

Habilidades de resolução de problemas e indicadores de bem-estar emocional em profissionais de enfermagem que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos

Problem solving skills and indicators of emotional well-being in nursing professionals working in long term care institutions for elderly

Ahlam Ghandour
Ricardo da Costa Padovani
Samila Sathler Tavares Batistoni

RESUMO: Habilidades de Resolução de Problemas (RP) e indicadores de estresse e ansiedade foram avaliados entre 35 cuidadores formais de idosos que compõem equipes de enfermagem em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Embora a maior parte da amostra tenha apresentado estilos adaptativos de RP e bons indicadores de saúde emocional, encontraram-se correlações positivas entre orientação atitudinal negativa ao problema e a predominância de estilos não-adaptativos de RP (Impulsivo/Descuidado) com presença de ansiedade, corroborando estudos já realizados com cuidadores informais.

Palavras-chave: Cuidadores; Habilidades de Resolução de Problemas; Estresse; Ansiedade.

ABSTRACT: *Problem solving skills and indicators of stress and anxiety were assessed between 35 formal caregivers of elderly who work in nursing staff in long-term care institutions. The majority of the sample had adaptive styles of problem solving and good indicators of emotional health. However, a negative attitudinal orientation to the problem and maladaptive styles of problem solving (Impulsivity/Careless) correlated positively with the presence of anxiety, corroborating previous studies with informal caregivers.*

Keywords: *Caregivers; Problem solving skills; Stress; Anxiety.*

Introdução

O contexto de trabalho e as demandas às equipes de enfermagem que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) geram peculiaridades à atuação desses profissionais, devido às características desse equipamento social e das especificidades do cuidado gerontológico. Uma vez que uma ILPI, em primazia, constitui-se em uma residência para idosos, as tarefas de integrar humanização, qualidade de vida, individualização do cuidado e autocuidado, fazem parte do cotidiano desses profissionais e constantemente desafiam suas competências, criatividade e capacidade de manejar as relações existentes entre o cliente idoso, as normas institucionais, a influência familiar e a inserção do idoso na sua comunidade (Camargo, 2010; Camarano, 2010).

Devido a essas exigências, dados de pesquisa têm evidenciado que as equipes de enfermagem relatam um elevado nível de sobrecarga de trabalho, não só física, uma vez que esses profissionais realizam funções além das que lhes foram destinadas, mas também emocional, manifestando desgaste psíquico relacionado ao trabalho de enfermagem, afetando, desse modo, seu bem-estar e qualidade de vida, trazendo prejuízos à saúde física e mental (Araújo, Aquino, Menezes, Santos & Aguiar, 2003; Gutierrez, 2003).

Dentre as competências pessoais que se destacam na mediação entre o bem-estar emocional e mental dos trabalhadores de enfermagem e as situações estressantes relacionadas ao desempenho dessa ocupação estão o domínio e o uso efetivo de habilidades de resolução de problemas (Taylor, 2000). Resolução de problemas consiste em um processo cognitivo-comportamental no qual o indivíduo busca a maneira adaptativa de solucionar um problema identificado como estressante, visando a reestabelecer o próprio bem-estar (Nezu, 2004; Padovani, Schelini & Williams, 2009). Tais habilidades são consideradas recursos psicológicos-chave na mediação entre as demandas cotidianas e a percepção de sobrecarga, estresse e desconforto psicológico proveniente de tais situações de trabalho potencialmente estressoras (Dreer *et al.*, 2009; D'Zurilla & Nezu, 1999; Rivera, Elliot & Berry, 2008).

As habilidades de resolução de problemas são de suma importância, pois envolvem características pessoais, como crenças e valores do indivíduo, bem como a capacidade de pensamento crítico, gerando um impacto que influencia e determina a tomada de decisão (Altun, 2003; Roberts, While & Fitzpatrick, 1993). Também são consideradas essenciais por atuar sobre a capacidade de resiliência, ou seja, de superar os fatores estressores que um indivíduo vivencia consigo mesmo, nos grupos aos quais está inserido, bem como em organizações, por exemplo, de

trabalho, potencializando seus recursos pessoais e contextuais de resolução de fatores sociais negativos (Yunes, 2003).

Em publicação clássica sobre a temática das habilidades de resolução de problemas, D’Zurilla e Goldfried (1971) descreveram tal habilidade também como um processo de aprendizagem, pois a resolução de problemas implica em mudança na capacidade do indivíduo, uma vez que, para solucionar uma situação problemática, muitas vezes, se faz necessário o uso da criatividade e da imaginação como estratégias cognitivas na criação e descoberta de soluções eficazes.

Nesse sentido, tais autores conceberam o construto resolução de problemas como multidimensional, envolvendo um domínio atitudinal e estilos característicos de resolver problemas. No que diz respeito às atitudes frente ao problema, estas são apresentadas em duas dimensões, sendo: Orientação Positiva ao Problema (OPP) e Orientação Negativa ao Problema (ONP), que consistem, respectivamente, em processo cognitivo visando ao progresso estrutural de melhoria no que diz respeito à resolução de problemas, uma vez que o problema é avaliado e visto como possível de ser solucionado, e de maneira otimista, e, em contrapartida, a orientação negativa caracteriza-se por aspectos cognitivos e emocionais disfuncionais em que o indivíduo tende a enxergar o problema como ameaça, diminuindo a crença em sua capacidade de resolver problemas, podendo assim gerar um baixo senso de autoeficácia (Nezu, 2004; Padovani, 2003; Padovani, Schelini & Williams, 2009).

O construto também envolve três estilos característicos de resolver problemas, que envolvem ações cognitivo-comportamentais para lidar com determinadas situações. São eles: o Estilo Racional, que consiste em um estilo construtivo englobando ações sistemáticas e planejadas, bem como tomada de decisão na busca de soluções efetivas aos problemas encontrados; o Estilo Impulsivo/Descuidado, representado por ações impetuosas, precipitadas e incompletas, sem planejamento, sem refletir acerca das possíveis alternativas, na busca de soluções rápidas; e o Estilo Evitativo, caracterizado pela passividade e dependência, em que o indivíduo posterga o problema ao invés de enfrentá-lo, esperando que resolvam seu problema, transferindo sua responsabilidade aos outros (Nezu, 2004; Padovani, 2003).

Salienta-se que a Orientação Positiva ao Problema e o Estilo Racional de Resolução de Problemas são considerados indicadores de respostas adaptativas e de maior eficácia. Por outro lado, Orientação Negativa ao Problema e os Estilos Impulsivo/Descuidado e Evitativo são considerados aspectos não-adaptativos, pois tendem a relacionar-se com menor eficácia e indicadores negativos de bem-estar e saúde (Pena & Gonçalves, 2010).

Estudos apontam evidências da relação entre a habilidade de resolução de problemas e o bem-estar de cuidadores formais e informais e, ainda, sobre as implicações dessas habilidades sobre o cuidado de indivíduos dependentes. Intervenções que envolveram desenvolvimento e treino em resolução de problemas mostraram-se efetivas na diminuição de estresse experimentado por pais de crianças com danos cerebrais (Wade, Corey & Wolfe, 2006a; Wade, Corey & Wolfe, 2006b), por mães de crianças com câncer (Sahler, Fairclough, Phippis, Mulhern, Dolgin & Noll, 2005), por cuidadores familiares de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (Grant, Elliott, Weaver, Bartolucci & Giger, 2002), e de lesões na medula espinhal (Elliott, Brossart, Berry & Fine, 2008).

Elliott, Shewchuk e Richards (2001) encontraram que um estilo impulsivo ou descuidado de resolver problemas pelo cuidador interferiu negativamente nas condições de saúde do idoso cuidado, como aumento de úlceras por pressão do paciente cuidado, um ano após a primeira medida do estudo.

As habilidades de resolução de problemas refletem-se, então, na qualidade do cuidado prestado, com evidências também apontando para seus efeitos sobre o bem-estar emocional e saúde mental de cuidadores informais e familiares. Sendo assim, levanta-se a hipótese de que também sejam encontradas tais relações no âmbito do cuidado formal ou profissional de idosos dependentes. Çinar, Sozeri, Sahin, Cevahir & Say (2010), por exemplo, demonstraram que enfermeiras que possuem estilos adaptativos de habilidades de resolução de problemas apresentam um maior senso de autoeficácia, uma vez que essas habilidades são fundamentais na prestação do cuidado com qualidade, afetando diretamente a saúde e o bem-estar dos indivíduos que recebem o cuidado.

Altun (2003) salientou que as habilidades de resolução de problemas são fundamentais na atuação da enfermagem, pois enfermeiros vivenciam alguns problemas relacionados ao trabalho, tais como adversidades no âmbito institucional, a equipe e, conseqüentemente, o relacionamento interpessoal, além do cuidado com os pacientes, gerando dificuldades de lidar com a demanda, fatores esses potencialmente estressores que afetam a capacidade de resolver problemas. O autor salienta também que cuidadores que possuem habilidades ineficazes ou não-adaptativas são mais prováveis de experimentar estresse, depressão, ansiedade e piora em saúde.

Nesse sentido, justifica-se o desenvolvimento de estudos no contexto específico do cuidado formal a idosos institucionalizados realizados por profissionais que compõem equipes de enfermagem. Implicações de levantamentos a respeito das relações entre habilidades de resolução de problemas e indicadores de bem-estar podem contribuir, ainda, para a otimização e o gerenciamento do processo de cuidar de idosos. Em especial, destaca-se a relevância desses dados

ao Gestor em Gerontologia. Esse profissional está imbuído, entre outras atividades específicas, da tarefa de promover o bem-estar no trabalho, de gerar um ambiente favorável e estimular o trabalhador no aperfeiçoamento de suas competências e no alcance suas metas pessoais e profissionais (Souza, 2003), repercutindo em indicadores positivos de saúde e de satisfação com o trabalho (Siqueira & Padovani, 2008).

O presente estudo visou, portanto, a identificar habilidades de resolução de problemas e indicadores de estresse e ansiedade em profissionais que compõem equipes de enfermagem que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's). Complementarmente, buscou também analisar possíveis relações entre Habilidades de Resolução de Problemas, estresse e ansiedade.

Material e Métodos

O presente estudo é de caráter quantitativo, descritivo e correlacional, de corte transversal. Para composição da amostra de profissionais de enfermagem, foram selecionadas duas Instituições de Longa Permanência para Idosos, conveniadas com a Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, para fins de estágio do Curso de Graduação em Gerontologia. Após contato, apresentação do projeto e aprovação da realização da pesquisa pelos gestores das instituições, as respectivas equipes de enfermagem foram comunicadas. Inicialmente, foi realizado um encontro em grupos com as equipes de enfermagem, e cada profissional foi convidado a participar da pesquisa, sendo-lhe apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual foi assinado pelo mesmo. Foram agendadas entrevistas em data e horário conveniente ao profissional as quais tiveram duração de 30 minutos. A amostra total foi composta de 35 profissionais que fazem parte das equipes de enfermagem das ILPI'S, atuando como auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo sob o parecer 94.500/2012.

Instrumentos

Utilizou-se um protocolo de pesquisa composto pelas seguintes variáveis e instrumentos:

a) Variáveis sociodemográficas e ocupacionais: para levantamento de gênero, idade, estado civil, filhos, renda, ocupação, tempo de experiência profissional, experiência anterior com idosos e tempo na função;

b) Inventário de Habilidade de Resolução de Problemas Sociais - Revisado (D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002): foi utilizada a versão traduzida e validada para o Brasil por Padovani, Schelini e Williams (2009). Este inventário é composto por 25 itens do tipo escala de Likert (Não acontece comigo; Raramente acontece; Às vezes acontece; Ocorre quase sempre; e Sempre acontece). O intuito deste inventário é determinar a capacidade de resolução de problemas diários de acordo com as habilidades comportamentais e cognitivas do indivíduo, possibilitando identificar diferenças individuais em orientação frente aos problemas (positiva X negativa) e estilos predominantes de resolver problemas (Racional, Impulsivo/descuidado e Evitativo). O manual de aplicação do IRPS-R (D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2002) fornece as médias e desvios-padrão encontrados no estudo original para diferentes faixas etárias.

c) Escala de Estresse Percebido: é uma escala geral, que visa a mensurar o grau de situações estressantes percebidas pelos indivíduos, podendo, portanto, ser utilizada em diversas coortes etárias, desde adolescentes até idosos. É composta por 14 itens cujas respostas podem ser dadas em graus de intensidade de 0 a 4, sendo 0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre (Luft, Sanches, Mazo & Andrade, 2007). Altas pontuações indicam maior estresse. No presente estudo, as pontuações da amostra foram classificadas segundo sua distribuição por tercis em baixo, médio e alto estresse.

d) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Beck, Steer & Carbin, 1988) composto por 21 itens, enfatiza os aspectos somáticos da ansiedade, e permite analisar a intensidade de cada sintoma e sua especificidade. O ponto de corte utilizado para identificar ansiedade é de 10 pontos. No presente estudo, houve distribuição da amostra por níveis de ansiedade segundo classificação de Baptista e Carneiro (2011) em mínimo (0-7), leve (8-15), moderado (16-25) ou grave (26-63).

Análise dos Dados

Foi composto um banco de dados no programa computacional estatístico SPSS 19. Foram realizadas análises descritivas de frequência (%), médias, desvios-padrão das variáveis de estudo para caracterizar a amostra. Foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas com

valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas com valores de média e desvio-padrão. O teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher foram utilizados para comparar a distribuição entre as principais variáveis categóricas. Foram utilizados o teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis numéricas entre dois grupos, e o teste de Kruskal-Wallis para comparação de variáveis numéricas entre três ou mais grupos, devido à ausência de distribuição normal das variáveis. A relação entre as variáveis numéricas foi avaliada por meio do coeficiente de correlação de *Spearman*, devido à ausência de distribuição normal das variáveis.

Resultados

A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas e profissionais da amostra estudada. Observa-se que esta foi composta, em sua maioria, por mulheres (91,5%). No que diz respeito à idade, a análise da distribuição por tercís encontrou as seguintes faixas etárias: 20-29 anos (31,4%), 30-34 anos (31%), 35-45 anos (37%). Dentre os que responderam sobre o estado civil, 45,7% foi composta por solteiros. Em relação ao tempo de profissão e de atuação em ILPI, 48,5% da amostra afirma atuar na área de enfermagem, em média, há três anos, resultado semelhante ao tempo de atuação em ILPI, o que representou 60% da amostra. Cerca de 67% dos profissionais nunca trabalharam com idosos anteriormente.

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo critérios sociodemográficos e profissionais

		n	%
Gênero	Feminino	32	91,4
	Masculino	3	8,6
Idade	Faixa 1: 20 – 29 anos	11	31,4
	Faixa 2: 30 – 34 anos	11	31
	Faixa 3: 35 – 45 anos	13	37
Estado civil	Solteiro	16	45,7
	Casado	10	28,6
	Não respondeu	9	25,7
Renda	1 a 3 salários	32	91,4
	4 a 5 salários	2	5,7
	> 5 salários	1	2,9

Nível ocupacional	Auxiliar	27	77,1
	Técnico	6	17,1
	Enfermeiro	2	5,7
Tempo na profissão	0 a 3 anos	17	48,6
	3 a 6 anos	11	31,4
	6 a 9 anos	5	14,3
	9 a 12 anos	2	5,7
Tempo que trabalha na ILPI	0 a 3 anos	21	60,0
	3 a 6 anos	9	25,7
	6 a 9 anos	2	5,7
	9 a 12 anos	2	5,7
Já trabalhou com idosos antes?	12 anos e mais	1	2,9
	Sim	12	34,3
	Não	23	65,7

A pontuação média da amostra no Inventário de Resolução de Problemas Sociais (IRPS-R), na Escala de Estresse Percebido e no Inventário de Ansiedade é apresentada na Tabela 2. Em relação às habilidades de resolução de problemas, a média na pontuação total da amostra foi de 12,6 pontos (DP=2,41). O IRPS-R permite a identificação específica de duas tendências atitudinais: Orientação Positiva ao Problema (OPP) e Orientação Negativa ao Problema (ONP) e três estilos de resolução de problemas: Estilo Racional (ER), Estilo Impulsivo/Descuidado (EID) e Estilo Evitativo (EE). As maiores pontuações médias foram em Orientação Positiva ao Problema e no Estilo Racional e a menor média foi para os itens referentes ao Estilo Evitativo. A pontuação da amostra em estresse variou de 7 a 38 pontos e alcançou pontuação média de 11,3 (DP= 5,37). No Inventário de Ansiedade, a pontuação variou de 0 a 44 pontos, alcançando 5,9 pontos em média (DP=2,87). Não houve diferenças estatisticamente significativas nessas medidas, segundo critérios sociodemográficos.

Tabela 2. Pontuação média da amostra total no Inventário de Habilidades de Resolução de Problemas Sociais- Revisado (IRPS-R), na Escala de Estresse Percebido e no Inventário de Ansiedade

	Média	Desvio Padrão (DP)
IRPS-R total	12,6	2,41
Orientação Positiva (OPP)	11,3	5,37
Orientação Negativa (ONP)	5,9	2,87
Estilo Racional (ER)	11,2	5,32

Estilo Impulsivo/Descuidado (EID)	5,2	3,03
Estilo Evitativo (EE)	5,1	2,83
Escala de Estresse	11,3	5,37
Inventário de Ansiedade	5,9	2,87

Com base na pontuação média populacional fornecida pelo estudo original do IRPS-R, categorizou-se a distribuição da pontuação da amostra em: (1) “muito abaixo da média”, caso a pontuação média do indivíduo tenha sido dois desvios-padrão abaixo da média populacional; (2) “abaixo da média”, caso a média do indivíduo tenha sido um desvio-padrão abaixo da média populacional; (3) “na média; (4) “acima da média”, caso a média do indivíduo tenha sido um desvio-padrão acima da média populacional; e (5) “muito acima da média”, caso a média do indivíduo tenha sido dois desvios-padrão acima da média populacional. Tal categorização foi feita para as pontuações no inventário como um todo e para as subescalas. A Tabela 3 apresenta a distribuição percentual da amostra total quanto ao desempenho no Inventário de Habilidades de Resolução de Problemas Sociais-Revisado (IRPS-R) quando assim categorizada. Não se encontraram diferenças significativas quanto à distribuição nessas categorias, segundo critérios sociodemográficos.

Tabela 3. Distribuição percentual da amostra total quanto ao desempenho no Inventário de Habilidades de Resolução de Problemas Sociais- Revisado (IRPS-R), pontuação categorizada

IRPS-R Total				
Muito abaixo n(%)	Abaixo n(%)	Média n(%)	Acima n(%)	Muito acima n(%)
0 (0)	1 (2,9)	25 (71,4)	8 (22,9)	1 (2,9)
Orientação Positiva ao Problema				
Muito abaixo n(%)	Abaixo n(%)	Média n(%)	Acima n(%)	Muito acima n(%)
4 (11,4)	4 (11,4)	23 (65,7)	2 (5,7)	2 (5,7)
Orientação Negativa ao Problema				
Muito abaixo n(%)	Abaixo n(%)	Média n(%)	Acima n(%)	Muito acima n(%)
0 (0)	5 (14,3)	30 (85,7)	0 (0)	0 (0)
Estilo Racional				
Muito	Abaixo	Média	Acima	Muito

abaixo n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	acima n(%)
1 (2,9)	9 (25,7)	17 (48,6)	5 (14,3)	3 (8,6)
Estilo Impulsivo/Descuidado				
Muito abaixo n(%)	Abaixo n(%)	Média n(%)	Acima n(%)	Muito acima n(%)
0 (0)	4 (11,4)	30 (85,7)	1 (2,9)	0 (0)
Estilo Evitativo				
Muito abaixo n(%)	Abaixo n(%)	Média n(%)	Acima n(%)	Muito acima n(%)
0 (0)	3 (8,6)	31 (88,6)	1 (2,9)	0 (0)

A Tabela 4 apresenta a distribuição da amostra quanto à pontuação na Escala de Estresse Percebido segundo tercis. Observou-se que o primeiro terço da amostra pontuou entre sete e 16 pontos (28,5%); e os demais, entre 17 a 23 pontos (37,1%) e 24 a 38 pontos (34,2%). Tal distribuição permitiu classificar o nível de estresse percebido dos entrevistados como baixo, médio ou alto, respectivamente. Sessenta por cento da amostra estudada apresentou nível mínimo de ansiedade, enquanto apenas 2,9% apresentou nível severo de ansiedade. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em estresse e ansiedade, segundo critérios sociodemográficos.

Tabela 4. Distribuição da pontuação da amostra na Escala de Estresse e no Inventário de Ansiedade

	n	%
Estresse		
Alto	11	31,4
Médio	14	40,0
Baixo	10	28,6
Ansiedade		
Severo	1	2,9
Moderado	3	8,6
Leve	10	28,6
Mínimo	21	60

A Tabela 5 descreve os resultados da análise de correlação de postos Spearman entre as variáveis profissionais, de Resolução de Problemas e indicadores de bem-estar, a saber: tempo na profissão, tempo de serviço na ILPI, se já trabalharam com idosos antes do atual emprego, pontuação no Inventário de Resolução de Problemas Sociais-Revisado (total e subescalas), total na Escala de Estresse Percebido e no Inventário de Ansiedade.

Tabela 5. Matriz de Correlação de Spearman entre as variáveis do estudo que revelaram significância estatística

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Tempo de profissão										
2. Tempo que trabalha na ILPI	<i>r</i>	,676**								
	<i>p</i>	,000								
3. Escore total bruto Inventário de Resolução de Problemas	<i>r</i>	-,079	,002							
	<i>p</i>	,654	,992							
4. Escore bruto Domínio: Orientação Positiva	<i>r</i>	-,043	,086	,684**						
	<i>p</i>	,807	,623	,000						
5. Escore bruto Domínio: Orientação Negativa	<i>r</i>	,081	-,097	-,215	-,156					
	<i>p</i>	,644	,579	,215	,371					
6. Escore Bruto Domínio: Estilo Racional	<i>r</i>	-,019	-,119	,654**	,832**	-,057				
	<i>p</i>	,916	,497	,000	,000	,747				
7. Escore Bruto Domínio: Estilo Descuidado/Impulsivo	<i>r</i>	,091	-,161	-,323	-,345*	,424*	-,212			
	<i>p</i>	,604	,356	,059	,042	,011	,222			
8. Escore Bruto Estilo Evitativo	<i>r</i>	,190	,120	-,144	-,106	,052	-,015	,328		
	<i>p</i>	,275	,492	,410	,545	,768	,931	,054		
9. Escore total Escala de Estresse	<i>r</i>	-,090	-,116	,014	-,272	,220	-,319	,162	-,086	
	<i>p</i>	,607	,507	,936	,113	,203	,062	,354	,623	
10. Escore total Escala de Ansiedade	<i>r</i>	,108	-,204	-,184	-,246	,354*	-,134	,345*	-,095	,660**
	<i>p</i>	,537	,239	,290	,154	,037	,444	,042	,586	,000

*Significante ao nível $p < 0.05$; ** Significante ao nível $p < 0.01$.

Destacam-se, primeiramente, as correlações entre o IRPS-R e suas subescalas. Como indicativo da validade do construto e da medida de Resolução de Problemas utilizada, a pontuação total no inventário correlacionou-se positivamente com o escore e na classificação em Orientação Positiva, e com o escore e na classificação do Estilo Racional. Correlações semelhantes ocorreram entre a classificação do escore total segundo a média populacional, e o escore em Orientação Positiva e o escore em Estilo Racional, mostrando correlações negativas com escore em Orientação Negativa e na classificação da Orientação Negativa. Quanto maior o escore em Orientação Positiva,

maior pontuação no Estilo Racional (escore bruto e classificado) e menor classificação em Orientação Negativa. Houve tendência estatística na correlação entre Orientação Positiva e o escore em Estilo Impulsivo/Descuidado, bem como a classificação em estilo Impulsivo/Descuidado e Evitativo. Contudo, quanto maior a classificação em Orientação Positiva, menor a classificação em Orientação Negativa, e maior o escore e classificação do Estilo Racional. O escore e a classificação em Orientação Negativa correlacionaram-se positivamente com a classificação em Estilo Impulsivo/Descuidado.

Quanto maior a classificação em Orientação Negativa, menor a classificação no Estilo Racional.

As correlações entre as medidas de bem-estar foram positivas. Os escores em estresse correlacionaram-se positivamente com o escore e classificação da ansiedade.

Houve correlações significativas entre as variáveis profissionais entre si e com indicadores de resolução de problemas e bem-estar. Quanto maior o tempo de profissão, maior o tempo na função na ILPI. Quanto maior o tempo na ILPI, maior experiência anterior com idosos. No caso de profissionais que já trabalharam com idosos antes, houve correlação negativa com o escore em Estilo Impulsivo/Descuidado e na classificação do estresse, ou seja, quanto menor a experiência, maior o escore observado em Estilo Impulsivo/Descuidado e a classificação do estresse. As respostas quanto a trabalhar em outro emprego, além da ILPI (ou seja, resposta 1 – “sim”; 2 – “não”) correlacionaram-se negativamente com Orientação Positiva ao Problema, com o escore em Estilo Racional e na classificação do Estilo Racional e positivamente com classificação em Estilo Impulsivo/Descuidado, escore e classificação em estresse.

As variáveis de resolução de problemas correlacionaram-se da seguinte forma com os indicadores de bem-estar: quanto maior o escore e a classificação em Estilo Racional, menor a classificação em ansiedade. Quanto maior o escore e a classificação em Estilo Impulsivo/Descuidado, maior a classificação em ansiedade.

Discussão

A amostra de profissionais de enfermagem das ILPI's pesquisadas pode ser caracterizada, em linhas gerais, predominantemente feminina, relativamente jovem, e composta por auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam há pelo menos três anos com idosos. Essas características são comuns a esse contexto de trabalho, como também encontradas no estudo de Brum, Tocantins e

Silva (2005), cuja amostra consistiu em 80% de mulheres; a faixa etária média é de 36,9 anos, porém, um pouco mais experiente que a presente amostra (9,6 anos).

No que se referiu às Habilidades de Resolução de Problemas, a amostra como um todo tendeu a pontuar semelhantemente à média populacional no Inventário de Resolução de Problemas, conforme definida no Manual do Inventário de Resolução de Problemas Sociais – Revisado (D’Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2002), em que há exemplos de aplicabilidade do inventário em vários grupos populacionais e em várias coortes etárias, estabelecendo, assim, uma média com a amostra estudada.

Especificamente, pôde-se identificar que as maiores pontuações médias foram em Orientação Positiva ao Problema e no Estilo Racional, podendo ser considerada uma amostra com uma tendência adaptativa, visto que tal atitude e estilo frente ao problema são considerados indicadores de respostas positivas e de maior eficácia na resolução de problemas. Em contrapartida, as menores médias são observadas nos Estilos Impulsivo/Descuidado e Evitativo, trazendo assim benefícios, pois tais estilos podem gerar respostas ineficazes na resolução de problemas, levando ao comportamento impulsivo e motivação para o afastamento (Çinar *et al.*, 2010).

No entanto, é importante ressaltar a baixa pontuação alcançada em Orientação Positiva ao Problema, totalizando 22,8%; e no Estilo Racional, observado em pouco mais de um quarto da amostra estudada (25,7%), considerando-se que tais habilidades são recursos psicológicos que atuam na mediação entre as habilidades e as situações estressantes (Taylor, 2000).

Quanto aos indicadores de bem-estar emocional, representados no presente trabalho pelos níveis de estresse e ansiedade, em geral, a amostra também se apresentou saudável. Contudo, chama a atenção a porcentagem de indivíduos que relataram níveis moderados e altos de estresse e ansiedade. Em especial, a medida de estresse utilizada buscou identificar percepção de uma vivência atual avaliada como estressante, enquanto a medida de ansiedade buscou identificar sintomas psicofisiológicos indicativos de ansiedade. Contudo, pode-se dizer que, do ponto de vista profissional, esses dois fatores integrados levam, muitas vezes, ao desgaste psicológico, e certo afastamento afetivo entre ele e os indivíduos cuidados, podendo afetar diretamente na qualidade desse cuidado e, até mesmo, desistência da profissão (Portela, Dias, R.F.R., & Dias, P.S., 2010).

Na busca das correlações entre as variáveis do estudo, primeiramente destacam-se o exame das correlações entre os domínios do Inventário de Resolução de Problemas. Esse exame demonstrou que os dados comportaram-se na direção predita pelo construto de Resolução de Problemas Sociais. As subescalas que medem atitude e estilo adaptativo correlacionaram-se positivamente. Orientação Positiva ao Problema correlacionou-se positivamente com Estilo

Racional de RP e com o escore total no inventário. Como esperado, Orientação Positiva ao Problema correlacionou-se negativamente com o Estilo Impulsivo/Descuidado. As subescalas que medem atitude e estilos desadaptativos correlacionaram-se positivamente. Orientação Negativa ao Problema correlacionou-se positivamente com o Estilo Impulsivo/Descuidado. Houve tendências estatísticas ($p < 0,10$) de correlação positiva entre o Estilo Impulsivo/Descuidado com o Estilo Evitativo.

Interessante observar que, no que tange à Resolução de Problemas, nos seus escores totais e específicos, correlacionaram-se apenas com as medidas de ansiedade, medida essa mais fisiológica, e não de estresse que, no presente estudo, foi medida por autorrelato psicológico. É possível se pensar também na inversão da causalidade entre Habilidades de Resolução de Problemas e ansiedade, uma vez que as repercussões fisiológicas geradas pela ansiedade, tal como medidas pelo inventário, podem gerar dificuldades no processo de resolução de problemas cotidianos, e das avaliações que os indivíduos fazem a respeito dos estímulos estressantes (Medeiros & Peniche, 2006).

Sendo assim, existe a necessidade de aprofundamento dos estudos, visando a elucidar relações entre Habilidades de Resolução de Problemas e o bem-estar emocional de cuidadores formais. Futuros trabalhos deverão, por meio de medidas prospectivas e aumento na variabilidade das características da amostra de cuidadores formais, identificar a possibilidade de que as habilidades de resolução de problemas sejam possíveis medidores e/ou moderadores das relações entre ansiedade e saúde física de profissionais que cuidam formalmente de idosos (Elliott & Hurst, 2008). As práticas de gestão gerontológica no contexto dos cuidados de longa duração também poderão usufruir dessas evidências de pesquisa na busca não só do bem-estar e qualidade de vida dos cuidadores formais, mas no reflexo desse bem-estar sobre a qualidade da atenção prestada.

Referências

- Altun, I. (2003). The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. *Nurse Education Today*, 23, 575-584.
- Araújo, T.M., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C.O., & Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 424-433.
- Baptista, M.N., & Carneiro, A.M. (2011). Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. Campinas (SP): *Estudos de Psicologia*, 28(3), 345-352.

- Beck, A.T., Steer, R.A., & Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Brum, A.K.R., Tocantins, F.R., & Silva, T.J.E.S. (2005). O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 1019-1026.
- Camarano, A.A. (2010). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro (RJ): Ipea.
- Camargo, R.C.V.F. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(2). Recuperado em 01/04/2013, em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v6n2/2.pdf>>.
- Çinar, N., Sozeri, C., Sahin, S., Cevahir, R., & Say, M. (2010). Problem solving skills of the nursing and midwifery students and influential factors. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 601-606. Recuperado em 01 junho, 2013, de: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a02.pdf>>.
- Dreer, L., Berry, J., Rivera, P., Elliott, T., Swanson, M., McNeal, J., Shewchuk, R., & Miller, D. (2009). Efficient assessment of social problem-solving abilities: A rasch analysis of the social problem-solving inventory-revised. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 653-659.
- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T.J. & Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy*. (2nd ed.). New York: Springer.
- D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M., & Maydeu-Olivares, A. (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Elliott, T.R., Brossart, D., Berry, J.W., & Fine, P.R. (2008). Problem-solving training via videoconferencing for family caregivers of persons with spinal cord injuries: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1220-1229.
- Elliot, T.R., & Hurst, M. (2008). Social problem solving and health. In: Walsh, W.B. (Ed.). *Biennial Review of Counseling Psychology*. New York: Lawrence Erlbaum Press, 295-314.
- Elliot, T.R., Shewchuk, R.M., & Richards, J.S. (2001). Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 223-232.
- Grant, J.S., Elliott, T.R., Weaver, M., Bartolucci, A.A., & Giger, J.N. (2002). A telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*, 33, 2060-2065.
- Gutierrez, B.A.O. (2003). *O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva*. Tese de doutorado em Enfermagem. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Luft, C.D.B., Sanches, S.O., Mazo, G.Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606-615.
- Medeiros, V.C.C., & Peniche, A.C.G. (2006). A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 86-92.
- Nezu, A.M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35, 01-33.
- Padovani, R.C. (2003). *Resolução de problemas com adolescentes em conflito com a lei: uma proposta de intervenção*. Dissertação de mestrado. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos.

- Padovani, R.C., Schelini, P.W., & Williams, L.C.A. (2009). Inventário de resolução de problemas sociais – revisado: evidências de validade e precisão. *Avaliação Psicológica*, 8(2), 267-276.
- Pena, A.P.S., & Gonçalves, J.R.L. (2010). Assistência de enfermagem aos familiares cuidadores de alcoolistas. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 6(1), 1-13. Recuperado em 18 junho, 2013, de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100010&lng=pt&nrm=iso>.
- Portela, M.R., Dias, R.F.R., & Dias, P.S. (2010). Desafios e perspectivas da enfermagem gerontológica: o olhar dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 9(2), 226-237.
- Rivera, P., Elliott, T.R., Berry, J.W., & Grant, J.S. (2008). Problem solving training for family caregivers of persons with traumatic brain injury: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 931-941.
- Roberts, J.D., While, A.E., & Fitzpatrick, J.M. (1993). Problem solving in nursing practice: application, process, skill acquisition and measurement. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 886-891.
- Sahler, O.J.Z., Fairclough, D.L., Phipps, S., Mulhern, R.K., Dolgin, M.J., Noll, R.B. *et al.* (2005). Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer: Report of a multisite randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 272-283.
- Siqueira, M.M.M., & Padovani, V.A.R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Souza, T.M. (2003). *O gerenciamento no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal e a qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem*. Dissertação de mestrado em Enfermagem. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Taylor, C. (2000). Clinical problem-solving in nursing: insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 842-849.
- Wade, S.L., Carey, J., & Wolfe, C.R. (2006a). An online family intervention to reduce parental distress following pediatric brain injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 445-454.
- Wade, S.L., Carey, J., & Wolfe, C.R. (2006b). The efficacy of an online cognitive-behavioral family intervention in improving child behavior and social competence in pediatric brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 51, 179-189.
- Yunes, M.A.M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. Maringá (PR): *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.

Recebido em 25/05/2014

Aceito em 25/06/2014

Ahlam Ghandour – Gerontóloga formada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: ahlamgh10@hotmail.com

Ricardo da Costa Padovani - Psicólogo, Professor Adjunto II do Curso de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista.

E-mail: ricardo.padovani@unifesp.br

Samila Sathler Tavares Batistoni - Psicóloga, Prof.^a Dr.^a no Curso de Graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: samilabatistoni@usp.br