



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

KLARA ZOZ DE SOUZA

**Percepção de vínculo e estresse ocupacional de profissionais de saúde que atuam no
cuidado de pacientes oncológicos**

FLORIANÓPOLIS

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Klara Zoz de Souza

**Percepção de vínculo e estresse ocupacional de profissionais de saúde que atuam no
cuidado de pacientes oncológicos**

Artigo apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para defesa. Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Machado Lopes.

FLORIANÓPOLIS

2019

Resumo

Os casos de câncer são a segunda maior causa de óbitos no Brasil e se constituem como grande demanda para o Sistema Único de Saúde. Um dos dispositivos que favorece o cuidado aos pacientes oncológicos é o vínculo entre profissional e paciente. Neste campo de atuação, as tensões e os desafios são diários, e, para além do cuidado ao paciente, o trabalhador precisa lidar com situações complexas que podem gerar reações negativas, conhecidas como estresse ocupacional. O objetivo deste estudo foi investigar a percepção de vínculo e o nível do estresse ocupacional de profissionais de saúde que atuam no cuidado de pacientes oncológicos. Quarenta profissionais das equipes de clínica cirúrgica e de onco-hematologia de um hospital, responderam a questionários sobre vínculo e estresse no trabalho. Os resultados mostraram que a maior frequência foi do vínculo terapêutico, mesmo tipo identificado como ideal pela maioria dos profissionais. A equipe onco-hematologia revelou escores mais altos do que a equipe de clínica cirúrgica na carga horária de trabalho semanal, percepção de vínculo e vínculo ideal. Houve correlação positiva moderada entre as duas medidas de percepção de vínculo, e percepção de vínculo e percepção de vínculo ideal, mas não entre as demais variáveis. Assim, destaca-se a potência dos modelos de trabalho em saúde que utilizam como tecnologia do cuidado o dispositivo do vínculo entre profissional de saúde e pacientes oncológicos.

Palavras-chave: Oncologia; Percepção; Profissionais da saúde; Vínculo; Estresse ocupacional.

O Brasil vem sofrendo mudanças relevantes em seu perfil demográfico e epidemiológico, decorrentes do processo de urbanização e avanço da ciência e de tecnologias em saúde. Em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias eram responsáveis por 45% das mortes no país. Já em 2009, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias respondia m por 48% dos óbitos na população brasileira. Os determinantes sociais da saúde também se modificam, e, atualmente, a população tem perspectiva de aumento da longevidade, o que gera impacto direto nas políticas nacionais de saúde (Brasil, 2011).

As mudanças no perfil populacional acarretam transformações no perfil de morbimortalidade. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus, constituem o principal problema de saúde populacional, correspondendo a 70% das causas de morte no país e atingindo grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda (MS, 2011). As DCNT têm como determinantes as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis (tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada). Uma abordagem integral às DCNT inclui atuação nos níveis de promoção, prevenção de agravos e cuidado integral à saúde. As ações intersetoriais em saúde são realizadas através de uma rede organizada de serviços, com equipes multiprofissionais nas linhas de cuidado e com vínculo e responsabilização dos cuidadores no que se refere à produção da autonomia do usuário do sistema de saúde (Malta & Merhy, 2010).

O *Global Burden of Disease*, um estudo sobre as causas de doença e morte à níveis globais, revela que 56 milhões de pessoas morreram em 2017. A maioria das mortes (17.19 milhões) foi resultado de doenças cardiovasculares e os cânceres foram a segunda principal causa de mortes no mundo (9.56 milhões de pessoas) (Roth, Abate, Abate, Abay, Abbafati, Abbasi & Abdollahpour, 2018).

Entre os anos de 2018 a 2029 há estimativa da ocorrência de 600 mil casos novos de câncer no Brasil, com perfil de ocorrência semelhante ao de países desenvolvidos. A distribuição da incidência por região geográfica demonstra que as regiões sul e sudeste concentram 70% da incidência de câncer, sendo que os principais tipos de cânceres são próstata, mama feminina, pulmão e cólon e reto (Oliveira Santos, 2018).

Os dados do SUS também apontam que as neoplasias foram a terceira maior causa de internação no país de 2002 a 2012 (Oliveira, Malta, Guauche, Moura, & Silva, 2015). Dados do Observatório de Oncologia (2016), dirigido pela Associação Brasileira de Leucemia e Linfoma (ABRALE), sugerem que os óbitos por neoplasias vêm crescendo em velocidade maior que as mortes por doenças cardiovasculares. De acordo com a projeção de mortalidade do Observatório de Oncologia, realizada com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no período de 2014-2040 o câncer ultrapassará as doenças cardiovasculares e será a principal motivo de óbitos no Brasil a partir de 2028-2029 (Matarazzo, 2016).

Os custos diretos para assistência às DCNT representam um impacto crescente e estão entre as principais causas de internações hospitalares. Os gastos atuais com a oncologia no Sistema Único de Saúde (SUS), principal referência para tratamentos oncológicos, apresentam crescimento nos últimos anos, e, se considerada a projeção de que o câncer se torne a principal causa de mortalidade no Brasil a partir de 2029, há perspectiva de que os gastos com a oncologia também aumentem exponencialmente. Neste sentido, o câncer se constitui como grande demanda de investimento em políticas de saúde em todos os níveis, principalmente quando considerada a exposição aos fatores determinantes e condicionantes das DCNT (Brasil, 2011).

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e se consolidou por meio das Leis 8.080 e 8.142, que prevê a saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado. Neste sentido, o SUS se constitui como principal meio de garantir o acesso universal, integral e com equidade. No atendimento a esta população, em função das diversas dimensões

do adoecimento, variadas estratégias de prevenção e combate ao câncer são desenvolvidas, dentre elas destaca a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2009).

A humanização envolve a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Isto acontece por meio do estímulo à autonomia e protagonismo dos sujeitos, da participação coletiva nas práticas em saúde e da corresponsabilização através de vínculos solidários entre os vários atores envolvidos nos cuidados ao usuário. A corresponsabilização consiste na responsabilização compartilhada dos diversos atores envolvidos no processo de produção de saúde, a fim de estabelecer comprometimento que favoreça o cuidado em saúde. Esta política ressalta ainda que a vinculação de pessoas e famílias às equipes e acompanhamento longitudinal favorecem a criação de vínculos terapêuticos e a prática de uma clínica ampliada (Brasil, 2009).

A criação de vínculo por parte do usuário é favorecida quando ele acredita que a equipe se está comprometida com seus cuidados e que pode contribuir para a sua saúde, enquanto do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que procuram ou são procurados pelos serviços de saúde, ou seja: é o quanto aquela pessoa o afeta. O vínculo pode ser considerado terapêutico quando gera autonomia, especialmente ao garantir o cuidado às populações de maior vulnerabilidade. Assim, há necessidade de aumentar a capacidade de resposta dos serviços de saúde através da incorporação de tecnologias simples, mas resolutivas (Brasil, 2009).

Para o vínculo, é necessária a existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, que crie laços interpessoais, e que estes laços possam estabelecer uma cooperação mútua entre os pacientes e profissionais de saúde. São dimensões deste vínculo a afetividade, ajuda e respeito, cidadania e participação do paciente durante o cuidado em saúde. Há necessidade de identificar as demandas de saúde do usuário do SUS e estimulá-lo quanto à conquista da autonomia em seus processos de saúde-doença, por meio de uma perspectiva de

corresponsabilização, integralidade e humanização, o que, por sua vez, amplia a eficácia das ações de saúde (Furlan, Junior, & Marcon, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica define o vínculo como “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (Brasil, 2012, p. 21). Neste sentido, o vínculo terapêutico está pautado em relações de confiança ao longo do tempo, para que o usuário e seus familiares possam expor as suas angústias e preocupações, e, a partir da disponibilidade do profissional para escuta e acolhimento, seja possível a construção de soluções para os problemas expostos (Barbosa & Bosi, 2017; Brunello et al., 2010).

A busca do usuário pelo contato com os profissionais de referência promove a circulação de afetos entre as pessoas e, por meio da construção conjunta de soluções com negociação das possibilidades com comprometimento para resolutividade das suas questões de saúde (Furlan et al., 2017; Jorge et al., 2011). O vínculo é construído a partir desta troca de saberes, e, por isso, não é absoluto; pode ter densidades diferentes, ser estreito ou fluido, contínuo ou eventual (Gomes & Pinheiro, 2005). Destaca-se também o caráter longitudinal do cuidado, que pressupõe continuidade da relação e construção de vínculos de confiança ao longo do tempo, que acompanham os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos da vida do paciente, e ajustam condutas quando necessário (Garcia Júnior, 2017).

Ao estabelecer o vínculo com o profissional de saúde, o usuário se sente acolhido e encontra espaço para o esclarecimento de dúvidas e expressão de seus sentimentos referente ao seu processo terapêutico e tratamento. O esclarecimento de dúvidas envolve que o profissional de referência, aquele com maior vínculo com o paciente, compreenda as suas questões do usuário e promova respostas claras e acessíveis. Este profissional deve também investigar sobre outros problemas de saúde, além do motivo da ida do usuário ao serviço, realizar

esclarecimentos sobre os medicamentos utilizados para o tratamento e terapêuticas necessárias. Quanto maior o vínculo entre profissional e paciente, maior será a abertura para o repasse de orientações e esclarecimento de dúvidas, além de maior acesso e acolhimento nos serviços de saúde (Furlan et al., 2017).

O vínculo é entendido por diversos autores enquanto tecnologia do cuidado (Feuerweker, 2014; Garcia Júnior, 2017; Malta & Merhy, 2010). Para Feuerweker (2014) existem três tipos de tecnologias do cuidado: 1) as tecnologias duras, que estão ligadas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e aos saberes que são necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. Esses processos envolvem equipamentos, regulamentos, protocolos; 2) as tecnologias leve-duras, que permitem o processamento do olhar do trabalhador de saúde sobre o usuário enquanto objeto de estudo e intervenção, através de saberes científicos bem definidos, como a clínica de cada profissão e a epidemiologia. Este é o campo em que saberes estruturados encontram-se com a realidade singular do usuário e convocam o trabalhador a equilibrar a dureza de um saber concreto com a leveza das necessidades de saúde do paciente para sua intervenção; 3) as tecnologias leves são aquelas que permitem a produção de relações através do encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança.

O vínculo atua como tecnologia leve para promoção do viver saudável dos sujeitos, famílias e comunidade, e se estabelece a partir do momento em que o profissional se interessa pelo usuário e reconhece sua singularidade e seus modos de viver (Ilha, Dias, Backes, & Backes, 2014). É neste território em que as possibilidades de autonomia do usuário se ampliam e o processo de saúde-doença é ressignificado.

As tecnologias leves do cuidado que podem ser combinadas na atuação profissional com as tecnologias leve-duras e duras. A maneira como cada profissional atua, combinando estes

três tipos de tecnologias, reflete as diferentes concepções de saúde e modelos de atenção. Quando a atuação possui foco apenas nas tecnologias duras ou leve-duras, a atuação integral em saúde e a humanização ficam prejudicadas, e os sujeitos destas tecnologias, que são os pacientes, se tornam reduzidos a unidades de produção de procedimentos (Feuerweker, 2014).

A dimensão do cuidado e das tecnologias leves é fundamental para aumentar a capacidade dos trabalhadores da saúde de lidarem com a subjetividade das necessidades de saúde dos usuários. Ressalta-se que os trabalhadores orientam sua atuação profissional de acordo com seus valores e interesses; por isto, ampliar sua autonomia no trabalho, para que desenvolvam formas de lidar com as relações inerentes à atuação profissional favorece a ampliação da qualidade do cuidado ao paciente (Malta & Merhy, 2010).

Quando o cuidado em saúde é prestado aos pacientes oncológicos, a importância das tecnologias leves e do vínculo se torna ainda mais evidente, já que o adoecimento por câncer desencadeia reações orgânicas e emocionais que provocam sentimentos ambíguos, desequilíbrios emocionais e conflitos internos. O contexto da oncologia apresenta um ritmo de trabalho intenso e que demanda do profissional emergência nas suas ações e a capacidade de trabalhar mediante a situações relacionadas a problemas no sistema de saúde, agravamento decorrentes do adoecimento, sentimentos de tristeza, perda e luto (Cano, 2017). Na prestação de cuidado a este tipo de paciente, ressalta-se a necessidade de que os profissionais de saúde reflitam sobre suas práticas e, muitas vezes, modifiquem seu posicionamento perante a vida e a morte, dor e sofrimento do outro, pois a forma que se colocam diante destas questões gera implicações no cuidado ao paciente (Theobald, Santos, Andrade, & De-Carli, 2016).

Compreender a percepção dos trabalhadores da saúde sobre o vínculo no cuidado aos pacientes oncológicos pode favorecer a reflexão sobre como ocorre a inserção da tecnologia leve do cuidado na atuação profissional. As tecnologias leves podem promover a qualidade de vida não apenas para o paciente, mas também para o trabalhador, que quando compreende

melhor as demandas dos usuários, atua de forma mais resolutiva, assertiva e segura (Malta & Merhy, 2010).

Os contextos de saúde que prestam cuidado aos pacientes oncológicos estão imersos em tensões diárias, como um modelo biomédico curativo, com enfoque nas tecnologias duras do cuidado, as frequentes mutilações, perdas e mortes, o luto dos familiares e a complexidade de tratamentos e intervenções (Santos, Santos, Silva, & Passos, 2017). Neste campo de atuação, os desafios são diários para os trabalhadores, que se questionam como lidar com prognósticos ruins? Com o manejo da dor e sintomas? Com os processos de terminalidade? Com a impossibilidade da cura? Estes elementos estão cercados de significados simbólicos e fantasias que permeiam a atuação dos profissionais e os tornam mais vulneráveis ao estresse ocupacional, em razão do contexto composto por especificidades e de alta complexidade assistencial, gerencial e organizacional

O estresse ocupacional pode ser definido como um conjunto de manifestações provenientes do ambiente laboral, as quais afetam o organismo do trabalhador, que têm potencial nocivo a sua saúde, envolvendo aspectos da organização, gestão, condições de trabalho e da qualidade das relações interpessoais no trabalho (Ribeiro, Marziale, Martins, Galdino, & Ribeiro, 2018). Os sujeitos passam a perceber as demandas do ambiente profissional como estressoras quando estas demandas ultrapassam sua capacidade de enfrentamento e acabam por gerar reações negativas no profissional (Santos et al., 2017).

Paschoal e Tamayo (2004) ressaltam que existem várias categorias de estressores no trabalho; dentre elas, aqueles referentes aos relacionamentos interpessoais neste ambiente (com colegas, superiores hierarquicamente e clientes). Se estas interações são conflituosas e há discrepância entre as demandas situacionais e os mecanismos de enfrentamento, elas geram estressores de natureza emocional, como tensão, ansiedade, irritabilidade, nervosismo, raiva, insatisfação no trabalho, ansiedade e depressão.

Diante do exposto, destaca-se a relevância na realização de estudos que objetivem explorar a percepção dos profissionais de saúde sobre o vínculo com paciente oncológico e o fenômeno do estresse no trabalho na construção de cuidado a estes pacientes. Visto que os dois fenômenos impactam na perspectiva de cuidado integral ao paciente oncológico, a realização de estudos que explorem essa relação poderá fornecer subsídios para intervenções direcionadas tanto à saúde do trabalhador quanto à melhora do cuidado ao paciente oncológico nos serviços de saúde.

Em função da escassez de estudos sobre vínculo entre profissionais de saúde e pacientes, principalmente no que se refere à atenção terciária e alta complexidade dos serviços de saúde, este estudo tem como objetivo investigar a percepção de vínculo e o nível do estresse ocupacional dos profissionais de saúde que atuam no cuidado de pacientes oncológicos. Especificamente, pretende-se verificar se há correlação entre percepção de vínculo, tipo de vínculo e estresse ocupacional e se há diferença dessas variáveis entre as equipes de onco-hematologia e clínica cirúrgica em um hospital geral.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, pois mede variáveis e possíveis relações entre elas, com o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis e torna-los inteligíveis através da análise de variáveis (Minayo & Sanches, 1993). Em relação aos objetivos, é caracterizada como descritiva, pois visa conhecer e descrever as características de determinado grupo; exploratória, pois possibilita proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato; correlacional, pois permite estabelecer correlações entre variáveis, proporcionando uma nova visão do problema; e comparativo, pois visa comparar variáveis em dois grupos distintos (Gil, 2010). Em relação ao tempo, este estudo possui corte transversal, em que os dados são coletados em um ponto no tempo, com base em

uma amostra selecionada para descrever uma população nesse determinado momento (Richardson, 1999).

Participantes

A amostra foi não probabilística e selecionada por conveniência. Foram convidados a participar da pesquisa os profissionais da unidade de clínica cirúrgica e da equipe de onco-hematologia de um hospital escola público, que estivessem atuando de forma fixa nestas unidades/equipes, mantendo contato semanal com pacientes oncológicos.

Aproximadamente 160 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, dentistas, residentes médicos e multiprofissionais de segundo ano atuam nestas unidades/equipes, sendo que, em média, 140 destes atuam na unidade de clínica cirúrgica e 20 na equipe de onco-hematologia. A amostra foi composta buscando um pareamento por profissão tendo como base o número máximo de profissionais que atuam em uma das equipes (onco-hematologia; n=20); totalizando 40 participantes.

As duas equipes foram escolhidas por atuarem em modelos diferentes de cuidado ao paciente oncológico. Os profissionais da equipe de clínica cirúrgica, em sua maioria, atuam em uma unidade de internação cirúrgica, no cuidado a pacientes em internação hospitalar pré, trans e pós operatórias (em geral as internações duram até duas semanas). Alguns destes profissionais também trabalham a níveis ambulatoriais, em consultas para acompanhamento de pacientes antes ou após os procedimentos cirúrgicos. Quando o paciente é transferido para outra unidade, os cuidados a ele também são transferidos para outra equipe de referência. Os profissionais da equipe de onco-hematologia atuam em modelo de linha de cuidado, acompanhando o paciente desde o encaminhamento inicial por suspeita diagnóstica onco-hematológica, na investigação diagnóstica, tratamento clínico quimioterápico e acompanhamento pós quimioterapia ou paliativo. O seguimento do cuidado junto aos pacientes oncológicos acontece independente da

unidade em que o paciente esteja internado (emergência, unidades de internação cirúrgicas e médicas, UTI) pela equipe multiprofissional, que se reúne para discussão semanal dos casos em internação hospitalar.

Os critérios de inclusão para a participação no estudo foram: a) profissionais que trabalhassem na unidade de clínica cirúrgica ou equipe de onco-hematologia do hospital geral em que a pesquisa foi realizada; b) profissionais que trabalhassem semanalmente com pacientes oncológicos; c) profissionais que trabalhassem fixos nestas unidades/equipes há pelo menos seis meses. Foram excluídos do estudo os profissionais que não responderem às escalas da pesquisa de forma integral e aqueles que estavam afastados por motivos de férias ou saúde no período da coleta de dados.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram o Questionário de Perfil Sociodemográfico e Laboral; a *Primary Care Assessment Tool* (PCATool Brasil); o Questionário de Percepção dos Profissionais sobre o Vínculo com Pacientes Oncológicos e a Escala de Estresse no Trabalho, aplicados nesta ordem e descritos a seguir.

O Questionário de Perfil Sociodemográfico e Laboral (Apêndice 1) dos profissionais de saúde foi desenvolvido pela autora para investigar questões referentes ao perfil sociodemográfico e laboral do trabalhador de saúde. Idade, sexo, nível de escolaridade e profissão são exemplos dos itens utilizados para investigar o perfil sociodemográfico e itens como tempo de trabalho no hospital geral pesquisado, setor de trabalho, tempo de atuação com pacientes oncológicos, tempo de graduação/ensino técnico, regime de trabalho e tipo de vínculo trabalhista foram utilizados para identificação do perfil laboral dos profissionais.

A Escala de avaliação da percepção de profissionais da saúde sobre o vínculo longitudinal com o paciente (Anexo 1) é a sessão “longitudinalidade” da *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), validada no Brasil como Instrumento de Avaliação da atenção

primária à saúde (PCATool-Brasil) versão para profissionais (Brasil, 2010). A sessão “longitudinalidade” já foi adaptada e utilizada de forma isolada para avaliar a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, ou seja, o vínculo ente profissional-usuário (Furlan et al., 2017; Ponce et al., 2011). Na versão adaptada, o vínculo longitudinal com o paciente é avaliado por meio de 13 itens, em uma escala *Likert* de 6 pontos, em que o valor zero representa a resposta “não sei” ou “não se aplica” e os valores de um a cinco registram o grau de preferência ou concordância com as afirmações (nunca = 1, quase nunca = 2, às vezes = 3, quase sempre = 4 e sempre = 5). O cálculo dos escores é feito pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens da escala para cada participante, para, posteriormente produzir um escore médio total (Furlan et al., 2017; Hauser et al., 2013; MS, 2010; Ponce et al., 2011). O escore médio total do vínculo é classificado como desfavorável para os valores próximos de 1 e 2, como regular para valores próximos de 3, e como favorável para valores próximos de 4 e 5. Ressalta-se que a escala foi produzida para avaliação em âmbito de atenção básica a saúde; no entanto, seus itens são abrangentes e neste estudo foram utilizados no contexto hospitalar sem adaptações.

O Questionário de Percepção dos Profissionais sobre o Vínculo com Pacientes Oncológicos (QPPVPO; Apêndice 2) foi desenvolvido pelas autoras (não passado por processo de validação) com o objetivo de avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre o vínculo na produção de cuidado aos pacientes oncológicos do referido hospital. Por meio de revisão narrativa de literatura, estruturou-se uma categorização de quatro tipos de vínculo: Ausência de vínculo (1), vínculo normativo (2), vínculo terapêutico (3) e vínculo com fronteiras difusas (4); em que o profissional inicialmente identificará qual categoria representa melhor seu tipo de vínculo com pacientes oncológicos e, em segundo momento, qual das categorias considera ideal para o cuidado ao paciente oncológico.

A Escala de Estresse no Trabalho (EET) (Anexo 2) é um instrumento de avaliação de estresse ocupacional, construído para uso no Brasil, com base em análise da literatura sobre estressores organizacionais psicossociais e sobre reações psicológicas ao estresse ocupacional. (Paschoal & Tamayo, 2004). A escala é composta por 23 itens, sendo que cada item aborda um estressor e uma reação a ele, visto que a percepção possui papel central como mediadora do impacto do ambiente de trabalho. Os itens são respondidos por meio de uma escala de concordância de cinco pontos: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (concordo em parte), 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente). O escore total da EET é a soma dos escores atribuídos a cada item e divididos pelo número total de itens da escala, obtendo-se a média aritmética. A partir da média, os participantes do estudo serão classificados quanto à intensidade de estresse. Tendo em vista que a escala oferece cinco opções de resposta, com valores variáveis de um a cinco, os pontos de corte adotados para o indicativo de estresse foram: baixo (1 a 2), moderado (2,01 a 4) ou alto (4,01 a 5).

Procedimentos

Este estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da universidade a qual está vinculado (Parecer nº 3.296.514 de 01/05/2019). Os participantes que concordaram em participar, após assinatura do TCLE, responderam individualmente aos instrumentos de avaliação. O tempo utilizado pelos participantes foi de cerca de 10-15min.

Para análise de dados foi utilizada estatística descritiva para descrever o perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais de saúde em termos de distribuição de frequências, médias, escores e desvio padrão. Para investigar a relação entre perfil sociodemográfico e laboral, percepção de vínculo, tipo de vínculo e nível de estresse ocupacional destes profissionais foi usado o teste de correlação de Pearson, já que os dados tiveram distribuição normal. Na investigação da diferença no perfil sociodemográfico e laboral, na percepção do vínculo, tipo de vínculo e no nível de estresse ocupacional das diferentes equipes (onco-

hematologia e equipe de clínica cirúrgica) dos profissionais que atendem pacientes oncológicos foi utilizado Teste T para amostras independentes. Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5% e utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.

Resultados

A caracterização do perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais de saúde que atuam no cuidado de pacientes oncológicos do hospital investigado está apresentada em termos de frequência e percentil na Tabela 1. Ressalta-se que a amostra dos profissionais da clínica cirúrgica é um recorte da população e pode não refletir a percepção da equipe toda.

A maioria dos profissionais das equipes pesquisadas é do sexo feminino (72,5%), e possui pós-graduação (80%), mantém contato diário com pacientes oncológicos (70%) e trabalha somente no hospital (62,5%). Em relação à profissão, a maioria dos respondentes foram médicos (32,5%), seguidos de enfermeiros (22,5%) e farmacêuticos (10%). Em termos de percepção de vínculo, considerando os 40 participantes, a maior frequência foi do vínculo tipo 3, correspondente ao Vínculo terapêutico (60%), mesmo tipo identificado como ideal pela maioria dos profissionais (85%).

Tabela 1

Perfil sociodemográfico e laboral dos 40 profissionais de saúde entrevistados.

Variáveis	N	%
Sexo	Feminino	29 72,5
	Masculino	11 27,5
Escolaridade	Técnico	1 2,5
	Superior completo	3 7,5
	Residência (cursando)	4 10
	Pós-graduação	32 80
Profissão	Técnico em enfermagem	3 7,5

	Enfermagem	9	22,5
	Farmácia	4	10
	Fisioterapia	2	5
	Medicina	13	32,5
	Nutrição	3	7,5
	Odontologia	1	2,5
	Psicologia	2	5
	Serviço social	3	7,5
Trabalha em outro	Sim	15	37,5
local	Não	25	62,5
Frequência de	Uma vez por semana	4	10
atuação com	De 2 a 4 vezes por semana	8	20
pacientes oncológicos	Diariamente	28	70
Percepção de	Ausência de vínculo (tipo 1)	0	0
Vínculo com	Vínculo normativo (tipo 2)	14	35
Pacientes	Vínculo terapêutico (tipo 3)	24	60
Oncológicos	Vínculo com fronteiras difusas (tipo 4)	2	5
(QPPVPO)			
	Ausência de vínculo (tipo 1)	0	0
Percepção de vínculo	Vínculo normativo (tipo 2)	5	12,5
ideal (QPPVPO)	Vínculo terapêutico (tipo 3)	34	85
	Vínculo com fronteiras difusas (tipo 4)	1	2,5

Fonte: elaborado pela autora (2019).

As médias e desvio padrão (DP) das variáveis idade, tempo de formação, tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho com pacientes oncológicos, carga horária semanal total,

PCATool Brasil – Versão profissionais, Escala de Estresse no Trabalho (EET), o Questionário de Percepção dos Profissionais sobre o Vínculo com Pacientes Oncológicos (QPPVPO) e a percepção de vínculo ideal (QQPVPO) estão apresentadas em conjunto e separadamente por grupos na Tabela 2. Também são mostrados os níveis de significância da análise das diferenças das médias dos dois grupos. Constata-se que não houve diferença entre os grupos nas variáveis idade, tempo de formação, tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho com pacientes oncológicos, nível de estresse laboral (EET) (todas com $p > 0,05$).

Contudo, o teste T para amostras independentes revelou diferença significativa na variável carga horária de trabalho semanal total ($t(38) = 2,27$; $p = 0,02$), sendo que a média da carga horária semanal total da equipe clínica cirúrgica ($m = 53,75$) revelou-se superior à da equipe onco-hematologia ($m = 41,10$). Da mesma forma, foram encontradas diferenças significativas nas variáveis relacionadas à percepção de vínculo e de vínculo ideal. No questionário sobre percepção de vínculo, a média da equipe onco-hematologia ($m = 2,90$) foi superior à clínica cirúrgica ($m = 2,50$; $t(38) = 2,37$; $p = 0,02$); assim como no item sobre vínculo ideal ($t(38) = 2,69$; $p = 0,01$), em que a média da equipe onco-hematologia ($m = 3,05$) foi superior à clínica cirúrgica ($m = 2,75$). Diferença significativa ($t(38) = 3,41$; $p = 0,002$) também foi encontrada quando a percepção de vínculo foi medida pela escala PCATool, sendo a média da equipe onco-hematologia ($m = 3,84$) superior à da clínica cirúrgica (3,47). Portanto, nas medidas relacionadas a vínculo, todas médias foram superiores na equipe onco-hematologia em relação à clínica cirúrgica.

Tabela 2

Resultados da análise descritiva de médias e desvio padrão (DP) geral e por grupo e da análise de diferença das médias dos dois grupos.

Variáveis	Grupo	Média	DP	P
Idade	Equipe de Clínica Cirúrgica	36,05	9,97	

	Equipe de Onco-hematologia	40,45	6,60	
	Todos	38,2	8,64	0,10
Tempo de formação (em anos)	Equipe de Clínica Cirúrgica	11,30	9,99	
	Equipe de Onco-hematologia	16,65	7,25	
	Todos	13,9	9,03	0,06
Tempo de trabalho no hospital (em anos)	Equipe de Clínica Cirúrgica	7,10	9,31	
	Equipe de Onco-hematologia	11,65	8,59	
	Todos	9,3	9,13	0,11
Tempo de trabalho com pacientes oncológicos (em anos)	Equipe Clínica Cirúrgica	6,50	9,31	
	Equipe Onco-hematologia	8,65	8,59	
	Todos	7,3	8,36	0,40
Carga horária semanal total	Equipe de Clínica Cirúrgica	53,75	21,82	
	Equipe de Onco-hematologia	41,10	12,43	
	Todos	47,43	18,53	*0,02
PCATool Brasil – Versão profissionais	Equipe de Clínica Cirúrgica	3,47	0,32	
	Equipe de Onco-hematologia	3,84	0,36	
	Todos	3,65	0,39	*0,002
Escala de Estresse no trabalho (EET)	Equipe de Clínica Cirúrgica	2,02	0,65	
	Equipe de Onco-hematologia	2,15	0,47	
	Todos	2,08	0,56	0,47
QPPVPO	Equipe de Clínica Cirúrgica	2,50	0,60	
	Equipe de Onco-hematologia	2,90	0,44	
	Todos	2,70	0,56	*0,023

Percepção de	Equipe de Clínica Cirúrgica	2,75	0,44	
vínculo ideal	Equipe de Onco-hematologia	3,05	0,22	
(QPPVPO)	Todos	2,90	0,38	*0,010

Fonte: elaborado pela autora (2019). * $P < 0,05$ evidenciando diferença entre os grupos.

As análises de correlação de todas as variáveis revelaram correlação positiva moderada entre as duas medidas de percepção de vínculo, o QPPVPO e o PCATool ($r = 0,39$; $p = 0,014$), e entre o QPPVPO e o questionário de percepção de vínculo ideal ($r = 0,38$; $p = 0,016$). Não houve correlação entre o nível de estresse laboral (EET), percepção de vínculo e variáveis sociodemográficas e laborais (todas com $p > 0,05$).

Em relação à Escala de Estresse no Trabalho (EET), as análises não mostraram diferença significativa entre os escores das duas equipes (clínica cirúrgica $m = 2,02$, onco-hematologia $m = 2,15$; $p = 0,47$). A média do nível de estresse laboral dos participantes foi 2,08, classificado como moderado. Conforme o instrumento utilizado para esta medida, valores de 1 a 2 indicam estresse leve e de 2,01 a 4 indicam estresse moderado.

Discussão

O perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde das duas equipes entrevistadas apontam para predominância feminina (72,5%), o que pode ser explicado pelo movimento de feminização das profissões de saúde, processo de construção histórica apontado por vários autores (Machado, Vieira, & Oliveira, 2012; Matos, Toassi, & Oliveira, 2013; Moreira et al., 2016; Wermelinger, Machado, Tavares, Oliveira, & Moysés, 2010). Tal processo se refere ao crescimento da população feminina, inicialmente percebido nas profissões relacionadas ao cuidado do outro (como as relacionadas à saúde) e que atualmente se expande para algumas profissões que historicamente eram desempenhadas pelos homens, como a medicina e a odontologia.

Para Machado et al. (2012), a feminização se destaca em de toda a área da saúde, visto que 70% da força de trabalho é de mulheres. A maioria dos participantes possui pós-graduação (80%), é possível inferir que por se tratar de um hospital-escola, a qualificação dos profissionais pode apresentar uma frequência maior, além de haver incentivo à qualificação e educação permanente dos trabalhadores pela gestão do hospital, através de planos de cargos e salários.

No que se refere ao vínculo, as análises revelaram correlação positiva moderada entre as duas medidas de percepção de vínculo, e entre percepção de vínculo e percepção de vínculo ideal. A maior frequência na autopercepção foi do tipo correspondente ao vínculo terapêutico (60%), descrito pelo instrumento através de comportamentos e atitudes como “conheço o contexto familiar e social dos meus pacientes e costumo orientar pacientes e seus familiares sobre o tratamento e esclarecer suas as dúvidas”, “ao longo do tratamento, percebo meus pacientes mais independentes”, “sei o nome dos meus pacientes e de seus familiares e os trato com afetividade”, “algumas vezes fico mobilizado emocionalmente em função do meu trabalho, mas isto não impacta em outras áreas de minha vida (como relacionamentos sociais fora do trabalho)”, entre outras. Em relação ao vínculo ideal, destaca-se o vínculo terapêutico também foi eleito pela maioria dos profissionais como ideal (85%).

Conforme já citado, a construção de vínculo é um recurso terapêutico e a terapêutica é parte fundamental da clínica em todas as profissões da saúde, já que estuda e trabalha com os meios mais apropriados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em saúde (Garcia Júnior, 2017). No vínculo terapêutico, destacam-se também os limites claros das relações estabelecidas, seja entre a vida pessoal do profissional e sua atuação, mas também em relação ao trabalho em equipe e discussões de caso em equipes multiprofissionais, promovendo o cuidado ao paciente de forma mais humana e integral (Barbosa & Bosi, 2017; Brunello et al., 2010; Garcia Junior, 2017; MS, 2012).

Estes achados relacionam-se à Política Nacional de Humanização (Brasil, 2009), que produz mudanças na forma de gestão dos cuidados aos usuários do SUS, por estimular a comunicação entre os diversos atores dos processos de saúde e doença e promover, através de suas diretrizes, práticas de trabalho que envolvem tecnologias leves do cuidado, como o acolhimento.

Alguns estudos têm investigado tipos de vínculo de equipes de saúde que atuam em diferentes modelos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), comparando unidades que atuam com e sem Estratégia de Saúde da Família (ESF). O estudo de Martins, Abreu, Squevedo e Bourget (2016) fez essa comparação utilizando o PCATool e constatou que as equipes que atuam no modelo de saúde construído com base na ESF, que preconiza o vínculo como tecnologia de trabalho e de humanização, apresentaram percepção de vínculo mais positivo do que equipes que atuam nas UBS em que o modelo de saúde vigente é o tradicional. Os autores supracitados levantaram como hipótese para explicação destes resultados, que o modelo humanizado de saúde, proposto pela PNH (Brasil, 2009), ao preconizar contato mais próximo com os pacientes e discussão de caso em equipe, proporciona estratégias de cuidado com melhor desempenho e cuidado longitudinal. Por outro lado, na pesquisa de Frank, Viera, Ross, Obregón e Toso (2015), que também comparou diferentes modelos de trabalho em UBS (com e sem ESF) foram encontrados resultados positivos em relação ao vínculo em ambos modelos. Estes resultados estavam relacionados à regularidade do atendimento pelo mesmo profissional de saúde, e sugerem o estabelecimento de forte vínculo com as UBS em questão (70,6% na UBS com ESF e 68,2% na UBS sem ESF). Neste estudo, os autores concluíram que, independentemente do modelo de trabalho adotado na UBS, quando um vínculo positivo é estabelecido na relação singular entre profissional e usuário, há reconhecimento das unidades como referência para cuidados em relação às necessidades em saúde.

Em relação à comparação entre as duas equipes do presente estudo, a clínica cirúrgica apresentou média de carga horária semanal superior à da equipe de onco-hematologia. Esta diferença pode ser explicada em função do modelo distinto de trabalho das duas equipes: a equipe de clínica cirúrgica atua prioritariamente a nível de avaliações ambulatoriais diagnósticas e pré-operatórias, internações para realização de procedimentos cirúrgicos e seguimentos ambulatoriais enquanto o paciente necessitar deste acompanhamento. Após avaliação, o paciente é contra-referenciado para serviço especializado de acompanhamento oncológico ou para a rede primária de atenção à saúde de seu território. Por sua vez, a equipe de onco-hematologia atua através de linha do cuidado, que é uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao paciente (e seus familiares), centrada em seu campo de necessidades, para garantir o cuidado utilizando recursos e insumos de diversas características tecnológicas (Malta & Merhy, 2010).

O trabalho em um modelo de linha de cuidado pressupõe uma organização da atenção em saúde que tenha como referência um modelo de integralidade das práticas cuidadoras, que respondam à uma concepção de saúde para além do tratamento das doenças e que incluam os usuários em uma rede de práticas cuidadoras e afirmação da vida. A linha de cuidado deve ter como objetivo construir respostas às possíveis dores, angústias e aflições, sofrimentos e problemas que chegam aos serviços de saúde. Estas respostas não consistem apenas em procedimentos e consultas, mas também devem produzir uma sensação de cuidado e autonomia em cada usuário (Ceccim & Ferla, 2006).

Segundo Malta e Merhy (2010) neste modelo de trabalho de linha de cuidado a entrada do usuário acontece em qualquer ponto do serviço que opere a assistência (serviços de urgência, ambulatorios, internação hospitalar) e que haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. A partir da entrada do paciente, há uma série de possibilidades, desde serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros. A intervenção deve ser

realizada desde a prevenção até a reabilitação em saúde, pela mesma equipe (com o apoio das demais), até que a demanda que motivou a procura do paciente pelo serviço de saúde seja solucionada.

Para Feuerweker (2014), estas redes pressupõem vínculo, continuidade e resolutividade e remetem à integralidade de cuidado nas necessidades de saúde do usuário. As linhas de cuidado devem ser construídas coletivamente e podem auxiliar na ampliação da responsabilização (da equipe e do usuário) e melhor garantir seu acesso. Destaca-se, ainda, que, frente ao quadro de transição epidemiológica e demográfica atual no país e no mundo, com a predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a ampliação da população de idosos, cresce a demanda por agregação de tecnologias e mudança do modelo de atuação para um modelo que priorize os atos cuidadores e a autonomia dos sujeitos (Malta & Merhy, 2010).

Para melhor compreensão sobre o vínculo nos contextos de saúde, Gomes e Pinheiro (2005) ressaltam ainda que tipos de vínculos específicos entre um conjunto determinado de pessoas pode ser usado para interpretar o comportamento social dos sujeitos envolvidos, por meio das relações sociais. Pensar em como as relações sociais entre pacientes oncológicos e profissionais de saúde de diferentes equipes acontecem envolve também compreender a estrutura social na qual as redes relacionais se realizam. Portanto, a diferença de contexto entre as duas equipes gera possibilidades diferentes de cuidado ao paciente; logo, de modelos de trabalho. Os profissionais da clínica cirúrgica atuam em maior frequência que os da onco-hematologia, em mais de um local de trabalho (outra instituição pública, instituição privada ou como autônomo). Levanta-se, como hipótese, que esta diferença seja resultado dos distintos modelos de intervenção entre clínica cirúrgica e clínica médica. A primeira atua com enfoque de investigação e diagnóstico para intervenções cirúrgicas, em que normalmente o paciente permanece hospitalizado por um período curto de tempo. Já as intervenções em clínica médica

costumam demandar tratamentos mais longos e que precisam ser monitorados por um período maior de tempo, à níveis ambulatoriais. Logo, a atuação em clínica cirúrgica viabiliza o trabalho em contextos mais variados, como a possibilidade de realização de plantões em diversos hospitais.

Ainda na comparação das equipes, a média da percepção de vínculo equipe de onco-hematologia foi superior à da equipe de clínica cirúrgica em ambas as medidas; sendo que o vínculo dos profissionais da onco-hematologia com pacientes oncológicos foi percebido como terapêutico, enquanto dos profissionais da clínica cirúrgica foi percebido como intermediário entre o vínculo normativo e o terapêutico. O vínculo normativo (tipo 2) foi descrito pelo instrumento através de comportamentos e atitudes como “em função da organização do meu trabalho, tenho pouco tempo para esclarecer dúvidas dos pacientes, mas estou aberto a este diálogo, mantendo postura empática”, “durante o meu trabalho, com frequência penso que deveria conhecer com mais profundidade as histórias de vida dos pacientes”, “em momentos que eu estou sobrecarregado no trabalho, outros profissionais me auxiliam e prestam cuidados aos meus pacientes”, “trato os pacientes e familiares de forma profissional, pois tenho medo de que trata-los de forma afetiva possa me sobrecarregar”, entre outras.

O termo vínculo normativo foi utilizado para representar as relações entre profissional de saúde e paciente em que o profissional possui pouco tempo para esclarecimento de dúvidas dos pacientes e seus familiares, quando há rotatividade de profissionais no caso ou quando a tomada de decisão sobre o tratamento do paciente é unilateral e não construída em conjunto. Apesar de existir postura empática, há pouco envolvimento entre as partes, com um acompanhamento mais pontual ao processo de adoecimento do paciente., o que pode ser resultado dos recursos de enfrentamento do profissional ao contexto de trabalho. O vínculo é abordado por Cano (2017) enquanto uma conduta do relacionamento médico-paciente que pode ser caracterizadas pelos profissionais de forma dicotômica, enquanto promotor e dificultadores

do cuidado ao paciente. Por um lado, uma vinculação mais terapêutica pode favorecer a prática do profissional pelo elo de empatia e de afeição; mas, por outro, quando caracterizado como normativo, pode dificultar o acesso do paciente a equipe ou levar os profissionais ao sofrimento, quando há um superenvolvimento emocional entre a equipe e o paciente.

O vínculo normativo também pode ser entendido como uma relação em que o usuário deposita a responsabilidade no profissional de saúde, de tal modo que somente o profissional poderia resolver os problemas enfrentados, por ser detentor do saber em saúde. Este processo é constante e retroalimentado entre as partes (Garcia Júnior, 2017).

Além de perceberem seu vínculo como mais normativo, os profissionais da clínica cirúrgica também percebem o vínculo ideal mais aproximado ao vínculo tipo 2 (vínculo normativo) do que os profissionais da onco-hematologia, que percebem o vínculo ideal mais próximo do tipo 3 (vínculo terapêutico). Logo, conclui-se que cada equipe está prestando cuidado ao paciente oncológico de forma congruente com sua percepção de vínculo ideal. Pelos resultados, a equipe de onco-hematologia apresentou vínculos considerados favoráveis ao cuidado prestado ao paciente, enquanto a equipe de clínica cirúrgica apresentou vínculo considerado regular ao cuidado do paciente. Observa-se, ainda, que a diferença entre a percepção do vínculo nas duas equipes não está relacionada à frequência de atuação com pacientes oncológicos, pois as duas equipes possuem frequências de atuação próximas.

Para Coelho e Jorge (2009) o atendimento humanizado em saúde é realizado por meio dos dispositivos referentes às tecnologias das relações, sendo o vínculo um dos pontos principais deste processo. As autoras citam que, enquanto recursos tecnológicos, o acesso, o acolhimento e o vínculo promovem ações em saúde mais acolhedoras, ágeis e resolutivas. O vínculo terapêutico como tecnologia leve das relações entre profissional e usuário, parte do princípio de que os profissionais deverão se responsabilizar pelos seus pacientes, através de uma interação geradora de laços. Em consonância, Jorge et al. (2011) referem que os vínculos

terapêuticos, enquanto tecnologias leves do cuidado, possibilitam formas efetivas e criativas de manifestação da subjetividade do outro nos atendimentos em saúde. Ainda, Silva Júnior e Mascarenhas (2008) ressaltam que, além de terapêutico, o vínculo também precisa ser afetivo e contínuo. A dimensão terapêutica do vínculo entre profissional e paciente remete ao desenvolvimento de sentimento de confiança no cuidado prestado. A dimensão afetiva destaca o interesse genuíno do profissional na questão de saúde do paciente, enquanto sujeito, para poder considera-lo em sua complexidade. Já a continuidade do processo terapêutico é apontada como fortalecedora do vínculo e do mútuo sentimento de confiança entre profissional e paciente.

Por fim, a variável estresse ocupacional também foi analisada no presente estudo em função da alta carga emocional exigida pelo trabalho com pacientes oncológicos. Dados da literatura apontam para níveis moderados a graves de estresse por parte das equipes de saúde que atuam em diversos setores do contexto hospitalar (Ferro & Cavalcanti, 2015; Ribeiro et al., 2018). O estudo de Ribeiro et al. (2018) constatou que a maioria dos trabalhadores de saúde de um hospital estava exposta a níveis intermediários e altos de estresse ocupacional em função da rotina do ambiente hospitalar estar marcada pela tensão cotidiana, cargas de trabalho altas, condições de trabalho insalubres e a necessidade de contato diário com pacientes graves.

Na mesma direção, Ferro e Cavalcanti (2015) destacaram que os trabalhadores que atuam em ambientes hospitalares estão expostos às consequências negativas de atividades de alto desgaste, e quase metade dos profissionais avaliados pelo seu estudo (47,5%) possuía alto risco de desenvolvimento de enfermidades relacionadas ao estresse ocupacional. Tal nível de estresse foi atribuído às particularidades deste contexto laboral, que além de rotinas rígidas institucionais, também pressupõe que o trabalhador mantenha rotina de contato diário com experiências intensas de sofrimento e morte.

Os achados do presente estudo corroboram com os resultados encontrados por outros autores, já que ambos os grupos apresentaram nível moderado de estresse, o que pode ser resultado da homogeneidade buscada com o pareamento por profissão nas duas equipes e com a semelhança das condições de trabalho, em função das duas equipes atuarem no mesmo hospital, e assim, estarem imersas nas particularidades da cultura organizacional do hospital pesquisado. Os hospitais podem ser considerados organizações configuradas a partir de interações sociais, sistemas culturais, simbólicos e imaginários, com sistemas de valores e normas próprias que orientam seus membros. Neste sentido, a cultura organizacional é compreendida como compartilhamento de uma realidade na instituição, configurando uma identidade coletiva (Rocha, Marziale, Carvalho, Cardeal, & Campos, 2014; Vegro, Rocha, Camelo, & Garcia, 2016).

Considerações finais

Em função da escassez de estudos sobre vínculo entre profissionais de saúde e pacientes, principalmente no que se refere à atenção terciária e alta complexidade dos serviços de saúde, este estudo buscou verificar possível relação entre variáveis sociodemográficas e laborais, percepção de vínculo e de vínculo ideal e estresse laboral de profissionais que atuam em hospital. Os resultados mostraram correlação entre as variáveis relacionadas ao vínculo e diferença nessa variável entre as equipes estudadas, indicando a relevância do vínculo enquanto tecnologia leve para os cuidados em saúde. No entanto, os problemas que envolvem a temática estudada não se esgotam nesta pesquisa, pois são fenômenos complexos que merecem investigações utilizando diferentes delineamentos.

Uma limitação do presente estudo foi o uso de instrumento de autorrelato, pois este tipo de ferramenta fica susceptível a respostas de deseabilidade social. Para futuros estudos investigando vínculo e estresse sugere-se uso de medidas mistas, que mesclam autorrelato com observação ou com medidas biológicas como condutância da pele ou monitoramento do

batimento cardíaco. Também sugere-se a comparação entre equipes de diferentes instituições e a ampliação do trabalho para outras equipes, como a de cuidados paliativos. Além disso, é possível propor estudos mistos, que através de pesquisas qualitativas investiguem a percepção dos participantes e investigações que comparem a percepção de vínculo por parte da equipe de saúde com a percepção dos pacientes também devem ser encorajadas.

Ao abordar a perspectiva de um vínculo mais normativo (ou menos favorável ao cuidado integral em saúde) entre paciente e equipe, não se nega a existência de obstáculos concretos na construção e efetivação do SUS e de suas políticas, como a integralidade de atenção e o acesso universal. No entanto, nota-se um movimento de reorganização dos serviços de saúde para as tecnologias leve e leve-duras, como o acolhimento e o vínculo para o avanço do SUS, a fim de promover respostas mais consistentes aos problemas de saúde e sofrimento da população, com o devido cuidado para que o atendimento em saúde não seja uma redução ao corpo biológico. A integralidade busca reconhecer, além das queixas mais explícitas, as demandas em saúde e necessidades dos usuários. Logo, é imprescindível o (re)conhecimento da realidade e da singularidade de cada ser, para que seja estabelecido o vínculo como tecnologia de cuidado em saúde.

A partir dos achados sobre as diferenças na percepção de vínculo das equipes analisadas, novos questionamentos surgem, tais como: de que forma se pode promover vínculos favoráveis ao cuidado integral em saúde, em consonância com as diretrizes do SUS? Quais os desafios para implementação do vínculo, enquanto tecnologia leve do cuidado? Como os modelos de trabalho e contextos distintos de saúde modelam as percepções de vínculo das diferentes equipes? Futuros estudos ainda são necessários para que respostas a essas questões possam auxiliar na prática da saúde pública brasileira.

Referências

- Barbosa, M. I. S., & Bosi, M. L. M. (2017). Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1003-1022. Doi: 10.1590/s01-0373312017000400008
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde do Brasil. (2009). *Redes de Produção de Saúde* (Série B. Textos Básicos de Saúde, 1ª edição). Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redesproducaosaude.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde do Brasil, Departamento de Atenção Básica. (2010). Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool Pcatool - Brasil (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
- Brasil, Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. (2011). Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (Série B. Textos Básicos de Saúde). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes-_enfrent_dcnt_2011.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde do Brasil, Departamento de Atenção Básica. (2012). Política Nacional de Atenção Básica (Série E. Legislação em Saúde, 1ª edição). Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes-/geral/pnab.pdf>
- Brunello, M. E. F., Ponce, M. A. Z., Assis, E. G., Andrade R. L. P., Scatena, L. M., Palha, P. F., & Villa T. C. S. (2010). O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 131-135. Doi: 10.1590/S0103-21002010000100021

- Cano, D. S., & Moré, C. L. O. O. (2017). Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Médicos Oncologistas Clínicos. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 32(3). Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/18230>
- Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde* (pp. 165-184). Rio de Janeiro: Editora da ABRASCO.
- Coelho, M. O. & Jorge, M. S. B. (2009). Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Suppl. 1), 1523-1531. Doi: 10.1590/S1413-81232009000800026
- Ferro, S. S. V., & Cavalcanti, F. A. T. C. (2015). Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900-915. Doi: 10.1590/1982-370300452014
- Feuerweker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Frank, B. R. B., Viera, C. S., Ross, C., Obregón, P. L. & Toso, B. R. G.O. (2015). Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 39(105), 400-410. Doi: 10.1590/0103-110420151050002008
- Furlan, M. C. R., Junior, A. G. S., & Marcon, S. S. (2017). O vínculo com o profissional de saúde no tratamento de tuberculose: percepção dos usuários. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7(e1934). Doi: 10.19175/recom.v7i0.1934
- Garcia Júnior, C. A. S. (2017) *Produção de vínculos: a relação entre médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde a partir do Programa “Mais Médicos”* [recurso

- eletrônico]/ Carlos Alberto Severo Garcia Jr.– (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). 1.ed. – Porto Alegre : *Rede UNIDA*.
- Gil, A. C. (2010). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6 ed. São Paulo: *Atlas*.
- Gomes, M. C. P. A., & Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 287-301. Doi: 10.1590/S1414-32832005000200006
- Hauser, L., Castro R. C. L., Vigo A., Trindade T. G., Gonçalves M. R., Stein A. T., Duncan B. B. & Harzheim, E. (2013). Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(29). Doi: 10.5712/rbmfc8(29)821
- Ilha, S., Dias, M. V., Backes, D. S. & Backes, M. T. S. (2014). Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia de saúde da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(3), 556-562. Doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i3.19661
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Souza, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3060. Doi: 10.1590/S1413-81232011000800005
- Machado, M. H., Vieira, A. L. S., & Oliveira, E. (2012). Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 3(3), 119-122. Doi: .21675/2357-707X.2012.v3.n3.294
- Malta, D. C., & Merhy, E. E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 593-606. Doi: 10.1590/S1414-32832010005000010
- Martins, J. S., Abreu, S. C. C., Quevedo, M. P., & Bourget, M. M. M. (2016). Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio

- do PCATool. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(38), 1-13.
Doi: 10.5712/rbmfc11(38)1252
- Matarazzo, H. (2016). 2029: Ano em que o Câncer será a Primeira Causa de Morte no Brasil. In: *Observatório de Oncologia*. Departamento de Ensino e Pesquisa. ABRALE. TJCC.
- Matos I. B., Toassi R. F. C., & Oliveira F. C. (2013). Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. *Athenea Digital*, 13(2), 239-244.
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 237-248.
- Moreira, I. J. B., Horta, J. A., Duro L. N., Borges D. T., Cristofari A. B., Chaves J., ... Teixeira R. M. (2016). Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(38).
Doi: 10.5712/rbmfc11(38)967.
- Oliveira, M. M., Malta, D. C. Guauche, H., Moura, L. & Silva, G. A. (2015) Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(Suppl. 2), 146-157. Doi: 10.1590/1980-5497201500060013
- Oliveira Santos, M. (2018). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 64(1), 119-120. Doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.115
- Paschoal, T. & Tamayo, Á. (2004). Validação da Escala de Estresse no Trabalho. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 45-5. Doi: 10.1590/S1413-294X2004000100006.
- Ponce, M. A. Z., Vendramini, S. H. F., Santos, M. R., Santos M. L. S. G. Scatena, L. M. & Vila, T. C. S. (2011). Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19(5), 1222-1229. Doi: 10.1590/S0104-11692011000500021

- Ribeiro, R. P., Marziale, M. H. P., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q. & Ribeiro, P. H. V. (2018) Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e65127. Doi:10.1590/1983-1447.2018.65127
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Rocha, F. L. R., Marziale, M. H. P., Carvalho, M. C., Cardeal, S. F., & Campos, M. C. T. (2014). A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 308-314. Doi: 10.1590/S0080-6234201400002000016
- Roth, G. A., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N. & Abdollahpour, I. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1736-1788. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7
- Santos, N. A. R., Santos, J., Silva, V. R. & Passos, J. P. (2017). Estresse ocupacional na assistência de cuidados paliativos em oncologia. *Cogitare Enfermagem*, (22)4: e50686. Doi: 10.5380/ce.v22i4.50686
- Silva Júnior, A. G., & Mascarenhas, M. M. (2008) Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Theobald, M. R., Santos, M. L. M., Andrade, S. M. O. & De-Carli, A. D. (2016). Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(4), 1249-1269. Doi: 10.1590/s0103-73312016000400010
- Wermelinger, M., Machado, M., Tavares, M. F. L., Oliveira, E. S., & Moysés, N. M. N. (2010). A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 45, 54-70.

Vegro, T. C., Rocha, F. R. L., Camelo, S. H. H., & Garcia, A. B. (2016). Cultura organizacional de um hospital privado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e49776.
Doi: 10.1590/1983-1447.2016.02.49776

Apêndice 1 -Questionário de Perfil Sociodemográfico e Laboral (QPSL)

1. Qual o seu sexo? () **Feminino** () **Masculino** () **Outro:** ____

2. Qual a sua idade? (em anos de vida completos): _____ **anos.**

3. Qual seu nível de escolaridade:

() **Técnico** () **Superior completo** () **Residência incompleta** () **Pós graduado**

4. Qual sua área de formação?

() **Técnico em enfermagem**

() **Medicina**

() **Enfermagem**

() **Nutrição**

() **Farmácia**

() **Odontologia**

() **Fisioterapia**

() **Psicologia**

() **Fonoaudiologia**

() **Serviço Social**

5. Você está formado há quanto tempo? Considere sua graduação/ensino técnico. (Ex: 5 anos e 4 meses) **Estou formado há _____ anos e _____ meses.**

6. Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? Considere anos e meses completos. (Ex: 5 anos e 4 meses) **Trabalho neste hospital há _____ anos e _____ meses.**

7. Qual sua área de atuação?

() **Unidade de clínica cirúrgica**

() **Onco-hematologia**

8. Qual seu tipo de vínculo e carga horária semanal de trabalho neste hospital?

() **Celestista - 30 horas**

() **Celetista - 40 horas**

-
- Estatutário - 30 horas**
- Estatutário - 40 horas**
- Bolsista (Residente) - 60 horas**
- Outro: _____ (preencha com regime e carga horária semanal)**
-

9. Você trabalha em outro local além deste hospital? **Sim** **Não**

Se respondeu "sim" na pergunta anterior, por favor especifique em que local trabalha e a carga horária deste local.

-
- Trabalho em instituição pública, por _____ horas semanais.**
- Trabalho em instituição privada, por _____ horas semanais.**
- Trabalho como autônomo (ex: consultório particular) por _____ horas semanais.**
- Outro: _____**
-

10. Com que frequência você trabalha com pacientes oncológicos?

-
- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> menos de 1 vez por semana | <input type="checkbox"/> de 2 a 4 vezes por semana |
| <input type="checkbox"/> 1 vez por semana | <input type="checkbox"/> diariamente |
-

11. Há quanto tempo você trabalha com pacientes oncológicos? Responda considerando anos completos: **Trabalho com pacientes oncológicos há _____ anos.**

Apêndice 2 - Questionário de Percepção dos Profissionais sobre o Vínculo com Pacientes Oncológicos (QPPVPO)

Instruções:

Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia do seu trabalho. Leia atentamente cada situação, e, ao finalizar a leitura, marque com um X a opção que melhor descreve a sua forma de cuidado aos os pacientes oncológicos. Por favor, marque apenas uma opção.

1. Entre os tipos de vínculo apresentados a seguir, qual destes representa melhor o seu tipo de vínculo na relação com os pacientes oncológicos aos quais você presta cuidado?

Vínculo tipo 1 ()	Busco conhecer o quadro clínico do paciente oncológico, suas comorbidades e histórico de adoecimento. Mantenho relacionamento profissional com o paciente e repasso todas informações necessárias para o paciente durante o seu atendimento. Prefiro permanecer em minha área de formação e, de forma geral, não discuto o caso com profissionais de outras áreas. Em função da carga de trabalho, geralmente não conheço os desejos do paciente sobre o seguimento do tratamento e também não tenho muita disponibilidade para conversar sobre as suas preocupações. As minhas decisões profissionais são tomadas com base em protocolos e não costumo flexibilizá-las. Ao longo do processo de tratamento, minha relação com pacientes geralmente permanece a mesma.
Vínculo tipo 2 ()	Em função da organização do meu trabalho, tenho pouco tempo para esclarecer dúvidas dos pacientes oncológicos, mas estou aberto a este diálogo, mantendo postura empática. Com frequência percebo que o

	<p>paciente possui dúvidas sobre o tratamento e acredito que quem decide sobre o tratamento é o paciente, já que o maior impacto será na vida dele. Ao longo do tratamento, passo a conhecer melhor meus pacientes, mas a minha forma de me relacionar com eles permanece similar, e durante o meu trabalho, com frequência penso que deveria conhecer com mais profundidade as histórias de vida dos pacientes. Em momentos que eu estou sobrecarregado no trabalho, outros profissionais me auxiliam e prestam cuidados aos meus pacientes. Quando percebo que o paciente possui demandas de outras áreas (como demandas psicológicas ou sociais), realizo encaminhamento para o profissional de referência. Trato os pacientes e familiares de forma profissional, pois tenho receio de que tratá-los de forma afetiva possa me sobrecarregar.</p>
<p>Vínculo tipo 3 ()</p>	<p>Conheço o contexto familiar e social dos meus pacientes oncológicos e costumo orientar pacientes e seus familiares sobre o tratamento e esclarecer todas suas as dúvidas. Apesar do tempo ser limitado, quando necessário flexibilizo o atendimento e direciono minha atenção aos casos que me demandam mais no momento. Ao longo do tratamento, percebo meus pacientes mais independentes. Sei o nome dos meus pacientes e de seus familiares, e os trato com afetividade. Algumas vezes fico mobilizado emocionalmente em função do meu trabalho, mas isto não impacta em outras áreas de minha vida (como relacionamentos sociais fora do trabalho). Quando percebo que o paciente ou seus familiares possuem demandas de outras áreas profissionais (como demandas psicológicas ou sociais), realizo</p>

	<p>discussão do caso com o profissional e busco saber sobre o seguimento do tratamento. Ao longo do tratamento, minha relação com meus pacientes e seus familiares costuma ficar mais próxima, e assim consigo compreender melhor quais são suas necessidades em cada momento.</p>
<p>Vínculo tipo 4 ()</p>	<p>Busco sempre estar disponível aos meus pacientes oncológicos e seus familiares, pois me sinto responsável pelo desenvolvimento do tratamento. Esclareço dúvidas de todos presentes. Em momentos fora do trabalho, costumo me preocupar com a evolução dos casos e busco informações com meus colegas para saber como meus pacientes estão. Percebo que meus pacientes possuem certa resistência quando precisam ser atendidos por outros profissionais quando não estou disponível. Quando isto acontece, costumam me procurar para tomada de decisões sobre o tratamento. No decorrer do tratamento, costumo conhecer bem meus pacientes e seus familiares, estabelecendo relação de grande proximidade, e, por isso, alguns pacientes conhecem aspectos da minha vida pessoal (como bairro aonde moro, meu contato telefônico pessoal, minha organização familiar). Se algo no tratamento indicado por mim não evolui de acordo com o previsto, me percebo angustiado e isso interfere de forma negativa em outras esferas da minha vida pessoal.</p>

2. Entre os tipos de vínculo apresentados acima seguir, qual destes você considera o ideal no cuidado aos pacientes oncológicos?

() Vínculo tipo 1 () Vínculo tipo 2 () Vínculo tipo 3 () Vínculo tipo 4

Apêndice 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Percepção de vínculo e estresse ocupacional de profissionais de saúde que atuam no cuidado de pacientes oncológicos” a ser conduzida pela pós graduanda Klara Zoz de Souza, sob responsabilidade da Prof^a Dr^a Fernanda Machado Lopes, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O **objetivo** desta pesquisa é conhecer a percepção de vínculo e o nível do estresse ocupacional dos profissionais de saúde que atuam no cuidado de pacientes oncológicos em um hospital geral. Você, profissional de saúde de um hospital geral, está sendo convidado a participar desta pesquisa que será **desenvolvida** através da aplicação de quatro escalas. A primeira escala é o Questionário de Perfil Sociodemográfico e Laboral, que investigará questões como profissão, tempo de formação, regime de trabalho através de 11 itens. A segunda escala é a Primary Care Assessment Tool (PCATool- Brasil) que conta com 13 itens sobre a percepção de vínculo do trabalhador de saúde com os usuários. O terceiro instrumento é o Questionário

de Percepção dos Profissionais sobre o Vínculo com Pacientes Oncológicos (QPPVPO), composta por 2 questões sobre a percepção do profissional de saúde sobre vínculo com pacientes oncológicos. Por fim, será aplicada a Escala de Estresse no Trabalho (EET), de 26 itens sobre estresse ocupacional. O tempo aproximado para resposta da pesquisa é de 10-15 minutos.

Todas as informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico, os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área da psicologia e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, **sem revelar seu nome**, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Participar desta pesquisa poderá oferecer **riscos mínimos** a você referentes a possíveis constrangimentos, desconfortos ou cansaço ao responder às questões. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação em qualquer momento sem nenhum problema e a pesquisadora (que é psicóloga) estará apta a oferecer atendimento psicológico gratuito ou lhe encaminhará para acolhimento psicológico com a pesquisadora responsável (também psicóloga) ou ao Serviço de Atenção em Psicologia da UFSC (SAPSI/UFSC), caso você manifeste desejo

Outro risco é a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, pendrive). Os seus dados serão utilizados apenas para essa pesquisa e ficarão armazenados por cinco anos, em sala e armário chaveados, de posse da pesquisadora responsável, sendo descartadas (deletados e incinerados) posteriormente. Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Você não receberá dinheiro e nem terá despesas pessoais ao participar dessa pesquisa. Porém, caso você venha a

ter qualquer custo financeiro decorrente da pesquisa, você terá direito a **ressarcimento**; e caso você venha a ter qualquer prejuízo ou dano em decorrência da pesquisa, você terá direito à **indenização**. Por outro lado, os **benefícios** desta pesquisa a curto prazo se relacionam à reflexão sobre o tema e a médio e longo prazo há possibilidade de que estes dados sejam utilizados para planejamento de estratégias humanização ao cuidado de pacientes oncológicos e de promoção e manutenção de saúde do trabalhador.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Caso você queira maiores explicações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a **pesquisadora** Prof^ª Dra. Fernanda Machado Lopes, **responsável** por este estudo, através do telefone: (48) 3721-9283; do e-mail femlopes23@gmail.com ou pessoalmente no endereço Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Rua Engenheiro Agrônomo Andrey Cristian Ferreira, 240, Carvoeira, Florianópolis - SC, 88036-020, sala 10B do Departamento de Psicologia, no Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFSC. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o **Comitê de Ética** em Pesquisa em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094; e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pessoalmente na rua Desembargador Vítor Lima, n° 222, 4° andar, sala 401, bairro Trindade. O **comitê de ética** é um órgão colegiado interdisciplinar, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Declaração de consentimento

Eu, _____, RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada “Percepção de vínculo e estresse ocupacional de profissionais de saúde que atuam no cuidado de pacientes oncológicos”.

Estou ciente que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora responsável.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Assinatura do voluntário

Data

Assinatura da pesquisadora responsável pelo estudo

Data

Fernanda Machado Lopes

Observação: O presente documento foi elaborado com base no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (resolução 466/12), será assinado em suas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante voluntário da pesquisa e outra com o pesquisador responsável

Anexo 1 – PCATool Brasil – Versão profissionais. Avaliação de longitudinalidade.

PCATool – Brasil versão profissionais

B – Longitudinalidade

Instruções:

Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia do seu trabalho. Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas.

Por favor, indique a melhor opção	Não sei/ não se aplica	Nunca	Quase nunca	As vezes	Quase sempre	Sempre
1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2- Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
3- Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
4- Se os pacientes tem uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
5- Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre suas preocupações ou problemas?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

6- Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
7- Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com problemas de saúde?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
8- Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
9- Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
10- Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
11- Você sabe qual é o trabalho ou emprego de cada paciente?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
12- Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
13- Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

Anexo 2 – Escala de Estresse no Trabalho (EET)

Instruções: Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia do seu trabalho. Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Para cada item, marque com um X o número que melhor corresponde à sua resposta.

Ao marcar o número 1, você indica discordar totalmente da afirmativa. Assinalando o número 5, você indica concordar totalmente com a afirmativa. Observe que quanto menor o número, mais você discorda da afirmativa e quanto maior o número, mais você concorda com a afirmativa.

Afirmativas	Discordo			Concordo	
	Totalmente			Totalment	e
1. A forma como as tarefas tem sido distribuídas na minha área tem me deixado nervoso	1	2	3	4	5
2. O tipo de controle existente no meu trabalho me irrita	1	2	3	4	5
3. A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	1	2	3	4	5
4. tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre meu trabalho	1	2	3	4	5
5. Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões do serviço	1	2	3	4	5

6. Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	1	2	3	4	5
7. A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho me deixa irritado	1	2	3	4	5
8. Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho	1	2	3	4	5
9. Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade	1	2	3	4	5
10. Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	1	2	3	4	5
11. Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	1	2	3	4	5
12. Fico irritado com a discriminação/ favoritismo no meu ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
13. Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	1	2	3	4	5
14. Fico de mau humor por me sentir isolado no trabalho	1	2	3	4	5
15. Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	1	2	3	4	5
16. As poucas perspectivas de crescimento na carreira tem me deixado angustiado	1	2	3	4	5
17. Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	1	2	3	4	5
18. A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	1	2	3	4	5

19. A falta de compreensão sobre quais são as minhas responsabilidades neste trabalho tem me causado irritação	1	2	3	4	5
20. Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	1	2	3	4	5
21. Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas	1	2	3	4	5
22. O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso	1	2	3	4	5
23. Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes	1	2	3	4	5