UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANDREA BEZERRA RODRIGUES

***BURN OUT* E ESTILOS DE *COPING* EM ENFERMEIROS QUE
ASSISTEM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

São Paulo
2006

ANDREA BEZERRA RODRIGUES

***BURN OUT* E ESTILOS DE *COPING* EM ENFERMEIROS QUE
ASSISTEM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do Título
de Doutor em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem em Saúde do Adulto
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Correa Chaves

**São Paulo
2006**

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Rodrigues, Andrea Bezerra

Burn out e estilos de coping em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos. /Andrea Bezerra Rodrigues. -- São Paulo, 2006.

xxiv, 143p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Orientadora: Prof^a Dr^a Eliane Correa Chaves

1. Estresse profissional. 2. Enfrentamento. 3. Enfermeiros. 4. Oncologia.

*“O ser humano é capaz de adaptar-se
ao meio ambiente desfavorável, mas*

esta adaptação não ocorre impunemente”.

(L evi, 1971)

Dedicatória

Dedico esse trabalho aos meus pais, Manoel Albuquerque Rodrigues e Tania Maria Bezerra Rodrigues, ao meu irmão Daniel Bezerra Rodrigues e à minha avó Dalila Lopes Bezerra, pelo amor e incentivo e por representarem a segurança em todos os momentos da minha vida.

Agradecimentos

À todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização dessa pesquisa meus sinceros agradecimentos.

Em especial

À minha querida orientadora, Prof^a. Dr^a. Eliane Correa Chaves, que no decorrer do Mestrado ensinou-me os caminhos da pesquisa e do pensamento crítico. Agora, no Doutorado, demonstrou carinho, incentivo, interesse e propiciou valiosos ensinamentos tanto profissionais quanto de vida;

Aos meus pais, por serem meus pais.

Ao meu esposo José Humberto Sandoval, por compreender os meus momentos de ausência.

À Prof^a. Dr^a. Olga Guilhermina Dias Farah, por ter aceito carinhosamente cooperar com esse estudo, apesar da escassa disponibilidade de tempo.

Às amigas Maria Jacinta Gomes Braga, Solange Sphangero Mascarenhas Chagas e Patrícia Peres de Oliveira, pelas palavras amigas nas horas difíceis.

À Professora Denise Lorenzetti, pois, sem sua compreensão, teria sido inviável a coleta de dados da pesquisa.

A todos os colegas e amigos da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein pelo estímulo.

Aos Comitês de Ética dos hospitais onde a pesquisa foi realizada por ter tornado viável a coleta de dados da pesquisa e pelos elogios dispensados ao projeto de pesquisa.

À Gerência de Enfermagem dos hospitais do estudo pela confiança e apoio no momento da coleta de dados da pesquisa.

À Prof^a. Maria do Rosário Oliveira Latorre, que com paciência e competência, fez a análise estatística.

À Hdena Tieko e Ieda Regina Stavarengo, responsáveis pelo serviço da Secretaria de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela cordialidade e atenção dispensadas.

À bibliotecária Denise Moura pela paciência e disponibilidade e pela revisão das referências bibliográficas.

Ao amigo Daniel Campanhã sem o qual teria sido inviável a coleta de dados dessa pesquisa.

A todos os enfermeiros participantes desse estudo que, de forma ímpar, contribuíram não só para a realização da pesquisa, mas, fundamentalmente, pela valiosa contribuição para a Enfermagem.

Sumário

Lista de Quadros.....	vii
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Figuras.....	xi
Resumo.....	xii
Abstract.....	xii
Resumo em Espanhol.....	xiv
1. Introdução.....	1
1.1 Introduzindo o tema.....	1
1.2 Aspectos teóricos e conceituais sobre estresse, <i>burn out</i> e <i>coping</i>	6
2. Objetivos.....	23
3. Casuística e Método.....	25
3.1 Tipo de estudo.....	25
3.2 Campo do estudo.....	25
3.3 População do estudo.....	26
3.4 Descrição dos instrumentos para coleta de dados.....	27
3.5 Procedimentos éticos.....	35

3.6 Procedimento para coleta de dados.....	35
3.7 Teste piloto.....	37
3.8 Análise estatística.....	37
3.8.1 Agrupamento dos dados coletados.....	37
3.8.2 Caracterização da amostra, agrupamento dos estressores e apresentação dos escores de <i>burn out</i> e <i>coping</i>	38
3.8.3 Avaliação da confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados.....	39
3.8.4 Apresentação das comparações entre as variáveis <i>burn out</i> , estratégias de <i>coping</i> , estressores e características demográficas e ocupacionais.....	39
4. Apresentação dos resultados.....	41
4.1 Caracterização da população do estudo.....	42
4.2 Descrição dos estressores identificados pelos enfermeiros	44
4.3 Descrição dos resultados referentes aos estilos de <i>coping</i>	45
4.4 Descrição dos resultados referentes ao <i>burn out</i>	47
4.5 Apresentação dos resultados da associação entre o <i>burn out</i> e as características demográficas e ocupacionais	56
4.6 Apresentação dos resultados relativos à correlação entre os estressores, o <i>burn out</i> e os estilos de <i>coping</i>	61
4.7 Apresentação dos resultados relativos à correlação entre os estressores e os estilos de <i>coping</i>	70
5. Discussão dos resultados.....	79
6. Conclusões.....	106
7. Considerações Finais	113
8. Referências Bibliográficas.....	116

Anexos

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	128
Anexo B. Inventário de Dados Demográficos e Ocupacionais.....	130
Anexo C. Inventário de <i>Burn Out</i> de Maslach e Jackson.....	131
Anexo D. Inventário de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus adaptado por Savóia.....	133
Anexo E. Carta de autorização para pesquisa.....	137
Anexo F. Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa.....	138
Anexo G. Coeficiente de Confiabilidade Alfa de Cronbach para os itens das Dimensões de <i>Burn Out</i>	139
Anexo H. Coeficiente de Confiabilidade Alfa de Cronbach para os fatores de <i>Coping</i> .	141
Anexo I. Estatística Descritiva dos Indicadores de <i>Coping</i>	143

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Distribuição da população de enfermeiros oncologistas, segundo sexo, faixa etária, estado civil, possuir título de especialista em Oncologia e opção por trabalhar em Oncologia. São Paulo; 2005.....	42
Tabela 2.	Distribuição da população de enfermeiros oncologistas segundo tempo de atuação na profissão e tempo de atuação em Oncologia. São Paulo; 2005.....	43
Tabela 3.	Distribuição da população de enfermeiros oncologistas segundo tempo de atuação na profissão e tempo de atuação em Oncologia. São Paulo; 2005.....	43
Tabela 4.	Distribuição da população de enfermeiros oncologistas segundo o estressor. São Paulo; 2005.....	44
Tabela 5.	Coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach para os fatores de <i>coping</i> . São Paulo; 2005.....	45
Tabela 6.	Estatística descritiva dos fatores do inventário de <i>coping</i> . São Paulo; 2005.....	46
Tabela 7.	Estatística descritiva dos fatores do inventário de <i>coping</i> corrigidos. São Paulo; 2005.....	46
Tabela 8.	Coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach para as dimensões de <i>burn out</i> . São Paulo; 2005.....	47
Tabela 9.	Estatística descritiva das questões e dimensões do inventário de <i>burn</i>	48

	<i>out.</i> São Paulo; 2005.....	
Tabela 10.	Escores dos enfermeiros em desgaste emocional. São Paulo; 2005.....	49
Tabela 11.	Escores dos enfermeiros em despersonalização. São Paulo; 2005.....	50
Tabela 12.	Escores dos enfermeiros em incompetência profissional. São Paulo; 2005.....	51
Tabela 13.	Distribuição dos enfermeiros segundo apresentação de desgaste emocional, despersonalização e incompetência profissional. São Paulo; 2005.....	52
Tabela 14.	Enfermeiros segundo classificação de despersonalização e incompetência profissional. São Paulo; 2005.....	53
Tabela 15.	Enfermeiros segundo classificação de despersonalização e desgaste emocional. São Paulo; 2005.....	54
Tabela 16.	Enfermeiros segundo classificação de incompetência profissional e desgaste emocional. São Paulo; 2005.....	55
Tabela 17.	Correlação da estatística descritiva das variáveis quantitativas com o nível de desgaste emocional. São Paulo; 2005.....	56
Tabela 18.	Correlação entre características demográficas, ocupacionais e os níveis de desgaste emocional. São Paulo; 2005.....	57
Tabela 19.	Correlação entre a estatística descritiva das variáveis quantitativas e os níveis de despersonalização. São Paulo; 2005.....	58
Tabela 20.	Correlação de características sócio-demográficas e ocupacionais com os níveis de despersonalização. São Paulo; 2005.....	58
Tabela 21.	Correlação entre a estatística descritiva das variáveis quantitativas e os níveis de incompetência profissional. São Paulo; 2005.....	59
Tabela 22.	Fatores associados à presença de incompetência profissional, número e porcentagem de enfermeiros segundo características sócio-demográficas e ocupacionais. São Paulo; 2005.....	60

Tabela 23.	Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de <i>coping</i> e os níveis de desgaste emocional frente ao estressor óbito. São Paulo; 2005.....	62
Tabela 24.	Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de <i>coping</i> e os níveis de despersonalização frente ao estressor óbito. São Paulo; 2005.....	63
Tabela 25.	Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de <i>coping</i> e os níveis de incompetência profissional frente ao estressor óbito. São Paulo; 2005.....	64
Tabela 26.	Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de <i>coping</i> e os níveis de desgaste emocional frente ao estressor relacionamento com equipe de enfermagem e médica. São Paulo; 2005.....	65
Tabela 27.	Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de <i>coping</i> e os níveis de despersonalização frente ao estressor relacionamento com equipe de enfermagem e médica. São Paulo; 2005.....	66
Tabela 28.	Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de <i>coping</i> e os níveis de incompetência profissional frente ao estressor relacionamento com equipe de enfermagem e médica. São Paulo; 2005.....	67
Tabela 29.	Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de <i>coping</i> e os níveis de desgaste emocional frente ao estressor emergência. São Paulo; 2005.....	68
Tabela 30.	Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de <i>coping</i> e os níveis de despersonalização frente ao estressor emergência. São Paulo; 2005.....	69
Tabela 31.	Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de <i>coping</i> e os níveis de incompetência profissional frente ao estressor emergência. São Paulo; 2005.....	70

Lista de Figuras

Figura 1.	Modelo de Processamento de Estresse e <i>Coping</i> de Lazarus e Folkman; 1984.....	7
Figura 2.	Médias dos estilos de <i>coping</i> segundo o estressor óbito. São Paulo; 2005...	71
Figura 3.	Médias dos estilos de <i>coping</i> segundo o estressor relacionamento com equipe de enfermagem/médica. São Paulo; 2005.....	72
Figura 4.	Médias dos estilos de <i>coping</i> segundo o estressor emergência. São Paulo; 2005.....	73
Figura 5.	Médias dos estilos de <i>coping</i> segundo o estressor relacionamento com paciente/família. São Paulo; 2005.....	74
Figura 6.	Médias dos estilos de <i>coping</i> segundo o estressor processo de trabalho. São Paulo; 2005.....	75

Lista de Quadros

Quadro 1	Inventário de <i>Burn out</i> de Maslach e Jackson - Escala de conversão.....	30
Quadro 2	Fatores, estratégias de enfrentamento e variação do Inventário de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus.....	34

Resumo

Rodrigues AB. *Burn out* e estilos de *coping* em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006. 143 p.

Esse estudo descritivo-exploratório e correlacional apropriou-se da abordagem quantitativa e teve como objetivo caracterizar e analisar o *burn out* de enfermeiros oncológicos¹, considerando suas relações com variáveis pessoais e ocupacionais. A população foi composta por 77 enfermeiros que atuavam em unidades de Oncologia clínica e cirúrgica de cinco hospitais do município de São Paulo. Foram utilizados, para a coleta de dados, três instrumentos: um inventário de dados demográficos e ocupacionais construído pela autora, o inventário de *Burn out* de Maslach e Jackson e o inventário de *Coping* de Folkman e Lazarus. Os resultados apontaram que 53,3% dos enfermeiros apresentavam algum sintoma de *burn out*, sendo 29,9% com alteração em uma das dimensões, 14,3% com alteração em duas dimensões e 9,1% com alteração nas três dimensões. Não foi verificada para a população estudada diferença estatisticamente significativa entre as variáveis demográficas e ocupacionais selecionadas com o *burn out*. Os principais estressores identificados pelos enfermeiros foram: o óbito, o relacionamento com a equipe médica e de enfermagem e as situações de emergência. Houve diferença, estatisticamente significativa, entre a dimensão incompetência profissional, o estressor óbito e a utilização do *coping* suporte social e fuga esquivada; e entre a dimensão desgaste emocional, relacionamento com equipe médica e de enfermagem e a utilização do *coping* fuga esquivada. Os enfermeiros utilizaram em maior proporção os estilos de

¹ Será utilizado nesse estudo o termo enfermeiro “oncológico”, pois de acordo com Campos (2005), o termo oncológico reflete mais enfaticamente a realidade do paciente acometido com câncer.

coping resolução de problema e reavaliação positiva e, o estilo de *coping* menos utilizado, referiu-se à fuga esquivada.

Unitermos: *Burn out*. Estresse. *Coping*. Enfrentamento. Enfermeiro. Oncologia.

Abstract

Rodrigues AB. Burn out and the coping styles used by oncology nurses that assist oncology patients. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006. 143p.

This descriptive exploratory and correlative study adopted the quantitative method and the aim was to characterize and analyse the burn out among oncology nurses regarding the relations with personal and occupational variables. The sample was represented by 77 nurses working in oncology clinical and surgical units in five hospitals in the city of São Paulo. Three tools were used for the data collect: a demographic and occupational inventory data made by the author, the Maslach and Jackson Burn out Inventory and the Folkman and Lazarus Coping Inventory. The results showed that 53,3% of the nurses demonstrated some kind of symptom of burn out, being 29,9% with alteration in one dimension, 14,3% with alteration in two dimensions and 9,1% with alteration in three dimensions. It wasn't verified in this sample any important statistic difference between the demographic and occupational variables and burn out. The main stressors identified by the nurses were the death and dying, the conflict with doctors and the nursing team and the emergency situations. There was a statistic difference between personal accomplishment dimension and the stressor death and dying and the copings social support and escape. Also between the emotional exhaustion dimension and the stressor conflict with doctors and nursing team and the coping escape. The nurses used more frequently problem solving and positive reappraisal as coping styles, and the less used was the act of escaping.

Uniterms: Burn out. Stress. Coping. Nurse. Oncology.

Resumen

Rodrigues AB. *Burn out* y estilos de *coping* en enfermeros que asisten pacientes oncológicos. [tese] São Paulo (SP): Escuela de Enfermería de la USP; 2006. 143 p.

Este estudio descriptivo-exploratorio y correlacional utilizó el abordaje cuantitativo y tuvo como objetivo caracterizar y analizar el *burn out* de enfermeros oncologistas considerando sus relaciones con variables personales y ocupacionales. La población consistía de 77 enfermeros que actuaban en unidades de oncología clínica y quirúrgica de cinco hospitales del municipio de São Paulo. Fueron utilizados para colecta de datos tres instrumentos: un inventario de datos demográficos y ocupacionales construido por la autora, el inventario de *Coping* de Folkman y Lazarus. Los resultados apuntaron que 53.3% dos enfermeros presentaban algún síntoma de *burn out*, siendo 29.9% con alteración en las tres dimensiones. No se ha verificado en la población estudiada cualquier diferencia estadísticamente significativa entre las variables demográficas y ocupacionales seleccionadas con el *burn out*. Los principales estresores identificados por los enfermeros fueron el óbito, la relación con el equipo médico y de enfermería y las situaciones de emergencia. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre la dimensión incompetencia profesional, el estresor óbito y la utilización de *coping* soporte social y fuga esquivada; y entre la dimensión desgaste emocional, relación con el equipo médico y de enfermería y la utilización del *coping* fuga esquivada. Los enfermeros utilizan más los estilos de *coping* resolución de problema y re-evaluación positiva y el estilo *coping* menos utilizado es de fuga esquivada.

Unitérminos: *Burn out*. Estrés. *Coping*. Enfrentamiento. Oncologia.

“Nada é mais importante do que criar um ambiente no qual as pessoas sintam que fazem uma diferença. Não há como se sentir bem em relação ao que você está fazendo sem acreditar que está fazendo uma diferença”.

(Jack Stack)

1. Introdução

1. Introdução

1.1 Introduzindo o tema

O exercício da enfermagem em Oncologia pode demandar do enfermeiro um grande investimento mental e afetivo à medida que implica lidar com uma doença grave, cuidar de pacientes fora de possibilidade de cura e terminais; a necessidade de cuidados intensivos e também prolongados, e a elevada proximidade com a família. Esses fatores associados à natureza do câncer como doença, a complexidade dos tratamentos, o cuidado de pacientes que possuem labilidade emocional, a alta complexidade do cuidado, o intenso envolvimento com pacientes e familiares, os conflitos interdisciplinares e éticos, e a baixa moral na equipe são considerados fatores de estresse em Oncologia (Chacón Roger e Grau Abalo 1997, Penson et al 2000, Medland et al 2004, Comitê Psicossocial da Sociedade internacional de Oncologia Pediátrica 2004).

Lykholm (2001) chama a atenção para a pequena quantidade de publicações sobre o estresse ocupacional do profissional em Oncologia, em contraponto ao

grande número de estudos sobre como ajudar pacientes e familiares a lidar com o estresse.

Os estudos brasileiros sobre o tema tratam do sofrimento psíquico² e fatores considerados estressantes pelos enfermeiros atuantes em Oncologia, mas não avaliam quantitativamente os níveis de estresse ocupacional que esses profissionais apresentam.

Isso pôde ser constatado ao realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema e ao entrar em contato com os resultados da revisão integrativa de literatura realizada por Campos (2005) sobre as publicações de *burn out* na enfermagem em Oncologia. A autora realizou uma ampla busca em bases de dados nacionais e internacionais no período de 1993 a 2004. Os resultados foram apresentados em sua dissertação de mestrado e mostraram que, no Brasil, não foi identificada nenhuma publicação sobre *burn out* em enfermeiros oncologistas no período pesquisado que averiguasse, quantitativamente, os níveis de *burn out*.

Alguns estudos brasileiros têm abordado o tema utilizando a metodologia qualitativa, na maior parte das vezes. Entre eles, está o estudo de doutoramento de Popim (2001), que realizou uma pesquisa em um hospital especializado no atendimento de pacientes oncológicos. A autora buscou compreender o cuidado de enfermagem em Oncologia sob a ótica das enfermeiras que atuavam nas unidades de internação de Oncologia e central de quimioterapia. A pesquisadora utilizou a abordagem fenomenológica e identificou que o cuidado de enfermagem em

³ Os termos estresse ocupacional e sofrimento psíquico no trabalho são utilizados em diferentes estudos e englobam-se na mesma esfera, a do sofrimento no trabalho. Portanto, serão utilizados nesta pesquisa como sinônimos.

Oncologia revestia-se de grande complexidade, que ia para além da esfera técnico-científica, com implicação em várias facetas do seu existir, dado seu esforço para viabilizar um cuidado ético.

As falas das enfermeiras, abordadas nesse estudo, revelaram explicitamente a presença de um desgaste físico ao lado de um desgaste emocional e a busca por estratégias que as aliviasse dessa carga, como o lazer e a terapia individual. Referiram-se também à necessidade de espaços para discutir os sentimentos, aliviar tensões e ajudar a falar sobre as coisas difíceis que faziam parte do seu mundo de trabalho.

Boemer e Valle (1988) investigaram o significado do cuidar da criança com câncer junto a enfermeiras de um hospital-escola na cidade de Ribeirão Preto através dos discursos das mesmas em relação ao tema. Os discursos revelaram esse trabalho como difícil no que se refere ao tratamento físico e ao relacionamento com a família da criança doente. Apontaram também o desgaste emocional a que estão sujeitos esses profissionais na ocasião do agravamento da doença e da morte da criança, e a carência de maior preparo na área. Em outras falas, evidenciou-se o desgaste destas enfermeiras ao cumprir uma prescrição médica quando esta não era aprovada pelas declarantes; geralmente prescrições que implicavam em procedimentos invasivos e dolorosos para a criança.

Uma pesquisa realizada por Silva e Kirschbaum (1998) com enfermeiros de um serviço de Oncologia em São Paulo identificou que os fatores que mais desencadearam sofrimento psíquico neste grupo envolveram três grupos de situações: as relacionadas ao trabalho, ao tipo de paciente e ao tipo de doença. Dentre os fatores relacionados ao primeiro grupo, encontraram-se a complexidade da assistência, com

alta exigência técnica, o envolvimento com o paciente, o conflito entre a concepção do enfermeiro e a atitude profissional ética, bem como a falta de preparo na área de Oncologia. As situações descritas pelos enfermeiros que se relacionaram com o tipo de paciente incluíram as dificuldades físicas para lidar com o mesmo, pois, muitas vezes este ficava acamado e havia falta de recursos hospitalares, e o fator idade, ou seja, quanto mais jovem era o paciente, mais difícil para o enfermeiro fornecer assistência. A falta de preparo do enfermeiro para lidar com a morte foi o principal fator dentre as situações referentes ao tipo de doença.

Outra pesquisa realizada com enfermeiros e auxiliares de enfermagem de uma instituição do interior de São Paulo analisada por Labate, Ribeiro e Bosco (2001) sobre as fontes de estresse destes profissionais, identificou que a situação de morte do paciente foi causadora de maior sofrimento psíquico nesse grupo. Esse mesmo estudo identificou, ainda, a falta de autonomia da equipe de enfermagem em alguns procedimentos como causadora de sofrimento psíquico.

Em sua dissertação de mestrado, Ferreira (1996) estudou as emoções e os modos de enfrentamento de um grupo de 40 enfermeiras frente ao cuidado do paciente oncológico de uma instituição especializada da cidade de São Paulo. Para isto utilizou diferentes técnicas de coleta de dados: formulários, entrevistas estruturadas e semi-estruturadas e observação de campo. Identificou as seguintes emoções por ordem decrescente de incidência: carinho/caridade, compaixão, alegria/satisfação, angústia/ansiedade, entre outras. Como formas de enfrentamento surgiram técnicas de distanciamento e negação das emoções, procura por ajuda na religião, busca de distrações, entre outras. Além disso, foram relatados pelas enfermeiras fatores gratificantes e fatores difíceis no trabalho de Oncologia. Entre os

fatores gratificantes estavam ajudar o paciente, ter contato com o doente e conhecer e aprender sobre a doença. Entre os fatores difíceis situaram-se: o sofrimento e a morte do paciente, a impotência diante da doença, as múltiplas internações e a falta de funcionários qualificados na área. A falta de qualificação em Oncologia foi outro fator identificado nesse estudo como gerador de medo e insegurança nos enfermeiros, o que poderia conduzir a um estresse ocupacional.

Rodrigues e Chaves (2000) estudaram as emoções e as representações de enfermeiros que assistiam pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas e terminais frente à sua morte. O estudo foi realizado em duas unidades de internação de Oncologia de um hospital geral de grande porte do município de São Paulo, e identificou que a morte suscitou sentimento de impotência no grupo analisado, assim como raiva, tanto de si quanto do paciente e do médico. Também gerou alívio, entre outras emoções. As representações dos enfermeiros sobre a morte do paciente oncológico foram desconhecimento e passagem para outra vida. Essa elaboração religiosa, representada pelo significado “passagem para outra vida” parece ter sido a solução encontrada para amenizar as emoções das enfermeiras, como a impotência e a raiva, diante da morte do paciente.

Ainda com relação à morte do paciente oncológico, outro estudo não-experimental realizado com 261 profissionais, que atuavam em Oncologia, identificou que esse evento foi um forte estressor (Kash et al 2000).

Em outros países, o *burn out* tem sido largamente estudado com relação à profissão de enfermagem em Oncologia. Alguns desses estudos tem se detido na identificação dos escores de *burn out* em enfermeiros oncologistas, na comparação desses escores entre os enfermeiros dessa especialidade clínica com outras, na

correlação entre o *burn out* e variáveis demográficas e ocupacionais, ou ainda procurando relacionar a prevalência da síndrome com satisfação no trabalho.

Para uma melhor compreensão do fenômeno estudado, faz-se necessária uma revisão sobre os aspectos teóricos do *burn out* e do *coping*.

1.2 Aspectos teóricos e conceituais sobre estresse, *burn out e coping*³

Para tratar-se dos referenciais teóricos sobre *burn out e coping* faz-se necessário abordar inicialmente as bases teóricas do stress, uma vez que estas correspondem às origens daquele.

Os primeiros estudos sobre estresse tiveram seu início a partir da metade do século XIX, com Claude Bernard, ao afirmar que o organismo se modifica em decorrência das mudanças que ocorrem no meio ambiente, e, que para mantê-lo estável internamente é necessário que sejam dispendidos esforços adaptativos.

No entanto, foi Hans Selye, um endocrinologista canadense, que se baseou no conceito de homeostase para descrever esta adaptação.

³ Por não haver, na língua portuguesa, uma palavra única que expresse a complexidade dos termos *coping* e *burn out*, e para facilitar a recuperação de informações por interessados no tema, optou-se por utilizar a sua versão em inglês.

Em suas primeiras experiências, em 1936, chamou de Síndrome da Adaptação Geral um conjunto de respostas inespecíficas que ocorriam no organismo, conseqüentes a qualquer estímulo nocivo.

A seguir, definiu o termo estresse como “um estado que se caracteriza por uma alteração fisiológica processada no organismo, quando este se encontra em uma situação que requeira dele, uma reação mais forte que aquela que corresponde à sua atividade normal” (Selye 1959).

Em 1975, Selye descreveu a reação neuroendocrinológica ao estresse. Considerava que, embora os fatores estressantes fossem diversos e variados, a reação fisiológica proveniente de um estímulo ocorria, principalmente, através do eixo hipotálamo-hipofisário e glândulas supra-renais, onde ocorre a liberação de hormônios responsáveis pelo preparo do organismo para a reação de estresse (Vasconcellos 1992).

Os conceitos de Selye foram validados e ampliados posteriormente particularmente àqueles que descrevem a ação de alguns hormônios. Dentre estes hormônios, estão os mineralocorticóides e os glicocorticóides. Os últimos levando o organismo a captar e recrutar energia, acelerando o metabolismo de glicose, lipídeos, proteínas e carboidratos. Concomitantemente, inibindo a produção de anticorpos, aumenta a coagulabilidade sanguínea e a produção de suco digestivo.

Já os mineralocorticóides, além de estimular a reabsorção ativa de sódio e transporte de sódio e potássio, através da membrana celular, alteram o metabolismo de órgãos como rins, baço, intestino e glândulas sudoríparas (Guyton 1986).

Posteriormente, em meados da década de 80, outros autores trouxeram importantes contribuições para uma análise mais abrangente do tema, incorporando o

papel do aparelho psíquico, que até aqui tinha uma abordagem puramente biológica. Neste caminho, Lazarus e Folkman (1984) propuseram uma definição mais abrangente de estresse: “uma resposta a qualquer evento que demande do ambiente externo ou interno, e que exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ao sistema social”.

Para esses autores, todo evento é submetido a uma avaliação cognitiva do sujeito que a experimenta. Esta avaliação é definida como “um processo de categorização de um encontro, com o foco no propósito ou no significado desse encontro”.

Esquemáticamente, ela ocorreria a partir de etapas (Figura 1).

- ***Avaliação primária:*** o indivíduo avalia uma situação específica como ameaçadora, desafiadora ou neutra. A resposta se dá de maneira intuitiva e automática para, a seguir, iniciar a atividade de avaliação cognitiva de acontecimento. O processo avaliativo ocorre em estruturas cerebrais específicas como o sistema límbico, tálamo e hipotálamo.
- ***Avaliação secundária:*** após a avaliação primária do evento, pode iniciar-se a segunda fase do processo. É um esforço cognitivo e comportamental, realizado para dominar, tolerar ou reduzir as demandas externas e internas, que Lazarus e Folkman (1984) denominaram “*coping*”. Este é o produto da relativização da avaliação do potencial de agressão que o estressor pode causar frente às possibilidades de enfrentamento que o sujeito possui. Envolve uma avaliação cognitiva, tanto lógica quanto simbólica do estressor e já

envolve a busca de estratégias disponíveis para administrá-lo, seja eliminando-o, adaptando-se a ele ou neutralizando a emoção que ele mobilizou.

- **Reavaliação:** após a utilização de determinadas estratégias, os resultados alcançados são avaliados e, caso não sejam satisfatórios, novas estratégias serão utilizadas. Para aqueles processos onde se observa sucesso, a reação do organismo passa a não ser mais de estresse. Mas, se ocorrer o inverso, desencadeiam-se processos orgânicos e psíquicos, com graves conseqüências à saúde do indivíduo (Lazarus e Folkman 1984)

Figura 1. Modelo de Processamento de Estresse e *Coping* (Lazarus e Folkman, 1984).

Formato adaptado pela autora.

Desde o início do século, pesquisadores vinculados à psicologia do ego têm concebido o *coping*, enquanto correlato aos mecanismos de defesa, motivado interna e inconscientemente como forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos (Vaillant 1994). Eventos externos e ambientais, posteriormente incluídos como possíveis desencadeadores dos processos de *coping* foram, a exemplo dos mecanismos de defesa, categorizados hierarquicamente no sentido dos mais imaturos aos mais sofisticados e adaptativos (Tapp 1985). Assim, para esta primeira geração de pesquisadores, o estilo de *coping*, utilizado pelos indivíduos, era concebido como estável numa hierarquia de saúde versus psicopatologia.

A partir desta perspectiva inicial, algumas distinções foram sendo feitas no sentido de diferenciar os mecanismos de defesa do *coping* propriamente dito. A principal modificação feita neste sentido consistiu na distinção entre os comportamentos associados aos mecanismos de defesa, classificados como rígidos e originários de questões do passado, e derivados de elementos inconscientes. Já os comportamentos associados ao *coping* foram classificados como mais flexíveis, propositais, adequados à realidade e orientados para o futuro, com derivações conscientes (Folkman, Lazarus 1980).

A partir da década de 60, uma segunda geração de pesquisadores apontou para uma nova perspectiva com relação ao *coping*. Essa nova tendência buscou enfatizar os comportamentos de *coping* e seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls 1996).

Numa perspectiva cognitivista, Folkman e Lazarus (1984) propuseram um modelo que divide o *coping* em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. No primeiro, a pessoa tenta definir o problema que vivencia, procurando soluções alternativas para superá-lo ou controlá-

lo e opta entre elas. Já no *coping* centrado nas emoções, há a procura de estratégias que derivam de processos defensivos como evitar, distanciar-se, e buscar valores positivos em eventos negativos como forma de resingnificá-los e diminuir sua importância emocional. Mecanismos de defesa inconscientes e não-intencionais, como negação, deslocamento e regressão, não podem ser considerados como estratégias de *coping*.

É importante distinguir o que os pesquisadores têm denominado estratégias de *coping* e estilos de *coping*. Em geral, o estilo de *coping* tem sido mais relacionado a características de personalidade, enquanto as estratégias referem-se a ações cognitivas ou de comportamento tomadas no curso de um episódio particular de estresse (Ryan-Wenger 1992).

Carver e Scheier (1994) definem o estilo de *coping* não em termos de preferência de um aspecto deste sobre outros, mas em termos de tendência a usar uma estratégia de *coping* em maior ou menor grau, frente a situações de estresse.

Ao contrário dos estilos de *coping*, ligados a fatores disposicionais do indivíduo, as estratégias de *coping* têm sido vinculadas a fatores situacionais. Folkman e Lazarus (1980) enfatizaram o papel assumido pelas estratégias de *coping*, apontando que estas podem mudar de momento para momento, durante os estágios de uma situação estressante.

Mais recentemente, uma terceira geração de pesquisadores tem se voltado para o estudo das convergências entre *coping* e personalidade. Essa tendência tem sido motivada, em parte, pelas evidências que indicam que fatores situacionais não são capazes de explicar toda a variação nas estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos. Os traços de personalidade mais amplamente estudados que se

relacionam às estratégias de *coping* são otimismo, rigidez, auto-estima e *locus* de controle (Carver e Scheier 1994, Parkes 1984).

A forma com que o indivíduo escolhe suas estratégias de *coping* está determinada, em parte, por seus recursos internos e externos os quais incluem saúde, crenças, responsabilidade, suporte, habilidades sociais e recursos materiais. As crenças dizem respeito a idéias e julgamentos que os indivíduos possuem acerca da realidade em que vivem, a normas, e sua função é servir como guia para a compreensão do significado da realidade.

Apoiado em suas crenças, diante de uma ameaça, o indivíduo levantará expectativas generalizadas de controles internos e externos a ele próprio.

Essa idéia foi descrita como *lôcus* de controle, ou seja, a percepção individual sobre a possibilidade de controle de eventos. O *lôcus* de controle interno refere-se à percepção individual de que existe a possibilidade de controlar eventos pela própria capacidade, potencialidade ou esforço pessoal. Os indivíduos com orientação interna teriam maiores possibilidades de enfrentamento do estressor do que os indivíduos com orientação externa (Parkes 1984).

Dessa forma, a obtenção do controle do estresse poderia ser vinculada não essencialmente sobre o controle do meio externo, mas sobre o substrato psíquico, que poderia instrumentalizar o ser humano para a relação com os estressores cotidianos.

Já no *lôcus* de controle externo, o domínio do evento não está na dependência do sujeito, mas sim de outra pessoa, no destino, ou na providência divina, entre outras.

Com relação à eficácia de *coping*, de acordo com Zegans citado em Chaves (1994) acrescenta que estas respostas podem ser bem sucedidas ou não. Quando bem

sucedidas, ocorre o domínio da situação. Quando não bem sucedidas, podem resultar em exaustão, levando o indivíduo à procura de uma nova estratégia ou permanecer com a mesma, que provavelmente irão desencadear novos estressores ou agravar os antigos.

De acordo com Beresford (1994), embora o julgamento sobre a eficácia ou adaptabilidade das estratégias de *coping* tenha-se mostrado extremamente subjetivo em muitas pesquisas, o *coping* deve ser visto como independente do seu resultado. No modelo de *coping* e *stress* proposto por Folkman e Lazarus (1980), qualquer tentativa de administrar o estressor é considerado *coping*, tenha ela ou não sucesso no resultado. Desta forma, uma estratégia de *coping* não pode ser considerada como intrinsecamente boa ou má, nem adaptativa ou mal adaptativa. Torna-se, então, necessário considerar a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do esforço de *coping*.

Quando o desgaste emocional ocorre no ambiente de trabalho é denominado *burn out*. O termo *burn out* foi primeiramente divulgado pelo médico Herbert Freudenberger no artigo intitulado *Staff Burn out* para uma Revista de Psicologia em 1974, com o intuito de alertar a comunidade científica para os problemas aos quais os profissionais de saúde estão expostos no exercício do seu trabalho. Porém, Maslach e Pines, psicólogos sociais, foram os divulgadores do termo em 1977, no Congresso Anual da Associação Americana de Psicólogos.

Maslach e Jackson descreveram em 1981 que, quando o mecanismo de *coping* não é efetivo, a pessoa pode desenvolver a síndrome de *burn out*, definida como “uma síndrome tridimensional, que decorre da resposta inadequada do

indivíduo a um estresse emocional crônico decorrente do ambiente do trabalho” (Maslach e Jackson, 1981).

Trata-se de uma experiência subjetiva interna que gera sentimentos e atitudes negativas no relacionamento do indivíduo com o seu trabalho, como insatisfação, desgaste e perda do comprometimento, minando o seu desempenho profissional e trazendo consequências indesejáveis para a organização (absenteísmo, abandono do emprego, baixa produtividade) e para o cliente.

Esses autores identificam três dimensões principais na síndrome:

Desgaste Emocional → é a dimensão fundamental da síndrome e caracteriza-se pelo sentimento de desgaste, perda de energia, esgotamento e fadiga do indivíduo, podendo manifestar-se psiquicamente, fisicamente ou com uma combinação entre os dois. Tais manifestações apresentam-se por meio de cefaléia, dores musculares, distúrbios do sono, perturbações gastrintestinais, distúrbios na imunidade, disfunções sexuais, entre outros. Assim, à medida que os recursos emocionais vão se deteriorando, as pessoas acometidas sentem gradativa redução de sua capacidade e vigor para o trabalho.

Despersonalização → é a dimensão que manifesta uma troca negativa de atitudes e respostas com outras pessoas e, especialmente, no caso da enfermagem, com os pacientes. Geralmente está acompanhada de ansiedade, perda de motivação e irritabilidade. Originalmente apresenta-se como uma maneira do profissional se defender desses sentimentos negativos. Devido a isso, desencadeiam-se atitudes insensíveis em relação às pessoas nas funções que desempenha. O profissional acaba isolando-se dos outros, desenvolvendo uma atitude fria e distanciada.

Incompetência Profissional → é a dimensão na qual existe um sentimento complexo de inadequação pessoal e profissional ao posto de trabalho e, em consequência, uma série de respostas negativas para consigo e sua atividade profissional, como moral baixa, depressão, diminuição das relações interpessoais, baixa auto-estima, baixa produtividade e incapacidade para suportar as pressões. Nessa fase, o indivíduo desenvolve uma atitude defensiva, com modificações nas suas atitudes e condutas (Maslach e Jackson 1981).

Algumas teorias têm sido propostas sobre os modelos de desenvolvimento do *burn out*, no que se refere à tridimensionalidade do mesmo. O modelo “de fases” propõe que cada uma das três dimensões seja dividida em alto, médio e baixo escore, o que possibilita combinações entre as três dimensões, resultando em padrões de *burn out*. Ainda nesse modelo, uma outra alternativa foi identificada na pesquisa de Golembiewski e Munzenrider, onde as diferentes dimensões se desenvolvem simultaneamente, mas de forma autônoma e podem resultar também em diferentes padrões (Maslach et al 2001).

Um outro modelo “seqüencial” identificado em uma pesquisa realizada por Leiter e Maslach em 1988 com enfermeiros que atuam em hospitais propõe que haja uma progressão através do tempo, com a ocorrência de uma dimensão precipitando o desenvolvimento de outra. De acordo com essa proposta, o desgaste emocional ocorreria primeiro, conduzindo ao desenvolvimento da despersonalização, que conduziria, subseqüentemente, à incompetência profissional (Leiter, Maslach 1988).

Em geral, as pesquisas sobre *burn out* têm estabelecido uma ligação seqüencial entre o desgaste emocional e a despersonalização. Porém, a ligação seqüencial para a incompetência profissional é menos clara, com as pesquisas atuais

demonstrando um desenvolvimento simultâneo dessa terceira dimensão com as demais, mais do que um desenvolvimento seqüencial (Maslach et al 2001).

Para Cordes e Dougherty (1993) o desgaste emocional é, primordialmente, uma resposta às demandas dos estressores que os empregados devem enfrentar, tais como a sobrecarga de trabalho, os contatos interpessoais, o papel conflituoso e os altos níveis de expectativas do indivíduo em relação a si próprio e à sua organização. O desgaste emocional reflete, portanto, os efeitos de demandas organizacionais e individuais.

Um estudo desenvolvido em Cuba identificou que, de uma amostra de 78 enfermeiros de um hospital geral, 44% apresentavam *burn out*. Desses, 66% apresentavam despersonalização (Oliver, Aragoneses 1996).

Uma pesquisa realizada com 502 profissionais de saúde que trabalham em um setor de radioterapia dos Estados Unidos, incluindo enfermeiros, identificou que os mesmos exibiam altos escores de desgaste emocional e despersonalização quando comparados com as normas do Inventário de *Burn out* de Maslach e Jackson. Ao relacionar o nível de *burn out* dos profissionais em geral com a categoria dos enfermeiros, esses últimos apresentavam altos níveis de desgaste emocional e despersonalização e baixos níveis de incompetência profissional (Akroyd 2002).

Papadatou et al (1994) procuraram determinar se os enfermeiros em Oncologia na cidade de Atenas experimentavam altos níveis de *burn out*, quando comparados com os de enfermeiros de hospitais gerais. Os autores estudaram uma amostra de 217 enfermeiros de um hospital oncológico governamental e 226 enfermeiros de três hospitais gerais, também governamentais. Obtiveram como resultados que não houve diferença nos níveis de *burn out* entre os dois grupos

analisados, exceto quanto à dimensão desgaste emocional, que foi inferior no grupo dos enfermeiros oncologistas.

Molassiotis e Haberman (1996) desenvolveram uma pesquisa em um centro de transplante de medula óssea nos Estados Unidos com 40 enfermeiros. Os objetivos foram identificar as dificuldades emocionais no grupo de enfermeiros que participaram de um programa informal de suporte psico-social, e avaliar as possíveis diferenças entre os enfermeiros que participaram do programa e aqueles que não participaram do mesmo. Para isto, utilizaram quatro instrumentos, entre eles, o Inventário de *Burn out* de Maslach e Jackson e o Inventário de ansiedade e depressão. Os resultados apontaram que a maioria dos enfermeiros que participaram do programa (52,5%) apresentou nível moderado de desgaste emocional e baixos níveis de despersonalização e incompetência profissional, e que 27,5% da amostra apresentava sintomas clínicos indicativos de ansiedade neurótica.

No Brasil, alguns estudos têm apontado a associação entre o desgaste emocional e as variáveis da organização, da natureza do trabalho e do indivíduo.

Tamayo (1997) verificou, em uma amostra de 229 enfermeiros, que os valores organizacionais de autonomia, conservação, estrutura igualitária e harmonia são preditores significativos do desgaste emocional.

Leiter et al (1998) realizou uma pesquisa envolvendo 177 trabalhadores de um hospital psiquiátrico, incluindo enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras, psicólogos, recreadores e terapeutas ocupacionais. Os resultados do estudo evidenciaram que um índice menor de desgaste emocional estava associado à utilização de estratégias de controle. Também foi verificado que o uso de estratégias

de escape/evitação aumenta o desgaste emocional, tornando esse tipo de estratégia um meio particularmente ineficaz para evitar o *burn out*.

Barret e Yates (2002) investigaram a correlação entre abandono do emprego, satisfação no trabalho e *burn out* em enfermeiros oncologistas. Verificaram que 51% da amostra encontrava-se insatisfeita com o trabalho: 48,3% com a remuneração salarial e 45% com o treinamento institucional oferecido, por ser especialidade oncologia. As autoras constataram ainda um nível que variou de moderado a alto na dimensão desgaste emocional, representando 70% da amostra.

Lautert (1997a) cita que as investigações sobre a síndrome de *burn out* iniciaram-se com pesquisadores americanos envolvendo profissionais de serviços humanos. Eles observaram que o fator que contribui de forma mais poderosa para o aparecimento da síndrome é a relação intensa com outros indivíduos. Portanto, os profissionais dos serviços assistenciais são mais afetados por essa síndrome, pois são profissões que têm uma filosofia humanística de trabalho, de tal forma que a diferença entre a expectativa que possuem e a realidade que encontram, pode contribuir, em grande parte, para os sentimentos que experimentam.

Penson et al (2000) relatam que a síndrome de *burn out* é especialmente relevante na área de Oncologia, uma vez que os cuidadores trabalham muito próximos aos pacientes, que têm doenças com baixa expectativa de vida, e onde as terapias, muitas vezes, promovem uma baixa taxa de cura.

Um fator que pode interferir tanto no desenvolvimento quanto na intensidade da síndrome de *burn out*, além das variáveis dependentes, avaliadas pelos itens do Inventário de *Burn out* de Maslach, são as variáveis independentes.

Estas variáveis são comentadas por alguns autores como Alvarez e Fernandez (1991), que apresentam a possibilidade de elas serem categorizadas em variáveis pessoais, variáveis do marco de trabalho e variáveis da organização. As primeiras relacionam-se a características individuais como a idade, o sexo, o estado civil, os aspectos cognitivos do indivíduo, o tempo de formado, o tempo de experiência profissional e as características de personalidade. Lazarus e Folkman (1984) acrescentam que as estratégias de enfrentamento utilizadas influenciam no desenvolvimento da síndrome.

As *variáveis do marco de trabalho e organizacionais* incluem, entre outros, o tipo de hospital ou unidade de trabalho (geral ou especializado), o espaço físico, a natureza dos pacientes envolvidos, o conflito de papéis ou funções, o número de pacientes por enfermeiro, o salário, a carga de trabalho, as oportunidades de crescimento profissional e a relação com pacientes, colegas, subordinados e supervisores (Alvarez e Fernandez, 1991). Outra característica do marco de trabalho refere-se às demandas quantitativas (muito trabalho para pouco tempo disponível). Essa característica tem sido consistentemente relacionada ao *burn out* nas diferentes pesquisas sobre o tema, particularmente à dimensão desgaste emocional (Maslach et al 2001).

Um estudo sobre estresse e *coping* realizado por Florio, Donnelly e Zevon, citado em Medland et al (2004) com enfermeiros oncologistas identificou nove grupos de fatores de estresse relacionados ao trabalho para esses profissionais. Entre eles, os que mais se destacaram foram: o estresse dos médicos, a observação do sofrimento, a demora na gratificação em ver uma melhora do quadro clínico dos pacientes, as preocupações éticas e o morrer e o estar morrendo.

McConnell (1982) cita que os efeitos do *burn out* para o enfermeiro são diversos e sérios, envolvendo custos pessoais, sociais e profissionais. Quanto aos custos pessoais, o enfermeiro pode sentir-se incapaz de corresponder às suas expectativas, com sentimentos de frustração, raiva, baixa energia, podendo levá-lo ao abandono do emprego, da profissão ou ao uso de álcool e drogas.

Os custos sociais podem envolver uma deterioração da qualidade do cuidado dos pacientes, pois pode haver perda de sentimentos positivos, empatia e respeito. Além disso, os custos financeiros decorrentes de demissões também se incluem no âmbito dos custos sociais.

McConnell (1982) cita ainda que os custos do *burn out* para a profissão de enfermagem podem ser potencialmente perigosos se os futuros enfermeiros, os estudantes de enfermagem, acreditarem que a profissão leva à síndrome.

Esse efeito, na área de Oncologia, pode ser ainda mais grave, já que existe uma necessidade premente de profissionais especializados (Grunfeld et al 2000).

Gil-Monte (2003) reforça a afirmativa de McConell sobre as conseqüências do *burn out*, descrevendo ainda que, dentre os custos pessoais, situam-se quatro categorias: a) *índices emocionais*, com sentimentos de solidão, alienação, ansiedade e impotência; b) *índices atitudinais*, incluindo apatia, agressividade e cinismo; c) *índices de conduta*, como isolamento, distúrbios do humor e irritabilidade freqüente; d) *índices somáticos*: problemas cardiovasculares como: taquicardia, hipertensão e palpitações ou respiratórios como: crise asmática e taquipnéia. Também os imunológicos, com probabilidade maior de adquirir infecções, os musculares como: cervicalgias e dores lombares. E, finalmente, os digestórios, como náuseas e úlceras gastroduodenais.

Dentre as consequências para a organização situam-se a diminuição na qualidade assistencial, o absenteísmo elevado, a diminuição do interesse e esforço para realizar atividades profissionais, o aumento dos conflitos inter-pessoais com colegas de trabalho, ou até mesmo uma tendência ao abandono do emprego (Gil-Monte 2003).

Uma outra preocupação com relação às consequências do *burn out* é a percepção dos pacientes quanto à qualidade do cuidado recebido que foi investigada e descrita na pesquisa de Leiter et al (1998). Os autores estudaram a relação entre o *burn out* de 711 enfermeiros e a satisfação quanto ao cuidado prestado de 605 pacientes que estavam hospitalizados em dezesseis diferentes unidades de um hospital. Nas unidades onde os enfermeiros apresentavam desgaste emocional e despersonalização, os pacientes referiram menos satisfação com a qualidade do cuidado prestado.

Tais estudos vêm conformando uma questão de grande importância no exercício profissional do enfermeiro oncologista, uma vez que vêm mostrando a possibilidade do *burn out* deste profissional estar afetando sua qualidade de vida, sua saúde mental, seu tempo de exercício da profissão, assim como a qualidade de seu trabalho.

*“A grande coisa neste mundo não
é tanto onde estamos, mas para que
direção estamos indo.”*

*(Oliver Wendell
Holmes)*

2. Objetivos

2. Objetivos

Buscando compreender melhor o *burn out* dos enfermeiros oncologistas assim como o modo de tentar superá-lo, este estudo pretendeu alcançar os seguintes objetivos:

- Caracterizar e analisar o *burn out* de enfermeiros oncologistas considerando suas relações com variáveis pessoais e ocupacionais

Os objetivos específicos foram:

- Descrever os estressores identificados pelos enfermeiros que atuam em Oncologia
- Identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros
- Descrever o *burn out* de enfermeiros que exercem suas atividades profissionais em unidades clínico-cirúrgicas de Oncologia
- Analisar a associação entre os níveis de *burn out* e características demográficas e ocupacionais
- Comparar as médias de cada estratégia de *coping* segundo as dimensões do *burn out* para cada estressor
- Verificar, para cada estressor, a maior média de estratégia de *coping*

“No final, é importante lembrar que não podemos nos tornar o que devemos ser se continuarmos sendo o que somos”.

(Max de Pree)

3. Casuística e método

3. Casuística e Método

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo utilizou os recursos da abordagem quantitativa e é do tipo transversal, descritivo-exploratório e correlacional.

3.2 Campo de estudo

A investigação foi desenvolvida em unidades de internação clínico-cirúrgicas de Oncologia de cinco hospitais de grande porte localizados no município de São Paulo.

Quatro das instituições são gerais, de grande porte, de caráter não governamental e possuem unidades específicas de Oncologia. As unidades de Oncologia em questão atendem pacientes para tratamento quimioterápico, radioterápico, cirúrgico, complicações decorrentes desses tratamentos, bem como cuidados paliativos.

A outra instituição é o Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), de médio porte, caráter não governamental, que atende exclusivamente pacientes

oncológicos. Esta instituição agrega unidades de internação, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, ambulatório de quimioterapia e outras especialidades. Atende pacientes para tratamento quimioterápico, radioterápico, cirúrgico, tratamento das complicações decorrentes desses tratamentos, bem como cuidados paliativos.

3.3 População do estudo

A equipe de enfermagem dos hospitais onde a pesquisa foi realizada era composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

A população da pesquisa foi constituída por enfermeiros assistenciais que desenvolviam suas atividades nas unidades de internação dos hospitais acima mencionados, pelo maior tempo de permanência do paciente e pelas demandas deste, em contraste com o paciente ambulatorial, o que possibilita o estabelecimento de um maior vínculo do profissional com o mesmo.

A amostra do estudo foi constituída por 77 enfermeiros incluindo os cinco centros.

O presente tamanho da amostra foi calculado considerando o erro alfa de 5% e um poder de 80%. No estudo de Grunfeld et al (2000) observou-se que o coeficiente de correlação mínimo entre níveis de *burn out* e as características ocupacionais foi de 0,40. Assumindo o erro tipo I (alfa) de 5% e poder de 90% estimou-se que seria necessário estudar, no mínimo, 62 enfermeiros.

Tendo em vista os objetivos da pesquisa, foram incluídos na amostra os enfermeiros que atendiam os seguintes critérios de inclusão:

- enfermeiros das unidades de internação que exerciam o cuidado direto do paciente;
- enfermeiros que concordaram em participar do estudo, preenchendo o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A);
- enfermeiros que exerciam suas atividades profissionais em Oncologia há, no mínimo, um ano.

Esse último critério foi estabelecido em função de que o *burn out* ser consequência da relação profissional/ambiente de trabalho e, portanto, necessita de um tempo de exposição para que se desenvolva.

3.4 Descrição dos instrumentos para coleta de dados

Para atender aos objetivos, foram utilizados três questionários auto-aplicáveis:

1) Inventário de dados demográficos e ocupacionais (Anexo B) construído pela autora para caracterizar os enfermeiros participantes da pesquisa quanto aos seguintes dados: sexo, idade, estado civil, tempo de atuação na profissão, tempo de atuação em Oncologia, possuir título de especialista em Oncologia e opção por trabalhar em Oncologia.

Esses dados foram investigados para possibilitar a associação destas variáveis com o *burn out*, uma vez que podem influir na probabilidade do sujeito desenvolver o *burn out* e apresentá-lo com maior ou menor intensidade (Alvarez, Fernandez 1991).

2) Inventário de *Burn out* de Maslach e Jackson (Anexo C), conhecido como MBI (Maslach *Burn out* Inventory – versão HSS – *Human Services Survey*) que foi desenvolvido por Christina Maslach e Susan Jackson. O MBI foi traduzido e validado no Brasil por Liana Lautert em 1997. Ele verifica os escores de *burn out* em relação aos sentimentos pessoais e atitudes do profissional em seu trabalho e frente aos pacientes e demais profissionais da equipe de saúde (Lautert 1997b). A versão HSS foi selecionada devido à especificidade da população em questão.

O processo de validação no MBI no Brasil consistiu de etapas. A primeira etapa foi a tradução para o português, validado por dois enfermeiros com conhecimento da língua inglesa, sendo um, assistencial e outro docente. As questões da escala traduzida foram submetidas à Análise Fatorial, com rotação orthogonal para extração dos três fatores que compõem o inventário. As variáveis escolhidas para a correlação com os resultados do inventário de *burn out* foram as variáveis pessoais e as do marco de trabalho que mais freqüentemente aparecem associadas à síndrome. Posteriormente, as respostas foram processadas em um banco de dados estatístico com valores de zero a quatro e submetidas a um levantamento estatístico

quantitativo. O teste de confiabilidade de alfa de Cronbach mostrou que a dimensão desgaste emocional obteve a confiabilidade mais alta (0,90), comparada com as demais dimensões do teste.

A dimensão despersonalização mostrou um coeficiente de 0,79 e a incompetência profissional, 0,71. Frente aos resultados, a escala do inventário de *burn out* foi considerada com confiabilidade, podendo ser utilizada em outros estudos com enfermeiros brasileiros (Lautert 1997b).

O MBI contém 22 questões, em forma afirmativa, sobre os sentimentos pessoais e atitudes do profissional em relação ao seu trabalho e mensuram as três dimensões conceituais do *burn out*: o desgaste emocional, a despersonalização e a incompetência profissional. O MBI é um instrumento utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não levando em consideração os elementos antecedentes e as conseqüências de seu processo. Todas as questões são pontuadas pela escala de Likert variando de zero (nunca) a quatro (todo dia), onde o maior número se aproxima de um maior escore.

A dimensão desgaste emocional avalia os sentimentos do sujeito em relação a encontrar-se emocionalmente exausto pelo trabalho; a dimensão despersonalização descreve itens que supõem uma resposta fria e impessoal do indivíduo ante os pacientes; e a dimensão incompetência profissional avalia os sentimentos de competência e eficácia do enfermeiro na realização do trabalho.

A dimensão desgaste emocional é acessada por meio de nove questões. A segunda dimensão – despersonalização – é acessada por meio de cinco questões. E a terceira – incompetência profissional – é mensurada por oito questões. A pontuação para cada uma das três dimensões do *burn out* é a soma dos escores para as questões referidas em cada uma das dimensões.

Nesse estudo, a confiabilidade do inventário de *burn out* foi verificada pela consistência interna dos 22 itens e das três dimensões que compõem o instrumento. Foram considerados valores com alfa de Cronbach acima de 0,70 como adequados.

É importante ressaltar que o *burn out* é considerado uma síndrome e como tal, a maioria dos investigadores não estabelece distinção clara entre uma etapa e outra (Lautert 1997b).

No Quadro 1, pode-se visualizar as questões que caracterizam cada dimensão do *burn out*. A primeira – incompetência profissional – apresenta escore reverso, ou seja, quanto maior a pontuação referente às questões desta dimensão, menor a incompetência profissional apresentada pelo enfermeiro.

Quadro 1. Inventário de *Burn out* de Maslach e Jackson - Escala de conversão.

Dimensão	Itens
Desgaste emocional	1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho 2. Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado 3. Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado 6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa

	<p>8. Sinto que meu trabalho está me desgastando</p> <p>13. Sinto-me frustrado por meu trabalho.</p> <p>14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.</p> <p>16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.</p> <p>20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.</p>
Despersonalização	<p>5. Sinto que estou tratando alguns receptores do meu trabalho como se fossem objetos impessoais.</p> <p>10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.</p> <p>11. Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente.</p> <p>15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.</p> <p>22. Parece-me que os receptores do meu trabalho, culpam-me por alguns de seus problemas.</p>

<p>Incompetência</p> <p>(escore reverso)</p>	<p>4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas</p> <p>7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender</p> <p>9. Sinto que estou influenciando positivamente as vidas das pessoas através o meu trabalho</p> <p>12. Sinto-me muito vigoroso com meu trabalho.</p> <p>17. Sinto que posso criar com facilidade um clima agradável com os receptores do meu trabalho.</p> <p>18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.</p> <p>19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.</p> <p>21. No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma.</p>
--	---

O *burn out* reflete altos escores em desgaste emocional e despersonalização associados a baixos escores em incompetência profissional (Benevides-Pereira 2002).

3) Inventário de *Coping* de Folkman e Lazarus (Folkman, Lazarus 1985) adaptado para a língua portuguesa por Savóia et al (1996) (Anexo D), que é um instrumento de medida que permite a classificação das estratégias de *coping*. Trata-se de um questionário que contém 66 itens, englobando pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico, além de questões “distraindo”, que não são pontuadas na escala de conversão (Quadro 2). Essas questões “distraindo” têm o intuito de evitar uma tendência na resposta das questões. São elas as questões de número 2, 3, 4, 5, 19, 24, 27, 32, 37, 53, 55, 57, 61, 64, 65 e 66.

Nesse estudo, a confiabilidade do inventário de *coping* foi verificada pela consistência interna dos 66 itens e dos oito fatores que compõem o instrumento. Foram considerados valores com alfa de Cronbach acima de 0,70 como adequados.

Cada administração do questionário centraliza-se no processo de *coping* de uma situação particular e não no *coping* como estilos ou traços de personalidade. A situação é que determina o padrão de estratégias de *coping*.

No estudo de Folkman e Lazarus, a escala consiste de 8 diferentes “fatores” sugeridos pela análise fatorial, cada um avaliando a extensão com que o sujeito utiliza estratégias de *coping* (Folkman, Lazarus 1985). São os seguintes os fatores encontrados:

- Confronto: envolve as estratégias que incluem a visão de desafio e atenção para um aspecto da situação. Envolvem lembranças de experiências passadas e avaliação das diversas possibilidades de ações e suas consequências.
- Afastamento: envolve as estratégias que envolvem negação do sentimento de medo ou de ansiedade advinda de uma situação de estresse. Nessas estratégias o indivíduo tenta esquecer a verdade, recusando-se a acreditar que realmente a situação esteja acontecendo.
- Auto-controle: envolve as estratégias que envolvem o empenho direto do indivíduo, na tentativa de controlar a emoção advinda do problema. Os indivíduos recorrem à supressão dos impulsos e conscientização dos sentimentos, de modo a não permitir a influência das emoções conflitantes. Ocorre a manutenção da rigidez e do controle, frente a uma determinada situação de conflito.
- Suporte social: envolve aquelas estratégias em que o indivíduo recorre a pessoas de seu meio social, como esposo (a), amigos (as), médicos (as) ou colegas de trabalho, na tentativa de obter cooperação e ajuda para resolver seu problema.
- Aceitação da responsabilidade: envolve as estratégias utilizadas para aceitar a realidade da situação. O indivíduo acredita em sua responsabilidade sobre o ocorrido e decide que nada pode ser feito para mudá-lo, submetendo-se, portanto, ao curso do fato. Deixa o tempo passar, como a melhor forma para contornar e aceitar a situação.
- Fuga esquiva: envolve as estratégias em que o indivíduo tenta minimizar a gravidade da situação, recorrendo à situação, recorrendo à fantasia, em substituição à percepção da situação real de conflito.

- **Resolução do problema:** envolve as estratégias que incluem a elaboração de planos e ações alternativas, com o objetivo direto de resolução da situação. O indivíduo aprende novas habilidades com o problema e tenta ajustar-se para resolvê-lo.
- **Reavaliação positiva:** nesse grupo incluem-se as estratégias cognitivas para aceitação da realidade da situação. O indivíduo tenta reestruturar o acontecimento, com o intuito de encontrar alguns aspectos que melhor favoreça, fala coisas a si próprio com a intenção de amenizar a gravidade da situação ou concentra-se nos aspectos positivos da mesma, como forma de amenizar a carga emotiva do acontecimento, buscando alterar a situação.

As estratégias correspondentes a cada fator são as que constam no Quadro 2.

Quadro 2. Fatores, estratégias de enfrentamento e variação do Inventário de *Coping* de Folkman e Lazarus.

Fator	Estratégias	Variação
Confronto	Itens 6, 7, 17, 28, 34, 46	0 a 18
Afastamento	Itens 12, 13, 15, 21, 41, 44	0 a 18
Autocontrole	Itens 10, 14, 35, 43, 54, 62, 63	0 a 21
Suporte social	Itens 8, 18, 22, 31, 42, 45	0 a 18
Aceitação da responsabilidade	Itens 9, 25, 29, 51	0 a 12
Fuga esquivia	Itens 11, 16, 33, 40, 47, 50, 58, 59	0 a 24

Resolução de problema	Itens 1, 26, 39, 48, 49, 52	0 a 18
Reavaliação positiva	Itens 20, 23, 30, 36, 38, 56, 60	0 a 21

Antes do preenchimento do Inventário, o indivíduo devia relatar uma situação específica, passada ocorrida obrigatoriamente na última semana de trabalho. Essas situações foram posteriormente agrupadas em categorias semânticas, o que resultou na identificação dos estressores em Oncologia segundo os enfermeiros.

Posteriormente, o indivíduo indicava, dentre as opções que constavam do Inventário, as estratégias que utilizou para lidar com o evento selecionado. Para cada estratégia apresentada, o indivíduo escolhia a pontuação mais apropriada: 0 - não utilizei esta estratégia; 1 - usei um pouco; 2 - usei bastante; 3 - usei em grande quantidade.

Para a aferição do resultado de aplicação do Inventário, foi feita a soma dos itens de cada fator.

Para permitir a comparação entre as estratégias de *coping*, os fatores foram transformados em uma escala de 0 a 100, multiplicando o valor do fator por 100 e dividindo pelo valor máximo do mesmo, que consta no Quadro 2.

3.5 Procedimentos éticos

Antes da coleta de dados, foi feita a solicitação formal de autorização de coleta de dados (Anexo E) junto à gerência de enfermagem dos hospitais.

O projeto foi encaminhado, posteriormente, à Comissão de Ética em Pesquisa de cada uma das instituições mediante solicitação formal de autorização (Anexo F) com vistas à sua aprovação, em observância à legislação que regulamenta a pesquisa com seres humanos, de acordo com a resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 (Brasil 1997).

3.6 Procedimento para coleta de dados

Os dados desta pesquisa foram coletados no decorrer do primeiro semestre do ano 2005, posteriormente à aprovação pelos Comitês de Ética das instituições do campo de estudo. O projeto foi apresentado aos participantes individualmente. Uma vez realizada a apresentação aos enfermeiros, foi agendada uma data e um horário para o encontro com cada um que manifestasse o desejo de participar do estudo.

Os encontros foram realizados antes ou após o horário de trabalho na própria instituição, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros.

Ao iniciar o procedimento de coleta de dados, os enfermeiros receberam explicações sobre o tema e a finalidade do estudo, sobre a garantia do anonimato e sigilo de suas informações. Após a confirmação e o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A), estes enfermeiros preencheram o Inventário de dados demográficos (Anexo B) e os Inventários de *Burn out* e de *Coping* (Anexos C e D, respectivamente).

A coleta de dados foi efetuada pela pesquisadora e por um colaborador enfermeiro e ocorreu da seguinte forma:

a) Os entrevistados receberam as orientações básicas sobre a maneira mais adequada de responder ao inventário e os entrevistados iniciaram a leitura dos itens.

b) Os entrevistados preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A) e, após, o Inventário de dados demográficos. Nesse momento, caso o enfermeiro tivesse dúvidas quanto ao termo de consentimento, estas foram devidamente esclarecidas.

c) Posteriormente foi preenchido o Inventário de *Burn out* (Anexo C), onde o entrevistado assinalou qual a frequência das afirmativas listadas.

d) Os entrevistados foram orientados a pensar em uma situação profissional passada ocorrida em uma semana típica de trabalho, que tenha sido motivo de preocupação e estresse. Esta semana foi, obrigatoriamente, anterior a da entrevista. À medida que essa situação foi relatada, foi anotada pelo próprio entrevistado. O enfermeiro procedeu, então, ao preenchimento do Inventário de *Coping* (Anexo D), onde escolhia a pontuação de cada frase que mais se adequou à maneira como enfrentou a situação descrita por ele no início do inventário.

O conteúdo das questões ou significado destas não foi discutido, nem a escala de respostas. Em caso de dúvida, a pesquisadora reiterou a importância da interpretação do indivíduo sobre a pergunta proposta. Caso o indivíduo deixasse de responder algum item, foi orientado a tentar entender novamente a questão.

3.7 Teste piloto

Foi realizado um teste piloto com dois enfermeiros que possuíam as mesmas características dos enfermeiros que participaram do estudo. Esses foram excluídos da amostra.

O teste piloto teve a função de possibilitar a familiarização do pesquisador com os instrumentos a serem utilizados na pesquisa e verificar se as orientações para o preenchimento dos instrumentos eram claras e de fácil compreensão para os indivíduos (Richardson 1989).

3.8 Análise estatística

3.8.1 Agrupamento dos dados coletados

Após a coleta, todas as informações referentes aos indivíduos da amostra foram inseridas em um banco de dados. Esse banco foi construído no programa *Excel* versão 2002, aplicativo do *Office* 10 da Microsoft Windows XP Home Edition 2002.

3.8.2 Caracterização da amostra, agrupamento dos estressores e apresentação dos escores de *burn out* e *coping*

A caracterização da amostra, o agrupamento dos estressores e as estratégias de *coping* foram feitos através de distribuição de frequências, números absolutos e percentuais, média, desvio padrão, mínimo e máximo.

Todas as variáveis quantitativas tiveram aderência à distribuição normal, avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

A escolha dos pontos de corte dos escores de *burn out* foi feita pelo percentil 75, o mesmo utilizado no estudo de validação do MBI no Brasil (Lautert 1997b). Optou-se

por esse estudo já que a pontuação de cada dimensão, nos diversos estudos estrangeiros, não se ajusta a uma distribuição igual, onde os pontos de corte são diferentes em cada país (Chacón Roger e Grau Abalo 1997).

Dessa forma, cada dimensão de *burn out* foi categorizada nos níveis baixo/moderado ou alto.

Para cada dimensão teve-se o seguinte:

- **desgaste emocional (percentil 75)** - O percentil 75 está assinalado no ponto 71,4, a fim de proporcionar um ponto de corte para nível baixo/moderado e alto de desgaste emocional.

- ♦ baixo/moderado nível – escores de 0 a 18
- ♦ alto nível – escores de 19 a 30

- **despersonalização (percentil 75)** - O percentil 75 está assinalado no ponto 71,4, a fim de proporcionar um ponto de corte para nível baixo/moderado e alto de despersonalização.

- ♦ baixo/moderado nível – escores de 0 a 6
- ♦ alto nível – escores de 7 a 12

- **incompetência profissional (percentil 25 – escore reverso)** - O percentil 25 está assinalado no ponto 28,6, a fim de proporcionar um ponto de corte para nível baixo/moderado e alto de incompetência profissional.

- ♦ baixo/moderado nível - escores de 23 a 32
- ♦ alto nível – escores de 5 a 22

3.8.3 Avaliação da confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados

Para verificar a confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa, optou-se por utilizar o coeficiente de correlação alfa de Cronbach, que tem a finalidade de avaliar a adequação e a qualidade dos instrumentos propostos para a população estudada.

O instrumento foi admitido como confiável para utilização e com consistência interna quando o respectivo valor do alfa de Cronbach fôsse maior que 0,7.

O alfa de Cronbach foi aplicado para os itens do Inventário de *Burn out* de Maslach e Jackson e para os itens do Inventário de *Coping* de Lazarus e Folkman para todos os indivíduos.

3.8.4 Apresentação das comparações entre as variáveis *burn out*, estratégias de *coping*, estressores e características demográficas e ocupacionais

Para realização dessas análises foram aplicados os seguintes testes:

- **Teste de associação pelo qui-quadrado ou Fisher** – utilizado para associação entre variáveis qualitativas como sexo, estado civil, possuir título de especialista em Oncologia e os níveis de *burn out* (baixo/moderado e alto). É importante considerar que para a correlação entre o estado civil e as dimensões de *burn out* considerou-se “sem companheiro” os enfermeiros que se declararam solteiros sem companheiro, divorciados ou viúvos, e “com companheiro” os enfermeiros que se declararam casados ou solteiros com companheiro.

- **Teste de diferença de médias** – utilizado para comparar as médias das variáveis quantitativas como idade, tempo de atuação na profissão e tempo de atuação em Oncologia e os níveis de *burn out* (baixo/moderado ou alto).
- **Análise de variância** – a comparação das médias dos fatores de *coping* para cada estressor foi feita pela análise de variância para medidas repetidas a um fator.
- **Teste de Tukey HSD (Honest Significant Differences)** – utilizado para as comparações múltiplas entre as médias dos fatores de *coping* para cada estressor.

Em todas as análises utilizou-se o nível de significância de 5%.

*"Quando a gente pensa que sabe
todas as respostas, vem a vida e
muda todas as perguntas."*

(A nônimo)

4. Apresentação dos resultados

4. Apresentação dos Resultados

Para facilitar a apreensão dos resultados, eles foram organizados em duas etapas. Na primeira, as variáveis são apresentadas separadamente e, na segunda, elas encontram-se relacionadas entre si.

Resultados Descritivos

4.1 Caracterização da população do estudo

4.2 Descrição dos estressores identificados pelos enfermeiros

4.3 Descrição dos resultados referentes aos estilos de *coping*

4.4 Descrição dos resultados referentes ao *burn out*

Resultados Correlacionais

4.5 Apresentação dos resultados relativos à correlação entre o *burn out* e as características demográficas e ocupacionais

4.6 Apresentação dos resultados relativos à correlação entre os estressores, o *burn out* e os estilos de *coping*

4.7 Apresentação dos resultados relativos à correlação entre os estressores e os estilos de *coping*

4.1 Caracterização da população do estudo

Pode-se verificar na Tabela 1 que a população foi, em sua maioria, composta por mulheres (94,8%) na faixa etária compreendida entre trinta e um e quarenta anos de idade (50,6%), casadas (42,9%), sem título de especialista em Oncologia (70,1%) e que optaram por trabalhar nessa especialidade (72,7%).

Tabela 1. Distribuição da população de enfermeiros oncologistas, segundo sexo, faixa etária, estado civil, título de especialista em Oncologia e opção por trabalhar em Oncologia. São Paulo; 2005.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	4	5,2
Feminino	73	94,8
Faixa etária (anos)		
20 a 30	26	33,8
31 a 40	39	50,6
41 a 50	12	15,6
Estado civil		
Casado	34	42,9
Solteiro (sem companheiro)	31	40,3
Solteiro (com companheiro)	09	12,9
Variável	N	%
Divorciado	3	3,9
Título de especialista em Oncologia		
Sim	23	29,9
Não	54	70,1
Opção por Oncologia		
Sim	56	72,7
Não	21	27,3

TOTAL

77

100,0

Percebe-se na Tabela 2 que o tempo de atuação na profissão variou de 12 a 400 meses (33,3 anos), com média de 111,6 meses (9,3 anos) e que o tempo de atuação em Oncologia variou de 12 a 192 meses (16 anos), com média de 72,7 meses (6 anos).

Tabela 2. Tempo de atuação dos enfermeiros na profissão e em Oncologia. São Paulo; 2005.

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo de atuação na profissão (em meses)	77	12	400	111,56	72,729
Tempo de atuação em Oncologia (em meses)	77	12	192	72,70	45,399

A Tabela 3 mostra que a maioria dos enfermeiros (72,7%) tinha mais que cinco anos de atuação na profissão e que 51,9% possuía mais de cinco anos de atuação em Oncologia.

Tabela 3. Distribuição da população de enfermeiros oncologistas segundo tempo de atuação na profissão e tempo de atuação em Oncologia. São Paulo; 2005.

Variável	N	%
Tempo de atuação na profissão		
12 a 36 meses (1 a 3 anos)	12	15,5
37 a 60 meses (3 a 5 anos)	09	11,7
Acima de 61 meses (acima de 5 anos)	56	72,7
Tempo de atuação em oncologia		
12 a 36 meses (1 a 3 anos)	22	28,6
37 a 60 meses (3 a 5 anos)	15	19,5

Acima de 61 meses (acima de 5 anos)	40	51,9
TOTAL	77	100,0

Resumindo os dados sobre caracterização do grupo estudado têm-se que este era composto predominantemente por mulheres, na faixa etária de trinta e um a quarenta anos de idade, casadas, com mais de cinco anos na profissão e na especialidade Oncologia e que optaram em trabalhar nesta área, mas não possuíam título de especialista.

4.2 Descrição dos estressores identificados pelos enfermeiros

As situações descritas como estressores pelos enfermeiros no inventário de *coping* foram organizadas em áreas de estressores. Na Tabela 4 encontram-se descritos os estressores, o número de enfermeiros que percebe a situação como estressora no trabalho e a porcentagem desses enfermeiros.

Os estressores mais freqüentemente citados pelos enfermeiros desse estudo foram: o óbito/processo de morrer (28,6%) e relacionamento com a equipe de enfermagem ou médica (26,0%). O estressor citado com menor freqüência foi relacionamento com paciente ou família (13,0%).

Tabela 4. Distribuição da população de enfermeiros oncologistas segundo o estressor. São Paulo; 2005.

Estressor	N	%
-----------	---	---

Óbito/Processo de morrer	22	28,6
Relacionamento com		
equipe de enfermagem ou	20	26,0
médica		
Emergência	13	16,9
Processo de Trabalho	12	15,5
Relacionamento com		
paciente ou família	10	13,0
TOTAL	77	100

4.3 Descrição dos resultados referentes aos estilos de *coping*

Antes da apresentação dos estilos de *coping* no grupo estudado foi investigada a confiabilidade do instrumento utilizado para essa população por meio da utilização do coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach conforme apresentado na Tabela 5.

Foi verificada a consistência interna dos sessenta e seis itens e dos oito fatores que compõem o instrumento. Nesta análise, os maiores coeficientes de Cronbach ocorreram para os seguintes fatores: fuga esquivada (0,727), resolução de problema (0,732) e reavaliação positiva (0,752). A exclusão de nenhum item dos referidos fatores aumentaria significativamente os valores descritos. A descrição da análise de confiabilidade de cada item do inventário encontra-se no Anexo G.

Tabela 5. Coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach para os fatores do inventário de *Coping* de Folkman e Lazarus na população desse estudo. São Paulo; 2005.

Fatores	N	Coeficiente alfa de Cronbach
F1 (Confronto)	6	0,541
F2 (Afastamento)	6	0,556
F3 (Auto-controle)	7	0,617
F4 (Suporte social)	6	0,530

F5 (Aceitação da responsabilidade)	4	0,610
F6 (Fuga esquivia)	8	0,727
F7 (Resolução de problema)	6	0,732
F8 (Reavaliação positiva)	7	0,752

Observando-se a Tabela 6, pode-se constatar, por meio das médias dos escores dos fatores de *coping*, que o estilo de *coping* que apresentou a maior média foi a reavaliação positiva (10,34), seguida da resolução de problema (9,91), auto-controle (9,86) e suporte social (8,76). A descrição do mínimo, máximo, média e desvio padrão de cada um dos indicadores está no Anexo H.

Tabela 6. Estatística descritiva dos fatores do inventário de *coping*. São Paulo; 2005.

Fatores de <i>Coping</i>	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Confronto	77	0	14	6,01	3,235
Afastamento	77	0	15	6,26	3,091
Auto-controle	77	0	18	9,86	3,979
Suporte social	77	0	17	8,76	3,179
Aceitação da responsabilidade	77	0	9	3,71	2,682
Fuga esquivia	77	0	18	6,07	4,620
Resolução de problema	77	2	18	9,91	3,947
Reavaliação positiva	77	0	20	10,34	4,960

A Tabela 7 traz a estatística descritiva dos fatores do inventário de *coping* após correção para uma escala de 100 conforme descrito no item 3.4 da Casuística e método. Os estilos de *coping* que apresentaram as maiores médias foram a resolução de problema (54,47), o suporte social (48,91) e a reavaliação positiva (48,85). A média do estilo de *coping* fuga esquivia foi a menor (25,05), seguida por aceitação da responsabilidade (30,51) e confronto (33,18).

Tabela 7. Estatística descritiva dos fatores do inventário de *coping* após correção. São Paulo; 2005.

Fatores de <i>Coping</i>	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Confronto	77	0	77,78	33,18	17,95
Afastamento	77	0	83,33	34,70	17,07
Auto-controle	77	0	85,71	46,93	18,82
Suporte social	77	0	94,44	48,91	17,66
Aceitação da responsabilidade	77	0	75,00	30,51	22,48
Fuga esquiva	77	0	75,00	25,05	19,21
Resolução de problema	77	11,11	100,0	54,47	22,35
Reavaliação positiva	77	0	95,24	48,85	23,71

Os estilos de *coping* mais utilizados pelos enfermeiros desse estudo foram, portanto, a resolução de problema, o suporte social e a reavaliação positiva; e o menos utilizado foi a fuga esquiva. Ressalta-se que o suporte social apresentou alfa de Cronbach inferior a 0,70.

4.4 Descrição dos resultados referentes ao *burn out*

A confiabilidade do inventário de *burn out* para a população estudada foi verificada por meio do coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach conforme apresentado na Tabela 8. Nela, pode-se observar que as dimensões desgaste emocional e incompetência profissional apresentaram um coeficiente de Cronbach de 0,878 e 0,805, respectivamente, o que caracteriza estes indicadores como confiáveis.

A dimensão despersonalização apresentou um coeficiente menor. A exclusão de nenhum item aumentaria significativamente esses valores. A descrição da análise de confiabilidade de cada item está descrita no Anexo I.

Tabela 8. Coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach para as dimensões de *burn out*. São Paulo; 2005.

Dimensões	N	Coeficiente alfa de Cronbach
Desgaste emocional	8	0,878
Despersonalização	5	0,517
Incompetência profissional	8	0,805

Os dados apresentados na Tabela 9 mostram que os enfermeiros apresentaram as maiores médias de escores para incompetência profissional dentre as três dimensões do inventário de *burn out* (25,40).

Tabela 9. Estatística descritiva das questões e dimensões do inventário de *burn out*. São Paulo; 2005.

Indicadores	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
B1	77	0	4	1.56	0.966
B2	77	0	4	2.29	0.871
B3	77	0	3	1.78	0.941
B4	77	1	4	3.35	0.739
B5	77	0	3	0.83	0.909
B6	77	0	4	1.21	1.030
B7	77	0	4	3.10	1.083
B8	77	0	4	1.78	1.084
B9	77	1	4	3.18	0.854
B10	77	0	4	0.99	1.019
B11	77	0	4	1.19	1.225
B12	77	1	4	2.73	0.883
B13	77	0	4	1.25	1.053
B14	77	0	4	2.13	1.196
B15	77	0	3	0.23	0.605
B16	77	0	3	1.27	0.837
B17	77	1	4	3.35	0.791
B18	77	1	4	3.27	0.805

B19	77	1	4	3.35	0.900
B20	77	0	4	1.45	1.070
B21	77	1	4	3.16	0.812
B22	77	0	4	1.52	1.083
Dimensões do <i>burn out</i>	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Desgaste emocional	77	0	30	14.41	6.971
Despersonalização	77	0	12	4.86	2.851
Incompetência profissional	77	15	32	25.40	4.451

Os dados da Tabela 10 mostram que 71,4% dos enfermeiros tiveram escore até 18. Como este percentual foi o que mais se aproximou do percentil 75 utilizado pela autora que validou o instrumento (MBI) no Brasil (Lautert 1997b), o escore 18 será utilizado como nota de corte para a dimensão desgaste emocional no presente estudo. Com base nesta nota de corte, temos que os enfermeiros com escores de 19 a 30 apresentaram alto nível de desgaste emocional (28,6%), e os com escores entre 0 e 18 apresentaram nível baixo/moderado nesta dimensão (71,4%), conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10. Escores dos enfermeiros em desgaste emocional. São Paulo; 2005.

Escores	N	%	% acumulada	% por faixas de corte
0	04	5,2	5,2	
2	02	2,6	7,8	
3	01	1,3	9,1	
4	01	1,3	10,4	
5	03	3,9	14,3	
6	01	1,3	15,6	
7	03	3,9	19,5	
8	02	2,6	22,1	
9	04	5,2	27,3	
10	01	1,3	28,6	
11	06	7,8	36,4	
12	02	2,6	39,0	
13	06	7,8	46,8	
14	05	6,5	53,2	
15	03	3,9	57,1	
16	04	5,2	62,3	

17	04	5,2	67,5	
18	03	3,9	71,4	
				71,4
19	07	9,1	80,5	
20	01	1,3	81,8	
21	01	1,3	83,1	
22	05	6,5	89,6	
24	01	1,3	90,9	
25	02	2,6	93,5	
26	02	2,6	96,1	
28	01	1,3	97,4	
29	01	1,3	98,7	
30	01	1,3	100,0	
				28,6
TOTAL	77	100,0	100,0	100,0

Os dados da Tabela 11 mostram que 71,4% dos enfermeiros tiveram escore até 06. O escore 06 será utilizado como nota de corte para a dimensão despersonalização. Com base nesta nota de corte, temos que os enfermeiros com escores de 07 a 12 apresentaram alto nível de despersonalização (28,6%), e os com escores entre 0 e 06 apresentaram nível baixo/moderado nesta dimensão (71,4%), conforme apresentado na Tabela 11.

Tabela 11. Escores dos enfermeiros em despersonalização. São Paulo; 2005.

Escores	N	%	% acumulada	% por faixas de corte
0	05	6,5	6,5	
1	04	5,2	11,7	
2	07	9,1	20,8	
3	08	10,4	31,2	
4	14	18,1	49,4	
5	15	19,5	68,8	
6	02	2,6	71,4	
				71,4
7	05	6,5	77,9	
8	08	10,4	88,3	
9	02	2,6	90,9	

10	02	2,6	93,5	
11	02	2,6	96,1	
12	03	3,9	100,0	
				28,6
TOTAL	77	100,0	100,0	100,0

Os dados da Tabela 12 mostram que 28,6% dos enfermeiros tiveram escore até 22. Como este percentual foi o que mais se aproximou do percentil 25 utilizado pela autora que validou o instrumento (MBI) no Brasil (Lautert 1997b), o escore 22 será utilizado como nota de corte para a dimensão incompetência profissional no presente estudo. Com base nesta nota de corte, temos que os enfermeiros com escores de 15 a 22 apresentaram alto nível de incompetência profissional (28,6%), e os com escores entre 23 e 32 apresentaram nível baixo/moderado nesta dimensão (71,4%), conforme apresentado na Tabela 12.

Tabela 12. Escores dos enfermeiros em incompetência profissional. São Paulo; 2005.

Escore	N	%	% acumulada	% por faixas de corte
15	01	1,3	1,3	
17	01	1,3	2,6	
18	02	2,6	5,2	
19	08	10,4	15,6	
20	02	2,6	18,2	
21	01	1,3	19,5	
22	07	9,1	28,6	
				28,6
23	02	2,6	31,2	
24	06	7,8	39,0	
25	05	6,5	45,5	
26	06	7,8	53,1	
27	08	10,4	63,6	
28	03	3,9	67,5	
29	12	15,6	83,1	
30	02	2,6	85,7	
31	05	6,5	92,2	
32	06	7,8	100,0	
				71,4
TOTAL	77	100,0	100,0	100,0

Pode-se observar na Tabela 13 a distribuição dos enfermeiros segundo o nível de cada uma das dimensões do *burn out*. Uma porcentagem desses enfermeiros apresentou baixo/moderado nível nas três dimensões do *burn out* (46,8%). Por outro lado, 41 enfermeiros (53,2%) apresentaram alto nível em, pelo menos, uma das dimensões.

Tabela 13 – Distribuição dos enfermeiros segundo apresentação de desgaste, despersonalização e incompetência profissional. São Paulo; 2005.

Indicadores	N	%
Baixo/moderado nível nas três dimensões do <i>burn out</i>	36	46,8
Alto nível de desgaste emocional	23	29,8
Alto nível de despersonalização	11	14,3
Alto nível de incompetência profissional	07	9,1
TOTAL	77	100,0

Os enfermeiros com alto nível em pelo menos uma das dimensões do *burn out* (41; 53,2%) encontraram-se assim distribuídos:

- 09 enfermeiros (11,6%) apresentaram baixo/moderado nível de desgaste emocional, baixo/moderado nível de despersonalização e alto nível de incompetência profissional;
- 07 enfermeiros (9,1%) apresentaram alto nível de desgaste emocional, baixo/moderado nível de despersonalização e baixo/moderado nível de incompetência profissional;
- 07 enfermeiros (9,1%) apresentaram alto nível de desgaste emocional, alto nível de despersonalização e alto nível de incompetência profissional;

- 07 enfermeiros (9,1%) apresentaram baixo/moderado nível de desgaste emocional, alto nível de despersonalização e baixo/moderado nível de incompetência profissional;
- 05 enfermeiros (6,5%) apresentaram alto nível de desgaste emocional, alto nível de despersonalização e baixo/moderado nível de incompetência profissional;
- 03 enfermeiros (3,9%) apresentaram alto nível de desgaste emocional, baixo/moderado nível de despersonalização e alto nível de incompetência profissional;
- 03 enfermeiros (3,9%) apresentaram baixo/moderado nível de desgaste emocional, alto nível de despersonalização e alto nível de incompetência profissional.

Pode-se verificar, a partir desses dados, que a maioria dos enfermeiros (53,2%) apresentou alto nível em alguma das dimensões do *burn out*. Desses, 29,8% apresentou alteração em uma dimensão, 14,3% em duas dimensões e 9,1% apresentou alteração nas três dimensões.

O teste do qui-quadrado apresentado na Tabela 14 mostra que os enfermeiros que apresentaram despersonalização não são os mesmos que apresentaram incompetência profissional. Há forte associação entre eles ($p=0,038$). Dos 55 enfermeiros com nível de despersonalização baixo/moderado, quarenta e três (78,2%) apresentaram também incompetência profissional em nível baixo/moderado. Por outro lado, dentre os 22 enfermeiros com alto nível de despersonalização, dez (45,5%) apresentaram incompetência profissional em nível alto.

Tabela 14. Enfermeiros segundo classificação de despersonalização e incompetência profissional. São Paulo; 2005.

Nível de Despersonalização	Nível de Incompetência profissional					
	Baixo/Moderado (23-32)		Alto (15-22)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Baixo/moderado (0-6)	43	78,2	12	21,8	55	100,0
Alto (7-12)	12	54,5	10	45,5	22	100,0
TOTAL	55	71,4	22	28,6	77	100,0

p (teste qui-quadrado) = 0,038

O teste do qui-quadrado apresentado na Tabela 15 mostra que os enfermeiros que apresentaram despersonalização não são os mesmos que apresentaram desgaste emocional. Há forte associação entre eles ($p=0,001$). Dos 55 enfermeiros com despersonalização em nível baixo/moderado, quarenta e cinco (81,8%) apresentaram também desgaste emocional em nível baixo/moderado. Por outro lado, dentre os 22 enfermeiros com alto nível de despersonalização, doze (54,5%) apresentaram desgaste emocional em nível alto.

Tabela 15. Enfermeiros segundo classificação de despersonalização e desgaste emocional. São Paulo; 2005.

Nível de Despersonalização	Nível de desgaste emocional				TOTAL	
	Baixo/moderado (0-18)		Alto (19-30)		N	%
	N	%	N	%		
Baixo/moderado (0-6)	45	87,8	10	18,2	55	100,0
Alto (7-12)	10	45,5	12	54,5	22	100,0
TOTAL	55	71,4	22	28,6	77	100,0

p (teste qui-quadrado) = 0,001

O teste do qui-quadrado apresentado na Tabela 16 mostra que os enfermeiros que apresentaram incompetência profissional não são os mesmos que apresentaram

desgaste emocional. Há forte associação entre eles ($p=0,038$). Dos 55 enfermeiros com incompetência profissional em nível baixo/moderado, quarenta e três (78,2%) apresentaram também desgaste emocional em nível baixo/moderado. Por outro lado, dos 22 enfermeiros com alto nível de incompetência profissional, dez (45,5%) apresentaram desgaste emocional em nível alto.

Tabela 16. Enfermeiros segundo classificação de incompetência profissional e desgaste emocional. São Paulo; 2005.

Nível de Incompetência profissional	Nível de desgaste emocional				TOTAL	
	Baixo/moderado (0-18)		Alto (19-30)		N	%
	N	%	N	%		
Baixo/moderado						
(23-32)	43	78,2	12	21,8	55	100,0
Alto (15-22)	12	54,5	10	45,5	22	100,0
TOTAL	55	71,4	22	28,6	77	100,0

p (teste qui-quadrado) = 0,038

Resultados Correlacionais

4.5 Apresentação dos resultados da associação entre o *burn out* e as características demográficas e ocupacionais

A Tabela 17 mostra que não houve diferença estatisticamente significativa entre os enfermeiros com baixo/moderado desgaste emocional e com alto nível de desgaste emocional em relação às médias de idade (33,2 anos x 33,55 anos; $p=0,821$), de tempo de atuação na profissão (116,25 meses x 99,82 meses; $p=0,374$) e tempo de atuação em Oncologia (72 meses x 74,74 meses; $p=0,832$).

Tabela 17. Correlação da estatística descritiva das variáveis quantitativas com o nível de desgaste emocional. São Paulo; 2005.

Variável	Desgaste emocional	N	Média	Desvio padrão	p (t-Student)
Idade	Baixo/moderado (0-18)	55	33,20	5,92	0,821
	Alto (19-30)	22	33,55	6,33	
Tempo de atuação na profissão (meses)	Baixo/moderado (0-18)	55	116,25	74,21	0,374
	Alto (19-30)	22	99,82	69,12	
Tempo de	Baixo/moderado (0-18)	55	72,00	47,99	0,832

atuação em oncologia (meses)	Alto (19-30)	22	74,45	39,13
------------------------------------	--------------	----	-------	-------

Pelos dados da Tabela 18 percebe-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os enfermeiros com baixo/moderado desgaste emocional e com alto nível de desgaste emocional em relação ao sexo ($p=0,320$), estado civil (sem companheiro x com companheiro; $p=0,246$), opção por Oncologia ($p=1,000$) e possuir título de especialista em Oncologia ($p=0,813$)

Tabela 18. Correlação entre características demográficas, ocupacionais e os níveis de desgaste emocional. São Paulo; 2005.

Variável	Categoria	Desgaste emocional				TOTAL		P*
		Baixo/moderado		Alto				
		N	%	N	%			
Sexo	M	04	100,0	0,0	0,0	04	100,0	0,320 ^F
	F	51	69,9	22	30,1	73	100,0	
Estado civil	Sem companheiro	22	64,7	12	35,3	34	100,0	0,246 ^F
	Com companheiro	33	76,7	10	23,3	43	100,0	
Opção por Oncologia	Sim	40	71,4	16	28,6	56	100,0	1,000 ^F
	Não	15	71,4	06	28,6	21	100,0	
Título de especialista em Oncologia	Sim	16	69,6	07	30,4	23	100,0	0,813 ^F
	Não	39	72,2	15	27,8	54	100,0	
TOTAL		55	71,4	22	28,6	77	100,0	

*p^F: Teste de Fisher

Na Tabela 19 visualiza-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os enfermeiros com baixo/moderado nível de despersonalização e com alto nível de

despersonalização em relação às médias de idade (33,78 anos x 32,09 anos; $p=0,267$), de tempo de atuação na profissão (118,56 meses x 94,05 meses; $p=0,183$) e tempo de atuação em Oncologia (72,13 meses x 74,14 meses; $p=0,862$)

Tabela 19. Correlação entre a estatística descritiva das variáveis quantitativas e os níveis de despersonalização. São Paulo; 2005.

Variável	Despersonalização	N	Média	Desvio padrão	p (t-Student)
Idade	Baixo/moderado (0-6)	55	33,78	6,59	0,267
	Alto (7-12)	22	32,09	4,07	
Tempo de atuação na profissão (meses)	Baixo/moderado (0-6)	55	118,56	80,21	0,183
	Alto (7-12)	22	94,05	46,38	
Tempo de atuação em oncologia (meses)	Baixo/moderado (0-6)	55	72,13	49,28	0,862
	Alto (7-12)	22	74,14	34,79	

Pelos dados da Tabela 20 verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os enfermeiros com despersonalização em nível baixo/moderado e alto em relação ao sexo ($p=0,320$), estado civil ($p=0,885$), opção por oncologia ($p=1,000$) e possuir título de especialista em oncologia ($p=0,156$).

Tabela 20. Correlação de características sócio-demográficas e ocupacionais com os níveis de despersonalização. São Paulo; 2005.

Variável	Categoria	Despersonalização Baixo/ Alto	TOTAL	P*
----------	-----------	-------------------------------------	-------	----

Sexo	M	moderado		N	%	N	%	04	100,0	0,320 ^F
		N	%							
	F	51	69,9	22	30,1	73	100,0			
Estado civil	Sem companheiro	24	70,6	10	29,4	34	100,0			0,885 ^F
	Com companheiro	31	72,1	12	27,9	43	100,0			
continua										
Opção por Oncologia	Sim	40	71,4	16	28,6	56	100,0			continuação 1,000 ^F
	Não	15	71,4	06	28,6	21	100,0			
Título de especialista em Oncologia	Sim	19	82,6	04	17,4	23	100,0			0,156 ^F
	Não	36	66,7	18	33,3	54	100,0			
TOTAL		55	71,4	22	28,6	77	100,0			

*p^F: Teste de Fisher

*p^F: Teste de Fisher

Na Tabela 21 tem-se os dados que mostram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os enfermeiros com incompetência profissional em nível baixo/moderado e alto em relação às médias de idade (33,58 anos x 32,59 anos; p=0,516), de tempo de atuação na profissão (117,78 meses x 96 meses; p=0,238) e tempo de atuação em oncologia (75,67 meses x 65,27 meses; p=0,367).

Tabela 21. Correlação entre a estatística descritiva das variáveis quantitativas e os níveis de incompetência profissional. São Paulo; 2005.

Variável	Incompetência profissional	N	Média	Desvio padrão	p (t-Student)
Idade	Baixo/moderado (23-32)	55	33,58	6,19	0,516
	Alto (15-22)	22	32,59	5,58	
Tempo de atuação na profissão (meses)	Baixo/moderado (23-32)	55	117,78	76,60	0,238
	Alto (15-22)	22	96,00	60,82	

Tempo de atuação em oncologia (meses)	Baixo/moderado (23-32)	55	75,67	48,38	0,367
	Alto (15-22)	22	65,27	36,86	

Os dados da Tabela 22 mostram que não houve diferença estatisticamente significativa entre incompetência profissional e sexo ($p=0,320$), estado civil ($p=0,246$), opção por oncologia ($p=0,571$) e possuir título de especialista em oncologia ($p=0,753$) entre os enfermeiros com incompetência profissional em nível baixo/moderado e alto.

Tabela 22. Fatores associados à presença de incompetência profissional, número e porcentagem de enfermeiros segundo características sócio-demográficas e ocupacionais. São Paulo; 2005.

Variável	Categoria	Incompetência profissional						P*
		Baixo/moderado		Alto		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	M	04	100,0	0,0	0,0	04	100,0	0,320 ^F
	F	51	69,9	22	30,1	73	100,0	
Estado civil	Sem companheiro	22	64,7	12	35,3	34	100,0	0,246 ^F
	Com companheiro	33	76,7	10	23,3	43	100,0	
Opção por Oncologia	Sim	39	69,6	17	30,4	56	100,0	0,571 ^F
	Não	16	76,2	05	23,8	21	100,0	
Título de especialista em Oncologia	Sim	17	73,9	06	26,1	23	100,0	0,753 ^F
	Não	38	70,4	16	29,6	54	100,0	
TOTAL		55	71,4	22	28,6	77	100,0	

*p^F: Teste de Fisher

Verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade, tempo de atuação na profissão e tempo de atuação em Oncologia entre

os enfermeiros com baixo/moderado ou alto nível nas dimensões desgaste emocional, despersonalização e incompetência profissional.

Não houve diferença estatisticamente significativa também entre o sexo, o estado civil, a opção por Oncologia e possuir título de especialista em Oncologia entre os enfermeiros com baixo/moderado ou alto nível de desgaste emocional, despersonalização e incompetência profissional.

4.6 Apresentação dos resultados relativos à correlação entre os estressores, o *burn out* e os estilos de *coping*

As tabelas apresentadas neste tópico mostram os resultados relativos à comparação das médias de cada estilo de *coping* segundo as dimensões de *burn out* frente aos estressores óbito, relacionamento com equipe médica e de enfermagem e emergência.

Pode-se visualizar na Tabela 23 que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos estilos de *coping* confronto ($p=0,391$), afastamento ($p=0,457$), auto-controle ($p=0,715$), suporte social ($p=0,097$), aceitação da responsabilidade ($p=0,661$), fuga esquiva ($p=0,270$), resolução de problema ($p=0,226$) e reavaliação positiva ($p=0,086$), segundo nível de desgaste emocional frente ao estressor óbito.

Tabela 23. Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de *coping* e os níveis de desgaste emocional frente ao estressor óbito. São Paulo. São Paulo; 2005.

Estilo de <i>Coping</i>	Desgaste emocional	N	Média	Desvio padrão	p
Confronto	Baixo/moderado (0-18)	15	6,13	4,22	0,391
	Alto (19-30)	05	4,40	1,82	
Afastamento	Baixo/moderado (0-18)	15	7,20	4,33	0,457
	Alto (19-30)	05	5,60	3,05	
Auto-controle	Baixo/moderado (0-18)	15	10,87	4,81	0,715
	Alto (19-30)	05	10,00	3,32	
Suporte social	Baixo/moderado (0-18)	15	8,73	3,71	0,097
	Alto (19-30)	05	5,40	3,58	
Aceitação da responsabilidade	Baixo/moderado (0-18)	15	3,53	3,29	0,661
	Alto (19-30)	05	2,80	2,77	
Fuga esquiva	Baixo/moderado (0-18)	15	7,33	5,77	0,270
	Alto (19-30)	05	4,20	3,42	
Resolução de problema	Baixo/moderado (0-18)	15	10,53	4,96	0,226
	Alto (19-30)	05	7,60	2,51	
Reavaliação positiva	Baixo/moderado (0-18)	15	11,60	6,50	0,086
	Alto (19-30)	05	6,00	3,54	

Percebe-se pelos dados da Tabela 24 que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos estilos de *coping* confronto ($p=0,186$), afastamento ($p=0,276$), auto-controle ($p=0,329$), suporte social ($p=0,179$), aceitação da responsabilidade ($p=0,085$), fuga esquiva ($p= 0,684$), resolução de problema ($p=0,953$)

e reavaliação positiva ($p=0,548$), segundo nível de despersonalização frente ao estressor óbito.

Tabela 24. Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de *coping* e os níveis de despersonalização frente ao estressor óbito. São Paulo; 2005.

Estilo de <i>Coping</i>	Despersonalização	N	Média	Desvio padrão	p
Confronto	Baixo/moderado (0-6)	13	6,54	4,37	0,186
	Alto (7-12)	07	4,14	1,77	
Afastamento	Baixo/moderado (0-6)	13	7,54	4,41	0,276
	Alto (7-12)	07	5,43	3,05	
Auto-controle	Baixo/moderado (0-6)	13	9,92	4,42	0,329
	Alto (7-12)	07	12,00	4,40	
Suporte social	Baixo/moderado (0-6)	13	8,77	3,81	0,179
	Alto (7-12)	07	6,29	3,73	
Aceitação da responsabilidade	Baixo/moderado (0-6)	13	4,23	3,19	0,085
	Alto (7-12)	07	1,71	2,36	
Fuga esquivada	Baixo/moderado (0-6)	13	6,92	6,22	0,684
	Alto (7-12)	07	5,86	3,63	
Resolução de problemas	Baixo/moderado (0-6)	13	9,85	5,01	0,953
	Alto (7-12)	07	9,71	4,07	
Reavaliação positiva	Baixo/moderado (0-6)	13	10,85	7,23	0,548
	Alto (7-12)	07	9,00	4,40	

Como pode-se visualizar na Tabela 25, existe forte associação estatística entre a média do estilo de *coping* fuga esquivada ($p=0,008$) segundo o nível de incompetência profissional frente ao estressor óbito.

Para os enfermeiros que tiveram incompetência profissional em nível baixo/moderado frente ao estressor óbito, a média de fuga esquiva (7,44) foi o dobro daqueles que apresentaram incompetência em nível alto (3,0), ou seja, os enfermeiros que tiveram incompetência em nível baixo/moderado frente ao estressor óbito utilizaram mais fuga esquiva do que quando tiveram incompetência em nível alto frente ao estressor óbito.

Tabela 25. Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de *coping* e os níveis de incompetência profissional frente ao estressor óbito. São Paulo; 2005.

Estilo de <i>Coping</i>	Incompetência profissional	N	Média	Desvio padrão	p
Confronto	Baixo/moderado (23-32)	16	6,19	4,07	0,262
	Alto (15-22)	04	3,75	1,50	
Afastamento	Baixo/moderado (23-32)	16	6,88	4,38	0,873
	Alto (15-22)	04	6,50	2,65	
Auto-controle	Baixo/moderado (23-32)	16	10,44	4,24	0,679
	Alto (15-22)	04	11,50	5,69	
Suporte social	Baixo/moderado (23-32)	16	8,88	3,52	0,020
	Alto (15-22)	04	4,00	2,83	
Aceitação da responsabilidade	Baixo/moderado (23-32)	16	3,63	3,20	0,445
	Alto (15-22)	04	2,25	2,87	
Fuga esquiva	Baixo/moderado (23-32)	16	7,44	5,68	0,008
	Alto (15-22)	04	3,00	0,82	
Resolução de problemas	Baixo/moderado (23-32)	16	10,44	4,83	0,224
	Alto (15-22)	04	7,25	2,50	
Reavaliação positiva	Baixo/moderado (23-32)	16	10,50	6,78	0,683
	Alto (15-22)	04	9,00	4,55	

Como pode-se visualizar na Tabela 26, existe forte associação estatística entre as médias dos estilos de *coping*, segundo o desgaste emocional, frente ao estressor relacionamento com equipe médica e de enfermagem, o desgaste emocional e o estilo de *coping* fuga esquiva ($p=0,050$).

Para os enfermeiros que tiveram desgaste emocional em nível baixo/moderado frente ao estressor relacionamento com equipe médica e de enfermagem, a média de fuga esquivada (4,93) é a metade daqueles que apresentaram desgaste emocional em nível alto (8,50). Isso quer dizer que frente aos problemas de relacionamento em equipe, os enfermeiros que tiveram desgaste emocional em nível alto utilizaram mais fuga esquivada.

Tabela 26. Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de *coping* e os níveis de desgaste emocional frente ao estressor relacionamento com equipe de enfermagem e médica. São Paulo; 2005.

Estilo de <i>Coping</i>	Desgaste emocional	N	Média	Desvio padrão	p
Confronto	Baixo/moderado (0-18)	14	6,79	2,94	0,201
	Alto (19-30)	06	8,50	1,64	
Afastamento	Baixo/moderado (0-18)	14	6,21	2,75	0,129
	Alto (19-30)	06	4,33	1,21	
Auto-controle	Baixo/moderado (0-18)	14	9,57	4,69	0,592
	Alto (19-30)	06	10,67	1,97	
Suporte social	Baixo/moderado (0-18)	14	10,07	2,67	0,640
	Alto (19-30)	06	10,67	2,25	
Aceitação da responsabilidade	Baixo/moderado (0-18)	14	3,79	2,58	0,385
	Alto (19-30)	06	5,00	3,29	
Fuga esquivada	Baixo/moderado (0-18)	14	4,93	3,71	0,050
	Alto (19-30)	06	8,50	2,81	
Resolução de problemas	Baixo/moderado (0-18)	14	9,29	5,24	0,669
	Alto (19-30)	06	10,33	4,08	
Reavaliação positiva	Baixo/moderado (0-18)	14	11,64	4,50	0,464
	Alto (19-30)	06	10,00	4,52	

Os dados contidos na Tabela 27 mostram que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos estilos de *coping* confronto ($p=0,462$), afastamento ($p=0,562$), auto-controle ($p=0,513$), suporte social ($p=0,297$), aceitação da

responsabilidade ($p=0,600$), fuga esquiva ($p=0,315$), resolução de problema ($p=0,954$) e reavaliação positiva ($p=0,681$), segundo nível de despersonalização frente ao estressor relacionamento com equipe de enfermagem e médica.

Tabela 27. Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de *coping* e os níveis de despersonalização frente ao estressor relacionamento com equipe de enfermagem e médica. São Paulo; 2005.

Estilo de <i>Coping</i>	Despersonalização	N	Média	Desvio padrão	p
Confronto	Baixo/moderado (0-6)	14	7,00	2,96	0,462
	Alto (7-12)	06	8,00	2,00	
Afastamento	Baixo/moderado (0-6)	14	5,43	2,34	0,562
	Alto (7-12)	06	6,17	3,06	
Auto-controle	Baixo/moderado (0-6)	14	9,50	4,45	0,513
	Alto (7-12)	06	10,83	2,99	
Suporte social	Baixo/moderado (0-6)	14	9,86	2,68	0,297
	Alto (7-12)	06	11,17	1,94	
Aceitação da responsabilidade	Baixo/moderado (0-6)	14	3,93	3,08	0,600
	Alto (7-12)	06	4,67	2,07	
Fuga esquiva	Baixo/moderado (0-6)	14	5,43	3,99	0,315
	Alto (7-12)	06	7,33	3,14	
Resolução de problemas	Baixo/moderado (0-6)	14	9,64	4,92	0,954
	Alto (7-12)	06	9,50	5,09	
Reavaliação positiva	Baixo/moderado (0-6)	14	11,43	3,82	0,681
	Alto (7-12)	06	10,50	6,06	

Percebe-se na Tabela 28 que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos estilos de *coping* confronto ($p=0,645$), afastamento ($p=0,883$), auto-controle ($p=0,351$), suporte social ($p=0,247$), aceitação da responsabilidade ($p=0,754$), fuga esquiva ($p=0,137$), resolução de problema ($p=0,758$) e reavaliação positiva ($p=0,676$), segundo nível de incompetência profissional frente ao estressor relacionamento com equipe de enfermagem e médica.

Tabela 28. Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de *coping* e os níveis de incompetência profissional frente ao estressor relacionamento com equipe de enfermagem e médica. São Paulo; 2005.

Estilo de <i>Coping</i>	Incompetência profissional	N	Média	Desvio padrão	p
Confronto	Baixo/moderado (23-32)	15	7,13	2,67	0,645
	Alto (15-22)	05	7,80	3,03	
Afastamento	Baixo/moderado (23-32)	15	5,60	2,85	0,883
	Alto (15-22)	05	5,80	1,30	
Auto-controle	Baixo/moderado (23-32)	15	9,40	3,72	0,351
	Alto (15-22)	05	11,40	5,03	
Suporte social	Baixo/moderado (23-32)	15	9,87	2,70	0,247
	Alto (15-22)	05	11,40	1,52	
Aceitação da responsabilidade	Baixo/moderado (23-32)	15	4,27	2,58	0,754
	Alto (15-22)	05	3,80	3,63	
Fuga esquiva	Baixo/moderado (23-32)	15	6,73	3,73	0,137
	Alto (15-22)	05	3,80	3,35	
Resolução de problemas	Baixo/moderado (23-32)	15	9,40	4,34	0,758
	Alto (15-22)	05	10,20	6,69	
Reavaliação positiva	Baixo/moderado (23-32)	15	11,40	3,96	0,676
	Alto (15-22)	05	10,40	6,19	

Visualiza-se na Tabela 29 que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos estilos de *coping* confronto ($p=0,986$), afastamento ($p=0,871$), auto-

controle ($p=0,895$), suporte social ($p=0,837$), aceitação da responsabilidade ($p=0,681$), fuga esquiva ($p=0,256$), resolução de problema ($p=0,761$) e reavaliação positiva ($p=0,946$), segundo nível de desgaste emocional frente ao estressor emergência.

Tabela 29. Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de *coping* e os níveis de desgaste emocional frente ao estressor emergência. São Paulo; 2005.

Estilo de <i>Coping</i>	Desgaste emocional	N	Média	Desvio padrão	p
Confronto	Baixo/moderado (0-18)	09	4,78	2,54	0,986
	Alto (19-30)	04	4,75	2,63	
Afastamento	Baixo/moderado (0-18)	09	5,78	2,86	0,871
	Alto (19-30)	04	5,50	2,52	
Auto-controle	Baixo/moderado (0-18)	09	8,67	4,06	0,895
	Alto (19-30)	04	9,00	4,16	
Suporte social	Baixo/moderado (0-18)	09	8,33	2,69	0,837
	Alto (19-30)	04	8,00	2,45	
Aceitação da responsabilidade	Baixo/moderado (0-18)	09	2,33	2,78	0,681
	Alto (19-30)	04	3,00	2,16	
Fuga esquiva	Baixo/moderado (0-18)	09	6,89	6,05	0,256
	Alto (19-30)	04	2,75	4,86	
Resolução de problemas	Baixo/moderado (0-18)	09	9,44	3,57	0,761
	Alto (19-30)	04	8,75	4,03	
Reavaliação positiva	Baixo/moderado (0-18)	09	8,33	4,06	0,946
	Alto (19-30)	04	8,50	3,79	

Os dados da Tabela 30 mostram que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos estilos de *coping* confronto ($p=0,670$), afastamento

($p=0,986$), auto-controle ($p=0,361$), suporte social ($p=0,678$), aceitação da responsabilidade ($p=0,736$), fuga esquivada ($p=0,684$), resolução de problema ($p=0,821$) e reavaliação positiva ($p=0,852$), segundo nível de despersonalização frente ao estressor emergência.

Tabela 30. Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de *coping* e os níveis de despersonalização frente ao estressor emergência. São Paulo; 2005.

Estilos de <i>Coping</i>	Despersonalização	N	Média	Desvio padrão	P
Confronto	Baixo/moderado (0-6)	10	4,60	2,72	0,670
	Alto (7-12)	03	5,33	1,53	
Afastamento	Baixo/moderado (0-6)	10	5,70	2,71	0,986
	Alto (7-12)	03	5,67	3,06	
Auto-controle	Baixo/moderado (0-6)	10	8,20	4,10	0,361
	Alto (7-12)	03	10,67	3,06	
Suporte social	Baixo/moderado (0-6)	10	8,40	2,72	0,678
	Alto (7-12)	03	7,67	2,08	
Aceitação da responsabilidade	Baixo/moderado (0-6)	10	2,40	2,63	0,736
	Alto (7-12)	03	3,00	2,65	
Fuga esquivada	Baixo/moderado (0-6)	10	6,00	6,29	0,684
	Alto (7-12)	03	4,33	4,93	
Resolução de problemas	Baixo/moderado (0-6)	10	9,10	3,98	0,821
	Alto (7-12)	03	9,67	2,08	
Reavaliação positiva	Baixo/moderado (0-6)	10	8,50	3,63	0,852
	Alto (7-12)	03	8,00	5,29	

Na Tabela 31 pode-se perceber que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos estilos de *coping* confronto ($p=0,832$), afastamento

($p=0,361$), auto-controle ($p=0,240$), suporte social ($p=0,667$), aceitação da responsabilidade ($p=0,973$), fuga esquiva ($p=0,531$), resolução de problema ($p=0,130$) e reavaliação positiva ($p=0,829$), segundo nível de incompetência profissional frente ao estressor emergência.

Tabela 31. Correlação entre a estatística descritiva dos estilos de *coping* e os níveis de incompetência profissional frente ao estressor emergência. São Paulo; 2005.

Estilos de <i>Coping</i>	Incompetência profissional	N	Média	Desvio padrão	p
Confronto	Baixo/moderado (23-32)	09	4,67	2,87	0,832
	Alto (15-22)	04	5,00	1,41	
Afastamento	Baixo/moderado (23-32)	09	5,22	2,95	0,361
	Alto (15-22)	04	6,75	1,71	
Auto-controle	Baixo/moderado (23-32)	09	7,89	4,23	0,240
	Alto (15-22)	04	10,75	2,50	
Suporte social	Baixo/moderado (23-32)	09	8,44	2,92	0,667
	Alto (15-22)	04	7,75	1,50	
Aceitação da responsabilidade	Baixo/moderado (23-32)	09	2,56	2,74	0,973
	Alto (15-22)	04	2,50	2,38	
Fuga esQUIVA	Baixo/moderado (23-32)	09	6,33	6,46	0,531
	Alto (15-22)	04	4,00	4,55	
Resolução de problemas	Baixo/moderado (23-32)	09	8,22	3,70	0,130
	Alto (15-22)	04	11,50	2,08	
Reavaliação positiva	Baixo/moderado (23-32)	09	8,22	4,12	0,829
	Alto (15-22)	04	8,75	3,59	

Pode-se verificar a partir dos dados expostos que os enfermeiros que apresentaram alto nível de desgaste emocional frente aos problemas de relacionamento em equipe usaram mais fuga esQUIVA do que aqueles que apresentaram nível baixo/moderado em desgaste emocional.

4.7 Apresentação dos resultados relativos à correlação entre os estressores e os estilos de *coping*

As figuras apresentadas a seguir mostram os resultados das comparações das médias de cada estilo de *coping* segundo cada estressor.

Visualiza-se na Figura 2 as médias dos estilos de *coping* frente ao estressor óbito: resolução de problema (54,44), auto-controle (50,71), reavaliação positiva (48,57), suporte social (43,88), afastamento (37,77), confronto (31,66), aceitação da responsabilidade (27,91) e fuga esquiva (27,29).

Houve diferença estatisticamente significativa entre o estilo de *coping* resolução de problema e aceitação da responsabilidade ($p=0,000038$), confronto ($p=0,000269$), fuga esquiva ($p=0,000035$) e afastamento ($p=0,025926$).

Houve diferença estatisticamente significativa entre o estilo de *coping* reavaliação positiva e confronto ($p=0,022316$), aceitação da responsabilidade ($p=0,001504$) e fuga esquiva ($p=0,000910$).

Figura 2. Médias dos estilos de *coping* segundo o estressor óbito. São Paulo; 2005.

Percebe-se na Figura 3 as médias dos estilos de *coping* frente ao estressor relacionamento com equipe de enfermagem e médica: suporte social (56,94), resolução de problema (53,33), reavaliação positiva (53,09), auto-controle (47,14), confronto (40,55), aceitação da responsabilidade (34,58), afastamento (31,38), e fuga esQUIVA (25,00).

Houve diferença estatisticamente significativa entre resolução de problema e afastamento ($p=0,000181$), aceitação da responsabilidade ($p=0,002734$) e fuga esQUIVA ($p=000032$). Houve diferença estatisticamente significativa entre o estilo de *coping* reavaliação positiva e afastamento ($p=0,000221$), aceitação da responsabilidade ($p=0,003314$) e fuga esQUIVA ($p=0,000032$).

Figura 3. Médias dos estilos de *coping* segundo o estressor relacionamento com equipe de enfermagem e médica. São Paulo; 2005.

Percebe-se na Figura 4 as médias dos estilos de *coping* frente ao estressor emergência: resolução de problema (51,28), suporte social (45,72), auto-controle (41,75), reavaliação positiva (39,92), afastamento (31,62), confronto (26,49), fuga esquiva (23,39) e aceitação da responsabilidade (21,15).

Houve diferença estatisticamente significativa entre o estilo de *coping* resolução de problema e fuga esquiva ($p=0,000249$), resolução de problema e aceitação da responsabilidade ($p=0,000144$), resolução de problema e confronto ($p=0,001178$) e resolução de problema e afastamento ($p=0,020703$). Houve diferença estatisticamente significativa entre o estilo de *coping* reavaliação positiva e aceitação da responsabilidade ($p=0,032275$).

Figura 4. Médias dos estilos de *coping* segundo o estressor emergência. São Paulo; 2005.

Os dados presentes na Figura 5 mostram as seguintes médias dos estilos de *coping* frente ao estressor relacionamento com paciente/família: resolução de problema (62,22), auto-controle (49,04), reavaliação positiva (44,76), suporte social (43,33), aceitação da responsabilidade (31,66), afastamento (30,55), confronto (30,00) e fuga esquiva (12,91).

Houve diferença estatisticamente significativa entre os estilos de *coping* resolução de problema e fuga esquiva ($p=0,000128$), confronto ($p=0,000829$), afastamento ($p=0,001053$), e aceitação da responsabilidade ($p=0,001709$). Houve diferença estatisticamente significativa entre o estilo de *coping* reavaliação positiva e fuga esquiva ($p=0,000977$).

Figura 5. Médias dos estilos de *coping* segundo o estressor relacionamento com paciente/família. São Paulo; 2005.

Pela Figura 6 visualiza-se as médias dos estilos de *coping* frente ao estressor processo de trabalho: reavaliação positiva (55,15), suporte social (54,16), resolução de problema (53,24), auto-controle (44,44), afastamento (41,66), aceitação da responsabilidade (38,19), confronto (34,72) e fuga esquivada (31,25).

Houve diferença estatisticamente significativa entre os estilos de *coping* reavaliação positiva e fuga esquivada ($p=0,001249$) e reavaliação positiva e confronto ($p=0,009435$). Houve diferença estatisticamente significativa entre o estilo de *coping* resolução de problema e confronto ($p=0,009435$) e fuga esquivada ($p=0,001249$).

Figura 6. Médias dos estilos de *coping* segundo o estressor processo de trabalho. São Paulo; 2005.

Ao analisar os dados referentes aos estilos de *coping* utilizados frente aos estressores, percebe-se que frente ao estressor óbito os enfermeiros oncologistas utilizaram mais resolução de problema, auto-controle e reavaliação positiva. No entanto, o *coping* auto-controle apresentou um valor de alfa de Cronbach inferior a 0,70. O estilo de *coping* menos utilizado foi a fuga esquiva.

Frente ao estressor relacionamento com a equipe médica e de enfermagem os estilos de *coping* mais utilizados foram suporte social, resolução de problema e reavaliação positiva. No entanto, o estilo de *coping* suporte social apresentou um valor

de alfa de Cronbach inferior a 0,70. O estilo de *coping* menos utilizado também foi a fuga esquiva.

Frente ao estressor emergência, os enfermeiros utilizaram mais os estilos de *coping* resolução de problema, suporte social, auto-controle e reavaliação positiva. No entanto, os estilos de *coping* suporte social e auto-controle apresentaram um valor de alfa de Cronbach inferior a 0,70. O estilo de *coping* menos utilizado foi a aceitação da responsabilidade.

Os estilos de *coping* mais utilizados frente ao estressor processo de trabalho foram reavaliação positiva, suporte social e resolução de problema. No entanto, o estilo de *coping* suporte social apresentou um valor de alfa de Cronbach inferior a 0,70. O estilo de *coping* menos utilizado foi a fuga esquiva.

E, frente ao estressor relacionamento com paciente e família os enfermeiros utilizaram mais resolução de problema, auto-controle e reavaliação positiva. No entanto, o estilo de *coping* auto-controle apresentou um valor de alfa de Cronbach inferior a 0,70. O estilo de *coping* menos utilizado foi a fuga esquiva.

Como pode-se perceber, os estilos de *coping* mais utilizados frente aos diferentes estressores relatados pelos enfermeiros oncologistas foram a resolução de problema e a reavaliação positiva e o estilo menos utilizado foi a fuga esquiva.

Ressalta-se que frente ao estressor processo de trabalho, o *coping* mais usado foi a reavaliação positiva e a seguir resolução de problema, ao contrário dos demais estressores, onde ocorreu o inverso.

Outro ponto a ser destacado é a utilização de diferentes estilos de *coping* frente a um mesmo estressor, que pode ser visto a partir das diferenças estatísticas entre os

principais estilos de *coping* (resolução de problema e reavaliação positiva) e os demais estilos.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, e sim em ter novos olhos”.

(Marcel Proust)

5. Discussão dos resultados

5. Discussão dos resultados

O estudo do *burn out* na profissão da enfermagem vem crescendo nos últimos anos embora grande parte dos estudos sejam estrangeiros. O instrumento mais utilizado nas diversas pesquisas na área, especialmente em Oncologia, é o Maslach *Burn out* Inventory (MBI), o mesmo utilizado nesta pesquisa.

A avaliação da consistência interna do inventário de *Burn out* obtida a partir do valor de alfa de Cronbach neste estudo foi muito próxima ao encontrado na avaliação do inventário original em inglês para as dimensões desgaste emocional e incompetência profissional. A dimensão despersonalização apresentou alfa de Cronbach igual a 0,517.

Segundo Lautert citado em Carlotto, Câmara (2004), a dimensão despersonalização possui a consistência interna mais baixa nas diferentes investigações ao redor do mundo, exceto quando aplicada em norte-americanos, no idioma original em que a mesma foi elaborada. Entre esses trabalhos estão o de Martinez, onde foi identificado um alfa de Cronbach igual a 0,5693 e o de Carlotto e Câmara que identificaram alfa igual a 0,58 (Martinez 1997, Carlotto, Câmara 2004).

Caracterizando-se a população estudada, tem-se o predomínio de mulheres, na faixa etária compreendida entre trinta e um e quarenta anos de idade, possuir companheiro, ter mais de 5 anos de profissão, mais de 5 anos de atuação em Oncologia,; ter optado por trabalhar em Oncologia e não possuir título de especialista na área .

Tais dados refletem uma população relativamente jovem, muito longe da aposentadoria, portanto, com muitos anos de exercício profissional pela frente, com provável motivação por sua atividade, uma vez que escolheram trabalhar em Oncologia, mas que, paradoxalmente, não buscaram especializar-se nesta área. Os dados revelam ainda, que grande parte do grupo, possuía a possibilidade de contar com suporte familiar, uma vez que moravam acompanhadas de seus companheiros. A caracterização do grupo desse estudo, portanto, parece indicar que nele há predomínio de pessoas que possuíam atributos favoráveis à superação de estressores e à prevenção de *burn out*, fato que não se confirmou por meio dos resultados obtidos.

Os estressores mais freqüentemente apontados pelos enfermeiros da população estudada foram os óbitos dos pacientes, os problemas de relacionamento com a equipe de enfermagem e médica e as situações de emergência.

Assim como nesse estudo, algumas situações aparecem comumente relatadas como estressoras para os enfermeiros em Oncologia, como o óbito dos pacientes, as situações inesperadas e os conflitos interpessoais (Cebrià et al 2001, Dewe 1983, Barros et al 2003, Medland et al 2004, Tyler e Ellison 1994, Kushnir et al 1997).

Embora hoje se obtenha sucesso no tratamento dos diferentes tipos de câncer, há ainda um contingente de doentes, a nível terciário de cuidado, que ainda não consegue obter a cura, sendo inerente a essa especialidade um número elevado de óbitos.

O processo de morrer é uma das situações que exige diferentes habilidades por parte do profissional, principalmente habilidade na comunicação com o paciente e sua família. Foi identificado na pesquisa de Beck's (1997) que não era a morte propriamente dita que causava ansiedade, e sim os aspectos do cuidado do paciente em processo de morrer. Esses aspectos foram estudados por Cooper e Barnett (2005) em 38 graduandas de enfermagem por meio de entrevistas grupais e individuais, e envolveram os problemas na comunicação com o paciente e sua família (não saber o que dizer ou fazer) e a realização da ressucitação cárdio-respiratória (RCP), relacionado ao fato de não saber a indicação de RCP para determinado paciente.

Um estudo realizado com enfermeiros que cuidavam de pacientes em processo de morrer em Unidade de Terapia Intensiva descreveu que esses profissionais apresentaram atitudes de impessoalidade no contato direto com o paciente, distanciamento emocional, evitação da comunicação com o paciente e seus familiares e

valorização dos procedimentos técnicos em detrimento da relação interpessoal (Mendes e Linhares 1996).

Outra pesquisa também realizada com enfermeiros objetivou identificar as formas de comunicação utilizadas por esses profissionais ao cuidar de pacientes terminais, mostrando que os comportamentos “bloqueadores” da comunicação eram muito utilizados por essa população. Esses comportamentos incluíram, entre outros, mudar de assunto durante a conversa para não atender às necessidades de informação do paciente e da família e tentar uma atmosfera animadora e concentrar-se intensamente nas atividades técnicas (Webster 1981).

Um fator que deve ser considerado é esta hesitação em fornecer informação ao paciente e sua família, que pode estar relacionada ao não reconhecimento pelo enfermeiro do conhecimento por parte do paciente e sua família sobre o prognóstico da doença, uma vez que, na grande maioria das vezes, essa informação é fornecida pelo médico. Esse fato pôde ser constatado como um fator causador de ansiedade para os cuidadores na pesquisa de Allchin (2006).

Kushnir et al (1997) verificaram em sua pesquisa realizada com enfermeiros atuantes em Pediatria Oncológica que estes tinham o sentimento de falta de preparo profissional para lidar com a morte e esses enfermeiros apresentaram um maior nível de estresse profissional.

Percebe-se, nesses estudos, que existe uma semelhança no que diz respeito à dificuldade em lidar com os aspectos “não-técnicos” do cuidado ao paciente em processo de morrer.

Pela descrição dos enfermeiros da presente pesquisa no que se refere ao óbito/processo de morrer, essa situação foi considerada estressora por exigir habilidades

que envolvem a comunicação com o paciente e sua família. Essa informação é curiosa, uma vez que esta atividade de lidar com o paciente e sua família foi considerada estressora pelos enfermeiros desse estudo, mas apenas por 13 % deles, o que nos leva a supor que, menos do que o relacionamento com pacientes e familiares, o aspecto existencial e filosófico da finitude da vida pode ter sido o mais relevante para relacionar a morte como fator de estresse, mesmo que os enfermeiros aqui pesquisados não tenham se referido a esse nexos causal.

O cuidado paliativo⁵ envolve promover conforto dos aspectos físicos, emocionais e espirituais tanto para o paciente quanto para a família. A comunicação desempenha um papel fundamental nesses aspectos, pois promover conforto emocional envolve atividades como escutar ativamente, tocar e utilizar o tempo para as necessidades que tem significado para o paciente (Kruijver et al 2000).

No estudo de Ramirez et al (1995) realizado com 392 médicos oncologistas, detectou-se que para os profissionais que tinham recebido treinamento em comunicação (56% da amostra), o processo de morrer foi muito menos relatado como estressor do que o excesso de trabalho. Além disso, daqueles médicos que não tinham recebido treinamento em comunicação, 30% apresentou escore mais elevado em despersonalização, que inclui, entre outros aspectos, o distanciar-se do paciente.

Outro estudo foi realizado com enfermeiros, incluindo os oncologistas, por Dunn et al (2005) que estudaram as atitudes de 58 desses profissionais que cuidavam de pacientes em processo de morrer e tinham recebido treinamento sobre esse tópico. Para

⁵ Cuidado paliativo é entendido como “uma modalidade de cuidar que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias diante dos problemas associados às doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e de outros sintomas” (Organização Mundial da Saúde 2002).

isto, utilizaram o *Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying* (FATCOD) que avalia as atitudes do profissional ao fornecer cuidado ao paciente em processo de morrer. A maioria da amostra apresentou atitudes positivas ao fornecer o cuidado a esses pacientes e suas famílias, não hesitando em educar e preparar para a morte.

Espera-se que o profissional que deseje atuar em determinada especialidade busque o desenvolvimento de habilidades específicas exigidas pela área. Especificamente em Oncologia, essa busca por um curso de especialização é significativa uma vez que, na maior parte das instituições de ensino brasileiras, em nível de graduação em Enfermagem, o ensino da Cancerologia ainda é premente.

Nesse sentido, a especialização representaria uma forma de aquisição de conhecimento pautada em referenciais teóricos fundamentais para a prática. Porém, não foi o que ocorreu com a população desse estudo, onde a maioria dos enfermeiros (70,1%) não possuía especialização em Oncologia, apesar da maior parte deles estar atuando na área há pelos menos cinco anos.

Dentre as situações de óbito/processo de morrer descritas pelos enfermeiros pode-se destacar aquelas em que essa situação ocorreu em crianças ou adolescentes. Essas situações foram descritas por seis (27,2%) dos vinte e dois enfermeiros que consideraram o óbito/processo de morrer um estressor.

A morte da criança e do adolescente pode ser interpretada como interrupção no seu ciclo biológico e isso pode provocar na equipe sentimentos de impotência, frustração, tristeza e angústia (Spíndola e Macedo 1994).

Um estudo realizado com 26 profissionais de enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, procurou investigar como esses profissionais vivenciavam o luto frente à morte de crianças e adolescentes

hospitalizados. Embora o estudo tenha sido realizado nos setores de Pediatria e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e não especificamente em Oncologia, acredita-se que nessas unidades encontrem-se crianças e adolescentes portadores de câncer. Os resultados mostraram que os profissionais apresentaram sentimentos de frustração, tristeza e impotência e sintomas como cansaço e vontade de abandonar a profissão (Costa e Lima 2005).

Outro estressor relatado pelos enfermeiros do presente estudo recaiu sobre os problemas no relacionamento com a equipe médica e a de enfermagem, relatado por 26% dos enfermeiros. As situações incluídas nesse âmbito relacionavam-se, principalmente, ao *stress* dos médicos, à não concordância com determinadas condutas médicas e às discussões sobre os aspectos do cuidado dos pacientes.

À semelhança desse estudo, os problemas de relacionamento entre a equipe de enfermagem e a médica, e entre os próprios membros da equipe de enfermagem foram identificados em outras pesquisas como as de Ramirez et al (1998), Massaroni (2001), Carvalho et al (2005) e Benincá (2002). Nesta última, realizada com enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a autora diz que a diversidade de categorias existente entre o pessoal da enfermagem tende a dificultar o relacionamento, por gerar uma divisão técnica e social do trabalho que contribui para o surgimento de relações competitivas e parceladas.

Os problemas de relacionamento entre a equipe médica e de enfermagem foram também descritos como estressores para médicos residentes (Nogueira-Martins e Jorge 1998).

Esses conflitos de relacionamento podem ocorrer devido às divergências em opiniões e valores, principalmente no que se refere às decisões sobre a vida e a morte.

As diferenças de posicionamento entre os profissionais da saúde podem estar relacionadas a diferenças nas representações e nos significados em relação ao processo de saúde-doença. A decisão de investir na vida de um paciente, por exemplo, por ser estritamente médica, podendo trazer conflitos com a equipe de enfermagem. Não raro, essas diferenças de opiniões evoluem para tensões interpessoais (Boemer et al 1989).

O compartilhamento de vivências, que poderia possibilitar um canal de identificação e reflexão sobre a prática profissional em Oncologia pode ser dificultado por esses conflitos de relacionamento referidos pelos enfermeiros.

Kruijver et al (2000) referem que a comunicação por parte do enfermeiro desempenha um papel muito importante na identificação das necessidades afetivas e cognitivas dos pacientes com câncer e suas famílias.

Avaliando a percepção de pacientes com câncer que se encontravam hospitalizados sobre o toque dos enfermeiros, Morales (1994) identificou que essa população identificou dois tipos de toque: o toque para realização de procedimentos e o toque afetivo e relataram que o toque realizado pelos enfermeiros era mínimo e exclusivamente para realização de procedimentos.

Os problemas de relacionamento citados pelos enfermeiros deste presente estudo, sejam intra-disciplinares ou inter-disciplinares, podem traduzir uma inabilidade dos enfermeiros em relacionar-se no âmbito profissional. Este fato foi identificado no estudo de Puggina e Silva (2005) com enfermeiros que atuavam em unidades hospitalares, onde foi averiguado que os enfermeiros tinham dificuldade de se comunicar com o paciente sem deixar de demonstrar autoridade; e, embora reconhecessem a importância da família, não conseguiam lidar com ela.

Os problemas de relacionamento podem estender-se para além da família e atingir também a equipe multiprofissional, fato apontado nessa pesquisa. A dificuldade de comunicação entre a equipe médica e a de enfermagem pode dificultar vários aspectos do cuidado, como o não reconhecimento por parte do enfermeiro sobre o início do cuidado paliativo para determinado paciente. Quando isso ocorre, pode haver dúvidas e conflitos em saber como agir diante de situações limites (uma parada cardíaco-respiratória, por exemplo) gerando inseguranças, ansiedade e, muitas vezes, culpa.

Boa parte dos enfermeiros desse estudo apontaram as situações de emergência oncológica⁶ e a parada cardíaco-respiratória como estressores.

Entende-se que em uma unidade de internação de Oncologia sejam admitidos pacientes passíveis de serem acometidos por uma emergência oncológica. Os enfermeiros dessa especialidade deveriam estar aptos a reconhecer essa emergência e prestar assistência adequada. Pode ser que essa situação de emergência seja estressora por exigir uma ação rápida e eficaz.

Por outro lado, a parada cardíaco-respiratória em Oncologia pode representar um estressor à medida que, em algumas situações, não há o reconhecimento por parte dos enfermeiros sobre o *status* do paciente, ou seja, existe uma falta de clareza sobre os indicadores prognósticos da doença com prescrições de modalidades de tratamentos “agressivos” e dolorosos, fazendo com que os enfermeiros continuem executando procedimentos fúteis (Gross 2006). Isso pode conduzir a um conflito entre o seu papel e sua responsabilidade quando o paciente tem uma parada cardíaco-respiratória.

⁶ Emergência oncológica refere-se a toda e qualquer situação decorrente do câncer ou do tratamento para o câncer e tem esse nome devido pois ocorre predominantemente em pacientes acometidos de câncer. Inclui, entre outras, a compressão da medula espinhal, a síndrome da veia cava superior e a síndrome da lise tumoral (Mundy e Manzullo, 2006 - p.1011)

Esses dois estressores referidos pelos enfermeiros do presente estudo, portanto, revelam necessidades de aquisição de habilidades e competências de naturezas distintas; uma de caráter predominantemente técnico-científico, e outra de caráter tanto técnico-científico quanto psico-afetivo. Aparentemente, boa parte dos enfermeiros desse estudo estava sofrendo as conseqüências da deficiência das duas competências.

Em uma menor proporção, foram referidos como estressores, nesse estudo, as situações relacionadas ao processo de trabalho. Ao contrário desta pesquisa, outros autores identificaram esses estressores como os mais significativos para os enfermeiros oncologistas (Carvalho et al 2005, Meirelles e Zeitoune 2003). Esse fato pode estar relacionado ao local de atuação dos enfermeiros, já que as pesquisas foram desenvolvidas em outro tipo de unidade oncológica, como centro cirúrgico oncológico.

Pesquisas que procuraram verificar os estressores para a categoria dos médicos oncologistas destacaram que, para esses profissionais, os principais estressores relacionaram-se ao processo de trabalho, e envolviam o excesso de trabalho e o conflito entre as demandas do trabalho como o gerenciamento do tratamento do paciente e o desenvolvimento de pesquisas (Graham et al 2000 e Tucunduva et al 2006).

Os estressores do trabalho em Oncologia associados a outros fatores podem conduzir o profissional ao *burn out*. Entre esses fatores destacam-se as características pessoais e ocupacionais. Nesse estudo, buscou-se correlacionar o *burn out* com algumas características pessoais como a idade, o sexo, o estado civil, a opção por atuar em Oncologia e os estilos de *coping* utilizados; e características ocupacionais, como o tempo de atuação na profissão e o tempo de atuação em Oncologia, compreendendo que tais variáveis poderiam aumentar ou diminuir a vulnerabilidade das pessoas envolvidas

em desenvolver o *burn out*. No entanto, nesse estudo não foi identificada correlação na presente pesquisa entre o *burn out* e as variáveis pessoais e ocupacionais citadas.

Esse resultado assemelha-se com o encontrado na pesquisa de Lautert com enfermeiros brasileiros, onde não foi verificada correlação entre variáveis pessoais e ocupacionais com o *burn out* (Lautert 1997).

Duquette et al (1994) fizeram uma revisão de estudos que investigaram a relação entre o *burn out* em enfermeiros e variáveis demográficas, concluindo que essas variáveis não desempenharam um papel fundamental no desenvolvimento da síndrome.

Considerando que outro fator relevante para o desenvolvimento do *burn out*, além da potência do estressor, é a eficácia e a qualidade dos estilos de *coping* das pessoas envolvidas numa determinada situação, buscou-se identificar os estilos de *coping* dos enfermeiros desse estudo.

Kalichman et al (2000) estudaram os estressores e os estilos de *coping* de enfermeiros que trabalhavam em uma unidade de cuidado a pacientes com AIDS e verificaram que, frente aos estressores referentes ao cuidado do paciente, os estilos de *coping* mais utilizados foram a reavaliação positiva e a aceitação da responsabilidade.

Payne (2001) investigou os aspectos que mais influenciavam no desenvolvimento do *burn out* para uma população de 82 enfermeiros atuantes em *hospices*. As variáveis estudadas foram os estressores, o sexo, a idade, o tempo de experiência na área, a qualificação profissional e os estilos de *coping* utilizados. Os principais estressores foram o processo de morrer e os conflitos de relacionamento entre a equipe, e os principais estilos de *coping* utilizados foram a resolução de problema e a reavaliação positiva. Os resultados apontaram que os estressores foram os maiores

determinantes do *burn out*, explicando 22% e 21% de variância nas dimensões desgaste emocional e despersonalização, respectivamente.

À semelhança do estudo de Payne (2001), os enfermeiros oncologistas do presente estudo, utilizaram mais os estilos de *coping* resolução de problema e reavaliação positiva frente aos estressores óbito, conflitos de relacionamento com a equipe médica e de enfermagem e situações de emergência. Ressalta-se que o *coping* resolução de problema é um estilo de *coping* focado no problema e o *coping* reavaliação positiva é um estilo de *coping* focado na emoção. Folkman e Lazarus (1985) pontuam que, embora a reavaliação positiva seja um *coping* focado na emoção, ele não envolve ações tão negativas como a fuga esquivada. Este último foi o estilo de *coping* menos utilizado frente aos diferentes estressores pela população estudada.

No estilo de *coping* resolução de problema são utilizadas estratégias que incluem a elaboração de planos e ações alternativas, com o objetivo direto de resolução da situação. O indivíduo aprende novas habilidades com o problema e tenta ajustar-se para resolvê-lo. No estilo de *coping* reavaliação positiva são utilizadas estratégias cognitivas para aceitação da realidade da situação. O indivíduo tenta reestruturar o acontecimento, com o intuito de encontrar alguns aspectos que melhor favoreça, fala coisas a si próprio com a intenção de amenizar a gravidade ou concentra-se nos aspectos positivos da situação.

Um dado relevante obtido no presente estudo foi que os enfermeiros que apresentaram alto nível de desgaste emocional frente aos conflitos de relacionamento com a equipe médica e de enfermagem usaram mais o *coping* fuga esquivada do que aqueles enfermeiros que apresentaram baixo/moderado nível de desgaste. Isso significa que conforme aumentou o nível de desgaste emocional frente aos conflitos de

relacionamento, os enfermeiros utilizaram mais um *coping* focado na emoção, a fuga esquiva, sugerindo que quanto maior o nível de *burn out*, maior tendência a utilizar fuga esquiva.

No que se refere à correlação entre o *burn out* e os estilos de *coping* utilizados por enfermeiros, Ceslowitz (1989) verificou em sua pesquisa que os indivíduos que apresentaram *burn out* em níveis mais baixos utilizavam estilos de *coping* como suporte social, reavaliação positiva e auto-controle; enquanto os enfermeiros que apresentavam altos níveis de *burn out* empregavam mais confronto e fuga esquiva.

É interessante observar que os enfermeiros do presente estudo utilizaram mais freqüentemente o *coping* resolução de problema frente ao estressor óbito/processo de morrer. Parece ser possível supor que a vinculação desse estilo de *coping* com este estressor resultaria em controle eficaz do estressor, uma vez que a resolução de problemas tem sido apontada como um estilo de *coping* pró-ativo, focado no problema e, portanto, com boa probabilidade de cumprir a função de superar ou controlar o estressor. Entre os enfermeiros deste estudo, no entanto, parece não ter sido o que ocorreu, uma vez que o óbito/processo de morrer permaneceu sendo o estressor mais freqüentemente citado, a despeito do *coping* utilizado.

Parece fazer sentido supor que a eficácia do *coping* resolução de problemas está na dependência do sujeito que o utiliza ser capaz de fazer uma identificação correta e completa dos vários aspectos que compõem o problema que terá que ser enfrentado. No caso particular do presente estudo é possível que a resolução do problema “óbito/processo de morrer” tenha sido focada apenas nos seus aspectos técnico-científicos e protocolares, excluindo mais uma vez os aspectos psico-afetivos e existenciais, reduzindo a eficácia desse estilo de *coping*.

Os conflitos de relacionamento com a equipe médica e de enfermagem relatados pelos enfermeiros também podem estar conduzindo esses enfermeiros ao *burn out*, uma vez que, como coloca Maslach e Jackson (2003) “boas relações sociais no trabalho podem auxiliar no não desenvolvimento da síndrome”. É possível, portanto, que a questão do relacionamento tenha tido, neste estudo, dupla importância: a primeira atuando como estressor e propiciando o *burn out* e, a segunda, eliminando a possibilidade da equipe médica e de enfermagem atuarem como um *coping* (suporte social), auxiliando no enfrentamento dos estressores relacionados ao trabalho destes enfermeiros.

Autores como Chiriboga e Bailey (1986) e Tyler e Ellison (1994) descreveram que os enfermeiros que utilizam estilos de *coping* focados no problema apresentam menor tendência ao *burn out*, sugerindo que esses estilos de *coping* funcionariam como protetores contra o *burn out*.

Os enfermeiros desta investigação utilizaram resolução de problema frente aos diferentes estressores, mas a maioria desta população apresentou desvios nas dimensões do *burn out*.

Para determinar as alterações nas dimensões do *burn out* foram verificados, a princípio, os escores de cada dimensão. O escore apresentado pelos enfermeiros na dimensão desgaste emocional foi 14,41; na dimensão despersonalização foi 4,86 e em incompetência profissional foi 25,40.

Esses resultados são bastante semelhantes aos encontrados na pesquisa de Lautert com enfermeiros brasileiros, onde foi verificado um escore de 13,0 para desgaste emocional; 4,00 para despersonalização e 25 para incompetência profissional (Lautert 1997b).

Ao analisar os escores dos enfermeiros oncologistas utilizando-se os pontos de corte previamente citados, averiguou-se que 28,6% dos enfermeiros apresentaram alto nível de desgaste emocional, 28,6% apresentaram alto nível de despersonalização e 28,6% apresentaram alto nível de incompetência profissional.

Dos enfermeiros que apresentaram alto nível em alguma das dimensões (41; 53,2%), 29,8% apresentaram alteração em uma dimensão, 14,3% em duas dimensões e 9,1% apresentaram alteração nas três dimensões do *burn out*.

Esses enfermeiros encontraram-se assim distribuídos: 09 enfermeiros (11,6%) apresentaram alto nível na dimensão incompetência profissional, 07 (9,1%) apresentaram alto nível nas três dimensões, 07 (9,1%) apresentaram alto nível na dimensão desgaste emocional, 07 (9,1%) apresentaram alto nível em despersonalização, 05 (6,5%) apresentaram alto nível nas dimensões desgaste emocional e despersonalização, 03 (3,9%) apresentaram alto nível em desgaste emocional e incompetência profissional, e 03 enfermeiros (3,9%) apresentaram alto nível nas dimensões despersonalização e incompetência profissional.

Os diferentes padrões de combinação entre as dimensões do *burn out* identificado neste estudo corrobora as palavras de Maslach (2003). A autora aponta que as combinações entre as três dimensões do *burn out* podem resultar em diferentes padrões de experiência frente ao trabalho decorrente da identificação de diferentes prevalências em cada uma das dimensões, e esse fato pôde ser identificado em diferentes pesquisas utilizando o MBI ao redor do mundo.

Embora a definição sobre *burn out* apresentada neste estudo seja “uma associação entre altos escores em desgaste emocional e despersonalização e baixos escores em incompetência profissional” (Benevides-Pereira 2002), que foi identificada

em 9,1% dos enfermeiros oncologistas desta pesquisa, não se pode desconsiderar as outras alterações apresentadas por essa população, visto as repercussões que essas alterações podem ocasionar nos profissionais e nas suas relações com o trabalho.

Essas repercussões foram encontradas no estudo de Leiter et al (1998) e Grunfeld et al (2000), que detectaram uma maior intenção por parte dos profissionais em deixar o trabalho ou reduzir as horas de trabalho quando apresentavam alteração na dimensão desgaste emocional e na pesquisa realizada com enfermeiros por Firth e Britton (1989) que descreveram uma relação entre um aumento no absenteísmo nos profissionais que apresentavam alteração em despersonalização.

Codo (1999) coloca ainda que a apresentação de desgaste emocional isolada, mesmo sem a apresentação das outras dimensões, é considerada preocupante do ponto de vista epidemiológico, pois o processo já está instalado.

Entre os estudos estrangeiros que buscaram avaliar o *burn out* em enfermeiros oncologistas está o de Quattrin et al (2006) desenvolvido na Itália com 100 enfermeiros de 10 unidades de Oncologia que identificou que a maioria desses profissionais apresentou baixo nível nas três dimensões do *burn out*. Os autores correlacionaram esses resultados com o fato de a maioria da população estudada ter optado por trabalhar em Oncologia.

Ao contrário do apresentado por Quattrin et al (2006), no presente estudo, embora a grande maioria dos enfermeiros tenha optado por trabalhar em Oncologia (72,7%), identificou-se que a maioria deles (53,2%) apresentou algum tipo de desvio em relação às dimensões do *burn out*.

Outro estudo sobre *burn out* em enfermeiros oncologistas, agora utilizando o *Staff Burn out Scale for Health Professionals* em 152 enfermeiros, obteve média de 52,7

pontos numa variação possível de 20 a 140 pontos o que, segundo os autores da pesquisa, é relativamente baixo (Jenkins e Ostchega 1986).

Oitenta e dois enfermeiros atuantes em *hospices* foram estudados com relação à apresentação de *burn out*. Dezesesseis por cento dessa amostra de profissionais apresentaram alto nível em desgaste emocional, 10% em despersonalização e 31% em incompetência profissional. Não houve profissionais que apresentaram alteração concomitante nas três dimensões. Os autores correlacionaram esse achado com o fato dos enfermeiros utilizarem o *coping* resolução de problema (Payne 2001).

Uma pesquisa conduzida em Ontário avaliou 681 profissionais de diferentes categorias atuantes em Oncologia incluindo enfermeiros, médicos, farmacêuticos e assistentes sociais, e apontou como resultados que mais de 33% dos profissionais em cada grupo apresentava alto nível em desgaste emocional e despersonalização, apesar de baixo nível em incompetência profissional (Grunfeld et al, 2000).

Outros estudos compararam o *burn out* da equipe de enfermagem que atua em Oncologia com a equipe de enfermagem que atua em outras especialidades.

Um desses estudos foi o de Servellen e Leake (1993) realizado com enfermeiros das especialidades clínica geral, oncologia, terapia intensiva e infectologia utilizando o MBI. Os escores de *burn out* encontrados no grupo de enfermeiros situaram-se abaixo do ponto de corte recomendado em todas as dimensões, exceto para os enfermeiros de clínica geral que apresentaram alto nível na dimensão incompetência profissional. Os enfermeiros das outras especialidades, inclusive os enfermeiros oncologistas, apresentaram baixo nível nas três dimensões.

Albaladejo et al (2004) pesquisaram o *burn out* da equipe de enfermagem que atuava em setores de emergência, oncologia, cuidados intensivos e unidade de

internação clínica de um hospital em Madrid. Para isto, utilizaram o MBI na versão em espanhol. Os autores identificaram que 11,7% da população estudada apresentava alto nível de desgaste emocional, 9,2% alto nível de despersonalização e 16,9% alto nível de incompetência profissional. Quando feita a comparação entre as especialidades, os profissionais do setor de Oncologia apresentavam escores mais altos em desgaste emocional, despersonalização e incompetência profissional em comparação com os demais.

Em outras especialidades, como a infectologia e a psiquiatria, foram realizadas algumas investigações que mostraram que os enfermeiros dessas áreas apresentavam algum tipo de alteração nas dimensões do *burn out*. Uma delas foi a de Visintini e Campanini (1996) que investigaram 410 enfermeiros utilizando o MBI na versão italiana. Os enfermeiros estudados apresentaram como alteração médio nível de incompetência profissional. O outro estudo foi o de Jenkins e Elliot (2004) que investigaram 93 enfermeiros, onde aproximadamente 50% da amostra apresentava como alteração alto nível de desgaste emocional.

Os enfermeiros atuantes em unidade de emergência também foram estudados por Batista e Bianchi (2006). As autoras identificaram que a população estudada apresentava médio nível de estresse profissional.

Um estudo estrangeiro realizado com 882 médicos, incluindo os oncologistas, por meio da aplicação do MBI identificou que 35% dos oncologistas apresentaram alto nível de desgaste emocional, 27% apresentaram alto nível de despersonalização e 37% alto nível de incompetência profissional, embora não esteja descrito os padrões de acometimento nas dimensões para cada profissional. A diferença estatística nos escores de *burn out* entre as especialidades ocorreu somente no grupo dos radiologistas, onde a

dimensão incompetência profissional apresentou escores mais elevados (Ramirez et al, 1996).

No Brasil, um estudo pioneiro sobre o *burn out* em médicos oncologistas foi desenvolvido por Tucunduva et al (2006), que aplicou o MBI para 136 médicos. Do total da população estudada, 28,1% apresentou alto nível em uma dimensão do *burn out*, 21% apresentou alto nível em duas dimensões e 3% apresentou alteração nas três dimensões.

Dois estudos estrangeiros realizados com médicos de especialidades que não a Oncologia identificaram que uma porcentagem desses profissionais também encontrava-se acometida por alto nível nas três dimensões.

Um deles foi o realizado por Goebring et al (2005) que conduziram um estudo com 1755 médicos de diferentes especialidades na Suíça e identificaram por meio do MBI que 3,5% da população estudada apresentava alto nível nas três dimensões.

O outro estudo foi o realizado por Cebrià et al (2001) com médicos atuantes em atenção primária de saúde, onde obtiveram como resultados que 12,4% dos profissionais apresentaram alto nível nas três dimensões do *burn out*.

Uma pesquisa desenvolvida na França com 306 profissionais de saúde de diferentes especialidades, incluindo médicos e enfermeiros, verificou que 5% dos profissionais apresentavam alto nível nas três dimensões do *burn out* e que os escores de incompetência profissional foram mais elevados nos médicos do que nos outros profissionais em geral (Cathebras et al 2004).

Outra categoria profissional estudada com relação ao *burn out* foi a dos psicólogos. Benevides-Pereira (2003) analisou a síndrome em 105 psicólogos brasileiros por meio da aplicação do MBI, identificando que 22,9% dos profissionais

apresentava alto nível de desgaste emocional, 23,8% apresentava alto nível de despersonalização e 24,8% alto nível de incompetência profissional.

Pode-se observar pelos dados expostos que os enfermeiros oncologistas deste presente estudo apresentaram alterações mais significativas nas dimensões do *burn out* do que os enfermeiros oncologistas pesquisados em investigações estrangeiras (Quattrin et al 2006, Jenkins e Ostchega 1986, Payne 2001). Vale ressaltar que não foi identificado nenhum estudo sobre o *burn out* de enfermeiros oncologistas no Brasil.

Quando se comparou as alterações de *burn out* da população do estudo com as de enfermeiros de outras especialidades, os enfermeiros oncologistas deste estudo também apresentaram alterações mais significativas nas dimensões do *burn out* (Visintini e Campanini 1996, Jenkins e Elliot 2004, Servellen e Leake 1993).

A exceção ocorreu quando a investigação envolveu os enfermeiros oncologistas analisados em conjunto com outras categorias profissionais da mesma especialidade (Grunfeld et al, 2000) ou quando envolveu outras categorias profissionais, como médicos e psicólogos, sem incluir os enfermeiros. Nesses casos, os resultados foram semelhantes (Benevides-Pereira 2003, Tucunduva et al 2006, Cebrià et al 2001, Goebring et al 2005).

Alguns pontos devem ser destacados com relação às características demográficas e ocupacionais da população estudada. Um deles é que a maior parte da população era composta por mulheres (94,8%), o que é relatado em alguns estudos como um fator predisponente ao *burn out* (McCraine e Lambert 1987, Albaladejo et al 2004, Martinez 1997), embora deva-se considerar que o tamanho da amostra de enfermeiros do sexo masculino foi muito pequena, não permitindo que alguma variação se tornasse evidente.

Outro ponto é a questão do estado civil casado, que é relatado na literatura como um fator protetor contra o *burn out* (Dale e Weinberg 1989, Martinez 1997). A maioria dos enfermeiros estudados era casada (42,9%), sendo que 55,8% possuía companheiro fixo. No entanto, neste estudo esta correlação não foi verificada.

No que se refere à idade, a maior parte do grupo analisado (50,6%) possuía entre trinta e um a quarenta anos de idade, ou seja, indivíduos relativamente jovens, o que é relatado em alguns estudos sobre o *burn out* (Ramirez et al 1996, Whippen e Canellos 1991, Maslach 2003) como um fator que predispõe à síndrome, já que pessoas mais jovens teriam um repertório menor de estilos de *coping*, alta expectativa frente ao trabalho e falta de maturidade profissional.

Quanto ao tempo de atuação profissional, os resultados apontados neste estudo não confirmaram os dados apresentados na literatura sobre o *burn out*, que evidencia uma relação entre um maior tempo de atuação e o desenvolvimento da síndrome. Alguns autores descreveram que após um tempo maior de atuação na profissão, o profissional pode entrar em um período de sensibilização, tornando-se mais vulnerável. Essa sensibilização deve-se ao fato de que, após esse tempo de exercício profissional, já houve a transição das expectativas idealistas iniciais da profissão para a prática cotidiana, visualizando-se que as recompensas pessoais, profissionais e econômicas não são as mesmas daquelas esperadas (Hillhouse e Adler 1997, Rodrigues e Braga 1998).

Os enfermeiros desta pesquisa tinham 9,3 anos e 6 anos de média de atuação na profissão e em Oncologia, respectivamente, e apresentaram *burn out*.

Considera-se importante destacar o alto percentual de enfermeiros que optou por trabalhar em Oncologia (72,7%). No que diz respeito à opção por determinada especialidade, Bianchi (1990) adotando o modelo interacionista, vem explicar que o fato

de o enfermeiro optar por determinada área representa um estímulo para sua atuação, funcionando como um mecanismo de *coping*. Dejours (1994) acrescenta que a escolha por determinado trabalho possibilita, ao lado de outros elementos, o estabelecimento da identidade profissional. O trabalho pode ser considerado, assim, uma fonte equilibrante, e a motivação, um elemento necessário para o exercício das tarefas.

Um estudo realizado com enfermeiros atuantes em Oncologia corrobora essas assertivas, pois evidenciou um aumento nos escores da dimensão desgaste emocional em enfermeiros que não optaram por trabalhar nessa especialidade (Quattrin et al 2006).

No entanto, os enfermeiros oncologistas desta investigação, apesar de terem optado pela especialidade, apresentaram desvios nas dimensões do *burn out*, o que sugere que este não seja um fator protetor contra o desenvolvimento da síndrome para o grupo analisado.

Acredita-se que a diferença entre os resultados encontrados neste estudo e nos estudos já publicados sobre o *burn out* com enfermeiros oncologistas estrangeiros não se deva às características pessoais e ocupacionais dos profissionais estudados, uma vez que as populações são semelhantes em termos de algumas variáveis como a idade, o sexo, o tempo de atuação em Oncologia e na profissão e a opção por atuar na área. Cabe salientar que outras variáveis que poderiam explicar essa diferença, como os traços de personalidade não foram estudados.

Talvez essa diferença se deva aos estressores e estilos de *coping* utilizados. Não foi possível realizar uma comparação uma vez que nos estudos citados nem sempre foram estudados os estressores e os estilos de *coping* utilizados, dificultando a comparação.

Como o estresse e o trabalho fazem parte da vida, é necessário que os estressores no trabalho sejam identificados e que cada um se conscientize das estratégias de que dispõe para lidar com o mesmo. Este seria o primeiro passo para uma melhor qualidade na vida e no trabalho.

Cabe ressaltar que as estratégias de *coping* podem ser aprendidas. Portanto, considera-se que esses enfermeiros sejam capacitados para o enfrentamento de situações cotidianas de seu trabalho.

A capacitação desses profissionais quanto à identificação das manifestações do *burn out* e de suas conseqüências também merece destaque, uma vez que estes, ao identificarem as alterações, podem implementar medidas de controle.

Os grupos de discussão e reflexão são instrumentos importantes para promover a saúde profissional dos trabalhadores, pois como coloca Maslach (2003), as aproximações no sentido de intervir no indivíduo podem aliviar o desgaste emocional, mas não afetam as outras dimensões da síndrome.

Talvez as intervenções devessem ocorrer na equipe, proporcionando um auto-conhecimento que lhe permita um melhor relacionamento entre seus profissionais como medida primária. Isto porque os problemas de relacionamento com a equipe médica e de enfermagem foram identificados como estressores, ao passo que um bom relacionamento poderia facilitar aos enfermeiros o enfrentamento dos outros estressores cotidianos com melhor desempenho e menor sofrimento no trabalho.

O papel de quem se propõe a cuidar dos cuidadores é ajudar o grupo a identificar seus problemas e elaborar estratégias para lidar com eles, e isto pode ser feito a partir do estabelecimento de vínculos com os colegas. É importante haver troca de experiências profissionais e escutar as reflexões de cada indivíduo. Dessa forma, cada trabalhador

pode elaborar seus próprios pensamentos e verificar que, muitas vezes, seus problemas e ansiedades fazem parte de um contexto coletivo.

Considerando-se que os enfermeiros oncologistas nesse estudo identificam o óbito como um estressor no trabalho, e seu papel no cuidado de pacientes oncológicos implica, entre outros, cuidar de pacientes em processo de morrer, propõe-se que, além da formação de grupos de discussão e reflexão, sejam criados programas de capacitação e o desenvolvimento do senso crítico e ético no cuidado a pacientes em processo de morrer e suas famílias.

Kovács (2003) defende que é possível uma “educação para a morte” voltada para os profissionais da saúde, entendendo educação como desenvolvimento pessoal, aperfeiçoamento e cultivo do ser, e não como padrões de doutrinação.

Os trabalhos tendo como objeto a morte e o morrer na rotina dos profissionais da saúde surgiram na década de 70, a partir de seminários e estudos realizados por Kübler-Ross com doentes terminais. Desde então, outros pesquisadores como Boemer e Kovács vêm contribuindo para um melhor entendimento sobre o tema. No Brasil, foi a partir da década de 90, que os trabalhos com grupos de profissionais da saúde começaram a focalizar o desenvolvimento de atitudes diante da morte (Beck 1995, Figueiredo e Turatto 1995) visto o desgaste físico e emocional inerente a esse cuidado.

No entanto, discutir sobre a morte e o processo de morrer exige habilidade por parte do professor na comunicação e conhecimento das mudanças físicas e psicológicas durante esse período da vida (Benincá 2002).

Uma consideração especial refere-se à inserção do ensino da Oncologia nos cursos de graduação em Enfermagem, fato este que vem sendo discutido no âmbito nacional há alguns anos, mas que ainda é incipiente. Esses cursos, além de abordar os

aspectos do cuidado aos pacientes em processo de morrer e suas famílias, deveria incorporar aspectos relacionados ao cuidado do profissional que cuida desses pacientes. A especialidade vem crescendo nos últimos anos devido a um aumento no diagnóstico dos diversos tipos de câncer e às novas modalidades de tratamento, necessitando de um profissional habilitado para lidar com todas as demandas que a área exige.

Alguns autores têm enfatizado a necessidade da inclusão, tanto teórica quanto prática, de discussões relacionadas ao processo de morrer, sofrimento e perda nos cursos de graduação em Enfermagem, não como conteúdos isolados, e sim como formação de um corpo de conhecimento sólido. (Allchin 2006, Ferrel et al 2000, Costa e Lima 2005). Embora esse processo possa causar desconforto, ansiedade e tristeza para os alunos, o cuidado de pessoas em processo de morrer é benéfico, pois faz parte do contexto do “ser enfermeiro”.

Entende-se que não só as competências técnicas possam ser ensinadas. Os indivíduos também podem e devem desenvolver competências psico-afetivas e existenciais por meio do aprendizado.

Algumas iniciativas têm sido desenvolvidas com enfermeiros oncologistas de forma a avaliar os resultados dos treinamentos realizados. Uma delas foi a de Delvaux et al (2004) que implementaram um programa de 105 horas para melhorar a capacidade de comunicação de 115 enfermeiros oncologistas. Os grupos controle e teste foram avaliados por três instrumentos antes, aos 3 meses e 6 meses após o término do treinamento. Foi verificado no grupo teste que houve um significativo aumento nas atitudes facilitadoras da comunicação, como fazer perguntas abertas, ao lado de um decréscimo nas atitudes dificultadoras da comunicação.

Um outro trabalho foi desenvolvido por Madeira et al (1996) que foi realizado no sentido de diminuir o nível de tensão e ansiedade da equipe de enfermagem que trabalha em hospitais. Uma equipe multidisciplinar realizou técnicas grupais durante o horário de trabalho, incluindo técnicas de respiração, relaxamento, sensibilização, conscientização corporal e interpretação teatral. A avaliação qualitativa dos depoimentos demonstrou que a vivência facilitou o relacionamento entre os membros da equipe de trabalho, abrindo espaço para a comunicação efetiva e auxiliando na resolução de problemas.

Sugere-se que sejam implementadas algumas medidas no sentido de auxiliar os enfermeiros do estudo a buscar estratégias para lidar com o *burn out* já instalado e auxiliar aqueles que ainda não apresentam a síndrome a prevení-la.

Outras medidas que podem ser recomendadas direcionam-se aos enfermeiros e envolvem a busca pelo conhecimento de si mesmo para que possam reconhecer suas fragilidades, suas formas de enfrentamento dos problemas e que atividades auxiliam na redução do estresse, como a realização de atividade física, descansar, manter uma boa alimentação e incorporar atividades sociais à vida cotidiana.

“Quando o conhecimento aparentemente se fixa e se formaliza, nada mais faz que suportar, na estabilidade e elegância dos modelos teóricos, a garantia dessa provisoriedade: um recurso auxiliar às limitações e incertezas do cientista, um pouso paradigmático que instaura um momento de equilíbrio antes da próxima contestação.”

(Carlos Franchi)

6. Conclusões

6. Conclusões

Com a realização desse estudo foi possível caracterizar e analisar o *burn out* de enfermeiros oncologistas considerando suas relações com variáveis pessoais e ocupacionais.

Quanto aos estressores identificados pelos enfermeiros, esse estudo possibilitou as seguintes conclusões:

- 28,6% dos enfermeiros perceberam o óbito como estressor no trabalho,
- 26,0% dos enfermeiros identificaram os problemas de relacionamento com a equipe médica ou de enfermagem como um estressor no trabalho,
- As situações de emergência foram descritas como estressores por 16,9% dos enfermeiros,
- O processo de trabalho foi descrito como estressor por 15,5% dos enfermeiros,
- Os problemas de relacionamento com o paciente oncológico ou sua família foram estressores para 13,0% dos enfermeiros.

Quanto aos estilos de *coping* utilizados pelos enfermeiros desse estudo, por meio da aplicação do Inventário de *Coping* de Folkman e Lazarus, chegou-se às seguintes conclusões:

- O estilo de *coping* mais utilizado foi a resolução de problema.
- O suporte social e a reavaliação positiva foram os estilos de *coping* mais usados após a resolução de problema. É importante lembrar que o estilo de *coping* suporte social não apresentou alfa de Cronbach igual ou superior a 0,70 neste estudo.
- O estilo de *coping* menos utilizado pelos enfermeiros foi a fuga esquiva.

Pode-se concluir que os enfermeiros da amostra utilizaram tanto os estilos de *coping* focados no problema quanto focados na emoção.

Quanto aos escores de *burn out* apresentados pelos enfermeiros, essa pesquisa, por meio da aplicação do Inventário de *Burn out* de Maslach e Jackson, possibilitou as seguintes conclusões:

- O escore médio de desgaste emocional para os enfermeiros da amostra foi 14.41, sendo o valor mínimo 0 e o máximo 30.
- O escore médio de despersonalização para os enfermeiros da amostra foi 4.86, sendo o valor mínimo 0 e o máximo 12.
- O escore médio de incompetência profissional para os enfermeiros da amostra é 25.40, sendo o valor mínimo 15 e o máximo 32.

Quanto à apresentação do *burn out* essa pesquisa possibilitou concluir que:

- 29,8% dos enfermeiros apresentam alteração em uma dimensão do *burn out*,
- 14,3% apresentam alteração em duas dimensões do *burn out*,
- 9,1% dos enfermeiros apresentam alteração nas três dimensões do *burn out*,
-

Os enfermeiros que apresentaram alteração em **uma dimensão** encontraram-se assim distribuídos:

- 09 enfermeiros (11,6%) com baixo/moderado nível de desgaste emocional, baixo/moderado nível de despersonalização e **alto nível de incompetência profissional,**
- 07 enfermeiros (9,1%) com **alto nível de desgaste emocional,** baixo/moderado nível de despersonalização e baixo/moderado nível de incompetência profissional,
- 07 enfermeiros (9,1%) com baixo/moderado nível de desgaste emocional, **alto nível de despersonalização** e baixo/moderado nível de incompetência profissional.

Os enfermeiros que apresentaram alteração em **duas dimensões** encontram-se assim distribuídos:

- 05 enfermeiros (6,5%) apresentaram **alto nível de desgaste emocional, alto nível de despersonalização** e baixo/moderado nível de incompetência profissional;
- 03 enfermeiros (3,9%) apresentaram **alto nível de desgaste emocional,** baixo/moderado nível de despersonalização e **alto nível de incompetência profissional;**
- 03 enfermeiros (3,9%) apresentaram baixo/moderado nível de desgaste emocional, **alto nível de despersonalização e alto nível de incompetência profissional.**

Quanto às relações entre o *burn out* e as variáveis demográficas e ocupacionais sexo, idade, estado civil, tempo de atuação na profissão, tempo de atuação em Oncologia, possuir título de especialista em Oncologia e opção por trabalhar na área foram identificadas correlações.

Quanto às relações entre o *burn out*, os estressores e os estilos de *coping* concluiu-se que:

- Os enfermeiros que tiveram alto nível de desgaste emocional frente ao estressor relacionamento com equipe de enfermagem ou médica utilizaram mais fuga esquiva do que aqueles que apresentaram baixo/moderado nível de desgaste emocional.
- Os enfermeiros que tiveram baixo/moderado nível de incompetência profissional frente ao estressor óbito utilizaram mais fuga esquiva do que aqueles que apresentaram alto nível de incompetência.

Quanto às relações entre os estressores e os estilos de *coping* pôde-se concluir que:

- Frente ao estressor óbito, os estilos de *coping* mais utilizados foram a **resolução de problema**, auto-controle e **reavaliação positiva**. É importante lembrar que o *coping* auto-controle apresentou um valor de alfa de Cronbach inferior a 0,70.
- Frente ao estressor relacionamento com equipe médica ou de enfermagem, os estilos de *coping* mais utilizados foram o suporte social, a **resolução de**

problema e a **reavaliação positiva**. É importante lembrar que o *coping* suporte social apresentou um valor de alfa de Cronbach inferior a 0,70.

- Frente ao estressor emergência os enfermeiros utilizaram mais os estilos de *coping* **resolução de problema**, suporte social, auto-controle e **reavaliação positiva**. É importante lembrar que o *coping* suporte social apresentou um valor de alfa de Cronbach inferior a 0,70.
- Frente ao estressor relacionamento com paciente ou sua família os enfermeiros utilizaram mais o *coping* **resolução de problema**, auto-controle e **reavaliação positiva**. É importante lembrar que o *coping* auto-controle apresentou um valor de alfa de Cronbach inferior a 0,70.
- Frente ao estressor processo de trabalho os enfermeiros utilizaram mais o *coping* **reavaliação positiva**, suporte social e **resolução de problema**.

Contradições, crises e conflitos angustiam, retalham, mas trazem fecundidade também”.

(Roque Scheider)

7. Considerações Finais

7. Considerações finais

A condução dessa pesquisa que objetivou caracterizar e analisar o *burn out* de enfermeiros oncologistas considerando suas relações com variáveis pessoais e ocupacionais representou uma busca repleta de significados. No entanto, vários outros questionamentos surgiram no processo de análise e discussão dos dados.

Um deles é qual estressor estaria exercendo maior influência para o desenvolvimento do *burn out*. Não foi possível comparar o *burn out* com os estressores, pois estes foram relatados no início do preenchimento do Inventário de *Coping* e descritos como tendo ocorrido obrigatoriamente na última semana de trabalho. Desta forma, é possível que naquela semana de trabalho alguns enfermeiros não tenham vivenciado situações de óbito/processo de morrer, problemas de relacionamento, emergência, entre as outras situações citadas.

Um ponto que deve ser destacado é a não existência de estudos brasileiros sobre *burn out* em enfermeiros oncologistas, o que, de certa forma, dificultou a comparação de resultados.

Portanto, é necessário que outros estudos sejam desenvolvidos principalmente na avaliação de correlações entre outras variáveis de interesse na correlação com o *burn out*, como o tipo de personalidade. Estudos que comparem o *burn out* de enfermeiros oncologistas de unidades de internação com enfermeiros oncologistas atuantes em ambulatório bem como estudos longitudinais na avaliação do *burn out* também são indicações de futuros estudos.

Com a divulgação dos resultados dessa pesquisa espera-se que novos estudos sobre o *burn out* sejam desenvolvidos em Oncologia para que se possa prevenir e detectar precocemente a síndrome nos profissionais atuantes na área visto a crescente demanda de pacientes oncológicos e os resultados encontrados com esta pesquisa.

8. Referências Bibliográficas

8. Referências Bibliográficas⁸

Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio ME, Dominguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de um hospital de Madrid. Rev Esp Salud Publica [periódico na Internet]. 2004 Jul-Aug [citado 2006 ago 22]; 78 (4): [cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci>

Akroyd D, Caison A, Adams RD. Burn out in radiation therapists: the predicitive value of selected stressors. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2002 Mar; 52 (3): 816-21.

Allchin L. Caring for the dying. J Hosp Palliat Nurs. 2006 Mar-Apr; 8 (2): 112-7.

Alvarez E, Fernandez L. El syndrome de burnout o el desgaste professional: revisión de estudios. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatria. 1991; 11(39): 257-65.

Barrett L, Yates P. Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout and intention to leave the specialty. Aust Health Rev. 2002; 25 (3): 109-21.

Barros ALBL, Humerez DC, Fakihi FT, Michel JLM. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. Rev Lat Am Enfermagem. 2003; 11 (5): 585-92.

⁸ As referências bibliográficas foram elaboradas conforme as normas de Vancouver descritas no PubMed.

Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Rev Lat Am Enfermagem. 2006 Jul-Ago; 14 (4): 534-9.

Beck CT. Nursing students' experiences caring for dying patients. J Nurs Educ. 1997. 36 (9): 408-14.

Benevides-Pereira AMTB, organizador. *Burnout*: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p.73.

Benevides-Pereira AMTB, Moreno-Jiménez B. O *burnout* e o profissional de psicologia. Rev Inter Ação Psy. 2003 Ago; 1 (1): 68-75.

Benincá CRS. Apoio psicológico à enfermagem diante da morte: estudo fenomenológico [tese]. Rio Grande do Sul (RS): Instituto de Psicologia; 2002.

Beresford BA. Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. J Child Psychol Psychiatry. 1994 Jan; 35: 171-209.

Bianchi ERF. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro em centro cirúrgico [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1990.

Boemer MR, Valle ERM. O significado do cuidar de criança com câncer: uma visão de enfermeiras. Rev Bras Enferm. 1988; 41 (1): 56-63.

Boemer MR, Rossi LRG, Nastari RR. A idéia de morte em Unidade de Terapia Intensiva: análise de depoimentos. Rev Gaúcha Enferm. 1989; 10 (2): 8-14.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Mundo Saúde Jan-Fev. 1997; 21 (21): 15-21.

Campos RG. *Burnout*: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP); 2005.

Carlotto MS, Câmara SG. Análise fatorial do Maslach *burnout* inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. Psicol Estud Set-Dez. 2004; 9 (3): 499-505.

Carvalho EC, Muller M, de Carvalho PB, de Souza Melo A. Stress in the professional practice of oncology nurses. *Cancer Nurs*. 2005 May-Jun; 28 (3): 187-92.

Carver CS, Scheier MF. Situational *coping* and *coping* dispositions in a stressful transaction. *J Pers Soc Psychol*. 1994 Jan; 66 (1): 184-95.

Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Burnout among French general practioners. 2004 Dec; 33 (22): 1569-74.

Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M et al. Rasgos de personalidad y Burnout en medicos de familia. *At Primaria*. 2001 Abr; 27 (7): 459-68.

Ceslowitz SB. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *J Adv Nurs*. 1989 Jul; 14 (7): 553-7.

Chacón Roger M, Grau Abalo J. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Rev Cuba Oncol*. 1997 Jul; 13 (2):118-25.

Chaves EC. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1994.

Chiriboga DA, Bailey J. Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses: a comparative study. *C C Q*. 1986; 9: 84-92.

Codo W. Educação: carinho e trabalho. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.

Comitê Psicossocial da Sociedade internacional de Oncologia Pediátrica. Orientações sobre aspectos psicossociais em oncologia pediátrica. Tradução de Luciana Pagano Castilho Françoso e Elizabeth Ranier Martins do Valle [texto na Internet]; 2004; Comitê Pediátrico da sociedade Brasileira de Psico-Oncologia [citado 2005 jan 18]. Disponível em: <http://www.sbpo.com.br/producao/siop2000.pdf>

Cooper J, Barnett M. Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *Int J Palliat Nurs*. 2005; 11 (8); 423-30.

Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev*. 1993 Oct; 18 (4): 621-56.

Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev Lat Am. Enfermagem. 2005 Mar-Abr; 13 (2): 151-7.

Dale J, Weinberg RS. The relationship between coach's leadership style and burn out. Sport Psychol. 1989; 3: 1-13.

Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise do prazer, sofrimento e trabalho. Traduzido por Betiol MIS, et al. São Paulo: Atlas; 1994.

Delvoux N, Razavi D, Marchal S, Bredart A, Farvacques C, Slachmuylder JL. Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. BR J Cancer. 2004 Jan; 90 (1): 106-14.

Dewe JP. Identifying the causes of nurses stress: a survey of New Zealand nurses. Work Stress 1983; 1(1): 15-24.

Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. Oncol Nurs Forum. 2005 Jan; 32 (1): 97-104.

Duquette A, Sandhu BK, Beauder L. Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge. Issues Mental Health Nurs. 1994; 15: 337-58.

Ferreira NA, Cezareti IU, Erhart ERN. Formação de recursos humanos em enfermagem oncológica no curso de graduação. Rev Bras Cancerol. 1994; 40 (1): 31-7.

Ferreira NMLA. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. Rev Esc Enferm USP. 1996; 30 (2): 229-53.

Ferrell BR, Virani R, Grant M, Rhome A. End of life issues and nursing education. Imprint. 2000 Feb-Mar; 47 (2): 43-6.

Figueiredo RM, Turato ER. A enfermagem diante do paciente com AIDS e a morte. J Bras Psiquiatr. 1995; 44: 641-7.

Firth H, Britton P. Burnout, absence and turnover amongst British nursing staff. *J Occup Psychol*. 1989; 62: 55-9.

Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*. 1984 Apr; 46 (4): 839-52.

Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980 Sept; 21 (3): 219-39.

Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: a study of emotion and *coping* during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*. 1985 Jan; 48 (1):150-70.

Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de *Burnout*) en profesionales de enfermería. *Rev Eletrônica InterAção Psy* [periódico na Internet]. 2003 Ago [citado 2005 jan 12]; 1: [cerca de 14 p.]. Disponível em <http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Completo.pdf>

Goebring C, Gallaabi MB, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005; 135: 101-8.

Graham J, Ramirez AJ, Field S, Richards MA. Job stress and satisfaction among clinical radiologists. *Clinical Radiol* 2000; 55: 182-5.

Gross AG. End-of-life care obstacles and facilitators in the critical care units of a community hospital. *J Hosp Palliat Nurs*. 2006 Mar-Apr; 8 (2): 92-102.

Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of *burnout*, job stress and job satisfaction. *CMAJ*. 2000 July; 163 (2): 166-9.

Guyton AG. Tratado de fisiologia médica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986.

Hillhouse JJ, Adler CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. Soc Sci Med. 1997 Dec; 45: 1781-8.

Hinds PS, Quargnenti AG, Hickey SS, Mangum GH. A comparison of the stress-response sequence in new and experienced pediatric oncology nurses. Cancer Nurs. 1994 Feb; 17 (1): 61-71.

Jenkins JF, Ostchega Y. Evaluation of burnout in oncology nurses. Cancer Nurs. 1986 Jun; 9 (3): 108-16.

Jenkins R, Elliot P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. J Adv Nurs; 2004 Dec; 48 (6): 622-31.

Kalichman SC, Gueritault-Chalvin V, Demi A. Sources of occupational stress and coping strategies among nurses working in AIDS care. J Assoc Nurses AIDS Care. 2000 May-Jun; 11 (3): 31-7.

Kash KM, Holland JC, Breitbart W, Berenson S, Dougherty J, Ouellette-Kobasa S et al. Stress and burnout in oncology. Oncol (Williston Park). 2000 Nov; 14 (11): 1621-33.

Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

Kruijver IP, Kerkstra A, Bensing J, van de Wiel HB. Nurse-patient communication in cancer care: a review of the literature. Cancer Nurs 2000 Feb; 23 (1): 20-31.

Kushnir T, Rabin S, Azulay S. A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. Cancer Nurs. 1997 Dec; 20 (6): 414-21.

Labate RC, Ribeiro BA, Bosco AG. O estresse do enfermeiro junto a pacientes com câncer. Rev Enferm UERJ. 2001; 9(3): 243-7.

Lautert L (a). O desgaste profissional: uma revisão de literatura e implicações para a enfermeira. Rev Gaúcha Enferm. 1997; 8 (2):83-93.

Lautert L (b). O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. Rev Gaúcha Enferm. 1997; 18 (2): 133-44.

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.

Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse *burnout*. Soc Sci Med 1998; 47(10): 1611-7.

Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment *burnout* and organizational commitment. J Organ Behav. 1988, 9:297-308.

Lyckholm L. Dealing with stress, burnout and grief in practice of oncology. Lancet Oncol. 2001 Dec; 2 (12): 750-5.

Madeira CG, Jorge AS, Kakehashi S, Oliveira I. saúde e educação: cursos alternativos para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1996; 30 (2): 217-28.

Martinez JCA. Aspectos epidemiológicos del syndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Publica. 1997; 71 (3): 293-303.

Maslach C. Job burnout: new directions in research and intervention. Curr Dir Psychol Sci. 2003 Oct; 12 (5): 189-92.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job *burnout*. Annu Rev Psychol. 2001; 52:397-422.

Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced *burnout*. J Occup Behav. 1981; 2: 99-113.

Massaroni L. O estresse dos profissionais da equipe de enfermagem no centro cirúrgico: estudo de suas representações sociais. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): EEAN/UFRJ; 2001.

McConnell EA. *Burnout* in the nursing profession: coping strategies, causes and costs. St.Louis: Mosby; 1982.

McCranie EW, Lambert CE, Lambert CE Jr. Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nurs Res*. 1987 Nov-Dec; 33 (6): 374-78.

Medland J, Howard-Ruben J, Whitaker E. Fostering psychosocial wellness in Oncology nurses: addressing *burnout* and social support in the workplace. *Oncol Nurs Forum* 2004 jan-Fev; 31 (1): 47-54.

Meirelles NF, Zeitoune RCG. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2003; 7 (1): 78-88.

Mendes AM, Linhares NJR. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. *Rev Bras Enferm*. 1996; 49: 267-80.

Molassiotis A, Haberman M. Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses. *Cancer Nurs* 1996; 19 (5):360-7.

Morales E. Meaning of touch to hospitalized Puerto Ricans with cancer. *Cancer Nurs*. 1994; 17: 464-9.

Mundy SB, Manzullo E. Oncologic emergencies. In: Kantarjian HM, Wolff RA, Koller CA. MD Anderson: manual of medical oncology. USA: McGraw-Hill; 2006. p.1011.

Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev Ass Med Brasil*. 1998; 44 (1): 28-34.

Oliver C, Aragonese C, Pastor JC, Moreno B. La escala MBI como medida del estrés laboral asistencial. Rev Cub Psicol. 1996 (en prensa).

Organização Mundial da Saúde. Programas Nacionais de Controle do Câncer: políticas e princípios de gerenciamento [texto na Internet]. 2002; WHO Definition of Palliative Care: Genebra [citado 2006 Out 15]; [cerca de 1p.]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Papadatou D, Anagnostopolous F, Monos D. Factors contributing to the development of *bur out* in oncology nursing. Br J Med Psychol. 1994 Jun; 67 (Pt2): 187-99.

Payne N. Occupational stressors and coping as determinants of burnout female hospice nurses. J Adv Nurs. 2001; 33 (3): 396-405.

Parkes KR. Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. J Pers Soc Psychol. 1984 Mar; 46 (3): 655-68.

Penson RT, Dignan FL, Canellos GP, Picard CL, Lynch TJ Jr. Burnout: caring for the caregivers. Oncologist. 2000; 5 (5): 425-34.

Popim RC. O cuidador na ação do cuidar na enfermagem oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz [tese]. Rio Grande do Sul: Escola de Enfermagem da PUC; 2001.

Puggina ACG, Silva MJP. A alteridade nas relações de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005 Set-Out; 58(5): 573-9.

Quattrin R, Zanini A, Nascig E, Annunziata MA, Calligaris L, Brusaferrero S. Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. Oncol Nurs Forum 2006; 33 (4): 815-20.

Ramirez AJ, Addington-Hall J, Richards M. ABC of palliative care: the carers. BMJ. 1998 Jan; 316: 208-11.

Ramirez AJ, Graham J, Richards M, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet. 1996 Mar; 347 (9003): 724-8.

Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. British J Cancer. 1995; 71: 1263-9.

Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1989.

Rodrigues AB, Chaves ECC. Emoções e representações emergentes da experiência do olhar sobre a morte [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Rodrigues VJ, Braga EM. O *stress* no exercício profissional da Medicina: uma abordagem psicossocial [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1998.

Ryan-Wenger NM. A taxonomy of children's coping strategies: a step toward theory development. Am J Orthopsychiatry. 1992 Apr; 62 (2): 256-63.

Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus para o português. Psicol USP. 1996; 7 (1/2):183-201.

Selye H. Stress, a tensão da vida. Tradução de Frederico Branco. 2ª ed. São Paulo: Ibrasa; 1959.

Servellen GV, Leake B. Burn out in hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical, and intensive care unit nurse samples. J Prof Nurs. 1993 May-Jun 1993; 9 (3): 169-77.

Silva JB, Kirschbaum DIR. O sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos. Rev Bras Enferm. 1998; 51 (2): 263-72.

Spíndola T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. Rev Bras Enferm. 1994; 47(2):108-17.

Suls J, David JP, Harvey JH. Personality and coping: three generations of research. J Pers. 1996; Dec 64 (4): 711-35.

Tamayo MR. Relação entre a síndrome de *burn out* e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. [dissertação]. Brasília: Instituto de Psicologia; 1997.

Tapp JT. Multisystems holistic model of health, stress and coping. In: Field TM, McCabe PM, Scheneiderman H. Stress and coping. Nova Iorque: Lawrence Erlbaum Associates; 1985.

Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofani G, Souza CM, Del Giglio A, et al. A síndrome de estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. Rev Assoc Med Bras. 2006; 52 (2): 108-12.

Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. J Abnorm Psychol. 1994 Feb; 103 (1): 44-50.

Vasconcellos EG. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1992. p. 25-35.

Visintini R, Campanini E. Psychological stress in nurses' relationships with HIV-infected patients: the risk of burnout. AIDS Care. 1996 Apr; 8 (2): 183-95.

Webster ME. Communication with dying patients. Nurs Times. 1981 Jun; 77 (23): 999-1002.

Whippen D, Canellos G. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. J Clin Oncol. 1991 Oct; 9 910): 1916-20.

Anexos

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: “*Burn out* e estilos de *coping* em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos”.

Pesquisadora: Andrea Bezerra Rodrigues

Nome do (participante): _____

Caro participante:

Gostaria de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “*Burn out** e estilos de *coping** em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos”, que se refere à Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da USP.

O objetivo desse trabalho é caracterizar e analisar o *burn out* de enfermeiros oncologistas considerando suas relações com variáveis pessoais e ocupacionais: sexo, idade, estado civil, tempo que atuação na profissão, tempo de atuação em Oncologia, possuir título de especialista em enfermagem oncológica e opção por trabalhar em Oncologia.

Você irá responder três questionários, sendo um deles de dados demográficos e ocupacionais, um de avaliação do nível de *burn out* e um de estratégias de *coping*. Todos os questionários são em formato de check-list.

Não haverá ônus, assim como não haverá remuneração financeira pela sua participação nesse estudo. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Os dados serão utilizados anonimamente para o relatório final da pesquisa.

Afirmo a confidencialidade de seus dados e garantir que o uso será restrito ao estudo em questão e armazenamento dos dados.

Gostaria de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação em qualquer momento da pesquisa, se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo algum.

Assinatura da pesquisadora

Contatos dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa:

Andrea Bezerra Rodrigues (pesquisadora)

e-mail: andreabrodrigues@ig.com.br

Tel. comercial: 3746-1001

* * *Burn out* refere-se ao estresse ocupacional e *coping* os mecanismos de enfrentamento utilizados.

- [illegible]

() Separado/Divorciado

4. Tempo em que atua na profissão: _____

5. Tempo de atuação em Oncologia: _____

6. Possui título de especialista em Oncologia? () Sim () Não

7. Você escolheu trabalhar em Oncologia? () Sim () Não

Anexo C. Inventário de *Burn Out* de Maslach e Jackson*

Você encontrará uma série de enunciados sobre o trabalho e sentimentos referentes a ele. Peço sua colaboração para responder a eles tal qual os sente.

Não existem respostas melhores ou piores. A resposta a ser assinalada é aquela que expressa veridicamente sua própria experiência.

Apenas uma alternativa deve ser assinalada em cada afirmativa.

COM QUE FREQUÊNCIA SENTE ISTO?	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho	0	1	2	3	4

2. Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado	0	1	2	3	4
3. Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado	0	1	2	3	4
4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas	0	1	2	3	4
5. Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos impessoais	0	1	2	3	4
6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa	0	1	2	3	4
7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender	0	1	2	3	4
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando	0	1	2	3	4
9. Sinto que estou influenciando positivamente as vidas das pessoas através do meu trabalho	0	1	2	3	4
10. Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que eu comecei este trabalho.	0	1	2	3	4
11. Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente	0	1	2	3	4

COM QUE FREQUÊNCIA SENTE ISTO?	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho	0	1	2	3	4
13. Sinto-me frustrado por meu trabalho	0	1	2	3	4
14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho	0	1	2	3	4
15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente	0	1	2	3	4
16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa	0	1	2	3	4
17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho	0	1	2	3	4
18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender	0	1	2	3	4
19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho	0	1	2	3	4
20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades	0	1	2	3	4
21. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma	0	1	2	3	4
22. Parece-me que os receptores do meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas	0	1	2	3	4

* **Fonte:** Lautert L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. Rev Gaúcha Enferm 1997; 18 (2): 133-44. p.142-43. Formato adaptado visando facilitar o preenchimento.

Anexo D. Inventário de *Coping* de Folkman e Lazarus adaptado por Savóia*

Pense em uma situação ocorrida na última semana de trabalho que tenha sido motivo de estresse no trabalho para você e anote no espaço abaixo.

Leia cada um dos itens abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

- 0. Não usei a estratégia
- 1. Usei um pouco
- 2. Usei bastante
- 3. Usei em grande quantidade

O QUE VOCÊ FEZ NA SITUAÇÃO DESCRITA?	0	1	2	3
1.Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo				
2.Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor				
3.Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair				
4.Deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio				
5.Procurei tirar alguma vantagem da situação				
6.Fiz alguma coisa que acreditava que não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa				
7.Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias				
8.Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação				
9.Me critiquei, me repreendi				
10.Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções				
11.Esperei que um milagre acontecesse				
12.Concordei com o fato, aceitei o meu destino				

O QUE VOCÊ FEZ NA SITUAÇÃO DESCRITA?	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido				
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos				
15. Procurei encontrar o lado bom da situação				
16. Dormi mais que o normal				
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema				
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas				
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem				
20. Me inspirou a fazer algo criativo				
21. Procurei esquecer a situação desagradável				
22. Procurei ajuda profissional				
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva				
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa				
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos				
26. Fiz um plano de ação e o segui				
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado				
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos				
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim				
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava				
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema				
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema				
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação				
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado				
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso				

O QUE VOCÊ FEZ NA SITUAÇÃO DESCRITA?	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças				
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos				
38. Redescobri o que é importante na vida				
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final				
40. Procurei fugir das pessoas em geral				
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação				
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos				
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação				
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela				
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo				
46. Recusei recuar e atalhei pelo que eu queria				
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s)				
48. Busquei nas experiências passadas uma situação familiar				
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário				
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo				
51. Prometi a mim mesmo (a) que as coisas serão diferentes na próxima vez				
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema				
53. Aceitei, nada poderia ser feito				
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo				
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti				

O QUE VOCÊ FEZ NA SITUAÇÃO DESCRITA?	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma				
57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aquele em que eu estava				
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse				
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam				
60. Rezei				
61. Me preparei para o pior				
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer				
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo				
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa				
65. Eu disse a mim mesmo (a) que “as coisas poderiam ter sido piores”				
66. Corri ou fiz exercícios				

* **Fonte:** Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus para o português. Psicologia USP 1996; 7 (1/2):183-201.p.198-201. Formato adaptado pela autora visando facilitar o preenchimento.

Anexo E. Carta de autorização para pesquisa

São Paulo, ____ de _____ de 2005.

Sr.(a) Coordenador (a) do Serviço de Oncologia _____

Como enfermeira e doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, venho por meio desta, solicitar autorização de Vossa Sa. para realizar a coleta de dados da minha pesquisa junto aos enfermeiros das unidades de internação de Oncologia desta instituição. A pesquisa aborda o tema “*Burn out* e estilos de *coping* em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos”.

Essa coleta será realizada por mim e por um enfermeiro colaborador, segundo o plano de pesquisa que segue anexo.

Certa de contar com a valiosa colaboração de Vossa Sa., agradeço e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Andrea Bezerra Rodrigues
COREN 70786/SP

Anexo F. Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, _____ de _____ de 2005.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital _____

Como enfermeira e doutoranda do programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo venho, por meio desta, solicitar a avaliação do projeto de pesquisa da minha tese de intitulado “*Burn out* e estilos de *coping* em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos”. O projeto de pesquisa segue em anexo.

Atenciosamente,

Andrea Bezerra Rodrigues
COREN 70786/SP

Anexo G. Coeficiente de Confiabilidade Alfa de Cronbach para os Indicadores dos Fatores de *Coping*.

Indicadores	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach se o indicador é deletado
Fator Confronto			
C6	0,79	0,937	0,598
C7	1,07	1,128	0,430
C17	0,57	0,865	0,486
C28	1,62	0,932	0,479
C34	0,73	0,898	0,529
C46	1,29	0,998	0,413
Fator afastamento			
C12	1,00	0,987	0,534
C13	0,47	0,836	0,455
C15	1,70	0,859	0,530
C21	1,56	0,980	0,544
C41	0,84	0,974	0,498
C44	0,66	0,883	0,497
Fator auto-controle			
C10	1,26	1,152	0,572
C14	1,35	1,097	0,606
C35	1,68	1,006	0,605
C43	0,66	0,898	0,581
C54	1,69	1,016	0,568
C62	2,00	0,858	0,552
C63	1,21	1,116	0,576
Fator suporte social			
C8	2,05	0,815	0,485
C18	1,80	0,994	0,495
C22	0,63	0,964	0,559
C31	1,63	1,069	0,449
C42	1,03	0,993	0,430
C45	1,71	0,950	0,472
Aceitação da responsabilidade			
C9	0,91	1,015	0,509
C25	1,05	1,087	0,656
C29	0,45	0,717	0,522
C51	1,27	1,072	0,452
Fuga esquiva			
C11	0,45	0,897	0,694
C16	0,90	1,154	0,715
C33	0,45	0,851	0,727
C40	0,51	0,883	0,698
C47	0,32	0,733	0,709
C50	0,97	1,000	0,702
C58	1,48	1,154	0,684
C59	1,01	1,094	0,659

continua

continuação

Resolução de problema			
C1	1,97	0,903	0,755
C26	1,69	1,091	0,703
C39	1,49	1,071	0,623
C48	1,35	1,061	0,714
C49	2,00	0,932	0,653
C52	1,34	0,982	0,702
Reavaliação positiva			
C20	1,18	1,085	0,708
C23	1,97	1,347	0,741
C30	1,64	1,025	0,745
C36	0,66	0,926	0,754
C38	1,69	1,127	0,693
C56	1,45	1,119	0,709
C60	1,66	1,177	0,698

Anexo H. Estatística Descritiva dos Indicadores de *Coping*.

Indicadores de <i>Coping</i>	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Confronto					
C6	77	0	3	0,79	0,937
C7	77	0	3	1,06	1,128
C17	77	0	3	0,57	0,865
C28	77	0	3	1,62	0,932
C34	77	0	3	0,73	0,98
C46	77	0	3	1,29	0,998
Afastamento					
C12	77	0	3	1,00	0,987
C13	77	0	3	0,47	0,836
C15	77	0	3	1,70	0,859
C21	77	0	3	1,56	0,980
C41	77	0	3	0,84	0,974
C44	77	0	3	0,66	0,883
Auto-controle					
C10	77	0	3	1,26	1,152
C14	77	0	3	1,35	1,097
C35	77	0	3	1,68	1,006
C43	77	0	3	0,66	0,898
C54	77	0	3	1,69	1,016
C62	77	0	3	2,00	0,858
C63	77	0	3	1,21	1,116
Suporte social					
C8	77	0	3	2,04	0,818
C18	77	0	3	1,80	0,994
C22	77	0	3	0,64	0,958
C31	77	0	3	1,62	1,064
C42	77	0	3	1,03	0,986
C45	77	0	3	1,70	0,947
Aceitação da responsabilidade					
C9	77	0	3	0,91	1,015
C25	77	0	3	1,05	1,087
C29	77	0	3	0,45	0,717
C51	77	0	3	1,27	1,072
Fuga esquiva					
C11	77	0	3	0,45	0,897
C16	77	0	3	0,90	1,154
C33	77	0	3	0,45	0,851
C40	77	0	3	0,51	0,883
C47	77	0	3	0,32	0,733
C50	77	0	3	0,97	1,000

continua

						continuação
C58	77	0	3	1,48		1,154
C59	77	0	3	1,01		1,094
Resolução de problema						
C1	77	0	3	1,97		0,903
C26	77	0	3	1,69		1,091
C39	77	0	3	1,49		1,071
C48	77	0	3	1,35		1,061
C49	77	0	3	2,00		0,932
C52	77	0	3	1,34		0,982
Reavaliação positiva						
C20	77	0	3	1,18		1,085
C23	77	0	3	1,97		1,347
C30	77	0	3	1,64		1,025
C36	77	0	3	0,66		0,926
C38	77	0	3	1,69		1,127
C56	77	0	3	1,45		1,119
C60	77	0	3	1,66		1,177

Anexo I. Coeficiente de Confiabilidade Alfa de Cronbach para os itens das Dimensões de *Burn Out*.

Itens	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach se o item é deletado
Dimensão			
Desgaste emocional			
B1	1,56	0,966	0,871
B3	1,78	0,941	0,859
B6	1,21	1,030	0,865
B8	1,78	1,084	0,851
B13	1,25	1,053	0,859
B14	2,13	1,196	0,883
B16	1,27	0,837	0,862
B20	1,45	1,070	0,850
Dimensão			
Despersonalização			
B5	0,83	0,909	0,530
B10	0,99	1,019	0,249
B11	1,19	1,225	0,350
B15	0,23	0,605	0,505
B22	1,52	1,083	0,574
Dimensão			
Incompetência profissional			
B4	3,35	0,739	0,780
B7	3,10	1,083	0,829
B9	3,18	0,854	0,759
B12	2,73	0,883	0,783
B17	3,35	0,791	0,764
B18	3,27	0,805	0,774
B19	3,35	0,900	0,781
B21	3,16	0,812	0,787