

Resiliência de enfermagem em cuidados paliativos de um hospital do Vale Paranhana/RS

Nursing resilience in paliative care of a hospital of Vale do Paranhana /RS

Alexander Rivero de Quadros

Enfermeiro, Mestre em Educação PUC/RS, Professor das Faculdades Integradas de Taquara / FACCAT. /RS.

E-mail: alexander.quadros@faccat.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3023-7514>

Nicole Leitzke Moraes

Bacharel em Enfermagem – Faccat – Taquara/RS.

E-mail: nicole-leitzke@hotmail.com

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi identificar os níveis de resiliência no cenário de cuidados paliativos com a equipe de enfermagem em um hospital do Vale do Paranhana/RS. Método: Pesquisa de cunho descritivo-quantitativo. Os dados foram coletados a partir da Escala de Resiliência, no período de agosto de 2017. Responderam ao instrumento 53 profissionais de enfermagem, correspondendo à totalidade de profissionais de enfermagem da instituição. Foram excluídos da pesquisa 9 participantes. Resultados: em sua maioria, os profissionais apresentaram presença de resiliência de 75,5%, alta resiliência em 13,2% e baixo nível de resiliência em 11,3%. Não foram identificadas associações significativas entre os dados sociodemográficos e os níveis de resiliência. Considerações Finais: São necessárias mais investigações para compreender as estratégias utilizadas pelos profissionais que apresentaram ou não presença de resiliência de modo a propor melhorias para assistência prestada aos pacientes e ao autocuidado dos trabalhadores de enfermagem.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Resiliência. Enfermagem. Equipe de Enfermagem.

Abstract

The aim of this research is to identify the nursing team resilience levels in the palliative care field at a Hospital in Vale do Paranhana/RS. Method: Descriptive-quantitative approach research. The data were collected in the Resilience Scale approach, on August 2017. The instrument was answered by 53 nursing professionals. They were

corresponding to institution's complete nursing professionals' team. Nine members were excluded from the study. Results: The majority rate about the nursing professionals which presented resilience was (75.5%), high resilience rate (13.2%) and low resilience rate (11.3%). No remarkable associations were identified between the socio-demographic data and the resilience levels. Conclusions: Further

research is needed to understand the strategies used by nursing professionals who have or have not presented resilience in order to propose improvement for the patients' assistance and the nursing professionals' self-care.

Keywords: Palliative Care. Resilience. Nursing. Nursing Team.

Introdução

Com o avanço da medicina nos últimos anos, surgiram novos tratamentos, aumentando a expectativa de vida e, com isso, o envelhecimento desenvolvido da população acarretou o crescimento de doenças sem possibilidade de cura. Nesse novo contexto, é preciso aliar o cuidado com o conhecimento científico para assegurar a qualidade de vida, abrindo espaço para os cuidados paliativos.¹

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, os cuidados paliativos foram definidos como um tratamento que proporciona qualidade de vida para o paciente e familiares que estão lutando contra uma doença que coloca a vida em risco, realizando a prevenção, diminuição da dor e sofrimento²

Os profissionais de enfermagem que prestam cuidados aos pacientes sem possibilidade de cura podem desenvolver respostas individuais, aceitando, produzindo ou até mesmo negando sentimentos, sendo capazes de sofrer de esgotamento ou irritabilidade, podendo prejudicar a capacidade de realizar as atividades no trabalho ou até mesmo na vida familiar. A

comprovação da morte do paciente pode levar a sentimentos de fraqueza e abandono.³

A enfermagem é a classe que mais se consome emocionalmente por causa do frequente convívio com os pacientes que estão no final da vida, das internações contínuas quase sempre cercadas de sofrimento como a dor, a doença e a morte do paciente assistido.⁴

Deseja-se que os profissionais que prestam cuidados aos pacientes tenham sempre uma atuação excelente. O ambiente de trabalho é repleto de situações adversas e esse profissional pode não estar emocionalmente pronto. Nesse cenário, as pessoas resilientes apontam várias qualidades predominantes que ajudam na adaptação em situações difíceis no dia a dia.⁵

A capacidade de se fortalecer durante as dificuldades enfrentadas, mesmo sendo dificuldades consideradas graves, o conceito básico é chamado de resiliência. É uma maneira de adaptação e prática em situações difíceis. Dessa maneira, as pessoas que passam por algum tipo de trauma afetando o emocional

podem passar por essas dificuldades e se tornarem mais fortes.⁶

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos no estudo da resiliência na área do cuidado e em outras áreas da saúde ainda é escasso, assim, o tema possui caráter inovador para enfermagem, sendo muito oportuno estudos para aprofundar o seu conceito e sua aplicação na área do cuidado paliativo.⁷

Nesse contexto, teve-se como objetivo investigar os níveis de resiliência no cenário de cuidados paliativos com os profissionais de enfermagem que prestam cuidados assistenciais direto aos pacientes em processo de morte, por meio do uso da Escala de Resiliência.

Fundamentação teórica

Cuidados Paliativos

Cuidado paliativo é uma assistência em saúde que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente e familiares fora de possibilidade de cura terapêutica por meio de avaliação correta e tratamento correto para diminuir a dor e outros sintomas frequentes de uma doença desenvolvida. Também oferece apoio psicossocial e espiritual em todas as etapas, desde o diagnóstico de uma doença irremediável até o período de luto com a família.⁸

É importante frisar que o termo paliativo tem origem do latim *pallium*, que quer dizer manto. Essa palavra indica o conceito principal dessa

filosofia: de proteger, acolher, cobrir, abrigar quando uma determinada doença não tem mais cura. Além do mais, no latim, *pallium* são roupas que o Papa usava, então, existe uma forte associação desse termo histórico com o sagrado e com a espiritualidade.⁸

As origens dos cuidados paliativos confundem-se historicamente com a palavra “*hospice*”. Na época, existiam abrigos para cuidar dos viajantes peregrinos que se encontravam doentes. Esses abrigos eram mantidos por religiosos cristãos.⁴

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, os cuidados paliativos foram definidos como um tratamento que proporciona qualidade de vida para o paciente e familiares que estão lutando contra uma doença que coloca a vida em risco, realizando a prevenção, diminuição da dor e sofrimento.²

Com a definição da OMS, os cuidados paliativos são classificados como: o falecimento deve ser entendido como acontecimento natural da vida; os cuidados paliativos não adiantam a morte e nem prorrogam a morte; a família deve ser assistida com dedicação assim como o paciente; diminuir os sintomas é o propósito principal do cuidado, os sintomas devem ser frequentemente analisados e adequadamente controlados; as definições do tratamento médico devem ser realizadas de um modo ético, o paciente e os familiares devem ficar cientes sobre a forma escolhida de

tratamento, respeitando sempre os valores éticos e culturais; cuidados paliativos são realizados por uma equipe de multiprofissionais; a divisão da saúde tem influência com a medicina moderna, os cuidados paliativos envolvem a administração dos cuidados e promovem o seguimento assistencial; o conhecimento da doença deve ser entendido por completo, os aspectos espirituais também são incluídos aos cuidados; o cuidado não termina com o falecimento do paciente, prolonga-se no apoio ao luto dos familiares no período que for preciso.⁹

Conforme a OMS, os cuidados paliativos devem ser incluídos para aqueles pacientes diagnosticados com doença preocupante, que se manifesta pouco a pouco e é considerada sem cura, que coloca a vida em risco. Esses necessitariam de cuidados paliativos a partir do diagnóstico.²

Trata-se de um plano terapêutico, envolvendo uma equipe de multiprofissionais treinados corretamente, com o objetivo de identificar e diminuir problemas físicos, psicológicos e espirituais.¹⁰

O paciente com doença sem perspectiva de cura é classificado como “terminal”. Isso traz o falso conceito de que nada mais possa ser feito. Entretanto, o paciente em estágio final está vivo e tem necessidades específicas. Se os profissionais de saúde estivessem determinados a enxergar quais são, o paciente poderia ser

cuidado e assegurado o seu conforto durante sua existência.¹¹

O cuidado paliativo não se constitui em protocolos e sim em princípios. Não se refere mais em estado terminal e sim em doença que coloca a vida em risco. Recomenda-se o cuidado a partir do diagnóstico, aumentando o campo de atuação. Não é pronunciada a possibilidade de cura, mas na probabilidade ou não de tratamento para moderar a doença. Assim, remove-se a ideia de que “nada mais pode ser feito”. Pela primeira vez, uma forma de cuidado engloba a espiritualidade nos seres humanos. Os familiares também são acompanhados até o falecimento do paciente e no período de luto.²

Busca de Conceito de Resiliência

O termo resiliência tem origem do latim *resilio*, *re+salio*, que quer dizer “ser elástico”. A palavra resiliência é usada há muitos anos pelos profissionais que atuam na Física e na Engenharia. O especialista inglês Thomas Yong é visto como um dos maiores descobridores. Na metade do ano de 1807, logo após do entendimento de tensão e compressão de barras, pretendiam trazer a ligação entre a potência que estava sendo usada em um material e a alteração que ele fazia.¹²

A resiliência é definida pela Física sobre a capacidade de um material receber energia sem alterar sua estrutura física e continuar na mesma forma.¹³

A resiliência é um termo definido recentemente e que causa desentendimento teórico entre vários autores, provocando discordância completa e parcia.¹⁴

Resiliência é “[...] a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade”. Ou seja, pessoas que passam por dificuldades, permitindo o ser humano modificar-se por algum motivo que causou estresse e também conseguir adaptar-se e progredir em situações que houve algum tipo de trauma. Enfatizando que a maioria dos significados de resiliência são procedentes dessa. A resiliência tem o objetivo de aumentar a capacidade dos seres vivos de enfrentar, vencer e sair mais forte das situações que causam sofrimento, sendo transformados.¹⁴

A resiliência é uma qualidade que algumas pessoas possuem, ninguém nasce resiliente, é uma prática adquirida naturalmente no desenvolvimento humano. É um processo que pode ser desenvolvido e aprendido.¹⁰

Fatores de Risco e Resiliência

Fator de risco é o entendimento entre os estudiosos como sendo uma variante que aumenta a possibilidade de os seres vivos contraírem alguma doença quando for suscetíveis a ela. Não impede de falar sobre fatores de proteção e resiliência, pois as definições ainda se ligam. A modernidade faz esse mundo complicado cheio de dificuldades,

que se juntam em forma de riscos, os quais vão a partir das variantes genéticas e biológicas até mesmo as psicossociais. A definição de risco ou fator de risco, no início, estava relacionada somente a conteúdos biomédicos, sendo continuamente ligado à mortalidade.¹⁵

Os primeiros estudos sobre risco foram realizados por Lilienfeld e Lilienfeld (1980), os quais foram na área da epidemiologia e medicina, com o propósito de estudar as doenças de uma população específica e os fatores que levaram a essas doenças.¹²

De modo geral, pode-se dizer que os fatores de risco são fatores de natureza pessoal, social ou ambiental que facilitam ou desenvolvem a possibilidade de as pessoas enfrentarem desordem psicológica. Os fatores de risco estão ligados a ocorrências de fatos negativos, que desenvolvem resultados com algum problema de ordem física, social e emocional, e prepara os seres vivos a resultados desagradáveis. Sendo assim, risco é tudo aquilo que causa dificuldade para enfrentar no nível individual ou ambiental e faz com que os seres vivos fiquem mais vulneráveis a situações que ocorrem de forma negativa.¹⁶

Situação de risco na resiliência é observada como sendo o momento de vencer as dificuldades, criando uma personalidade forte (superação). Em seguida, a resiliência na forma de superação em situações que causam conflitos traz junto consigo a possibilidade do momento problemático que apresenta ter e

que seja significativa para que, no futuro, possa ajudar em outras situações que causem algum tipo de trauma.¹⁷

Vulnerabilidade e Resiliência

O termo vulnerável tem origem do verbo latim “*vulnerare*”, que quer dizer ferir, penetrar. Portanto, esse início da formação do conceito de vulnerabilidade quase sempre é usado quando tem ligação a uma tendência a ter algum problema ou que se encontra frágil para o estresse. Existem diferenças entre as definições de risco e vulnerabilidade. A definição de vulnerabilidade é mal aplicada no lugar do risco, pois as duas definições são diferentes. O conceito de risco foi usado pelos epidemiologistas com intuito de estudar as doenças em uma população específica, já a vulnerabilidade significa a predisposição de as pessoas receberem respostas frequentemente negativas. É necessário frisar que vulnerabilidade e risco são conceitos que estão relacionados um ao outro, pois a vulnerabilidade ocorre somente quando o risco está presente; se não houver risco, a vulnerabilidade não existe.¹⁸

Os fatores de risco são essenciais e ajudam a aumentar a possibilidade de as pessoas adaptarem-se a um comportamento ruim. Já os fatores de proteção são encarregados de diminuir ou mesmo acabar com a probabilidade de situações ligadas ao risco. As pessoas vulneráveis podem mostrar diminuição da autoestima e depressão, podendo aumentar uma situação de

risco. Os casos ambientais são apontados também para o aumento de vulnerabilidade.¹²

A vulnerabilidade é compreendida como sendo uma situação contrária a de proteção, pois ela tem grandes chance de as pessoas adquirirem distúrbios referentes ao comportamento, causando risco.¹⁷

Estratégia de Resiliência e Coping

Coping normalmente são estratégias usadas pelos indivíduos para se habituarem a situações difíceis e que causam estresse. Encontra-se significados diferentes sobre *coping* em diversos autores, mas Lazarus e Folkman tornaram-se modelo essencial para os indivíduos que querem saber mais sobre o tema. O significado de *coping* mantido por Lazarus e Folkman destaca-se na frequência de transformação cognitivas e desempenho no experimento de gerenciar demandas particulares, interna ou externa, que são julgadas pelo indivíduo como excessivo ou repleto de recursos pessoais. *Coping* é compreendido como uma conduta determinada e involuntária.¹⁷

Os conceitos de resiliência e *coping* estão ligados diretamente um ao outro. O conceito de resiliência é o indivíduo habituar-se ou vencer as dificuldades, já o conceito de *coping* é o plano utilizado pelo indivíduo para enfrentar as dificuldades.¹⁷

As estratégias de *coping* são apontadas como uma maneira de enfrentar os problemas diretamente,

é visto em seres humanos mais resilientes, que não se abalam facilmente em situações ruins, passando facilmente por obstáculos.¹²

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. Os sujeitos do estudo foram enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na Unidade de Internação Clínica, Centro de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Internação para convênios e particulares e o Centro de Câncer de um hospital público/privado do Vale Paranhana/RS. Corresponde, assim, a três áreas de internação e uma área de atendimento a pacientes oncológicos.

Foram excluídos da pesquisa aqueles profissionais que não aceitaram participar voluntariamente do estudo e aqueles profissionais que se encontravam afastados das atividades de trabalho no período de coleta de dados.

Os dados foram obtidos por meio do uso da Escala de Resiliência para medir o nível de resiliência. É composta por 25 questões, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A pontuação mínima obtida pela escala oscila entre 25 pontos e o escore máximo de 175 pontos. As escalas não foram nomeadas, sendo-lhes atribuídas as iniciais que corresponde ao enfermeiro e técnico de enfermagem: E1 (entrevistado 1), E2 (entrevistado 2) e assim sucessivamente, respeitando o anonimato em todas as fases da pesquisa. Os dados foram

coletados no mês de agosto de 2017, nos turnos da manhã, tarde e noite.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias, o teste t-student ou a Análise de Variância (ANOVA) foram aplicados. Para avaliar a associação da escala com as variáveis numéricas, os testes da correlação linear de Pearson (r) ou Spearman (rs) foram aplicados. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

Todo processo de pesquisa foi guiado pelas disposições da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil e aprovado sob o parecer número 71699417.0.0000.8135.

Resultados

Para obtenção dos dados quantitativos, a amostra prevista foi de 62 profissionais de enfermagem que prestam serviços diretos aos pacientes em cuidados paliativos, sendo a totalidade de equipes de enfermagem que prestam cuidados aos pacientes paliativos do hospital.

Desses, 1 foi excluído por não aceitar participar voluntariamente do estudo e 8 foram excluídos por se encontrarem afastados das

atividades de trabalho no período de coleta de dados. Responderam a Escala de Resiliência um total de 53 sujeitos nos quatro turnos de trabalho do hospital.

No que se refere à caracterização dos dados sociodemográficos, nas variáveis da tabela 1, observou-se que a amostra foi composta predominantemente por indivíduos de gênero feminino, com 77,4%, o gênero masculino teve 22,6% dos respondentes e a média de idade foi de 31,9 ($\pm 8,8$). Observou-se também que 58,5% da amostra foi composta por pessoas solteiras, 37,7% por pessoas casadas e 3,8% por divorciados/separados. Além do mais, foi possível observar na categoria profissional 20,8% composto por enfermeiros e 79,2% por técnicos de enfermagem.

Quanto ao tempo de formação profissional, pode-se observar que a média ficou entre 51 meses, o que corresponde a 4 anos de trabalho. Quanto ao tempo de assistência em cuidados paliativos, a média ficou entre 36 meses, correspondendo a 3 anos. Quanto à crença religiosa, pode-se observar também que 49,1% dos entrevistados relatam ser católicos, 32,1% evangélicos, 15,1% não seguem nenhuma religião e 3,8% são espíritas. Em relação ao número de filhos, observa-se que a média ficou entre 0 a 1 filho.

Quanto à Escala de Resiliência, verificou-se que a média de ponderada foi de 144,25 \pm 11,93. Quanto à classificação da escala, foi possível observar que em 75,5% foi identificado

presença de resiliência com pontuações entre 132,32 a 156,18, 13,2% foi identificado alta resiliência com pontuações $>156,18$, e 11,3% foi identificado baixa resiliência com pontuações $<132,32$, como pode ser observado na tabela 1 em anexo.

Relação da Amostra

Não foi identificada associação significativa da faixa etária, gênero, estado civil, tempo de formação, tempo de assistência em cuidados paliativos e crença religiosa com o nível de resiliência ($p < 0,05$), conforme observa-se na tabela 2 em anexo.

No que se refere à associação das variáveis em estudo com a escala de resiliência, na variável em relação à idade, a média de resiliência é 0,180 $p = 0,196$. Quanto a variáveis em relação ao gênero, o masculino apresentou a média de resiliência de 143,58 \pm DP12,22 enquanto o feminino apresentou a média de resiliência de 144,43 \pm DP11,98, $p = 0,829$. Em relação a variáveis do estado civil, a média de resiliência das pessoas casadas foi 143,25 \pm DP12,43, das pessoas solteiras a média de resiliência foi 144,71 \pm DP12,00 e das pessoas divorciadas/separadas a média de resiliência foi 147,00, \pm DP9,89, $p = 0,868$. Em relação às variáveis de tempo de formação em meses a média de resiliência foi de -0,022, $p = 0,874$. Quanto ao tempo de assistência em cuidados paliativos em meses, a média de resiliência foi -0,042, $p = 0,763$. E quanto ao número de filhos, a média de resiliência foi 0,203, $p = 0,144$.

Quanto às variáveis da categoria profissional, a média de resiliência dos enfermeiros foi $141,27 \pm DP11,79$, dos técnicos de enfermagem a média de resiliência foi $145,02 \pm DP11,98$, $p=0,358$. Pode-se identificar aqui que, apesar de o número de enfermeiros entrevistados ser menor, os técnicos de enfermagem apresentaram maior resiliência em relação aos enfermeiros.

Em relação às variáveis da crença religiosa dos sujeitos pesquisados que são evangélicos a média de resiliência foi $139,00 \pm DP10,06$, das pessoas espíritas a média de resiliência foi $146,00 \pm DP11,31$, das pessoas católicas a média foi $146,65 \pm DP12,08$ e das pessoas que não seguem religião a média de resiliência $147,12 \pm DP13,67$, $p=0,183$.

Discussão

Avaliar os níveis de resiliência em profissionais de enfermagem que atuam em cuidados paliativos, profissionais que realizam cuidados assistenciais diretamente aos pacientes em processo de morte, é fundamental entender melhor o processo de saúde – doença, como forma de contribuir para a melhoria de respostas e intervenções de saúde junto à equipe de enfermagem, proporcionando a melhora do cuidado e desvelando as possíveis armadilhas que o ambiente de cuidados paliativos pode assumir no papel da enfermagem.

Apesar do aumento do gênero masculino nos serviços de enfermagem, neste estudo, verificou-se que a média de idade entre os

profissionais é de 31,9 anos, sendo o gênero feminino predominante, com 77,4% dos entrevistados. Outros estudos na área também indicam a predominância do gênero feminino. Na área da saúde e em específico de enfermagem sempre prevalece o gênero feminino, no entanto, poucos estudos enfatizam esse tema como um problema de pesquisa. No setor hospitalar, as mulheres aparecem em porcentagem elevada, de 70% entre os trabalhadores.¹⁹

Verificou-se também que a maioria dos entrevistados declarou-se solteiros e as equipes são formadas primordialmente de técnicos de enfermagem e, posteriormente, por enfermeiros. Segundo dados retirados no Conselho Federal de Enfermagem de 2017²⁰, o quantitativo de profissionais de enfermagem no Rio Grande do Sul é formado de 82.320 por técnicos de enfermagem e 23.627 por enfermeiros, com uma faixa etária jovem que agrega ao mercado de trabalho.

Um estudo semelhante realizado por Quadros (2012)¹² em um grande hospital de Porto Alegre com enfermeiros evidenciou dados semelhantes relacionados ao tempo de formação dos profissionais, tempo na assistência com pacientes com câncer, maioria católicos e ao número de filhos.

As pesquisas da área apontam que fatores protetivos devem incluir o desenvolvimento de uma espiritualidade pelos profissionais no sentido de entendimento entre o processo de

vida e morte como forma natural. A espiritualidade para a enfermagem tem sido um método importante, que ajuda os profissionais a encararem a diversidade, os eventos que causaram algum tipo de trauma e estresse, está associado ao processo saúde-doença, assim como o cuidado espiritual, que pode ser oferecido para aqueles pacientes que se encontram sem chances de cura.²¹

Pode-se comparar no mesmo estudo que a pontuação obtida na Escala de Resiliência, a média de pontuação ficou $144,25 \pm DP 11,93$. Em outro estudo realizado com idosos no Rio Grande do Sul, constatou-se uma média do escore da Escala de Resiliência de 141,06 pontos, com desvio padrão de $\pm 13,30$.²² Assemelha-se ao encontrado no estudo.

Na classificação da escala, a baixa resiliência $<132,32$, foi observada em 11,3% dos profissionais. A presença de resiliência $132,32$ a $156,18$ foi observada em 75,5% dos profissionais. A alta resiliência ($>156,18$) apresentou 13,2% dos profissionais com alta resiliência. Dados esses que, se comparados ao estudo atual, são parecidos, evidenciando que, em equipes de profissionais de enfermagem, em uma parcela menor apresenta baixo nível de resiliência, o que pode levar a se pensar que o trabalho com pacientes com câncer e cuidados paliativos traz sofrimento psíquico.

Os resultados de um estudo de 2013 ao analisarem resiliência em pacientes oncológicos, mostraram que a maioria dos

indivíduos apresentou dados semelhantes ao nível médio de resiliência, equivalente ao apontado no estudo como presença de resiliência, que é considerado como nível médio, correspondendo há 75,5% dos profissionais de enfermagem que atuam em cuidados paliativos.²³

Quanto aos níveis de resiliência, pode-se observar que a presença de resiliência foi predominante entre os participantes do estudo, com 75,5%, em seguida a alta resiliência, com 13,2%, sendo assim uma característica positiva que pode ser atribuída às equipes de enfermagem que atuam em cuidados paliativos. Esses resultados positivos podem estar relacionados às estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais e justificadas pelos modos de ver a vida e morte como um processo natural do ser humano, aspectos relacionados com a espiritualidade e a comunhão com a família.

Apesar da predominância da presença de resiliência no estudo, não se pode ignorar os participantes que tiveram baixa resiliência, com 11,3%, o que é um dado preocupante, pois esses profissionais têm probabilidade de desenvolverem problemas físicos, sociais e emocionais.¹⁷

Em relação às variáveis sociodemográficas apresentadas no estudo – faixa etária, gênero, estado civil, tempo de formação, tempo de assistência em cuidados paliativos e crença religiosa – não foram identificadas como fatores

que influenciam a resiliência ($p < 0,05$). Em outro estudo realizado com dois grupos de idosas, um grupo praticante de exercícios e outro grupo não praticante de exercício que teve como objetivo analisar os níveis de resiliência, também não identificou associação entre níveis de resiliência e dados sociodemográficos de faixa etária, estado civil, renda (salários) e religião, dados que se assemelham a este estudo. No entanto, houve associação significativa em relação à escolaridade no grupo de idosas que praticava exercícios $p = 0,047$.^{24,25}

No entanto, almeja-se com os resultados apresentados neste estudo a possibilidade de dar maior enfoque ao tema para aqueles profissionais que, de certa forma, atuam em cuidados paliativos e que desejam compreender melhor como funciona o processo de saúde-doença e, assim, realizar intervenções com as equipes, proporcionando a melhoria do cuidado ao paciente paliativo.

Considerações Finais

A realização do estudo foi de grande importância, pois mostrou que, apesar das adversidades vivenciadas no contexto dos cuidados paliativos, a maioria dos profissionais de enfermagem demonstrara-se resiliente, sendo essa uma característica positiva que pode ser atribuída às equipes.

Não foram identificadas associações significativas entre os dados sociodemográficos e os níveis de resiliência neste estudo. Assim, evidencia-se que podem existir outros fatores intrínsecos que podem desencadear diferentes percepções de lidar com pacientes em tratamento paliativo. Todavia, predomina que as estratégias de *coping* são importantes para manutenção do equilíbrio físico e emocional dos profissionais de saúde.

Ao investigar os níveis de resiliência com as equipes que atuam em cuidados paliativos foi possível compreender as fragilidades a serem trabalhadas junto com as equipes, tendo como objetivo o bem-estar psicossocial dos profissionais e o contentamento no ambiente de trabalho.

A resiliência é um tema complexo e precisa ser estudado com maior profundidade, inclusive no meio acadêmico e nos serviços de enfermagem. É importante ressaltar a necessidade de novos estudos sobre resiliência no ambiente hospitalar, com intenção de expor o tema para todos os profissionais que atuam com pacientes sem possibilidade de cura. Assim, serão oportunizados espaços de conversa e reflexão no sentido de buscar estratégias de enfrentamento diante das adversidades advindas do cuidado paliativo.

Referências

1. DUARTE, Itala Villaça; FERNANDES, Krícia Frogeri; FREITAS, Suellen Cristo. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. *SBPH*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, dez. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200006>>. Acesso em: 17 abr. 2017.
2. MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/andressasantos/Downloads/09-09-2013_Manual%20de%20cuidados%20paliativos_ANCP.pdf>. Acesso em: 2 maio 2017.
3. KUHN; Taíse, LAZZARI; Daniele Delacanal, JUNG; Walnice. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 6, nov./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600013>. Acesso em: 30 set. 2017.
4. HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n.9, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012>. Acesso em: 17 set. 2017.
5. BELANCIERI, M. F; KAHHALE, E. M. S. P. A saúde do cuidador: possibilidades de promoção de resiliência em enfermeiros. *REME*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p.121-128, jan./out. 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/16>>. Acesso em: 30 set. 2017.
6. KNORST; Carina Estela Kreuz. *Resiliência: instrumento de avaliação no contexto brasileiro*. 2012. 33 p. Monografia (Especialização em Psicologia) -Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/40112/000826643.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 set. 2017.
7. SÓRIA, D. A. C. et al. A resiliência como objetivo de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. Escola Anna Nery. *Revista Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 547-51, 2006. Disponível em: <http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=149>. Acesso em: 10 abr. 2017.
8. ANDRADE, Cristiane Garrido; COSTA, Solange Fátima Geraldo; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900006>. Acesso em: 3 abr. 2017.
9. GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. *Cuidados Paliativos. Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 88, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 maio 2017.
10. SILVA. et al. Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 16, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000300006>. Acesso em: 1 out. 2017.
11. VASCONCELOS, Esleane Vilela; SANTANA, Mary Elizabeth; SILVA, Silvio Éder Dias. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, Salvador, v. 3, n. 3, p: 127-130, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/296/158>>. Acesso em: 22 abr. 2017.
12. QUADROS, Alexander. *Resiliência em oncologia: um olhar sobre as práxis do enfermeiro*. 2012. 87 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação Mestrado em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/6978/1/000452396-Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.
13. YUNES, Maria Angela Mattar; GARCIA, Narjara Mendes; ALBUQUERQUE, Beatriz de Mello. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.20, n.3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000300012>. Acesso em: 10 maio 2017.
14. GIFFONI FILHO, José Alexander Ribeiro. *A resiliência e seus desdobramentos: a resiliência familiar*. O Portal dos Psicólogos, 2014. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0806.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.
15. SAPIENZA, Gabriela; PEDROMÔNICO, Márcia Regina Marcondes. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e adolescente. *Psicologia em Estudo*, Paraná, v.10, n. 2, p. 209-216, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2017.
16. COUTO, Maria Clara Pinheiro de Paula. *Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento*. 144 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio

Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11238/000606274.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 6 abr. 2017.

¹⁷. TABOADA, Nina G.; LEGAL, Eduardo J., MACHADO, Nivaldo. Resiliência em busca de um conceito. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 16, n. 3, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000300012>. Acesso em: 15 abr. 2017.

¹⁸. JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12173/8639>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

¹⁹. PASTORE; Elenice, ROSA; Luisa Dalla. As relações de gênero entre os trabalhadores da área da saúde. In: *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*, Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/D/Dalla_Rosa-Pastore_27.pdf>. Acesso em: 21 out. 2017.

²⁰. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - CONFEN. Enfermagem em Números. 2017. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 7 nov. 2017.

²¹. EVANGELISTA, Carla Braz. *et al.* Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20 n. 1, jan./mar.2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0176.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

²². TEIXEIRA; Maurício Fernando Nunes. *et al.* Associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos. *Rev. Bras. Epidemiol*, São Paulo, v. 18, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100220>. Acesso em: 18 out. 2017.

²³. ANDRADE; Francine Pereira. *et al.* Perfil Sócio Demográfico e Econômico dos Sobreviventes ao Câncer Segundo ao Grau de Resiliência. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p: 476-84, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a25.pdf>>. Acesso em 19 de outubro, 2017.

²⁴. MANZO; Giovana Zarpellon. *et al.* Nível de resiliência em idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. *Motri*, Ribeira de Pena, v. 12, no. 4, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2016000400002>. Acesso em: 19 out. 2017. 25. SILVA, Ceci Figueredo. *et al.* Concepção da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n9/v18n9a14.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

Anexos

Tabela 1. Caracterização da amostra.

Variáveis	n=53
Idade (anos) – média ± DP	31,9 ± 8,8
Gênero – n(%)	
Masculino	12 (22,6)
Feminino	41 (77,4)
Estado Civil – n(%)	
Casado	20 (37,7)
Solteiro	31 (58,5)
Divorciado/Separado	2 (3,8)
Categoria Profissional – n(%)	
Enfermeiro	11 (20,8)
Técnico de enfermagem	42 (79,2)
Tempo de formado (meses) – md (P25 – P75)	51 (12 – 126)
Tempo de assistência em cuidados paliativos (meses) – md (P25 – P75)	36 (9 – 72)
Crença Religiosa – n(%)	
Evangélico	17 (32,1)
Espírita	2 (3,8)
Católico	26 (49,1)
Não tem	8 (15,1)
Nº de filhos – md (P25 – P75)	0 (0 – 1)
Escala de resiliência – média ± DP	144,25 ± 11,93
Classificação da escala – n(%)	
Baixa resiliência (<132,32)	6 (11,3)
Presença de resiliência (132,32 a 156,18)	40 (75,5)
Alta resiliência (>156,18)	7 (13,2)

Legenda: md=mediana; P25=Percentil 25; P75=Percentil 75; DP=Desvio Padrão.

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Tabela 2. Associação das variáveis em estudo com a escala de resiliência.

Variáveis	Escala de Resiliência Média ± DP	p
Idade (anos) – r	0,180	0,196
Gênero		0,829
Masculino	143,58 ± 12,22	
Feminino	144,43 ± 11,98	
Estado Civil		0,868
Casado	143,25 ± 12,43	
Solteiro	144,71 ± 12,00	
Divorciado/Separado	147,00 ± 9,89	
Categoria Profissional		0,358
Enfermeiro	141,27 ± 11,79	
Técnico de enfermagem	145,02 ± 11,98	
Tempo de formado (meses) - r _s	-0,022	0,874
Tempo de assistência em cuidados paliativos (meses) - r _s	-0,042	0,763
Crença Religiosa		0,183
Evangélico	139,00 ± 10,06	
Espírita	146,00 ± 11,31	
Católico	146,65 ± 12,08	
Não tem	147,12 ± 13,67	
Nº de filhos - r _s	0,203	0,144

Legenda: r=coeficiente de correlação de Pearson; r_s=coeficiente de correlação de Spearman.

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Submissão: 01/11/2019

Aceite: 06/03/2020