, a morte não é surpreendente em todas as situações, existindo casos em que é prevista e, por vezes, até mesmo desejada pelo próprio doente e pelos cuidadores, o que não retira, porém, o potencial de sofrimento que impõe a ambos. A morte desperta sentimentos complexos, simultâneos e ambíguos de revolta e alívio, os quais são explicados pelo facto do fim de vida nos remeter para os limites das nossas capacidades de cuidar e para a nossa própria finitude que, mais ou menos próxima é, sem dúvida, inevitável ^(27; 28; 29). Os enfermeiros são diariamente confrontados com a dor, o sofrimento e a morte nos diversos contextos em que atuam ⁽³¹⁾. Aspetos que se devem ao contacto direto com os doentes e com as suas famílias.

A pessoa que se encontra em fim de vida depende em grande parte do apoio – total ou parcial – de terceiros na satisfação das suas necessidades ⁽¹⁰⁾. Considerando o seu cariz subjetivo, estas necessidades são distintas de pessoa para pessoa e a medida da sua satisfação, difere de acordo com a avaliação do próprio pois, cada individuo assume um papel central e insubstituível na definição das suas necessidades e da forma como espera que estas sejam satisfeitas ⁽³¹⁾. O enfermeiro, enquanto cuidador informal, deve desenvolver a capacidade de reconhecer e encontrar respostas apropriadas para as situações complexas que se apresentam, característica que alguns autores designam *sensibilidade ética* ⁽³⁴⁾. Na verdade, existe todo um conjunto de decisões éticas que a equipa de saúde, no global, deve ter em consideração e que se referem à autonomia, medidas de conforto, desejos e preferências pessoais entre outros ⁽⁸⁾.

Também a família⁴ é afetada por esta etapa da vida e requer a atenção dos enfermeiros que, por sua vez, têm que compreender as características das necessidades físicas, emocionais, sociais, espirituais e existenciais, desenvolver comportamentos relacionais e construir com a pessoa e a família um cuidado de enfermagem que possibilite a satisfação efetiva das mesmas^(10; 31). Desenvolve-se uma rede complexa de relações que tem como elemento central a pessoa em fim de vida e que requer uma gestão harmoniosa da equipa de saúde⁽⁷⁾.

Dadas as características particulares desta fase, é aceite que cuidar de uma pessoa em fim de vida compreende um conjunto de ações, decisões e sentimentos difíceis de gerir que constituem potenciais fatores de stresse para os enfermeiros. Além das dificuldades com que os enfermeiros se deparam neste processo, o fim de vida despoleta emoções e sentimentos – medo, ansiedade e frustração – que dificultam esta tarefa. A evidência científica existente comprova que estes profissionais têm risco de desenvolver exaustão física, psicológica e emocional e conseqüentemente stresse e *burnout*^(6; 8).

Os enfermeiros mencionam inquietações referentes ao cuidar de uma pessoa em fim de vida que são promotoras de stresse e que podem agrupar-se em três categorias: *Preocupações pessoais, preocupações sobre a pessoa em fim de vida e preocupações sobre a família*⁽⁹⁾. Como preocupações pessoais, os enfermeiros salientaram a falta de tempo, a sua performance como cuidadores, a falta de experiência, as dificuldades com a comunicação e o envolvimento emocional. Quanto à pessoa em fim de vida, os enfermeiros evidenciaram inquietações com o seu conforto e com a sua necessidade de informação. Finalmente, os sujeitos do estudo referiram, ainda, preocupação pelas necessidades da família, em termos de conforto, informação e comunicação⁽⁹⁾. Outros estudos revelam ainda dificuldades na relação enfermeiro – pessoa em fim de vida, que promovem a experiência de momentos de tensão, envolvimento emocional que prejudicam não só os próprios, como também a qualidade dos cuidados prestados e conseqüentemente a vivência pessoal do fim de vida⁽³¹⁾.

A missão não termina com o último suspiro do doente e os enfermeiros têm consciência desse facto⁽¹⁴⁾. Os cuidados *post mortem* e o acompanhamento do luto da

⁴ Ao longo deste estudo, entende-se família como o conjunto de pessoas significativas para quem se encontra em fim de vida.

família são realidades, igualmente, promotoras de stresse contudo o modo como os profissionais entendem estes cuidados específicos é determinante no efeito que estes produzem sobre si⁽²⁷⁾.

Dadas as condicionantes impostas pelo ambiente dos cuidados em fim de vida, entende-se a necessidade imperiosa de desenvolvimento de estratégias que permitam reduzir o stresse que é gerado continuamente neste meio e, conseqüentemente, minimizar os seus potenciais efeitos negativos.

3. Sentido de Humor

3.1. Concetualização

Inúmeras têm sido as tentativas para definir o conceito de humor ^(14; 16). Estudado em diversas áreas do conhecimento, dada a sua ligação com uma multiplicidade de outros conceitos, este fenómeno foi já abordado pela ótica fisiológica, psicológica e social. Embora trabalhado, também, nas ciências da saúde a sua conceptualização ainda não é unânime ^(35; 1). A sua natureza, que é ao mesmo tempo universal e subjetiva/individual, parece ser um dos elementos dificultadores da sua definição.

O humor é um fenómeno comum nas interações sociais e nas relações interpessoais, pelo que os conteúdos humorosos são entendidos globalmente em todas as sociedades e culturas. É, portanto, um conceito compreendido universalmente, já que não existe cultura ou sociedade desprovida de humor ⁽¹⁷⁾. Porém, cada pessoa desenvolve um entendimento muito particular do humor, de acordo com o seu referencial sociocultural, o seu estado emocional, a sua personalidade e a conjuntura situacional em que ocorre ^(36; 13; 16). Entende-se, assim, que o que pode parecer divertido para algumas pessoas possa não o ser para outras. Mais ainda, uma pessoa pode não entender o conteúdo humoroso se este surgir numa situação específica ou se a própria pessoa não estiver emocionalmente disponível para tal. Na verdade, o contexto em que surge e o próprio conteúdo humoroso são elementos importantes que influenciam a forma como o humor é socialmente aceite ⁽¹⁶⁾. A sua natureza multidimensional sugere que o humor é, ainda, composto por diversos elementos e dimensões, sendo consequentemente influenciado por vários fatores ^(37; 1). Desta forma, o humor parece ser algo que existe na mente do indivíduo e não no mundo real, visto que não existe nenhum assunto que seja considerado humoroso por todas as pessoas ⁽¹⁴⁾.

Um fator que tem vindo a contribuir igualmente para complicar a definição deste conceito relaciona-se com a evolução histórica que tem sofrido ao longo dos séculos, mais especificamente, com a dificuldade em romper com as suas implicações no passado. Surgiu associado à falta de seriedade que rapidamente evoluiu para hostilidade, privilegiando-se o riso que humilhava o outro e chega à atualidade como fonte de inúmeros benefícios ⁽³⁸⁾. O cómico evoluiu deixando de se fazer à custa do outro para se centrar no “eu” revelando uma atitude mais desprendida e que aproxima o outro,

promovendo a interação social, a boa disposição e a felicidade ⁽¹⁶⁾. O humor demonstra uma atitude de simpatia e cumplicidade. Ri-se para a pessoa, com ela e não dela.

Associados ao conceito de humor surgem, muitas vezes, outros termos que podem contribuir, também, para a dificuldade na sua conceptualização, como a boa disposição, a alegria, o bem-estar e o riso. De facto, o humor como meio de comunicação permite que a pessoa se expresse de forma divertida, proporcionando um ambiente descontraído que, alivia a tensão e a ansiedade e, por oposição, promove a boa-disposição, a alegria e, conseqüentemente, o bem-estar. Parece existir, também, alguma confusão em torno dos conceitos de humor e riso, o que justifica uma análise mais detalhada dos mesmos, pois embora intrinsecamente relacionados e muitas vezes utilizados de forma indiferenciada compreendem conceitos distintos ⁽¹⁶⁾. O humor surge na literatura como o estado psíquico, sentimento intrínseco ou mesmo experiência determinada por capacidades e competências cognitivas que se traduzem em manifestações fisiológicas das quais se pode destacar o riso. O riso corresponde, então, à experiência física/fisiológica produzida pelo estímulo humoroso. Pode, por este motivo, ser considerado um indicador da existência de humor ^(14; 16). Contudo esta assunção não é sempre linear, já que o riso pode surgir em associação a situações de pressão social (causado pelo nervosismo) e as doenças do foro psiquiátrico.

A dificuldade em trabalhar o conceito de humor resulta da procura de uma definição ímpar, quando existem várias hipóteses para categorizar a sua essência e o seu desígnio, como se verifica com outros fenómenos relacionados com o comportamento humano ⁽¹⁵⁾. Trata-se de um complexo fenómeno cognitivo, psicológico e fisiológico que exige uma análise igualmente complexa. Do ponto de vista científico, o humor emerge na literatura como um fenómeno complexo ⁽³⁹⁾ de natureza multidimensional ^(1; 16), que se traduz numa capacidade psicológica e intelectual própria do ser humano para apreender determinados elementos do meio e atribuir-lhes uma conotação graciosa ^(14; 16; 37). Envolve as componentes, cognitiva e emocional ⁽³⁸⁾ sendo que a capacidade para apreciar o humor parece surgir da combinação entre uma rápida intuição seguida de uma deliberação lenta ⁽⁴⁰⁾ e de uma densa rede de traços de personalidade ^(37; 1). É diversas vezes concetualizado como um padrão de comportamento, uma habilidade, um traço de personalidade, uma atitude, uma resposta estética a conteúdos humorosos ou

ainda uma estratégia de *coping*, compondo esta última, uma tendência para manter uma perspectiva humorosa em situações adversas ⁽³⁸⁾.

3.1.1. Tipos e Funções do Humor

A produção e a apreciação do humor compreendem um conjunto de processos intelectuais e emocionais complexos com um intuito específico. No modelo proposto por Riley distinguem-se dois tipos de humor de acordo com os sentimentos que envolvem e com a sua função: humor positivo e humor negativo: O humor positivo relaciona-se com a autoestima, o suporte social, a intimidade e as emoções positivas ^(38; 41) e é capaz de produzir benefícios principalmente ao nível da comunicação e interação com o outro, fortalecendo as relações sociais ⁽¹⁴⁾. Por outro lado, o humor negativo está relacionado com emoções negativas como a depressão, a ansiedade e a hostilidade ⁽³⁸⁾ e promove a exclusão social na medida em que pretende ridicularizar e diminuir o outro. Porém, é também neste tipo de humor que se enquadra o humor negro, caracterizado pela sátira aos acontecimentos negativos e que pode adquirir grande utilidade na gestão de situações causadoras de grande sofrimento, ansiedade e stresse ⁽¹⁴⁾.

Nos seus estudos, Martin identificou estilos de humor adaptativos e não adaptativos de acordo com potencial positivo ou negativo da sua ação para quem produz e/ou aprecia o humor ⁽³⁸⁾, conjugando-se com a definição proposta anteriormente por Riley. José, tendo por base a conceção de Martin, expõe na sua obra quatro tipos de humor diferentes, que se podem agrupar e encaixar nos dois polos anteriormente descritos. Reportando ao pólo positivo, salienta-se o humor agregador e o humor do tipo rir da vida. O humor agregador respeita ao tipo de humor que é utilizado como forma de promover as relações interpessoais, reforçando os laços no seio do grupo e aproximando os seus elementos ^(16; 42; 38). Por sua vez, o humor do tipo rir da vida, como sugere a designação, envolve a capacidade de defrontar as adversidades que se impõem de uma forma positiva, extraíndo o melhor de cada situação ⁽¹⁶⁾. Com referência ao pólo negativo, a autora exhibe o humor hostil e o humor autoinfligido. O humor hostil é aquele que é utilizado de forma prejudicial para com os outros com evidente efeito destrutivo. Associa-se à manipulação e à crítica do outro, utilizando o sarcasmo e o ridículo sem consideração pelo seu impacto ^(43; 42), sendo que quem usa este tipo de humor não pretende ajudar os outros e demonstra dificuldade em partilhar empatia com os seus sentimentos negativos ⁽⁴⁴⁾. Porém, este tipo de humor pode ser útil na gestão de

situações particularmente difíceis, funcionando como estratégia para reduzir o stresse ^(14; 16). O humor autoinfligido é também utilizado de forma prejudicial, mas para consigo é autodestrutivo ^(44; 42). É dirigido ao próprio, muitas vezes, com a finalidade de conquistar a aprovação dos outros ⁽⁴²⁾.

3.2. Contributos do humor na saúde

De acordo com a literatura atualmente produzida, são incalculáveis os benefícios do humor na saúde aos mais diversos níveis ⁽¹⁶⁾. Afeta todas as dimensões do ser quer sejam biológicas, psicológicas, espirituais ou mesmo sociais. A utilização do humor e do riso como sua manifestação produzem alterações orgânicas que exercem influência nos sistemas fisiológicos, mantêm o equilíbrio homeostático do indivíduo ⁽¹⁹⁾ e têm efeitos positivos na redução da dor e da solidão e no aumento da alegria e da satisfação com a vida ⁽⁴⁵⁾.

O sentido de humor pode providenciar um reforço importante das medidas de gestão das questões relacionadas com a saúde ⁽⁴⁶⁾, já que as situações humorosas são responsáveis por uma melhoria na disposição emocional das pessoas ⁽¹⁹⁾. O humor pode ser visto como uma medida que garante o afastamento necessário entre a pessoa e a situação ou o problema que enfrenta. Mais ainda, oferece uma imagem realista do mesmo, o que permite uma avaliação da situação ponderada e um planeamento mais focado.

Saber usar o humor para gerir as adversidades pode ser visto como ter sentido de autoeficácia, permitindo que a pessoa tome medidas para evitar o stresse ⁽⁴⁶⁾. Se por um lado, o stresse causa alterações psicológicas com potencial nefasto na saúde, por outro lado o humor parece criar o efeito oposto ^(17; 19). Na verdade, o humor tem vindo a ser reconhecido como uma estratégia importante na gestão dos problemas e situações que se impõem ao quotidiano individual ^(37; 1) onde manter o sentido de humor, aprender a rir e, ainda, a procurar conteúdos humorosos no maior número de situações possível, podem ser estratégias a considerar ⁽¹¹⁾. É neste sentido que os enfermeiros consideram o humor uma estratégia efetiva, promotora de bem-estar e tranquilidade, potencialmente eficaz na melhoria da autoestima e do autocuidado e ainda facilitadora de resolução de problemas, proporcionando um desempenho mais eficiente ⁽¹⁴⁾.

Estreitamente ligada ao humor como estratégia de gestão do stresse está a ideia de que o humor contribui para a saúde psicológica e para a resistência ao stresse ⁽³⁸⁾.

Sintomas depressivos têm sido negativamente correlacionados com o uso do tipo de humor agregador e positivamente relacionados com o tipo de humor autoinfligido ⁽⁴⁷⁾. Desta forma, a utilização do humor como estratégia para gerir o stresse exige controlo e adequação ⁽⁴⁶⁾. Por outro lado, a forma como cada pessoa faz uso do humor pode contribuir como um forte preditor de situações extremas de stresse ⁽¹⁸⁾.

O riso como manifestação do humor produz um efeito libertador de tensão emocional potencialmente prejudicial para a saúde ^(14; 19; 17). Apresenta, portanto, um efeito favorável na saúde em geral atuando na prevenção do desenvolvimento de patologias relacionadas com o stresse ⁽¹⁶⁾. O riso terapêutico vai para além da redução do stresse, constitui uma ferramenta de comunicação efetiva que promove uma interação que vai além da empatia ⁽⁴⁸⁾. Contudo, mais importante do que o efeito fisiológico do riso é o humor, ao nível cognitivo, que exerce a maior influência na gestão do stresse e na comunicação ⁽¹²⁾.

Deste modo, parece comumente aceite na literatura específica sobre o tema que o humor constitui uma ferramenta efetiva na redução do stresse experienciado pelas pessoas. Esta assunção não é apenas atual, como remonta já ao século passado e tem vindo a suscitar, desde então, o desenvolvimento de estudos que permitam conhecer a natureza e os contornos da relação entre estes dois conceitos ^(17; 19; 13).

3.3. O Humor e a Profissão de Enfermagem

No que concerne aos cuidados de saúde, a utilização do humor tem vindo a ser progressivamente valorizada como meio de promoção da saúde e do bem-estar ⁽¹⁹⁾. Especificamente reportando à Enfermagem, a sua introdução nos cuidados foi alvo de controvérsia, nomeadamente aquando da sua utilização. Esta resistência inicial é explicável por uma possível preocupação excessiva com a manutenção da sua legitimidade e da sua identidade como disciplina científica que desde cedo marcou a Enfermagem ⁽³⁹⁾.

A sua utilização, anteriormente controversa, tem vindo a ser alvo de maior investigação e amplamente aceite e incluída na prática de cuidados de saúde ⁽¹⁹⁾. A aplicação do humor pelos enfermeiros, enquanto intervenção terapêutica, tem vindo a ser estimulada precisamente pelos benefícios que pode oferecer aos utentes ⁽¹⁹⁾. Contudo o seu uso não se deve limitar aos utentes ou à relação enfermeiro-utente já que ambos podem encontrar benefício nos efeitos terapêuticos que o humor oferece ⁽¹⁶⁾.

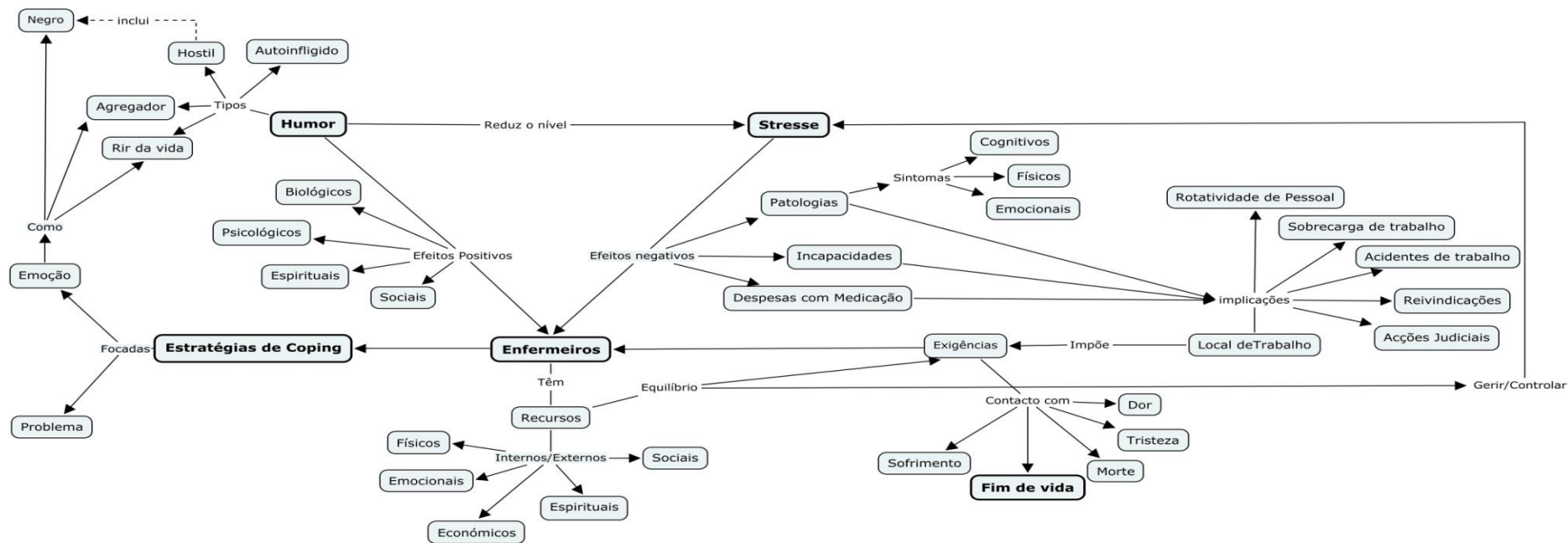
Sendo o humor capaz de libertar tensões, este pode ser utilizado como estratégia pelos enfermeiros em seu próprio benefício, proporcionando uma melhor gestão do stress que advém do seu contexto de trabalho tão particular. O humor deve ser um recurso a utilizar para minimizar o stress que os profissionais de saúde encontram diariamente, existindo já evidência científica de que apresenta benefícios comprovados na melhoria da satisfação com o trabalho ^(49; 13).

Neste sentido, o tipo de humor mais utilizado pelos profissionais de saúde é o humor negro e este constitui uma importante ferramenta no alívio da pressão despoletada em momentos de crise ^(14; 16; 50). Ajuda na gestão de sentimentos negativos e permite, conseqüentemente, reduzir os efeitos prejudiciais do stress, motivo pelo qual é importante na melhoria das dinâmicas de grupo ⁽¹⁶⁾. De facto o uso deste tipo de humor parece poder ajudar a lidar com a exaustão e as dificuldades emocionais despoletadas pelo trabalho com pessoas doentes e em fim de vida ⁽⁵¹⁾.

Os cuidados paliativos criaram um tipo próprio de humor ligado ao fenómeno e às atividades que se relacionam com a morte ⁽⁵⁰⁾. Conhecido como *Thanantological humour* pode dizer-se que a sensibilidade que lhe é inerente faz com que este apenas seja entendido no contexto em que surge e pelas pessoas que estão envolvidas. Quando descontextualizado pode ser mal interpretado, provocando desaprovação nas pessoas que não entendem a natureza inerente a este ambiente de trabalho específico ⁽⁵⁰⁾.

É indubitável a emergência da utilização do potencial do humor como estratégia para gerir as situações promotoras de stress relacionadas com o trabalho na área da saúde, considerando que estes representam o grupo de profissionais que mais contacta com situações de tensão, ansiedade, sofrimento e morte ⁽¹⁴⁾. Assim, compreende-se, ainda, a utilidade de ajustar as condições de trabalho de modo a fomentar uma maior utilização do sentido de humor nestes contextos, acautelando, uma ponderada abordagem ao humor, baseada na evidência científica ^(18; 39).

4. Mapa conceptual



Referências Bibliográficas:

Chinery, Winifred. 2007. Alleviating stress with humour: a literature review. *Journal of Perioperative Practice*. n.º 4, Abril de 2007, Vol. Vol. 17, pp. 172-182.

Frias, Cidália. 2008. O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar. *Revista Referência*. 2, Junho de 2008, Vol. 6, pp. 57-67.

Gray-Toft, Pamela e Anderson, James. 1981. The Nursing Stress Scale: Development of an Instrument. *Journal of Behavioural Assessment*. 1, 1981, Vol. 3, pp. 11-23.

José, Helena e Parreira, Pedro. 2008. Adaptação para Português da Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS). *Revista Referência*. n.º 6, Junho de 2008, Vol. II.ª Série, pp. 7-18.

José, Helena. 2002. Humor nos Cuidados de Enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros. Loures : Lusociência, 2002.

—. 2010. Resposta humana ao humor: humor como resposta humana. Loures : Lusociência, 2010. 978-972-8930-56-1.

Lambert, Vickie A. e Lambert, Clinton E. 2008. Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*. 1, Junho de 2008, Vol. 14, pp. 38-44.

Lazarus, Richard S. e Folkman, Susan. 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. [Online] 1984.

Lazarus, Richard. 2006. *Stress and Emotion: A New Synthesis*. [Online] 2006.

Marzialia, Elsa, McDonaldb, Lynn e Donahuec, Peter. 2008. The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging & Mental Health*. 6, Novembro de 2008, Vol. 12, pp. 713-718.

McCreaddie, May e Wiggins, Sally. 2008. The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 6, Novembro de 2008, Vol. 61, pp. 584-595.

Peterson, J., et al. 2010. What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*. 4, 2010, Vol. 16, pp. 181-187.

Rickman, C. e Waybright, Linda. 2006. *Humor - It Works!* 2006.

Sapeta, P. e Lopes, M. 2007. Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. *Revista Referência*. Universidade de Lisboa, 2007, Vols. II Série, nº 4.

Smith, Melinda e Segal, Robert. 2012. Help Guide. [Online] Abril de 2012. [Citação: 25 de Maio de 2012.] http://www.helpguide.org/mental/stress_management_relief_coping.htm.

Tumkaya, Songul. 2007. Burnout and humor relationship among university lecturers. *Humor - International Journal of Humor Research*. 1, 2007, Vol. 20, pp. 73-92.

Wooten, Patty. 1996. Humor an Antidote for Stress. *Holistic Nursing Practice*. 2, 1996, Vol. 10, pp. 49-55.

Zaghloul, Ashraf. 2008. Developing and Validating a Tool to Assess Nurse Stress. *Journal of Egypt Public Health Association*. 3, 2008, Vol. 83, pp. 223-237.

Parte II
Percurso Metodológico

Parte II – Percurso Metodológico

O presente capítulo proporciona uma descrição explicativa do decurso do estudo de investigação, compreendendo a classificação do mesmo e a análise dos instrumentos utilizados, bem como a respetiva justificação.

1. Natureza do Estudo

O presente estudo assenta numa abordagem de natureza quantitativa do tipo correlacional sobre o sentido de humor e o nível de stresse experienciado pelos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida.

1.1. Variáveis

As variáveis em estudo não são aleatórias, pelo contrário foram escolhidas pela possibilidade de existir uma relação/influência entre as mesmas (já comprovada na literatura científica) e a fim de estudar a sua magnitude e orientação. Neste sentido, assume-se o Sentido de Humor como variável independente e o Nível de Stresse como variável dependente.

1.2. Questão de Investigação

“Qual a relação existente entre o sentido de humor e o nível de stresse experienciado por enfermeiros, que cuidam com pessoas em fim de vida?”

1.3. Objetivos

Os objetivos encontram-se intrinsecamente relacionados com o desenho definido, já que estipulam as metas que se pretende atingir na determinação da influência exercida por uma variável sobre a outra. Destacam-se dois objetivos fundamentais:

- Estabelecer a relação entre o sentido de humor e o nível de stresse no contexto de trabalho dos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida;
- Determinar a natureza desta relação em termos de magnitude e orientação.

1.4.Hipóteses

Um estudo correlacional assenta em proposições teóricas que predizem alguns aspetos da natureza da interação entre as duas variáveis. No presente estudo a composição das hipóteses deriva da evidência empírica e teórica desenvolvida sobre o tema nos últimos anos. Mediante os resultados obtidos existirão hipóteses que serão confirmadas e outras contrariadas (tabela 4).

Tabela 4 - Hipóteses de Investigação

Hipótese Central	<i>Existe uma relação entre o sentido de humor e o nível de stresse experienciado pelos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida</i>
Hipótese 1	<i>A um aumento do nível de stresse corresponde um aumento do sentido de humor</i>
Hipótese 2	<i>A um aumento do nível de stresse corresponde uma diminuição do sentido de humor</i>

1.5.Amostra

O primeiro passo do percurso metodológico foi a amostragem. Inicialmente procedeu-se à caracterização da população definindo claramente as características que a compõem para que, posteriormente, fosse possível delimitar a porção a incluir no estudo de forma a dar resposta aos objetivos estipulados. A tabela 5 sintetiza as características definidas para a população-alvo, para a população acessível e para a amostra.

Tabela 5 - Caracterização da população-alvo, da população acessível e da amostra

População-alvo	Compreende os enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida.
População acessível	Constitui o grupo de enfermeiros que cuida com pessoas em fim de vida e que exercem as suas funções nas instituições de saúde presentes no território português.
Amostra	Representa a fração da população acessível, que está disposta a colaborar no estudo.

A garantia de homogeneidade foi uma preocupação que acompanhou o desenvolvimento do estudo desde a sua origem, dado que é uma característica essencial à representatividade da amostra e à generalização dos dados. Neste sentido foram determinados critérios de inclusão e exclusão com o objetivo de identificar as particularidades da amostra em estudo. Os critérios de seleção apresentam-se na tabela 6, que se segue.

Tabela 6 - Critérios de seleção da amostra

Critérios de Seleção	
Inclusão	Exclusão
Enfermeiros que trabalhem com pessoas em fim de vida (contacto direto com a pessoa);	Outros profissionais de saúde; Enfermeiros que não trabalham com pessoas em fim de vida;
Experiência profissional igual ou superior a 2 anos ⁵ ;	Experiência profissional inferior a 2 anos;
Capacidade para ler e escrever em português.	Sem capacidade para ler e/ou escrever em português.

A amostra foi selecionada utilizando duas estratégias distintas. Na primeira, foi enviado um pedido de colaboração a um conjunto de enfermeiros que trabalha em cuidados paliativos ao longo do país. Esta estratégia permitiu obter um total de 47 respostas. Na segunda, foram igualmente contactados enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos ao longo do país, mas através de uma universidade onde se encontram a desenvolver um curso de mestrado nesta área e através de uma associação de cuidados paliativos à qual estão associados. Esta estratégia garantiu mais 14 respostas ao questionário.

Considerando os critérios estipulados e o método de seleção utilizado, compôs-se uma amostra acidental com um total de 61 enfermeiros que trabalham em unidades/equipas de cuidados paliativos no território de Portugal continental.

⁵ Os profissionais que trabalham no mesmo serviço há 2 ou mais anos, apresentam uma capacidade de análise das situações que é consciente, abstrata e analítica. São capazes de se distanciar da execução das tarefas e de agir perante os problemas diários de forma crítica, refletida e ponderada. Desta forma, encontram-se mais à vontade com o ambiente em que prestam cuidados, são capazes de examinar criticamente as experiências e partilhá-las com o investigador⁽⁵⁸⁾.

2. Instrumentos de Colheita de Dados

Como descrito previamente, o presente estudo assenta numa abordagem quantitativa do tipo correlacional, através da qual se pretende explorar a relação existente entre as variáveis Humor e Stresse. O carácter subjetivo e multidimensional do conceito de Humor, bem como a natureza igualmente complexa do conceito de Stresse conduziram ao desenvolvimento de inúmeras ferramentas que permitissem torná-los mensuráveis. Desta forma, houve a necessidade de rever os instrumentos de medida, mais utilizados neste tipo de avaliação e estudar a sua adequação à amostra e ao problema em estudo (tabela 7).

Tabela 7 - Principais Instrumentos de Avaliação do Sentido de Humor e do Stresse⁶

Instrumentos de Avaliação do Sentido de Humor	Autor (Ano)
Sense of Humor Questionnaire (SHQ)	Svebak (1974)
Coping Humor Scale (CHS)	Martin and Lefcourt (1983)
Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ)	Martin and Lefcourt (1984)
Humor Orientation Scale (HOS)	Boot-Butterfield (1991)
Multidimensional Sense of Humor Scale (MSHS)	Thorson and Powell (1993)
Humor Response Scale (HRS)	Bennet <i>et al.</i> (2003)
Humor Styles Questionnaire (HSQ)	Martin <i>et al.</i> (2003)
Questionnaire of Occupational Humorous Coping (QOHC)	Doosje <i>et al.</i> (2010)
Instrumentos de Avaliação do Stresse	Autor (Ano)
Nursing Stress Scale (NSS)	Gray-Toft and Anderson (1981)
Perceived Stress Scale (PSS)	Cohen <i>et al.</i> (1983)
Job Stress Scale (versão resumida)	Theorell (1988)
Nurse Stress Index (NSI)	Harris <i>et al.</i> (1989)
Depression Anxiety Stress Scales (DASS)	Lovibond e Lovibond (1995)
Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS)	Vaz-Serra (2000)
Bianchi Stress Questionnaire (BSQ)	Bianchi (2009)

⁶ Foram apresentados apenas os instrumentos mais referenciados nos estudos que compõem a revisão da literatura.

2.1. Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS)

O instrumento selecionado para medir o sentido de humor foi a **Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS)** originalmente desenvolvida por Thorson e Powell em 1993 ⁽³⁷⁾ e adaptada à população portuguesa por José e Parreira em 2008 ⁽¹⁾. Esta versão apresentou um *alfa de Cronbach* de 0.92 e é constituída por 24 itens. Apresentada sob a forma de escala de *Likert* de 5 pontos, onde 5 – concordo totalmente e 1 – discordo totalmente. A MSHS pretende avaliar quatro dimensões/fatores do humor: *Produção e uso social do humor*, *Humor adaptativo*, *Atitude pessoal face ao humor e Apreciação do humor* ^(37; 1). Da sua validação para a população portuguesa surgiu ainda uma quinta dimensão como variação estrutural, a qual foi designada pelos autores como *Objeção ao uso do humor* ⁽¹⁾.

Na origem da seleção deste elemento esteve a opção por uma escala que:

- Contemplasse a avaliação das diversas dimensões do humor, especificamente o humor como estratégia de *coping* – evitando o uso inapropriado de escalas de medida inespecíficas.
- Estivesse traduzida e validada para a população portuguesa, permitindo a sua aplicação imediata.

2.2. Nurse Stress Index (NSI)

O instrumento de medida escolhido para avaliação do stresse foi a Nurse Stress Index (NSI), versão 1.1. Desenvolvida por Philip Harris em 1989 ⁽⁵²⁾, apresentou na sua versão original um *alfa de Cronbach* de 0,919. Em Portugal, foi traduzida e adaptada por Fernandes em 1996 para o desenvolvimento do estudo sobre a *Avaliação do stresse nos enfermeiros em cuidados intensivos* ⁽²⁾. A referida escala foi, ainda, utilizada por outros autores em estudos recentes apresentando valores de consistência interna e resultados igualmente significativos ⁽⁵⁾.

Composta por um total de 30 itens, avalia o grau de pressão a que os inquiridos estão sujeitos em cada situação através de uma escala de *likert* de 5 pontos, cujas correspondências se apresentam de seguida: 5 (Muita pressão), 4 (Bastante pressão), 3 (Moderada pressão), 2 (Pouca pressão), 1 (Nenhuma pressão). Demonstra valores teóricos mínimos de 30, máximos de 150 e médios de 90.

A versão portuguesa desenvolvida por Fernandes foi dividida em seis subescalas: *Gestão da carga de trabalho I e II*; *Apoio e envolvimento organizacional*; *Lidar com os doentes e familiares*; *Conflitos casa/trabalho*; *Competência e confiança no papel*.

A escolha deste instrumento de avaliação do stresse teve por base a satisfação dos seguintes critérios:

- Compreender a avaliação do stresse relacionado com o local de trabalho;
- Ser um instrumento especificamente elaborado para enfermeiros (dada a especificidade inerente ao contexto em que desempenham as suas funções);
- Estar traduzido e validado para a população portuguesa, de modo a proceder à aplicação imediata.

O formulário de colheita de dados (Anexo II) apresentado aos enfermeiros conjuga as duas escalas apresentadas e acrescenta-lhes um questionário sociodemográfico com questões que permitem uma melhor caracterização da amostra. Acresce, ainda, uma pequena nota introdutória com informação específica sobre o estudo – problema, título, objetivos – e sobre as questões referentes à participação voluntária e à confidencialidade dos dados fornecidos (Anexo I).

3. Procedimento de Recolha de Dados

Concedida formalmente a aprovação do estudo pelo conselho científico e pela comissão de ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Anexo III), procedeu-se ao início da recolha de dados. Esta fase prolongou-se pelo período de tempo equivalente a 10 meses devido à necessidade de considerar duas estratégias de colheita de dados distintas.

Inicialmente o tamanho da amostra foi alvo de uma maior preocupação. Várias são as fórmulas sugeridas pelos autores para a sua determinação. Porém, neste caso específico, o universo de enfermeiros que trabalham com pessoas em fim de vida tornava-se difícil de precisar, visto que estas se encontram dispersas pelas várias unidades de saúde existentes no país. Desta forma foi estabelecido contacto, via correio eletrónico, com os enfermeiros chefes de 36 instituições de cuidados paliativos ao longo

do país. Pretendia-se dar a conhecer o estudo e pedir colaboração para a sua divulgação no seio das equipas de forma a obter as seguintes informações:

- Número total de enfermeiros do serviço/unidade/equipa;
- Número total de enfermeiros que correspondem aos critérios de seleção;
- Número total de enfermeiros que correspondem aos critérios de seleção e que pretendem participar no estudo, bem como os respetivos correios eletrónicos para envio do endereço do questionário *online*.

Esta estratégia de restrição do contexto às instituições de cuidados paliativos permitia um maior controlo sobre a amostra e a possibilidade de determinar o erro amostral, e apresentava-se como fundamental para assegurar a representatividade dos resultados. Contudo, ao restringir o contexto incorre-se no risco de obter um reduzido número de respostas. Das 36 instituições contactadas, apenas 14 responderam aos vários apelos feitos, enviando os endereços eletrónicos dos participantes, um total de 96 enfermeiros. As restantes instituições não forneceram qualquer tipo de resposta. Destes 96 enfermeiros, e após múltiplas solicitações, apenas 47 responderam ao questionário.

Considerando o número de respostas insuficiente, delineou-se uma nova estratégia. Foi feito um pedido formal dirigido a uma universidade, solicitando a sua autorização para a divulgação do estudo no grupo de alunos que frequentavam um mestrado em cuidados paliativos e que exerciam a sua profissão nessa área. Simultaneamente, foi redigido um pedido formal a uma associação de cuidados paliativos, pedindo a divulgação do estudo pelos seus sócios. Disponibilizou-se o endereço eletrónico do formulário de modo a que o investigador não tivesse contacto com os nomes dos participantes. Esta estratégia permitiu obter mais 14 respostas, perfazendo-se um total de 61 sujeitos. Em contrapartida, perdeu-se o controlo sobre a amostra e a sua dimensão pelo que deixou de ser possível calcular o erro amostral. Dado que não se obteve mais respostas e considerando este valor minimamente suficiente para a análise, a colheita de dados foi dada como terminada.

4. Modelo de Análise e Tratamento dos Dados

Terminada a colheita de dados procedeu-se ao seu estudo. Neste sentido, os valores obtidos foram codificados e sintetizados numa base de dados a partir do programa informático de análise estatística *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 20.0.

A análise foi concebida em duas fases, descritiva e inferencial. Na primeira fase, para caracterizar a amostra em termos sociodemográficos foram apresentados valores absolutos e percentuais. Na caracterização do sentido de humor e do nível de stresse recorreu-se ao cálculo de percentagens de sucesso para o mínimo, máximo e mediana, visto que se trata de analisar valores obtidos em escalas ordinais. Apresentam-se também os valores médios calculados para efeitos de comparação com outros estudos.

Na segunda fase, a normalidade das distribuições foi estudada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* já que a amostra em estudo foi sempre superior a 50. A aproximação das distribuições à normalidade foi estudada em todas as etapas, mesmo quando não seria estritamente necessário, de forma a salvaguardar o rigor da investigação.

O estudo das correlações foi desenvolvido com recurso ao teste não paramétrico de *Spearman*, dado que não foi possível garantir os critérios exigidos pelos testes paramétricos pois as variáveis são maioritariamente ordinais. Pelo mesmo motivo, a análise das diferenças entre os géneros – no que respeita ao sentido de humor e ao nível de stresse – foi desenvolvida com o teste não paramétrico *de Mann-Whitney*.

Todos os dados são exibidos em gráficos e tabelas cuja fonte se omite por terem sido concebidos exclusivamente para o presente estudo de investigação.

Parte III
Percurso Empírico

Parte III – Percurso Empírico

O presente capítulo compreende a interpretação e a análise estatística dos dados, a discussão dos resultados obtidos com os aspectos evidenciados na literatura produzida, a reflexão sobre as questões éticas inerentes ao desenvolvimento da investigação e a discussão das limitações do estudo.

1. Análise Estatística dos Dados

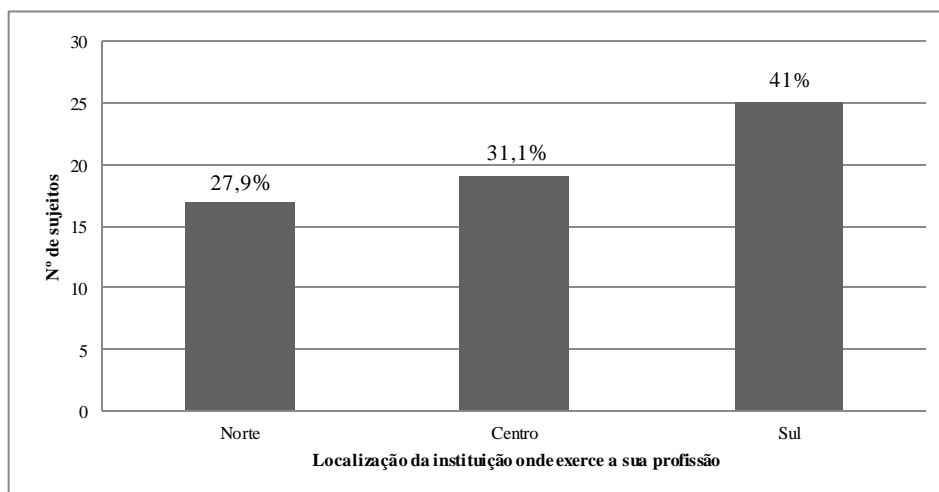
1.1. Análise Descritiva

A análise descritiva dos dados compreende a caracterização sociodemográfica da amostra, uma descrição da utilização do humor pelos sujeitos e uma avaliação do sentido de humor e do nível de stresse destes.

1.1.1. Caracterização Sociodemográfica

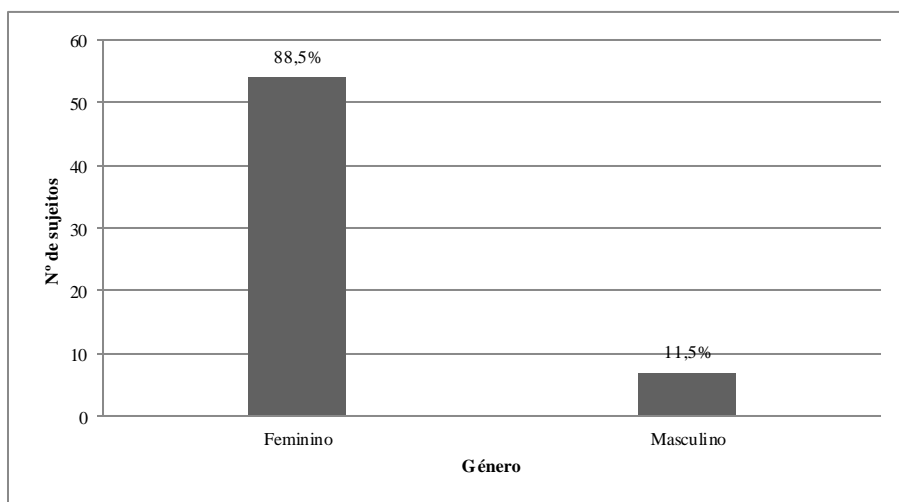
Os participantes no estudo compõem uma amostra, por acessibilidade, que compreende um total de 61 enfermeiros. Os inquiridos exercem a sua atividade profissional em equipas intra-hospitalares e unidades de cuidados paliativos em Portugal continental. No gráfico 1, apresentado abaixo, é possível identificar que dos enfermeiros inquiridos, 25 (41,0%) trabalham no sul do país, 17 (27,9%) no norte e 19 (31,1%) no centro. Na divisão das regiões foram utilizados os critérios de classificação NUTS II para definir as regiões norte e centro. A região sul foi formada pela junção das zonas de Lisboa, Alentejo e Algarve.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra pelas três principais regiões do país (n=61)



No que concerne ao género, constata-se que a amostra é representada essencialmente por sujeitos do género feminino num total de 54 (88,5%). O género masculino está representado por 7 elementos (11,5%), como se observa no gráfico 2.

Gráfico 2 - Classificação da amostra por género (n=61)



No que se refere à idade, os sujeitos apresentam idades compreendidas entre 23 e 55 anos, com média de 32,5 anos, desvio padrão de 7,597 e mediana de 30 anos. A sua distribuição de acordo com a faixa etária está sintetizada na tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição por faixas etárias (n=61)

Faixa Etária	n	%
20 – 30	35	57,4
31 – 40	17	27,9
41 – 50	7	11,5
51 – 60	2	3,3

Observam-se, porém, cinco valores discrepantes da restante distribuição. Neste sentido, optou-se por calcular a média aparada a 5% de forma a retirar a influência preponderante destes valores que poderia de alguma forma distorcer os dados. A média aparada é portanto de 31,88 anos, o que não revela uma diferença significativa relativamente à média previamente apresentada.

Relativamente à formação académica dos inquiridos, 50,8% tem licenciatura, 19,7% pós-graduação e 29,5% mestrado. Por sua vez, a categoria profissional predominante dos sujeitos é a de enfermeiro generalista, com 93,4% (tabela 9).

Tabela 9 - Formação Acadêmica e Categoria Profissional (n=61)

Variáveis		n	%
Formação Acadêmica	Licenciatura	31	50,8
	Pós-Graduação	12	19,7
	Mestrado	18	29,5
Categoria Profissional	Enfermeiro Generalista	57	93,4
	Enfermeiro Graduado	3	4,9
	Enfermeiro Especialista	1	1,6

A experiência profissional mínima é de 2 anos, requisito inicialmente estabelecido como critério de inclusão. A experiência profissional varia entre 2 e 31 anos, com média de 9,69 anos, desvio padrão de 7,212 e mediana de 7 anos. Na tabela 10 apresenta-se a sua distribuição por classes.

Tabela 10 - Distribuição da experiência profissional por classes (n=61)

Experiência Profissional (anos)	n	%
2 – 5	20	32,8
6 – 10	22	36,1
11 – 15	7	11,5
16 – 20	6	9,8
21 – 25	2	3,3
26 – 30	3	4,9
31 – 35	1	1,6

1.1.2. Caracterização da utilização do humor pelos inquiridos

Relativamente à questão descritiva sobre a utilização do humor, apresentada previamente às escalas, um total de 95,1% dos inquiridos afirma utilizar o humor como estratégia para gerir o stresse no local de trabalho. Destes, um total de 8 (16,4%) especifica a frequência da sua utilização. Apenas 1 (1,6%) afirma utilizar muitas vezes, 3 (4,9%) respondem às vezes/por vezes e 4 (6,6 %) referem raramente/pouco/ocasionalmente. Somente 2 enfermeiros (3,3%) negam a sua utilização. Um dos inquiridos não apresentou uma resposta válida à questão. Na tabela 11 observam-se os resultados obtidos nesta questão de forma sistematizada.

Tabela 11 - Caracterização da utilização do Humor pelos inquiridos (n=60)

Utilização do Humor	n	%
Sim	58	95,1
Não	2	3,3

1.1.3. Avaliação do Sentido de Humor

Os resultados gerais obtidos pela aplicação do instrumento utilizado para estudar o sentido de humor (MSHS), encontram-se descritos na tabela 12.

Tabela 12 - Resultados gerais obtidos pela amostra para a variável MSHS total (n=61)

Variável	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	D. P.
MSHS total	28,00	115,00	91,00	90,52	14,19

Os fatores III (87,16%), IV (89,07%) e V (87,30%) obtiveram uma maior pontuação média, o que indica uma fraca objeção ao uso do humor e uma forte aceitação e apreciação do humor. O valor de 95,1% de respostas positivas obtido para a questão descritiva inicial sobre o uso do humor, fazia prever estes resultados, especificamente uma fraca objeção ao uso do humor como estratégia para reduzir o stresse. O fator que menos pontuação média obteve foi o I (57,14%) demonstrando uma menor produção e uso social do humor relativamente às outras dimensões em estudo (tabela 13).

Tabela 13 - Valores absolutos (e percentagens de sucesso) obtidos para a MSHS total e para cada fator que a compõe (n=61)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
Fator I: Produção e uso social do humor	12 (37,50)	58 (95,83)	39,43 (57,14)	9,109 (18,98)	38 (60,42)
Fator II: Humor adaptativo	4 (37,50)	20 (93,75)	15,03 (68,95)	3,301 (20,63)	16 (75,00)
Fator III: Objeção ao uso do humor*	3 (66,67)	15 (100,00)	13,46 (87,16)	2,029 (16,91)	14 (91,67)
Fator IV: Atitude pessoal face ao humor*	5 (58,33)	15 (100,00)	13,69 (89,07)	1,839 (15,33)	14 (100,00)
Fator V: Apreciação do humor	4 (62,50)	10 (100,00)	8,98 (87,30)	1,271 (15,89)	9 (100,00)
MSHS total	28 (4,17)	115 (94,79)	90,59 (69,36)	14,189 (14,83)	91 (69,79)

Legenda: * – fator com itens invertidos; () – percentagens de sucesso

- Fator I – Produção e Uso Social do Humor

A análise da tabela 14 permite identificar que os itens 1 (69,67%) e 2 (68,44%) foram aqueles onde os inquiridos mais pontuaram. De acordo com estes valores é possível inferir que embora este seja o fator com menor ponderação, os inquiridos demonstram capacidade de produzir *piadas ou histórias engraçadas* e verbalizá-las fazendo outras pessoas rir. Os itens 4 (39,34%) e 5 (50,40%) foram os que apresentaram menor pontuação média. Estes dados permitem concluir que na generalidade a amostra não faz uso do humor para *entretter* os amigos e não sentem que os outros os procurem quando pretendem *ouvir coisas engraçadas*.

Tabela 14 – Valores absolutos obtidos (percentagens de sucesso) por item para o fator I (n=61)

Fator I: Produção e uso social do humor	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
1. Eu sou visto pelos meus amigos como uma pessoa com sentido de humor	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,79 (69,67)	0,88 (21,94)	4,00 (75,00)
2. Eu consigo dizer as coisas de um modo que faz as pessoas rir	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,74 (68,44)	0,85 (21,36)	4,00 (75,00)
3. Os meus ditos inteligentes divertem os outros	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,43 (60,65)	0,81 (20,13)	3,00 (50,00)
4. As pessoas olham para mim, para que diga coisas engraçadas	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,57 (39,34)	0,99 (24,77)	3,00 (50,00)
5. Eu uso o humor para entreter os meus amigos	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,02 (50,40)	1,06 (26,41)	3,00 (50,00)
6. Estou confiante de que consigo fazer outras pessoas rir	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,44 (61,06)	0,98 (24,38)	4,00 (75,00)
7. Outras pessoas dizem-me que eu digo coisas engraçadas	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,30 (57,37)	0,97 (24,30)	3,00 (50,00)
8. Às vezes vêm-me à cabeça piadas ou histórias engraçadas	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,49 (62,29)	1,09 (27,24)	4,00 (75,00)
9. Eu consigo surpreender e pôr as pessoas a rir à gargalhada	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,13 (53,27)	1,06 (26,41)	3,00 (50,00)
10. Eu consigo aliviar uma situação de tensão dizendo algo engraçado	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,36 (59,01)	0,93 (23,29)	3,00 (50,00)
11. Eu até consigo ter algum controlo sobre um grupo, quando uso humor	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,07 (51,63)	0,89 (22,30)	3,00 (50,00)
18. Eu consigo usar piadas inteligentes para me ajudar a adaptar a muitas situações	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,10 (52,45)	0,91 (22,69)	3,00 (50,00)

Legenda: () – percentagens de sucesso

- Fator II – Humor Adaptativo

Na tabela 15 identifica-se o item 14 (73,36%) como aquele que apresenta maior ponderação e o item 17 (63,52%) como o menos cotado, com uma diferença ponderal de 0,39. Infere-se, portanto, que os inquiridos consideram que *humor é uma elegante forma de adaptação*. Porém, parecem não estar tão convictos de que o seu uso os ajude a sentirem-se mais à vontade.

Tabela 15 – Valores absolutos obtidos (percentagens de sucesso) por item para o fator II (n=61)

Fator II: Humor adaptativo	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
12. O humor ajuda-me a lidar com as coisas	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,84 (70,90)	1,05 (26,29)	4,00 (75,00)
13. Piadas inteligentes ou uso de humor ajudam-me a gerir situações difíceis	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,72 (68,03)	0,99 (24,64)	4,00 (75,00)
14. Lidar com as coisas com humor é uma elegante forma de adaptação	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,93 (73,36)	0,93 (23,21)	4,00 (75,00)
17. Usar o humor ajuda-me a sentir mais à vontade	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,54 (63,52)	0,92 (23,08)	4,00 (75,00)

Legenda: () – percentagens de sucesso

- Fator III – Objeção ao uso do humor (fator com itens invertidos)

Os itens pertencentes a este fator obtiveram uma ponderação bastante superior à dos fatores já analisados, tal como prevíamos pela classificação por fator, apresentada anteriormente e que era já bastante elevada. Note-se que os valores obtidos para estes itens foram invertidos pelo que, uma pontuação mais elevada simboliza uma maior rejeição das afirmações apresentadas. Assim, entende-se por oposição que o grupo concorda que o humor pode ser usado para lidar com situações difíceis e para gerir o stresse e discorda que chamar comediante a alguém seja um insulto. Estes dados traduzem-se numa fraca objeção ao uso do humor, como havia sido confirmado anteriormente (tabela 16).

Tabela 16 - Valores absolutos obtidos (percentagens de sucesso) por item para o fator III (n=61)

Fator III: Objeção ao uso do humor*	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
15. Tentar gerir situações através do uso do humor é realmente estúpido	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	4,39 (84,84)	0,86 (21,54)	5,00 (100,00)
16. O humor é uma péssima forma de lidar com as coisas	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	4,62 (90,57)	0,73 (18,35)	5,00 (100,00)
21. Chamar a alguém “comediante” é um verdadeiro insulto	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	4,44 (86,07)	0,85 (21,18)	5,00 (100,00)

Legenda: * – fator com itens invertidos; () – percentagens de sucesso

- Fator IV – Atitude pessoal face ao humor (fator com itens invertidos)

Os valores obtidos para os itens que compõem o presente fator foram igualmente invertidos e tal como no fator anterior apresentam ponderações médias elevadas que traduzem uma forte rejeição das afirmações apresentadas. Deste modo, é possível caracterizar a atitude face ao humor como positiva, na medida em que a amostra discorda das afirmações *eu não gosto de cómicos, fico desconfortável quando alguém está a dizer piadas e pessoas que dizem piadas são maçadoras* (tabela 17).

Tabela 17 - Valores absolutos obtidos (percentagens de sucesso) por item para o fator IV (n=61)

Fator IV: Atitude pessoal face ao humor*	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
22. Eu não gosto de cómicos	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	4,52 (88,11)	0,87 (21,70)	5,00 (100,00)
23. O humor é uma péssima forma de lidar com as coisas	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	4,57 (89,34)	0,74 (18,52)	5,00 (100,00)
24. Pessoas que dizem piadas são maçadoras	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	4,59 (89,75)	0,74 (18,47)	5,00 (100,00)

Legenda: * – fator com itens invertidos; () – percentagens de sucesso

- Fator V – Apreciação do Humor

Os valores obtidos para os dois itens deste fator são igualmente elevados, como se observa na tabela 18. Estes dados demonstram que os inquiridos apreciam *uma boa piada* e outras pessoas capazes de gerar humor.

Tabela 18 - Valores absolutos obtidos (percentagens de sucesso) por item para o fator V (n=61)

Fator V: Apreciação do humor	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
19. Eu aprecio as pessoas que geram humor	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	4,36 (84,02)	0,80 (19,91)	5,00 (100,00)
20. Eu gosto de uma boa piada	3,00 (0,00)	5,00 (100,00)	4,62 (81,15)	0,58 (29,10)	5,00 (100,00)

Legenda: () – percentagens de sucesso

1.1.4. Avaliação do Nível de Stresse

Os resultados gerais obtidos pela aplicação do instrumento utilizado para estudar o nível de stresse (NSI), encontram-se descritos na tabela 19.

Tabela 19 - Resultados gerais obtidos pela amostra para a variável NSI total (n=61)

Variável	Mínimo	Máximo	Média	D. P.	Mediana
NSI total	46,00	122,00	82,49	19,92	83,00

Na tabela 20 apresentam-se os valores mínimos e máximos, a média e a mediana, para a NSI total e para cada subescala que a compõe, bem como a percentagem de sucesso respetiva.

Tabela 20 - Valores obtidos para a NSI total e para cada subescala que a compõe (n=61)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
1. Gestão da carga de Trabalho	6,50 (7,50)	21,00 (80,00)	13,86 (44,30)	3,55 (17,75)	14,00 (45,00)
1.1. Pressão Relativa ao Tempo	6,00 (5,00)	21,00 (80,00)	13,23 (41,15)	3,79 (18,96)	13,00 (40,00)
1.2. Recursos insuficientes para completar as tarefas	6,00 (5,00)	23,00 (90,00)	14,49 (47,46)	3,91 (19,53)	15,00 (50,00)
2. Apoio e envolvimento organizacional	8,00 (15,00)	24,00 (95,00)	15,74 (53,69)	4,12 (20,61)	16,00 (55,00)
3. Lidar com pacientes e familiares	6,00 (5,00)	23,00 (90,00)	13,95 (44,75)	3,70 (18,49)	13,00 (40,00)
4. Conflitos casa/trabalho	5,00 (0,00)	22,00 (85,00)	11,93 (34,67)	4,65 (23,25)	12,00 (35,00)
5. Confiança e competência no desempenho	5,00 (0,00)	19,00 (70,00)	13,15 (40,74)	3,93 (19,64)	14,00 (45,00)
NSI total	46,00 (13,33)	122,00 (76,67)	82,49 (43,74)	19,92 (16,596)	83,00 (44,00)

Legenda: () – percentagens de sucesso

A análise da tabela 21, apresentada abaixo, permite identificar os scores médios obtidos para subescala relativamente ao mínimo, máximo, média, desvio padrão e mediana. Estes valores são importantes para comparação com os resultados de outros estudos.

Tabela 21 - Scores médios obtidos para a NSI total e para as suas subescalas (n=61)

Subescalas do NSI	Mínimo	Máximo	Média	D. P.	Mediana
1. Gestão da carga de Trabalho	1,30	4,20	2,77	0,71	2,80
1.1. Pressão Relativa ao Tempo	1,20	4,20	2,65	0,76	2,60
1.2. Recursos Insuficientes para completar as tarefas	1,20	4,60	2,90	0,78	3,00
2. Apoio e envolvimento organizacional	1,60	4,80	3,15	0,82	3,20
3. Lidar com pacientes e familiares	1,20	4,60	2,79	0,74	2,60
4. Conflitos casa/trabalho	1,00	4,40	2,39	0,93	2,40
5. Confiança e competência no desempenho	1,00	3,80	2,63	0,79	2,80
NSI total	1,53	4,07	2,75	0,66	2,77

- Subescala 1 – Gestão da carga de trabalho

A observação da tabela 22 permite identificar que os itens 14 (54,10%) e 20 (59,02%) apresentaram as maiores ponderações. Estes dados evidenciam que as atividades identificadas como mais stressantes dizem respeito à falta de recursos para terminar as tarefas, nomeadamente às *flutuações na carga de serviço* e à *escassez de recursos essenciais*. Os itens 1 (28,41%) e 26 (29,10%) foram os que menos pontuaram. A interferência de tarefas triviais no desempenho profissional e a definição de prioridades foram os aspetos que obtiveram ponderações menores.

Tabela 22 - Valores obtidos por item para a subescala 1 (n=61)

Subescala 1: Gestão da carga de Trabalho		Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
1.1. Pressão relativa ao tempo	1. Tarefas triviais interferem com o meu desempenho profissional	1,00 (0,00)	4,00 (100,00)	1,85 (28,41)	0,91 (30,33)	2,00 (33,33)
	7. Passo o tempo a “apagar fogos” em vez de trabalhar segundo um plano	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,85 (46,31)	1,14 (28,44)	3,00 (50,00)
	13. Tenho muito pouco tempo para fazer o que se espera de mim	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,74 (43,44)	1,24 (30,92)	3,00 (50,00)
	19. As exigências dos outros no meu tempo de trabalho estão em conflito	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,75 (43,85)	1,33 (33,12)	3,00 (75,00)
	25. Pressão de tempo e prazos a cumprir	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,03 (50,82)	1,15 (28,86)	3,00 (50,00)
1.2. Recursos insuficientes para completar as tarefas	2. Há um conflito entre as minhas funções administrativas e as de enfermagem	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,77 (44,26)	1,16 (29,01)	3,00 (50,00)
	8. A chefia espera que eu interrompa o meu trabalho quando surge outra prioridade	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,03 (50,82)	0,26 (31,61)	3,00 (50,00)
	14. Flutuações na carga de serviço	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,16 (54,10)	1,14 (28,57)	3,00 (50,00)
	20. Escassez de recursos essenciais	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,36 (59,02)	1,17 (29,24)	4,00 (75,00)
	26. Decidir prioridades	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,16 (29,10)	0,99 (24,66)	2,00 (25,00)

Legenda: () – percentagens de sucesso

- Subescala 2 – Apoio e envolvimento organizacional

O item 21 (65,57%) foi o que mais pontuou na subescala referente ao apoio e envolvimento organizacional e também em toda a escala. Entende-se, portanto, que as determinações superiores operadas sem o consentimento dos enfermeiros representam o aspeto mais promotor de stresse. O item 9 (43,44%) foi o que apresentou menor ponderação, embora igualmente alta. Ter *feedback* apenas quando o seu desempenho é insatisfatório, foi o aspeto considerado menos stressante (tabela 23).

Tabela 23 - Valores obtidos por item para a subescala 2 (n=61)

Subescala 2: Apoio e envolvimento organizacional	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
3. A administração não compreende as reais necessidades do meu desempenho	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,46 (61,48)	1,16 (29,07)	4,00 (75,00)
9. Só obtenho feedback quando o meu desempenho é satisfatório	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,74 (43,44)	1,28 (31,92)	3,00 (50,00)
15. Relacionamento com os superiores hierárquicos	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,82 (45,49)	1,19 (29,76)	3,00 (50,00)
21. Decisões ou mudanças que me afetam são tomadas “superiormente” sem o meu conhecimento ou envolvimento	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,62 (65,57)	1,20 (29,99)	4,00 (75,00)
27. Falta de apoio do <i>staff</i> superior	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,10 (52,46)	1,09 (27,27)	3,00 (50,00)

Legenda: () – percentagens de sucesso

- Subescala 3 – Lidar com pacientes e familiares

No que respeita ao contacto com doentes e familiares, o item 22 (52,87%) obteve a maior ponderação média. Infere-se, portanto, que a *inexistência de aconselhamento* é o aspeto mais stressante neste contexto. O item 4 (27,87%) foi o que menos pontuou, pelo que o contacto com os familiares parece ser um fator pouco gerador de stresse (tabela 24).

Tabela 24 - Valores obtidos por item para a subescala 3 (n=61)

Subescala 3: Lidar com pacientes e familiares	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
4. Contactos com os familiares	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,11 (27,87)	0,93 (23,32)	2,00 (25,00)
10. Envolvimento com situações de vida e morte	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,82 (45,49)	1,09 (27,20)	3,00 (50,00)
16. Pacientes difíceis	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,95 (48,77)	1,07 (26,78)	3,00 (50,00)
22. Inexistência de aconselhamento	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,11 (52,87)	1,29 (32,31)	3,00 (50,00)
28. Dificuldade em lidar com pessoas agressivas	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,95 (48,77)	1,10 (27,55)	3,00 (50,00)

Legenda: () – percentagens de sucesso

- Subescala 4 – Conflitos casa/trabalho

Na globalidade, a subescala referente aos conflitos casa/trabalho foi a que obteve um menor valor médio e conseqüentemente uma menor percentagem de sucesso. Ainda assim, dentro destes valores, o item que mais pontuou foi o 23 (47,54%) referente ao *excesso de envolvimento emocional*. O item que menos pontuou foi o 5 (24,59%). Neste sentido, a necessidade de se ausentar do trabalho para resolver problemas domésticos foi considerada uma dimensão pouco stressante (tabela 25).

Tabela 25 - Valores obtidos por item para a subescala 4 (n=61)

Subescala 4: Conflitos casa/trabalho	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
5. Necessito de me ausentar do meu trabalho para tratar de problemas domésticos	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	1,98 (24,59)	1,28 (32,11)	1,00 (0,00)
11. Exigências domésticas/familiares prejudicam a promoção	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,15 (28,69)	1,14 (28,44)	2,00 (25,00)
17. Os meus superiores não dão valor às minhas pressões familiares	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,38 (34,43)	1,38 (34,51)	2,00 (25,00)
23. Excesso de envolvimento emocional	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,90 (47,54)	1,23 (30,86)	3,00 (50,00)
29. Exigências domésticas versus exigências do trabalho	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,52 (38,11)	1,26 (31,49)	2,00 (25,00)

Legenda: () – percentagens de sucesso

- Subescala 5 – Confiança e competência no desempenho

O item que obteve maior pontuação foi o 18 (59,43%), referente às tarefas que vão além da esfera de competências da enfermagem. O item que obteve menor pontuação foi o 12 (26,23%). *Lidar com novas tecnologias* foi identificado como um aspeto raramente causador de stresse (tabela 26).

Tabela 26 - Valores obtidos por item para a subescala 5 (n=61)

Subescala 5: Confiança e competência no desempenho	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
6. Falta de formação especializada para tarefas presentes	1,00 (0)	5,00 (100,00)	2,39 (34,84)	1,22 (30,37)	2,00 (25,00)
12. Lidar com novas tecnologias	1,00 (0,00)	4,00 (100,00)	1,79 (26,23)	0,92 (30,50)	1,00 (0,00)
18. Tarefas para além da minha competência	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	3,38 (59,43)	1,34 (33,59)	4,00 (75,00)
24. Incertezas sobre o nível ou área da minha responsabilidade	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,77 (44,26)	1,15 (28,65)	3,00 (50,00)
30. Mudanças operadas no staff da organização	1,00 (0,00)	5,00 (100,00)	2,82 (45,49)	1,22 (30,45)	3,00 (50,00)

Legenda: () – percentagens de sucesso

De um modo geral, conclui-se que apenas um item da escala foi considerado muito stressante, com uma média de resposta superior a 3,50. Um total de 21 itens situa-se num score intermédio de pressão (entre 2,50 e 3,50 exclusivamente). Apenas 8 itens obtiveram um score baixo (inferior a 2,5), o que leva a concluir que são poucos os aspetos identificados pelos sujeitos como causadores de menor nível de pressão. Este facto justifica que o grau de pressão total atinja também o patamar intermédio de stresse.

1.2. Análise Inferencial

A análise inferencial decompõe-se num conjunto de cinco questões nas quais se exploram os temas emergentes da colheita de dados e que constituirão o suporte para a posterior discussão.

1.2.1. Existem diferenças no nível de stresse e no sentido de humor por região do país?

Em função de identificar diferenças entre as regiões do país no que concerne ao sentido de humor e ao nível de stresse, foram compostas três amostras independentes (referentes ao norte, centro e sul) e foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*.

Tabela 27 - Dados decorrentes da aplicação do teste de *Kruskal-Wallis* para determinação de diferenças por região do país I

	Região do País	n	Classificação Média
Sentido de Humor	Norte	17	28,09
	Centro	19	27,68
	Sul	25	35,50
Nível de Stresse	Norte	17	32,62
	Centro	19	35,11
	Sul	25	26,78

A tabela 27 apresenta uma síntese das classificações médias obtidas por região para o sentido de humor e para o nível de stresse. Relativamente ao nível de stresse, a região centro é a que apresenta maior classificação média com uma diferença de cerca de 3 pontos relativamente ao norte e de cerca de 9 pontos relativamente ao sul. No que respeita ao sentido de humor, a região sul pontua mais que as restantes. Uma diferença de cerca de 7 pontos separa esta região do norte e de cerca de 8 pontos separa-a da região centro.

Tabela 28 - Dados decorrentes da aplicação do teste de *Kruskal-Wallis* para a determinação de diferenças por região do país II

Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>		Sentido de Humor	Nível de Stresse
Região do País	U	2,73	2,57
	p	0,255	0,276

Embora, tenham sido encontradas diferenças nas classificações médias de cada região, o teste de *Kruskal-Wallis* prova que estas não são significativas, já que o nível de significância é superior a 0,05 como se comprova na tabela 28, apresentada acima.

1.2.2. Existem diferenças de género no que respeita ao nível de stresse e ao sentido de humor?

A análise das diferenças de género relativamente ao sentido de humor e ao nível de stresse requer a identificação de duas amostras independentes (feminino e masculino). Assim, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* para determinar a existência de

diferenças significativas entre homens e mulheres, relativamente ao seu sentido de humor e ao stresse que experienciam.

Tabela 29 – Dados decorrentes da aplicação do teste de *Mann-Whitney* para determinação de diferenças de género I

	Género	n	Classificação Média
Sentido de Humor	Feminino	54	29,74
	Masculino	7	40,71
Nível de Stresse	Feminino	54	30,56
	Masculino	7	34,43

Na tabela 29 observa-se que os homens têm classificações médias mais elevadas que as mulheres, tanto no sentido de humor como no nível de stresse. No que respeita ao sentido de humor com cerca de 11 pontos de diferença e relativamente ao nível de stresse por cerca de 4 pontos. Porém, a análise da tabela 30 permite concluir que as diferenças de género referentes ao sentido de humor e ao nível de stresse não são significativas.

Tabela 30 – Dados decorrentes da aplicação do teste de *Mann-Whitney* para determinação de diferenças de género II

Teste de <i>Mann-Whitney</i>		Sentido de Humor	Nível de Stresse
Género	U	121,0	165,0
	p	0,124	0,587

1.2.3. Existem correlações entre a idade e/ou a experiência profissional e o nível de stresse e/ou o sentido de humor?

Recorrendo igualmente ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*, foi estudada a normalidade para as distribuições referentes à idade e à experiência profissional dos inquiridos. Como se observa na tabela 31, que se segue, o grau de significância é $<0,01$, o que indica que as variáveis não seguem uma distribuição normal.

Tabela 31 - Resultado do teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a idade e para a experiência profissional (n=61)

Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i>	Idade	Experiência Profissional
KS	0,204	0,203
<i>P</i>	<0,01	<0,01

Para o estudo da existência de uma relação que envolva a idade e/ou a experiência profissional com o sentido de humor e o nível de stresse dos inquiridos, foi utilizado o teste de *Spearman*. Como se verifica na tabela 32 abaixo apresentada, nenhuma das correlações é significativa. Assume-se, portanto, que não existe correlação significativa do sentido de humor e do stresse experienciado com a idade e o tempo de experiência profissional dos inquiridos.

Tabela 32 - Correlação de *Spearman* entre a idade e a experiência profissional e o sentido de humor e o nível de stresse (n=61)

Correlação de <i>Spearman</i>		Sentido de Humor	Nível de Stresse
Idade	<i>Rs</i>	-0,057	-0,189
	<i>p</i>	0,663	0,145
Experiência Profissional	<i>Rs</i>	0,130	-0,84
	<i>p</i>	0,316	0,521

1.2.4. Existem correlações entre a formação académica e/ou a categoria profissional e o nível de stresse e/ou o sentido de humor?

Uma observação da tabela 33 permite comprovar que, tal como ocorreu com as variáveis apresentadas anteriormente, a formação académica e a categoria profissional não seguem uma distribuição normal.

Tabela 33 - Resultados do teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a Formação Académica e para a Categoria Profissional (n=61)

<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	Formação Académica	Categoria Profissional
KS	0,323	0,532
<i>P</i>	<0,01	<0,01

Tratando-se exclusivamente de variáveis ordinais foi utilizada a correlação de *Spearman* para determinar a existência de correlação com o humor e o stresse. Observa-se na tabela 34 que não existe uma relação significativa do sentido de humor ou do stresse dos inquiridos com a sua formação académica nem com a sua categoria profissional.

Tabela 34 - Correlação de *Spearman* entre a formação académica e a categoria profissional e o sentido de humor e o nível de stresse (n=61)

Correlação de <i>Spearman</i>		Sentido de Humor	Nível de Stresse
Formação Académica	<i>Rs</i>	-0,001	0,168
	<i>p</i>	0,996	0,195
Categoria Profissional	<i>Rs</i>	0,061	0,095
	<i>p</i>	0,640	0,465

1.2.5. Existe correlação entre o nível de stresse e o sentido de humor?

A normalidade das distribuições do sentido de humor e do nível de stresse foi calculada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, já que o valor da amostra é de 61. De acordo com os resultados apresentados na tabela 35 e para um valor de confiança de 95% é possível afirmar que o sentido de humor não segue uma distribuição normal e que o nível de stresse apresenta uma distribuição aproximada à normalidade.

Tabela 35 - Resultados do teste de *Kolmogorov-Smirnov* para o sentido de humor e para o stresse (n=61)

Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i>	Sentido de Humor	Nível de Stresse
KS	0,121	0,113
Valor da prova (<i>p</i>)	0,027	0,052

A partir da análise dos valores apresentados na tabela 36 que se segue, é possível afirmar, com um valor de confiança de 99% ($p < 0,01$), que existe uma correlação significativa entre as duas variáveis. Aceita-se, portanto, a hipótese central.

Tabela 36 - Correlação de *Spearman* entre o sentido de humor e o nível de stresse (n=61)

Correlação de <i>Spearman</i>		Nível de Stresse
Sentido de Humor	r_s	0,358
	p	0,005

Verifica-se, pelo coeficiente obtido, que a correlação é positiva e imperfeita. Assim, a um aumento do nível de stresse corresponde um aumento do sentido de humor. Deste modo, rejeita-se a hipótese 2 e aceita-se a hipótese 1.

Porém, analisar a relação entre o sentido de humor e o nível de stresse recorrendo apenas aos valores globais obtidos em ambas as escalas seria extremamente redutor. Trata-se de duas variáveis compostas por diferentes dimensões, que podem estar relacionadas entre si de forma particular. Pretende-se, então, determinar a forma como interagem as dimensões avaliadas por cada uma das escalas.

Na tabela 37 apresenta-se uma síntese dos valores referentes à normalidade das distribuições para cada dimensão do sentido de humor e do nível de stresse. As dimensões alusivas ao Fator 1 e às Subescalas 1 (nomeadamente à sua componente 1.1), 2, 3 e 4 apresentam uma distribuição aproximada à normalidade. As restantes não seguem uma distribuição normal.

Tabela 37 - Resultados do teste de *Kolmogorov-Smirnov* para as dimensões do sentido de humor e do nível de stresse (n=61)

Escalas	Dimensões	Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> (KS)	Valor da Prova (p)
Sentido de Humor	Fator I	0,090	0,200
	Fator II	0,152	0,001
	Fator III	0,224	0,000
	Fator IV	0,254	0,000
	Fator V	0,263	0,000
Nível de Stresse	Subescala 1	0,076	0,200
	1.1	0,103	0,178
	1.2	0,142	0,004
	Subescala 2	0,096	0,200
	Subescala 3	0,110	0,066
	Subescala 4	0,083	0,200
	Subescala 5	0,160	0,001

A observação da tabela 38, que se segue, permite identificar a existência de correlações significativas entre os fatores da MSHS e as subescalas da NSI, com um grau de confiança de 95% (*). Apenas uma das correlações é significativa para um grau de confiança de 99% (**). Todas as correlações são positivas e fracas.

As dimensões referentes à *produção e uso social do humor e à atitude pessoal face ao humor* relacionam-se positivamente com as dimensões do stresse relativas à *gestão da carga de trabalho*, nomeadamente à *pressão relativa ao tempo* e aos *recursos insuficientes para completar as tarefas*. O *humor adaptativo* correlaciona-se positivamente com as questões de stresse relacionadas com *lidar com pacientes e familiares*. A *apreciação do humor* relaciona-se positivamente com os fatores de stresse alusivos ao *apoio e envolvimento organizacional* e com as questões relacionadas com *lidar com pacientes e familiares*.

Tabela 38 - Correlação de Spearman entre as dimensões do sentido de humor e do nível de stresse (n=61)

Correlação de Spearman			Sentido de Humor				
			Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV	Fator V
Nível de Stresse	Subescala 1	r_s	0,312*	0,153	0,111	0,302*	0,248
		P	0,014	0,240	0,394	0,018	0,054
	1.1	r_s	0,297*	0,151	0,105	0,272*	0,229
		P	0,020	0,244	0,422	0,034	0,076
	1.2	r_s	0,302*	0,147	0,122	0,309*	0,248
		P	0,018	0,258	0,350	0,015	0,054
	Subescala 2	r_s	0,245	0,106	0,075	0,241	0,318*
		P	0,057	0,414	0,567	0,061	0,012
	Subescala 3	r_s	0,146	0,320*	0,005	0,135	0,368**
		P	0,260	0,012	0,969	0,300	0,003
	Subescala 4	r_s	0,222	0,017	-0,079	0,040	0,201
		P	0,085	0,899	0,546	0,758	0,119
	Subescala 5	r_s	0,106	0,205	-0,145	0,047	0,196
		P	0,414	0,112	0,266	0,720	0,131

Legenda: Negrito – correlações significativas, * – grau de confiança de 95%, ** – grau de confiança de 99%

2. Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados subdivide-se em quatro temas: aspetos sociodemográficos dos sujeitos, o stress inerente ao cuidar com pessoas em fim de vida, o sentido de humor dos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida e a relação existente entre o sentido de humor e o nível de stress destes profissionais.

2.1. Aspetos sociodemográficos dos sujeitos

Os resultados obtidos comprovam que a amostra é composta na sua maioria por elementos do género feminino. Para um total de sessenta e um inquiridos o género masculino conta apenas com sete elementos. Estes valores, embora sejam referentes a uma pequena amostra, estão em consonância com a realidade da profissão em Portugal. De acordo com os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) para Portugal Continental, referentes ao ano de 2012 (informação atualizada a 28 de fevereiro de 2014), 81,3% dos enfermeiros são do género feminino e apenas 18,7 % do género masculino ⁽⁵³⁾. Estudos previamente desenvolvidos com enfermeiros, em Portugal, revelaram realidades semelhantes, demonstrando que o género feminino continua a ser predominante nesta profissão ^(5; 16; 54; 3; 55; 56).

No que respeita à idade, os dados sugerem uma média de cerca de 32 anos e um valor preponderante de elementos (57,4%) na faixa etária dos 20 aos 30 anos. Uma análise dos dados fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros (O.E.) permite concluir que a amostra em estudo não é muito discrepante da realidade portuguesa para esta variável dado que cerca de 49% da população se situa entre os 21 e os 35 anos de idade ⁽⁵⁷⁾. Na literatura encontram-se valores médios de idade ligeiramente inferiores ^(16; 5) e ligeiramente superiores ^(54; 3; 56; 4), mas todos muito semelhantes aos encontrados no presente estudo. Ainda assim, a amplitude de idades varia entre 23 e 55 anos, o que representa uma grande dispersão de valores. Este facto pode justificar que a variável não siga uma distribuição normal.

A experiência profissional é uma variável irregular, dado que cada serviço, unidade ou equipa integra enfermeiros com diferentes níveis de experiência profissional. Como referido anteriormente, foi estipulada uma experiência mínima de dois anos para a participação no estudo. Este critério foi imposto pelo facto de que um

profissional com dois anos de experiência ter uma melhor capacidade de reflexão e análise das situações. É capaz de se distanciar da execução das tarefas e examinar crítica e ponderadamente as experiências, partilhando-as com o investigador ⁽⁵⁸⁾. Estas características são fundamentais quando é necessário obter informações refletidas e ponderadas sobre as temáticas no geral e tornam-se ainda mais importantes quando se trata de temas como o sentido de humor e o nível de stresse que têm tanto de pessoal quanto de emocional na sua apreciação. De acordo com os dados, previamente analisados, observa-se que a experiência profissional apresenta uma grande amplitude e dispersão de valores já que estes variam entre 2 e 31 anos, concentrando 68,9% dos sujeitos nas duas primeiras classes (2-5 anos e 6-10 anos). Assim, entende-se que a variável não siga uma distribuição normal.

A formação académica dos sujeitos centra-se sobretudo ao nível da licenciatura (50,8%), sendo também este o grau mais baixo de formação mencionado. Um total de 12 sujeitos (19,7%) afirma, ainda, ter pós-graduação e 18 (29,5%) têm mestrado. Este aspeto é justificado pelo progresso, conquistado na segunda metade do séc. XX, no qual foram exigidas aos enfermeiros competências mais complexas e diferenciadas que correspondem, presentemente, a níveis de formação académica e profissional superiores ⁽⁵⁹⁾. Estes dados revelam uma melhoria na formação académica dos enfermeiros, já que estudos anteriores apontavam a existência de profissionais apenas com bacharelato e ainda sem formação superior à licenciatura ^(5; 3). Dadas as proporções discrepantes para as categorias de formação académica, justifica-se que a variável não siga uma distribuição normal.

Reportando à categoria profissional, a amostra é constituída em 93,4% por enfermeiros generalistas. Sendo a prestação direta de cuidados maioritariamente desempenhada por enfermeiros generalistas, estes valores espelham precisamente os critérios de seleção previamente definidos. Apenas 4 sujeitos referem categorias diferentes e destes apenas 1 é especialista. De acordo com o artigo 7º, capítulo III do Decreto-lei n.º 247/2009 de 22 de setembro, a carreira de enfermagem estrutura-se apenas em duas categorias, a de enfermeiro e a de enfermeiro principal ⁽⁶⁰⁾. Porém, foi permitido que os sujeitos apontassem as categorias que detinham anteriormente à aprovação da lei, já que 67,2% dos enfermeiros inquiridos tem experiência profissional superior a 5 anos. Para atingir a categoria de enfermeiro principal são necessários 5 anos

de experiência e o título de enfermeiro especialista. Visto que apenas 1 enfermeiro refere ser especialista, comprova-se que os restantes apenas têm categoria de enfermeiro. Tal como as anteriores, esta variável também não segue uma distribuição normal possivelmente devido à disparidade de valores das categorias profissionais referidas.

2.2. O stresse inerente ao cuidar com pessoas em fim de vida

Na sua generalidade, os sujeitos afirmaram sentir stresse nas diversas situações impostas pelo quotidiano laboral dos cuidados paliativos. O apoio e o envolvimento organizacional, bem como a carga de trabalho, especificamente a carência de recursos para completar as tarefas foram apontados como principais fatores de stresse.

O maior nível de stresse foi sentido perante as determinações superiores que são executadas sem o consentimento dos sujeitos e refere-se à área do apoio e envolvimento organizacional. Os sujeitos consideram que a desconsideração pelas suas motivações e opiniões representa um dos aspetos mais preponderantes como causa de stresse ⁽³⁾. Relativamente à carga de trabalho, é possível inferir que o stresse é mais sentido ao nível das *flutuações na carga de serviço* e da *escassez de recursos essenciais*. Outros estudos corroboram estes resultados, apontando as flutuações na carga de trabalho e a falta de recursos humanos, materiais e de tempo como os principais fatores causadores de stresse ^(25; 3; 5). Esta maior ponderação atribuída à carga de trabalho pode, também, justificar-se pelas características do mesmo. Como referido anteriormente, o contacto diário com o sofrimento, a morte e as exigências decorrentes dos cuidados paliativos podem constituir fatores promotores de stresse para os enfermeiros.

Importa contextualizar estes resultados no panorama atual da profissão em Portugal. Trata-se de um período de crise no qual as instituições reduziram o número de contratações, pelo que a falta de recursos humanos é sentida nos diversos setores da saúde. Os enfermeiros consideram que a profissão é pouco reconhecida e valorizada e encontram-se descontentes com a impossibilidade de progredir na carreira e obter uma remuneração justa ⁽⁶¹⁾.

A amostra em estudo reuniu sujeitos de três grandes regiões do país. Neste sentido, procuraram-se diferenças no nível de stresse por região. Embora, os sujeitos da

região centro evidenciem classificações superiores, de acordo com os parâmetros estatísticos, estas diferenças não são significativas. Este aspeto pode ser justificado pelo reduzido tamanho da amostra quando decomposta em três grupos. À semelhança do que se verificou com as regiões do país, também não foram encontradas diferenças de género, nem relações entre o nível de stresse e a idade, a experiência profissional, a formação académica ou a categoria profissional. O tamanho reduzido da amostra quando decomposta em subgrupos ou a disparidade de proporções na constituição dos mesmos podem estar na origem deste resultado.

A inexistência de diferenças no nível de stresse de acordo com o género e a idade foi também apontada em diversos estudos ^(3; 5; 56; 62). Uma possível explicação para este fenómeno poderá estar relacionada com a complexidade inerente ao conceito de stresse e aos fatores que lhe estão associados. Os recursos de que cada pessoa dispõe para gerir o stresse são variáveis e pessoais. Desenvolvem-se no decurso da vida, mediante as experiências com que cada pessoa contacta e a aprendizagem que faz das mesmas ⁽²³⁾. Desta forma, o nível de stresse é variável consoante a sobrecarga dos stressores e a força dos mecanismos de que a pessoa dispõe ⁽³⁾, não estando diretamente relacionado com o género ou a idade. Ainda assim, encontra-se na literatura referência de que as mulheres apresentaram níveis médios de stresse superiores face aos homens ^(56; 63; 64) e que à medida que a idade aumenta o nível de stresse vai sendo progressivamente inferior ⁽⁶⁵⁾.

Verificou-se também a inexistência de correlação entre o nível de stresse e a experiência profissional, tal como noutra estudo anteriormente conduzido ⁽⁵⁾. Porém, estes dados contrariam o que tem vindo a ser demonstrado na literatura nacional, na qual é evidente uma diminuição do nível de stresse de acordo com os anos de experiência e que está de acordo com explicação apresentada acima ⁽⁶⁴⁾.

Relativamente à formação académica dos sujeitos, e à semelhança dos achados da presente investigação, outro estudo demonstrou a ausência de correlações significativas com o nível de stresse ⁽⁵⁾. Porém, encontra-se referência de que os sujeitos com formação académica superior apresentam menores níveis de stresse ⁽⁵⁶⁾. Para a categoria profissional, há evidência da existência de uma correlação negativa com o nível de stresse, mostrando que os enfermeiros com categoria profissional mais baixa têm maiores níveis de stresse ⁽⁵⁾. A discussão destas duas últimas questões não pode ser

desenvolvida em comparação com a literatura internacional dado que a formação académica em enfermagem e as categorias profissionais existentes não são equivalentes em todos os países.

2.3. O sentido de humor dos profissionais que cuidam com pessoas em fim de vida

Os dados obtidos levam a concluir que os sujeitos apresentam uma forte aceitação e apreciação do humor e detêm uma fraca objeção ao uso do humor. O uso da componente adaptativa do humor e a sua produção e uso social são também dimensões fortemente presentes na amostra. Estas conclusões são corroboradas pelos resultados dos estudos, desenvolvidos anteriormente, ao nível nacional ^(54; 66; 16; 15).

Embora a produção e o uso social do humor correspondam à dimensão onde os inquiridos menos pontuaram, é possível inferir que estes demonstram capacidade para produzir piadas e histórias engraçadas e para verbalizá-las fazendo outras pessoas rir. Contudo, fazem uma baixa avaliação da sua capacidade para *entreter os amigos* e não sentem que as outras pessoas esperam que eles digam coisas engraçadas. Existe a possibilidade deste fenómeno evidenciar uma característica específica da herança cultural portuguesa, que se caracteriza pelo facto de as pessoas tenderem a agir com sentido de humor em situações informais e simultaneamente negarem a sua importância nos contextos formais ⁽⁵⁴⁾. O humor português é ainda descrito na literatura por ter estado sempre associado à denúncia e ao combate ao sistema político e social, bem como à insubmissão e capacidade de rejeitar as experiências negativas e as amargas impostas pela realidade exterior ⁽⁶⁷⁾. Ainda assim, a diminuta autoavaliação das capacidades humorísticas, referida acima, parece não ser exclusiva da população portuguesa. Um estudo norte-americano demonstrou uma realidade semelhante, na qual alguns participantes expuseram a sua incapacidade para recordar algum momento em que tivessem usado o humor no local de trabalho ⁽⁶⁸⁾.

Da análise descritiva observa-se também que o sentido de humor não segue uma distribuição normal. A par desta especificidade cultural descrita acima, o carácter individual e contextual que caracterizam o conceito podem explicar que a variável não siga uma distribuição normal, já que cada pessoa aprecia um tipo específico de humor,

mediante o contexto em que ocorre e a sua disposição para tal ⁽¹⁶⁾. Estes dados vão de encontro ao que havia sido demonstrado nos estudos científicos anteriores ^(54; 66; 16; 15; 37).

Tal como se verificou para o nível stresse, não foram encontradas diferenças significativas referentes ao sentido de humor de acordo com a região do país e o género, nem correlações significativas com a idade, a experiência profissional, a formação académica e a categoria profissional. Os estudos conduzidos nesta área, quer ao nível nacional quer ao nível internacional, obtiveram os mesmos resultados. Este facto pode ser justificado pelo carácter subjetivo e pessoal que caracteriza o sentido de humor e que torna a sua produção e a sua apreciação tão voláteis ^(37; 16; 54; 16; 66).

2.4. A relação existente entre o sentido de humor e o nível de stresse associados ao cuidar com pessoas em fim de vida

Este estudo, tal como proposto inicialmente, vem comprovar o poder adaptativo do sentido de humor para este grupo e neste contexto específico. Os dados obtidos com a aplicação da versão traduzida da MSHS mostram que os inquiridos concordam que este pode ser usado para lidar com situações difíceis e consequentemente para gerir o stresse, apontando-o como *uma elegante forma de adaptação* ⁽⁵⁴⁾. O resultado do teste de *Spearman*, previamente apresentado, permitiu constatar que existe uma correlação significativa entre o nível de stresse e o sentido de humor. Esta correlação é positiva, o que indica que havendo um aumento do nível de stresse existe simultaneamente um aumento do sentido de humor. Infere-se destes dados que, as pessoas tendem a recorrer ao sentido de humor para gerir as situações adversas com a finalidade de reduzir o stresse. Esta relação havia já sido estudada, por vários autores, com populações e contextos distintos ^(12; 69; 70; 35; 71; 72; 73; 74; 75; 68). O sentido de humor é descrito como uma ferramenta que pode ser utilizada para *quebrar o gelo* em situações de stresse, visto que as situações humorosas contrariam o efeito das anteriores potenciando uma melhoria na disposição e no estado emocional das pessoas, individualmente, e dos grupos ^(69; 55).

Desta forma, ainda que para uma amostra pequena, o presente estudo vem confirmar que o grupo de enfermeiros inquiridos (e que cuidam com pessoas em fim de vida) procuram o sentido de humor em situações hostis fazendo uso do seu poder adaptativo para gerir o stresse que é induzido pelo seu quotidiano laboral. Este entendimento vai de encontro ao que havia sido descrito na literatura ^{(12; 69; 70; 35; 71; 72; 73;}

74; 75; 68) . Os profissionais reconhecem o humor como característica própria da cultura do contexto de trabalho e o seu valor como estratégia para reduzir o stresse ⁽⁷⁴⁾. É o profissional que, proactivamente, procura o sentido de humor. Não espera, numa atitude passiva, ser entretido ou ver o seu stresse ser gerido por outros ⁽⁶⁸⁾.

A análise inferencial dos dados permitiu ainda explorar a correlação existente entre as várias dimensões que compreendem cada uma das variáveis. As correlações obtidas, embora imperfeitas, são significativas com diferentes graus de confiança. As dimensões referentes à *produção e uso social do humor e à atitude pessoal face ao humor* relacionam-se positivamente com as dimensões do stresse relativas à *gestão da carga de trabalho*, nomeadamente à *pressão relativa ao tempo* e aos *recursos insuficientes para completar as tarefas*. Este achado poderá significar que perante situações de escassez de recursos os profissionais recorram à produção e uso do humor para gerir as dificuldades impostas pela situação. Por sua vez, o *humor adaptativo* correlaciona-se positivamente com as questões de stresse relacionadas com *lidar com pacientes e familiares*. Este aspeto poderá indicar que os enfermeiros recorrem ao potencial adaptativo do humor, especificamente, para gerir as exigências relacionadas com o relacionamento com os utentes e com os seus familiares. Por fim, a *apreciação do humor* relaciona-se positivamente com os fatores de stresse alusivos ao *apoio e envolvimento organizacional* e com as questões relacionadas com *lidar com pacientes e familiares*. Estas últimas correlações parecem remeter-nos para os aspetos comunicacionais que caracterizam o sentido de humor. Encontramos, na literatura, referência de que o humor como meio de comunicação promove um ambiente descontraído, alivia a tensão e a ansiedade para quem o produz e para quem o aprecia ^(15; 76). Neste sentido, é capaz de favorecer a comunicação e a interação com o outro, reforçando as relações sociais, ajudando a gerir conflitos e nivelando papéis ⁽¹⁴⁾. Assim, justifica-se que exista um aumento do sentido de humor em situações de conflito organizacional e de interação com os utentes e com os seus familiares.

Em suma, a ideia principal que ressurte da análise e da discussão desta problemática é a de que o humor parece ser uma resposta humana ao stresse.

3. Considerações Éticas

Considerando os objetivos do presente estudo, bem como os procedimentos inerentes à sua consecução, importa refletir sobre as considerações éticas emergentes neste processo. Uma preocupação por estas questões acompanhou todo o desenvolvimento da investigação e centrou-se nos aspetos relacionados com o anonimato, a confidencialidade dos dados e o carácter voluntário da participação no estudo.

Na primeira modalidade utilizada para reunir elementos para a amostra, não houve comprometimento do anonimato, dado que o endereço eletrónico do questionário foi enviado em simultâneo para todos os sujeitos e de modo a que não pudessem saber a quem tinha sido enviado. Na segunda modalidade o investigador não estabeleceu contacto com os sujeitos. Foi enviado um pedido de colaboração em simultâneo para um elemento intermediário presente numa universidade e para outro presente numa associação de cuidados paliativos para que procedessem à divulgação do estudo. Assim, em nenhum dos casos foi possível associar as respostas a uma pessoa ou local específico.

Reportando à construção do formulário, não constam no seu repertório questões de cariz pessoal, relativas ao local de residência ou referentes ao local específico onde exercem funções (serviço, extensão). Apenas se questiona sobre a região do país onde trabalham para efeitos de caracterização da amostra. Este aspeto não compromete o anonimato porque as regiões abrangem uma grande área onde existem diversas instituições. Não é possível, por este motivo, associar uma pessoa a uma região específica.

Toda a manipulação dos dados fornecidos foi alvo de preocupação. Foram cuidadosamente codificados, conservados e geridos de modo a manter a sua confidencialidade. A sua utilização para efeitos de investigação cinge-se ao contexto do presente estudo e da sua divulgação.

O cariz voluntário da investigação foi garantido pelo facto de ser disponibilizada uma versão eletrónica do questionário (de acesso aberto) onde apenas quem teve interesse em participar respondeu às questões colocadas. Os sujeitos que participaram

foram ainda informados sobre a possibilidade de se retirarem a qualquer momento e sem qualquer tipo de consequência. Porém, não se verificou nenhuma situação em que tal tivesse sido solicitado.

Para garantir que os sujeitos tivessem conhecimento sobre os aspetos éticos da sua participação no presente estudo foi adicionado ao formulário uma adenda onde se apresenta uma descrição do estudo com a explicitação dos objetivos, dos riscos e das vantagens na participação, aborda-se o carácter voluntário do estudo, a confidencialidade dos dados e, ainda, a responsabilidade do investigador e os seus contactos para esclarecimento de questões e divulgação de resultados.

4. Limitações

As principais limitações do estudo reportam-se a algumas etapas inerentes ao percurso metodológico como: a alteração do processo de recolha de dados, o método de amostragem, o tamanho da amostra e a escolha das escalas. Relativamente à alteração da estratégia de recolha de dados importa referir que esta foi motivada pelo número insuficiente de respostas obtidas inicialmente. Mais ainda, foi este novo método que garantiu uma amostra suficiente para poder ser conduzida uma análise estatística dos dados. Porém, ao adotar uma nova estratégia incorreu-se no risco de obter respostas em duplicado, já que não é possível garantir que uma mesma pessoa não responda duas vezes. Além disso, sendo um questionário *online*, de acesso aberto, não se pode igualmente garantir que seja respondido exclusivamente pelos enfermeiros que reúnem os critérios definidos (ex.: trabalhar com pessoas em fim de vida).

As condicionantes inerentes à escolha e reformulação do método de amostragem, conduziram à formação de uma amostra não probabilística. Este aspeto vem condicionar a leitura dos resultados, cingindo-a aos sujeitos em estudo e impedindo que as conclusões sejam ampliadas à população representada.

O tamanho final da amostra (n=61) embora tenha sido considerado suficiente para o desenvolvimento da investigação não é o ideal. Deste modo, veio condicionar alguns aspetos da análise, nomeadamente a formação de subgrupos já que estes se tornaram muito reduzidos e estatisticamente pouco significativos.

Por fim, a escolha do instrumento de colheita de dados foi condicionada pela sua tradução para a população portuguesa. A escala usada para medir o sentido de humor, embora seja adequada ao estudo, era a única que se encontrava traduzida para esta população.

Conclusões e Sugestões

Este capítulo incorpora um resumo dos resultados obtidos no decurso do estudo, mostrando a sua adequação às finalidades inicialmente estabelecidas e o seu contributo nas áreas da gestão, da prática e da produção de conhecimento em Enfermagem.

O humor, associado a um aumento do bem-estar e a uma melhoria da comunicação favorece a gestão de sentimentos negativos e o alívio da pressão promovendo uma melhoria do relacionamento interpessoal. Quando utilizado no contexto laboral pode ajudar a lidar com as dificuldades emocionais desencadeadas pelo trabalho com pessoas doentes e em fim de vida. Consequentemente, pode levar a um aumento do nível de desempenho e da produtividade.

Em conformidade com os dados teóricos, os resultados auferidos no presente estudo comprovam que os enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida experienciam níveis moderados de stresse nas várias situações que lhes são impostas pelo quotidiano laboral. Na origem deste fenómeno encontram-se algumas características específicas destes cuidados, sobretudo referentes à satisfação das necessidades da pessoa e dos seus familiares, à construção do cuidar e à gestão dos aspetos emocionais intimamente ligados ao sofrimento e à morte. A par das especificidades inerentes aos cuidados em fim de vida, os sujeitos identificam as determinações superiores que são desenvolvidas sem o seu consentimento, bem como a carência de recursos para completar as tarefas como os principais fatores de stresse. Os enfermeiros evidenciam, também, uma forte aceitação e apreciação do humor, prezam os conteúdos humorísticos e as pessoas que os produzem. Embora a sua produção e uso social seja menos elevada, demonstram capacidade para produzir piadas e fazer os outros rir. Ainda assim, a análise que fazem das suas capacidades humorísticas é reduzida, revelando traços próprios da cultura portuguesa. Mostraram também uma forte utilização das propriedades adaptativas do humor o que, a par dos aspetos correlacionais, permite concluir que perante acontecimentos adversos os enfermeiros fazem uso do humor como estratégia para gerir o stresse.

Este estudo foi conduzido com o intuito de determinar a existência de uma correlação entre o sentido de humor e o nível de stresse e particularmente de caracterizar a natureza da mesma em termos de magnitude e orientação. Esta finalidade

foi lograda e excedida, na medida em que a profundidade conquistada pelo estudo da problemática abrange os vários detalhes inerentes ao processo, assim como a caracterização do sentido de humor dos sujeitos e do seu nível de stresse.

Em virtude dos factos expostos, os resultados da investigação vêm confirmar a hipótese central proposta inicialmente. Prova-se, assim, a existência de relação entre o sentido de humor e o nível de stresse. Especificamente, aceita-se ainda a hipótese 1 que previa que um aumento do nível de stresse iria condicionar um aumento do sentido de humor. Conclui-se, portanto, que o humor surge como uma resposta humana ao stresse.

Embora estes dados tenham sido obtidos em concordância com o que tem vindo a ser assinalado na literatura, as conclusões retiradas desta dissertação devem ser consideradas apenas para os sujeitos do estudo e neste contexto específico, já que se trata de uma amostra não probabilística. Ainda assim, importa expor o modo como estes achados apontam sugestões e implicações que podem conduzir à reflexão nas áreas da gestão, da prática e da produção de conhecimento em Enfermagem.

Relativamente à gestão de cuidados de Enfermagem, os achados deste estudo podem suscitar a reflexão sobre os aspetos inerentes à comunicação com os profissionais, à composição e rotatividade das equipas e à individualização dos cuidados. Na prática de cuidados de Enfermagem com pessoas em fim de vida estes achados podem vir a inspirar a utilização do humor como estratégia de gestão do stresse e como meio de comunicação com os pares, com os superiores e mesmo com os utentes e seus familiares, melhorando o ambiente de trabalho, os laços interpessoais e o desempenho profissional. No que respeita à produção de conhecimento em Enfermagem estes achados evidenciam a necessidade de desenvolver investigação neste contexto, com amostras probabilísticas, nos quais seja aprofundado o estudo da correlação entre o sentido de humor e o nível de stresse para esta população. Particularmente, destacam a importância de demonstrar a eficiência do potencial adaptativo do humor na redução dos níveis de stresse. A produção de conhecimento científico sobre esta temática é essencial para a promoção de um desempenho profissional competente, centrado numa lógica conceptual.

Referências Bibliográficas

1. **José, H. e Parreira, P.** Adaptação para Português da Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS). *Revista Referência*. 6, 2008, Vol. 2, pp. 7-18.
2. **Fernandes, M.** *Avaliação do stress nos enfermeiros de cuidados intensivos*. Coimbra : Faculdade de Medicina, 1996. Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional.
3. **Gonçalves, A.** *Gestão do stress em enfermeiros perioperatórios*. Associação de Politécnicos do Norte (APNOR) - Instituto Politécnico de Bragança. Bragança : s.n., 2013. Dissertação de Mestrado.
4. **Amaro, H. e Neves de Jesus, S.** Vulnerabilidade ao Stresse em Profissionais de Emergência Médica Pré-Hospitalar. *Mudanças - Psicologia da Saúde*. 1, Janeiro-Junho de 2008, Vol. 16, pp. 62-70.
5. **Rodrigues, V. e Ferreira, A.** Stressors in nurses working in Intensive Care Units. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 4, 2011, Vol. 19.
6. **Alacacioglu, A., et al., et al.** Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*. October de 2009, Vol. 18, pp. 534-548.
7. **Hopkinson, J., Hallett, C. e Luker, K.** Everyday death: how nurses cope with caring for dying people un hospital? *International Journal of Nursing Studies*. 2005, 42, pp. 125-133.
8. **Pereira, S., Fonseca, A. e Carvalho, A.** Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*. 3, 2011, Vol. 18, pp. 317-326.
9. **Peterson, J., et al., et al.** What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*. 4, 2010, Vol. 16, pp. 181-187.
10. **Sapeta, P. e Lopes, M.** Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. *Revista Referência*. Universidade de Lisboa, 2007, Vols. II Série, nº 4.

11. **Lambert, V. A. e Lambert, C. E.** Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*. 1, Junho de 2008, Vol. 14, pp. 38-44.
12. **Bennet, M., et al., et al.** The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Alternative Therapies*. 2, 2003, Vol. 9, pp. 38-44.
13. **Chinery, W.** Alleviating stress with humour: a literature review. *Journal of Perioperative Practice*. n.º 4, Abril de 2007, Vol. Vol. 17, pp. 172-182.
14. **José, H.** *Humor nos Cuidados de Enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures : Lusociência, 2002.
15. —. *Resposta humana ao humor: quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*. UL, com a participação da ESEL. Lisboa : s.n., 2008. Tese de Doutoramento.
16. —. *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures : Lusociência, 2010. 978-972-8930-56-1.
17. **Wooten, P.** Humor an Antidote for Stress. *Holistic Nursing Practice*. 2, 1996, Vol. 10, pp. 49-55.
18. **Tumkaya, S.** Burnout and humor relationship among university lecturers. *Humor - International Journal of Humor Research*. 1, 2007, Vol. 20, pp. 73-92.
19. **Amaro, Hugo e Neves de Jesus, Saul.** Vulnerabilidade ao Stresse em Profissionais de Emergência Médica Pré-Hospitalar. *Mudanças - Psicologia da Saúde*. 1, Janeiro-Junho de 2008, Vol. 16, pp. 62-70.
20. **Paiva e Silva, A.** Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 2007, Vol. 55, 1-2, pp. 11-20.
21. **Basto, M.** Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*. 2º semestre de 2009, Vol. 13, 2.
22. **Lazarus, R. e Folkman, S.** Stress, Appraisal and Coping. [Online] 1984. [Citação: 17 de Maio de 2012.] <http://books.google.com.br/books?id=i-ySQQUupr8C&printsec=frontcover&dq=lazarus+and+folkman&hl=pt-PT&sa=X&ei=AAAXCT5DtComy0QWa2tWfCQ&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q=lazarus%20and%20folkman&f=false>. 0-8261-4191-9.

23. **Lazarus, R.** Stress and Emotion: A New Synthesis. [Online] 2006. [Citação: 17 de Maio de 2012.]
http://books.google.com.br/books?id=mATTP46QIp4C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. 0-8261-0261-1.
24. **Gray-Toft, P. e Anderson, J.** The Nursing Stress Scale:Development of an Instrument. *Journal of Behavioural Assessment*. 1, 1981, Vol. 3, pp. 11-23.
25. **Zaghloul, A.** Developing and Validating a Tool to Assess Nurse Stress. *Journal of Egypt Public Health Association*. 3, 2008, Vol. 83, pp. 223-237.
26. **Smith, M. e Segal, R.** *Help Guide*. [Online] Abril de 2012. [Citação: 25 de Maio de 2012.] http://www.helpguide.org/mental/stress_management_relief_coping.htm.
27. **Mercadier, C.** *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. [trad.] M. Martins. Loures : Lusociência, 2002. 9728383827.
28. **Twycross, R.** *Cuidados Paliativos*. [trad.] J. Almeida. 2ª. s.l. : Climepsi Editores, 2003. 972-796-093-6.
29. **Capelas, M. L.** *Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos*. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2014. 978-972-54-0408-9.
30. **Wilcock, A. e Twycross, R.** Case report midazolam for intractable hiccup. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1996, pp. 59-61.
31. **Frias, C.** O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar. *Revista Referência*. 2, Junho de 2008, Vol. 6, pp. 57-67.
32. **Alliance, World Palliative Care e Organization, World Health.** *Global atlas of palliative care at the end of life*. s.l. : Worldwide Palliative Care Alliance, 2014. 978-0-9928277-0-0.
33. **Department of Chronic Diseases and Health Promotion, World Health Organization.** Programmes. *WHO*. [Online] WHO, 2014. [Citação: 30 de Agosto de 2014.] <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>.
34. **Weaver, K. e Morse, J. & Mitcham, C.** Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 62, 2008, Vol. 5, pp. 607-618.

35. **Astedt-Kurki, P. & Liukkonen, A.** Humour in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 1994, Vol. 20, pp. 183-188.
36. **Carbelo-Baquero, B., et al., et al.** A Study of Sense of Humor in Spanish and American Samples. *North American Journal of Psychology*. 3, 2006, Vol. 8, pp. 447-454.
37. **Thorson, J. e Powell, F.** Development and Validation of a Multidimensional Sense of Humor Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1, Janeiro de 1993, Vol. 49, pp. 13-23.
38. **Martin, R. A.** Sense of Humor. [autor do livro] S. J. Lopez e C. R. Snyder. *Handbook of Positive Psychological Assessment*. Ontario, Canada : American Psychological Association, 2003.
39. **McCreaddie, M. e Wiggins, S.** The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 6, Novembro de 2008, Vol. 61, pp. 584-595.
40. **Watson, K., Matthews, B. e Allman, J.** Brain activation during sight gags and language-dependent humor. *Cerebral Cortex*. 2007, Vol. 17, 2, pp. 314-324.
41. **Riley, J.** *Communication in Nursing*. 6th Revised edition. s.l. : Mosby, 2000. p. 400. ISBN 9780323083348.
42. **Martin, R. A., et al., et al.** Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of th Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*. 2003, Vol. 37, pp. 48-75.
43. **Kuiper, N. A. e Leite, C.** Personality impressions associated with four distinct humor styles. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2010, Vol. 51, pp. 115-122.
44. **Hampes, W.** The Relation Between Humor Styles and Empathy. *Europe's Journal of Psychology*. n.º 3, Agosto de 2010, Vol. Vol. 6, pp. 34-45.
45. **Tse, M., et al., et al.** Humor Therapy: Relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *Journal of Aging Research*. 2010.
46. **Marzialia, E., McDonaldb, L. e Donahuec, P.** The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging & Mental Health*. 6, Novembro de 2008, Vol. 12, pp. 713-718.

47. **Dozois, D. J., Martín, Rod A. e Bieling, P. J.** Early Maladaptive Schemas and Adaptive/Maladaptive Styles of Humor. *Cogn Ther Res.* 2009, Vol. 33, pp. 585-596.
48. **Ochoa, M. I.** Humor terapéutico. El Humor Risa y Sonrisa (HRS) y su aplicación en las urgencias, emergencias y cuidados críticos. *Revista Páginas en enfermería.com.* 2009, Vol. 1, 4.
49. **Healy, C. e McKay, M.** Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing.* 31, 2000, Vol. 3, pp. 681-688.
50. **Knight, C.** Laughing at death: the ultimate paradox. The use of humour by staff working in palliative care. [autor do livro] F. Biley e C. Maggs. *Contemporary Issues in Nursing.* Nova Iorque : Churchill livingstone, 1996.
51. **Wear, D., et al., et al.** Derogatory and cynical humour directed towards patients: views of residents and attending doctors. *Medical Education.* 2009, Vol. 43, 1, pp. 34-41.
52. **Harris, P.** The nurse stress index. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations.* 1989, Vol. 3, 4.
53. **INE, Instituto Nacional de Estatística.** www.ine.pt. [Online] [Citação: 2014 de Agosto de 18.]
54. **José, H. e Parreira, P.** Adaptação para Português da Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS). *Revista Referência.* 6, 2008, Vol. 2, pp. 7-18.
55. **Rickman, C. e Waybright, Linda.** Humor - It Works! 2006.
56. **Sebastião, D.** A influência da cultura/clima organizacional e da satisfação com o suporte social no stresse percebido. Faro : Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, UA/ DPS, UAL, 2009.
57. **(OE), Ordem dos Enfermeiros.** *Dados estatísticos 2000-2012.* 2013.
58. **Benner, P.** *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem.* Coimbra : Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
59. **Ordem dos Enfermeiros.** *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2012.

60. Decreto-lei n.º247/2009. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 22 de setembro de 2009. [Citação: 22 de agosto de 2014.] http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL247-2009_Regime_Legal_Carreira.pdf.
61. **Frederico-Ferreira, M e Silva, C.** Reformas da gestão na saúde - desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012, Vol. III Série, 8.
62. **Tramm, F.** *Stresse Profissional: um estudo exploratório sobre a importância das variáveis sexo e tempo de serviço numa amostra de Enfermeiros portugueses*. Lisboa : Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2012.
63. **Gomes, A. & Cruz, F.** Experiência de stress e "burnout" em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*. 2004, 2, pp. 193-212.
64. **Silva, M. & Gomes, A.** Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*. setembro-dezembro, 2009, Vol. 14, 3, pp. 239-248.
65. **Carvalho, A. e Junior, D. & Lopes, A.** Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008, Vol. 16, 1, pp. 1-7.
66. **José, H., et al., et al.** A Factor-Analytic Study of the Multidimensional Sense of Humor Scale with a Portuguese Sample. *North American Journal of Psychology*. 2007, Vol. 9, 3, pp. 595-610.
67. **Sampaio, E.** Prefácio. [autor do livro] E. Sampaio e V. Martinho. *Antologia do Humor Português*. s.l. : Fernando Ribeiro de Mello/ Edições Afrodite, 1969.
68. **Wanzer, M., Booth-Butterfield, M. e Booth-Butterfield, S.** "If we didn't use humor, we'd cry": Humorous coping communication in health care settings. *Journal of Health Communication*. 2005, 10, pp. 105-125.
69. **Rickman, C. & Waybright, L.** *Humor - It Works!* 2006.
70. **Beck, C.** Humor in nursing practice: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*. 5, 1997, Vol. 34, pp. 346-352.

71. **Newman, M. e Stone, A.** Does humor moderate the effects of experimentally-induced stress? *Annals of Behavioral Medicine*. 1996, Vol. 18, 2, pp. 101-109.
72. **Astedt-Kurki, P. and Isola, A.** Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, Vol. 35, 3, pp. 452-458.
73. **Abel, M. H.** Humor, stress, and coping strategies. *Humor*. 15, 2002, Vol. 4.
74. **Scott, T.** Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork. 2007, Vol. 12, 4, pp. 350-364.
75. **Martin, R. A. e Kuiper, N.** Coping Humour, Stress, and Cognitive Appraisals. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 1993, Vol. 25, 1, pp. 81-96.
76. **José, H.** *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures : Lusociência, 2010. 978-972-8930-56-1.
77. **Martinez, L. e Ferreira, A.** *Análise de dados com SPSS. Primeiros passos*. Lisboa : Escolar Editora, 2008. ISBN 978-972-592-235-4.
78. **Lima-Basto, M.** Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - proposta de percurso. *Pensar em Enfermagem*. 2009, Vol. 2, 13, pp. 11-18.
79. **Fortin, M. F.** *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. [trad.] Nídia Salgueiro. Loures : Lusodidacta, 2009. 978-989-8075-18-5.
80. **Chick, N. e Meleis, A.I.** Transitions: A nursing concern. [autor do livro] P.L. Chinn. *Nursing Research Methodology: Issues and Implantation*. Gaitherburg : Aspen Publications, 1986.

Anexos

Anexo I

Nota Introdutória

Estudo desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado Académico em Enfermagem Avançada do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, com o tema: **“O sentido de humor e o nível de stresse dos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida”**.

Este estudo é orientado pela Sra. Professora Doutora Helena José e coorientado pelo Sr. Professor Manuel Luís Capelas.

Objetivo do estudo: Compreender a natureza da relação entre o humor e o nível de stresse dos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida (em termos de magnitude e sentido em que se estabelece).

Potenciais Riscos e Vantagens

A sua colaboração no presente estudo:

- Não apresenta qualquer tipo de risco;
- Constituirá um importante contributo para o desenvolvimento da investigação em Enfermagem sobre o referido tema, para o trabalho no seio da sua equipa profissional e para si próprio.

Caráter Voluntário do Estudo

A sua participação é livre e voluntária, pelo que o seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sem haver nenhuma alteração no estudo. Qualquer novo conhecimento sobre o estudo que influencie a sua participação ser-lhe-á comunicado.

Caráter Confidencial

Os dados trabalhados no estudo serão apenas utilizados no contexto do mesmo e da sua divulgação. Garante-se o anonimato das informações que serão fornecidas e trabalhadas no estudo.

Responsabilidade dos Investigadores

O seu consentimento não compromete os seus direitos legais, nem retira aos investigadores

as suas responsabilidades legais e profissionais.

Contactos

Para esclarecimento de qualquer questão contacte a investigadora encarregue pelo estudo:

Maria Inês Leal Brites Costa Santos

Mestranda em Enfermagem Avançada

Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

Tlm: 915711001

E-mail: mariainescostasantos@gmail.com

Morada: Av. Frei Miguel Contreiras nº26, 3º esquerdo. 1700-212 Lisboa

Anexo II

Formulário de Colheita de Dados

Este formulário compreende três partes distintas, um questionário sociodemográfico, a escala Multidimensional do Sentido de Humor e a escala de stresse designada The Nurse Stress Index.

Apenas deverá ser preenchido por enfermeiros que integrem equipas de cuidados paliativos e com dois ou mais anos de experiência.

Peço-lhe que responda o mais fielmente possível às questões colocadas em cada uma das três etapas.

Obrigada!

Questionário Sociodemográfico

Idade: ___ anos

Género: F__ M__

Grau académico: _____

Experiência Profissional: ___ anos

Grau profissional: _____

Instituição na qual colabora: _____

Utiliza o Humor no seu agir profissional? Porquê?

Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS) copyright Thorson and Powell (1993)

Esta escala contém 24 questões. Em cada uma delas deve assinalar o número que corresponda melhor àquilo que se adequa a si próprio. Considere para isso que a sua opinião pode variar entre 1 (*discordo totalmente*) e 5 (*concordo totalmente*). Por favor responda a TODAS as questões, NÃO deixe nenhuma por responder...

1. Eu sou visto pelos meus amigos como uma pessoa com sentido de humor 1 2 3 4 5
2. Eu consigo dizer as coisas de um modo que faz as pessoas rir 1 2 3 4 5
3. Os meus ditos inteligentes divertem os outros 1 2 3 4 5
4. As pessoas olham para mim, para que diga coisas engraçadas 1 2 3 4 5
5. Eu uso o humor para entreter os meus amigos 1 2 3 4 5
6. Estou confiante de que consigo fazer outras pessoas rir 1 2 3 4 5
7. Outras pessoas dizem-me que eu digo coisas engraçadas 1 2 3 4 5
8. Às vezes vêm-me à cabeça piadas ou histórias engraçadas 1 2 3 4 5
9. Eu consigo surpreender e pôr as pessoas a rir à gargalhada 1 2 3 4 5
10. Eu consigo aliviar uma situação de tensão dizendo algo engraçado 1 2 3 4 5
11. Eu até consigo ter algum controlo sobre um grupo, quando uso humor 1 2 3 4 5
12. O humor ajuda-me a lidar com as coisas 1 2 3 4 5
13. Piadas inteligentes ou uso de humor ajudam-me a gerir situações difíceis 1 2 3 4 5
14. Lidar com as coisas com humor é uma elegante forma de adaptação 1 2 3 4 5
15. Tentar gerir situações através do uso do humor é realmente estúpido 1 2 3 4 5
16. O humor é uma péssima forma de lidar com as coisas 1 2 3 4 5
17. Usar o humor ajuda-me a sentir mais à vontade 1 2 3 4 5
18. Eu consigo usar piadas inteligentes para me ajudar a adaptar a muitas situações 1 2 3 4 5
19. Eu aprecio as pessoas que geram humor 1 2 3 4 5
20. Eu gosto de uma boa piada 1 2 3 4 5
21. Chamar a alguém “comediante” é um verdadeiro insulto 1 2 3 4 5

22. Eu não gosto de cómicos 1 2 3 4 5

23. Pessoas que dizem piadas são maçadoras 1 2 3 4 5

24. Fico desconfortável quando alguém está a dizer piadas 1 2 3 4 5

The Nurse Stress Index (NSI) copyright Philip Harris, Peter Hingley and Cary Cooper (1988)

Olhando para os últimos 3 meses, indique por favor o grau pelo qual cada uma das afirmações tem sido uma fonte de pressão para si. Quanto maior for a pressão mais elevado deverá ser o número marcado.

As afirmações apresentadas são relativas às pressões causadas pelo trabalho. Pressão é definida como um problema ou qualquer coisa com o qual tem dificuldade em lidar, e que provoca em si sentimentos de preocupação e ansiedade.

Não me causa pressão 1

Causa-me ligeira pressão 2

Causa-me pressão moderada 3

Causa-me pressão considerável 4

Causa-me pressão extrema 5

1. Tarefas triviais interferem com o meu desempenho profissional 1 2 3 4 5
2. Há um conflito entre as minhas funções administrativas e as de enfermagem 1 2 3 4 5
3. A administração não compreende as reais necessidades do meu desempenho 1 2 3 4 5
4. Contactos com os familiares 1 2 3 4 5
5. Necessito de me ausentar do meu trabalho para tratar de problemas domésticos 1 2 3 4 5
6. Falta de formação especializada para tarefas presentes 1 2 3 4 5
7. Passo o tempo a “apagar fogos” em vez de trabalhar segundo um plano 1 2 3 4 5
8. A chefia espera que eu interrompa o meu trabalho quando surge outra prioridade 1 2 3 4 5
9. Só obtenho feedback quando o meu desempenho é satisfatório 1 2 3 4 5
10. Envolvimento com situações de vida e morte 1 2 3 4 5
11. Exigências domésticas/familiares prejudicam a promoção 1 2 3 4 5
12. Lidar com novas tecnologias 1 2 3 4 5
13. Tenho muito pouco tempo para fazer o que se espera de mim 1 2 3 4 5
14. Flutuações na carga de serviço 1 2 3 4 5
15. Relacionamento com os superiores hierárquicos 1 2 3 4 5

16. Pacientes difíceis 1 2 3 4 5
17. Os meus superiores não dão valor às minhas pressões familiares 1 2 3 4 5
18. Tarefas para além da minha competência 1 2 3 4 5
19. As exigências dos outros no meu tempo de trabalho estão em conflito 1 2 3 4 5
20. Escassez de recursos essenciais 1 2 3 4 5
21. Decisões ou mudanças que me afetam são tomadas “superiormente” sem o meu conhecimento ou envolvimento 1 2 3 4 5
22. Inexistência de aconselhamento 1 2 3 4 5
23. Excesso de envolvimento emocional 1 2 3 4 5
24. Incertezas sobre o nível ou área da minha responsabilidade 1 2 3 4 5
25. Pressão de tempo e prazos a cumprir 1 2 3 4 5
26. Decidir prioridades 1 2 3 4 5
27. Falta de apoio do staff superior 1 2 3 4 5
28. Dificuldade em lidar com pessoas agressivas 1 2 3 4 5
29. Exigências domésticas versus exigências do trabalho 1 2 3 4 5
30. Mudanças operadas no staff da organização 1 2 3 4 5

Anexo III



A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 14 de Novembro de 2012 procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto de tese denominado **“O humor e o stresse dos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida”**, de **Maria Inês Leal Brites Costa Santos**.

A Comissão de Ética, por unanimidade, considerou que

1. Se trata de um trabalho que se baseia em inquérito dirigido a profissionais de enfermagem cuja resposta se suscita por convite.

A resposta positiva a esse convite é voluntária e o conteúdo dos inquéritos não identifica objecções éticas.

O valor científico desta metodologia não é objecto deste parecer, embora haja componentes que são de valor questionável (cite-se, a título de exemplo excertos, entre os quais “os meus ditos inteligentes divertem os outros”).

2. O pedido de autorização para utilizar os questionários indica que estes vão usar metodologias sem reconhecimento científico. De contrário, qualquer investigador as poderia aplicar, referenciando as fontes, sob a forma de publicação prévia como é uso.

Por isso, sendo o titular de um dos inquéritos, que autorizou o seu uso, o orientador da tese, esta situação poderá consubstanciar um potencial conflito de interesse para o qual se chama, desde já a atenção pela relevância que poderá vir a ter na apreciação do trabalho em causa.

Dr. Paula Martinho da Silva
(Presidente da Comissão)