

SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NOS ENFERMEIROS PRESTADORES DE CUIDADOS A DOENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS

(2007)

Ana Maria Lopes Ferreira

Enfermeira no serviço de Hematologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Email:

susanaramos@fcdef.uc.pt

RESUMO

A Enfermagem é, desde sempre, considerada uma profissão desgastante, tanto física como psicologicamente; tal facto resulta de um contacto contínuo com situações complexas e problemáticas, como é o caso das doenças hemato-oncológicas. Os profissionais de Enfermagem, no desempenho das suas funções, partilham com doentes e familiares momentos de medo, de angústia, de ansiedade, de incerteza e de sofrimento. Ao constatararmos esta realidade, preocupamo-nos saber até que ponto estes acontecimentos afectam, ou não, o bem-estar psicológico destes Enfermeiros, surgindo-nos, ainda, a curiosidade de tentar identificar algumas capacidades intrínsecas, que lhes permitem lidar com estas situações.

Palavras-chave: enfermagem, enfermeiros, bem-estar psicológico, Sentido Interno de Coerência, hemato-oncológico

INTRODUÇÃO

O Bem-Estar Psicológico (BEP) traduz a avaliação subjectiva que os indivíduos fazem das suas vidas, incluindo conceitos como a satisfação com a vida, a felicidade, as emoções agradáveis, os sentimentos de realização pessoal e de satisfação com o trabalho e a qualidade de vida, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis. Deste modo, representa a avaliação acerca das suas vidas, naquele momento e ao longo da vida, não significando

propriamente saúde psicológica, mas reflectindo um aspecto de bem-estar necessário (Diener & Scollon, 2003; Albuquerque & Tróccoli, 2004).

O conceito “Sentido de Coerência” (SCO), do inglês *sense of coherence* (SCO), foi definido por Antonovsky, em 1987, constituindo uma proposta inovadora no campo da identificação e da especificação das características do indivíduo facilitadoras de uma estratégia, que se adapta na resolução de problemas e gestão do *stress* da vida, desempenhando uma acção promotora da saúde mental e da qualidade de vida.

Propusemo-nos, então, realizar um estudo, que teve como objectivo identificar o Sentido Interno de Coerência e o Bem-Estar Psicológico dos Enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, recorrendo ao método descritivo-correlacional, enquadrado no domínio da investigação descritiva, que permite descrever algumas características dos Enfermeiros, procurando analisar a sua relação com o seu Sentido Interno de Coerência e o seu Bem-Estar Psicológico.

A amostra é constituída por cinco serviços existentes nos Hospitais da Universidade de Coimbra, onde foram administrados os questionários, no período de 13 de Maio a 12 de Junho de 2006. O questionário inclui: a Caracterização Sócio-demográfica, o Questionário de Orientação para Viver e a Escala de Bem-Estar Psicológico.

Fizeram parte da amostra os serviços de Hematologia; a Unidade de Imunossupressão; a Consulta Externa de Hematologia; o Hospital de Dia de Oncologia e Radioterapia, pois são estes os serviços onde se prestam cuidados a estes doentes.

Estabelecemos como objectivos específicos do estudo:

- Verificar se as características sócio-demográficas dos Enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos se relacionam com o seu Sentido Interno de Coerência;
- Verificar se as características sócio-demográficas dos Enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos se relacionam com o seu Bem-Estar Psicológico;
- Analisar se existe relação entre o Sentido Interno de Coerência e o Bem-Estar Psicológico dos Enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes: o enquadramento teórico e a contribuição pessoal. A primeira parte inclui: organizações de saúde; atitude dos Enfermeiros face ao doente terminal e sua família; doente hemato-oncológico; sentido de coerência e bem-

estar psicológico. A segunda parte descreve a investigação realizada, nomeadamente a caracterização da amostra, os instrumentos de medida utilizados, a apresentação dos resultados e as principais conclusões, terminando com a apresentação das referências bibliográficas.

1. ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

O conceito de organização é definido por Teixeira (1998, p.77), como “o processo de estabelecer relações entre as pessoas e os recursos disponíveis tendo em vista os objectivos que a empresa como um todo se propõe atingir”; ainda segundo o mesmo autor (1998, p.21), “qualquer organização é composta por duas ou mais pessoas, que interagem entre si, através de relações recíprocas para atingirem objectivos comuns”.

Actualmente, pode afirmar-se que todas as instituições têm uma vertente empresarial, inclusive os hospitais, como referem Kaluzny & Veney (1980), citados por Nunes (1994, p.12), quando afirmam que “as organizações de saúde, na sua essência, não se distinguem dos restantes tipos de organizações, na medida em que devem desenvolver mecanismos para lidar com cinco problemas básicos: a produção, a aquisição de recursos, a manutenção de um conjunto de valores e objectivos próprios, a adaptação às mudanças e gerir a sua globalidade”.

1.1. O Hospital como Organização

O hospital como organização, na opinião de Fachada (1991), citando Teixeira (1998, p.22), é um sistema aberto, sendo caracterizado por apresentar “muitíssimas entradas e saídas em relação ao ambiente, como por exemplo uma organização (ou conjunto de coisas que afecta e é afectado por factos externos ao próprio sistema)”, ou seja, como sistema aberto influencia e é influenciado pelos impactos do seu meio ambiente, externo e interno.

Fachada (1991) refere, ainda, que o hospital deverá dar resposta aos seus objectivos, ou seja, prestar cuidados que visem a promoção da saúde, contudo deverá, também, dar resposta às necessidades e aos interesses dos seus trabalhadores.

1.2. Cultura Organizacional

No caso específico de uma instituição hospitalar do foro oncológico, em que se verifica um impacto físico, psicológico e social muito forte, muitas vezes prolongado e doloroso, também a sua cultura tem que ser específica e adaptável, com o intuito de encarar o doente e a sua família de uma forma holística, auxiliando-os na resolução dos seus problemas.

Segundo Barreira (2002, p.17), “a cultura organizacional de um hospital oncológico influencia também os Enfermeiros, na medida em que estes necessitam de formação em patologia oncológica, meios de diagnóstico, tratamentos e relações interpessoais”.

Para que os Enfermeiros cuidem do outro, é necessário que o encarem como pessoa, incluída numa determinada cultura, caracterizada por crenças e valores, que podem ser diferentes dos seus.

1.3. Condições de Trabalho dos Enfermeiros

É inequívoca a relação entre as condições de trabalho e a realização profissional. Sabe-se que condições de trabalho não satisfatórias conduzem a uma não realização profissional, podendo afectar a produtividade, em termos qualitativos e quantitativos, provocando uma rotação excessiva do pessoal, conduzindo a um absentismo elevado.

Chiavenato (1983, p.49) refere que “no princípio do século já Taylor e os seus seguidores, preocupados apenas com a eficiência dos trabalhadores, verificaram que esta não dependia apenas do método de trabalho (...), mas também de um conjunto de condições de trabalho”, condições de trabalho que contribuíssem para o bem-estar dos indivíduos.

Estamos no século XXI e, na área da saúde, ainda existem serviços em que as condições não satisfazem as necessidades, quer dos profissionais, quer aos utentes.

2. ATITUDE DO ENFERMEIRO FACE AO DOENTE TERMINAL E SUA FAMÍLIA

Os profissionais de saúde sentem-se “desarmados” em face da angústia dos doentes em fase terminal, com os quais dificilmente estabelecem uma relação de ajuda, sentindo insegurança, impotência perante essa situação e, mesmo, uma grande revolta interior. Fica o medo de investir afectivamente, o medo de sofrer e, por vezes, é bem mais fácil deixar morrer do que ajudar a morrer.

Uma atenção muito especial requer a família deste indivíduo, mostrando-lhe disponibilidade e tentar compreender a sua revolta e agressividade manifestadas, por vezes, por um “grito de dor” e de desespero da sua incapacidade em ajudar a pessoa amada. Segundo Serrão & Nunes (1998, p.86) “Esta angústia familiar verifica-se também quando o seu familiar se encontra na Unidade de Cuidados Intensivos, não o podendo ver, tocar, sentir o seu cheiro, e o doente tem a sensação de solidão completa, (...) será que era mesmo necessário sedá-lo? Será que uma conversa não bastava para o acalmar? Pois, apesar de termos boa intenção temos que pensar o quanto este momento é importante para ele e que lhe vedamos o direito de usar as suas faculdades humanas e de gerir conscientemente os últimos momentos da sua vida”.

3. DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO

Estes doentes sofrem internamentos múltiplos e frequentes controlos em ambulatório, sendo imprescindível para os profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros que trabalham com eles, compreender estas doenças, assim como a sua evolução e tratamento, para melhor coadunar as suas intervenções de acordo com as necessidades do doente (Udina, 1996).

3.1. Doenças Hemato-Oncológicas

As doenças hemato-oncológicas fazem parte de um grupo de patologias malignas, que se manifestam pela proliferação incontrolada das células hematopoiéticas de uma determinada estirpe. Existem dois grandes tipos de síndromes hematoproliferativas: as síndromes mieloproliferativas e as linfoproliferativas. Estas últimas, por sua vez, podem dividir-se em agudos e crónicos (Udina, 1996).

3.1.1. LEUCEMIAS

Esta patologia caracteriza-se pela proliferação incontrolada de células imaturas (blastos) da hematopoiese que invadem a medula óssea e o sangue periférico, assim como outros órgãos e interferem na produção das células hematopoiéticas normais (Udina, 1996).

Segundo a autora anteriormente citada, a sua etiologia não é clara, conhecendo-se alguns dos factores predisponentes, nomeadamente anomalias genéticas, alterações do sistema imunológico, contactos com produtos químicos, radiações e determinados tipos de vírus.

A Leucemia pode apresentar-se como um processo patológico crónico ou agudo que, por sua vez, pode diferenciar-se em dois grupos:

- Linfocíticas, que afectam células linfóides;
- Não linfocíticas que afectam células mielóides.

Em qualquer dos casos, os sinais e os sintomas do doente e o seu prognóstico dependerão do tipo de células afectadas e do estadio em que encontra a doença.

3.1.2. LINFOMAS

O Linfoma é uma neoplasia maligna do sistema retículoendotelial, com proliferação de linfócitos histiocitários originados dos tecidos linfóides, não nos podendo esquecer que todos os linfócitos têm origem monoclonal (Fontelonga, 2001b).

Os Linfomas têm como forma de apresentação usual uma ou mais massas evidentes, denominadas de adenopatias, esplenomegália, hepatomegália, massa abdominal torácica, acompanhado, ou não, de sinais e sintomas gerais, sendo o seu diagnóstico histológico.

Os Linfomas são classificados em Linfomas de *Hodgkin* e Linfomas Não *Hodgkin*, pela presença, ou não, das células de *Reed-Sternberg*.

3.1.3. MIELOMA MÚLTIPLO (MM)

MM é uma neoplasia da medula óssea, em que a célula alterada é o plasmócito. Esta é uma célula terminal de diferenciação da linhagem dos linfócitos B, que tem a seu cargo a produção de proteínas especiais, as imunoglobulinas (anticorpos), desempenhando, estas, uma função vital na defesa do organismo contra agentes infecciosos externos (Fontelonga, 2001a; Pereira, 2005).

4. SENTIDO DE COERÊNCIA

O conceito “sentido de coerência” (SCO), do inglês *sense of coherence* (SCO), foi definido por Antonovsky, em 1987, constituindo uma proposta inovadora no campo da identificação e especificação das características do indivíduo facilitadoras de uma estratégia que se adapta na resolução de problemas e gestão do *stress* da vida, desempenhando uma acção promotora da saúde mental e da qualidade de vida.

4.1. Paradigma Salutogénico

Este paradigma emerge, progressivamente, como uma abordagem fundamental da área da saúde, focando-se na compreensão da saúde e da adaptação, contrariando o modelo patogénico vigente que se dedica exclusivamente a identificar e a explicar as origens da patologia, resultando do desenvolvimento simultâneo de vários construtos, que tentam explicar a relação entre os factores de *stress* e as variáveis que medeiam a adaptação. São exemplos o *locus* de controlo de Rotter, a robustez psicológica (*hardiness*) de Kobassa, a auto-estima de Crandall & Coopersmith, o optimismo de Sheier, o sentido de humor, a auto-eficácia e, mais recentemente, a resiliência (Nunes, 1994).

4.2. Conceptualização do Sentido de Coerência

Para Antonovsky (1998b), o SCO é conceptualizado como uma orientação global com a qual um indivíduo, com um contínuo e dinâmico sentimento de confiança, considera: (1) os estímulos do meio interno ou externo ao longo do curso de vida, como estruturados, preditíveis e explicáveis (capacidade de compreensão – *comprehensibility*); (2) que existem, ao seu alcance, recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (capacidade de gestão – *manageability*); e (3) que essas exigências constituem desafios merecedores de investimento e empenho do indivíduo (capacidade de investimento – *meaningfulness*).

4.3. Etiologia e Desenvolvimento do Sentido de Coerência

Para Antonovsky (1998a), cada indivíduo possui determinadas predisposições para ver o mundo como coerente e previsível, tal como acontece com outras características mais estáveis da personalidade. No entanto, a persistência e a qualidade das experiências, com que se vai confrontando ao longo da sua vida, vão estimular e desenvolver esse mesmo SCO.

4.4. Operacionalização do Sentido de Coerência

Antonovsky realizou 51 entrevistas a sujeitos que experienciaram acontecimentos de vida suficientemente *stressantes* e desorganizadores, nomeadamente grupos étnicos dos bairros pobres norte-americanos e vítimas do holocausto, mas que conseguiram ultrapassá-los de forma positiva. Ao tentar compreender como estes sujeitos viam a sua própria experiência de vida, desenvolveu várias centenas de itens abrangendo as três componentes do seu conceito (capacidade de compreensão, de gestão e de investimento) e a noção de recursos generalizados de resistência (Nunes, 1994).

Após a análise dos itens, Antonovsky construiu o “Questionário Orientação para Viver” (*Orientation to Life Questionnaire*), composto por 29 itens. Estes exprimem-se em 7 tipos de respostas sobre um diferencial semântico posicionado entre duas frases de referência; posteriormente, foi elaborada uma versão curta deste questionário, composto por apenas 13 itens.

4.5. Características Sócio-demográficas e o Sentido de Coerência

No que diz respeito ao **género**, Antonovsky (1998a) refere que os homens apresentam valores ligeiramente mais altos. Num estudo realizado por Nunes, em 1998, com uma amostra de 643 sujeitos, verificou-se que os homens apresentam valores de SCO ligeiramente superiores aos das mulheres.

Um outro estudo realizado por Nilsson *et al.* (2000), com 1719 sujeitos divididos em três grupos (indivíduos com problemas de estômago, indivíduos com várias patologias, tais como, hipertensão, enfarte cardíaco e diabetes e indivíduos saudáveis) revelou que os homens

apresentam valores superiores de SCO. Também Holmberg *et al.* (2004), num estudo com 1782 fazendeiros suecos, verificaram que os homens apresentam valores mais altos de SCO.

Todos estes estudos mostram-nos que os homens apresentam valores mais altos de SCO do que as mulheres.

Relativamente à **idade**, a teoria proposta por Antonovsky menciona que o SCO estabiliza por volta dos 30 anos. No entanto, em dois estudos referenciados por Holmberg *et al.* (2004), num deles o SCO aumenta com a idade (Larsson & Kallenberg, 1996) e, no outro, o SCO correlaciona-se negativamente com esta variável (Lundberg & Peck, 1994). O estudo realizado por Nilsson *et al.* (2000) revelou que os sujeitos com idade superior apresentavam valores mais elevados de SCO.

Como podemos verificar, embora a escassez de estudos nesta área, os resultados são divergentes quanto à relação entre a idade e o SCO.

Outra variável importante mencionada em vários estudos é a **estratificação social**. Um estudo realizado com 3949 sujeitos, com idades compreendidas entre os 25 e os 75 anos (Lundberg, 1994, referenciado por Nunes, 1994), revelou existir uma relação directa e significativa entre um baixo SCO e uma posição inferior na estratificação social. No estudo realizado por Nunes (1994), também o SCO apresentava uma relação directa com a estratificação social.

Assim, e mais uma vez dado o número reduzido de estudos encontrados, podemos afirmar que o SCO varia de forma directa com a estratificação social.

Em relação ao **nível educacional**, os vários estudos não apresentam concordância de resultados. Assim, os estudos realizados por Nilsson *et al.* (2000) e por Holmberg *et al.* (2004) referem não existir relação entre o nível educacional e o SCO. Por outro lado, os estudos realizados por Callahan & Pincus (1995), referenciados por Holmberg *et al.* (2004), com 828 sujeitos com artrite reumatóide, por Svartvik *et al.* (2000), com mulheres de meia-idade com dislipidemia e, por Richardson *et al.* (2001), referenciados por Holmberg *et al.* (2004), com 107 sujeitos diabéticos insulino-dependentes, apresentaram uma correlação positiva entre SCO e nível educacional.

Relativamente ao nível educacional, à semelhança do que acontecia com a idade, não há uma concordância nos resultados obtidos entre SCO e o nível educacional.

Por último, uma outra variável sócio-demográfica referenciada pelos estudos é o **status marital**. Segundo Nilsson *et al.* (2000), os sujeitos solteiros, divorciados ou viúvos apresentam valores baixos de SCO. No entanto, o estudo realizado por Svartvik *et al.* (2000) não revelou correlação entre o *status marital* e o SCO.

5. BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

O Bem-estar Psicológico (BEP) traduz a avaliação subjectiva que os indivíduos fazem das suas vidas, incluindo conceitos como a satisfação com a vida, a felicidade, as emoções agradáveis, os sentimentos de realização pessoal e de satisfação com o trabalho e a qualidade de vida, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis. Deste modo, representa a avaliação acerca das suas vidas, naquele momento e ao longo da vida, não significando propriamente saúde psicológica, mas reflectindo um aspecto de bem-estar necessário, mas não suficiente, para que estes considerem que estão bem na vida (Diener & Scollon, 2003; Albuquerque & Tróccoli, 2004). Sendo o bem-estar um conceito multidimensional, evidencia-se especialmente a dimensão afectiva e cognitiva: a primeira, representa a afectividade positiva e negativa, traduzindo a tendência para experienciar sentimentos e sensações agradáveis ou a disposição para experienciar sentimentos ou emoções desagradáveis; a dimensão cognitiva é representada pela satisfação com a vida, que resulta da avaliação global que as pessoas fazem das suas vidas, do seu passado e do seu desejo de mudar (Simões *et al.*, 2000).

5.1. Operacionalização do Bem-Estar Psicológico

O BEP é, então, definido como um conjunto diverso de características, de natureza cognitiva e afectiva, tais como: a avaliação positiva que cada indivíduo faz de si próprio e da sua vida; o sentimento de um contínuo desenvolvimento enquanto pessoa; a crença de que a vida é importante e significativa e que os objectivos e metas pessoais têm propósitos globais e unificadores do sentido de vida; a capacidade para gerir a vida própria e as exigências externas com eficácia; o sentido de autodeterminação e independência face às pressões exteriores. Este é um construto que reflecte os sentimentos de satisfação e felicidade consigo próprio, com as condições da vida sociais e relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro. Estas características estão englobadas em seis dimensões diferentes, constituindo seis sub-escalas, que são:

- Aceitação de si;
- Relações positivas com os outros;
- Autonomia;
- Domínio do ambiente;
- Sentido de vida;
- Crescimento pessoal.

5.2. Características Sócio-Demográficas e Bem-Estar Psicológico

No que diz respeito ao **género**, Ryff *et al.* (1995) refere existir uma diminuição do bem-estar das mulheres ao longo da vida, enquanto que os homens apresentam um aumento desde a idade de jovem-adultos até à meia-idade, verificando-se depois uma descida leve. As mulheres apresentam mais atitudes de felicidade e de satisfação do que os homens, no entanto experienciam mais emoções negativas, com tendência para não esquecerem más experiências passadas, tendo maior probabilidade de desenvolver distúrbios, ou seja, são globalmente mais felizes do que os homens, mas com mais apetência para sentimentos negativos (Diener & Scollon, 2003).

Quanto à **idade**, no estudo realizado por Omdahl & O'Donnell (1999), concluiu-se que os Enfermeiros que trabalham há mais tempo apresentam mais probabilidade de sofrer de *burnout* e exaustão do que os que têm menos tempo de serviço e que o número de anos de experiência está directamente relacionado com o desempenho profissional.

Uma outra variável sócio-demográfica referenciada pelos estudos é o **estado civil**. Para Argyle (1999), citado por Simões *et al.* (2003, p.8), “as pessoas casadas ou a viver juntas são, em média, mais felizes e gozam de mais saúde física e mental do que as que vivem sozinhas, são solteiras, viúvas, divorciadas ou separadas”. O estado civil de casado influencia o bem-estar, revelando-se que as mulheres são mais satisfeitas do que os homens; no caso de homens casados verifica-se que, à medida que os anos passam, experienciam menos afectos negativos e, no caso de serem solteiros, verifica-se uma estabilidade em níveis elevados (Simões *et al.*, 2000).

6. METODOLOGIA:

6.1. Caracterização da amostra

A nossa amostra é constituída por 43 Enfermeiros que trabalham com doentes hemato-oncológicos, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, no ano de 2006.

No que se refere ao género, a maioria dos respondentes pertence ao sexo feminino (n=38; 88,4%); relativamente à idade, esta varia entre os 23 e os 60 anos, com uma média de 33,6 anos e um desvio padrão de 9,981 anos.

6.2. Instrumentos de medida utilizados

Para a recolha dos dados, e com o intuito de irmos ao encontro do objectivo geral e dos objectivos específicos enunciados, utilizámos:

1. Questionário Sócio-Demográfico, que engloba a idade, o sexo, o estado civil, o número de filhos, a religião, as habilitações literárias, a categoria profissional, o vínculo institucional, o

número de anos na profissão, se o serviço onde exerce funções foi escolhido por si e o trabalho por turnos.

2. Questionário de Orientação para Viver (Antonovsky, 1987), composto por 29 itens, que se agrupam em 3 dimensões: capacidade de gestão (10 itens), capacidade de investimento (8 itens) e capacidade de compreensão (11 itens). As opções de resposta são de 1 a 7, sendo estes, respectivamente, os valores extremos.

3. Escala de Bem-estar Psicológico (Ryff, 1989; Ryff & Essex, 1992; Ryff & Keyes, 1995; Ryff *et al.*, 2004), constituída por 84 itens, que se agrupam em 6 dimensões, cada uma com 14 itens: relações positivas com os outros, autonomia, sentido de vida, aceitação pessoal, domínio do ambiente e crescimento pessoal. As opções de resposta são: completamente em desacordo, moderadamente em desacordo, ligeiramente em desacordo, ligeiramente de acordo, moderadamente de acordo e completamente de acordo.

7. PRINCIPAIS RESULTADOS OBTIDOS:

Dada a extensão dos questionários utilizados, não iremos trabalhar os questionários item por item, mas sim pelas dimensões encontradas pelos autores dos mesmos.

Assim, optámos por apresentar, para cada um dos questionários, tabelas de frequência tabelas de estatística descritiva e, finalmente, os valores de consistência interna, através do uso do *Alpha de Cronbach*, para cada uma das dimensões e também para o total do questionário e da escala.

7.1. Questionário de Orientação para Viver (QOV)

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Capacidade de Compreensão	43	33	70	49,21	8,259

Relativamente à “Capacidade de compreensão”, os valores nesta dimensão variam entre 33 e 70, com uma média de 49,21 e um desvio padrão de 8,259, sendo, ainda, de referir que a classe mais frequente é a que assume os valores entre [45-50[, com 16 respondentes (37,2%).

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
Capacidade de Gestão	43	34	68	51,60	7,582

No que diz respeito à “Capacidade de gestão”, os valores nesta dimensão variam entre 34 e 68, com uma média de 51,60 e um desvio padrão de 7,582, sendo a classe mais frequente a que assume as pontuações entre 50 inclusive e 54 exclusive, com 14 respondentes (32,5%).

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
Capacidade de Investimento	43	33	55	45,21	5,267

Quanto à “Capacidade de investimento”, os valores nesta dimensão variam entre 33 e 55, com uma média de 45,21 e um desvio padrão de 5,267, sendo a classe mais frequente a que assume as pontuações entre 40 inclusive e 44 exclusive, com 14 respondentes (32,6%).

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
QOV Total	43	109	188	146,02	17,985

No que se refere ao “QOV Total”, verificamos que os valores variam entre 109 e 188, com uma média de 146,02 e um desvio padrão de 17,985; a classe mais frequente é a que assume os valores de [140-150[, com 16 sujeitos (35%).

Quando calculámos os valores de *Alpha de Cronbach*, para avaliar a consistência interna de cada uma das dimensões, assim como do “QOV Total”, encontrámos valores superiores a 0,700 para cada uma das dimensões, sendo o valor total de 0,892. Estes valores indicam-nos que o instrumento de medida tem uma boa consistência.

7.2. Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
Relações Positivas Com os Outros	43	43	65	52,91	5,042

Na dimensão “Relações positivas com os outros”, verificamos que os valores variam entre 43 e 65, com uma média de 52,91 e um desvio padrão de 5,042, sendo a classe mais frequente a que assume as pontuações entre 49 inclusive e 51 exclusive, com 11 respondentes (25,6%).

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
Autonomia	43	40	67	52,70	5,570

Relativamente à dimensão “Autonomia”, os valores variam entre 40 e 67, com uma média de 52,70 e um desvio padrão de 5,570; a classe mais frequente é a que assume as pontuações entre 52 inclusive e 54 exclusive, com 13 respondentes (30,3%).

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
Sentido da Vida	43	43	64	50,60	5,270

No que diz respeito à dimensão “Sentido da vida”, podemos referir que os valores variam entre 43 e 64, com uma média de 50,60 e um desvio padrão de 5,270. A classe mais frequente é a que assume os valores de [49-51[, com 11 sujeitos (25,6%).

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
Aceitação Pessoal	43	44	63	52,37	4,348

Para a dimensão “Aceitação pessoal”, os valores variam entre 44 e 63, com uma média de 52,37 e um desvio padrão de 4,348, sendo a classe mais frequente a que assume as pontuações entre 49 inclusive e 51 exclusive, com 15 respondentes (35,0%).

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
Domínio do Ambiente	42	44	69	55,45	4,554

Relativamente à dimensão “Domínio do ambiente”, os valores variam entre 44 e 69, com uma média de 55,45 e um desvio padrão de 4,554; a classe mais frequente é a que assume as pontuações entre 55 inclusive e 57 exclusive, com 16 respondentes (37,2%).

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
Crescimento Pessoal	43	44	67	57,56	4,667

Para a dimensão “Crescimento pessoal”, verificamos que os valores variam entre 44 e 67, com uma média de 57,56 e um desvio padrão de 4,667, sendo a classe mais frequente a que assume os valores entre [55-57], com 12 respondentes (28%).

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
EBEP Total	42	292	395	322,33	18,569

No que se refere à “EBEP Total”, podemos referir que os valores variam entre 292 e 395, com uma média de 322,33 e um desvio padrão de 18,569; a classe mais frequente é a que assume os valores de [310-316], com 11 respondentes (25,6%).

Quando calculámos os valores de *Alpha* de *Cronbach*, para a avaliar a consistência interna de cada uma das dimensões, assim como da “EBEP Total”, encontrámos para esta última o valor de 0,700; relativamente a cada uma das dimensões da EBEP, os valores encontrados são bastante mais baixos; no entanto, no seu total, podemos afirmar que esta escala tem uma boa consistência.

Seguidamente, foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as dimensões do QOV e as dimensões da EBEP; na tabela seguinte apresentamos aquelas em que houve uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), sendo de referir que todas elas são de sinal negativo.

	Capacidade de compreensão		Capacidade de gestão		Capacidade de investimento		QOV Total	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Relações positivas com os outros	-0,114	0,465	-0,333	0,029	-0,304	0,047	-0,282	0,067
Aceitação pessoal	-0,222	0,153	-0,367	0,015	-0,196	0,208	-0,314	0,040

Assim, verificamos que existe correlação estatisticamente significativa, entre as seguintes dimensões:

- “Relações positivas com os outros” e a dimensão “Capacidade de gestão” ($r = -0,333$; $p = 0,029$);
- “Relações positivas com os outros” e a dimensão “Capacidade de investimento” ($r = -0,304$; $p = 0,047$);
- “Aceitação pessoal” e a dimensão “Capacidade de gestão” ($r = -0,367$; $p = 0,015$);
- “Aceitação pessoal” e “QOV Total” ($r = -0,314$; $p = 0,040$).

Finalmente, e com o intuito de verificarmos a existência, ou não, de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sócio-demográficas e as dimensões do questionário e da escala utilizada, calculámos o Teste T de *Student* para grupos independentes e a Análise da Variância. Optámos por apresentar, na tabela seguinte, apenas as variáveis/dimensões onde se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

	Capacidade de compreensão	Capacidade de Gestão	Capacidade de investimento
Categoria profissional	ns $p=0,951$	ns $p=0,372$	sig $p=0,020$
Vínculo institucional	ns $p=0,699$	ns $p=0,591$	sig $p=0,038$

Conforme podemos observar, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a “Categoria profissional” e a “Capacidade de investimento” ($p=0,020$) e entre o “Vínculo institucional” e a “Capacidade de investimento” ($p=0,038$).

	RP	AU	SV	AP	DA	CP
Nº de anos na Profissão	ns $p=0,922$	sig $p=0,017$	ns $p=0,380$	ns $p=0,198$	ns $p=0,913$	ns $p=0,503$

Podemos observar que apenas se verifica diferença estatisticamente significativa entre o “Número de anos na profissão” e a “Autonomia” ($p=0,017$).

Quando calculámos o teste T de *Student* para verificar a existência, ou não, de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sócio-demográficas “Trabalho por turnos” e “Serviço onde exerce funções” e as dimensões do QOV e da EBEP, não foram encontradas diferenças.

8. CONCLUSÕES:

Tentar identificar o Sentido Interno de Coerência e o Bem-Estar Psicológico dos Enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos foi um importante desafio, uma vez que não são conhecidos estudos específicos sobre esta temática.

Considerando os resultados obtidos, e tendo em atenção os objectivos desta investigação, é possível concluir que:

- Existe diferença estatisticamente significativa entre a “Idade” e a Capacidade de gestão;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre a “Religião” e “Capacidade de compreensão”;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre a “Religião” e “Capacidade de gestão”;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre a “Religião” e o “QOV Total”;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre a “Categoria profissional” e a “Capacidade de investimento”;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre o “Vínculo institucional” e a “Capacidade de investimento”;
- Não existem diferenças estatisticamente significativas, entre o “Sexo”, o “Estado civil”, o “Número de filhos”, as “Habilitações literárias”, o “Número de anos na profissão”, o “Serviço onde exerce funções” e o “Trabalho por turnos” em relação às dimensões do “QOV” e do “QOV Total” (ou seja, no nosso estudo estas variáveis não influenciam o SCO);
- Existe diferença estatisticamente significativa entre o “Vínculo institucional” e o “Sentido de vida”;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre o “Número de anos na profissão” e o “Domínio do ambiente”;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre o “Número de anos na profissão” e o “Sentido de vida”;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre o “Número de anos na profissão” e a “EBEP Total”;
- Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a “Idade”, o “Sexo”, o “Estado civil”, o “Número de filhos”, a “Religião”, as “Habilitações literárias”, a “Categoria profissional”, o “Serviço onde exerce funções” e o “Trabalho por turnos” em relação às dimensões da “EBEP” e à “EBEP Total” (ou seja, no nosso estudo estas variáveis não influenciam o bem-estar psicológico);
- Existe correlação estatisticamente significativa entre a dimensão “Relações positivas com os outros” e a dimensão “Capacidade de gestão”;
- Existe correlação estatisticamente significativa entre a dimensão “Relações positivas com os outros” e a dimensão “Capacidade de investimento”;
- Existe correlação estatisticamente significativa entre a dimensão “Aceitação pessoal” e a dimensão “Capacidade de gestão”;

- Existe correlação estatisticamente significativa entre a dimensão “Aceitação pessoal” e o “QOV Total”;
- Todos os restantes cálculos, relativos aos coeficientes de correlação, mostram-nos que não há relações estatisticamente significativas entre as dimensões não referidas do “QOV” e o “QOV Total” e as dimensões não referidas da “EBEP” e da “EBEP Total”.

BIBLIOGRAFIA:

- Albuquerque, A.S.; & Tróccoli, B.T. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1998a). The sense of coherence – An historical and future perspective. In H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson; & J.E. Fromer (Ed.), *Stress, coping and health in families – Sense of coherence and resiliency* (3-20). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Antonovsky, A. (1998b). The structure and properties of the sense of coherence scale. In H. I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson; & J.E. Fromer (Ed.), *Stress, coping and health in families – Sense of coherence and resiliency* (21-40). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Barreira, E. (2002). A cultura organizacional do hospital oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 22, 17-25.
- Chiavenato, I. (1983). *Introdução à teoria geral da administração* (3ªed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Diener, E.; & Scollon, C. (2003). Subjective well-being is desirable, but not the summum bonum. *Paper to be delivered at the University of Minnesota Interdisciplinary Workshop on Well-Being*, 1-20.
- Fachada, M.O. (1991). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Rumo.
- Fontelona, A. (2001a, Maio 8). *Mieloma múltiplo*. Retirado em Fevereiro 25, 2006, de <http://www.mni.pt/guia/?file=guia-artigo&cod=8>
- Fontelona, A. (2001b, Janeiro 24). *Linfomas: O que são?* Retirado em Fevereiro 25, 2006, de <http://www.mni.pt/revista/index.php?file=revista-artigo&cod=48>
- Holmberg, S.; Thelin, A.; & Stiernstrom, E. (2004). Relationship of sense of coherence to other psychosocial indices. *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4), 227-236.
- Nilsson, B.; Holmgren, L.; & Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden – Gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 14-20.

- Nunes, F. (1994). As organizações dos serviços de saúde: Alguns elementos distintivos. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3/4, 5-28.
- Nunes, L.Â.S. (1999). *O sentido de coerência*. Retirado em Março 7, 2003, de <http://www.angelfire.com/ok/sco/mestradotese.html>
- Omdahl, B.L.; & O'Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses, stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (6), 292-297.
- Pereira, A.M. (2005). *Mieloma múltiplo*. Sociedade Portuguesa de Hematologia.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C.D.; & Essex, M. (1992). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 144-171.
- Ryff, C.D.; & Keyes, C.L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-721.
- Ryff, C.D.; Singer, B. H.; & Love, G.D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *The Royal Society*, 359, 1383-1394.
- Serrão, D.; & Nunes, R. (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora.
- Simões, A.; Ferreira, J.A .G.; Lima, M.P.; Pinheiro M.R.M.; Vieira, C.M.C.; Matos, A.P. M.; & Oliveira, A.L. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV (2), 243-279.
- Simões, A.; Ferreira, J.A.G.A.; Lima, M.P.; Pinheiro, M.R.M.; Vieira, C.M.C.; & Oliveira, A.L. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, ano 37 (1), 5-30.
- Svartik, L.; Lidfeldt, J.; Nerbrand, C.; Samsioe, G.; Schersten, B.; & Nilsson, P. M. (2000). Dyslipidemia and impaired well-being in middle-aged women reporting low sense of coherence - The women's health in the lund area (WHLA) study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 177-182.
- Teixeira, S. (1998). *Gestão das organizações*. Amadora: McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Udina, E.J. (1996). *Enfermería oncohematologica*. Barcelona: Masson, S.A.