

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**ROSÂNGELA GALINDO DE CAMPOS**

**BURNOUT:**  
**UMA REVISÃO INTEGRATIVA NA**  
**ENFERMAGEM ONCOLÓGICA**

**RIBEIRÃO PRETO**  
**2005**

**ROSÂNGELA GALINDO DE CAMPOS**

**BURNOUT:**

**UMA REVISÃO INTEGRATIVA NA  
ENFERMAGEM ONCOLÓGICA**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO — ÁREA ENFERMAGEM FUNDAMENTAL DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

**LINHA DE PESQUISA:**

PROCESSO DO CUIDAR DO ADULTO COM DOENÇAS AGUDAS E CRÔNICO-DEGENERATIVAS.

**ORIENTADORA:**

**PROF<sup>ª</sup> DR<sup>ª</sup>. NAMIE OKINO SAWADA**

**RIBEIRÃO PRETO  
2005**

# FOLHA DE APROVAÇÃO

**ROSÂNGELA GALINDO DE CAMPOS**

## **BURNOUT:**

UMA REVISÃO INTEGRATIVA NA  
ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-Graduação — Área Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para Obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

## **ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:**

PROCESSO DO CUIDAR DO ADULTO COM  
DOENÇAS AGUDAS E CRÔNICO-DEGENERATIVAS

APROVADO EM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **BANCA EXAMINADORA**

**PROF<sup>ª</sup> DR<sup>ª</sup> NAMIE OKINO SAWADA**

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – EERP

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**PROF<sup>ª</sup> DR<sup>ª</sup> CRISTINA MARIA GALVÃO**

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – EERP

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**PROF<sup>ª</sup> DR<sup>ª</sup> HELIANE MOURA FERREIRA**

INSTITUIÇÃO: CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA – UNIFIL

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

### Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C216b Campos, Rosângela Galindo de.

Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. / Rosângela Galindo de Campos. – Ribeirão Preto, 2005.

158f.

Bibliografia: f. 135-145.

Orientadora: Namie Okino Sawada.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

1. Enfermagem oncológica. 2. Oncologia. 3. Burnout (Psicologia). 4. Estresse ocupacional. I. Título. II. Sawada, Namie Okino. III. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. IV. Universidade de São Paulo.

CDD 616.994

# Dedicatória

A DEUS,  
pai querido e cuidadoso, que nunca me abandona  
e sempre me conduz de forma sábia e generosa  
pelos caminhos traçados para mim.  
Ao Senhor, meu Pai Eterno,  
dedico este estudo e toda a minha vida.

Ao meu querido companheiro **Juvenal**,  
pelo apoio e incentivo incondicional.  
Sem você, com certeza, nada seria possível.

Aos meus amores, **Gabriel** e **Jônatas**,  
desculpe pelas ausências e muito obrigada pelo carinho,  
paciência e incentivo durante esta caminhada.

Às minhas amadas **Alba**, **Sandra** e **Marlene**,  
mais do que irmãs, amigas e confidentes,  
obrigada pela presença em minhas ausências  
e pelo amor, sempre tão abundante.

# Agradeço

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Namiê Okino Sawada,  
companheira nesta jornada, pela presença constante,  
mesmo que não física.

À Coordenação e Professores do Mestrado,  
pelo saber compartilhado.

Aos colegas do Mestrado,  
conviver com vocês, com certeza,  
enriqueceu o meu aprendizado.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Galvão,  
pelo incentivo e disponibilidade nos momentos  
de angústia, e prontidão em atender  
nosso chamado na Qualificação e Defesa.

À Direção da UniFil,  
por ter incentivado e permitido  
a realização desta etapa do meu aperfeiçoamento.

À **Enf<sup>a</sup> Rita de Cássia Domanksy**,  
amiga leal e companheira.  
Obrigada pelo incentivo,  
carinho e inúmeras sugestões.

À **Terezinha e Casemiro**,  
pela generosidade, amor, proteção e torcida.

Às amigas **Patrícia, Maria Elisa e Valéria**,  
companheiras de todas as horas.  
Obrigada pelo convívio e apoio.

À **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Carmo Haddad**,  
pela confiança e incentivo.  
Obrigada por ter lutado para que pudéssemos  
participar deste projeto.

À **Dameres Tomasin Biazin**,  
pela colaboração, incentivo e compreensão.

À **Marcela Bigardi Pereira**  
pela valiosa ajuda, atenção e disponibilidade.

Às professoras e amigas **Andréia, Heliane, Renata e Janice**,  
pela amizade e paciência nos momentos de ansiedade.

## RESUMO

CAMPOS, R. G. de. **Burnout**: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – SP, 2005.

*Burnout* é considerada uma síndrome do trabalho, que acomete indivíduos que mantêm uma estreita relação de ajuda. É caracterizada por sentimentos de esgotamento físico e emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. Este estudo objetiva fazer uma análise da produção científica nacional e internacional referente à Síndrome de *Burnout*, caracterizando a produção e os métodos de investigação utilizados, de modo a identificar os fatores desencadeantes da síndrome e manobras de enfrentamento e prevenção. A análise foi realizada segundo os pressupostos de Ganong (1987), numa amostra de 19 artigos, quase todos publicados em língua inglesa (exceto um, em espanhol), cujos autores, em sua maioria, são enfermeiros (36,8%) e médicos (36,8%) que atuam na assistência a pacientes oncológicos em hospitais. Em relação ao *design* dos artigos analisados, a maior parte (94,7%) é de estudos não-experimentais, sendo que 83,3% são descritivos e 16,7%, revisões de literatura. Na análise do conteúdo, estabelecemos sete categorias temáticas: conceituação do *Burnout*, avaliação dos níveis de *Burnout*, identificação dos fatores desencadeantes, sintomas físicos e emocionais, conseqüências do *Burnout*, identificação e mensuração do estresse, e manobras de enfrentamento e ajuda no *Burnout*. O resultado da análise apontou para a necessidade de refletirmos sobre o gerenciamento de nossa saúde enquanto profissionais cuidadores. Investir na manutenção da saúde e da equipe que atua conosco, é investir na qualidade da assistência, pois tudo está interligado.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Burnout*; enfermagem; oncologia; enfermagem oncológica; estresse; manobras de enfrentamento.



## ABSTRACT

CAMPOS, R. G. de. **Burnout:** an integrated revision on oncologic nursery. 158f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – University of São Paulo – Ribeirão Preto Nursing School – SP, 2005.

*Burnout* is considered a labor syndrome, which attack individuals who maintain a close relationship of help with patients. It's characterized by feelings of physical and emotional exhaustion, change in personality and low personal accomplishment. The objectives of this study is to accomplish one analyzes of the national and international scientific written production regarding *Burnout* Syndrome, characterizing the production, identifying the investigation methods used, as well as the syndrome triggering factors and its treatment maneuvers and prevention. The analysis was accomplished according to the presuppositions of Ganong (1987) on a sample of 19 articles. The sample was mainly composed of articles written in English, and mostly by nurses (36,8%) and doctors (36,8%) who work assisting oncology patients in hospitals. In relation to the design of the analyzed articles, most of them (94,7%) were of no-experimental studies, 83,3% were descriptive and 16,7% were literature revisions. Analyzing the articles content, we identified seven thematic categories, that included the *Burnout* concept, evaluation of the *Burnout* levels, identification of the triggering factors, physical and emotional symptoms, and consequences of *Burnout*, identification and mensuration of the stress, and treatment maneuvers and help in *Burnout*. The analyzes results point to the need thinking more carefully about how to deal with our own health as professional caretakers. To invest in the maintenance of the team health that work with us, is an investment in the quality of the assistance to the patients.

**KEY-WORDS:** Burnout; nursing; oncology; oncology nursing; stress; treatment maneuvers.

## RESUMEN

CAMPOS, R. G. de. **Burnout**: una revisión de integración en la enfermería oncológica. 158f. Disertación (Mestrado en Enfermería) – Universidad de San Pablo – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto – SP, 2005.

*Burnout* es considerado un síndrome del trabajo, que acomete individuos que mantienen una estrecha relación de ayuda. Es caracterizada por sentimientos de agotamiento físico y emocional, despersonalización y baja realización personal. Este estudio tiene como objetivos realizar un análisis de la producción, identificando los métodos de investigación utilizados, así como los factores desencadenantes del síndrome y su maniobra de enfrentamiento y prevención. El análisis fue realizado segundo los presupuestos de Ganong (1987) en una muestra de 19 artículos. La muestra fue compuesta en su mayoría de artículos en la lengua inglesa, cuyos autores en su mayor parte fueron constituidos de enfermeros (36,8%) y médicos (36,8%), que actúan en la asistencia a pacientes oncológicos en hospitales. En cuanto al *design* de los artículos analizados, la mayor parte (94,7%) son de estudios no experimentales, siendo que el 83,3% descriptivos y el 16,7% revisiones de literatura. En el análisis del contenido de los artículos, identificamos siete categorías temáticas, que incluyen conceptualización del *Burnout*, evaluación de los niveles de *Burnout*, identificación de los factores desencadenantes, síntomas físicos y emocionales, y consecuencias del *Burnout*, identificación y mensuración del estrés, y maniobras de enfrentamiento y ayuda en el *Burnout*. Los resultados de los análisis indican la necesidad de reflexionar sobre el control de nuestra salud como profesionales cuidadores. Invertir en la manutención de la salud y del equipo que actúa con nosotros, es invertir en la calidad de la asistencia, pues los mismos están directamente interconectados.

**PALABRAS-CLAVES:** *Burnout*; enfermería; oncología; enfermería oncológica; estrés; maniobras de enfrentamiento.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	Distribuição dos artigos, segundo a base de dados selecionada.....	66
<b>TABELA 2</b>	Distribuição dos artigos, segundo o ano da publicação .....	67
<b>TABELA 3</b>	Distribuição dos artigos, segundo o periódico .....	69
<b>TABELA 4</b>	Distribuição dos artigos, segundo a formação profissional do primeiro autor .....	70
<b>TABELA 5</b>	Distribuição dos artigos, segundo o número de autores .....	72
<b>TABELA 6</b>	Distribuição dos artigos, segundo a titulação profissional do primeiro autor .....	73
<b>TABELA 7</b>	Distribuição dos artigos, segundo o local de atuação do primeiro autor .....	73
<b>TABELA 8</b>	Distribuição dos artigos, segundo país de origem do primeiro autor .....	74
<b>TABELA 9</b>	Distribuição dos artigos, segundo as categorias temáticas .....	81

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 GERAL .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 ESPECÍFICOS .....</b>	<b>22</b>
<b>3 FUNDAMENTOS DO ESTUDO .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 SOBRE O CÂNCER .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 O ESTIGMA DA MORTE .....</b>	<b>29</b>
<b>3.3 O CUIDADO EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>31</b>
<b>3.4 ENTENDENDO O <i>BURNOUT</i> .....</b>	<b>35</b>
3.4.1 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS .....	43
3.4.2 CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO .....	46
<b>4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>50</b>
<b>4.1 TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>51</b>
<b>4.2 CRITÉRIOS PARA ESCOLHA DA POPULAÇÃO E AMOSTRA         DA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>4.3 FONTES BIBLIOGRÁFICAS NACIONAIS E         INTERNACIONAIS UTILIZADAS .....</b>	<b>58</b>
<b>4.4 O INSTRUMENTO .....</b>	<b>60</b>
<b>4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>62</b>
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>64</b>

<b>5.1 DADOS REFERENTES A IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS E SEUS AUTORES .....</b>	<b>65</b>
5.1.1 DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS .....	65
5.1.2 DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR .....	70
5.1.3 IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO A NATUREZA DO ESTUDO .....	75
5.1.4 DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....	77
<b>5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS SEGUNDO O OBJETIVO DO ARTIGO .....</b>	<b>79</b>
5.2.1 CONCEITUAÇÃO DO <i>BURNOUT</i> .....	82
5.2.2 AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE <i>BURNOUT</i> .....	85
5.2.3 IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DESENCADEANTES DO <i>BURNOUT</i> .....	97
5.2.4 IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS DO <i>BURNOUT</i> .....	105
5.2.5 CONSEQÜÊNCIAS DO <i>BURNOUT</i> .....	107
5.2.6 IDENTIFICAÇÃO DE FATORES ESTRESSANTES E MENSURAÇÃO DO ESTRESSE .....	109
5.2.7 MANOBRAS DE ENFRENTAMENTO E AJUDA NO <i>BURNOUT</i> .....	115
<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>126</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>132</b>
<b>8 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS BIBLIOGRÁFICOS .....</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE B – ARTIGOS QUE COMPÕEM A AMOSTRA DA PESQUISA .....</b>	<b>152</b>
<b>APÊNDICE C – LISTA DE AUTORES .....</b>	<b>154</b>

# 1 Introdução

O mundo moderno tem trazido, além dos benefícios advindos do desenvolvimento cultural, tecnológico e da globalização, profundas mudanças no estilo de vida e sobrevida da população e um aumento das doenças crônicas e degenerativas, com acentuada elevação da incidência de neoplasias.

Em 2003, o Instituto Nacional de Câncer estimou que em todo o Brasil foram registrados 402.190 novos casos de câncer. Trata-se de um número muito alto, que tem exigido a formação de um número cada vez maior de profissionais especializados para assistir essa clientela. A falta de preparo específico dos profissionais para atuar nesse âmbito pode figurar como um dos fatores que contribuem para que eles sintam-se estressados e *consumidos* no aspecto físico e emocional, no sentido que Houaiss (2001) traduz como “abater(se), debilitar(se), causar dano ou sofrer dano, gastar até o fim”.

A Síndrome de *Burnout*, recentemente descoberta, é uma das doenças que atingem os profissionais da área de Oncologia, e caracteriza-se como uma resposta ao estresse ocupacional crônico com conseqüências não só do ponto de vista pessoal como institucional, e com repercussões na esfera familiar. É mais freqüente entre profissionais que mantêm uma relação íntima de ajuda constante e direta com outras pessoas, principalmente quando se trata de atividade de apoio, como a de médicos, enfermeiros, professores e, com maior destaque, o enfermeiro oncológico, dada a natureza estressante do seu trabalho (CHACON, 1997).

O termo *burn* = queima e *out* = exterior sugere que a pessoa

com este tipo de estresse consome-se física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo e irritadiço (BALLONE, 2002).

Existe vasta bibliografia a respeito do problema do esgotamento físico e emocional em indivíduos que atuam na saúde. Muitas pesquisas, feitas em diversos países, examinam as características que marcam as diferenças de gênero, processos geradores do esgotamento, bem como os entrelaçamentos das experiências do cotidiano (MENDES, 2003; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; LAUTERT, 1995; SILVA, 1993).

Reis (2003) afirma que, no Brasil, investigações sobre o perfil de adoecimentos dos trabalhadores de Enfermagem de um modo geral têm sido escassas, apesar de se tratar de uma categoria tão numerosa, com cerca de 780.000 profissionais.

Entre os profissionais da saúde, os de Enfermagem são os que permanecem por mais tempo ao lado do paciente hospitalizado e sua família, vivendo situações de estresse junto a eles, como na revelação de diagnósticos, na realização de procedimentos pré e pós-cirúrgicos, na tomada de decisões a respeito de tratamentos e prognósticos e no tratamento propriamente dito. Nem sempre, porém, esses profissionais encontram-se psicologicamente preparados para enfrentar todas essas situações.

O enfermeiro influencia e é influenciado pela pessoa do outro, e ambos compartilham um campo fenomenal que vem a ser parte da história de



vida de cada um, e são co-participantes na transformação do presente e do futuro (WATSON, 1995).

Enfermagem em Cancerologia, ou Enfermagem Oncológica, tem objetivos diversos e complexos, que almejam um apoio realista àqueles submetidos ao tratamento. Estar/assistir a um indivíduo com câncer, embora recompensador, tanto pelos benefícios que podemos proporcionar ao paciente como pelos que ele pode nos oferecer como indivíduos e cuidadores, nos faz refletir sobre valores, projetos de vida, medos, sonhos, atitudes e conseqüências do que já fizemos ou poderíamos ter feito, enfim, abre a porta para um turbilhão de emoções que nem sempre desejamos viver em determinados momentos de nossas vidas.

Oliveira (2001) mostra que a graduação não alerta os futuros profissionais da saúde para as situações que terão de enfrentar em relação às reações do doente e seus familiares perante uma patologia grave, que ameace a vida, assim como não os prepara para enfrentar as perdas e o luto que viverão em sua prática cotidiana. A autora lembra que isso se deve à tendência ocidental de negar a morte e seu impacto, e o resultado é a existência de um grande contingente de profissionais que só sabem lidar com a vida e a cura.

Além da dificuldade em trabalhar com as emoções do paciente e com suas próprias emoções, e da culpa decorrente do binômio impotência/onipotência, existe também o medo e a insegurança dos enfermeiros devido à desinformação sobre a doença oncológica em si e as formas de

tratamento (FERREIRA, 1994).

Enfim, o despreparo, no campo científico ou pessoal, a habilidade ou a falta dela no contato com o sofrimento do paciente, o medo do desconhecido em relação às respostas do paciente e a grande carga de trabalho, muitas vezes com jornada dupla, originam emoções e sofrimentos no enfermeiro que podem prejudicar a qualidade do seu trabalho, tornando-o penoso e interferindo até na sua vida pessoal.

O trabalho, atividade essencial para a sobrevivência do homem e gerador de expectativas, frustrações ou triunfos, consome metade da vida, desperta e define interesse e identidade pessoal. As alternâncias de situações ou emoções podem levar o indivíduo a um desgaste emocional que contribui para o estresse, exigindo esforço e comprometendo a qualidade de vida do trabalhador.

Chacon (1997) e Silva (1996) consideram o trabalho do enfermeiro em Oncologia altamente estressante e gerador de sofrimento.

Na qualidade de docente de Enfermagem, em minha vivência junto ao paciente oncológico, supervisionando estágios num hospital especializado em Oncologia, pude avaliar a atuação das equipes de Enfermagem e as dificuldades que enfrentam ao assistir os pacientes. Tais dificuldades nem sempre são relativas ao saber fazer, mas sim ao saber ser. Observando o trabalho dos enfermeiros, tenho tentado investigar os desdobramentos que esse tipo de dificuldade pode acarretar na vida pessoal e profissional de cada um. Para

mim, trabalhar com o indivíduo com câncer é um desafio tanto profissional como pessoal, de quebra de limites e paradigmas.

A Oncologia sempre teve destaque em meu interesse profissional, e a partir de uma experiência no âmbito familiar, passou a ser parte do meu cotidiano. Voltei meu interesse para o enfermeiro, seu corpo de conhecimento na área, prioridades, limitações e como ele gerencia seu tempo.

Inúmeras vezes testemunhei as dificuldades do enfermeiro em permanecer ao lado do paciente e sua família em momentos dolorosos e críticos, como na revelação do diagnóstico, na morte próxima, nas respostas físicas e emocionais ao tratamento agressivo a que ele é submetido e em várias outras situações tão comuns na área de Oncologia. Sempre tive curiosidade em saber como esses profissionais *digeriam* situações tão intensas e presentes em seu cotidiano.

Várias indagações foram se somando ao longo da minha trajetória pessoal e profissional.

Ao ingressar no Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental, minha opção por desenvolver estudos na área de Oncologia já estava consolidada.

Na disciplina de Saúde do Trabalhador, com a chance de fazer um estudo sobre tema de nosso livre arbítrio, optei por realizar uma revisão de

literatura sobre o adoecimento e seus fatores desencadeadores nos trabalhadores de Enfermagem Oncológica.

Neste estudo, identificamos na literatura nacional e internacional que a Síndrome de *Burnout* figurava como um dos fatores mais citados pelos autores (FRANÇOSO, 1996; RADUNZ, 1998; SILVA; KIRSCHBAUM,1996). Por isso, decidi me aprofundar no tema.

Durante o Congresso Brasileiro de Oncologia, realizado em São Paulo, em 2003, as mesas redondas sobre a Síndrome de *Burnout* tiveram grande público, mostrando como o assunto preocupa os profissionais da saúde. Embora haja interesse pelo tema na Oncologia e grande produção científica sobre a doença, o mesmo não ocorre sobre os efeitos da Síndrome de *Burnout* entre os profissionais da Enfermagem Oncológica. Meu pressuposto é de que uma identificação e análise do tema sob a ótica de diversos especialistas proporcionará o conhecimento do conceito a partir da literatura publicada sobre este tema. Esse conhecimento contribuirá para o desvelamento do fenômeno, possibilitando identificar fatores geradores da síndrome e modos de fazer intervenções, com a melhoria da atenção à saúde ocupacional deste profissional.

Acredito que seja imprescindível refletir e desenvolver estudos a respeito dessa temática para melhor compreender o atuar do enfermeiro oncológico e contribuir para a mudança das práticas institucionais e pessoais, e para a melhoria da atenção à saúde ocupacional deste profissional.

Para essa investigação, optamos por realizar uma revisão

integrativa da literatura, na qual buscamos identificar, nos estudos realizados, os fatores que levam à Síndrome de *Burnout*, bem como fundamentar estratégias de enfrentamento a estressores presentes em nossa prática do cuidado, no cotidiano de trabalho do enfermeiro oncologista\*.

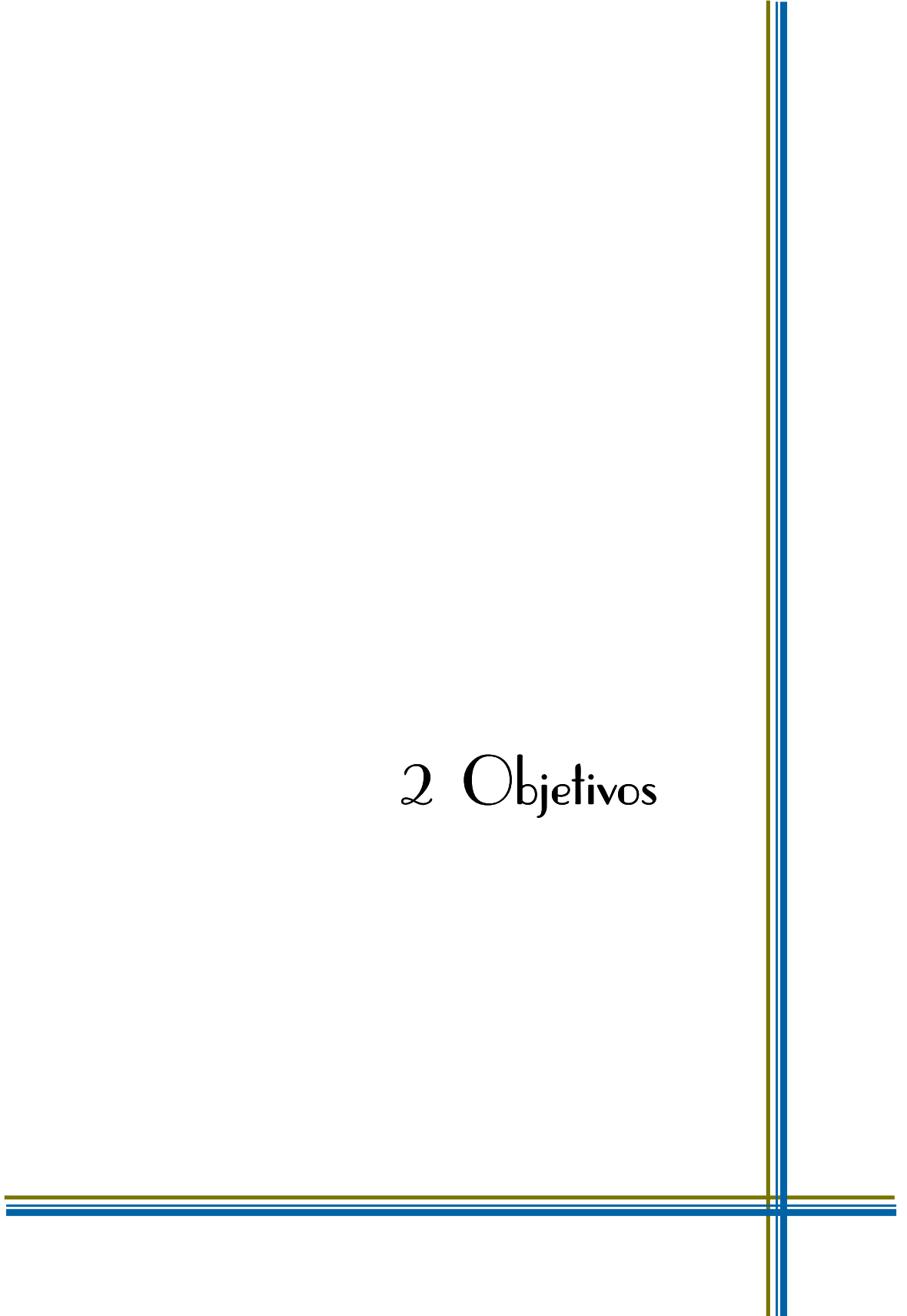
Considerando o exposto, defini como problema de pesquisa:

**☐ QUAL A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A SÍNDROME DE *BURNOUT* NA ENFERMAGEM ONCOLÓGICA?**

---

\* Utilizo o termo “enfermeiro oncologista” por acreditar que “oncológico” reflete mais “enfaticamente” a realidade do paciente acometido pelo câncer. Considerando que na Síndrome de *Burnout* o enfermeiro encontra-se totalmente envolvido pela doença, a referência à mesma na sua ocupação colabora por aumentar o estigma.

## 2 Objetivos



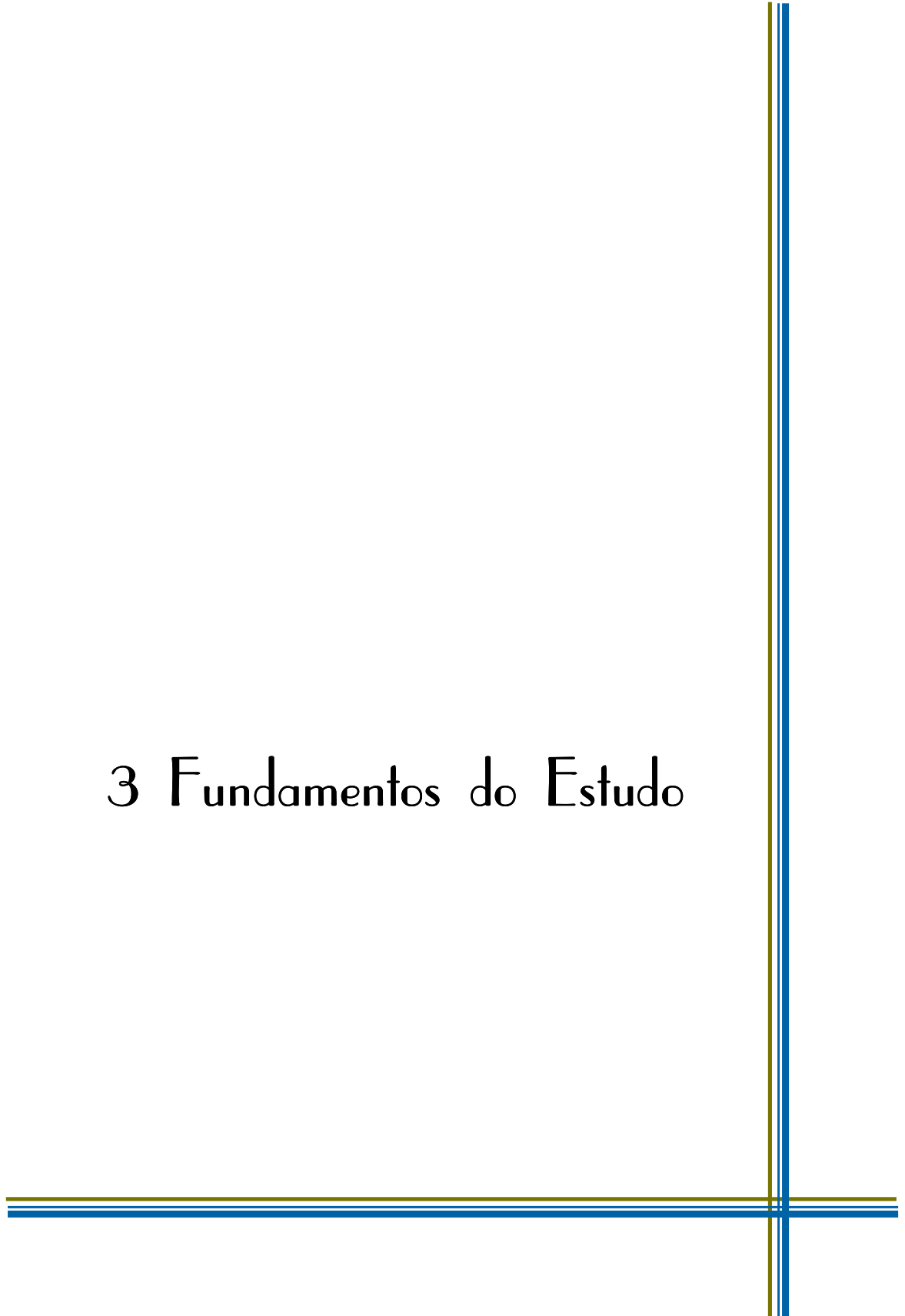
## 2.1 GERAL

- Realizar uma análise da literatura nacional e internacional relativa à Síndrome de *Burnout* em enfermeiros oncologistas, publicada no período de 1993 a fevereiro de 2004.

## 2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a produção científica nacional e internacional sobre a Síndrome de *Burnout* em enfermeiros oncologistas.
- Identificar os *design* utilizados para investigar a Síndrome de *Burnout*, encontrados na literatura nacional e internacional.
- Identificar, por meio da revisão integrativa, os fatores que desencadeiam a Síndrome de *Burnout* em enfermeiros oncologistas, bem como as intervenções que podem ser adotadas para enfrentamento e prevenção da doença.

## 3 Fundamentos do Estudo





Desde minhas primeiras aproximações com a temática do *Burnout*, muitas leituras me foram necessárias até que pudesse pensar em realizar este trabalho. Aqui está o resultado de minhas reflexões a respeito dos conceitos e informações que encontrei, e que constituem a base teórica deste estudo.

Este capítulo tem a finalidade de apreender o discurso apresentado na literatura sobre elementos como o câncer, a morte, o cuidado e a atividade do enfermeiro. O pensamento de Lautert (1995) sobre o *Burnout* permeia minhas reflexões a respeito dessas questões.

### **3.1 SOBRE O CÂNCER**

O diagnóstico de câncer pode ser considerado um divisor de águas na vida do indivíduo e de sua família, os quais passam a viver situações novas, que exigem redefinições, formas de enfrentamento, mudanças na rotina familiar e períodos de adaptação.

Trabalhar/atuar com pacientes com diagnóstico de câncer é desafiador. A doença tem o poder de modificar as pessoas, tanto os doentes e seus familiares como os cuidadores. Ao conviver com o câncer diariamente em nosso trabalho, sem dúvida somos tocados por ele, e isso nos modifica.

Trata-se de uma doença que provoca reações antagônicas: em determinados momentos nos fortalece e em outros nos fragiliza.

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

Pensando nas emoções que o contato com doentes de câncer despertam, noto que esta é uma experiência por vezes muito rica e não tenho dúvida em afirmar que o câncer molda nosso perfil enquanto cuidadores, tornando-nos mais sensíveis e complacentes.

O câncer é uma doença complexa, as vezes, de longa duração, que compromete significativamente a vida dos indivíduos no âmbito de seu funcionamento biológico, social e afetivo (PEREIRA, 1994).

Por ser uma doença de longa duração, com constantes períodos de hospitalização, o cuidador vive inúmeras situações de expectativa, esperanças, sonhos, alegrias e tristezas junto com o paciente e sua família. Muitas vezes, é no nosso ombro que eles procuram consolo, e no deles que encontramos força. Isso nos torna cúmplices, às vezes com uma cumplicidade velada, como quando não discutimos diagnósticos e prognósticos e, no entanto, escutamos seus sonhos e projetos.

Câncer é o termo comum para todos os tumores malignos.

Clark (1997, p. 267) define câncer como “o crescimento de uma célula transformada, que não obedece ao regulamento da diferenciação e proliferação celular, forma um clone e continua a crescer sem respeitar as necessidades do corpo”.

Segundo Manvica (1997), câncer é um tumor formado pela proliferação descontrolada de células anormais, que tem a tendência de gerar tumores à distância (metástase).

O câncer constitui um conjunto de doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células que invadem certos tecidos e órgãos, podendo espalhar-se por outros órgãos do corpo (INCA, 2003). Não se trata de um crescimento desordenado de células imaturas, mas de um processo lógico, coordenado, no qual uma célula normal sofre modificações e adquire capacidades especiais.

A denominação câncer é creditada ao caranguejo, tanto por aderir “a qualquer parte que agarra, de uma forma obstinada como o caranguejo” (ROBBINS, 1991, p. 123), como devido à semelhança entre as veias intumescidas ao redor de um tumor externo e as pernas do caranguejo (SOTANG, 1984). É pertinente a associação simbólica com os movimentos do caranguejo, um animal de hábitos noturnos, que vive em zonas profundas e se desloca de maneira desordenada e imprevisível, pois o câncer, do modo como cresce e se desenvolve, faz inúmeras vítimas sem aviso prévio (LESHAN, 1992).

Os primeiros relatos sobre a ocorrência de câncer datam da Antigüidade. Kowalski (2002) diz que os primeiros registros dessa patologia são de 1500 a.C. Hipócrates (460-375a.C.) fez uma série de descrições do câncer de pele e de órgãos internos. A origem do câncer, a princípio atribuída ao excesso ou deficiência de sangue, muco ou bile, foi contestada um milênio depois, sendo então creditada ao acúmulo de sais minerais no sangue. A partir de 1652, o sistema linfático passou a ser apontado como causador da doença. Nessa época, na Europa, o câncer foi considerado uma doença contagiosa e foi criado o primeiro hospital especializado em seu tratamento. Os doentes eram isolados.

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

Com a descoberta do cromossomo por Wilhelm Waldeyer-Hart (1836-1921), surgiu o conceito moderno, segundo o qual o câncer começa em células normais que sofrem alterações, ocorrendo um crescimento desordenado e progressivo de células, com sua disseminação pela corrente linfática, sangüínea ou fluídos intersticiais. A partir do Século XX, o câncer é apontado como produto do mundo moderno (HELMAN, 2003).

Otto (2003, p. 33) informa que, segundo dados da *American Cancer Society* (ACS), 80% dos cânceres podem estar associados a exposições ambientais. O ser humano está exposto a múltiplos fatores carcinogênicos, com efeitos aditivos ou multiplicativos. O autor destaca como fatores de risco o tabaco (fumante ativo e passivo), as dietas gordurosas (tanto saturadas quanto insaturadas), o álcool, exposição à luz solar, estilo de vida sexual, bem como fatores socioeconômicos relacionados às dificuldades de acesso à prevenção primária.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o câncer um problema de saúde pública no Brasil, inserido num quadro sanitário onde se combinam doenças ligadas à pobreza e doenças crônico-degenerativas, situação típica de um país em desenvolvimento. O câncer constitui a terceira causa de mortes em nosso país, atrás das doenças do aparelho circulatório e das causas externas. É, portanto, a segunda causa de mortes por doença, com perspectiva de se tornar a primeira se medidas de prevenção não forem tomadas (INCA, 2002).

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

O Ministério da Saúde estimou que em 2003 ocorreram no Brasil 402.190 novos casos de câncer, com 126.960 óbitos — taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 — (INCA, 2002). A OMS prevê, para 2021, 15 milhões de novos casos de câncer no mundo, respondendo por 9 milhões de óbitos (CAVALCANTI, 2003).

Embora nos últimos anos a Medicina tenha conseguido grandes avanços no diagnóstico, tratamento e modificação no prognóstico das neoplasias, possibilitando a cura ou prolongando do período de sobrevida, Ayoub (2000) afirma que 50% dos doentes oncológicos obtêm o diagnóstico do câncer em estágio avançado e metade desses estão fora de possibilidade terapêutica oncológica, o que justifica ainda nos dias de hoje que o câncer seja uma doença repleta de significados e com grande estigma, visto como uma fatalidade causadora de sofrimento, perdas e dor.

Para o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais (FPTA) é aquele cujos recursos de tratamento especializado já foram esgotados.

A dor é uma experiência pessoal, subjetiva e de difícil quantificação e qualificação. No câncer, ela resulta da extensão do tumor e do comprometimento ósseo, tecidual ou visceral, e gera estresse físico e emocional tanto para o paciente e sua família como para os cuidadores.

Atualmente, 75% dos pacientes com câncer em fase avançada se queixam de dor, numa escala que vai de moderada a insuportável (CAVALCANTI, 2003).

A dor no paciente oncológico é contínua, diária, atroz. Pimenta (2003) descreve a experiência dolorosa no câncer como *dor total* e diz que é impossível interpretar apenas o aspecto nociceptível da dor. Ela apresenta aspectos especiais, pois o câncer causa impacto emocional negativo e gera a sensação de que a expectativa de vida é curta (TEIXEIRA, 2003).

Os pacientes que padecem da dor oncológica experimentam desconfortos resultantes de numerosos procedimentos invasivos e de terapêuticas neoplásicas, com resultados muitas vezes desapontadores e com conseqüências desfavoráveis, e sofrem as óbvias repercussões psicossociais decorrentes do sofrimento, da mutilação e da incapacidade (PIMENTA, 1995).

O câncer é uma doença onde se conjugam inúmeras perdas, como a da saúde física, de papéis, de sonhos, agravadas pela possibilidade de morte iminente. Para o paciente com câncer, o medo se revela na idéia de uma morte demorada e dolorosa, o que justifica o estigma da morte na história da doença.

### **3.2 O ESTIGMA DA MORTE**

Desde os primórdios de sua existência, o homem vem aprendendo a lidar com a morte, e mesmo com todos os estudos a respeito e com a evolução científica, tecnológica, emocional e espiritual, esse ainda é um tema mal trabalhado emocionalmente por muitos.

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

Pinturas encontradas nas paredes de cavernas, na França, revelam o incômodo que a morte provocava ao homem 30.000 anos atrás. Já naquela época, as cenas alegres do cotidiano, como as caçadas, eram retratadas com cores também alegres, vivas, enquanto as imagens fúnebres eram pintadas com cores escuras, com carvão (VOMERO, 2002).

Becker (1976), enfatiza que a Humanidade sempre fez de tudo para transcender a morte, através de recursos culturalmente padronizados como heroísmo, narcisismo, carisma, arte, religião ou através do inconformismo e da neurose. Segundo ele, a negação oriunda do medo que o homem ocidental moderno tem da morte, e este medo passa a ser fonte de grande parte do nosso comportamento e a raiz da angústia e da doença mental.

Na Antigüidade, o homem conhecia bem os sinais da morte, e tomava suas providências em relação à sua vida e de sua família. As pessoas morriam em casa, rodeadas pela família (CAVALCANTI, 1983).

A morte é um tema delicado e perturbador que motiva fuga, medo e inconformismo (DAMASCENO, 1998). Pode significar coisas diferentes para diferentes pessoas. A morte era terrível para Cícero, desejável para Catão, indiferente para Sócrates e lucro para o apóstolo Paulo.

Morte pode ser traduzida em perda, seja do que amamos, do que temos, do que conhecemos e — por que não — do que somos. Ainda hoje é um tabu, pois pertencemos a uma sociedade onde se exalta a vida, onde a morte

deixou de fazer parte de um processo natural da vida (CAVALCANTI, 1983). Cuidar de alguém cuja morte esteja perto, nos faz muitas vezes transcender o mundo físico e material, é como se travássemos uma batalha com o impossível, com algo que pode nos superar em força e resistência.

A verdade é que temos que conviver com a morte. No máximo, podemos decidir se vamos conviver melhor ou pior com ela, mas não temos como evitá-la. Vamos encarar sua inevitabilidade ou fingir (imaginar) que não pensar na morte nos deixe imune a ela?

Talvez devêssemos adotar a filosofia de Vomero (2001, p. 38), para quem “melhor para a morte [talvez] seja imaginá-la como o fim de uma festa muito bacana: você já sabia que ela acabaria, que ela teria que acabar, em algum momento”. Pensando bem, é melhor que termine — prossegue o autor:

você não agüentaria dançar a noite inteira, por melhor que fosse a música, tem uma hora que seu corpo e sua mente pedem descanso e aí talvez seja o momento mesmo de sair da pista, serenamente, sem traumas, e dar lugar a quem está chegando à festa cheio de gás.

### **3.3 O CUIDADO EM ENFERMAGEM**

Cuidar/assistir a um indivíduo com câncer significa acreditar na importância do cuidar, e não buscar, em primeira instância, o curar (ZANCHETTA, 1993).

O termo cuidar remete a inúmeras definições, sejam elas de dicionários ou, mais especificamente, de estudiosos da área de Enfermagem. O



---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

certo é que a compreensão do que seja o cuidado tem evoluído ao longo da história da Enfermagem no Brasil, que por sua vez tem sido determinada pelos momentos sócio-culturais do país, incluindo as políticas de saúde.

Cuidar do ser humano, embora seja uma “capacidade ligada e inseparável da nossa natureza como seres humanos” (ROACH, 1993, p. 47), não é uma atribuição fácil. A construção da palavra cuidar reflete essa complexidade. Gaut (1983) diz que essa palavra, derivada do inglês, faz parte de uma família de significados relacionados a três categorias: ter atenção ou preocupação com o paciente, ter responsabilidade por ou sentir uma inclinação/preferência e ter consideração no sentido da ligação de afeição, amor, carinho e simpatia.

Gamboa (1997) explica que cuidar não é um ato único ou a soma de procedimentos técnicos ou qualidades humanas, é o resultado de um processo no qual delicada e estreitamente se conjugam sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos com o objetivo de satisfazer os indivíduos nele relacionados.

Radünz (1998, p. 3) afirma que

cuidar em Enfermagem é olhar enxergando o outro, é ouvir escutando o outro; observar percebendo o outro, sentir, empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro aqueles procedimentos técnicos que ele não aprendeu a executar ou não consegue executar (...); ao cuidar, procurar-se-á estabelecer uma política assistencial de Enfermagem, garantindo acesso ao tratamento, à medicação, (...), o que certamente, garantirá uma qualidade da assistência.

Concordo com Waldow (1998) quando diz que cuidar é um processo a ser desenvolvido pelo(a) cuidador(a) refletindo suas próprias crenças

e valores em relação a vida-morte, saúde-doença, cuidado-cura. O significado do cuidar é algo a ser investigado no interior de cada pessoa, inclusive, por aquelas que vivenciam o cuidar em oncologia, pois muitas vezes as crenças e valores estão em construção ou reestruturação interior. Os profissionais podem não se sentirem aptos a confrontarem-se com situações ou elementos ainda não totalmente processados em seu íntimo.

Para o enfermeiro, aliar ofício e emoção é um ponto crucial, uma vez que, pela circunstância de seu trabalho junto ao paciente, pode viver de perto suas dores e seus sofrimentos, e assim ter um envolvimento maior com a fragilidade humana (FERREIRA, 1996).

A(o) enfermeira(o) que atua junto ao paciente oncológico deve ter em mente que precisa, de um modo especial, tratar com a vida e a morte. Isso exige perfil para a intuição, a tolerância, a empatia e a solidariedade. Prontidão interior para se envolver com o paciente, talento pessoal e natural são pré-requisitos, mas devem ser ampliados por uma competência específica (KERN, 2001).

Ferreira (1994) abordou a fragilidade da formação acadêmica dos enfermeiros que atuam em cancerologia, tanto no aspecto do conteúdo teórico e prático que é ensinado nas escolas, quanto na metodologia adotada para o ensino dessa especialidade. O despreparo do enfermeiro ao concluir a graduação fica evidente em estudo realizado por Oliveira (2001), para quem os profissionais são formados para lidar apenas com a cura e a vida.

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

O Ministério da Saúde mostra ter ciência dessa situação ao afirmar que os profissionais de saúde não estão preparados para enfrentar a morte e lidar com os pacientes considerados em fase terminal, pois são preparados para lidar com vidas, e têm muitas dificuldades para assistir emocionalmente o paciente (INCA, 1995).

Tenho observado em minha prática docente que, mesmo ciente desse viés na formação de nossos alunos, e apesar de todas as discussões a respeito desta deficiência nos currículos de graduação, essa situação continua presente, levando-me a reflexões profundas e muitas vezes a debates acirrados sobre a necessidade e importância da inclusão de critérios e estratégias que possibilitem cobrir tal deficiência.

As atribuições nem sempre garantidas ao profissional enfermeiro na graduação, somadas a perdas múltiplas e sucessivas inerentes à patologia do câncer, constituem um agravante na qualidade de vida do profissional. Ao deparar-se com a morte de seu paciente, diversos sentimentos podem apoderar-se dele, juntos ou isolados, sentimentos como fracasso pessoal, esgotamento, raiva intensa, medo, desamparo, comportamentos autodestrutivos e pessimismo. Tais atitudes e sentimentos levam a prejuízos no funcionamento da equipe ou à perda de elementos valiosos para o trabalho, devido ao *Burnout* (KUBLER-ROSS, 1987).

Nós, profissionais da saúde, muitas vezes intensamente empenhados no cuidado prático com nossos pacientes, não temos disponibilidade interna para olharmos para nós mesmos, ou para nossos companheiros de

trabalho, e ver quando estamos precisando de cuidados, em função do estresse a que somos submetidos. Isso se faz mais grave quando lidamos com situações limites, nas quais as solicitações e exigências são intensas (CARVALHO, 2003).

### **3.4 ENTENDENDO O *BURNOUT***

O *Burnout* passou a fazer parte do mundo laboral à medida em que começou a explicar grande parte das conseqüências do impacto das atividades ocupacionais para o trabalhador e para as organizações.

Falar em *Burnout* é falar de desesperança, em perda da capacidade de modificar circunstâncias, é falar da impotência diante do que parece irreversível, imutável (COSTA, 2002).

O termo *Burnout* passou a ser usado no início da década de 1970, quando o médico Herbert Freudenberg atendia uma comunidade de usuários de drogas na cidade de Nova York, os quais eram freqüentemente chamados de *Burnout* por só darem importância às drogas, não se interessando por outros assuntos, fossem eles relacionados a família, trabalho ou amigos. Em 1974, Freudenberg, num artigo intitulado *Staff Burn-out*, para a Revista de Psicologia, utilizou o termo pela primeira vez sem dar o enfoque de gíria local, mas com a intenção de alertar a comunidade científica para os problemas a que os profissionais da saúde estão expostos em função do trabalho (PEREIRA, 2002).

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

A partir de então, estudos sobre essa temática começaram a se multiplicar e propagar. A propagação deve ser creditada também a Christina Maslach, professora de Psicologia da Califórnia, que junto com a psicóloga Susan Jackson desenvolveu, em 1981, um instrumento para verificar os sentimentos pessoais e atitudes do enfermeiro em seu trabalho e ante seus pacientes.

Esse instrumento é chamado de Inventário em *Burnout* de Maslach (MBI). Trata-se de um questionário de auto-informe, constituído por 22 itens, para ser respondido por meio de uma escala com pontuações que variam de 0 a 6, onde 0 significa *nunca* e 6 é *todos os dias*. Tenta-se, dessa maneira, caracterizar três dimensões fundamentais do trabalho do enfermeiro: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Realização Profissional (RP). São dadas pontuações para itens individuais pertencentes a cada uma das três subescalas separadas. A pontuação de cada subescala é considerada separadamente e não são combinadas em uma única pontuação total. Como resultado, considera-se que uma pessoa em *Burnout* obtenha altas pontuações em EE e DE, associadas a baixos valores em RP. Um grau médio de *Burnout* é refletido por pontuações médias nas três subescalas. Um grau baixo de *Burnout* é fruto de pontuações baixas nas subescalas de EE e DP e altas na subescala de RP. Depois da primeira publicação do questionário, seguiram-se outras duas, a última em 1996, com o trabalho de outro pesquisador da área, Michael Leiter.

O MBI tem sido traduzido e adaptado em diversos países e é empregado em todo o mundo para o estudo do fenômeno *Burnout*.

O interesse pelo tema se tornou tão presente que, de 1975 a 1980, o número de trabalhos publicados passou de cinco para 200, chegando a 300 no fim da década de 80.

Pereira (2002) diz que é difícil saber com precisão o número de publicações atuais, devido às várias denominações dadas pelos autores para o mesmo fenômeno. Segundo ela, podem ser encontrados trabalhos que se referem a Estresse Laboral ou *Estress* Laboral Assistencial, Estresse Profissional, Estresse Ocupacional, Síndrome de Queimar-se pelo Trabalho, Neurose Profissional ou Neurose de Excelência, assim como Estresse Ocupacional.

Pela elevada correlação do termo *Burnout* com *stress*, acredito que seja adequado apresentar uma breve conceituação de *stress*.

A palavra *stress* deriva do latim e foi inicialmente utilizada pela Física e pela Engenharia em referência a quanto uma barra resiste ao *stress* (força ou tensão) antes que se rompa ou deforme. Depois o *stress* passou para o domínio da Psicologia. No início do Século XVII significava fadiga, cansaço, mas nos dois séculos seguintes passou a ter relação com o conceito de força, esforço e tensão (LIPP et al., 1998; PEREIRA, 2002).

Nas décadas de 20 e 30 do século passado, o médico Hans Selye aplicou o termo *stress* pela primeira vez à área da saúde. Ele observou que pessoas que sofriam de doenças distintas, reclamavam de sintomas comuns. Depois da realização de testes em laboratórios com animais, definiu-se *stress* como o desgaste geral do organismo (MIRANDA, 1998).

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

Miranda (1998) traz uma série de definições de *stress*, sob a ótica de diversos autores. A que toma por base o enfoque de Lipp et al. (1994) me parece a mais apropriada para deixar clara a diferença de *stress* e Síndrome de *Burnout*. Para a autora, *stress* é um desgaste causado pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando uma pessoa se vê forçada a enfrentar uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo a faça imensamente feliz. Salienta ainda que qualquer situação geradora de uma emoção forte, boa ou má e que imponha mudança, é um estressor, isto é, uma fonte de *stress*.

Já o *Burnout* é uma resposta do organismo a um estado de estresse prolongado, crônico, instalado quando situações de enfrentamento não foram utilizadas, falharam ou não foram suficientes.

É definido como a hemorragia do *self*, explicando que o *self* é o *eu* intrapessoal, resposta ao questionamento *quem é você*. Um dependente de drogas responde *sou um dependente químico*, ou seja, um sujeito sem identidade própria (SKOVHOLT, 2001).

As dificuldades percebidas na relação do profissional de saúde com o paciente, dificuldades estas que não contribuem para a recuperação do doente e podem levar a um sentimento de grande insatisfação profissional, talvez possam ser explicadas pela Síndrome de *Burnout* (SOUZA; SILVA, 2002).

Malasch e Leiter (1997) a definem como o índice do deslocamento entre o que as pessoas são e o que elas têm de fazer.

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

Isso representa uma erosão em valores, dignidade, espírito e força de vontade — uma erosão da alma humana.

É um tipo de estresse de caráter persistente, vinculado a situações de trabalho, resultante da constante e repetitiva pressão emocional associada a intenso envolvimento no trabalho com pessoas por longos períodos de tempo (HARRISON, 1999).

Codo e Vasquez-Menezes (1999) definem *Burnout* como a síndrome da desistência, pois o indivíduo deixa de investir no trabalho e em suas relações afetivas que dele decorrem. Trata-se de uma metáfora para significar aquilo ou aquele que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Em 1993, Maslach e Schaufeli verificaram que o *Burnout* acometia pessoas altamente motivadas e dedicadas. Nesses profissionais ocorria uma queda na performance que influía na qualidade do serviço prestado. É um processo individual, que pode evoluir por anos ou até décadas (RUDOW, 1999). Para França (1987), é um processo gradativo, cumulativo e progressivo.

Segundo Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), independente das várias definições que o termo *Burnout* receba e das divergências que elas possam apresentar, todas têm cinco elementos em comum, a saber:

- existe a predominância de sintomas relacionados a exaustão emocional, mental, fadiga e depressão;



- os sintomas são relacionados ao trabalho;
- há ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos físicos;
- manifestam-se em pessoas “normais”, que até então não sofriam de distúrbios psicológicos;
- as atitudes e comportamentos negativos levam a uma diminuição da afetividade e do desempenho no trabalho.

A Síndrome de *Burnout* é uma resposta ao estresse ocupacional crônico. É caracterizada pela desmotivação, ou desinteresse, mal estar interno ou insatisfação ocupacional, que pode afetar em maior ou menor grau uma categoria ou grupo profissional, principalmente aqueles cujo trabalho apresenta como característica principal o contato humano, gerando disfunções psicológicas e físicas.

Enquanto o estresse pode apresentar aspectos positivos ou negativos, o *Burnout* sempre traz um aspecto negativo e está sempre ligado a atividades laborais.

Pereira (2002) define a Síndrome de *Burnout* pela concepção clínica como um conjunto de sintomas como a fadiga física e mental, a falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, o sentimento de impotência e inutilidade e a baixa auto-estima, que podem levar o profissional à depressão e até ao suicídio.

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

Esse conjunto de sentimentos e sintomas é com frequência identificado no enfermeiro que atua na área de Oncologia, devido às características dos pacientes envolvidos e dos sentimentos que ele vivencia.

Maslach e Jackson (1981) afirmam ser o *Burnout* uma síndrome tridimensional, que tem como características principais:

- **DESGASTE OU EXAUSTÃO EMOCIONAL** → É a dimensão que mais se aproxima de uma variável de estresse. Refere-se a um sentimento de sobrecarga emocional, sendo este um traço fundamental da síndrome, caracterizado pela perda de energia, esgotamento e sentimento de fadiga constante, podendo esses sintomas afetarem o indivíduo física ou psiquicamente ou das duas formas. A partir de então, as pessoas acometidas sentem gradativa redução de sua capacidade de produção e vigor no trabalho;
  
- **DESPERSONALIZAÇÃO** → Geralmente vem acompanhada de ansiedade, aumento da irritabilidade e perda de motivação. O indivíduo se vê cercado de sentimentos negativos para si mesmo e para com os outros. Ocorre uma redução das metas de trabalho, da responsabilidade com os resultados, alienação e conduta egoísta. O indivíduo passa então a isolar-se dos outros como forma de proteção, mantendo uma atitude fria em relação às pessoas, não é mais capaz de lidar com as suas

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

emoções e as dos outros, e começa a tratá-los de forma desumanizada;

- **INCOMPETÊNCIA OU FALTA DE REALIZAÇÃO PESSOAL** → Pelo sentimento de inadequação pessoal e profissional ao trabalho, o indivíduo passa a apresentar uma série de respostas negativas para consigo e para com o trabalho, como depressão, baixa produtividade, baixa auto-estima e redução das relações interpessoais. Nessa fase, o indivíduo assume uma atitude defensiva, com modificações nas suas condutas e atitudes com o objetivo de defender-se dos sentimentos experimentados, tem tendência a avaliar-se negativamente em relação a seu desempenho.

Na Síndrome de *Burnout*, a ocorrência de um componente pode precipitar o desenvolvimento dos outros dois, ou se desenvolverem ao mesmo tempo, já que são reações a diferentes aspectos do ambiente de trabalho.

Diversos estudos têm demonstrado variáveis responsáveis pelo desencadeamento da Síndrome de *Burnout* (LEITER, 1990; VEGA; URDANIZ, 1997; MALASCH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; SCHAUFELI, 1999; CARLOTTO, 2001; PEREIRA, 2002). São elas:

### 3.4.1 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

Elas não figuram como desencadeadoras do *Burnout*, mas como inibidores ou facilitadores dos agentes estressores. Neste tópico figuram:

- **IDADE** → Tem sido observada uma incidência maior do *Burnout* em indivíduos jovens, com faixa etária inferior aos 30 anos, estando relacionada talvez a inexperiência profissional, insegurança ou choque entre as ilusões e a realidade;
- **ESTADO CIVIL** → as opiniões se dividem neste tópico. Enquanto alguns pesquisadores atribuem o desencadeamento à falta de um companheiro fixo (RAQUEPAW, 1989; LEITER, 1990; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001), outros alegam o contrário (ROSS; ALTMAIER; RUSSEL, 1989). Pereira (2002) levanta a necessidade de se atentar para a qualidade do relacionamento e não somente para a existência ou não de um parceiro;
- **FILHOS** → a existência de filhos é outro fator de discordância entre os estudiosos. Para alguns, a paternidade equilibra o profissional, para outros a existência de filhos morando com os pais é motivo de estresse;

- **SEXO** → as mulheres de modo geral têm apresentado pontuações mais elevadas em exaustão emocional. Isso poderia estar relacionado à dupla jornada de trabalho (a profissional e a do lar) a que elas estão submetidas com freqüência. Nos homens, a despersonalização se faz mais presente, talvez pela dificuldade em expressar sentimentos como raiva, hostilidade e indignação;
  
- **NÍVEL EDUCACIONAL** → pesquisadores tem relatado maior propensão ao *Burnout* em pessoas com nível educacional elevado, talvez pelas expectativas profissionais elevadas que este grupo apresenta, ou pelo maior nível de responsabilidade que eles assumem;
  
- **PERSONALIDADE** → este é um fator de forte influência no desencadeamento do *Burnout*, por interagir de modo complexo com os agentes estressores, tanto incrementando-os como inibindo-os;
  
- **HARDNESS OU PERSONALIDADE RESISTENTE AOS ESTRESSORES**  
→ descrita como a capacidade de interpretar os agentes estressores como passíveis de controle ou desafio a ser vencido. Na personalidade resistente encontram-se três dimensões: compromisso (no aspecto de envolvimento em

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

tudo o que faz), controle (tem domínio da situação) e desafio (disposição para mudança, mesmo em situações adversas);

- **NEUROTISMO** → tem como características ansiedade, hostilidade, depressão, autoconsciência e vulnerabilidade. Tais aspectos predispõem à instabilidade emocional e conseqüentemente à Síndrome de *Burnout*;
- **SENTIDO DE COERÊNCIA** → está relacionado à posição diante das adversidades da vida e à utilização de componentes cognitivos;
- **MOTIVAÇÃO** → Carlotto (2001), afirma que, paradoxalmente, pessoas com grande motivação no trabalho tendem a estar mais propensas ao *Burnout*;
- **IDEALISMO** → altos níveis de idealismo muitas vezes estão relacionados a expectativas altas e com freqüência pouco realistas, sendo este fator um desencadeador do *Burnout*.

### 3.4.2 CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

- **TIPO DE OCUPAÇÃO** → estudos têm mostrado que o *Burnout* tem maior incidência em profissionais que desenvolvem atividades de assistência, ajuda ou são responsáveis pelo desenvolvimento de outros, como é com os professores, psicólogos, agentes penitenciários, médicos, enfermeiros e cuidadores em geral;
- **TEMPO DE PROFISSÃO** → neste item encontram-se estudos que relacionam *Burnout* com o processo de desgaste próprio do tempo de atuação. Outros, porém, apontam uma maior incidência em profissionais que entram no mercado de trabalho precocemente, possivelmente com pouca experiência na profissão ou instituição, e ainda não desenvolveram formas de enfrentamento.

Enfermeiro(a)s oncologistas correm grande risco de desenvolver *Burnout* por causa da natureza estressante e exigente do seu trabalho com pacientes com câncer, que estão, freqüentemente, sofrendo, vivendo uma constante incerteza em relação ao futuro, com medo da morte, de estar para morrer, de se tornar um peso para os outros e perder a independência (GARFIELD, 1980; KLASBURN, 1970).

Médicos e enfermeiro(a)s oncologistas têm em sua clientela

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

pacientes extremamente doentes e agonizantes, e o profissional muitas vezes deve atender as necessidades do paciente e seus familiares com equipamentos complexos e altamente técnicos. Essas responsabilidades consomem emocionalmente o profissional, ainda mais somadas a problemas pessoais, falta de apoio da equipe, dificuldades organizacionais e aumento constante das exigências psicológicas, tornando essa população especialmente suscetível ao *Burnout* (KASH, 2000).

A sobrecarga tem sido freqüentemente apontada como fator predisponente para *Burnout*, e está relacionada tanto à quantidade como à qualidade excessiva da demanda.

O tipo de paciente, a natureza de sua doença, a relação existente entre ele e o cuidador e as características pessoais do paciente, bem como o contato com o sofrimento e a morte, favorecem o *Burnout*.

Conflito de papel, funções, condutas e expectativas que o indivíduo espera desempenhar em sua profissão, definem seu papel específico. Quando ocorre empate entre as informações e as expectativas sobre seu desempenho, sendo que este pode não corresponder ao que os outros esperavam dele, passa a se instalar um conflito de papéis. Esse conflito pode desencadear o *Burnout* (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Os autores identificam outros fatores como elementos propiciadores ou desencadeantes do *Burnout*, como ambigüidade de papel,



---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

---

---

suporte organizacional, responsabilidade, satisfação no trabalho, conflito com valores pessoais, pressão no trabalho e falta de *feedback*.

Recordando minha prática profissional, posso identificar várias, senão todas as situações desencadeantes citadas, pois as mesmas se repetem todos os dias no trabalho de assistência ao paciente, em especial ao paciente com câncer.

A Síndrome de *Burnout* está inserida na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho com a denominação de Sensação de Estar Acabado — Síndrome de *Burn-Out* ou Síndrome do Esgotamento Profissional — CID-10, Z73.0. A lista é organizada segundo grupos de patologias ou processos mórbidos da Classificação Internacional das Doenças e consta da décima revisão, aprovada pela Portaria/MS nº 1.339/1999. As doenças são organizadas em um sistema de dupla entrada, por doença e por agente etiológico ou por fator de risco de natureza ocupacional. A Síndrome de *Burnout* está inserida no Grupo V, nos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionado ao Trabalho.

O Ministério da Saúde preconiza como tratamento dessa síndrome o acompanhamento psicoterápico e farmacológico e intervenções psicossociais, sendo variável a intensidade de cada recurso prescrito, de acordo com a gravidade e especificidade do caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

É incontestável a importância e urgência de identificarmos os fatores desencadeantes desse tipo de patologia em nossa trajetória profissional,

---

---

### 3 Fundamentos do Estudo

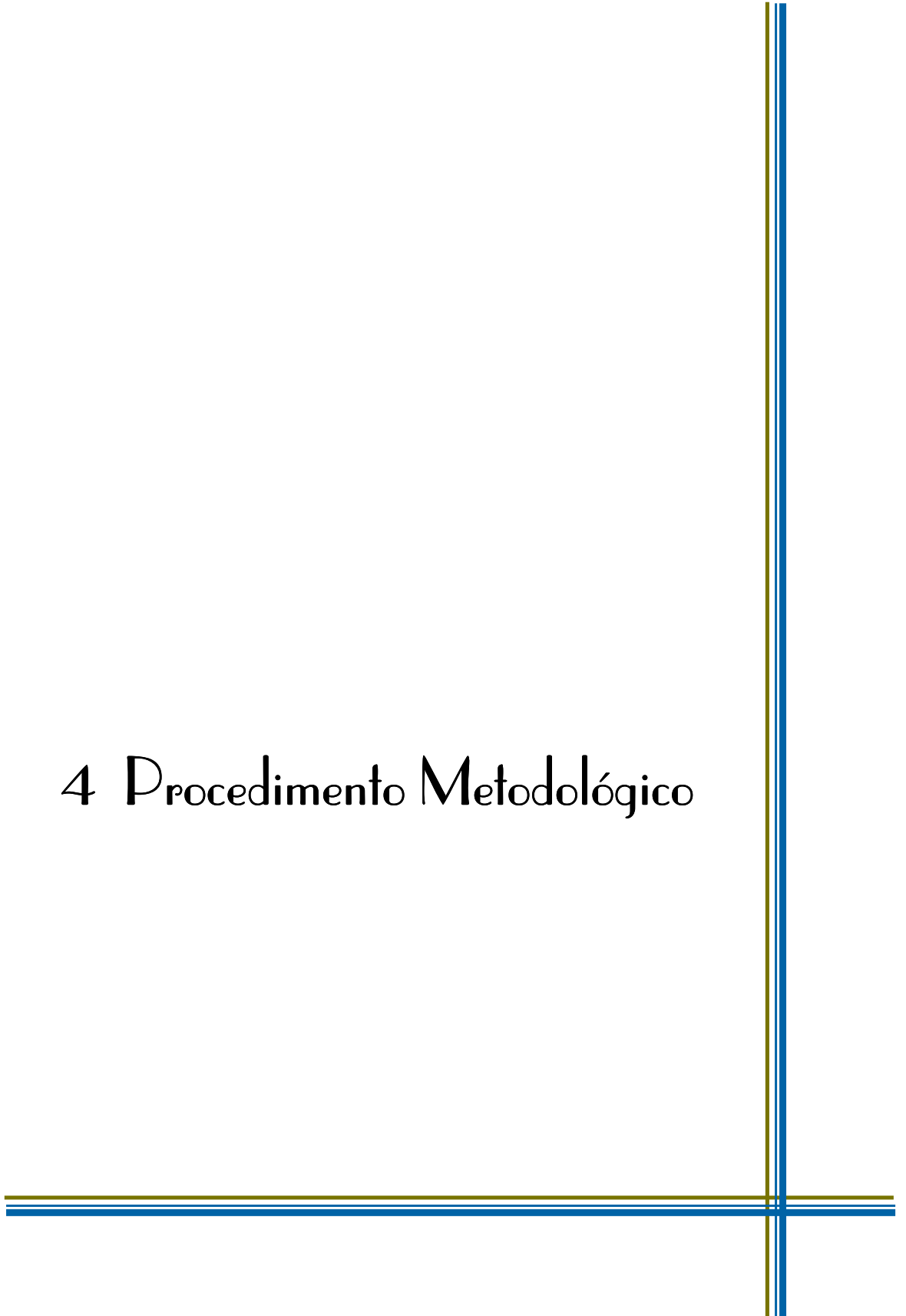
---

---

para manutenção de nossa saúde física e emocional. A Carta de Ottawa (1986) fala da necessidade de não se perder o foco da questão da promoção da saúde, construída e vivida pelas pessoas no seu cotidiano, nos ambientes onde aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias de sua própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.

A elaboração deste capítulo teve por finalidade fornecer uma visão específica sobre o *Burnout*, bem como, apresentar os elementos que figuram nos estudos sobre esta síndrome, segundo a ótica de diferentes autores.

## 4 Procedimiento Metodológico



## 4.1 TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo, optamos por fazer uma revisão integrativa, que Ganong (1987) afirma ser parte valiosa do processo de criar e organizar um corpo da literatura, e que deve ter os mesmos níveis de clareza, rigor e replicação das pesquisas primárias.

Pesquisa primária é aquela escrita por pessoas que conduziram a pesquisa, desenvolveram uma teoria ou prepararam uma análise especializada sobre um tópico ou questão de interesse (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A revisão integrativa é uma técnica de pesquisa, na qual estudos são reunidos e sintetizados, por meio da análise dos resultados evidenciados nos estudos de muitos autores especializados. Deve ser rigorosa e sistemática, discutir os métodos e estratégias utilizados, avaliar as fontes e sintetizar os resultados (BROOME, 1993).

A revisão integrativa nos proporcionará a identificação e análise do objeto de estudo sob a ótica de diversos especialistas e a identificação de seus múltiplos determinantes, levando a reflexões relevantes para a mudança ou construção de conceitos modificadores da prática assistencial, e neste estudo, em especial, a uma assistência de qualidade e suporte não somente ao trabalho, mas também ao profissional oncologista.

A construção do conceito, segundo Broome (1993), requer um trabalho de reconhecimento de pesquisas prévias na área, bem como a

identificação de quais questões permanecem sem respostas. Essa revisão ajudará o leitor a desenvolver uma definição pessoal do conceito Síndrome de *Burnout*, a entender como outros têm mensurado os fenômenos relacionados e a identificar as várias dimensões do conceito.

É essencial que as fontes escolhidas sejam tão representativas do corpo de literatura quanto possível.

Poletti (2000) apresenta a revisão integrativa como um dos instrumentos da Prática Baseada em Evidências. Citando Madigan (1998), a autora aponta que o conceito da Prática Baseada em Evidências nasceu no Canadá, sendo incorporado depois ao Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido pelo Programa de Pesquisa e Desenvolvimento do Centro Cochrane, em Oxford, e pelo Centro para Revisões e Disseminação de Evidências, em York. Nos Estados Unidos, por meio da *Agency for Health Care Policy and Research*, foram desenvolvidas diretrizes que se tornaram padrões para a prestação e avaliação das práticas de cuidado em instituições de saúde em diferentes níveis de atenção, influenciando diretamente a Enfermagem.

Evidência, segundo Houaiss (2001), é um atributo que não dá margem a dúvida; constatação de uma verdade que não suscita qualquer dúvida.

A Prática Baseada em Evidências é definida por Galvão, Sawada e Rossi (2002) como uma abordagem que envolve a definição de um problema, busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados.

No Brasil, esse movimento tem sido desenvolvido em universidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, no curso de Medicina. Em Enfermagem, as publicações sobre essa temática são poucas, a maioria em língua estrangeira (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

As enfermeiras já estão familiarizadas com o processo de revisão de literatura quando desenvolvem políticas de procedimentos ou diretrizes para a prática. A revisão integrativa é um passo à frente nesse processo.

Por haver similaridades entre os termos revisão de literatura, revisão integrativa e meta-análise, achamos necessário fazer uma distinção entre esses termos.

Para Broome (1993), Beyea e Nicoll (1998), a revisão de literatura é a apresentação dos achados ou dados das pesquisas, e se restringe aos estudos de relevância para o pesquisador, fornecendo sustentação para uma pesquisa.

A revisão integrativa faz uma síntese dos resultados das pesquisas e das conclusões de especialistas sobre o assunto. Os estudos são analisados em relação aos seus objetivos, *design* e resultados e é possível chegar a conclusões a respeito de um corpo de conhecimento.

Beyea e Nicoll (1998) reforçam que o corpo de conhecimento compreende todos os estudos que estão voltados para hipóteses idênticas ou relacionadas.

A meta-análise vai além da crítica e integração e conduz a uma análise estatística secundária sobre os resultados de estudos similares, afirmam as autoras. Salientam, entretanto, que nem todas as pesquisas possuem evidências suficientes para permitir uma meta-análise.

A abordagem metodológica necessária para esse procedimento é a quantitativa, sendo que os estudos devem apresentar semelhança quanto ao tema de investigação, população, intervenções e mensurações, assim como no tipo de delineamento da pesquisa (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Esta pesquisa de revisão integrativa sobre a produção nacional e internacional a respeito da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros oncológicos foi analisada conforme os pressupostos apresentados por Ganong (1987). O autor descreve que a elaboração da revisão integrativa deve cumprir seis etapas:

**1ª) SELECIONAR HIPÓTESES OU QUESTÕES PARA A REVISÃO**

- O tópico deve ser instigante e estimular a curiosidade do pesquisador, e ser bem definido.

**2ª) SELECIONAR AS PESQUISAS QUE IRÃO COMPOR A AMOSTRA**

- Este é um item importante na pesquisa e deve ser descrito minuciosamente. A omissão de procedimentos pode ser uma ameaça para a validade da revisão. Os critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra devem ser explicitados.

- Para a seleção da amostra podem ser usados o *index* em base de dados *on line* e lista de referências bibliográficas, assim como índice de citações.
- O autor sugere a criação de listas de modo a permitir um exame mais minucioso de estudos pelo leitor.

### **3ª) DEFINIR AS CARACTERÍSTICAS DAS PESQUISAS**

- A tarefa de definir características da pesquisa primária é a essência de uma revisão integrativa. Representar as características da pesquisa primária é análogo ao ato de coleta de dados. Ganong (1987) salienta que, um dos modos mais simples e claros para representar características da pesquisa primária, é a construção de tabelas. O uso de tabelas propiciaria um modo simples e claro de apresentar ao leitor uma grande quantidade de dados para uma avaliação sistemática, sumarização e discussão de achados relevantes, bem como das conclusões.

### **4ª) ANALISAR OS ACHADOS**

- Analisar os achados no processo de revisão integrativa é comparável ao exame e análise de dados primários, e consiste na análise dos resultados evidenciados dos artigos incluídos na revisão.



### **5ª) INTERPRETAR OS RESULTADOS**

- Esta etapa pode ser comparada à discussão de resultados dos estudos primários. O pesquisador apresenta e discute as evidências oriundas dos estudos incluídos daquelas geradas pela revisão integrativa. Ainda, fará sugestões para a prática, bem como discutirá o impacto político ou prático e os resultados em relação às teorias e fará sugestões para pesquisas futuras.

### **6ª) RELATAR A REVISÃO**

- A apresentação dos resultados obtidos deve ser clara, completa e possibilitar ao leitor um exame crítico dos achados.

Diante disso, chegamos à conclusão de que a revisão integrativa é um método apropriado para explorarmos a Síndrome de *Burnout* em enfermeiros oncologistas na literatura, e acreditamos que os achados trarão contribuições substanciais para a disseminação do seu conhecimento na Enfermagem.

## 4.2 CRITÉRIOS PARA ESCOLHA DA POPULAÇÃO E AMOSTRA DA INVESTIGAÇÃO

O que se pode chamar de população do estudo inclui todos os artigos sobre a Síndrome de *Burnout* em enfermeiros oncologistas encontrados na literatura nacional e internacional no período de 1993 a fevereiro de 2004, e indexados no *Pubmed*, *CINAHL*, *Medline* e *Lilacs*.

Foi definida uma amostra obedecendo os seguintes critérios:

- periódicos nacionais e internacionais, publicados em português, espanhol e inglês, no período de 1993 a fevereiro de 2004;
- artigos indexados pelos unitermos: *Burnout / nurse / nursing / oncology / Enfermagem / oncológica / câncer*;
- periódicos disponíveis no Brasil, em bibliotecas do Sistema SIBI da USP, assim como de acervos particulares ou adquiridos pelo Sistema COMUT.

A amostra final foi constituída de artigos indexados no *Pubmed*, *CINAHL*, *Medline* e *Lilacs*, que preenchiam os critérios estabelecidos acima, obtendo-se um total de 19 artigos.

Constituída a amostra e localizado o maior número possível de artigos, foram eles analisados de forma objetiva utilizando um instrumento que permitiu atingir os objetivos da pesquisa.

### 4.3 FONTES BIBLIOGRÁFICAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS UTILIZADAS

A identificação do objeto de estudo na literatura nacional e internacional foi realizada com busca em base de dados *on line*.

Foram utilizadas quatro bases de dados: *Lilacs*, *Medline*, *Pubmed* e *CINAHL*.

Para a obtenção de dados sobre o tópico, iniciamos nossa busca computadorizada no banco de dados da *Lilacs* (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), pela Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME. Nessa fonte, encontram-se as publicações da América Latina e do Caribe.

Inicialmente, escolhemos palavra-chaves relacionadas ao conceito estudado, tais como: *stress* em Enfermagem, *Burnout*, *Burnout* profissional, *Burnout* Enfermagem, *Burnout* em Enfermagem oncológica.

Usando o descritor *stress and* enfermeiras, encontramos 132 publicações. Em outra busca, com a palavra *Burnout*, 58 publicações; com as palavras *Burnout* profissional, 43 publicações; *Burnout* Enfermagem, 15 publicações; e em *Burnout* Enfermagem oncológica, três artigos, sendo uma tese e um não abordava o termo *Burnout* no resumo. Dessa base de dados, portanto, tivemos um artigo selecionado para compor a amostra.

No *Medline (Medical Literature and Retrieval System On Line)*, base de dados produzida pela *United States National Library of Medicine* que contém o *index* de três áreas da saúde — *Index Medicus, Index to Dental Literature* e *International Nursing Index* —, foram identificadas, utilizando o descritor *stress professional and nursing*, 775 publicações; com o descritor *Burnout*, 2.582 publicações; *Burnout professional*, 2.406 publicações; *Burnout and nursing*, 1.102 publicações; acrescentado a palavra *oncology*, esse número ficou reduzido a 24, entre as quais 13 foram excluídas após análise dos resumos por não abordarem o termo *Burnout*. Portanto, 11 artigos foram selecionados e farão parte da amostra.

No *Pubmed (National Library of Medium)*, utilizando o descritor *stress professional* foram identificadas 267 publicações; com os descritores *Burnout /nursing* 413 publicações, incluindo o termo *oncology* o número caiu para 17 publicações e, destas, 14 farão parte da amostra por preencherem os critérios de inclusão.

O *CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health)* é um índice que reúne publicações de várias áreas da saúde, inclusive a Enfermagem. Nessa base de dados o levantamento foi manual, em catálogos referentes ao período de janeiro de 1993 a dezembro de 2003, na Biblioteca Central do *campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto. Foram localizadas através do termo *Burnout professional* 206 publicações. Após análise dos títulos, selecionamos duas para fazer parte da amostra.

Alguns artigos estavam indexados em mais de uma base de dados, o que reduziu de 28 para 19 o número de artigos da amostra.

#### **4.4 O INSTRUMENTO**

A análise dos artigos da revisão foi realizada de forma objetiva, através de um instrumento contendo critérios que possibilitaram investigar as várias dimensões dos estudos (GANONG, 1987).

As publicações foram examinadas utilizando um instrumento construído pela autora, que atende-se aos objetivos da pesquisa de acordo com os seguintes critérios:

- 1º) dados referentes ao pesquisador: nome, profissão, titulação, local de atuação, tempo de ocupação no cargo;
- 2º) dados referentes à publicação: nome do periódico, título da pesquisa, ano, volume, número, página, país de origem, fonte de identificação, idioma;
- 3º) em relação ao *index*: *CINAHL*, *Pubmed*, *Medline*, *Lilacs*, busca manual em revistas indexadas, referências de outros artigos;
- 4º) localização do estudo: biblioteca da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Universidade de São Paulo (USP), Sistema COMUT e *on line*;
- 5º) objetivos do artigo publicado;

- 6º) características da população;
- 7º) amostra;
- 8º) *design*: foram consideradas as categorias experimental, quase experimental e não-experimental, além dos estudos qualitativos, sob a ótica dos pressupostos de LoBiondo-Wood e Haber (2001);
- 9º) aspectos abordados pelo autor;
- 10º) limitações da pesquisa;
- 11º) resultados e conclusões.

O instrumento foi submetido a validação por enfermeiros familiarizados com esse tipo de estudo ou atuantes na área de Oncologia, com conhecimento sobre a temática. Foi analisado em relação à clareza e abrangência dos itens, facilidade de compreensão, extensão e forma de apresentação. A análise dos juízes recebeu escore para cada item de concordância, e foi considerado válido o item que obteve uma concordância mínima de 80% (Apêndice A).

## 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta etapa os artigos foram analisados quanto à relação dos dados com o objeto de interesse do estudo.

Ganong (1987) indica duas formas básicas de análise dos dados: as abordagens quantitativas e as qualitativas, dependendo do tipo de pesquisa encontrado. Na abordagem quantitativa, utilizam-se recursos estatísticos (como análise de variância) ou meta-análise para levar à integração quantitativa dos dados com a utilização de índices de correlação, levando à transformação dos dados em medidas comuns a todos. A análise qualitativa dos dados integra e classifica os dados com a utilização das normas discursivas que ainda são as mais utilizadas pela Enfermagem.

Dos artigos que fazem parte da amostra, 18 são em língua inglesa e um na língua espanhola, o que exigiu da pesquisadora tradução, leitura e releitura dos mesmos.

De posse dos artigos, eles foram catalogados por ano de publicação e numerados em ordem crescente. Cada artigo, assim como o instrumento para análise, recebeu uma numeração no canto superior direito da primeira página. Artigo e instrumento foram então fixados e organizados em uma pasta com múltiplas repartições e catalogados em ordem numérica crescente por ano de publicação (Apêndice B).

Em seguida, foi realizada a tradução, leitura e releitura de cada artigo. Tais dados serviram de subsídios para a elaboração de uma tabela.

Ganong (1987) afirma que uma das mais simples e claras maneiras para representar as características da pesquisa primária é a construção de tabelas. Seu uso permite ao revisor apresentar ao leitor um grande número de informações das pesquisas primárias e prover um exame sistemático, resumido, com discussões dos maiores achados e conclusões.

À medida que os artigos foram sendo traduzidos, foram analisados utilizando o instrumento construído pela pesquisadora.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, procedemos à análise relativa aos dados de identificação do autor, ano de publicação e localização do artigo. Para essa etapa, os dados foram agrupados em um banco de dados e efetuada a análise. Com a ajuda de um estatístico, os mesmos foram codificados e formatados no programa EPI INFO – 6.0. A análise foi feita utilizando operações estatísticas simples de distribuição de freqüência em porcentagem.

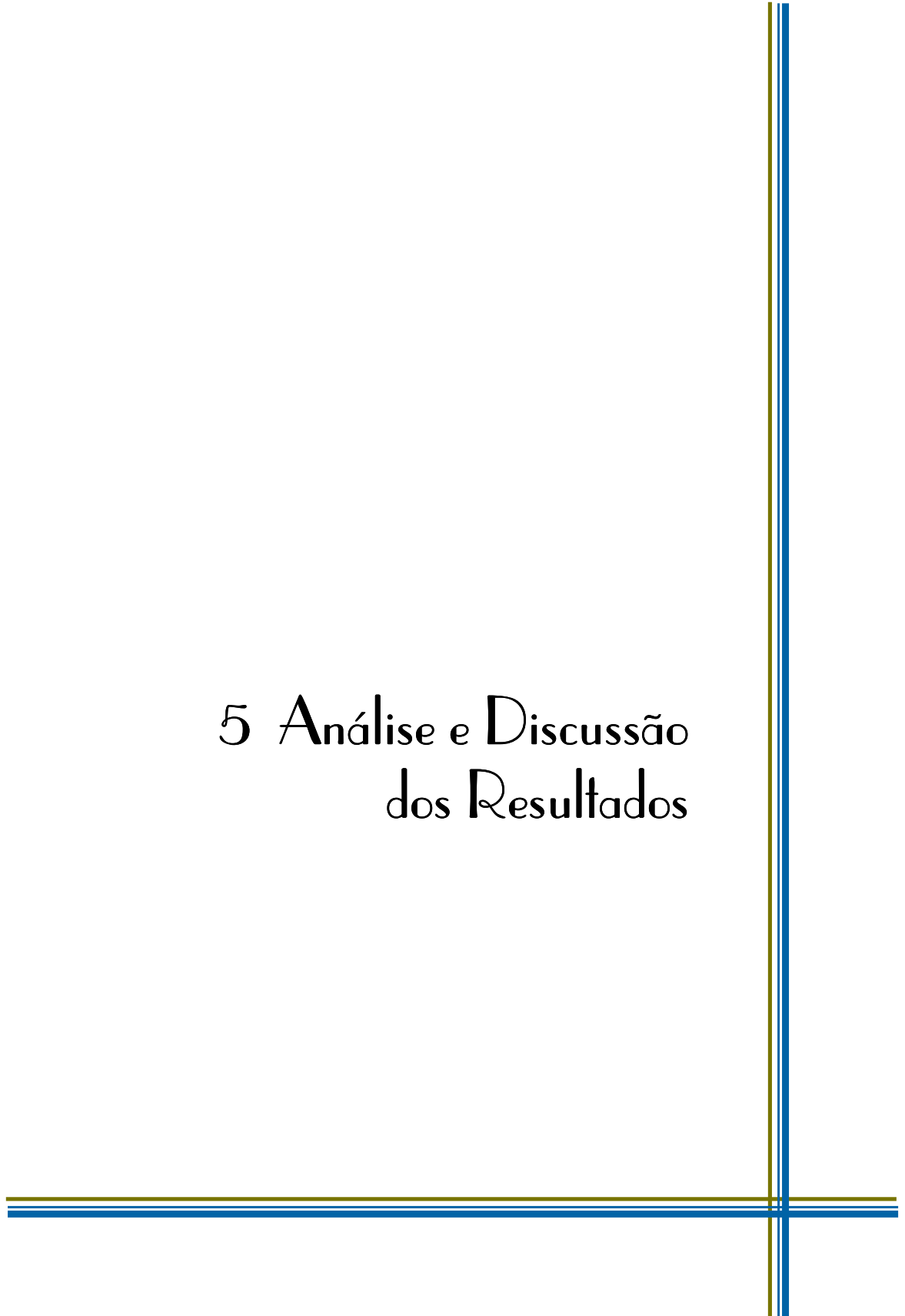
Na etapa seguinte, ocorreu a análise do conteúdo dos artigos, a partir de seus objetivos, metodologia empregada, características dos achados e delineamento conceitual ou teórico utilizado, obtendo-se assim uma caracterização fidedigna da amostra.

Após a análise dos artigos, as respostas similares foram sumarizadas pela contagem de freqüência, conforme preconiza Ganong (1987).

Os artigos que compõem a amostra estão destacados no texto em negrito, para diferenciação das citações de outros autores consultados.



## 5 *Análise e Discussão* dos Resultados



Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que, para que as indagações de uma pesquisa sejam respondidas, os dados precisam ser processados e analisados de forma ordenada e coerente, de modo que possam ser discernidas as relações e os padrões.

Foi buscando essa ordenação e coerência que desenvolvemos o presente estudo a respeito da produção científica nacional e internacional sobre a Síndrome de *Burnout* na Enfermagem Oncológica.

## **5.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS E SEUS AUTORES**

A análise dos 19 artigos que compõem a amostra ocorreu por meio de instrumento apropriado e abordou diversos aspectos, como descrevemos a seguir.

### **5.1.1 DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS**

No *index Medline*, dos 24 artigos localizados, 11 responderam aos critérios de seleção, sendo selecionados para compor a amostra.

No *Pubmed* foram localizados 17 artigos e, desses, 14 fizeram parte da amostra.

No *CINALH* havia 206 artigos indexados, entre os quais dois preencheram os critérios de inclusão, integrando a amostra. No *Lilacs* estavam

---



---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---



---

indexados 15 artigos, mas apenas um preenchia os critérios e foi incluído na amostra.

Na Tabela 1, apresentamos a distribuição das publicações localizadas segundo a fonte de indexação.

**TABELA 1** – Distribuição dos artigos, segundo a base de dados selecionada.

<b>BASE DE DADOS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>	<b>SELECIONADAS</b>	<b>%</b>
PUBMED	1.102	59,5	14	50,0
MEDLINE	413	22,3	11	39,2
CINAHL	206	11,1	2	7,2
LILACS	132	7,1	1	3,6
<b>TOTAL</b>	<b>1.853</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Verifica-se na Tabela 1 que foram encontradas 1.853 pesquisas após o cruzamento dos descritores propostos, sendo o *Pubmed* a base de dados que apresentou o maior número de pesquisas (1.102 ou 59,5%). Do total geral de 1.853 pesquisas, somente 28 (1,5%) atenderam aos critérios de inclusão e, entre essas, nove foram excluídas por estarem repetidas em duas bases de dados. Sendo assim, apenas 19 (1,0%) pesquisas foram utilizadas neste estudo.

Foi obtido acesso a todos os 19 artigos da amostra na íntegra, da seguinte forma: oito (42%) *on line*, três (16%) através na biblioteca da USP-EERP e oito (42%) pelo sistema COMUT.

---



---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---



---

A Tabela 2 mostra a distribuição dos artigos indexados segundo o período em que foi feita a publicação.

**TABELA 2** – Distribuição dos artigos, segundo o ano da publicação.

ANO DA PUBLICAÇÃO	ARTIGOS LOCALIZADOS	
	N	%
1993	1	5,3
1994	1	5,3
1995	2	10,5
1996	2	10,5
1997	3	15,8
1998	1	5,3
1999	2	10,5
2000	3	15,8
2001	0	0,0
2002	2	10,5
2003	1	5,3
2004	1	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

Observa-se que os anos de 1997 e 2002 tiveram o maior número de publicações (três ou 15,8%) — com a ressalva de que, de 2004, foram analisados apenas os dois primeiros meses.

---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

Em relação aos idiomas em que os artigos foram publicados, verifica-se que apenas um encontra-se em espanhol, e os demais (18) na língua inglesa. Talvez esse fato esteja ligado ao fato de a própria origem do termo *Burnout* ter se dado nos EUA, país de língua inglesa. Mas deve-se considerar também que os periódicos indexados nas bases de dados *Pubmed*, *Medline* e *CINAHL*, são publicados originalmente em inglês.

Os artigos selecionados foram publicados em 18 periódicos, como mostra a Tabela 3.

**TABELA 3** – Distribuição dos artigos, segundo o periódico.

PERIÓDICO	n	%
Australian Health Revients	1	5,3
British Journal of Cancer	1	5,3
British Journal of Medical Psychology	1	5,3
Canadian Oncology Nursing Journal	1	5,3
Cancer Nursing	1	5,3
Canadian Medical Association or its licensors	1	5,3
International Journal of Radiation Oncology	1	5,3
Journal of Professional Nursing	1	5,3
Journal of Psychosomatic Research	1	5,3
Occupation Medical	1	5,3
Oncologist	1	5,3
Oncology	1	5,3
Oncology Nursing Forum	2	10,5
Psychoter Psuchosam	1	5,3
Radiology Oncology	1	5,3
Revista Cubana Oncologia	1	5,3
Seminars in Onconlogy Nursing	1	5,3
Tumori	1	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 3 demonstra que os artigos que compõem a amostra foram publicados em 18 periódicos, com discreta predominância da *Oncology Nursing Fórum* (10,5%), que é muito utilizada na área da Enfermagem, por profissionais de todo o mundo.

### 5.1.2 DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR

Conhecendo a formação profissional dos autores, podemos saber quais são as categorias profissionais que têm produzido mais pesquisas sobre a temática, que provavelmente são aquelas em que ocorre maior incidência da Síndrome de *Burnout*.

A Tabela 4 indica a formação profissional do primeiro autor nos artigos selecionados.

**TABELA 4** – Distribuição dos artigos, segundo a formação profissional do primeiro autor.

<b>FORMAÇÃO DO AUTOR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enfermeiro	7	36,8
Médico	7	36,8
Psicólogo	2	10,6
Outros*	3	15,8
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

\*Outros: acadêmicos de Enfermagem, acadêmicos de Medicina, residentes, não citam.

Em relação à formação profissional do primeiro autor, enfermeiros e médicos apresentam a mesma porcentagem e predominam, com 36,8% respectivamente das publicações, seguido pelos psicólogos (10,6%) e outros profissionais.

O predomínio dos enfermeiros, entre os profissionais que realizam pesquisas sobre o *Burnout* em Oncologia, pode ter estreita relação com a incidência da síndrome nessa categoria profissional, por ser a Enfermagem uma atividade onde há escassez de profissionais, acarretando sobrecarga laboral, por haver uma relação de extensa proximidade com o paciente e seus familiares em situações de estresse, pelo contato direto com a doença, pela falta de autonomia e autoridade na tomada de decisões, pelo convívio com a dor e a morte, fatores esses geradores de estresse crônico e, portanto, propulsores do *Burnout* (GIL-MONTE, 2002).

A aura de prestígio que envolve a Medicina, seja pelo seu conhecimento do processo de cura das doenças ou pelo grande poder e *status* que a sociedade lhe confere, pode significar uma carga extra de responsabilidades para o profissional médico, que, somada a outras características, predispõe o profissional ao estresse e ao *Burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Os psicólogos, dada a natureza de seu trabalho, estão predispostos ao *Burnout* devido à convivência por longos períodos com indivíduos com transtornos de origem emocional ou mental, à inabilidade em estabelecer limites na sua interação profissional com o cliente, e à possibilidade de haver alguma identificação e formação de vínculos afetivos entre os psicólogos e os clientes. Isso justificaria seu crescente interesse em fazer pesquisas na área.



**TABELA 5** – Distribuição dos artigos, segundo o número de autores.

<b>NÚMERO DE AUTORES</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Um autor	4	21,1
Dois autores	3	15,8
Três autores	5	26,3
Quatro autores ou mais	7	36,8
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 5 indica uma predominância de artigos (36,8%) desenvolvidos por quatro ou mais autores.

Este achado torna-se especialmente positivo na intervenção do *Burnout*, pois um dos fatores desencadeantes da síndrome é a deficiência nas relações e na comunicação entre os membros da equipe (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). A interação que a pesquisa proporciona e o interesse em comum, podem ser interpretados como uma manobra de enfrentamento da síndrome.

A Tabela 6 indica a titulação do primeiro autor dos artigos analisados.

**TABELA 6** – Distribuição dos artigos, segundo a titulação profissional do primeiro autor.

<b>TITULAÇÃO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Graduado	0	0,0
Especialista	2	10,5
Mestre	1	5,3
Doutor	6	31,6
Com pós-doutorado	0	0,0
Não especificada	10	52,6
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 6, verifica-se que 52,6% das pesquisas não trouxeram a titulação dos autores, mas observa-se o predomínio de profissionais com título de doutor em 31,6% das pesquisas. Isso denota que a pós-graduação é produtora e impulsionadora de pesquisas e responsável pela validação de nossa prática profissional.

**TABELA 7** – Distribuição dos artigos, segundo o local de atuação do primeiro autor.

<b>LOCAL DE ATUAÇÃO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hospital	8	42,1
Universidade	6	31,6
Centro de atendimento a pacientes com câncer	5	26,3
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

---



---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---



---

É no local de trabalho que afloram os problemas, indagações, hipóteses — por isso a identificação do local de trabalho dos autores se faz tão necessária neste tipo de pesquisa.

A Tabela 7 demonstra que o hospital é o local de trabalho predominante da maioria dos autores (42,1%). Esta predominância pode estar relacionada com o contato direto e prolongado que ocorre do enfermeiro com o paciente oncológico neste ambiente, abrindo campo para que os sinais do *Burnout* se façam presentes, devido ao convívio com o sofrimento alheio e à sobrecarga de trabalho, entre outras variantes estressoras que são fatores desencadeadores do *Burnout*. Investigações derivadas de problemas locais acarretam a utilização de seus resultados.

A nacionalidade do primeiro autor tem relevância neste estudo, pois indica os centros que investigam a temática e, portando, investem nesta área.

**TABELA 8** – Distribuição dos artigos, segundo país de origem do primeiro autor.

PAÍS	n	%
Austrália	1	5,3
Canadá	2	10,5
Cuba	1	5,3
Eslovênia	1	5,3
Estados Unidos	8	42,1
Inglaterra	3	15,8
Israel	1	5,3
Itália	2	10,5
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 8 mostra um predomínio das publicações produzidas nos Estados Unidos da América (42,1%), fato que sem dúvida se deve à própria origem histórica do *Burnout*, bem como aos altos investimentos em pesquisa realizados naquele país.

Embora também se façam pesquisas sobre o *Burnout* em nosso país (SOUZA; SILVA, 2002; MATHEUS; CHAVES; BIANCHI, 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2002), não foram encontrados estudos sobre o *Burnout* em enfermeiros oncológicos no Brasil, o que indica a existência de uma lacuna e suscita indagações e reflexões sobre suas possíveis causas.

### **5.1.3 IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO A NATUREZA DO ESTUDO**

A análise do *design* dos estudos ajuda a compreender o fenômeno, indica a ótica em que foi mensurado, além de apontar lacunas ou vieses existentes. Segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001), o *design* é a estrutura que o pesquisador cria dentro dos limites de um problema e da base teórica relacionada.

Em relação ao *design*, observamos que, dos 19 artigos analisados, 15 (78,9%) são descritivos, um qualitativo e três, revisão de literatura.

Os estudos não-experimentais são usados para construir o quadro de um fenômeno ou explorar acontecimentos/pessoas ou situações, à

medida em que eles ocorrem naturalmente (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Os estudos descritivos/exploratórios figuram na categoria mais ampla dos desenhos não experimentais. Segundo as autoras, eles coletam descrições detalhadas de variantes existentes e usam os dados para justificar e avaliar condições e práticas decorrentes ou planejar intervenções para melhorar as práticas de atenção à saúde.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa descritiva tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. Segundo as autoras, o principal objetivo de muitas pesquisas em Enfermagem é a descrição de fenômeno relativo à profissão, sendo, portanto, estudos de grande valor. Entre os fenômenos investigados sob essa ótica, figuram o estresse e o enfrentamento em pacientes.

A revisão de literatura é uma compilação da produção científica sobre determinado tema, em que o pesquisador tem interesse em um campo específico. É uma compilação e uma avaliação crítica da importante literatura especializada e publicada (KRAINOVICH-MILLER, 2001).

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a revisão de literatura ajuda nas fundamentações para um estudo significativo para a Enfermagem, sendo uma tarefa crucial para a maioria das pesquisas quantitativas. Sendo assim, as autoras salientam que a revisão tem uma função integradora e facilita o acúmulo de conhecimento.

### 5.1.4 DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos artigos segundo os instrumentos usado na pesquisa.

**QUADRO 1** – Distribuição dos artigos, segundo instrumentos utilizados.

AUTOR	INSTRUMENTOS
Van Servellen e Leake <sup>(1)</sup>	Inventário em Burnout de Maslach (MBI)
Papadatou, Anagnostopoulos e Monos <sup>(2)</sup>	General Information Questionnaire Hardiness Scale Job Stress Questionnaire Life Style Scale Inventário em Burnout de Maslach (MBI) Type a Behaviour Scale Ways of Coping Scale
Ramirez e cols. <sup>(3)</sup>	General Information Questionnaire General Health Questionnaire Inventário em Burnout de Maslach (MBI)
Cohen <sup>(4)</sup>	-
Barni, Mondin, Nazzani e Archili <sup>(5)</sup>	Instrumento elaborado pelos autores
Catalan e cols. <sup>(6)</sup>	Inventário em Burnout de Maslach (MBI) General Health Questionnaire Social Adjustment Scale (SAS-M)
Chacon e Grau <sup>(7)</sup>	Inventário em Burnout de Maslach (MBI)
Kushnir, Rabin e Azulai <sup>(8)</sup>	-
Constantini, Solano, Di Napoli e Bosco <sup>(9)</sup>	Instrumento de Kobasa Inventário em Burnout de Maslach (MBI)
Felton <sup>(10)</sup>	-
Lewis <sup>(11)</sup>	Instrumento elaborado pelos autores

Continua...

...continuação

Fitch, Bakker e Conlon <sup>(12)</sup>	Instrumento elaborado pelos autores
Grunfeld e cols. <sup>(13)</sup>	Inventário em Burnout de Maslach (MBI)
Penson, Dignan, Canellos e Picard <sup>(14)</sup>	-
Kash e cols. <sup>(15)</sup>	Staff Stress Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI) Hopkins Symptom Checklist Inventário em Burnout de Maslach (MBI)
Akroyd, Caison e Adams <sup>(16)</sup>	Daily Stress Inventory Inventário em Burnout de Maslach (MBI)
Barret e Yates <sup>(17)</sup>	Measure of Job Satisfaction (MJS) Inventário em Burnout de Maslach (MBI)
Smrdel <sup>(18)</sup>	Questionnaire of professional stress by Zunter Nagy anf Kocmeer
Medland, Howard-Ruben e Whitaker <sup>(19)</sup>	-

O Quadro 1 aponta o Inventário em *Burnout* de Maslach (MBI) como o instrumento utilizado em 10 (53%) das 19 pesquisas, mas apenas três estudos usaram exclusivamente esse instrumento. Sua escolha pelos pesquisadores é justificada pelo interesse das autoras do MBI e contribuições das mesmas sobre a temática *Burnout*.

Mostra também que o número de instrumentos por estudo variou de um a sete, para atender aos objetivos propostos para cada pesquisa. Verifica-se que cinco artigos (26,3%) da amostra não usaram instrumento em seu estudo.

Na busca por compreender melhor o fenômeno *Burnout* na enfermagem oncológica, consideramos necessário fazer uma análise

cautelosa do conteúdo da produção científica sobre o *Burnout* em oncologia, do que passamos a tratar a seguir.

## 5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS SEGUNDO O OBJETIVO DO ARTIGO

Optou-se por iniciar a análise dos artigos pelos objetivos propostos pelos autores, para identificação do seu principal enfoque. As categorias de análise emergiram da experiência da pesquisadora e de sua orientadora no processo de assistência e ensino a pacientes com câncer, e de publicações referentes ao *Burnout*.

Os pressupostos que embasaram a formulação das categorias foram:

- 1) para prevenir a Síndrome de *Burnout* e instalar manobras de *coping*<sup>\*</sup>, é preciso conceituar a Síndrome de *Burnout*;
- 2) identificação de fatores desencadeantes é a primeira etapa para prevenir/tratar a Síndrome de *Burnout*;
- 3) para avaliar os níveis de *Burnout*, é preciso utilizar instrumentos adequados;

---

\* *Coping* pode ser definido pela forma como as pessoas lidam com demandas específicas, internas ou externas que surgem a partir estresse.



---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

- 4) o estresse pode ser um propulsor do *Burnout*;
- 5) requer-se a identificação de manobras de enfrentamento como terapêutica do *Burnout*.

Tais pressupostos originaram sete temas:

- 1) conceituação do *Burnout*;
- 2) avaliação dos níveis de *Burnout*;
- 3) identificação dos fatores desencadeantes do *Burnout*;
- 4) identificação dos sintomas físicos e psicológicos do *Burnout*;
- 5) conseqüências do *Burnout*;
- 6) identificação dos fatores desencadeantes e mensuração do estresse na prática oncológica;
- 7) manobras de enfrentamento.

A Tabela 9 mostra a distribuição dos artigos nas sete categorias temáticas.

**TABELA 9** – Distribuição dos artigos, segundo as categorias temáticas.

<b>CATEGORIAS TEMÁTICAS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Nº DOS ARTIGOS</b>
Conceituação de <i>Burnout</i>	11	58,0	2,4,5,6,8,9,10,13,14,18,19
Avaliação dos níveis de <i>Burnout</i>	11	58,0	1,2,3,5,6,9,13,15,16,17,18
Identificação de fatores desencadeantes do <i>Burnout</i>	11	58,0	1,2,3,4,5,6,10,12,17,18,19
Identificação dos sintomas físicos e psicológicos do <i>Burnout</i>	10	53,0	1,2,3,4,5,6,7,8,9,11
Consequências do <i>Burnout</i>	8	42,0	7,8,9,14,16,17,18,19
Identificação dos fatores desencadeadores e mensuração do estresse na prática oncológica	10	53,0	1,2,3,4,5,6,7,8,9,11
Manobras de enfrentamento e ajuda	14	74,0	1,3,4,6,7,8,10,12,14,15,16,17,18,19

Observa-se que, em 58,0% das pesquisas, respectivamente, foram apresentados a conceituação, avaliação dos níveis e os fatores desencadeantes do *Burnout*, e em 74% dos artigos foram descritas as manobras de enfrentamento, o que revela a preocupação dos pesquisadores em prevenir/tratar/reverter as situações potenciais de sofrimento e *Burnout* nos enfermeiros oncologistas.

### 5.2.1 CONCEITUAÇÃO DO *BURNOUT*

Definir um fenômeno é parte relevante da pesquisa, visto que a sua compreensão fornece subsídios para uma avaliação e mudança de nossa prática. Optamos, então, por apresentar a Síndrome de *Burnout* sob a ótica de diversos autores.

Benevides-Pereira (2002) argumenta que um dos grandes problemas em relação ao *Burnout* é a dificuldade em estabelecer um consenso entre os autores quanto à definição e modelos explicativos.

*Burnout* é uma condição variável, oscilando de baixos a altos graus de sentimentos estressantes experimentados. Não é visto como uma variável dicotômica, isto é, não está associado à presença ou ausência de uma das duas condições (PAPADATOU; ANAGNOSTOPOULOS; MONOS, 1994).

Para Cohen (1995), *Burnout* é o resultado de um estresse extremo sem alívio.

Barni et al. (1996) dizem que *Burnout* é essencialmente um processo caracterizado pela necessidade de equilíbrio entre recursos e demanda individual.

Catalan et al. (1996) afirmam que *Burnout* é um termo freqüentemente usado para descrever a experiência de profissionais da saúde lidando com situações estressantes, mas para eles, o termo permanece impreciso, apesar das tentativas em defini-lo e medi-lo.

Codo e Vasques–Menezes (1999) o definem como a síndrome da desistência, pois o indivíduo deixa de investir no trabalho e nas relações afetivas que dele decorrem.

Já **Kushnir, Rabin e Azulai (1997)** dizem ser uma junção de sintomas comumente associados com o estresse crônico em uma variedade de ocupações. Resulta de um prolongado processo de tentativas de suportar o estresse, culminando na exaustão dos recursos pessoais. Pode ser considerado uma interrupção no sentimento pessoal de domínio da ocupação ou auto-eficácia.

Segundo **Constantini et al. (1997)**, é acumulativo e progressivo.

E para **Felton (1998)**, significa um grau brando de infelicidade induzida por estresse.

Faber (1995) define *Burnout* como uma síndrome do trabalho, que se origina da discrepância da percepção individual entre esforço e conseqüência, percepção esta influenciada por fatores individuais, organizacionais e sociais.

*Burnout* para Edelwich e Brodsky (1980), é um processo gradual, que começa com entusiasmo, avança para a estagnação, evolui para frustração e finalmente resulta em apatia.

**Grunfeld e Tehelan (2000)** dizem que o *Burnout* resulta do contato com pessoas em processo de sofrimento e é caracterizado por

esgotamento físico e emocional, despersonalização e baixa produtividade, sendo fortemente associado à intenção de abandono no trabalho.

**Penson et al. (2000)** afirmam que *Burnout* é resultante da tensão na vida profissional de médicos e cuidadores e está associado a esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.

É um metáfora para significar aquilo ou aquele que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico e mental (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Para **Smrdel (2003)**, trata-se de um fenômeno complexo, que resulta da co-influência de tensão no trabalho (relacionada tanto com a natureza do trabalho, como com sua organização) e personalidade subjacente, com conseqüências negativas tanto para o profissional como para o paciente.

**Medland, Howard-Ruben e Whitaker (2004)** consideram que *Burnout* não é um problema das pessoas, mas principalmente dos lugares em que elas trabalham.

E Lautert (1995) conclui que o fenômeno do *Burnout* pode ser caracterizado como uma síndrome de má adaptação psicofisiológica e reações comportamentais a uma forma específica de estresse ocupacional; é considerado uma síndrome por não haver uma distinção clara na manifestação de suas diferentes etapas.

Para mim, estar em *Burnout* significa esvair-se, perder o sentido do que antes era essencial. É trilhar por um caminho sombrio, triste, sem perspectivas, que nos faz sentir sós e desamparados.

### **5.2.2 AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE *BURNOUT***

Como já vimos, aspectos individuais associados a condições laborais, e as inter-relações no trabalho, podem propiciar o aparecimento de fatores multidimensionais do *Burnout*. Tais fatores foram apontados nos artigos que compõem a amostra deste estudo, como passamos a descrever.

Os estudos que se referem ao *Burnout* em enfermeiros oncologistas a partir de 1970, sugerem que essas profissionais correm grande risco de desenvolver *Burnout* devido à natureza estressante e exigente de seu trabalho com pacientes que estão freqüentemente sofrendo, vivendo com a constante incerteza de um futuro imprevisível, com medo da morte, de estar para morrer, de se tornar um peso para os outros e perder sua independência (GARFIELD, 1980; NEWLIN; WELLISCH, 1978; KLAGSBURN, 1970).

Fong (1993) e Maloney (1982) têm estudado a natureza dos motivos estressantes no trabalho e descobriram que o *Burnout* está associado a sobrecarga de trabalho, função ambígua, conflito de função, limitação de tempo, alta cobrança administrativa, falta de oportunidades de crescimento, relacionamento pobre com colegas e equipe, falta de suporte de colegas

---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

experientes, estilo de liderança da chefia, aumento das demandas pelos pacientes e familiares.

Ao avaliar o *Burnout*, diversos autores (**BARRET; YATES, 2002; AKROYD; CAISON; ADAMS, 2002; KASH et al., 2000**) mensuram as variáveis dependentes e independentes, sendo as dependentes medidas pelo Inventário em *Burnout* de Maslach, que diz respeito a manifestações pertinentes aos sentimentos pessoais e atitudes.

Já **Papadatou, Anagnostopoulos e Monos (1994)** dizem que as variáveis independentes são categorizadas em dois grupos: as do meio e as variáveis pessoais.

As variáveis do ambiente incluem aspectos das condições de trabalho, como: tipo de hospital (oncológico ou geral), natureza dos pacientes envolvidos, número de pacientes por enfermaria, disponibilidade de tempo livre durante o trabalho, salário, carga de trabalho, oportunidades de crescimento, relações com pacientes, colegas e subordinados, conflitos entre casa e trabalho.

Ainda segundo os autores, as variáveis pessoais estão relacionadas as características pessoais — idade, educação, estado civil —, variáveis da função — posição presente, motivos por que entrou no campo da Enfermagem, nível de satisfação que esperava obter quando passou a ocupar a posição de enfermeira, nível de satisfação atual no trabalho — e características de personalidade, que incluem estilo de cobertura, características do estilo de vida, comportamento propenso a estresse Tipo A.

Folkman e Lazarus (1985) definem estilo de cobertura como estratégias usadas pelo indivíduo que recentemente confrontou alguma situação estressante. Estas estratégias podem estar focadas no problema, na procura de suporte e expressão de sentimento, na negação do problema ou mesmo na falha em solucioná-lo.

Para os autores, o comportamento propenso a estresse Tipo A é denotado em indivíduos muito competitivo, impaciente, ambicioso, e que tentam exercer muitas atividades ao mesmo tempo.

A seguir, são apresentadas as avaliações das subescalas encontradas a partir da análise realizada neste estudo.

### □ EXAUSTÃO EMOCIONAL

**Papadatou, Anagnostopoulos e Monos (1994)** encontraram em seu estudo níveis significativamente mais baixos de exaustão emocional em enfermeiros oncológicos do que em enfermeiras que trabalham em hospitais gerais. Não foi constatado estatisticamente significante nos dois grupos nas subescalas de despersonalização e realização pessoal.

Porém, o aumento da exaustão emocional foi significativamente relacionado com todas as subescalas de insensibilidade. Pontuações baixas em *desafio, controle, e comprometimento* indica a falta do atributo sensibilidade. A exaustão emocional decai à medida que o senso de controle, o senso de comprometimento e o desafio orientado se tornam mais fortes. No mesmo estudo,



---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

os autores salientam que a exaustão emocional está significativamente ligada ao aumento da carga de trabalho e aos altos níveis de satisfação no início da carreira, em contraposição aos baixos níveis de satisfação atual.

Entretanto, **Constantini et al. (1997)** encontraram a alta insensibilidade associada a baixos níveis de exaustão emocional, quando analisaram um grupo de alunos de Enfermagem que atuavam em unidades de Oncologia e AIDS.

Já **Van Servellen e Leake (1993)** afirmam que os enfermeiros de UTI oncológica e de AIDS reportaram níveis mais altos de exaustão emocional, em relação aos enfermeiros de uma UTI geral. Segundo os autores, a tensão no trabalho teve relação significativa com exaustão emocional e, numa extensão menor, com despersonalização. Somado a isso, enfermeiros mais velhos apresentavam níveis mais baixos de exaustão emocional, demonstrando que a influência no trabalho é fator de proteção.

**Ramirez et al. (1995)**, avaliando a prevalência e causa do *Burnout* num grupo de profissionais que atuam em Oncologia, observaram que 31% dos radioterapeutas oncológicos apresentavam altos níveis de exaustão emocional, resultado semelhante ao encontrado por Maslach e Jackson (1986) em estudo com médicos e enfermeiras americanas. Os autores associam a exaustão emocional aos altos níveis de estresse em *se sentindo sobrecarregado e isso afeta sua vida em casa e lidando com o sofrimento dos pacientes*.

Em estudo comparativo entre profissionais que atuam com

---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

pacientes oncológicos e pacientes com AIDS, **Catalan et al. (1996)** identificaram altos níveis de freqüência e intensidade da exaustão emocional nos dois grupos, e associaram esse resultado com altas classificações de desordem emocional e baixo ajustamento no trabalho.

**Grunfeld e Tehelan (2000)**, em pesquisa realizada com médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de farmácia, assistentes sociais, dentistas, técnicos de laboratório e funcionários administrativos dos principais centros oncológicos de Ontário, identificaram alta prevalência de *Burnout* e morbidez psicológica. Mais de um terço da amostra apresentou altos níveis de esgotamento emocional, sendo a classe médica a mais atingida. As pesquisadoras atribuem os achados ao aumento da demanda de trabalho e da tensão, fatores estes tidos como responsáveis também pelo comprometimento da qualidade de vida em família.

Ao estudar um grupo constituído por enfermeiras, médicos e funcionários administrativos de um centro oncológico, **Kash et al. (2000)** constataram que as três categorias tinham altos níveis de exaustão emocional, e que mantinham como estratégia para relaxar o uso de cigarros, álcool ou medicamentos.

Radioterapeutas apresentaram altos níveis de exaustão emocional em comparação com enfermeiros, freqüentemente definindo-se como “esvaziado” ou drenado de recursos emocionais, e passando de seus limites, em estudo realizado por **Akroyd, Caison e Adams (2002)**.

**Barret e Yates (2002)**, preocupadas com os altos índices de abandono no trabalho por enfermeiros oncológicos e investigando a correlação entre abandono, satisfação no trabalho e *Burnout*, verificaram que os sujeitos da amostra estavam insatisfeitos com a carga de trabalho (51%), com a remuneração (48,3%) e com o treinamento recebido para atuar em oncologia (45%).

No mesmo estudo, as autoras constataram níveis de moderado a alto de *Burnout*, em particular na subescala de exaustão emocional (70%), resultado semelhante ao de outros estudos com enfermeiras e médicos (BAKKER et al., 2000; MASLACH et al., 1996). Esse fator pode estar contribuindo para a intenção de abandonar a especialidade. Embora insatisfeitas nas situações acima citadas, as enfermeiras indicaram altos níveis de satisfação em relação à segurança no trabalho.

Sinto-me particularmente tocada pela morte do paciente. Não por não compreender ou aceitar nossa finitude, mas pelo sentimento de impotência constantemente agregado à morte. O sofrimento, tanto do paciente como dos familiares, e a velocidade de avanço da doença, também constituem para mim situações potencializadoras de sofrimento e *Burnout*.

### **☐ DESPERSONALIZAÇÃO**

A sintomatologia associada à despersonalização relaciona-se a condutas defensivas, desmotivação, falta de entusiasmo e de interesse (LAUTERT, 1995).

Com relação à despersonalização, **Van Servellen e Leake (1993)** encontraram níveis mais altos nesta subescala relacionados a recentes mudanças de turno.

Já **Papadatou, Anagnostopoulos e Monos (1994)** revelam que um fraco senso de controle sobre situações estressantes mostrou ser o melhor prognóstico psicológico de despersonalização. Acrescentam que enfermeiros com altos níveis de despersonalização tinham altas expectativas no começo de suas carreiras e não experimentam o mesmo nível de satisfação em seu trabalho atual.

**Ramirez et al. (1995)**, comparando os resultados de uma pesquisa nos EUA, dizem que é menor a despersonalização em radioterapeutas do Reino Unido. Nesse estudo, radioterapeutas reportaram níveis mais altos de despersonalização do que enfermeiros de cuidados paliativos.

Segundo os autores, os profissionais que se sentiram insuficientemente treinados em habilidades de comunicação tiveram maior prevalência em despersonalização e baixa realização pessoal do que aqueles que se sentiam suficientemente treinados.

Altos níveis de despersonalização, tanto em frequência como em intensidade, que ocorreram nos estudos de **Catalan et al. (1996)**, foram associados com o fraco ajustamento social e de lazer e baixo ajustamento do trabalho. Segundo os autores, médicos demonstraram maior frequência em despersonalização do que enfermeiros.

**Chacon e Grau (1997)**, em estudo realizado com trabalhadores de um centro de oncologia, verificaram que 66% de trabalhadores tinham níveis moderados de despersonalização, e 44% apresentavam risco moderado para *Burnout*. Os autores ponderam que a despersonalização é considerada a chave para a Síndrome de *Burnout*.

Um estudo realizado junto à médicos oncologistas, conduzido por **Grunfeld et al. (2000)**, demonstraram altos níveis de despersonalização.

**Kash et al. (2000)** detectaram que a despersonalização era mais alta entre médicos oncologistas do que em funcionários administrativos, e a destes, maior que a dos enfermeiros. Argumentam que esses resultados podem estar associados ao fato de os funcionários implementarem ordens e administrarem conflitos entre médicos, pacientes e familiares.

Os médicos radioterapeutas estudados por **Akroyd, Caison e Adams (2002)** apresentam níveis mais altos de despersonalização quando comparados com enfermeiros oncológicos.

Sinais de despersonalização não apareceram, porém, no estudo de **Smrdel (2003)**, ao contrário, surgiram sinais explicitamente positivos, até mesmo idealistas.

Os resultados dos estudos analisados me conduziram a uma quebra de paradigma. Sempre tive como hipótese que a Enfermagem era, entre todas as profissões da saúde, a mais influenciada pelo sofrimento do paciente, pelas condições de trabalho e pela falta de comunicação na equipe

multiprofissional. Achava que a Enfermagem permanecia isolada numa *redoma* de sofrimento cabível exclusivamente a nós, cuidadoras de tempo integral. Com surpresa, noto que radioterapeutas e oncologistas vivem experiências idênticas e são transformados tanto ou mais que nós, enfermeiros, pelo cuidado com o paciente.

### ☐ REALIZAÇÃO PESSOAL

**Van Servellen e Lake (1993)**, comparando a atuação de enfermeiros que trabalham junto à pacientes com AIDS, em unidades de terapia intensiva geral e oncológica e em unidades de clinica médica, não encontraram diferenças significativas na pontuação de *Burnout*, com pequenas variações em relação ao diagnóstico, método de entrega e níveis de angústia. Os enfermeiros da UTI geral registraram pontuações mais baixas em realização pessoal, fato que pode refletir a natureza do trabalho na UTI, com suas necessidades mínimas de interações interpessoais com pacientes. Assim, o estresse fica em espera e o local de trabalho se torna menos compensador para alguns enfermeiros. O estudo mostra ainda que a maior influência no trabalho protege o trabalhador em relação a exaustão emocional e realização pessoal. Enfermeiros brancos sentiam ter mais influência nas situações de trabalho e apresentavam sentimentos de realização.

Ainda segundo **Van Servellen e Lake (1993)**, os anos de prática hospitalar e de prática na respectiva unidade foram associados negativamente à realização pessoal. Essa descoberta sugere que, embora experiência prática possa proteger contra exaustão emocional, não aumenta o senso de realização.

**Catalan et al. (1996)** notaram que os profissionais que atuam junto à aidéticos apresentavam menor freqüência e intensidade na subescala de realização pessoal, ao contrário do que ocorreu com o pessoal de oncologia, especialmente dos grupos que receberam apoio diferente do formal, por serem oncologistas e jovens.

No estudo comparativo de **Papadatou, Anagnostopoulos e Monos (1994)**, entre enfermeiros oncologistas e gerais, as variáveis individuais que melhor estimam realização pessoal incluem senso de domínio e controle sobre as dificuldades da vida, e a capacidade para solucionar problemas quando frente às adversidades. Para esses autores, a realização pessoal está vinculada ao aumento das características do Tipo A: o indivíduo mostra-se muito competitivo, tenta muitas coisas de uma vez, não pensa no que será feito depois, é impaciente e ambicioso.

Outra descoberta dos autores diz respeito às experiências iniciais e atuais sobre satisfação no trabalho. Enfermeiros que tiveram altos níveis de *Burnout* informaram que começaram suas carreiras com altas expectativas e estão no momento experimentando baixa satisfação no trabalho. Isso sugere que os enfermeiros que estão mais vulneráveis ao *Burnout* tendem a superestimar suas habilidades e/ou a enfeitar a realidade, sendo desencorajados com maior facilidade quando a situação não corresponde ao seus ideais.

A baixa realização pessoal foi diagnosticada por **Ramirez et al. (1995)** em radioterapeutas oncológicos.

**Kushnir, Rabin e Azulai (1997)** encontraram altos níveis de *Burnout* em enfermeiros oncológicos pediátricos associados a alta rotatividade e reestruturação recente na unidade pediátrica.

Baixos níveis de realização pessoal foram identificados por **Grunfeld e Tehelan (2000)** em médicos oncologistas em relação a outros profissionais da área, inclusive enfermeiros.

No estudo de **Kash et al. (2000)**, enfermeiros oncologistas apresentaram baixos índices de realização pessoal em comparação com médicos e funcionários. Isso pode indicar que os enfermeiros sentem-se subjugados pelo grande número de tarefas junto aos pacientes, ou menos satisfeitos devido à falta de estrutura institucional. Entre os enfermeiros, as mulheres relataram baixa realização pessoal, talvez por exercerem a jornada dupla (no trabalho e em casa) e por se verem menos reconhecidas que seus companheiros.

Em contraste com os enfermeiros, os médicos oncologistas apresentaram maior senso de realização pessoal, talvez pela compreensão do plano terapêutico dos pacientes e pela maior interação com o paciente e sua família. **Kash et al. (2000)** afirmam ainda que a intensidade e freqüência com que médicos dedicam-se as pesquisas proporcionam a eles um potencial maior para suportar os estressores da oncologia.

O nível de realização pessoal dos radioterapeutas foi mais baixo que o dos enfermeiros oncológicos na pesquisa realizada por **Akroyd, Caison e Adams (2002)**.



Embora o grupo de enfermeiros oncológicos avaliado por **Barret e Yates (2002)** tenha experimentado altos níveis de realização pessoal no trabalho, 48% da amostra não se comprometeu em ficar na especialidade por mais 12 meses.

Em minha prática observo que um número expressivo de enfermeiros abandona a especialidade. Muitos argumentam que têm outro vínculo e que receberam proposta mais vantajosa. Raramente expressam sentimentos de baixa realização ou expõem sentimentos que possam ter sido potenciadores para o abandono da especialidade. O mais interessante é que a maioria expressa satisfação no convívio com o paciente oncológico e diz que, se fosse só por esse aspecto, não abandonaria o emprego.

### ▣ CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS

**Papadatou, Anagnostopoulos e Monos (1994)** não encontraram diferenças significativas entre os enfermeiros que trabalhavam em Oncologia e os de hospitais gerais em relação à idade, estado civil, quantidade e idade dos filhos e nível de escolaridade.

Segundo os autores, os enfermeiros que apresentaram altos níveis de *Burnout* apresentaram falta de controle sobre eventos externos. Estes enfermeiros concordaram que *não importa quão duro eles sejam, seus esforços não vão resultar em nada*, e que *na maior parte do tempo, simplesmente não compensa tentar ao máximo uma vez que as coisas nunca terminam da maneira certa*.

**Constantini et al. (1997)**, analisando alunos da graduação em Enfermagem que atuavam em unidades de Oncologia e AIDS, encontraram altos índices de insensibilidade associados positivamente a realização pessoal.

**Fitch, Bakker e Conlon (1999)** investigaram os desafios de um grupo de enfermeiros oncologistas e identificaram os 10 principais problemas clínicos da Enfermagem Oncológica. A Síndrome de *Burnout* é um deles, especialmente em enfermeiros graduados que ocupavam a linha de frente do cuidado. Funcionários que realizam diariamente o cuidado sofrem maior risco de exaustão. A ansiedade foi diagnosticada como o principal problema clínico. As autoras dizem ainda que os enfermeiros com titulação de mestrado e doutorado incluíram assuntos éticos, de comunicação paciente-médico e comunicação enfermeiro-família como problemas de Enfermagem.

Segundo elas, a classificação do *Burnout* oscilou de quinto a sétimo lugar, conforme a variável: local de trabalho (ambulatório/hospital), titulação, idade e tempo de atuação.

### **5.2.3 IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DESENCADEANTES DO *BURNOUT***

Vários fatores ou características pessoais e laborais podem ser classificados como desencadeantes ou inibidoras do *Burnout*. Os artigos analisados abordam alguns desses fatores.

**Barni et al. (1996)**, em estudo com enfermeiros, médicos oncologistas clínicos e radioterapeutas, verificaram que, embora as

---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

características marcantes do *Burnout* (ansiedade, depressão, distúrbios psicossomáticos, insatisfação) não estivessem presentes na amostra, havia sinais de frustração no trabalho, particularmente devido à falta de estrutura e incapacidade de satisfazer ideais e motivações de esperança. Como os integrantes da amostra escolheram a especialidade, pode ser que, induzidos por idealismo, humanismo ou entusiasmo técnico, parece óbvio a importância e expectativas do trabalho, e suas implicações.

A alta rotatividade e a reestruturação da unidade foram os desencadeadores do *Burnout* no estudo de **Kushnir, Rabin e Azulai (1997)** com enfermeiros oncológicos pediátricos. A alta rotatividade foi atribuída pelos autores aos altos níveis de estresse encontrados na amostra. Além disso, consideram que a angústia diária, aliada ao constante sentimento de falta de preparo profissional para lidar com a morte de pacientes e a falta de assistência apropriada para melhorar sua baixa auto-eficácia profissional, são indicativos para o desencadeamento do *Burnout*.

Silva e Kirschbaum (1998) também apontam a falta de conhecimento e o rodízio de unidades como geradores de sofrimento em enfermeiros oncológicos, além da expectativa do diagnóstico, dos tratamentos que implicam amplas cirurgias, das reações à quimioterapia e radioterapia e da espera angustiante por uma recidiva.

A morte, para o enfermeiro, pode representar a prova do erro, da displicência, do não-cuidar, e isso talvez possa ser um dos motivos pelos quais os

---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

enfermeiros têm dificuldade em lidar com a morte dos pacientes sob seus cuidados (RODRIGUES, 2001).

Arruda (1996), em estudo com enfermeiros oncológicos, mostrou que o preparo para atuar com esses pacientes deveria começar a ser oferecido na graduação. Oitenta e dois por cento que haviam recebido essa formação, demonstraram estar seguros, qualificados, capacitados, dominavam a doença e as técnicas e possuíam capacidade intelectual e científica.

**Constantini et al. (1997)** constataram relação entre insensibilidade e risco para *Burnout*. Em sua amostra, 43% apresentavam baixa pontuação de *Burnout*, 40%, média e 17%, alta.

Numa revisão de literatura, **Medland, Howard-Ruben e Whitaker (2004)** mostraram a falta de preparo dos enfermeiros oncológicos em lidar com as exigências dos pacientes, tanto emocionais como físicas.

Segundo **Felton (1998)**, o *Burnout* pode ocorrer quando os benefícios do empregado são cortados, quando há solicitação constante de horas-extras, quando há redução de pessoal, ou quando não são dadas informações suficientes para o desempenho das funções.

Vale ressaltar que, na Enfermagem, a sobrecarga de trabalho está diretamente relacionada não apenas ao número insuficiente de trabalhadores que compõem a equipe, sendo esta uma variável quantitativa, mas também ao despreparo para atuar junto ao paciente oncológico (variável qualitativa) e ainda à dupla jornada de trabalho, tão comum em nossa profissão.

---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

Na Medicina, **Felton (1998)** identificou fontes de *Burnout* no fato de que a profissão atrai idealistas que querem ajudar os outros, mas com o crescimento da demanda, a necessidade de manter-se atualizado com a velocidade do desenvolvimento tecnológico e a sobrecarga de trabalho, o profissional distancia-se cada vez mais de seu ideal. A dificuldade em harmonizar trabalho e vida em família, a carga de trabalho pesada e a fadiga genuína de uma prática excessiva, aliadas a situações específicas como estar longe da família, da cidade natal e o baixo reconhecimento da população, associado ao declínio de *status*, contribuem para o *Burnout*.

Já na Enfermagem Oncológica, **Felton (1998)** afirma que os fatores que geram propensão para o *Burnout* são exposição contínua e repetitiva à doença, agonia e morte de pacientes, sobrecarga de trabalho, percepção de fracasso pessoal e senso de inutilidade por não conseguir erradicar a doença.

O autor notou ainda que os prestadores de cuidados, particularmente os enfermeiros que estão em contato com pacientes com câncer, dão muito de si mesmos, devido à triste condição do paciente e ao prognóstico. Quando uma doença metastática é notada, torna-se extraordinariamente difícil manter o senso de esperança, e o ambiente pode tornar-se carregado de desânimo.

**Felton (1998)** faz referência ainda à desilusão com o sistema de saúde, tanto por parte de enfermeiros como dos médicos.

**Fitch, Bakker e Conlon (1999)** acrescentaram um fator às

exigências na clínica oncológica: o surgimento de movimentos de defesa dos sobreviventes do câncer, os quais lutam por mudanças no sistema de cuidado com o câncer e reivindicam a participação dos pacientes na tomada de decisões sobre os cuidados que devem receber. Essas reivindicações constituem um desafio a mais na prática dos cuidados.

**Penson et al. (2000)** trazem em seu estudo sínteses de discursos de profissionais que atuam em oncologia, em que a falta de tempo para *processar* a morte do paciente figura, na fala de um assistente social, como desencadeadora de *Burnout*. A grande demanda de pacientes oncológicos faz com que, após a morte de um, muitos outros necessitem de nossos cuidados.

Outros fatores desencadeantes do *Burnout* foram identificados por **Penson et al. (2000)**, tais como falta de treinamento adequado, tanto para as especificidades técnicas como emocionais, falta de um líder no grupo multiprofissional e a alta competitividade.

Para **Ramirez et al. (1996)**, Creagan (1993) e Whippen (1991), a falta de treinamento adequado para os profissionais é um fator desencadeante do *Burnout*.

**Ramirez et al. (1996)** mostraram que, embora muitos médicos tenham sido treinados no tratamento da doença e controle de sintomas, eles receberam treinamento inadequado para conter as demandas do sistema de cuidados médicos moderno, especialmente em relação a comunicação e habilidades de administração.

Estudos nos EUA e Reino Unido identificaram que profissionais jovens são mais propensos a *Burnout* (**RAMIREZ et al., 1996**).

O mesmo foi constatado no estudo de Souza e Silva (2002), no qual indivíduos com menos tempo de profissão sentiam-se inseguros em relação ao seu conhecimento, mais afetados pelas relações com os pacientes e, muitas vezes, nutriam falsas expectativas sobre a carreira.

As novas diretrizes da Medicina, que obrigam o profissional a buscar o equilíbrio entre as necessidades do paciente e as exigências de qualidade e rapidez das seguradoras, aumentando as ações administrativas, foram apontadas como contribuintes para o *Burnout* por **Penson et al. (2000)**.

O alto índice de mortes de pacientes, os desencontros em relação à tomada de decisão frente a um paciente com prognóstico fechado, as pressões da família e muitas vezes de outros colegas, e as questões éticas permeando todas estas situações, são apontadas por **Kash et al. (2000)**, Whippen e Canellos (1991) como situações negativas vividas na Oncologia, e portanto, potenciadoras do *Burnout*.

A família do paciente com uma doença cujo prognóstico é ruim, também experimenta estágios de adaptação semelhantes aos dos pacientes (negação, ira, barganha, depressão e aceitação). Além disso, é a família quem solicita a Enfermagem de acordo com as demandas do paciente, pois muitas vezes ele se encontra sem forças para fazê-lo (RODRIGUES, 2001).

---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

Enfermeiros oncológicos têm a tendência de desenvolver um relacionamento de proximidade com seus pacientes e membros da família, que aumenta durante o curso da doença (**LEWIS, 1999**).

Dizer a verdade é um outro fator apontado como desgastante pelos enfermeiros. **Cohen (1995)** salienta que, muitas vezes, a verdade não é o que o paciente e seus familiares esperam ou querem escutar. Falar a verdade envolve ajudar a família a formular novos significados coerentes com a realidade. Isso requer uma cautelosa avaliação, pelo enfermeiro, das suas habilidades individuais e recursos profissionais para lidar com pessoas com estas dificuldades de adaptação.

Segundo **Barret e Yates (2002)**, nos discursos de enfermeiros oncológicos ficou clara a insatisfação gerada pela falta de comunicação dentro da equipe multiprofissional, pela falta de união e de trabalho em equipe, pelos conflitos com o supervisor, a falta de programas de treinamento e a baixa remuneração.

Maslach (2001) diz que as mulheres são mais propensas a desenvolver *Burnout*, especialmente as mais jovens. O trabalho noturno, as constantes trocas de turnos, a falta de funcionários e os conflitos entre os membros da equipe aparecem como fatores de risco para o *Burnout*. Resultado semelhante foi encontrado por **Smrdel (2003)** entre enfermeiros, médicos e radioterapeutas.

Um sentimento de culpa no grupo de médicos que poderia ser



atribuído à responsabilidade deles no tratamento e no prognóstico da doença, também foi relatado por **Smrdel (2003)**.

Segundo o mesmo autor, trabalho por turnos, diminuição do convívio familiar, conflitos entre os profissionais e a pouca idade deles, contribuem para que tomem a iniciativa de deixar a especialidade.

Lautert (1995) aponta a personalidade do indivíduo como predisponente ao *Burnout*, já que essa síndrome acomete indivíduos dinâmicos, determinados ou idealistas que sonham com a perfeição no trabalho.

Os estudos analisados apontaram, em síntese, várias situações que podem desencadear o *Burnout* entre enfermeiros oncológicos, como a morte do paciente, cuja extensão no tratamento possibilitou, muitas vezes, a instalação de um vínculo afetivo; a falta de preparo frente às exigências do cuidado; o despreparo em relação à comunicação com a equipe, a família e o próprio paciente, entre outras.

A morte do paciente figurou como principal desencadeador de sofrimento, estresse e *Burnout* em quatro estudos que compuseram a amostra (**KASH et al., 2000; PENSON et al., 2000; FELTON, 1998; KUSHNIR; RABIN; AZULAI, 1997**).

Estar junto ao paciente, compartilhando da experiência de sua doença crônica, de prognóstico nem sempre favorável, com perspectivas de morte próxima, não é uma tarefa fácil. Consola um pouco observar que esta dificuldade não é exclusiva de nossa cultura, mas é apontada em estudos

realizados em diversos países. Talvez a solução para este desafio seja a apontada por Boemer (1989, p. 37) quando diz que

somente quando os seres que atuam na área da saúde entenderem a morte como parte da existência é que poderão estar-com-o-paciente na sua terminalidade, não se antepondo à morte como um desafio à vida, mas como parte integrante e inalienável da mesma.

#### 5.2.4 IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS DO *BURNOUT*

Os sintomas físicos e psicológicos do *Burnout* podem ser graves e ter grande influência na vida pessoal e profissional de suas vítimas. É importante identificar precocemente esses sintomas, para permitir uma intervenção mais rápida e eficaz.

**Cohen (1995)** descreveu os sintomas de distúrbios ligados ao estresse crônico e *Burnout*: fadiga, exaustão física e emocional, dores de cabeça, problemas gastrintestinais, perda de peso, insônia, depressão, aborrecimento sem causa específica, frustração, baixa moral, rotatividade e desempenho prejudicado, incluindo a diminuição do entendimento dos problemas dos outros e ausência.

**Barni et al. (1996)** acrescentam insensibilidade, mudanças de humor, perda de ideais, sensação de fracasso, diminuição da produtividade, perda do interesse, desligamento emocional no trabalho, comportamento cínico, negativo, isolamento e complexo de culpa.

Além disto, **Barni et al. (1996)** encontraram, numa amostra de oncologistas clínicos, radioterapeutas e enfermeiros, 30% que sofriam de doenças crônicas, 4,9%, de dores de cabeça, 4,4%, de artroses e artrites, 27%, de gastrite e úlcera, e 1,5% de doenças como lombalgia, mialgia, colite e problemas neurovegetativos (o índice refere-se a cada doença e não ao conjunto). Já **Kash et al. (2000)** apontam dores de cabeça, fadiga e lombalgia como fatores associados ao *Burnout*.

**Barni et al. (1996)** dizem ainda que, no estágio inicial, o sintoma mais comum é a exaustão física e emocional, além das queixas freqüentes de cefaléia, fadiga e perturbação do sono. Se a situação persistir, os sintomas do *Burnout* se tornam comportamentais ou sociais. A falta de significado, apatia, cinismo e desinteresse pelo trabalho e pacientes tornam-se visíveis.

Duquette et al. (1994) fizeram sua relação de sintomas de *Burnout*: fadiga, exaustão emocional, raiva, agitação, desespero, abandono, sentimento de culpa e fracasso, baixa auto-estima e ausência.

**Akroyd, Caison e Adams (2002)** dizem que, para os indivíduos, as conseqüências podem incluir uma série de problemas físicos e psicológicos, caracterizados por baixa criatividade em várias dimensões e um estilo adaptativo para resolver problemas, estados depressivos e indisposições físicas.

Lautert (1995) inclui a fadiga crônica, cefaléias, perda de peso, hipertensão, dores musculares, asma e, nas mulheres, alteração no ciclo

menstrual, além de impaciência e irritabilidade, que podem dar origem a sentimentos paranóicos.

Doenças crônicas como asma, hipertensão, enxaqueca e acne foram reportadas por 10% dos médicos e 15% dos enfermeiros oncológicos. Fadiga, irritabilidade, ansiedade e solidão foram outros achados do estudo de **Smrdel (2003)**.

Sintomas como fadiga, exaustão, dores de cabeça, perda de peso, insônia, depressão, mudança de humor e comportamento cínico, entre outros, figuram em vários artigos (**AKROYD; CAISON; ADAMS, 2002; BARNI et al.,1996; COHEN,1995**).

### **5.2.5 CONSEQÜÊNCIAS DO *BURNOUT***

**Chacon e Grau (1997)** dizem que as conseqüências do *Burnout*, como as reações emocionais negativas originadas da ansiedade, depressão e ira, afetam a assistência ao paciente, diminuindo a eficácia do cuidado e da comunicação.

Segundo **Kushnir, Rabin e Azulai (1997)**, as conseqüências do *Burnout* e do estresse são afetadas pela proximidade das relações e outras variáveis. A reação mais comum dos enfermeiros oncológicos ao estresse é a demissão, e é mais freqüente entre enfermeiros jovens. Com isso aumenta a

rotatividade e também o estresse para adaptação, formando-se assim um círculo vicioso prejudicial tanto para o paciente quanto para o trabalhador.

**Constantini et al. (1997)** constataram que um estresse excessivo pode causar deterioração do relacionamento com o paciente e da qualidade da performance do profissional, sendo responsável por 30% a 40% das ausências ao trabalho.

O relato mais devastador dos efeitos do *Burnout* provavelmente foi feito por Livingston (1984), e está relacionado ao fato de que trabalhadores do serviço de saúde americano têm tendência duas vezes maior de cometer suicídio em resposta ao seu envolvimento constante com doenças e morte.

Gray-Toft e Anderson (1981) dizem que o aumento da exposição do enfermeiro a agentes estressores pode ser responsável pela promoção de um sentimento de impotência, levando a fuga e ressentimento.

*Burnout* pode prejudicar a qualidade do cuidado prestado ao paciente, como também trazer sérias conseqüências para a vida pessoal do trabalhador, conforme relatam **Penson et al. (2000)**.

**Akroyd, Caison e Adams (2002)** observam que os altos níveis de *Burnout* podem ser caracterizados como atitudes negativas, endurecidas ou até cínicas com os pacientes. Além disso, o absenteísmo, redução de produtividade, despesas médicas e pagamento de direitos trabalhistas, são algumas das conseqüências do *Burnout* para a instituição.

**Barret e Yates (2002)** acrescentam à lista de conseqüências do *Burnout* o abandono da especialidade da Oncologia por enfermeiros, sendo esse fato objeto de preocupação por parte de autoridades e pesquisadores, por suas implicações no tratamento e redução no números de leitos. **Smrdel (2003)** diz que, embora os médicos e radioterapeutas nunca ou quase nunca consideram a possibilidade de deixar a especialidade, o mesmo não acontece com os enfermeiros.

Já **Medland, Howard-Ruben e Whitaker (2004)** apontam como conseqüências do *Burnout* altas taxas de absenteísmo e produtividade reduzida.

Fica claro que o *Burnout* traz prejuízos tanto para o profissional quanto para o paciente e a instituição.

As pesquisas sobre as conseqüências do *Burnout* são relevantes porque trazem informações até então desconhecidas e podem servir de base para a formulação de propostas capazes de mudar a situação.

## **5.2.6 IDENTIFICAÇÃO DE FATORES ESTRESSANTES E MENSURAÇÃO DO ESTRESSE**

Os estressores na Enfermagem são de diversas naturezas e a avaliação individual da pessoa frente ao estressor é vital para identificar os mecanismos de *coping* e conseguir lidar com eficiência com os estressores e promover a adaptação (BIANCHI, 1999). Os fatores estressantes levam a

---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

comportamentos atípicos e resultados emocionais que podem se tornar crônicos, resultando em *Burnout*.

Estudos sobre *Burnout* e estresse relacionados ao trabalho têm limitações importantes que restringem qualquer tentativa de julgar a significância do problema. Um grande número de publicações relacionadas ao *Burnout* e estresse no trabalho têm sido publicadas, resultando em evidências para sugerir que o método de entrega e diagnóstico do paciente, visão negativa da eficiência no trabalho, baixos níveis de satisfação, estão associados com altos níveis de estresse e/ou *Burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; BIANCHI, 1999; LAUTERT, 1995). Vários estudos tem apontado estressores relacionados ao trabalho com pacientes oncológicos, como exposição ao sofrimento e a morte, impotência em relação ao prognóstico, sobrecarga de trabalho. Essas situações diárias são um constante foco de preocupação pelo seu potencial de impacto adverso psicológico (RODRIGUES, 2001; SILVA; KIRSCHBAUM, 1998; **VAN SERVELLEN; LEAKE 1993**).

Enfermeiros oncologistas relataram significativamente menos estresse devido à falta de individualidade ou ao aumento da carga de trabalho do que enfermeiros de hospitais gerais. Essa descoberta é provavelmente explicada pela menor frequência de plantões dos enfermeiros oncológicos, e portanto, mais tempo livre fora do ambiente de trabalho (**PAPADATOU, ANAGNOSTOPOULOS e MONOS, 1994**).

Os autores dizem que os níveis de estresse que os enfermeiros oncológicos experimentaram diz respeito a certas características de seu ambiente

de trabalho, como salário, carga de trabalho, oportunidade de crescimento, relações com pacientes, colegas e subordinados, administração de conflitos em casa e no trabalho.

**Lewis (1999)** salienta que, embora o público pareça entender a vasta quantidade de estresse associada ao trabalho com indivíduos que estão em estado terminal, existe uma convicção difundida de que os enfermeiros oncológicos são capazes de lidar com esse estresse naturalmente. Citando outros pesquisadores, a autora enumerou as sete maiores fontes de estresse na Enfermagem: conflitos com colegas e corpo médico, sobrecarga de trabalho, falta de domínio sobre as possibilidades terapêuticas dos pacientes, a morte e o sofrimento dos pacientes, despreparo para lidar com necessidades emocionais dos pacientes e familiares e falta de suporte da equipe.

A falta de suporte dos colegas mais experientes é um fator estressante encontrado por **Papadatou, Anagnostopoulos e Monos (1994)**, somado a dificuldades dos enfermeiros mais jovens em encontrar o equilíbrio entre a vida pessoal e a profissional.

Para **Ramirez et al. (1995)**, a sobrecarga de trabalho é o principal fator desencadeante de estresse, seguido das responsabilidades e conflitos organizacionais, e do contato com o sofrimento dos pacientes. Radioterapeutas reportaram níveis mais altos de estresse do que médicos oncológicos por estarem envolvidos com intoxicação e erros de tratamento, e pelo contato com o sofrimento do paciente. O mesmo estudo indicou níveis mais baixos de estresse e mais altos de satisfação entre enfermeiros paliativos do que em outros



---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

profissionais. Segundo os autores, a fonte de satisfação dos enfermeiros paliativos é o contato com pacientes e suas famílias e a estreita relação positiva entre eles. Para os autores, as altas pontuações identificadas em radioterapeutas indicaram distúrbios psiquiátricos e estavam associados com altos níveis de estresse.

**Ramirez et al. (1995)** salientam ainda, que os profissionais que se sentiram insuficientemente treinados para lidar com o sofrimento dos pacientes e com os erros de medicação ou intoxicação, apresentaram pontuações de estresse maiores do que aqueles que se sentiam suficientemente treinados.

Segundo **Cohen (1995)**, o tempo gasto com equipamentos ruins e com tarefas que poderiam ser delegadas a outros membros da equipe de enfermagem, como banho, atender telefonemas e servir as refeições, foram apontados como fatores estressantes.

Entretanto, **Barni et al. (1996)** consideram que fatores desencadeadores do estresse em enfermeiros e médicos dependem de uma ampla extensão de variáveis que inclui a estrutura organizacional, falta de tempo e incentivo a pesquisa, instabilidade emocional, relacionamentos incertos e temporários com os pacientes. Os autores prosseguem afirmando que relacionamentos complexos e sutis entre grupos de trabalho, com suas rivalidades, conflitos e problemas de comunicação, desorganização ou disputas entre colegas, e o sofrimento do paciente são fatores relevantes no estresse, sendo o sofrimento do paciente o mais freqüente.

A morte dos pacientes apareceu como o principal fator gerador de estresse nos estudos de **Catalan et al. (1996)** com profissionais que trabalham com pacientes oncológicos e aidéticos. Trabalhar com pessoas com doenças incuráveis, estar envolvido com pessoas cuja saúde está se deteriorando, com indivíduos muito jovens e com portadores de problemas psicológicos foram outros fatores apontados. Os que trabalham com pacientes com AIDS foram os que reportaram maiores índices de queixas.

Em sua revisão de literatura, **Chacon e Grau (1997)** identificaram alguns fatores estressantes no trabalho em Oncologia e chamaram a atenção para a relação significativa entre os anos de experiência profissional e o surgimento dos estados emocionais negativos, determinados aparentemente por maior tempo de exposição a situações estressantes.

**Chacon e Grau (1997)** fizeram ainda uma relação dos múltiplos fatores estressantes da Enfermagem Oncológica, tanto de caráter organizacional como das atividades características da Enfermagem. Entre eles figuram a carga de trabalho, pouco tempo para desempenhar inúmeras atividades, conflitos na equipe, diminuição do poder de decisão, comunicação pobre, diminuição do apoio por parte dos colegas, preparação inadequada para desempenhar seus papéis, atenção ao paciente morrendo e a morte.

A morte e a constante batalha pela vida, o isolamento dos enfermeiros em relação à classe médica, o *status* profissional inferior ao do médico, o envolvimento emocional excessivo, a raiva como válvula de escape e os conflitos do trabalho e de casa são identificados na pesquisa de **Kushnir**,

**Rabin e Azulai (1997)** como fatores desencadeadores do estresse em enfermeiros oncológicos pediátricos. Os autores concluíram que as fontes de estresse têm maior prevalência no âmbito pessoal do que no organizacional e que a Enfermagem Oncológica Pediátrica está associada a situações que envolvem emoções.

Para **Constantini et al. (1997)**, a própria natureza de algumas especialidades, como a oncologia e AIDS, expõem os membros da equipe a estresses mais altos relacionados ao trabalho. A necessidade de lidar com a tristeza e a morte, o sentimento de impotência ligado aos limites da Medicina para estas doenças, a própria extensão da doença, a necessidade de manter uma relação empática com o sofrimento e a agonia dos pacientes, o risco de que a empatia leve à identificação, são situações potencialmente estressantes para quem atua nessas áreas.

Watson (1993) encontrou altos níveis de estresse e entre os mais jovens numa amostra de médicos. Os mais novos são mais sensíveis à questão da morte e mostraram dificuldades em lidar com pacientes com câncer.

Estressores específicos, como a própria natureza do câncer, a complexidade do tratamento, a morte, a comunicação deficiente dentro da equipe, os conflitos interdisciplinares, os assuntos éticos, a sobrecarga de trabalho, os conflitos de papéis e a tensão no ambiente de trabalho foram identificados por vários autores (VACHON, 1998, 2001; MIRANDA, 1998; KASH; BREITBART, 1993).

Na minha vivência, observei que o excesso de demanda, quase sempre muito superior à capacidade do setor, tanto em estrutura física como em recursos humanos, é o principal potencializador de estresse na Enfermagem. Com freqüência identifico nos discursos dos enfermeiros oncologistas que esse fator mina seu estímulo para o trabalho, pois acabam não realizando a assistência que gostariam e deveriam oferecer aos pacientes, e terminam seu turno não apenas esgotados, mas irritados pelo trabalho não realizado.

### **5.2.7 MANOBRAS DE ENFRENTAMENTO E AJUDA NO *BURNOUT***

Manobras de enfrentamento são as formas encontradas ou sugeridas pelos pesquisadores para os profissionais lidarem com as situações estressantes ou de sofrimento. Essas manobras produzem uma mudança de atitude que pode contribuir para atenuar os problemas existentes no ambiente de trabalho, diminuir as dificuldades na Enfermagem Oncológica, dar suporte aos trabalhadores e conseqüentemente, melhorar a qualidade do cuidado prestado ao indivíduo com câncer.

**Van Servellen e Leake (1993)** demonstraram que uma das manobras de enfrentamento do *Burnout* pode ser a melhora da comunicação entre turnos numa unidade, diminuindo conflitos entre médicos e enfermeiros. Além disso, deve ser feita uma avaliação constante das fontes de tensão. Os autores dizem que a ambigüidade de papéis pode ser prejudicial para todos os envolvidos. É importante dar um claro senso de direção aos enfermeiros, assim como influência nas decisões.

Para Post-White (1998) e **Van Servellen e Leake (1993)**, papéis claros e conseqüências sobre expectativas de trabalho têm importância global. Quando estes elementos estão ausentes, o resultado é a tensão no trabalho e a insatisfação.

As descobertas de **Chacon e Grau (1997)**, **Ramirez et al. (1995)** dizem respeito ao valor das habilidades de treinamento em comunicação como redutor do estresse e propulsor de satisfação no cuidado com pacientes.

**Chacon e Grau (1997)** fazem referência a estudos que abordam sentimentos de angústia com história psiquiátrica na família, experiências de doenças na infância, morte e negligência emocional e traços particulares de personalidade. Sugerem que uma mudança no critério de seleção de oncologistas, para excluir aqueles que são vulneráveis ao estresse do cuidado com o câncer, pode reduzir *Burnout* e distúrbios psiquiátricos.

Em contrapartida, um aumento do número de especialistas em Oncologia reduziria a demanda por profissional e, conseqüentemente, a sobrecarga.

A escolha da Oncologia como principal especialidade para o trabalho, grupos de apoio, treinamento para atuar em Oncologia, apoio mútuo entre cuidadores e estratégias como colocar uma flor no travesseiro do paciente que foi a óbito, assistir ao funeral, enviar cartão de condolência aos familiares, são algumas das manobras indicadas no estudo de **Medland, Howard-Ruben e Whitaker (2004)**.

Aprender habilidades, ganhar confiança, crescer profissionalmente e servir como um apoio para os colegas e novos funcionários são fontes de recompensa citadas por **Barret e Yates (2002)**, **Cohen (1995)**.

Segundo **Kash et al. (2000)**, **Catalan et al. (1996)** os trabalhadores da área da saúde que compuseram as amostras gostaria de ter grupos para debater os aspectos emocionais do cuidado aos pacientes, assim como a supervisão prática. A religião também foi apontada como uma estratégia de adaptação e enfrentamento. Os profissionais da Oncologia são mais propensos a aceitar o apoio religioso do que aqueles que trabalham na área da AIDS.

A elaboração religiosa foi uma solução encontrada para amenizar o *descontrole* sentido frente a impotência e raiva de si, do paciente e do médico em situações de morte junto ao paciente. A admissão de uma vontade divina, parece dissipar, ao menos temporariamente, os sentimentos que perturbam o dia-a-dia do profissional frente à morte do paciente (RODRIGUES, 2001).

A formação de grupos de *Balint* foi uma manobra para diminuir o estresse e prevenir o *Burnout* proposta por **Kushnir, Rabin e Azulai (1997)**. Os grupos de *Balint* foram estabelecidos por Michael e Enid Balint em 1949, para proporcionar aos profissionais da saúde uma agradável e aceitável reunião onde apresentavam exemplos das relações entre pacientes e profissionais. No estudo de **Kushnir, Rabin e Azulai (1997)**, o grupo de *Balint* servia como fonte de ajuda e era o único lugar legítimo onde os integrantes podiam compartilhar sentimentos

a respeito do trabalho de sua unidade.

Nesse estudo, **Kushnir, Rabin e Azulai (1997)** apontaram outras manobras que podem ser relevantes na prevenção do *Burnout*, como permitir uma maior compreensão e debates das questões relacionadas à morte de pacientes jovens, oferecendo palestras informativas e estruturadas de especialistas em questões relacionadas à morte de pacientes jovens. Os autores acreditam que tais intervenções atenderiam as necessidades do grupo e permitiriam que assuntos ocupacionais e interpessoais fossem abordados.

**Constantini et al. (1997)** observam que alguns indivíduos *resistem* melhor em uma profissão onde há um forte comprometimento psíquico, na qual são confrontados diariamente com dificuldades e problemas existenciais pouco definidos do seres humanos, como doenças, morte e sofrimento. Isso confirma as observações de Kobasa (1983), da insensibilidade como recurso de resistência para diminuir o impacto dos efeitos de trabalhar com eventos estressantes.

**Papadatou, Anagnostopoulos e Monos (1994)** colocam que indivíduos insensibilizados são mais susceptíveis aos eventos que experimentam como desafiantes, sobre os quais possuem controle. Por outro lado, insensibilidade pode reduzir o impacto de eventos estressantes, aumentando o uso de estratégias de cobertura de sucesso.

Para **Constantini et al. (1997)**, a seleção da equipe a ser designada para cuidados considerados de *alta tensão*, como Oncologia ou AIDS,

---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

com a identificação de uma personalidade resistente, traria conseqüências positivas em relação a qualificação do cuidado, períodos de ausência do trabalho, risco de afastamento definitivo com desperdício de recursos econômicos e organizacionais de treinamento. A personalidade resistente, segundo os autores, garantiria ao trabalhador uma flexibilidade cognitiva e comportamental, motivação para levar adiante os planos com sucesso e tolerância sobre o estresse, favorecendo a adaptação. Além disso, uma triagem nos traços de personalidade pode ser útil na prevenção do *Burnout* em áreas críticas, como a Oncologia.

**Felton (1998)** aborda a dificuldade em distinguir medidas preventivas e curativas do *Burnout*. Segundo o autor, as medidas preventivas podem ser usadas terapeuticamente se a doença comportamental já existe. Estratégias como reuniões em grupo ou discussões na equipe são essenciais para aumentar a comunicação entre membros da unidade de trabalho, constituindo uma ferramenta capaz de prover troca de idéias e tolerância na expressão de sentimentos negativos. Uma maior autonomia no trabalho, o estabelecimento de objetivos comuns entre os membros da equipe, a renovação do cenário diário de tarefas, funções com rodízio para que novas responsabilidades sejam designadas, e introdução de horas de trabalho flexíveis, sendo esta especialmente importante para as mulheres que, com freqüência, acumulam carreiras duplas, são apontadas pelo autor como ferramentas para prevenção/tratamento do *Burnout*.

Outro elemento na prevenção ou terapia de contra-ataque pode incluir benefícios como seguro de vida com cobertura para saúde mental e



---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

cuidados com dependência química; programas para orientação de novos funcionários para que eles possam entender adequadamente a filosofia da instituição e começar a trabalhar livres de qualquer sentimento de ambigüidade de papéis; eventos informais com a equipe e familiares, encorajamento de alguma atividade extra-profissional, como atividade física, trabalhos manuais, música e meditação e conferências sobre o *Burnout*, assim como reabilitação multidisciplinar, são itens que proporcionarão a recuperação do desgaste emocional e a eventual redução do *Burnout* entre trabalhadores da saúde, segundo **Felton (1998)**.

A meditação, segundo Souza e Silva (2002), traz benefícios à medida que reduz o consumo de oxigênio e os batimentos cardíacos, amenizando a atividade fisiológica do organismo e trazendo benefícios para a ansiedade. As autoras salientam que os exercícios proporcionam uma sensação de bem-estar e tranqüilidade graças à estimulação da produção de endorfinas.

**Lewis (1999)** apontou a formação de grupos de perda como forma eficaz de enfrentamento do *Burnout*. A autora apontou, entre os resultados positivos da formação de grupos, a melhora do suporte entre colegas, natureza coesiva aos participantes, exploração de técnicas para solucionar problemas, discussão sobre experiências estressantes com enfermeiras e a compreensão de que esses sentimentos são compartilhados por outros colegas. Estas afirmações são reforçadas pela opinião de Puckett, Hinds e Milligan (1996), Thomas (1995), que apontam como vantagens do grupo de perda a capacitação dos membros da

equipe a se tornarem advogados de seus pacientes e agirem com mais compaixão, provendo um cuidado mais consistente e de qualidade.

Os enfermeiros investigados por **Lewis (1999)**, desenvolveram um plano de ação em resposta ao estresse que incluía três componentes: um registro das mortes do setor, um cartão de condolências aos familiares e um grupo de suporte da perda. Esse grupo funcionava no próprio hospital, em horário conveniente para a maioria, contando com um mediador/facilitador com experiência em perdas, luto e estresse que não pertencia ao corpo clínico do hospital. Reuniam-se mensalmente, discutiam seus sentimentos, o estresse causado pela intensidade do cuidado, e refletiam sobre os aspectos positivos dessas situações. Tais enfermeiros puderam perceber que compartilhavam sentimentos e pensamentos similares, e isto fortaleceu o grupo.

Para **Fitch, Bakker e Conlon (1999)**, intervenções educacionais por equipes, focadas em avaliações e apreciações de aconselhamento, ajuda e programas sociais, bem como um direcionamento para o estreitamento do foco das pesquisas baseadas na prática e no uso de conhecimentos já existentes, podem trazer grandes benefícios para enfermeiros que cuidam de pacientes oncológicos.

**Penson et al. (2000)** dizem que a formação de grupos multiprofissionais para debate de experiência, atividade física, horários mais flexíveis, programas de treinamento visando adequar expectativas à realidade de sua profissão, e programas que possibilitem principalmente médicos a articularem melhor suas angústias relativas a cultura médica que muitas vezes ainda é

centrada na cura, não admitindo a fraqueza em seus profissionais, são manobras eficazes para prevenir/tratar o *Burnout*.

Indivíduos com personalidade resistente, segundo **Kash et al. (2000)**, que conseguem controlar ou influenciar eventos estressores, têm senso de desafio em um ambiente variável, conseguem perceber, interpretar e manipular os eventos estressantes e, conseqüentemente, experimentam níveis menores de tensão.

Ainda para **Kash et al. (2000)**, assistir televisão, envolver-se em jogos esportivos ou com passatempo, conversar com amigos, procurar pela religião, são algumas das manobras que podem prevenir o *Burnout* entre profissionais oncológicos.

Para **Akroyd, Caison e Adams (2002)**, a autoconsciência é o primeiro passo para reconhecer que há um problema, e monitorar um estresse pode ser tão simples quanto manter um registro de eventos estressantes e relacioná-los a um sentimento geral de bem-estar depois de uma semana ou um mês.

Exercícios físicos, controle de peso, programa de gerenciamento de estresse, técnicas de relaxamento, triagem pessoal, programas para aumentar as habilidades individuais, suporte emocional e instrumental no trabalho (grupos de suporte, treinamento e planejamento da carreira), psicoterapia, aconselhamento, *workshop* em *Burnout*, foram as estratégias usadas para identificar e diminuir aspectos específicos sobre estresse e *Burnout* no local de

trabalho, identificadas por **Akroyd, Caison e Adams (2002)**.

Além disso, **Akroyd, Caison e Adams (2002)** dizem que uma resposta organizacional para o *Burnout* e o estresse consiste em reconhecê-los como um legítimo problema do local de trabalho.

No estudo de **Smrdel (2003)**, todos os grupos profissionais afirmaram que o companheiro(a) entende a natureza de seu trabalho e que filhos são um fator positivo emocionalmente.

Hinds et al. (1994), num estudo com enfermeiros oncológicos pediátricos, descreveu as formas de enfrentamento adotadas, entre elas o choro, exercícios físicos, compras, discussão de seus sentimentos com pessoas encorajadoras e dedicação aos afazeres domésticos.

O autocuidado, reconhecer suas limitações e necessidades de ajuda, ter conhecimento de seus limites físicos e emocionais, é altamente saudável para uma população tão exposta a agressores emocionais como os enfermeiros oncologistas, afirmam Radziewicz (2001), Boyle (2000) e Post-White (1998).

**Cohen (1995)** diz ainda que a amizade entre pacientes e enfermeiros e o grande impacto que enfermeiros têm sobre os pacientes ao aliviar suas dores e sofrimento são uma fonte de recompensa na Enfermagem. Segundo ele, a maneira como o enfermeiro entende o significado de seu trabalho interfere na identificação do que é recompensa e do que é dificuldade, com reflexos diretos no cuidado com o paciente.

---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

---

A análise dos artigos mostrou que os profissionais de saúde, embora se sintam *tocados/transformados* pelo trabalho, dão pouca atenção a si mesmos, parecendo muitas vezes ignorar suas necessidades e os recursos disponíveis para melhorar sua vida laboral e conseqüentemente seu bem-estar individual.

Os autores analisados sugerem diversas manobras de prevenção/enfrentamento do *Burnout*, em benefício de trabalhadores, pacientes e da própria instituição.

Investir na comunicação entre os integrantes da equipe multiprofissional é uma estratégia relevante para diminuir os conflitos e promover uma melhor interação entre os integrantes da equipe, com troca de experiências, apoio nas dificuldades e diminuição da tensão no ambiente de trabalho.

A formação de grupos de apoio para debater aspectos emocionais foi identificada como recurso eficaz para prevenir o *Burnout* nos estudos de **Kash et al. (2000)**; **Penson et al. (2000)**; **Lewis (1999)**; **Felton (1998)**; **Kushnir, Rabin e Azulai (1997)** e **Catalan et al. (1996)**.

A religião também é um bom recurso de adaptação e enfrentamento (**KASH et al., 2000**; **CATALAN et al., 1996**).

Exercícios físicos, teste vocacional, horário de trabalho mais flexível, conversas com amigos, música, meditação, assistir televisão, são outras estratégias citadas nos estudos que compuseram a amostra.

---

---

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

---

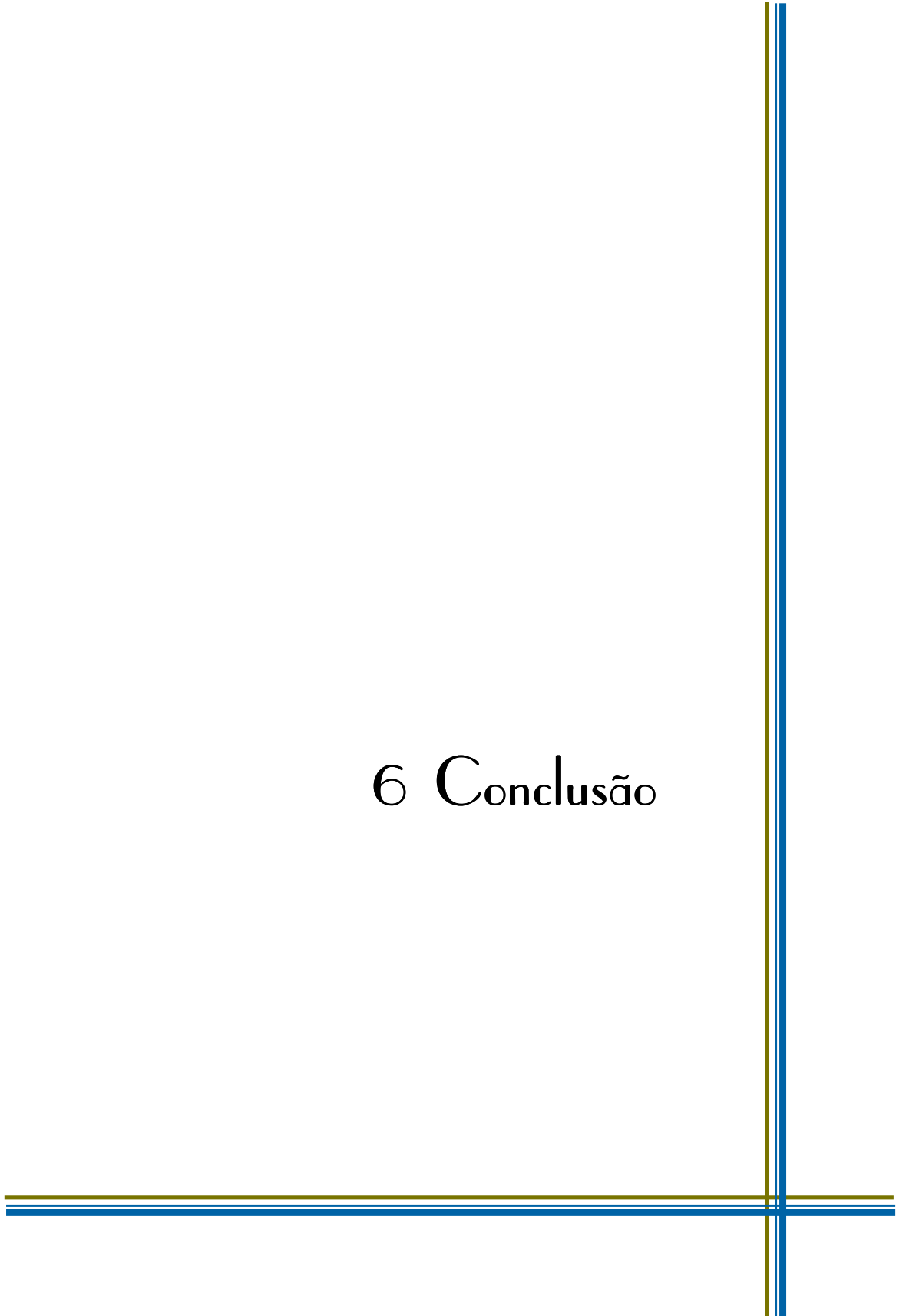
---

Muitas estratégias mencionadas coincidem com atitudes que muitos enfermeiros já adotam no dia-a-dia, mesmo sem nominá-las como enfrentamento, mas apenas como algo que nos faz bem e nos ajuda a enfrentar melhor os desafios de nossa prática assistencial.

Observo que muitos colegas desenvolvem atividades como jardinagem, dança, música, pintura, concerto de carros e outras que, após um turno prolongado de trabalho, são propulsoras de satisfação e bem estar.

Acredito que cabe a cada um de nós, trabalhadores da Oncologia, descobrir nossas próprias estratégias de prevenção ou enfrentamento do *Burnout*, sem temer erros, pois todos os esforços são válidos para a prevenção/manutenção da saúde.

## 6 Conclusão



Neste estudo, realizamos uma revisão integrativa da produção científica nacional e internacional sobre a Síndrome de *Burnout* em enfermeiros oncologistas conforme os pressupostos de Ganong (1987), no período de 1993 a fevereiro de 2004.

Os artigos que compuseram essa análise, abordavam a Síndrome de Burnout em enfermeiros oncologistas, encontrados na literatura nacional e internacional, indexados nas bases de dados *Pubmed*, *CINAHL*, *Medline* e *Lilacs*, no referido período, que estavam disponíveis no Brasil, em bibliotecas do Sistema SIBI da USP, assim como de acervos particulares ou adquiridos pelo Sistema COMUT, publicados em português, espanhol e inglês.

Foram encontradas 1853 pesquisas com o cruzamento dos descritores propostos, sendo o PUBMED a base de dados que apresentou o maior número (1.102 ou 59,5%). Somente 28 (1,5%) atenderam aos critérios de inclusão e, destas, nove foram excluídas por estarem repetidas em duas bases de dados. Assim sendo, apenas 19 (1,0%) pesquisas foram utilizadas para este estudo, todas a partir do seu texto integral.

O acesso aos artigos na íntegra ocorreram *on line* (42%), pelo Sistema COMUT (42%), e pela biblioteca da USP-EERP (16%).

A análise dos dados teve duas etapas. Na primeira, fez-se a análise relativa aos dados de identificação do autor, ano de publicação e localização do artigo, sendo os dados agrupados em um banco, codificados e formatados no programa EPI INFO 6.0, e a análise efetuada.



Na etapa seguinte, foi feita a análise de conteúdo dos artigos, em relação a seus objetivos, método empregado, suas características e delineamento conceitual ou teórico, possibilitando uma caracterização fidedigna da amostra.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento específico, elaborado pelas autoras, e composto por três partes: dados referentes ao pesquisador (número de autores e sua titulação, profissão, local de atuação e país de origem); identificação do periódico (nome, ano de publicação, idioma e país de origem); dados referentes à pesquisa (título, ano de publicação, método utilizado, objetivos, população/amostra, aspectos abordados).

Em relação aos idiomas em que os artigos foram publicados, apenas um foi em espanhol e os demais (18), em inglês. Talvez esse predomínio, se deva ao fato de o termo *Burnout* ter surgido nos EUA, mas uma outra razão atribuímos à indexação dos periódicos, que na maioria das bases de dados, são publicados originalmente em inglês.

Os artigos da amostra foram publicados em 18 periódicos, com predominância da *Oncology Nursing Fórum* (10,6%). A enfermagem e a medicina predominaram como profissão do primeiro autor (36,8%), seguidas pela psicologia (10,65).

A titulação do primeiro autor não foi identificado em 52,6% das pesquisas, mas observa-se um predomínio de autores com título de doutor em 31,6% das pesquisas.

O hospital foi o local de trabalho predominante da maioria dos autores (42,1%), seguido pelas universidades.

A nacionalidade do primeiro autor tem relevância neste estudo, pois indica os centros que investigam a temática e, portando, investem nessa área. Predominam os norte-americanos (42,1%), que vivem no país onde primeiro se definiu o *Burnout* e onde existe longa tradição de apoio à pesquisa científica.

No Brasil, embora pesquisas sejam realizadas sobre o *Burnout*, não foram identificados estudos sobre o *Burnout* em enfermeiros oncologistas.

Em relação ao design, observamos que, dos 19 artigos analisados, 15 (78,9%) são descritivos, três revisões de literatura, e um qualitativo.

O Inventário em *Burnout* de Maslach (MBI) foi o instrumento utilizado em 10 das 19 pesquisas (53%), embora apenas três estudos tenham usado exclusivamente esse instrumento. Essa preferência certamente se deve ao grande interesse e às relevantes contribuições das autoras do MBI à temática *Burnout*.

A partir das análises dos artigos, e tendo em vista a experiência das autoras deste estudo no ensino e assistência aos pacientes com câncer, e das publicações referentes ao *Burnout*, surgiram as seguintes categorias temáticas:

- Conceituação de *Burnout*;
- Avaliação dos níveis de *Burnout*;
- Identificação dos fatores desencadeantes de *Burnout*;
- Identificação dos sintomas físicos e psicológicos de *Burnout*;
- Conseqüências do *Burnout*;
- Identificação dos fatores desencadeantes e mensuração do estresse na prática oncológica;
- Manobras de enfrentamento.

Em relação as Categorias Temáticas presentes nos artigos analisados, observa-se que 58% das pesquisas apresentam a conceituação, avaliação dos níveis e os fatores desencadeantes de *Burnout*, e em 74% dos artigos foram descritas manobras de enfrentamento, demonstrando a preocupação dos pesquisadores em prevenir/tratar/reverter as situações potenciais de sofrimento e *Burnout* nos enfermeiros oncológicos.

Com relação aos fatores desencadeantes do *Burnout*, 90% dos estudos concluem que, as características individuais associadas a condições laborais podem desencadear o *Burnout*. A falta de tempo de “processar” a morte do paciente, a grande demanda de pacientes oncológicos, a insatisfação gerada pela falta de comunicação, associadas aos conflitos com o supervisor, à falta de programas de treinamento e à baixa remuneração, foram freqüentemente relatados nos estudos analisados.

O Inventário em *Burnout* de Maslach (MBI), foi o instrumento mais utilizado (53%) para mensurar o *Burnout* em oncologia.

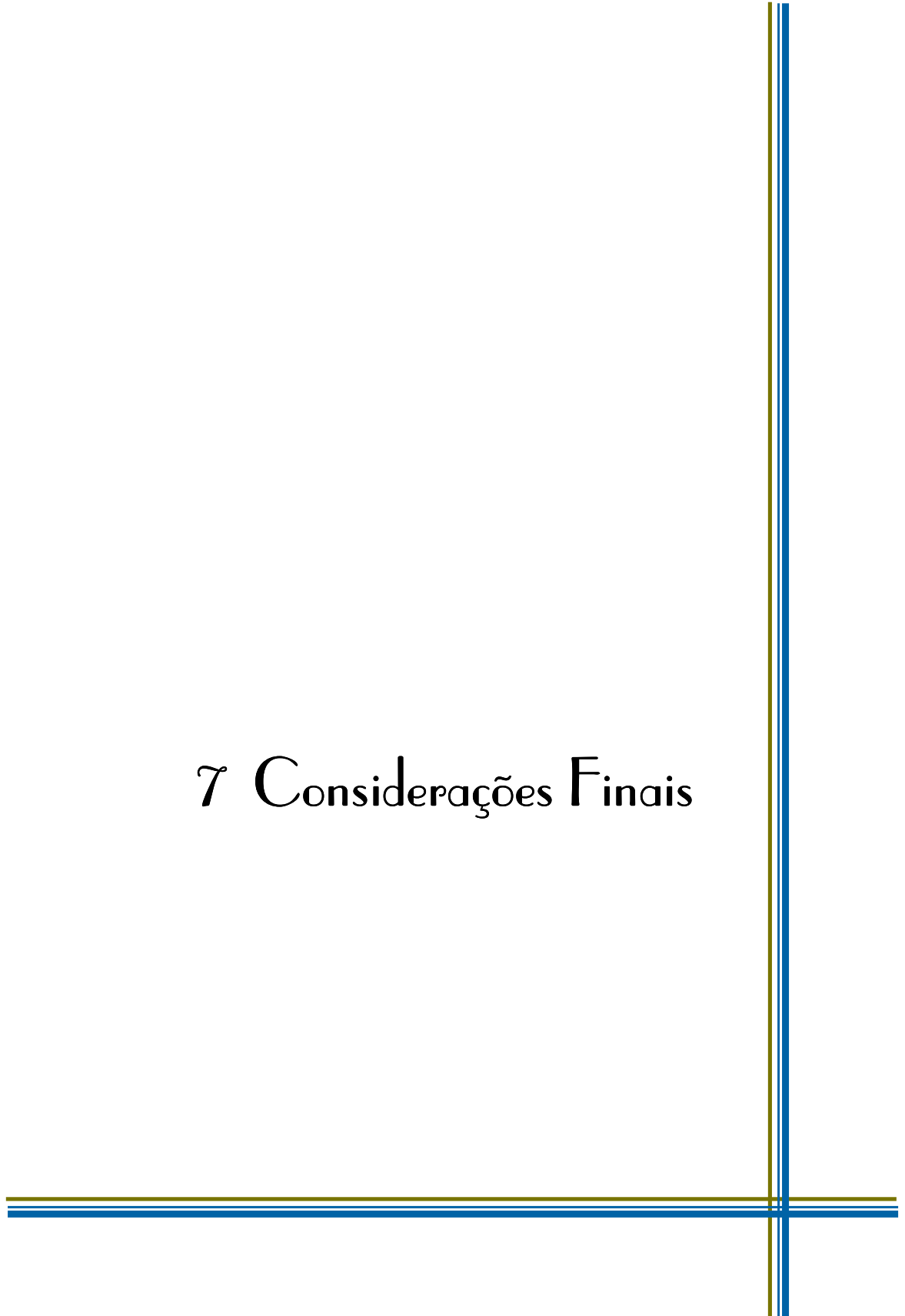
Os sintomas físicos e psicológicos mais relatados foram fadiga, exaustão física e emocional, dores de cabeça, problemas gastrintestinais, perda de peso, depressão, insônia, comportamento cínico e mudança de humor.

As manobras de enfrentamento mais citada nos artigos analisados foram: melhorar a comunicação entre turnos, avaliar constantemente os níveis de tensão e estresse, proporcionar claro senso de direção aos profissionais, mudar os critério de seleção de oncologistas, e formar grupos de apoio.

A análise dos artigos evidenciou que os profissionais de saúde, embora sintam-se *tocados/transformados* pelas relações do trabalho, dão pouca atenção a si mesmos, parecendo muitas vezes ignorar suas necessidades e os recursos disponíveis para melhorar sua vida laboral, e conseqüentemente seu bem-estar individual.

O conjunto da pesquisa nos fez descobrir a importância de sermos cuidadora de nós mesmas e dos profissionais que atuam ao nosso lado.

## *7* Considerações Finais



---

---

## 7 Considerações Finais

---

---

Ao iniciar este estudo, sabia que teria pela frente uma longa caminhada, com paradas em diversas *estações*, pois o tema conduz a inúmeras considerações, descobertas e quebras de paradigmas.

Várias vezes identifiquei no relato dos autores situações comuns em minha prática, me vi pensando *concordo plenamente com este autor*, e em outras ocasiões verifiquei que *nunca havia pensado nesta possibilidade* ou *não tinha percebido a situação por esta ótica*.

O discurso presente nos artigos analisados induziu a reflexões sobre a natureza do cuidado ao paciente oncológico, algo que envolve grandes desafios, mas também inúmeras recompensas resultantes do convívio.

Sendo a Oncologia uma especialidade cheia de peculiaridades, é quase impossível querer desvincular o cuidado do envolvimento emocional.

Atuar na Oncologia às vezes nos faz nos sentirmos *sugados* pela demanda de ações físicas e emocionais e em outras, *abraçados* por sentimentos de confiança, agradecimento e solidariedade.

Portando, o *Burnout* permeia nosso dia-a-dia, principalmente nessa especialidade repleta de emoções relacionadas ao diagnóstico e ao prognóstico, e de tratamento agressivo.

No transcorrer deste estudo, procuramos manter uma conduta isenta, científica, com a descrição e análise fidedigna dos dados das pesquisas que compuseram a amostra, colocando em evidência a problemática do *Burnout*

---

---

## 7 Considerações Finais

---

---

na saúde do enfermeiro oncologista, sua vulnerabilidade e repercussões sobre a saúde do profissional, e sua qualidade de vida.

A presente investigação desenvolveu-se em torno do esforço para apresentar as definições do *Burnout*, seus fatores desencadeantes, os sintomas físicos e emocionais que dele decorrem, suas conseqüências e manobras de prevenção e enfrentamento.

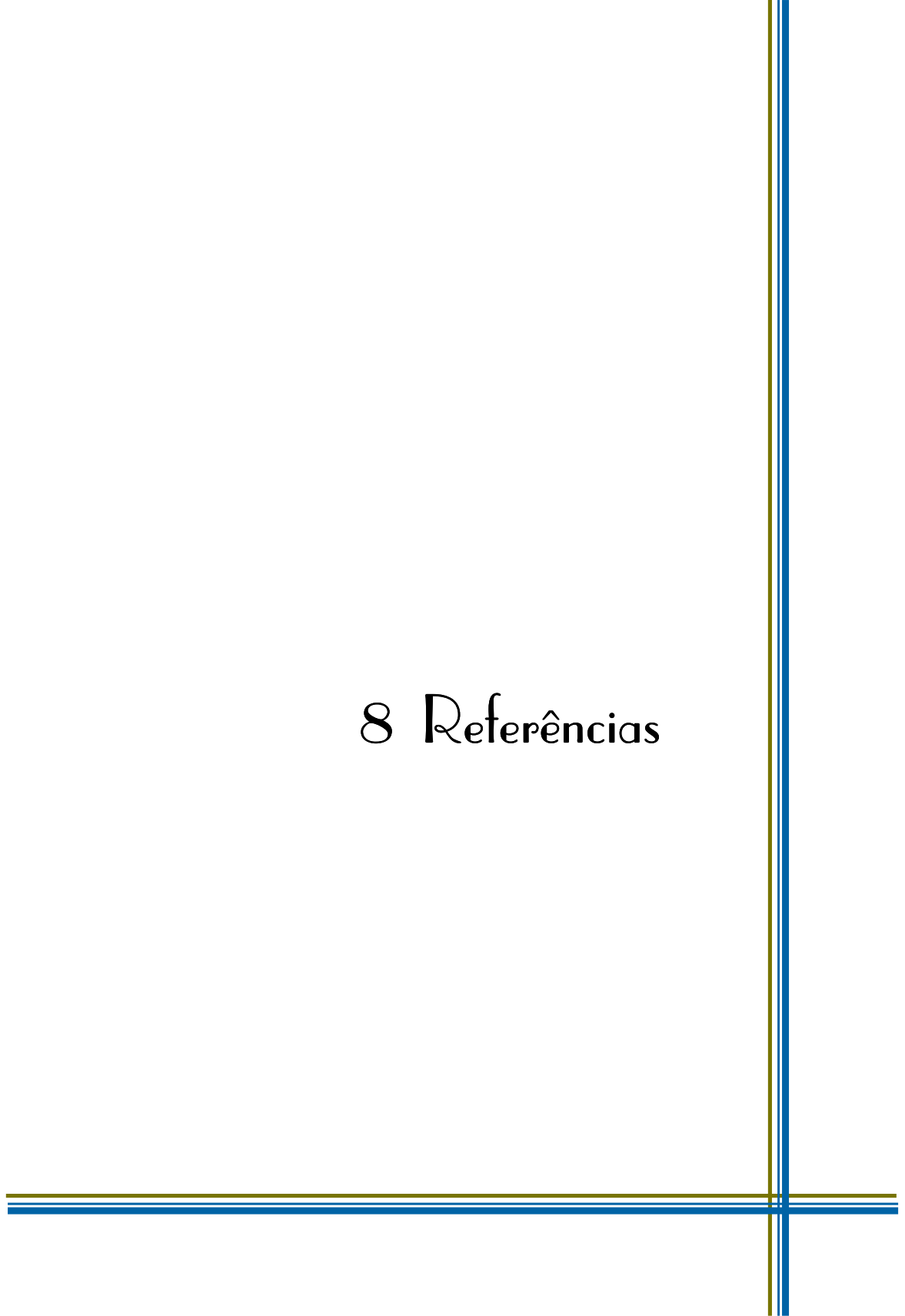
A presença de fatores influenciadores ou inibidores do *Burnout*, sem que muitas vezes, tenhamos consciência de sua existência, nos torna ainda mais vulneráveis, colocando em risco nossa saúde e nossa atividade de cuidadores.

Ao analisar as manobras identificadas pelos pesquisadores, concluí que o indivíduo, por ser único e ter características próprias, deve procurar seu próprio mecanismo de defesa das agressões sofridas no ambiente de trabalho, não perdendo de vista a importância de manter-se *sadio* física e emocionalmente, para seu próprio benefício e daqueles que estão sob sua responsabilidade.

Concordo com Souza e Silva (2002) quanto ao fato de que os profissionais da saúde, em geral tão empenhados na arte de prevenir e curar doenças, nem sempre têm noção do seu próprio adoecer no trabalho.

Encerro estas considerações fazendo minhas as palavras de Felton (1998), segundo as quais a vida é mais que oito horas de trabalho por dia, e todos devem buscar o equilíbrio entre sua vida pessoal e profissional.

## 8 Referências





ABREU, K. L., STOLE, I., RAMOS, L. S. et al. **Estress ocupacional e síndrome de burnout no exercício do profissional de psicologia**. Psicologia, Ciência e Profissão, Brasília, 2002, 22(2), 22 – 29.

AKROYD D., CAISON A., ADAMS R. D. Burnout in radiation therapists: the predictive value of selected stressors. **International Journal of Radiation Oncology**, vol.52, n3, p.816-21, 2002.

ALVES-MAZZOTTI, A J; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

ANDRADE, J. C.; ANDRADE, A C. C. **Estamos preparados para a medicina paliativa no Brasil?** São Paulo: SimbiDOR, 2002.

ARRUDA, E. N., BITTENCOURT, MS., GONÇALVES, F. A. Atributos profissionais dos cuidados de pessoas com câncer: Perspectivas de Enfermeiros. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, 1996, v.185-90, jan/jun.

AYOUB, A C. et al. **Planejando o cuidar em enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.

BAEZA MATULIC, D.; PERALTA KONG, M. **Percepción dada por los familiares sobre la calidad de atención em relación a cuidados paliativos de enfermos oncológicos terminales**. Pontificia Universidad Católica de Chile: Chile, 1998.

BAKKER, A B., KILLMER C.H., SIEGRIST, J., SCHAUFELI, W.B. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. **Journal of Advance Nursing**, 2000, v.3, n 4: 884-891.

BALLONE, G.J. **Síndrome de Burnout**. Psiqweb Psiquiatria Geral, internet, 2002.

BARNI S., MONDIN R., NAZZANI R., ARCHILI C. Oncostress: evaluation of burnout in Lombardy. **Tumori**.1996, jan-feb;82(1): 85-92.

BARRET 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.

BECKER, E. **A negação da morte**. Nova Fronteira: Rio e Janeiro, 1976.

BENEVIDES-PEREIRA, A M.T. **Burnout – Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BEYER, S.C. NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **A O R N Journal**. 1998,v.67, n.4, p.877-80.

BIANCH, E. R. F. **Stress entre enfermeiros hospitalares**. São Paulo, Tese de Livre-Docência da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1999.

BOEMER,M. R. **A morte, o morrer e o morrendo**: estudo de pacientes terminais. São Paulo, 1985. 205p.Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews in the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1993.

CARLOTTO, M. S. **Síndrome de Burnout**: um tipo de estresse ocupacional. Caderno Universitário. ULBRAS-RS, 2001.

CARLOTTO, M. S., GOBI, M. D. Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou de seu contexto de trabalho? **Alethéia**, n 10, 103-114, 2000.

CARTA DE OTAWA. In **Conferencia Internacional sobre Promoção da Saude**, 1, 1986. Ottawa. Washington OMS, 1986.

CARVALHO, V. A. Cuidado com o cuidador. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2003, ano 27, v.27, n.1, jan/mar.

CATALAN, J., BURGESS, A., PERGAMINI, A., HULME, N., GAZZARD, B., PHILLIPS, R. The psychological impact of staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. **Journal of Psychosomatic Research**, 1996, 40(4):425-435.

CAVALCANTI, E. V. P. **Aconselhamento a pacientes terminais**. São Paulo: Presbiteriana, 1983.

CAVALGANTI, I.L., MADALENA, M.L. **Dor**. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

CHACON R.M., GRAU A. J. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. **Rer. Cuba. Oncol**,1997, jul,13(2):118-25.

CHANG, E; DALY, J. **Priority areas for clinical research in palliative care nursing**. Australia: Int J Nurs Pract, 1998.

- CLARK, J.C.; McGEE, R. **Fundamento de Enfermagem oncológica: um currículo básico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CODO, W. **Educação, carinho e trabalho.- Burnout, a síndrome da desistência do educador, pode levar a falência da educação**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- CODO, W., VASQUES-MENEZES. **O que é Burnout? Em Codo (Org). Educação, carinho e trabalho**. (237-255) Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- COHEN M.Z. The meaning of cancer and oncology nursing: link to effective care. **Semin. Oncol. Nurs.**, 1995, feb;11(1):59-67.
- CONSTANTINI A., SOLANO L., DI NAPOLI R. BOSCO A. Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and Aids wards. **Psychother Psychosom**, 1997;66(2):78-82.
- COSTA, A E.B. **Auto-Eficácia e Burnout**. Conferência: I Seminário Internacional sobre Estresse e Burnout, Curitiba, agosto, 2002.
- EDELWICH, J., BRODSKY, A . **Burnout**. New York: Human Sciens Press, 1980.
- FABER, B.A **.Beyond Burnout helping teachers, nurses, therapist**. Harold Caring Chenise, N.Y.: Routledge, 1995.
- FELTON, J.S. Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers. **Occup. Med.**, 1998, 48(4):237-250.
- FERREIRA, N. A, CEZARETI, I. U., ERHART, E. R.N. Formação de recursos humano em enfermagem oncológica no curso de graduação. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, 1994,40(1) p.31-7.
- FERREIRA, N. A. A difícil convivência com o câncer –um estudo das emoções na enfermagem oncológica. **Rev. Da Escola de Enfermagem da USP**, 1996, v.30, n.2, p.229-53, ago.
- FITCH M.I., BAKKER D., CONLON M. Important issues in clinical practice: perspectives of oncology nurses. **Can. Oncol. Nurs J.**, 1999, Fall;9(4):151-64.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**. 1985, n. 48, 150-170.
- FONG, C.M. A longitudinal study of the relationship between overload, social support, and burnout among nursing educators. **Journal of Nursing Education**, 1993, n. 32, 24-29.

- FRANÇA, H.H. A Síndrome de Burnout. **Revista Brasileira de Medicina**, 1987, 44(8), 197-199.
- FRANÇOSO, L. P. C. **Enfermagem, imagens e significados do câncer infantil**. Ribeirão Preto, 1993, Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.
- FRANÇOSO, L.P.C. Reflexões sobre o preparo do enfermeiro na área de oncologia pediátrica. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, São Paulo, 1996, Dez; 4(3):41-48.
- GALVÃO, C.M., SAWADA, N. O , MENDES, I.AC. A busca das melhores evidencias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2003, 37(4) 43-50.
- GALVÃO, C.M., SAWADA, N. O , ROSSI, L. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implantação na enfermagem perioperatório. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2002, 10(1) 690-695.
- GAMBOA, N.S.G. **Cuidar para enfermeiros de UTI neonatal – descrição das categorias significantes**. São Paulo, 1997. Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- GANONG, L.H. **Integrative Reviews of Nursing research**. Research in Nursing and Health, 1987, v.10, p. 1-11.
- GARFIELD, C. **Coping with burnout**. Hospital Forum, 1980, v.23, nº15.
- GAUT, D. Development of a theoretically adequate description of caring. **West. J. Nurs. Res.** Beverly Hills, 1983, v.5.
- GENDRON, C. **Palliative care, a humanitarian way**. Canada: Can Nurse, 1998.
- GIL-MONTE, P.R. **Influencia del género sobre el proceso de desando Del Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería**. Psicologia em Estudo, Maringá, 2002, v.7, n.1, p. 3-10, jan/jul.
- GONZALEZ, H. **Enfermagem em oncologia**. São Paulo : SENAC, 1994.
- GRAY-TOFT, P., ANDERSON, T.G. The nursing stress scale: Development of an instrument. **Journal of Behavioural Assessment**, 1981, p.11-23.
- GRUNFELD E., TEHELAN J.T. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress an job satisfaction. **CMAJ**, 2000, jun, 25; 163(2):166-9.
- HARRISON, B.J. **Are you to burn out ? Fund raising management**. 1999.

HAYASHI, A, GASTALDI, A, AGUIAR, R., De BONNA, T. Cuidado Humano – teoria e pratica. **Rev.Terra e Cultura**, Centro de Estudos Superiores de Londrina,1999, jun-dez. p.127-36.

HELMAN, C.G. **Cultura, saude e doença**. Porto Alegre: Artes Medicas, 2003.

HOCKENBURY, D.H., HOCKENBURY, S.E. **Psychogy**. New York: Worth Publishers, 1997.

HOLANDA, Aurélio Buarque de Ferreira. **Novo Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KASH K.M., HOLLAND J.C., BREITBARTW W., BERENSON S., DOUGHERTY J., QUELLETTE-KOBASA S., LESKO L. Stress and Burnout in oncology. **Oncology (Huntingt)**, 2000, nov; 14 (11):1621-33.

KENR, M. **Nursing in palliative medicine- palliative care, a specialized form of nursing?** Alemanha: Schmerz, 2001.

KLAGSBURN, S. Cancer, emotions and nurses. **American Journal of Psychiatric**, 1970,126p.

KOBASA, S.C., PUCCETTI, M. Personality and social resources in stress resistance. **Journal Pers. Soc. Psychol**,1983, 45:839-851.

KOWALSKI,I.S.G., SOUZA, C.P. **Câncer** – uma doença com representações historicamente construídas. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem, 2002.

KRAINOVICH-MILLER, B., NAEGLER, M. **Shaping the advanced practice psychiatric mental health nursing role: A futuristic model**. Issues in Mental Health Nursing, 2001, 22(5): 464-482.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

KUSHNIR T., et al. A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. **Cancer Nurs.**,1997, dec. 20(6):414-21.

LACERDA, M.R. Enfermagem: uma maneira de ser, estar, pensar e fazer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 1998.

LAUTER, L. O Desgaste Profissional – estudo empirico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, 1997,v.18, n.2, p.133-44, jul. .

LAUTER, L. O desgaste profissional – uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre,1997, v.18, n.2, p.83-93, jul.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. Salamanca – Universidade Pontifícia Salamanca, 1995,276 p.

LESHAN, L. **O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais da saúde**. São Paulo: Summus, 1992.

LEWIS A.E. Reducing burnout: development of an oncology staff bereavement program. **Oncol. Nurs Forum**, 1999, jul;26(6):1065-9.

LIPP, M.N., NOVAES, L. E. Stress. **Contexto**, São Paulo, 1998.

LIVINGSTON, M., LIVINGSTON, H. Emotional distress in nurses at work. **Br. J. Med. Psychol.**,1984, 57:291-294.

LOBIONDO, G., HABER, J. **Pesquisa em enfermagem, métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACHADO, M.H. A profissão de enfermagem no século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 1999.

MALONEY, J.P. Job stress and its consequences on a group of intensive care and non-intensive care nurses. **Advances in Nursing Science**, 1982, n<sup>o</sup>4, 31-42.

MANVICA, L.; MANVICA, A; NICOULIN, M. **Dicionário Médico Andrei**. São Paulo: Andrei, 1997.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W.B., LEITER, M.P. Job Burnout. **Annu Rev. Psychol**, 2001, 52:397-422.

MASLACH,C., JACKSON, S.E. **Maslach Burnout Inventory**. 2<sup>a</sup> ed. Palo Alto, California, Consulting Psychologist Press, 1986.

MASLACH,C., JACKSON, S.E., LEITER,M. **Maslach Burnout Inventory**. Manual, 3<sup>a</sup> ed. Palo Alto, California, Consulting Psychologist Press, 1996.

- MATHEUS, M.C.C., CHAVES, E.C., BIANCHI, E.R.F. **A relação professora – aluna e os mecanismos de stress, coping e burnout nas primeiras experiências pratica.** São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem, 1999, v.12, n3, set/dez.
- MEDLAND J., HOWARD-RUBEN J., WHITAKER E. Foresting psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace. **Oncol. Nurs. Forum**, 2004, jan-feb;31(1):47-54.
- MENDES, R.. **Patologia do trabalhador.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2003.
- MINISTERIO DA SAUDE, Instituto Nacional de **Câncer Ações de enfermagem para o controle de câncer** – uma proposta de integração ensino-serviço. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer.** Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1999.
- MINISTERIO DA SAUDE, Secretaria da Assistência a Saúde. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer.** Rio de Janeiro, INCA, 2002.
- MIRANDA, A F. **Estress ocupacional** – inimigo invisível do enfermeiro? Ribeirão Preto, 1998, 156 p. Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- MIZUKAMI, M.G.N. **Ensino:** as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986.
- NEWLIN, N., WELLISCH, D. The oncology nurse: life on an emotional roller coaster. **Cancer Nursing**, 1978, v.1, 447-449.
- OLIVEIRA, D.C. Representações sociais e saúde pública – a subjetividade como participe do cotidiano em saúde. **Revista de Ciências Humanas**, EFUFSC, 2002, p.47-65.
- OTTO, S.E. **Oncologia.** Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso editores, 2002.
- PAPADATOU D., ANAGNOSTOPOULOS F., MONOS D. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. **Br J. Med. Psychol**, 1994, jun;67(Pt 2):187-99.
- PENSON R.T., DIGNAM F. L., CANELLOS G. P., PICARD, C.L., LYNCH JR., T. J. Burnout: caring for the caregivers. **Oncologist**, 2000;5(5):425-34.
- PIMENTA, C.A M. **Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor no câncer.** Tese (Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP), 1995.

PIMENTA, C.A M. **Dor Oncológica: Bases para avaliação e tratamento.** São Paulo, O mundo da Saúde, 2003, ano 27, v.27, n<sup>o</sup> 1, jan/mar.

PIMENTA, C.A M; CRUZ, D.A.M. **Câncer e dor, alterações nos padrões de resposta humana.** Acta Paulista de Enfermagem,1994, v.7, n.1, p. 27-34.

POLETTI, N.A. **A O cuidado de enfermagem a pacientes portadores de feridas crônicas. A busca pela melhor evidências para a pratica.** Ribeirão Preto, Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000.

POST-WHITE, J. Wind behind the sails: Empowering our patients and ourselves. **Oncology Nursing Forum**, 1998, 25:1011-1017.

PUCKETT, P., HINDS, P. MILLIGAN, M. **Who support your patient dies ?** RN, 59(10), 48-50.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira.** Florianópolis, Santa Catarina,1994, Dissertação (Mestrado na Universidade Federal de Santa Catarina).

RADZIEWIZZ, R.M. **Self care for the caregiver.** Nursing Clinics of North América, 2001, 36:855-869.

RAMIREZ A.J., GRAHAM J., RICHARDS M.A, CULL A., GREGORY W.M., LEANING M.S., SNASHALL D.C. TIMOTHY A.R. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. **Br. J. Cancer**, 1995, jun;71(6):1263-9.

RAMIREZ, A , GRAHAM, J. RICHARDS, M. et al. **Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work.** Lancet, 1996, 347: 724-728.

REIS, R.J., La ROCCA, P.F., SILVEIRA, A M., BONILLA, M.L., GINE, AN., MARTIN, M. **Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem.** Revista de Saúde Publica, 2003, 37(5) 616-23.

ROACH, S.M.S. **The human act of caring – a blueprint for the health professions.** Ottawa – Canadian Hospital Associatins,1993, p.47.

ROBBINS, C.K. **Patologia Estrutural e Funcional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

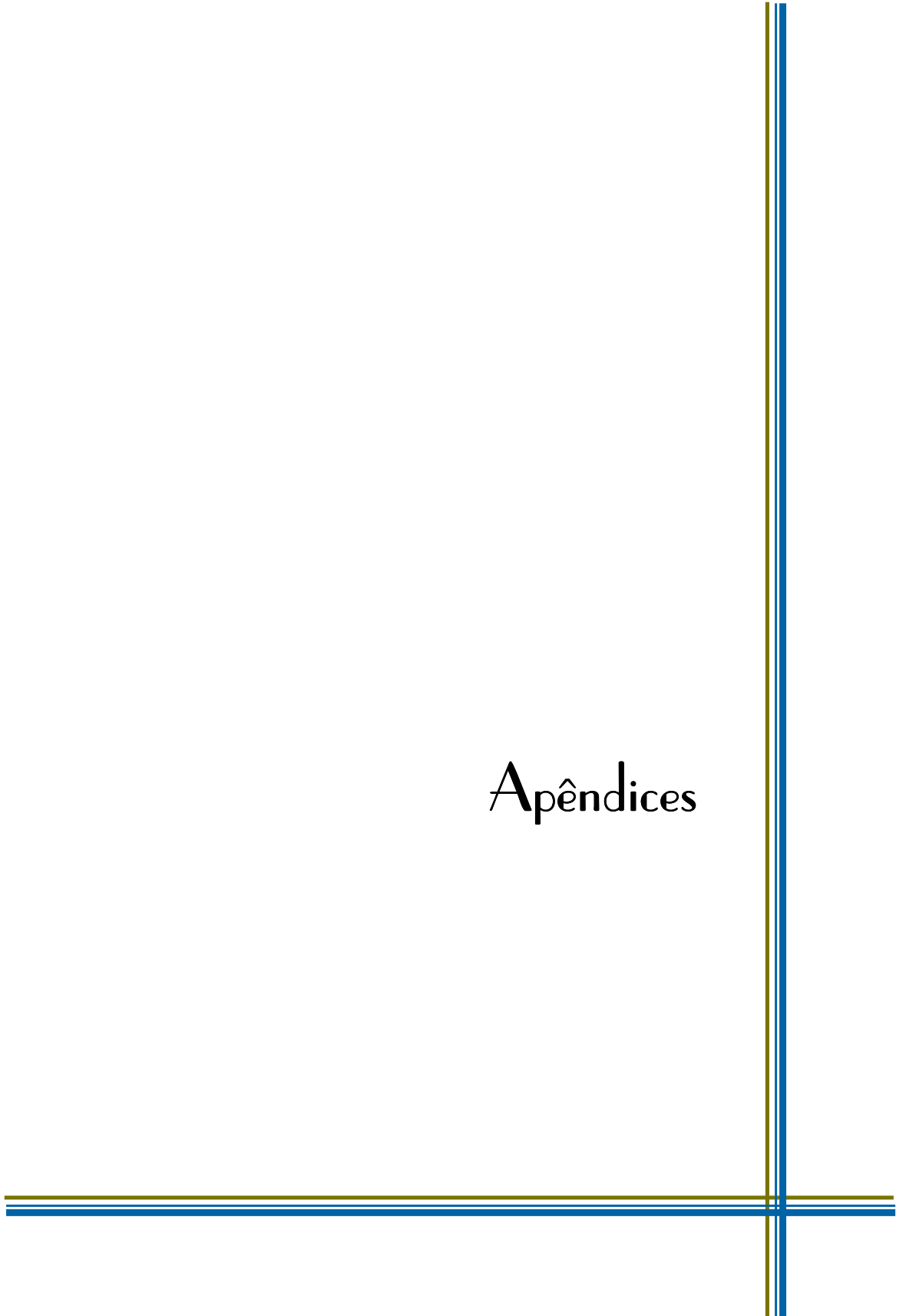
RODGERS, B.L. , KNAFL, K. **A Concept development in nursing –foudations, tecniques and applications.** Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1993.



- RODRIGUES, A B. **Emoções e representações emergentes da experiência do olhar sobre a morte.** São Paulo, 2001, Dissertação (Mestrado- USP).
- ROMAN, AR., FRIEDLANDER, M.R. **Revisão Integrativa de Pesquisa Aplicada a Enfermagem.** Cogitare Enfermagem, Curitiba, 1998, v.3, n 2, p.119-12, jul/dez .
- ROSE, P. **Reconstructing Nursing: beyond art and science.** London: Ballière Tindall, 1997.
- RUDOW, B. **Stress and Burnout in the teaching profession: european studies, issues and research perspectives,** 1999.
- SHIMIZU, H.E.; GUITIERREZ, B. A O. Participação de enfermeiros na implantação e desenvolvimento de um grupo multidisciplinar de assistência a pacientes crônicos e terminais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** 1997, v. 31, n. 2, p. 251-258.
- SILVA, J.B. KIRSCHBAUM, D.I.R. O sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos. **Rev Brasileira de Enfermagem,** Brasília, 1998,v.51, n.2, p. 273-90, abr/jun.
- SILVA, M.A P. D., SILVA, AR.B., SILVA, E.M. Oncologia e Ética – relações e aproximações. **Revista Paulista de Enfermagem,** 2001,v.20, n.1, p.42-50, jan/abr.
- SMITH, M.C. , STULLENBARGER, E. A prototype for integrative review and meta-analysis of nursing research. **Journal of Advanced Nursing,** 1991, n.16, p.1272-83.
- SMRDEL, A.C.S. Experiencing professional strains of nurses, radiation engineers and physicians at the Institute of oncology in Ljubljana. **Radiol Oncol.,** 2003, 37(4):249-55.
- SOMOGYI – ZALUD, E. **Palliative care a service to improve the dying experience in hospitals and nursing homes.** United States: Hawaii Med, 2002.
- SOTANG, S. **A doença como metáfora.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- SOUZA, W.C., SILVA, Â.M.M. A influencia de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. **Rev. de Estudos de Psicologia,** PUC – Campinas, 2002, v19, n1, p. 37-42, jan/abr.
- STELLER, C.B. , MORSI, D., RUCKI, S., et al. **Utilization – Focused Integrative Reviews in a Nursing Service.** Applied Nursing Research, 1998,v.11, n.4, nov , p. 195-206.

- TEIXEIRA, M.J. **Dor: Contexto Interdisciplinar**. Curitiba: Editora Maio, 2003.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisando em enfermagem: uma modalidade convergente – assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.
- TWYGCROSS, R. G. & LACK, S. A. **Terapeutics in terminal Cancer**. Livingstone: Churchill, 1990.
- VALCOM, M.L.S. **The nurses role: the world of palliative care nursing**. Br. Fenell & Coyle (eds), textbook of Palliative Nursing, 2001, 647-662.
- VALCON, M.L.S. **Caring for the care givers in oncology and palliative care**. Seminars in Oncology Nursing, 1998, 14:152-157.
- VAN SERVELLEN G., 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; 9(3):169-77.
- WALDOW, V.R. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, 1998, v.3, n.2, p. 7-10, jul/dez.
- WALDOW, V.R. **Cuidado humano – o resgate necessário**. 2ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.
- WATSON, J. **Nursing Science and Human Care – a Theory of Nursing**. East Norwal – Appleton Century-Crofts, 1985.
- WATSON, M., PARR, M., ELLIS, N. **Aspetti stressanti dell attività clinica in oncologia**. Grassi L. Disagio Psicico in Oncologia. Ferraro, Spazio, 1993.
- WHIPPEN, D., CANELLOS G. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. **J. Clin. Oncol.** 1991, 9: 1916-1920.
- YANG, KP ; YIN, Tj. Holistic outcome measurement for terminally ill cancer patients in medical centers in Taiwan. **Journal Article**, China, 2001.
- ZANCHETTA, M.S. **Enfermagem em cancerologia: prioridades e objetivos assistenciais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1993.

# Apêndices



## APÊNDICE A

### FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS BIBLIOGRÁFICOS

#### 1) DADOS REFERENTES AO PESQUISADOR:

##### 1º autor

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão:

( ) enfermeiro

( ) médico Esp.: \_\_\_\_\_

( ) psicólogo

( ) outros \_\_\_\_\_

Titulação:

( ) pós-doutor ( ) doutor ( ) mestre

( ) especialista ( ) graduado

( ) discente ano: \_\_\_\_\_

Local de atuação: \_\_\_\_\_

Atua na área de oncologia?  Sim  Não

Tempo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

##### 2º autor

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão:

( ) enfermeiro

( ) médico Esp.: \_\_\_\_\_

( ) psicólogo

( ) outros \_\_\_\_\_

Titulação:

( ) pós-doutor ( ) doutor ( ) mestre

( ) especialista ( ) graduado

( ) discente ano: \_\_\_\_\_

Local de atuação: \_\_\_\_\_

Atua na área de oncologia?  Sim  Não Tempo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**3º autor**

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: ( ) enfermeiro

( ) médico      Esp.:

( ) psicólogo

( ) outros

Titulação:

( ) pós-doutor ( ) doutor ( ) mestre

( ) especialista ( ) graduado

( ) discente      ano: \_\_\_\_\_

Local de atuação: \_\_\_\_\_

Atua na área de oncologia?  Sim  Não      Tempo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**4º autor**

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão:

( ) enfermeiro

( ) médico      Esp.:

( ) psicólogo

( ) outros

Titulação:

( ) pós-doutor ( ) doutor ( ) mestre

( ) especialista ( ) graduado

( ) discente      ano: \_\_\_\_\_

Local de atuação: \_\_\_\_\_

Atua na área de oncologia?  Sim  Não

Tempo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**5º autor**

Nome:

Profissão:

 enfermeiro médico      Esp.: psicólogo outros

Titulação:

 pós-doutor    doutor    mestre especialista    graduado discente      ano:

Local de atuação:

Atua na área de oncologia?       Sim    Não

Tempo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**6º autor**

Nome:

Profissão:

 enfermeiro médico      Esp.: psicólogo outros

Titulação:

 pós-doutor    doutor    mestre especialista    graduado discente      ano:

Local de atuação:

Atua na área de oncologia?       Sim    Não

Tempo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**2) DADOS REFERENTES À PUBLICAÇÃO:**

- tese
- dissertação
- artigo
- livro

Título: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

Volume: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

Páginas: \_\_\_\_\_

País de origem: \_\_\_\_\_

Fonte (revista): \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_

**3) BASE DE DADOS:**

- CINAHL
- Pubmed
- Lilacs
- Medline
- Outros:

**4) ACESSO À PESQUISA NA INTEGRA:**

- Biblioteca da Universidade de São Paulo
- Biblioteca da E.E.R.P.
- COMUT
- Base de dados

**5) OBJETIVO DO ESTUDO:**

- Conceituação de Burnout
- Avaliação dos níveis de Burnout
- Identificação dos fatores desencadeantes
- mensuração do estresse
- Manobras de enfrentamento
- instalação de programa de ajuda (prevenção)
- outros: \_\_\_\_\_

**6) POPULAÇÃO:**

---

**7) AMOSTRA:**

---

**8) TIPO DE DESIGN DE ESTUDO:**

- experimental
- quase experimental
- não experimental Qual? \_\_\_\_\_
- qualitativo Qual? \_\_\_\_\_

**9) ASPECTOS ABORDADOS PELO AUTOR:**

- perfil da enfermagem oncológica
- perfil do enfermeiro oncológico
- preparo do enfermeiro oncológico
- identificação de fatores estressantes
- dificuldades do tratamento oncológico
- conhecimento do tema
- retrospectiva histórica do tema Burnout
- fatores desencadeantes do Burnout
- sintomas do Burnout
- mensuração da Síndrome de Burnout
- manobras de enfrentamento (intervenções)
- sugestões para prevenção
- variáveis pessoais
- variáveis do trabalho

**10) RESULTADOS / CONCLUSÕES**

---

---

---

---

---

---

---

---



## APÊNDICE B

### ARTIGOS QUE COMPÕEM A AMOSTRA DA PESQUISA

Akroyd D., Caison A., Adams R.D. **Burnout in radiation therapists: the predictive value of selected stressors.** International Journal of Radiation Oncology, vol.52, n3, p.816-21, 2002. (16)

Barni S., Mondin R., Nazzani R., Archili C. **Oncostress: evaluation of burnout in Lombardy.** Tumori.1996, jan-feb;82(1): 85-92. (5)

Barret 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. (17)

Catalan, J., Burgess, A., Pergamini, A., Hulme, N., Gazzard, B., Phillips, R. **The psychological impact of staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology.** Journal of Psychosomatic Research, 1996, 40(4):425-435.(6)

Chacon R.M., Grau A.J. **Burnout en enfermeros que brindan atencion a pacientes oncologicos.** Rer. Cuba. Oncol;1997, jul,13(2):118-25. (7)

Cohen M.Z. **The meaning of cancer and oncology nursing: link to effective care.** Semin. Oncol. Nurs.1995, feb;11(1):59-67. (4)

Constantini A., Solano L., Di Napoli R. Bosco A. **Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and Aids wards.**Psychother Psychosom.1997;66(2):78-82. (9)

Felton, J.S. **Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers.** Occup. Med. 1998, 48(4):237-250.(10)

Fitch M.I., Bakker D., Conlon M. **Important issues in clinical practice: perspectives of oncology nurses.** Can. Oncol. Nurs J. 1999, Fall;9(4):151-64.(12)

Grunfeld E., Tehelan J.T. **Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction.** CMAJ. 2000, jun,25;163(2):166-9.(13)

Kash K.M., Holland J.C., Breitbart W., Berenson S., Dougherty J., Quellerie-Kobasa S., Lesko L. **Stress and Burnout in oncology**. *Oncology(Huntingt)* 2000,nov;14(11):1621-33. (15)

Kushnir T., et al. **A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses**. *Cancer Nurs.*1997, dec. 20(6):414-21. (8)

Lewis A.E. **Reducing burnout: development of an oncology staff bereavement program**. *Oncol. Nurs Forum.*1999, jul;26(6):1065-9.(11)

Medland J., Howard-Ruben J., Whitaker E. **Foresting psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace**. *Oncol. Nurs. Forum:*2004, jan-feb;31(1):47-54. (19)

Papadatou D., Anagnostopoulos F., Monos D. **Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing**. *Br J. Med. Psychol.* 1994, jun;67(Pt 2):187-99. (2)

Penson R.T., Dignam F. L., Canellos G. P, Picard, C.L., Lynch Jr., T. J. Burnout: caring for the caregivers. **Oncologist**. 2000;5(5):425-34. (14)

Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A, Cull A., Gregory w.m., leaning M.S., Snashall D.C. Timothy A.R. **Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians**. *Br. J. Cancer.*1995, jun;71(6):1263-9. (3)

Smrdel, A.C.S. **Experiencing professional strains of nurses, radiation engineers and physicians at the Institute of oncology in Ljubljana**. *Radiol Oncol.* 2003, 37(4):249-55. (18)

Van Servellen G., 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;9(3):169-77 (1)

## APÊNDICE C

Nº	Autores	Título	Amostra	Objetivos	Design	Método	Resultados
1	van Servellen G, Leake B (1993)	Bur-out in hospital nurse: a comarision of acquired immunodeficiency syndrome, oncology general medical, and intensive care unit nurse samples	237 enfermeiros	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar e comparar os níveis de Burnout entre enfermeiros das especialidades;</li> <li>2. Determinar a extensão das características pessoais e de trabalho que influenciam o Burnout.</li> </ol>	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de Formulários.	No geral não houve diferença estatísticamente significativa entre a pontuação de Burnout. Em enfermeiros da UTI médica verificou-se baixa RP. Nos da unidade de AIDS houve altos níveis de DP e EE. Características sócio demográficas e trabalho não foram relacionadas ao Burnout.
2	Papadatou D et al. (1994)	Factors contributing to the development of burnout in oncology nurse	354 enfermeiros	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comparar níveis de Burnout entre enfermeiros gerais e oncológicos;</li> <li>2. Identificar fatores pessoais e de ambiente desencadeadores do Burnout</li> </ol>	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de Formulários.	Nal não houve diferença estatísticamente significativa entre a pontuação de Burnou tentre os enfermeiros oncologistas e generalistas. Características pessoais parecem prognosticar uma porcentagem maior na variabilidade do Burnout. O auto-controle pessoal foi fator protetor dos enfermeiros da EE, DP e falta da RP.
3	Ramirez AJ et al. (1995)	Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicans	392 profissionais da área da saúde que atuam em oncologia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a prevalência e causa do Burnout;</li> <li>2. Avaliar as doenças psiquiátricas entre profissionais que atuam em oncologia, e comparar com pesquisas anteriores;</li> <li>3. Identificar estratégias para melhorar a qualidade de vida entre os profissionais.</li> </ol>	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de Formulários.	As doenças psiquiátricas foram similares a encontradas em pesquisas anteriores.O grupo pesquisado teve níveis de exaustão emocional (EE) e baixa realização pessoal (RP) equivalentes em médicos e enfermeiros Americanos, porém, níveis mais baixos de despersonalização (DP). O Burnout foi mais predominante entre radioterapeutas do que em oncologistas. A falta de comunicação e de habilidades de gerenciamento foram identificadas como propulsores do Burnout.

4	Cohen MZ (1995)	Meaning of cancer and oncology nursing: link to effective care.	–	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar a literatura sobre estresse, Burnout , adaptação e satisfação no trabalho;</li> <li>2. Descrever o significado e natureza no trabalho dos enfermeiros oncologistas, e descrever o significado do trabalho deles com pacientes oncológicos.</li> </ol>	Revisão de literatura	–	Enfermeiros alegam ter três importantes papéis: manter os valores do cuidado, participar das experiências dos pacientes e conciliar o cuidado com o valor das experiências do paciente. Os autores apontam que estes aspectos são gratificantes, porém difíceis, e que as percepções mudam o significado do trabalho. Os autores concluem que, a maneira como os enfermeiros entendem o significado de seu trabalho interfere na identificação do que é recompensa e o que é dificuldade.
5	Barni S et al (1996)	Oncostress: evaluation of burnout in Lombardy	406 profissionais da saúde que atuam em oncologia	Avaliar o estresse no profissional da saúde que atua em oncologia.	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de Formulários.	Trabalhar em oncologia é, de várias maneiras, a causa de "oncostress," e conduz ao Burnout. Porém, o estudo evidência que o estresse é menos aparente na sua amostra do que o indicado na literatura.
6	Catalan J et al (1996)	The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and Oncology.	111 profissionais da saúde que atuam em oncologia e AIDS.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar os níveis de Burnout e angústia emocional nos profissionais que atuam em oncologia e ADIS;</li> <li>2. Identificar fatores desencadeantes do Burnout e comparar com pesquisas anteriores;</li> <li>3. Identificar manobras de enfrentamento.</li> </ol>	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de Formulários.	O estudo relaciona os altos níveis de EE e DP com situações de baixo ajustamento no trabalho, e desordem emocional. O estudo identificou níveis moderados em cada dimensão do burnout. Profissionais que atuam com pacientes com câncer apresentaram níveis discretamente maiores na RP, e semelhantes aos da oncologia nas sub-escalas de EE e DP. A morbidez psicológica teve alta correlação com EE.
7	Chacon R, Grau JA (1997)	Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos.	–	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar uma revisão de literatura sobre a temática;</li> <li>2. Discutir os resultados de uma pesquisa anterior;</li> <li>3. Identificar estratégias de intervenção visando a qualidade de vida do profissional oncológico.</li> </ol>	Revisão de literatura	–	Os autores salientam a importância da qualidade de vida do profissional oncológico, e sua correlação com a qualidade de cuidado prestado. Apontam a frequência do estresse nesta categoria de profissionais, e a importância de saber conviver com o mesmo. Identificam como situações estressantes: conflitos da equipe; baixo apoio da chefia; comunicação escassa e preparo inadequado para situações do cotidiano na oncologia.

8	Kushnir T, Rabin S, Azulai S (1997)	A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses.	15 enfermeiras pediátricas oncologistas.	1. Descrever as fontes de estresse em enfermeiras oncologistas; 2. Descrever a implantação de um programa de intervenções para o estresse.	Qualitativo	Reuniões quinzenais, no período noturno, durante um ano, liderados por psicólogos, onde os enfermeiros debatiam sobre suas experiências do cotidiano com o paciente oncológico.	Foi identificado como fonte de estresse: 1) a morte e a constante batalha pela vida; 2) o isolamento da enfermagem em relação à classe médica; 3) o status profissional inferior ao médico, porém aceitam passivamente; 4) envolvimento emocional excessivo; 5) conflitos entre atividades do trabalho e da casa. O grupo não apresentou evidências de Burnout, porém os autores alertam que, a angústia diária pode ser um propulsor do Burnout. A estratégia utilizada como prevenção foi a formação de grupo paratropa de experiências e debate de casos relevantes, seguindo o modelo de Balint.
9	Constantini A. et al (1997)	Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards.	92 acadêmicos de enfermagem cursando o segundo ano, atuando nas áreas de oncologia e AIDS.	Avaliar a relação entre os resultados de insensibilidade e possibilidade de Burnout no início e no final do ano letivo em acadêmicos de enfermagem atuando em oncologia e AIDS.	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de um formulário aplicado aos acadêmicos no início e término do ano letivo.	Os resultados apontam a insensibilidade como recurso de resistência para diminuir o impacto dos efeitos estressantes. Indivíduos com altos níveis de insensibilidade apresentaram baixa EE e alta RP. A média de insensibilidade da amostra foi de 68%.
10	Felton JS (1998)	Burnout as a clinical entity its importance in health care workers.	—	Discutir o impacto do burnout em trabalhadores da saúde.	—	—	O autor traz neste estudo uma compilação de pesquisas anteriores, e relaciona as características de cada profissão da área da saúde e sua correlação com o burnout.
11	Lewis AE (1999)	Reducing burnout: development of an oncology staff bereavement program.	16 enfermeiros e 3 auxiliares de enfermagem que atuam em oncologia.	1. Avaliar a necessidade de implantação de um programa de redução de estresse e aumento da longevidade de enfermeiras oncologistas no trabalho; 2. Descrever a implantação deste programa.	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de formulário.	O grupo identificou a necessidade de um apoio formal aos enfermeiros que atuam em oncologia. A formação de um programa de perda para a equipe possibilitou: preparo melhor para lidar com a família do paciente no momento da morte; entender o impacto da culpa pela perda; lidar com a raiva e frustração, e a identificação de manobras de enfrentamento. Entre as manobras os autores apontam: o suporte multiprofissional; envio de cartões de condolência à família, e calendários de folgas mais flexíveis em unidades com maior índice de perda de pacientes.

12	Fitch M, Bakker D, Conlon M (1999)	Important issues in clinical practice: perspectives of oncology nurses.	249 enfermeiros oncologistas.	1. Identificar os desafios diários dos enfermeiros que atuam em oncologia; 2. Examinar as perspectivas desses enfermeiros a partir de seus desafios diários.	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de formulário.	Os desafios do trabalho identificados no estudo foram: ansiedade, adaptação ao estresse administrativo, morte, fadiga, controle da dor, recidiva da doença e exaustão. O Burnout foi identificado com o principal problema clínico da enfermagem oncologista.
13	Grunfeld E et al (2000)	Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction.	681 profissionais da saúde que atuam em oncologia.	Medir a prevalência de burnout, morbidez psicológica, satisfação e tensão no trabalho oncológico.	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de formulário.	Os autores concluíram que, os profissionais que atuam em oncologia apresentam altos níveis de tensão e burnout, e apontam a intensão em diminuir ou mesmo abandonar o trabalho. Médicos e enfermeiros apresentaram altos índices de EE e baixa RP. A morbidez psicológica esteve mais presente em médicos do que enfermeiros.
14	Penson RT et al (2000)	Burnout: caring for the caregivers.	—	Relatar as características do trabalho com pacientes oncológicos, e as atividades de apoio ao profissional desenvolvidas no departamento de hematologia e oncologia de um hospital geral.	Não-experimental descritivo	Entrevista com médicos diretores da instituição.	Os autores discorrem sobre as características do trabalho com paciente oncológico, sentimentos presentes no cotidiano, e descrevem como ocorre o apoio aos profissionais, por meio de grupos de debate mensais multiprofissionais.
15	Kash K et al (2000)	Stress and burnout in oncology.	261 profissionais que atuam em oncologia.	1. Identificar os estressores no trabalho com pacientes oncológicos; 2. Avaliar o efeito dos estressores e dos atributos de personalidade no nível de Burnout.	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de formulário.	A falta de reconhecimento pela equipe e instituição, o conflito entre família dos pacientes e médicos, o alto índice de morte dos pacientes, e as implicações éticas foram identificadas como estressores. Esses estressores foram apontados como responsáveis pelas manifestações físicas (dores de cabeça, fadiga, irritabilidade), emocionais (angústia, tensão) e transtornos familiares.
16	Akroyd D, Caison A, Adams RD	Burnout in radiation therapist: the predictive value of selected stressors.	502 profissionais da saúde que atuam em oncologia.	1. Avaliar os níveis de Burnout em radioterapeutas; 2. Identificar variáveis no ambiente de trabalho para prevenir o Burnout.	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de formulário.	Radioterapeutas apresentaram níveis de burnout mais elevados do que enfermeiros. As variáveis de trabalho responsáveis foram: alta demanda de recursos emocionais; sentem-se ultrapassando seus limites; alta carga de trabalho; pressão de tempo/produzividade, e conflito de papéis.

17	Barret L, Yates P (2002)	Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty.	243 enfermeiros oncologistas.	1. Avaliar a satisfação no trabalho, Burnout e intenção em abandonar a especialidade; 2. Identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida dos enfermeiros oncológicos/hematológicos.	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de formulário.	As autores apontam que a carga de trabalho, baixa remuneração, falta de apoio profissional e a alta demanda emocional interferem diretamente na satisfação no trabalho e na qualidade de vida do trabalhador. A EE esteve presente em 70% da amostra, e 51% apontam a possibilidade de abandonar a especialidade.
18	Smrđel ACS (2003)	Experiencing professional strains of nurses, radiation engineers and physicians working at the Institute of oncology in Ljubljana.	137 profissionais da saúde que atuam em oncologia.	Descrever as experiências de Burnout em profissionais que atuam em oncologia na Ljubljana.	Não-experimental descritivo	Coleta de dados por meio de formulário.	O estudo identificou níveis altos de angústia relacionado a baixa remuneração e falta de material/equipamento. O trabalho em turnos, a diminuição do convívio familiar, e conflitos entre profissionais são fatores propulsores do abandono da especialidade, principalmente em enfermeiros jovens.
19	Medland J, Howard-Ruben J, Whitaker E (2004)	Forecasting psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace.	—	1. Identificar na literatura, desencadeadores do Burnout em profissionais oncológicos; 2. Descrever um programa de intervenções para prevenção do Burnout.	Revisão de literatura	—	A ambigüidade de papéis, alta carga de trabalho, falta de apoio social, comunicação pobre, alto envolvimento emocional com paciente e familiares, a morte, complexidade do tratamento, conflitos éticos e interdisciplinares são fatores desencadeantes do burnout apontado pelos autores. A implantação de um ambiente de trabalho com intenso senso de satisfação, treinamento pessoal, identificação precoce de conflitos pessoais, relações de apoio e discussões em grupo, e consultas com psiquiatra, foram estratégias apontadas pelos autores com preventivas do Burnout.