



FMUP

BIOÉTICA

LUÍS MIGUEL COELHO DE SOUSA

**SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

**Trabalho de Projeto apresentado para a
obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos, sob a orientação da Professora
Coordenadora Maria do Carmo Martins
Pires e Sousa, e coorientação da Professora
Coordenadora Maria da Conceição Alves
Rainho Soares Pereira.**

**1º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2011**



FMUP

BIOÉTICA

LUÍS MIGUEL COELHO DE SOUSA¹

SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

(ESTUDO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE A DESEMPENHAR FUNÇÕES NAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS DA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL)

Trabalho de Projeto apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, sob a orientação da Professora Coordenadora Maria do Carmo Martins Pires e Sousa, e coorientação da Professora Coordenadora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira.

**1º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2011**

¹ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

“...Sinto os passos de Dor, essa cadência
Que é já tortura infinda, que é demência!
Que é já vontade doida de gritar!

E é sempre a mesma mágoa, o mesmo tédio,
A mesma angústia funda, sem remédio,
Andando atrás de mim, sem me largar!...”

Florbela Espanca

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa um incessante esforço de crescimento e desenvolvimento pessoal, que só foi possível graças à pluralidade de esforços que se conjugaram e apoiaram este projeto.

Às Professoras Coordenadoras Maria do Carmo Martins Pires e Sousa e Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira, orientadora e coorientadora deste projeto de investigação, agradeço todo o apoio prestado nas diferentes fases deste trabalho, nomeadamente nas reflexões, observações e sugestões que incentivaram o traçar de mais esta etapa. Agradeço também o incentivo que mesmo nos momentos de desânimo sempre transmitiram, bem como a disponibilidade incondicional que manifestaram para debater ideias, trilhar caminhos de pesquisa oportunos, que muito contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu desenvolvimento pessoal e académico.

Aos Professores Doutores José Luís Pais-Ribeiro e Alexandra Marques Pinto, o meu agradecimento pela disponibilidade, resposta imediata e respectiva autorização de utilização do QMLA e MBI – Profissionais de Saúde, respectivamente.

À Círia Sousa, por toda a colaboração, dedicação, apoio e acima de tudo paciência ao longo de todo este caminho.

Por último aos meus pais, Joaquim e Maria José, pelo apoio incondicional que sempre me deram. Sem eles este estudo não seria possível.

A todas as pessoas envolvidas em geral e a cada uma destas em particular, quero dirigir os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A síndrome de *burnout* ocorre em indivíduos que têm profissões de interação e é reconhecida como um risco ocupacional acrescido nos profissionais de saúde. A síndrome de *burnout* operacionaliza-se em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal.

É nossa convicção de que os profissionais de saúde que trabalham em unidades de cuidados paliativos e lidam frequentemente com doenças graves e incuráveis, estando expostos diariamente à morte, correm o risco de desenvolverem sentimentos de insatisfação, stresse, alienação do trabalho e exaustão profissional e também *burnout*.

Uma percentagem considerável destes profissionais evidencia reações adversas ao stresse, afetando o seu bem-estar pessoal e a sua capacidade de prestar cuidados de saúde adequados. É comum os profissionais recorrerem a estratégias de *coping* para conseguirem lidar com os problemas e para o controlo das emoções.

Para aprofundar conhecimentos nesta área e responder a uma exigência curricular do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, construímos este projeto de investigação, que será o fundamento de um estudo que tem como objetivos determinar a prevalência da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde a desempenhar funções nas unidades de cuidados paliativos da zona norte de Portugal e identificar fatores que se correlacionem com esta síndrome.

A população alvo do estudo será constituída pelos enfermeiros (71), médicos (10) e assistentes operacionais (32) das unidades de cuidados paliativos da região norte de Portugal.

Para atingir os objetivos iremos realizar um estudo exploratório, transversal, e quantitativo.

Como instrumentos, serão utilizados um questionário de dados sociodemográficos e profissionais, a escala MBI – Profissionais de Saúde e o QMLA – Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos. Os dados serão tratados com recurso ao programa estatístico SPSS versão 19.0, a um nível de significância de 0,05. Na análise

das variáveis explicativas com mais de duas categorias usaremos o Teste de *Anova* ou em alternativa o Teste de *Kruskal-Wallis*. Para as variáveis dicotômicas os testes a utilizar serão o Teste t *Student* ou em alternativa o Teste de *Mann-Whitney*. A correlação entre as variáveis em estudo será avaliada pelo coeficiente de correlação de *Pearson* ou pelo coeficiente de correlação de *Spearman*.

Palavras-chave: cuidados paliativos, profissionais de saúde, síndrome de *burnout*.

ABSTRACT

The burnout syndrome occurs in individuals who have an interactional profession and is recognized as an increased occupational risk in healthcare workers. This burnout operationalizes in three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment.

It is our belief that health professionals who work in palliative care units and frequently deal with serious and incurable diseases, being exposed daily to death, are in risk of developing feelings of dissatisfaction, stress, exhaustion and alienation of labor as well as professional burnout.

A significant proportion of these professional shows adverse reactions to stress, affecting their personal well-being and their ability to provide adequate health care. It is common for professionals resorting to coping strategies to help them deal with problems and to control their emotions.

To deepen knowledge in this area and respond to a curricular requirement of the master degree program in palliative care, we have made this research project, which will be the foundation of a study that aims to determine the prevalence of burnout in health professionals performing duties in palliative care units in the north of Portugal and identify factors that correlate with this syndrome.

The target population of the study will consist of nurses (71), doctors (10) and operational assistants (32) of palliative care units in northern Portugal.

To achieve the objectives we will conduct an exploratory, transversal and quantitative study.

The instruments in use will be a demographic and socio-professional questionnaire, MBI - Health Professionals scale and Ways of Coping Questionnaire scale. The data will be processed using the SPSS version 19.0, at a significance level of 0.05. In the analysis of the explanatory variables with more than two categories we will use the Anova test or alternatively the Kruskal-Wallis test. For dichotomous variables the tests in use, will be the t Student test or alternatively the Mann-Whitney test. The correlation

between the variables under study will be evaluated by the Pearson correlation coefficient or the Spearman correlation coefficient.

Keywords: palliative care, health professionals, burnout syndrome.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA – *Analysis of Variance*

BM – *Burnout Measure*

CBB – *Cuestionario Breve del Burnout*

CBP-R – *Cuestionario del Burnout para Profesores - Revisado*

CDPE – *Cuestionario de Desgaste Profisional de Enfermaria*

EUA – Estados Unidos da América

IRD – Instrumentos de Recolha de Dados

JobI – *Job Burnout Inventor*

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

MBI-ES – *Maslach Burnout Inventory-Educators Survey*

MBI-GS – *Maslach Burnout Inventory-General Survey*

MBI-HSS – *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey*

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Valor de Significância

QMLA – Questionário Modos de Lidar com os Acontecimentos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SBS-HP – *Staff Burnout Scale for Health Professionals*

SPSS – *Satistical Package for the Social Sciences*

TAS – *Teacher Attitude Scale*

TBS – *Teacher Burnout Scale*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. ESTADO DA ARTE	18
2.1 Síndrome de <i>burnout</i> – evolução do fenómeno	18
2.2 Modelos teóricos explicativos do processo da síndrome de <i>burnout</i>	25
2.3 Fatores associados à síndrome de <i>burnout</i> e suas consequências	28
2.4 Avaliação da síndrome de <i>burnout</i>	39
2.5 Estratégias de intervenção na síndrome de <i>burnout</i>	41
2.6 Síndrome de <i>burnout</i> em cuidados paliativos	43
3. HIPÓTESES DE TRABALHO	47
4. MATERIAIS E MÉTODOS	50
4.1 População.....	50
4.2 Instrumentos de recolha de dados	51
4.3 Previsão da recolha de dados	57
4.4 Previsão do tratamento de dados e apresentação de resultados.....	58
4.5 Previsão de recursos	60
4.6 Questões éticas consideradas no estudo	61
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
ANEXOS	75
Anexo 1 Instrumentos de recolha de dados	76
Anexo 2 Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de recolha de dados nas unidades de cuidados paliativos da região norte de Portugal	85
Anexo 3 Declaração de consentimento informado	87
Anexo 4 Cronograma do projeto de investigação	89
Anexo 5 Cronograma do estudo de investigação	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Modelo geral explicativo da síndrome de <i>burnout</i> de <i>Maslach, Jackson e Leiter</i> (1996)	27
----------	---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Fatores antecedentes da síndrome de <i>burnout</i>	29
Quadro 2	Estudos transversais sobre a síndrome de <i>burnout</i> realizados em Portugal	40
Quadro 3	Estudos transversais sobre a síndrome de <i>burnout</i> realizados em vários países, em profissionais de saúde.....	41
Quadro 4	Valores de <i>alpha de Cronbach</i> para o MBI	54
Quadro 5	Subescalas do Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos: Comparação entre a escala original e a escala validada para a população portuguesa	56
Quadro 6	Recursos materiais e financeiros	60

1. INTRODUÇÃO

Na sociedade atual, os indivíduos são o reflexo da sua atividade profissional e o prolongar dessa atividade para o contexto familiar é muitas vezes uma constante. Tal situação é agravada quando estamos perante profissões de ajuda, ou seja, aquelas que são desenvolvidas no contacto direto e constante com indivíduos em situação de doença ou sofrimento.

Os profissionais de saúde, em particular os dos cuidados paliativos, lidam frequentemente com a dor e com a morte, sobrepondo muitas vezes estas situações aos seus próprios problemas. Estas exigências profissionais são responsáveis por um acumular de situações stressantes, que conjugadas com fatores individuais, relacionais e organizacionais poderão levar ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*, ou seja, "*uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização, e realização pessoal, que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com outras pessoas.*" (Maslach, Jackson e Leiter, 1996).

A síndrome de *burnout* é uma grave consequência da exposição crónica ao stresse no contexto laboral (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Kumar, 2007), resultante de uma incongruência, ou desajuste, entre o profissional e o seu emprego (Maslach, 2003).

A evolução do conceito de stresse para o de *burnout*, permitiu observar uma mudança de perspectiva, evoluindo-se do plano predominantemente individual para o psicossocial (Pereira, 2002).

Vários foram os autores que ao longo das últimas décadas se interessaram pela temática, síndrome de *burnout*, devendo-se a Maslach e colaboradores a operacionalização do conceito em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal (Maslach e Jackson, 1981; Maslach e Goldeberg, 1998; Kumar, 2007; Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008).

A exaustão emocional representa a dimensão básica do stresse no *burnout*, sendo o ponto-chave desta síndrome, e refere-se à sensação de esgotamento de energia, sentimentos de sobrecarga emocional e de esgotamento de recursos emocionais.

A despersonalização que representa a dimensão interpessoal da síndrome de *burnout*, expressa-se por uma atitude negativa, cínica e distante em relação aos outros.

Por último a redução da realização pessoal, representa a dimensão auto avaliativa da síndrome de *burnout* e é uma atitude negativa para consigo mesmo, e em relação ao posto de trabalho (Zantinge, et al., 2009).

De acordo com alguns autores, a síndrome inicia-se pela exaustão emocional que por sua vez pode levar a despersonalização e sentimentos de realização pessoal reduzidos (Maslach e Goldeberg, 1998; Bakker, et al., 2000).

Estudos desenvolvidos por diferentes autores têm mostrado que são os stressores relacionados com o trabalho que se apresentam mais fortemente correlacionados com a síndrome de *burnout* (Pereira, 2002; Zapf, Seifert, Schmutte e Mertini, 2008). De uma maneira geral, reconhece-se a importância do papel desempenhado pelo ambiente de trabalho (como a pressão do tempo, a carga de trabalho, ou conflito/ambiguidade de papéis), assim como pela dimensão social e relacional (o tempo na interação com os clientes, a frequência de contacto com determinado tipo de clientes, nomeadamente com doentes crónicos terminais, ou o contacto com o sofrimento e morte), no processo de *burnout*.

Alguns estudos têm concluído que os profissionais que trabalham diretamente com pessoas, assistindo-as ou sendo responsáveis pelo seu desenvolvimento e bem-estar, são mais suscetíveis ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*, presumivelmente devido a fatores como a obrigação de exteriorizar ou não emoções no trabalho, ou a exigência de estabelecer uma relação empática (Pereira, 2002; Zapf, Seifert, Schmutte e Mertini, 2008), ou ainda como refere *Freudenberger* (1974), a explicação para este fenómeno pode passar essencialmente pelo facto de estes profissionais terem de lidar com as suas próprias necessidades e com as daqueles que os procuram, prestando cuidados a indivíduos com carências afetivas, ou a necessitarem de cuidados extremos, e muitas vezes por um longo período. Com o decorrer do tempo estes profissionais sentem que não podem contribuir emocionalmente para os outros, sendo a sobrecarga de trabalho, um dos fatores mais vezes referidos (Burke e Greenglass, 2001).

Montgomery, Panagopolou e Benos (2005) dizem que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, apresentam um risco elevado de *burnout*, pois o seu trabalho exige um elevado nível de interrelação.

A falta de tempo e sobrecarga de trabalho foram também relatados como principais causas de stresse por médicos de clínica geral em vários países (Kirwan e Armstrong, 1995; Bailie, et al., 1998; Burdi e Baker, 1999; Calnan, et al., 2001; Huby, et al., 2002; Sibbald, Bojke e Gravelle, 2003).

Mcintyre (1994) refere que uma percentagem considerável de profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros evidencia reações adversas ao stresse, que afetam o seu bem-estar pessoal, a sua saúde mental e a sua capacidade de prestar cuidados adequados.

Num estudo realizado em hospitais noruegueses, concluiu-se que os enfermeiros e os médicos ao defenderem os valores profissionais face à diminuição dos recursos disponibilizados, apresentaram problemas de saúde mental e maior frequência de faltas ao trabalho por doença (Grimsmo e Sørensen, 2004).

Especificamente no que diz respeito aos enfermeiros, um estudo revela que a síndrome de *burnout* está associada à natureza exigente da profissão de enfermagem, ao número de horas de trabalho, ao trabalho por turnos, bem como a sentimentos de inadequação profissional (Karanikola, Papathanassoglou, Giannakopoulou, Koutroubas, 2007). Em outros estudos cujos participantes eram igualmente enfermeiros constatou-se uma consistente relação negativa entre a satisfação no trabalho e o volume de trabalho no emprego, indicando que a insatisfação pode levar estes profissionais a considerar mesmo a mudança de profissão (Andrews e Dziegielewski, 2005).

A síndrome de *burnout* apesar de mais comum em profissionais da área médica e de enfermagem é igualmente extensível a outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais (Demir, Ulosoy e Ulosoy, 2003; Soler, et al., 2008).

Sendo uma realidade em diferentes contextos de trabalho na área da saúde, em cuidados paliativos a exposição a fatores stressantes (nomeadamente ao tempo que os profissionais de saúde passam em contacto com os doentes e os seus familiares e à

relação interpessoal que se estabelece), cria o ambiente propício para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* e explica o elevado risco nestes profissionais (Sá, 2002).

O conhecimento da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde, particularmente nos que desempenham funções nas unidades de cuidados paliativos, assume particular relevo para uma melhor compreensão deste fenómeno, pois só deste modo se conseguirá uma intervenção eficaz fundamentada na evidência, que permita a sua prevenção ou a minimização do seu impacto a nível pessoal e organizacional.

Face aos resultados de investigações, alguns por nós já mencionados e à observação de atitudes e comportamentos de elementos das equipas de saúde com quem contactamos profissionalmente, propomo-nos elaborar este projeto que nos permitirá realizar um estudo de investigação cujos objetivos são:

- determinar a prevalência de *burnout* em profissionais de saúde a desempenhar funções nas unidades de cuidados paliativos da zona norte de Portugal;
- identificar fatores que se correlacionem com esta síndrome.

Assim, construímos a questão base da investigação, ou seja, o nosso objeto de estudo:

Qual será a prevalência da síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde a desempenhar funções nas unidades de cuidados paliativos da região norte de Portugal e quais os fatores que estão relacionados com esta síndrome na população em estudo?

Para atingir os objetivos a que nos propomos iremos realizar um estudo exploratório, transversal e quantitativo.

Este projeto de investigação traduz o planeamento do estudo que se pretende realizar e está operacionalizado da seguinte forma:

Após a introdução surge um capítulo, resultado da pesquisa bibliográfica onde faremos uma abordagem dos aspetos teóricos necessários à compreensão do objeto de estudo, ao conhecimento do estado da arte neste domínio e à tomada de decisões metodológicas. Assim, iremos apreciar a evolução do conceito, descrever os diferentes modelos explicativos, fazer uma abordagem dos fatores relacionados com o *burnout*, dos instrumentos para a sua avaliação e das consequências da síndrome a nível pessoal e

profissional. Mencionaremos também estudos sobre o fenómeno realizados, a nível nacional e internacional.

Um outro capítulo diz respeito às hipóteses de trabalho. Nele, para além de enunciarmos as hipóteses de investigação que nortearão o estudo, faremos uma referência às variáveis e à sua pertinência.

O capítulo seguinte dirá respeito aos materiais e métodos neste estudo e nele incluiremos todos os aspetos relevantes relacionados com a população, os instrumentos de colheita de dados, a previsão de recolha e do tratamento de dados, a apresentação de resultados e a previsão dos recursos a utilizar, bem com as questões éticas.

Por último construiremos um capítulo que denominamos de considerações finais e em que pretendemos refletir sobre a generalidade dos componentes do projeto e sobre as dificuldades que se nos colocaram no decurso do mesmo.

Em síntese, o estudo da síndrome de *burnout* interessa-nos particularmente.

O interesse e o envolvimento com esta problemática resultaram simultaneamente da riqueza e complexidade do mesmo, do facto de sabermos que ao afetar o profissional de saúde interfere com a qualidade do seu desempenho profissional e com a sua vida pessoal e familiar, e ainda, por sentirmos que um melhor conhecimento deste fenómeno permitirá a definição e desenvolvimento de estratégias, que contribuam para a sua prevenção e se traduzam na melhoria de vida profissional e pessoal dos profissionais de saúde, bem como no incremento da qualidade dos serviços prestados.

Uma última razão para a escolha desta problemática é o facto de a mesma estar pouco estudada no nosso país, ao nível dos cuidados paliativos e ao nosso interesse em posteriormente continuarmos nesta linha de investigação, pois, queremos que este projeto não sirva apenas para satisfazer uma exigência curricular, do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, mas que seja a base para uma investigação que consideramos pertinente para o conhecimento dum fenómeno que pode afetar a qualidade do desempenho profissional.

2. ESTADO DA ARTE

A revisão da literatura permitiu-nos a recolha de elementos que nos possibilitam ter noção da evolução do conhecimento acerca do fenómeno de *burnout*.

A informação recolhida fornece-nos os fundamentos para a construção deste marco teórico e subsídios importantes para a construção do projeto de investigação.

2.1 Síndrome de *burnout* – evolução do fenómeno

*“Burnout é uma experiência individual,
específica do contexto do trabalho”
(Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001)*

O termo *burnout* surge pela primeira vez com *Herbert J. Freudenberger* no seu artigo *Staff Burn-out* (Freudenberger, 1974), para alertar a comunidade científica dos problemas a que os indivíduos com “profissões de ajuda” estavam expostos. *Freudenberger* utilizou o termo *burnout* para se referir ao efeito devastador do abuso de drogas ilícitas, para descrever a gradual exaustão emocional, a perda de motivação e compromisso, dos voluntários na Clínica São Marcos em *East Village* de Nova Iorque, que ele observou enquanto psiquiatra (Freudenberger, 1974; Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008).

O próprio *Freudenberger* foi vítima de *burnout* duas vezes, o que aumentou o seu interesse no estudo desta síndrome. As suas publicações sobre o assunto foram fortemente autobiográficas e o seu impacto é ilustrado pelo facto de, em 1999, ter recebido o prémio *“Gold Medal for Life Achievement”* na Prática da Psicologia na convenção da *American Psychiatry Association*, em *Boston* (Freudenberger, 1974; Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008).

Freudenberger definiu *burnout* como um estado de exaustão física e mental causada pela vida profissional (Freudenberger, 1974).

Desde então, diversas definições têm surgido.

Kuremyr, et al. (1994) definiram *burnout* como "*uma experiência de exaustão física, emocional e mental causada pelo envolvimento de longo prazo em situações emocionalmente exigentes*".

Com *Maslach e Jackson (1981)* evolui-se para uma abordagem psicossocial, criando-se as bases conceptuais e empíricas da síndrome. Realçaram a incidência nos trabalhadores cuja atividade era centrada em pessoas, com as quais tinham contacto direto.

Maslach, Jackson e Leiter (1996), como já referido na introdução, classificaram *burnout* como uma "*uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal*".

A evolução do conceito de *burnout* foi pouco consistente, não havendo desde logo uma definição padrão, mas sim uma grande variedade de opiniões. Tal facto levou a que pessoas diferentes usassem o termo com diferentes significados, não existindo, desde logo, uma base para uma comunicação construtiva sobre o problema e soluções para esta problemática (*Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001*). Como constatamos, com o contributo de vários autores, o conceito foi evoluindo e o mais aceite parece ser o de *Maslach* e colaboradores.

De acordo com o *Webster's Medical Dictionary (2011)*, o termo *burnout* é caracterizado por uma "*exaustão física ou emocional, especialmente como resultado de um stresse de longo prazo*". Tendo em vista esta perspectiva, a síndrome de *burnout* é conceptualmente semelhante a determinadas condições patológicas, como a síndrome de fadiga crónica e a fibromialgia, que se caracterizam por um estado de fadiga, aumento de irritabilidade e sentimentos de desmotivação (*Kop, et al., 1994*).

Delbrouck (2006) trata mesmo *burnout* como uma doença específica que poderá em algum momento afetar um indivíduo saudável, denominando-a, a doença da relação de ajuda.

Nas últimas décadas, o *burnout* tem atraído a atenção de investigadores, profissionais e público em geral. Apesar de problemas metodológicos, os estudos quantitativos sugerem que a síndrome de *burnout* não é exclusivamente um fenómeno norte-americano ou ocidental (*Perrewé, et al., 2002*). Atualmente, o *burnout* é um tema sobre

o qual numerosos congressos e simpósios são realizados (Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008). Estima-se que atualmente, mais de 6.000 livros, capítulos, dissertações e artigos em revistas tenham sido publicados sobre a síndrome de *burnout* (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001). Os estudos sobre esta síndrome, no período de 1975 a 1980 passaram de 5 para 200 e os trabalhos publicados no início dos anos 80 eram apenas 200, passando para 300 no final dessa mesma década, o que mostra um aumento significativo (Pereira, 2002).

O conceito de *burnout* tem estimulado a pesquisa sobre os fatores associados ao trabalho, particularmente nas profissões de ajuda, tornando-os foco de interesse.

Apesar da sua origem norte-americana, a difusão deste conceito estendeu-se a muitos outros países, tornando-se assim um fenómeno de notável importância mundial (Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008).

O conceito foi introduzido nos EUA na década de 70 e na década de 80 na Europa Ocidental. A partir dos anos 90 o estudo da síndrome alargou-se a outros países e continentes constituindo-se um fenómeno de interesse global (Kulkarni, 2006).

O facto de a síndrome de *burnout* ser um fenómeno à escala global, não implica necessariamente que o termo seja idêntico em todos os países e línguas. No entanto o termo mais frequentemente utilizado é o de origem inglesa "*Burnout*" (Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008).

Além da adaptação idiomática do termo, o contexto social local desempenha um papel importante na forma como é percebida a síndrome de *burnout*. Em alguns países, o diagnóstico de *burnout* abre a possibilidade de o indivíduo obter um regime de compensação financeira, aconselhamento, tratamento psicoterapêutico e reabilitação. Exemplos disso são a Suécia e a Holanda. Em outros países, no entanto, o diagnóstico de *burnout* não é considerado na regulamentação das doenças profissionais (Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008).

É de salientar que, o interesse na investigação da síndrome de *burnout* tem correspondência com o desenvolvimento económico dos países envolvidos. Por exemplo, atualmente, as economias da Índia e da China apresentam um grande crescimento, e também agora a síndrome de *burnout* parece atrair a atenção nesses mesmos países (Kulkarni, 2006).

Tem sido sugerido que a globalização, privatização e liberalização podem causar rápidas mudanças no mundo do trabalho (aumento da necessidade de aprender novas competências, necessidade de adotar novas formas de trabalho, pressão para uma maior produtividade e qualidade no trabalho, pressão de tempo), que podem levar à síndrome de *burnout* (Kulkarni, 2006).

Como já referimos, os primeiros estudos de *burnout* na atividade profissional datam da década de 1970, e desde o início surgiram relatos bastante críticos sobre a experiência pessoal na atividade profissional. Hoje, mais de 35 anos passados desde a sua introdução na literatura, este conceito continua a suscitar interesse e é alvo de vários estudos (Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008).

Da revisão da literatura, como nos foi dado perceber, deve-se em larga medida a *Freudenberger*, a *Cristina Maslach* e a *Susan Jackson* a divulgação e o interesse desta temática no meio científico. *Maslach* e *Jackson* contribuíram para a evolução da compreensão da síndrome de *burnout*, não só pelo desenvolvimento do conceito, operacionalizando-o em três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal), mas também pela construção do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), instrumento que permitiu avaliar a síndrome.

Como já referido anteriormente, a definição proposta tem como dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização e a reduzida satisfação pessoal no trabalho (Maslach e Jackson, 1981; Maslach, Jackson e Leiter, 1996; Pereira, 2002).

- A **exaustão emocional** aponta para um esgotamento quer físico quer mental, com a sensação de se ter chegado ao limite das capacidades. A exaustão leva os trabalhadores a um distanciamento emocional e cognitivo do seu trabalho, provavelmente como forma de lidar com as exigências do trabalho. O facto de a exaustão ser um critério necessário para a definição da síndrome de *burnout* não significa que seja suficiente. (Pereira, 2002; Maslach, 2003).
- A **despersonalização** significa que o indivíduo apresenta alterações na relação interpessoal, traduzidas pelo contacto impessoal e distante com os clientes (quer sejam alunos, doentes, ou outros) e colegas de trabalho, desenvolvendo atitudes de indiferença e cinismo (Pereira, 2002; Maslach, 2003).

- A **reduzida realização pessoal** refere-se a sentimentos de diminuição de competências e produtividade no trabalho, de baixa autoeficácia, desmotivação, podendo levar o profissional a ter vontade de abandonar o trabalho (Pereira, 2002; Maslach, 2003).

Nos seus estudos, *Maslach* procurava compreender a forma como os trabalhadores lidavam com a exaustão emocional e estratégias cognitivas a que recorriam. Na realização das entrevistas constatou que os trabalhadores muitas vezes se sentiam emocionalmente exaustos, que desenvolviam percepções e sentimentos negativos sobre os seus clientes, e que vivenciavam crises de competência profissional como resultado da exaustão emocional. Esses profissionais referiam-se à síndrome de *burnout* (Schaufeli, Maslach, Marek, 1993).

Nos primeiros estudos, a síndrome de *burnout* foi predominantemente identificada nos serviços humanos, sendo uma condição inerente à atividade ocupacional e especialmente prevalente em profissões cuja tarefa implicava o relacionamento com pessoas (Maslach, Jackson, Leiter, 1996, Maslach, 2001).

Nos profissionais dedicados à ajuda e serviço aos outros, com metas elevadas e que não conseguiam concretizá-las, observou-se a perda do significado do trabalho realizado. A frustração e desilusão, decorrentes de um confronto generalizado e institucionalizado de valores utilitaristas e organizacionais com os valores pessoais ou profissionais, contribuiu ainda mais para a síndrome de *burnout* (Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008).

Os profissionais ficavam em stresse quando percecionavam a sua capacidade diminuída para realizar aquilo a que se propunham. A experiência de *burnout* nos prestadores de serviços humanos não era apenas um risco ocupacional, mas uma agressão à sua identidade profissional. A opção pela carreira nos serviços humanos, implicava a rejeição de outras opções também aliciantes, logo a síndrome de *burnout* teria um impacto mais devastador sobre a sua identidade (Farber, 1983 cit in Pereira, 2002).

No final dos anos 80, os investigadores começaram a reconhecer que a síndrome de *burnout* ocorria fora dos serviços humanos, entre gestores, empresários, e operários. Assim, o conceito de *burnout* que tinha como fundamental a intensa relação com os clientes foi alargado a outras atividades que exigem criatividade, solução de problemas, ou coordenação (Maslach, Jackson, Leiter, 1996). Nesta perspectiva, a síndrome de

burnout foi definida como "um estado de exaustão em que se é cínico sobre o valor da própria ocupação e se tem dúvidas da nossa capacidade de realização" (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

Schaufeli, Leiter e Maslach (2008), afirmam que a relevância da síndrome de *burnout*, enquanto problema de importância social e foco de investigação científica recai fundamentalmente sobre dois aspetos. O primeiro é um desequilíbrio contínuo entre a procura e os recursos existentes. Ao aumentar a procura, os recursos não conseguem manter o ritmo, devido à falta de pessoal, equipamento, material, ou de espaço de atendimento. Isto pode levar ao aumento do número de horas de trabalho, o que faz com que os profissionais não consigam descansar e recuperar eficazmente, agravando ainda mais o impacto dos desequilíbrios de recursos. O segundo aspeto diz respeito à motivação pessoal. Como os profissionais podem ter valores pessoais que diferem dos das organizações, podem originar-se conflitos de valores, que aumentam quando as organizações e os colaboradores reduzem o seu compromisso.

No século XXI, as condições de contratação de recursos humanos são cada vez mais precárias. Os profissionais ao serem recrutados como força de trabalho têm a expectativa de uma carreira que lhes reconheça o mérito tal como se observou nos trabalhadores da geração anterior. Estas condições estão a ter influência na relações organizacionais no que se refere à conflitualidade entre os trabalhadores e a entidade empregadora, dado que nenhuma das partes está disposta a assumir um compromisso de longa duração. Assim, os funcionários estão cada vez menos dispostos a colocar de lado os seus interesses pessoais para o bem da empresa (Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008).

Em organizações do sector público, a sua missão excede em muito os seus recursos (Potter, Pistella, Fertman e Dato, 2000).

O desequilíbrio sistémico da procura de recursos promove a exaustão e reduz a eficácia profissional, enquanto o desinteresse pelos valores corporativos reduz o envolvimento dos profissionais no seu trabalho (Schaufeli, 2006).

Os princípios inerentes à globalização e o desequilíbrio sistémico da procura, contribuem para a manutenção da síndrome de *burnout* nas organizações. Os profissionais que vão experienciando a síndrome de *burnout*, ao longo do tempo perdem

a capacidade para manter um envolvimento intenso nas suas funções, levando a um impacto significativo no seu trabalho (Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008).

Ao conceptualizar a síndrome de *burnout*, é importante falar de stresse, pois quando pretendemos compreender esta síndrome, indubitavelmente surge o conceito de stresse associado (Pereira, 2002).

O stresse foi definido como um “*estado manifestado por um síndrome que consiste em todas as mudanças não específicas induzidas dentro de um sistema biológico*” (Selye, 1965 *cit in* Pereira, 2002). E o stresse ocupacional como um estado emocional causado pela interação do indivíduo com o seu local de trabalho, que conduz a uma discrepância entre o grau de exigência do trabalho e a capacidade de a gerir (Ross e Altmaier, 1994).

O stresse pode apresentar aspetos positivos ou negativos, enquanto a síndrome de *burnout* tem sempre um carácter negativo. De referir ainda que a síndrome de *burnout* está relacionada com o mundo do trabalho e com o tipo de atividades profissionais. Apresenta uma dimensão, social, inter-relacional, através da despersonalização, o que pode não ocorrer no stresse ocupacional (Schaufeli e Enzmann, 1998; Pereira, 2002).

Refira-se ainda que quando as exigências do trabalho são demasiado altas, as reações de stresse poderão acontecer. A síndrome de *burnout* surge como uma resposta ao stresse laboral crónico, não devendo por isso ser confundida com stresse (Pereira, 2002).

Acresce ainda que, na síndrome de *burnout*, a qualidade do trabalho é ainda afetada quer pela desatenção e negligência, quer pela relação de distanciamento entre o profissional e a pessoa a quem presta atendimento ou serviços (Pereira, 2002).

Clarificada a diferença entre stresse e síndrome de *burnout*, interessa agora fazer a distinção entre esta síndrome e depressão. Em termos de manifestações clínicas, o que ambas apresentam em comum é a disforia. Nas pessoas deprimidas observa-se desânimo, lentificação do pensamento e prevalência de sentimentos de culpa, enquanto nos indivíduos que experienciam *burnout* o sentimento é de desilusão, tristeza e raiva, conseguindo identificar o emprego como desencadeante deste processo (Schaufeli e Enzmann, 1998; Delbrouck, 2006).

É ainda de salientar que nos estádios iniciais da síndrome de *burnout*, os indivíduos podem manter as suas características de humor e serem produtivos em algumas áreas, ao

passo que a depressão é caracterizada pela generalização dos sintomas a todas as situações e aspetos da vida do indivíduo (Schaufeli e Enzmann, 1998).

2.2 Modelos teóricos explicativos do processo da síndrome de burnout

A complexidade da síndrome de *burnout* implica a necessidade de diferentes modelos teóricos explicativos, para sua compreensão (Pereira, 2002; Pinto e Chambel, 2008).

A maioria dos modelos reflete o conhecimento e o ponto de vista dos autores, mostrando se dão mais relevo ao papel das variáveis individuais, ou ao dos fatores interpessoais, ou se colocam o papel das organizações como foco de atenção.

Na origem dos modelos estão diferentes concepções teóricas, que permitem a fundamentação dos mesmos e segundo Carlotto (2001) e Pinto e Chambel (2008), classificam-se em clínica, psicossocial, organizacional e sócio-histórica.

Na concepção clínica, a síndrome de *burnout* é caracterizada por um conjunto de sintomas (fadiga física e mental, sentimento de impotência e inutilidade, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, e baixa autoestima), que pode levar o profissional à depressão e em casos extremos mesmo ao suicídio. *Freudenberger* é o autor a quem se atribui a concepção clínica, pois defende a síndrome de *burnout* como um estado e não como um processo, decorrente da atividade profissional, mas dependente de características pessoais (Freudenberger, 1974; Carlotto, 2001; Pereira, 2002).

A concepção psicossocial alia os aspetos individuais às variáveis psicossociais (condições e relações no trabalho), o que propicia o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome de *burnout*. *Christina Maslach* e *Susan Jackson* (1977), principais representantes desta concepção, contribuíram para a operacionalização da síndrome em dimensões (a exaustão emocional, a despersonalização e a reduzida satisfação pessoal no trabalho) (Queirós, 2005).

Cherniss (1980), que representa a concepção organizacional, aponta como principais agentes neste processo os agentes stressores organizacionais, defendendo que as dimensões apresentadas na síndrome (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho) são mecanismos de enfrentamento. *Golembiewski* e

colaboradores afirmam que a síndrome de *burnout* resulta de um desajuste entre as necessidades do indivíduo e os interesses da instituição (Pereira, 2002).

A concepção sócio-histórica salienta mais o papel da sociedade do que o dos fatores pessoais ou institucionais. Em consequência, as profissões centradas na prestação de serviços e ajuda ao próximo são incompatíveis com os valores predominantes na sociedade atual (Carlotto, 2001; Pereira, 2002).

Como já referido, fundamentados nas várias concepções, surgem diferentes modelos explicativos do processo de *burnout*. Muitos dos estudos que contribuíram para a sua construção, usaram o *Maslach Burnout Inventory* – MBI (Maslach e Jackson, 1986; Maslach, Jackson e Leiter, 1996; Maslach e Goldberg, 1998; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Pereira, 2002).

Como exemplo de modelos que contribuíram para uma melhor compreensão do processo de *burnout*, enumeramos os seguintes:

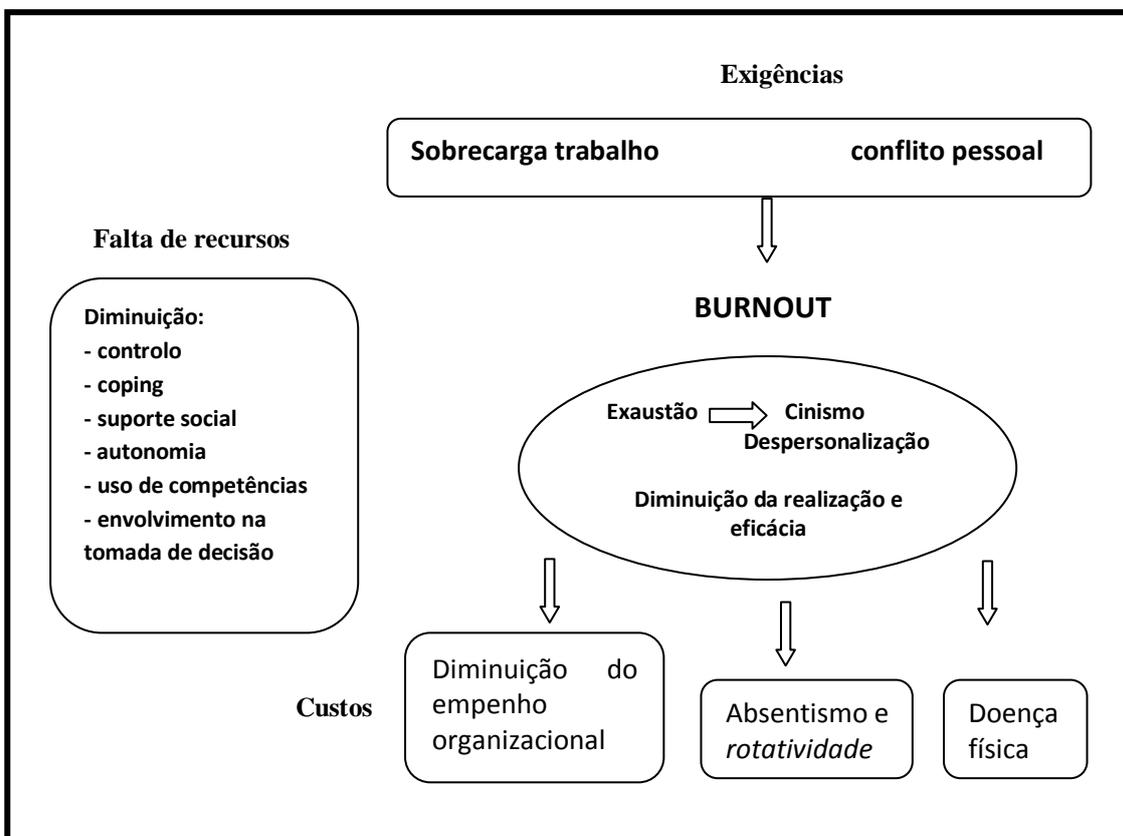
- O Modelo progressivo de *Edlwich e Brodsky* (1980);
- O Modelo da síndrome de *burnout* de *Cherniss* (1980);
- O Modelo da síndrome de *burnout* de *Golembiewski* e colaboradores (1988);
- O Modelo geral explicativo da síndrome de *burnout* de *Maslach, Jackson e Leiter* (1996).

Sendo vasto o número de modelos explicativos da forma como se desencadeia e desenvolve o processo de *burnout* optamos por descrever o modelo geral explicativo da síndrome de *burnout* de *Maslach, Jackson e Leiter* de 1996 (Maslach e Goldeberg, 1998), dado que fundamenta o nosso estudo.

O modelo geral explicativo da síndrome de *burnout* baseia-se em estudos empíricos que contribuíram para identificar as variáveis situacionais relacionadas com o trabalho e que são mais fortemente preditivas de *burnout* do que as variáveis individuais. *Maslach, Jackson e Leiter* (1996) (Fig. 1) no seu modelo apresentaram a síndrome de *burnout* como resultado das exigências profissionais, sendo a sobrecarga de trabalho, e o conflito pessoal as exigências major. A falta de recursos como a diminuição de controlo, o coping, o suporte social, a autonomia, o uso de competências e o envolvimento na

tomada de decisão parecem ser os mais críticos. As investigações destes autores corroboram uma versão do processo de burnout sequencial: a exaustão emocional ocorre em primeiro lugar, seguindo-se a despersonalização, enquanto a diminuição da realização pessoal se desenvolve separadamente (Fig. 1) (Maslach e Goldeberg, 1998). O resultado deste processo, segundo este modelo, traduz-se pela diminuição do empenho na organização, aumento do absentismo, aumento da rotatividade e doença física.

Figura 1 – Modelo geral explicativo da síndrome de *burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (1996)



Fonte: Maslach, C., Goldeberg J. (1998). Prevention of burnout: new perspective. *Applied & Preventive Psychology*, (7), 63-74.

As combinações das três dimensões podem resultar em diferentes padrões de experiência de trabalho e de risco de desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Maslach, 2003).

Por exemplo, uma situação pode envolver relações difíceis de trabalho com os colegas, levando à exaustão e cinismo, mas se forem proporcionadas boas oportunidades para alcançar o sucesso, pode verificar-se um sentimento de realização pessoal no trabalho. Numa outra situação, a profissão pode envolver sobrecarga de trabalho levando à exaustão e cinismo, ou envolver uma falta de objetivos claros, que levam a um sentimento de diminuição de realização pessoal no trabalho (Maslach, 2003).

Estes e outros possíveis padrões realçam a complexidade do ambiente de trabalho e o seu impacto diferenciado sobre os indivíduos (Maslach, 2003).

2.3 Fatores associados à síndrome de burnout e suas consequências

A compreensão da síndrome de *burnout* implica ainda o conhecimento dos fatores antecedentes da síndrome, bem como das suas consequências.

Gil-Monte e Peiró (1997) classificam os fatores antecedentes da síndrome de *burnout* em desencadeantes (stressores com um carácter crónico que ocorrem no ambiente de trabalho) e facilitadores (características pessoais dos indivíduos que ampliam a suscetibilidade do indivíduo).

O quadro que se segue (quadro1) resume os principais fatores referenciadas por diversos autores (*Gil-Monte e Peiró*, 1997; *Schaufeli e Ezzmann*, 1998; *Maslach, Schaufeli e Leiter*, 2001; *Benevides-Pereira*, 2002).

Quadro 1 - Fatores antecedentes da síndrome de *burnout*

Fatores sociodemográficos	Fatores característicos do trabalho
Idade Género Nível educacional Estado civil Nº de filhos Personalidade Sentido de coerência Idealismo	Tempo de profissão Trabalho por turnos Relação com o doente Relacionamento com os colegas de trabalho e com os superiores Pressões na atividade ocupacional Expectativas Ambiguidade de papéis Satisfação na atividade ocupacional Feedback Noções éticas Sentimento de injustiça nas relações laborais
Fatores organizacionais	Fatores sociais
Ambiente físico Mudanças organizacionais Normas institucionais Segurança Comunicação Autonomia	Apoio social Apoio familiar Aspeto cultural Prestígio social

Fonte: Benevides-Pereira, A.M.T. 2002. *Burnout: Quando o Trabalho Ameaça o Bem-Estar do Trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Como podemos observar no quadro 1, os fatores agrupam-se em sociodemográficos, fatores característicos do trabalho, organizacionais e sociais.

Pelo facto de neste estudo apenas considerarmos os fatores sociodemográficos e os fatores característicos do trabalho é sobre eles que iremos tecer algumas considerações.

- Fatores sociodemográficos

Os fatores sociodemográficos que mais frequentemente têm sido relacionados com a síndrome de *burnout* e objeto de estudo por diferentes autores são os que seguidamente descrevemos.

A idade, de entre as variáveis demográficas estudadas, é aquela que surge com maior associação à síndrome de *burnout*. O nível de *burnout* é descrito como sendo superior nos indivíduos mais jovens, do que entre aqueles com mais de 30 ou 40 anos de idade (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Pereira, 2002; Queirós, 2005).

A idade é confundida muitas vezes com experiência, uma vez que a síndrome de *burnout* parece ocorrer com uma probabilidade superior no início da carreira. Tal constatação é atribuída à falta de experiência profissional, que pode gerar insegurança perante a realidade do trabalho, quando se verifica que as expectativas dificilmente são realizáveis (Pereira, 2002).

Contudo, estes resultados devem ser analisados com alguma reserva, devido ao problema do *viés* de permanência na profissão, pois aqueles que desenvolvem a síndrome de *burnout* no início das suas carreiras são propensos a abandonar a profissão, permanecendo os resistentes que, conseqüentemente, apresentam menores níveis de *burnout* (Schaufeli e Enzman, 1998; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

Relativamente ao género este não tem sido descrito como um forte preditor da síndrome de *burnout* (Moreno-Jiménez, González-Gutiérrez, Garrosa-Hernández, Peñacoba-Puente, 2002). Alguns estudos mostram maior desgaste nas mulheres, outros apresentam valores mais elevados para os homens e noutros não se encontram diferenças. As diferenças de género traduzem-se ainda por maior pontuação na despersonalização nos homens, e pontuação superior na exaustão nas mulheres. A elevada exaustão emocional no sexo feminino pode também ocorrer pelo trabalho duplo, profissional e doméstico, a que a maioria está submetida (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Pereira, 2002; Queirós, 2005).

As diferenças apontadas podem ter uma explicação nos papéis sociais. Às mulheres é-lhes permitida a livre expressão de emoções, o que contribui para aliviar os sentimentos de raiva, hostilidade e indignação. Nos homens são socialmente pouco aceitáveis essas manifestações, acabando as emoções por se expressar de forma inadequada, depois de terem atingido um nível insuportável (Pereira, 2002). Outra explicação pode ser encontrada em estereótipos de género associados às profissões. Por exemplo, os polícias são em maior número do sexo masculino e os enfermeiros em maior número do sexo feminino (Schaufeli e Enzman, 1998; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Pereira, 2002).

No que respeita ao nível educacional, alguns estudos apontam para diferenças, sendo os indivíduos com maior nível de escolaridade os que apresentam níveis de *burnout* superiores. (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Pereira, 2002).

Em regra as pessoas com grau académico mais elevado têm profissões que exigem níveis de responsabilidade superiores e têm expectativas mais elevadas quanto à profissão, o que as torna mais suscetíveis a situações de stress laboral e consequentemente ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Schaufeli e Enzmann, 1998; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001)

Em alguns estudos, o estado civil aparece como um fator associado positivamente e de forma significativa à síndrome de *burnout*, Noutros não foi encontrada tal associação (Pereira, 2002; Ahola, et al., 2006; Soares, Grossi e Sundin, 2007). Indivíduos solteiros (especialmente os homens) parecem apresentar maior propensão ao stress em comparação com os casados. Os solteiros parecem apresentar níveis de *burnout* ainda superiores do que aqueles que estão divorciados (Schaufeli e Enzmann, 1998; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Maslach, 2003).

Diversos traços de personalidade têm sido estudados na tentativa de identificar quais os tipos de pessoas que podem estar em maior risco de experienciar a síndrome de *burnout* (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Jackson, Firtko e Edenborough, 2007; Hallberg, Johansson e Schaufeli, 2007).

As características de personalidade interagem de modo complexo com os agentes stressores tanto no sentido de os potenciar, como, de os inibir ou eliminar (Pereira, 2002), o que leva a que os sinais e sintomas apresentados pelos indivíduos assumam graus de intensidade diferentes (Schaufeli e Ezmann, 1998). Semmer (1996) refere que baixos níveis de personalidade resistente, assim como um locus controlo externo e estratégias de coping de fuga/evitamento influenciam a ocorrência da síndrome.

Consideramos pertinente aprofundar aspetos relacionados com as estratégias de *coping*, uma vez que alguns autores apontam uma relação entre estas duas variáveis (Maslach, 1998; Schaufeli, 1999).

O *coping* é complexo, muitas vezes vagamente definido e de difícil operacionalização (Van Damme, Crombez e Eccleston, 2008). Contudo, os instrumentos de avaliação do

coping são bastante utilizados na literatura científica (Reid, Gilbert e McGrath, 1998; Truchon e Côté, 2005).

O *coping* é um processo essencialmente cognitivo e comportamental, em que o indivíduo tenta lidar com uma ameaça, através da avaliação dos recursos disponíveis, independentemente da sua eficácia (Lazarus e Folkman, 1984). É uma variável moderadora entre uma situação e as consequências da mesma. Quando esta variável funciona de modo ideal verifica-se que o processo de *coping* possuiu efeitos adaptativos (Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004).

O *coping* tem essencialmente duas funções principais: lidar com o problema que está a causar sofrimento (*coping* focalizado no problema) e controlar as emoções (*coping* focalizado na emoção) (Folkman, Lazarus, Delongis e Gruen, 1986). Assim, sob o ponto de vista cognitivo surgem duas estratégias: o *coping* centrado no problema e o *coping* centrado nas emoções (Lazarus e Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Delongis e Gruen, 1986).

Desta forma, e assumindo o carácter multidimensional do *coping*, várias estratégias podem ser adotadas decorrentes da situação, não existindo estratégias boas ou más, eficazes ou ineficazes, apropriadas ou inapropriadas, tudo é condicionado pelo contexto situacional (Lazarus e Folkman, 1984).

O modelo transacional de stresse e *coping* (Lazarus e Folkman, 1984) é aceite por investigadores e profissionais, Este modelo explica que um evento potencialmente stressante desencadeará um processo de avaliação primária, na qual um indivíduo avalia o grau de ameaça em relação ao seu bem-estar. Quando um evento é percebido como uma ameaça ou um desafio, o processo de avaliação secundária fornece uma avaliação global dos recursos do indivíduo e a habilidade para gerir a ameaça/desafio. As respostas de *coping* são iniciadas após as avaliações cognitivas e da experiência psicofisiológica eventual (resultados do stresse) do evento potencialmente stressante, dependendo da eficácia das avaliações individuais e dos processos cognitivos de *coping* (Goh, Sawang e Oei, 2010).

O modelo de Lazarus e Folkman sugere que o indivíduo adota estratégias de *coping* para ultrapassar as incongruências entre as exigências ambientais e os recursos individuais (Folkman, Lazarus, Delongis e Gruen, 1986).

O indivíduo ao defrontar-se com um problema que é possível ser alterado, desenvolve esforços no sentido de o gerir ou modificar, tentar analisar em termos de custos e benefícios e escolhe entre as alternativas apresentadas. Este tipo de *coping*, centrado no problema, tanto pode ser dirigido ao meio como à pessoa (Folkman e Lazarus, 1980).

Contudo, quando a percepção de que nada pode ser feito para mudar o curso dos acontecimentos, surge o *coping* focado nas emoções, em que o objetivo passa por controlar a resposta emocional e atenuar o seu impacto no indivíduo (Folkman e Lazarus, 1980).

Autores como Terry (1994) consideram que a natureza da situação e a forma como o indivíduo a avalia são determinantes importantes do tipo de estratégia de *coping* escolhida pelo sujeito para lidar com um evento específico.

Em estudos transversais, o *coping* focalizado na emoção também tem sido associado com o stresse no trabalho e *burnout* entre médicos (Deary, et al., 1996; Sharma, Sharp e Walker, 2008).

Leiter (1991) realizou um estudo no qual participaram 177 trabalhadores de um hospital psiquiátrico (enfermeiras, assistentes sociais, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais). Os resultados do estudo evidenciaram que um valor menor de exaustão emocional estava associado á utilização de estratégias de *coping*. Também foi verificado que o uso de estratégias de *coping*/evitação aumenta a exaustão emocional, tornando este tipo de estratégias um meio particularmente ineficaz para evitar a síndrome de *burnout*.

A disponibilidade de recursos de coping modera a relação entre os stressores e a exaustão emocional (Cordes e Dougherty, 1993). É expectável que a adoção de estratégias de *coping* confrontativo se associe com redução da exaustão emocional (Karin, et al., 2010).

- Fatores característicos do emprego

A maioria dos autores, como já foi referido, concorda também que, qualquer indivíduo em qualquer atividade ocupacional pode vir a desenvolver a síndrome de *burnout*. No entanto nos que trabalham em profissões que envolvem ajuda ou assistência em geral

(médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, psicólogos, bombeiros) a incidência é superior (Pereira, 2002). A ocorrência de exaustão emocional pode estar associada a pressões na atividade ocupacional (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Carlotto, 2001).

A sobrecarga de trabalho (exigências quantitativas como trabalhos pesados, pressão do tempo, número de horas trabalhadas e número de clientes) está associada à síndrome de *burnout*, mais especificamente com a dimensão exaustão (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Queirós, 2005).

Relativamente ao tempo de profissão, alguns autores apontam a síndrome de *burnout* como um processo de deterioração e desgaste progressivo ao longo dos anos de profissão, nesta perspectiva a síndrome de *burnout* ocorre em indivíduos já com uma longa atividade profissional. Contudo, outros apontam uma incidência superior nos indivíduos mais jovens, devido à pouca experiência profissional ou mesmo devido ao pouco tempo de trabalho na organização (Schaufeli, 1999 cit. in Firth-Cozens, 1999; Pereira, 2002). Os estudos iniciais de *Freudenberger* permitiram-lhe afirmar que a síndrome de *burnout* começa a manifestar-se após o primeiro ano na organização (Freudenberger, 1974).

O trabalho dos profissionais de saúde é extremamente desgastante também devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos. Considera-se trabalho por turnos “ (...) *qualquer organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o rotativo, contínuo ou descontínuo, podendo executar o trabalho a horas diferentes num dado período de dias ou semanas*” (art.º 220 da Lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro).

O trabalho por turnos envolve uma sucessão de equipas de trabalho que executem o trabalho numa instituição durante 24 horas diárias, 365 dias por ano, podendo tais equipas funcionar num regime permanente ou alternado.

Estudos realizados têm demonstrado que os trabalhadores que praticam este tipo de horário apresentam mais frequentemente queixas de fadiga crónica e alterações gastrointestinais do que os trabalhadores que têm um horário fixo. As manifestações podem ser não só biológicas como emocionais, devido às alterações dos ritmos

circadianos, do ciclo sono-vigília, do sistema termorregulador e do ritmo de excreção de adrenalina. Podem surgir diminuição da capacidade mental, com influência negativa no rendimento profissional, sobretudo nos serviços que exigem maior concentração. Cruz e Silva (1995) afirmam que a duração e qualidade do sono “*levam ao aparecimento de um estado de fadiga mental.*”

O trabalho por turnos, em particular o noturno, pode chegar a afetar cerca de 20% dos trabalhadores, levando a problemas não só físicos como também psicológicos, principalmente aqueles indivíduos que têm que fazer alternância de turnos em curtos períodos de tempo (Gil-Monte e Peiró, 1999; Pereira, 2002).

Quanto à relação com o doente, as principais dificuldades prendem-se com o tipo de problemas que o doente apresenta, as interações que se estabelecem, assim como com a posição em que se colocam o profissional e o doente (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Pereira, 2002).

Para o profissional, as principais dificuldades são o contacto com doentes agressivos, depressivos, grupos de risco, situações de sofrimento e morte (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Pereira, 2002). À medida que se torna mais próxima a relação do profissional com o doente, como no caso de cuidadores de deficientes mentais, alzheimer, entre outros, maior é a probabilidade de desenvolver a síndrome de *burnout* (Pereira, 2002).

Têm-se realizado estudos com o objetivo de esclarecer os processos pelos quais os profissionais que prestam serviços e ajuda a outras pessoas começam a expressar esgotamento emocional e despersonalização através de sentimentos de frieza, indiferença e rejeição emocional, pois estas e outras manifestações de natureza psicológica, comportamental e psicossomática, integram a síndrome de *burnout* (Leiter e Meechan, 1986).

No que diz respeito ao relacionamento entre os colegas de trabalho, alguns autores apontam também o tipo de relacionamento no local de trabalho como mediador no início da síndrome de *burnout* (Firth, 1985; Pereira, 2002). Nas relações que se estabelecem entre os colegas e os superiores, a perceção de um sentido de união bem como de um ambiente de respeito e consideração pelo trabalho desenvolvido, poderão ser um contributo para diminuir a probabilidade do profissional vir a desenvolver a síndrome (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

Quando o trabalho desenvolvido não vai de encontro às expectativas do indivíduo, situação que pode surgir devido, por exemplo, à insegurança ou informação insuficiente sobre a função a desempenhar, dá-se o conflito, que por sua vez aumenta a probabilidade de desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Pereira, 2002).

A ambiguidade de papéis presente, por exemplo, quando as regras do serviço, bem como os direitos e objetivos não são claramente expostos por parte das organizações, pode gerar um ambiente de conflito e conduzir à síndrome de *burnout* (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

A ausência de feedback tanto da parte daqueles que usufruem dos serviços como dos superiores hierárquicos, tem também sido apontada como elemento desencadeador da síndrome de *burnout* (Pereira, 2002) e consistentemente relacionada com as suas três dimensões (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

A presença de um sentimento de injustiça e de desigualdade que podem estar presentes no local de trabalho, direitos e deveres distintos na mesma atividade profissional, salários diferenciados no mesmo cargo, ascensão profissional por formas ilícitas nas relações laborais, são fatores relevantes para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Maslach, 2003).

Por vezes, o profissional sente-se obrigado a agir em desacordo com os seus princípios, levando a um grande desconforto, pois o seu desempenho vai contra as suas noções éticas incorporadas (Pereira, 2002).

Outro fator importante tanto para o bem-estar do trabalhador como para o desenvolvimento de situações de stresse ocupacional é a oportunidade que o contexto profissional oferece ao indivíduo, para utilizar e desenvolver as próprias competências. Se as oportunidades forem demasiado escassas ou, pelo contrário, excessivas, podem converter-se numa fonte de stresse (Santos, 1988; Peiró, 1993).

Segundo Carlotto (2001), quanto maior a satisfação na atividade ocupacional menor a probabilidade de *burnout*. Os autores dizem, que no entanto não existem certezas na relação destas duas variáveis (Carlotto, 2001; Pereira, 2002). Quanto maior o nível de participação nas decisões, maior a satisfação no trabalho e por conseguinte menor a

probabilidade de ocorrência da síndrome de *burnout* (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

Depois de termos focado a nossa atenção em alguns fatores relacionados com a síndrome de *burnout* e com os quais o indivíduo se depara no seu dia-a-dia no seu contexto de trabalho, iremos fazer referência às consequências que os autores atribuem a esta síndrome, para percebermos a magnitude das mesmas sobre o indivíduo e as suas repercussões a nível organizacional e social.

De acordo com os autores, que passaremos a referir, as consequências podem ser de natureza e níveis diferentes.

Segundo Pines e Aronson (1989), a síndrome de *burnout* revela-se pela presença de manifestações de natureza física, emocional e atitudinal.

Quanto às de natureza física, constata-se que os indivíduos podem apresentar um estado de fadiga crónico, cefaleias, alterações frequentes do sono e do peso, bem como distúrbios gastrointestinais e não raro recorrem a comportamentos aditivos como o consumo excessivo de café, bebidas alcoólicas e tabaco para combater o estado em que se encontram.

Das de natureza emocional, as mais frequentes são os sentimentos de fracasso, desilusão, falta de esperança e de significado no trabalho e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Quanto às de natureza atitudinal, o profissional passa a mostrar-se indiferente e com atitudes negativas e de afastamento em relação ao trabalho, aos colegas e à própria instituição.

Maslach (2000) refere que as consequências da síndrome de *burnout* se manifestam em 3 níveis: individual, organizacional e social.

As consequências a nível individual caracterizam-se por um desgaste emocional excessivo, fadiga e afastamento psicológico com o conseqüente desinteresse e falta de satisfação na atividade profissional.

Quando o indivíduo não se encontra no máximo das suas capacidades mais dificilmente consegue manter a concentração necessária para realizar as tarefas a que se propõe e maior é a possibilidade de ocorrência de acidentes (Pereira, 2002).

O desinteresse inerente à baixa motivação bem como a despersonalização acabam por comprometer a relação estabelecida com o cliente. A consequência é a diminuição da qualidade dos serviços prestados, que, nos profissionais de saúde poderá evidenciar-se em erros nas prescrições ou administração de medicamentos ou nos procedimentos, em negligência ou imprudência (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Burke e Greenglass, 2001; Pereira, 2002).

Há estudos que apontam para o facto de, quando a síndrome de *burnout* atinge proporções maiores, os índices de abandono do local de trabalho, ou mesmo da atividade profissional também aumentam, originando perdas enormes em termos individuais e organizacionais (Pereira, 2002).

A nível organizacional as consequências mais frequentes são o absentismo e a mudança de serviço ou rotatividade, que se traduzem em custos elevados para a organização devido aos sucessivos períodos de integração nos serviços.

A síndrome de *burnout* tem sido associada a várias formas de absentismo laboral. Faltar ao trabalho é uma forma de fugir da situação, para tentar não prolongar no tempo uma situação já insustentável. Quanto mais instalada a síndrome maior o número de faltas ao trabalho (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Pereira, 2002).

Em algumas situações os indivíduos tentam arranjar forma de contornar a situação, e para não abandonarem o emprego acabam por mudar de organização, ou mudar de sector dentro da mesma. Tal obriga a uma nova reorganização dos colaboradores ou mesmo uma nova contratação, com os custos inerentes (Pereira, 2002). Nos indivíduos que permanecem no emprego, o estado de exaustão, desconcentração, lentidão ou excesso de meticulosidade, irritabilidade e insatisfação, são muitas vezes incompatíveis com uma produtividade elevada (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Burke e Greenglass, 2001; Pereira, 2002).

As consequências a nível social revelam-se na diminuição do relacionamento social, familiar e recreativo.

O isolamento é uma característica que vem sendo referida na síndrome de *burnout* (Pereira, 2002) e a presença das manifestações anteriormente descritas, torna complicado manter um ambiente familiar estável e capaz de ultrapassar um problema que interfere com a dinâmica familiar (Pereira, 2002).

2.4 Avaliação da síndrome de *burnout*

A necessidade de operacionalizar a síndrome de *burnout* e de conhecer o grau em que esta pode afetar o indivíduo, levaram à construção de instrumentos para a sua avaliação.

A literatura faz referência a vários instrumentos, alguns dos quais são mencionados por Benevides Pereira (2002) como o CBB (*Cuestionario Breve del Burnout*) de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana e Miralles (1997); o JBI (*Job Burnout Inventory*) de Ford, Murphy e Edwards (1983); o BM (*Burnout Measure*) de Pines e Aronson (1988); o TBS (*Teacher Burnout Scale*) de Seidman e Zager (1986-1987); o TAS (*Teacher Attitude Scale*) de Farber (1984); o CBP-R (*Cuestionario del Burnout para Profesores - Revisado*) de Moreno-Jiménez, Garrosa e González (2000); o SBS-HP (*Staff Burnout Scale for Health Professionals*) de Jones (1980); o CDPE (*Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería*) de Moreno-Jiménez, Garrosa e González (2000) e o MBI (*Maslach Burnout Inventory*) de Maslach e Jackson (1981)

O MBI é o que surge com maior realce na literatura científica. A versão original foi conhecida em 1981 e denominava-se MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*), uma vez que a exaustão era um problema relevante nestas atividades ocupacionais. Posteriormente, em 1986, foi desenvolvida uma versão do mesmo instrumento, designando-se MBI-ES (*Maslach Burnout Inventory – Educators Survey*), para pessoas que trabalhavam em contextos educativos. Recentemente, e dado o interesse crescente no âmbito da síndrome de *burnout*, foi desenvolvida uma versão geral do MBI, o MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory – General Survey*) para uso em qualquer atividade profissional. (Maslach, 2003).

O MBI foi traduzido em diversas línguas e é o instrumento mais frequentemente usado internacionalmente em investigações sobre a síndrome de *burnout* (Maslach, Jackson e Leiter, 1996; Pera e Serra Prat, 2002; Gil Monte, 2002; Rosa e Carlotto, 2005;

Schaufeli, Leiter e Maslach 2008; Moreira, Magnago, Sakae e Magajewski, 2008), pois a maioria das pesquisas científicas tem utilizado a descrição tridimensional da síndrome de *burnout*, exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho, que são avaliadas através dele (Maslach, Jackson e Leiter, 1996; Schaufeli, Leiter e Maslach, 2008; Maslach e Jackson, 1981).

Até ao final da década de 1990 foi utilizado em 93% dos artigos científicos e dissertações (Schaufeli e Enzman, 1998).

Em Portugal, o MBI também tem sido muito utilizado em estudos com profissionais de saúde (Parreira e Sousa, 1998; Sá, 2002; Queirós, 2005; Travado, et al., 2005; Oliveira, 2008; Sá, 2008; Pereira, 2009; Cumbe, 2010).

Sem pretendermos ser exaustivos apresentamos nos quadros 2 e 3 alguns estudos realizados e as suas principais conclusões.

Quadro 2 – Estudos transversais sobre a síndrome de *burnout* realizados em Portugal.

Fonte: autor, ano.	Amostra: contexto	Conclusões
Sá (2002)	Profissionais: 273 enfermeiros Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: IPO Porto	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 23,17% . Despersonalização – 4,44% . Falta de realização pessoal – 35,18%.
Travado <i>et al</i> (2005)	Profissionais: 125 (41 Portugal, 40 Espanha, 44 Itália) Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: 3 Hospitais de Oncologia (Portugal, Espanha e Itália)	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 19,79% . Despersonalização – 4,63% . Falta de realização pessoal – 39,79%.
Oliveira (2008)	Profissionais: 88 médicos Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: 1 Hospital	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 22,39% . Despersonalização – 5,26% . Falta de realização pessoal – 37,22%.
Sá (2008)	Profissionais: 416 enfermeiros Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: 3 Hospitais e 3 Escolas Superiores de Saúde.	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 17,0% . Despersonalização – 3,4% . Falta de realização pessoal – 35,7%.
Pereira (2009)	Profissionais: 309 enfermeiros Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: 2 Hospitais e 6 Centros de Saúde	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 20,21% . Despersonalização – 3,97% . Falta de realização pessoal – 36,99%.
Cumbe (2010)	Profissionais: 46 (37 enfermeiros e 9 médicos) Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: 4 Hospitais	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 20,89% . Despersonalização – 3,28% . Falta de realização pessoal – 37,11%.

Quadro 3 – Estudos transversais sobre a síndrome de *burnout* realizados em vários países, em profissionais de saúde.

Fonte: autor, ano.	Amostra: contexto	Conclusões
<i>Maslach, Jackson, Leiter</i> (1996)	Profissionais: 11067 Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: EUA	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 20,99% . Despersonalização – 8,73% . Falta de realização pessoal – 34,58%.
<i>Pera e Serra Prat</i> (2002)	Profissionais - 300, dos quais 120 eram enfermeiros Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: (5)	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 18,59% . Despersonalização – 6,83% . Falta de realização pessoal – 40,58%.
<i>Gil – Monte</i> (2002)	Profissionais: 330 Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: 1 Hospital em Espanha	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 23,91% . Despersonalização – 6,38% . Falta de realização pessoal – 36,81%.
<i>Del Rio Moro, Perezagua Garcia e Vidal Gómez</i> (2003)	Profissionais – 300 enfermeiros Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: Hospital em Espanha	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 43,3% . Despersonalização – 5,7% . Falta de realização pessoal – 35,7%.
<i>Rosa e Carlotto</i> (2006)	Profissionais: 72 (44 Enf., 16 Adm., 12 serviços gerais) Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: Hospital Geral de Porto Alegre, Brasil	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 2,21% . Despersonalização – 1,69% . Falta de realização pessoal – 4,17%.
<i>Moreira et al</i> (2008)	Profissionais: 279 (20 Enf., 132Téc. Enf., 127 Auxiliares de Enf.) Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI) Local: Hospital da Região Sul do Brasil	Dos participantes apresentaram: . Exaustão emocional – 17,0% . Despersonalização – 7,79% . Falta de realização pessoal – 36,6%.

Após a pesquisa bibliográfica efetuada, para o nosso estudo a escolha do instrumento de recolha de dados recaiu sobre o MBI–HSS, pelo que este instrumento será descrito em pormenor no capítulo destinado à metodologia.

2.5 Estratégias de intervenção na síndrome de *burnout*

Á medida que a síndrome de *burnout* foi claramente identificada como um problema que resulta da exposição ao stress laboral crónico, os responsáveis pela elaboração das

políticas no local de trabalho começaram a reconhecer a necessidade de intervir no mesmo (Maslach, 2003).

Aos estudos para a compreensão do *burnout* juntaram-se outros para a autoajuda aos indivíduos vítimas da síndrome e para uma adequada intervenção no contexto laboral. Assim, a área de estudo da síndrome de *burnout* pode integrar-se na investigação aplicada (Maslach, 2003).

Vários anos passados, sobre a identificação da síndrome, a investigação acerca das estratégias de intervenção tem sido muito limitada. Tal parece dever-se, não à falta de interesse por esta temática, mas sim às dificuldades na conceção de intervenções, à oportunidade de as colocar em prática e a capacidade para se realizarem revisões dos estudos sobre as mesmas (Maslach, 2003).

Maslach e Goldberg (1998) referem que a maioria das discussões sobre as intervenções na síndrome de *burnout* focam-se principalmente em abordagens centradas no indivíduo, como por exemplo retirar-lo da atividade ocupacional ou investir na formação do indivíduo com o propósito de mudar comportamentos no trabalho ou mesmo reforçando os seus recursos internos. Os mesmos autores dizem que este tipo de abordagem não reúne consenso, principalmente porque as investigações conduzem a resultados em que os fatores ambientais e organizacionais apresentam mais influência no processo de *burnout* do que os fatores individuais.

Embora se reconheça o interesse de abordagens orientadas para o indivíduo no sentido de ajudar a aliviar a exaustão, sabe-se que estas, não conseguem modificar as outras dimensões da síndrome. Além disso, as estratégias individuais são relativamente ineficazes no local de trabalho, uma vez que as pessoas têm muito menos controlo sobre os fatores stressantes do que em outros domínios de sua vida. No entanto, há razões filosóficas e pragmáticas para o foco predominante ser o indivíduo, incluindo noções de causalidade e de responsabilidade individual, tudo isto no pressuposto de que é mais fácil e menos oneroso mudar as pessoas do que as organizações (Maslach e Goldberg, 1998).

Mais recentemente e baseado na investigação de *Maslach* e colaboradores tem-se procurado desenvolver um programa de intervenção organizacional para avaliar a síndrome de *burnout*, e para o desenvolvimento de estratégias para a mudança. Este

programa recorre a ferramentas que podem ser utilizadas tanto por investigadores como pelos profissionais das organizações. O programa tem uma abordagem positiva sobre o envolvimento no trabalho, a aplicação do questionário “Áreas da Vida de Trabalho”, e um modelo de pessoa adequada ao emprego (Maslach, 2003).

Maslach sugere que, para as intervenções serem eficazes devem ser enquadradas em termos das três dimensões da síndrome de *burnout* (por exemplo, que mudanças vão reduzir o risco de exaustão? Que mudanças vão promover a sensação de eficácia?) (Maslach, 2003).

2.6 Síndrome de burnout em cuidados paliativos

O mundo tem testemunhado mudanças importantes no domínio da saúde, ao longo dos tempos, sobretudo na segunda metade do século XX, período em que os progressos médicos e tecnológicos foram muito significativos. Mas a par destes progressos, o aumento da esperança média de vida da população e a melhoria das condições socioeconómicas conduziram ao aparecimento de mais doenças crónicas e consequentemente a um aumento de indivíduos com situações progressivas, irreversíveis e incuráveis (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006; Neto, 2010).

Surge assim a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde, dos recursos destinados aos doentes crónicos, bem como de cuidados adequados e, como resposta aparecem os cuidados paliativos (Neto, 2010), definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990 como “*cuidados globais e ativos a doentes cuja doença não responde ao tratamento curativo e para os quais é necessário e essencial o controlo da dor e outros sintomas, a atenção aos problemas psicológicos, sociais e espirituais para conseguir uma melhor qualidade de vida para o doente e sua família,*” e, redefinidos em 2002 como “*uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e, e sua família, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.*”

Os cuidados paliativos rompem com o modelo de tratamento médico tradicional, cujo principal objetivo era a cura da doença, pois pretendem melhorar a qualidade de vida do doente e família, ajudando-os nas decisões que têm que tomar, oferecendo uma oportunidade para o crescimento pessoal (Abrahm, 2011). São cuidados contínuos que encaram a pessoa na sua globalidade procurando o atendimento das suas necessidades, aliviando a sua dor física e psicológica, para desse modo possibilitar a melhor qualidade de vida ao doente, para que este possa viver e morrer com dignidade (Lima, 2009).

A filosofia dos cuidados paliativos tem sofrido progressos constantes e são hoje considerados um direito humano fundamental, nomeadamente na Comunidade Europeia (Neto, 2006), que tem como objetivo fazer desses cuidados uma prioridade disponibilizando-os a quem deles necessite, sendo importante que todos os países integrem este tipo de cuidados nos seus sistemas de saúde (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004; Stjernswaerd, 2007).

A OMS considera ainda os cuidados paliativos como uma prioridade das políticas de saúde e encara-os como um elemento fundamental dos cuidados de saúde, uma necessidade da saúde pública, um dever ético que promove os direitos fundamentais das pessoas, e ao mesmo tempo, como uma obrigação social. (OMS, 2002; Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Em Portugal, os cuidados paliativos são ainda uma realidade recente, tendo surgido na década de 90 do século XX (Marques, et al., 2009).

Os cuidados paliativos surgiram do sentimento de impotência dos profissionais de saúde relativamente a doentes encarados como incuráveis e da sua preocupação em lhes prestar cuidados adequados no último tempo de vida, considerando-os uma resposta essencial ao sofrimento e uma forma de garantir a melhor qualidade de vida possível (Pacheco, 2002; Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004; Neto, 2010).

A incapacidade em oferecer uma resposta terapêutica para a cura e a perceção da finitude do ser humano podem apresentar-se aos profissionais de saúde, que trabalham nas unidades de cuidados paliativos como um fracasso da sua atuação enquanto prestadores de cuidados, e conduzi-los a situações de mal-estar psicológico e profissional (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Os investigadores, como já anteriormente referimos, reconhecem que os profissionais que trabalham diretamente com pessoas, assistindo-as, ou como responsáveis pelo seu desenvolvimento e bem-estar, encontram-se mais suscetíveis ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Pereira, 2002).

No quotidiano, os profissionais de saúde são confrontados com personalidades pouco estruturadas, e que apresentam necessidades por vezes muito exigentes o que requer disponibilidade, tolerância e aceitação do outro e origina um grande desgaste (Delbrouck, 2006).

É igualmente reconhecido que profissionais que trabalham em serviços de urgência e cuidados paliativos se deparam com situações que os podem fragilizar, pois são duplamente afetados. Por um lado porque convivem com o sofrimento, e por outro, pela identificação projetiva da sua própria vivência enquanto seres humanos (Delbrouck, 2006). De referir ainda que estes profissionais estão submetidos a um stresse crónico, devido às enormes exigências psicológicas, complexidade do seu trabalho e, por se encontrarem submetidos a uma contínua exposição a fatores de risco de natureza diversa (Parreira e Sousa, 2000).

Outro aspeto a considerar é o facto de o profissional contactar com os problemas dos doentes. Assim, depara-se com questões éticas, morais, psicológicas ou emocionais bem como com outras relacionadas com a morte, sofrimento, injustiça, tabus recalcados o que pode trazer repercussões para o próprio e para a organização (Parreira e Sousa, 2000; Delbrouck, 2006).

Nas instituições hospitalares, os profissionais estão expostos a diferentes stressores ocupacionais, que afetam diretamente o seu bem-estar. Os longos turnos de trabalho, o número insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional, a exposição a riscos químicos e físicos, assim como o contacto constante com o sofrimento, a dor e muitas vezes a morte, constituem muitos desses stressores. O desempenho destes profissionais envolve uma série de atividades que necessitam obrigatoriamente de um controlo mental e emocional muito superior ao de outras profissões (Pereira, 2002).

O facto de os profissionais de saúde defenderem uma filosofia de trabalho humanista torna-os mais vulneráveis a esta síndrome. A realidade dos serviços de saúde que por vezes contrasta com as expectativas pessoais do profissional de saúde, bem como a

necessidade constante de se adaptar a exigências desumanizadas e despersonalizadas dos serviços de saúde, contribuem significativamente para o stresse (Castillo, et al., 2007).

Os profissionais de saúde em cuidados paliativos, estão expostos a fatores de stresse e dilemas éticos, que incluem a comunicação de más notícias, a adaptação ao insucesso da cura médica, a exposição repetida à morte de pessoas com as quais se estabelecem relações, o envolvimento em conflitos emocionais, a absorção da mágoa expressa pelo doente e familiares, o manter um papel obscuro na equipa de cuidados, o idealismo pessoal e os desafios ao sistema pessoal de crenças (Twicross, 2003).

O cuidar em fim de vida implica o desenvolvimento de uma relação de ajuda e empatia dos profissionais de saúde com o doente e família, o que leva a processos de identificação que podem desencadear stresse. As relações entre os profissionais e os doentes podem levar a experiências de stresse, quando a distância emocional entre ambos não é mantida (Isikhan, et al., 2004). As situações de stresse relacionadas com a morte, conjuntamente com a exigência profissional de evitar a morte levam à predisposição da síndrome de *burnout* (Parece, 2010).

O nível de exigências, em cuidados paliativos, para enfrentar todos os problemas que possam surgir é elevado, pois cuidar doentes com situações graves e por vezes terminais, pode dar lugar à insatisfação, stresse, alienação do trabalho e exaustão emocional (Isikhan, et al., 2004).

Segundo Neto (2010), o medo da própria morte, o medo de causar danos ao doente, o medo de ser agredido, o medo de perder o controlo com o doente ou com a família quando esta se mostra insatisfeita e a obrigação de satisfazer as necessidades dos doentes constituem estímulos que podem levar à ocorrência da síndrome de *burnout* em cuidados paliativos.

3. HIPÓTESES DE TRABALHO

Sempre que falamos de hipóteses numa investigação, estamos segundo *Polit e Hungler* (1995), a referir-nos a “*uma previsão experimental, ou uma explicação de relação entre duas ou mais variáveis...*” e pretendemos com a sua inclusão conduzir “*...o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados*”.

Neste estudo, formulamos hipóteses de investigação pois como já foi referido na introdução, os objetivos que pretendemos atingir são para além de determinar a prevalência do *burnout* em profissionais de saúde a desempenhar funções nas unidades de cuidados paliativos da zona norte de Portugal, identificar fatores que se correlacionem com esta síndrome, ou seja conhecer a relação entre o *burnout* e algumas variáveis por nós selecionadas.

Na sua formulação atendemos a determinadas características, nomeadamente o serem conceitualmente claras e congruentes com um conjunto de dados de investigação e terem como suporte uma adequada revisão bibliográfica, já que os objetivos das hipóteses passam por unificar a teoria e a realidade, ampliar conhecimentos e dirigir a investigação (*Polit e Hungler, 1995*).

As hipóteses que formulamos são as que seguidamente enumeramos e que resultam em grande medida da pesquisa bibliográfica efetuada. Na sua construção foram considerados alguns dos fatores sociodemográficos e fatores característicos do trabalho referenciados por diversos autores (*Gil-Monte e Peiró, 1997; Schaufeli e Ezzmann, 1998; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Benevides-Pereira, 2002*).

H1 – Há relação entre a idade dos profissionais de saúde e a síndrome de *burnout*.

H2 – Há relação entre o sexo dos profissionais de saúde e a síndrome de *burnout*.

H3 – Há relação entre o estado civil dos profissionais de saúde e a síndrome de *burnout*.

H4 – Há relação entre o número de filhos dos profissionais de saúde e a síndrome de *burnout*.

H5 – Há relação entre as habilitações literárias que os profissionais de saúde possuem e a síndrome de *burnout*.

H6 - Há relação entre o grupo profissional de pertença dos profissionais de saúde e a síndrome de *burnout*.

H7 – Há relação entre o tempo de experiência dos profissionais de saúde e a síndrome de *burnout*.

H8 – Há relação entre o tempo de experiência que os profissionais de saúde possuem em cuidados paliativos e a síndrome de *burnout*.

H9 – Há relação entre a opção pelos cuidados paliativos feita pelos profissionais de saúde e a síndrome de *burnout*.

H10 – Há relação entre o tipo de contrato laboral dos profissionais de saúde e a síndrome de *burnout*.

H11 – Há relação entre o tipo de horário praticado pelos profissionais de saúde e a síndrome de *burnout*.

H12 – Há relação entre as estratégias de coping usadas pelos profissionais de saúde e a síndrome de *burnout*.

Neste capítulo queremos ainda fazer referência às variáveis “*qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação...*” (Kerlinger, 1973 cit. por Fortin, Vissandjée, Côté, 1999), uma vez que estas são decorrentes das hipóteses e têm como objetivo “*conferir maior precisão aos enunciados científicos, sejam hipóteses, teorias, leis, princípios ou generalizações*” (Gil, 1995).

O número e a função das variáveis é definido em cada estudo, sendo desejável, mas nem sempre possível que sejam consideradas e devidamente controladas todas as variáveis passíveis de intervir ou afetar o objeto de estudo, para impedir o comprometimento e minimizar o risco de invalidar a pesquisa.

Atendendo ao que foi dito, e com base nas hipóteses formuladas, consideramos as seguintes variáveis:

A variável dependente, ou seja, “...aquela que o pesquisador tem interesse em compreender, explicar ou prever” (Polit e Hungler, 1995) é a **síndrome de *burnout***, uma variável qualitativa, quantificável através da utilização do MBI-HSS, na sua versão portuguesa.

As variáveis independentes, possíveis causas ou elementos correlacionados com o fenómeno em estudo, são: idade; sexo; estado civil; número de filhos; habilitações literárias; grupo profissional; tempo de experiência profissional; tempo de experiência do profissional de saúde em cuidados paliativos; a opção pelos cuidados paliativos; tipo de contrato laboral; tipo de horário e estratégias de coping. A sua operacionalização, ou seja, a sua tradução em conceitos mensuráveis (Triviños, 1992; Gil 1995) estará de acordo com o constante no instrumento de recolha de dados (anexo 1). Estas variáveis terão uma dupla função, serão também variáveis atributo, pois serão usadas para caracterizar a população do estudo.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

A investigação científica é “*um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões, que necessitam de investigação*” (Fortin, 1999).

Na perspectiva de Fortin, Côté e Vissandjée (2003), a fase metodológica “*consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação. Este plano destina-se a pôr em ordem um conjunto de atividades de maneira a permitir ao investigador a realização efetiva do seu projeto*”.

Neste capítulo, pretendemos fazer uma descrição sistematizada dos passos que pretendemos percorrer ao longo do nosso estudo, para que fique devidamente estruturado e organizado. Assim iremos referir-nos à população do estudo, aos instrumentos de recolha de dados, à previsão da recolha e do tratamento de dados, à previsão dos recursos a utilizar e à previsão da apresentação dos resultados.

4.1 População

Genericamente uma população é “*...uma coleção de elementos ou sujeitos que partilhem características comuns, definidas por um conjunto de critérios*” (Fortin, 2003), e uma “*...população alvo é toda a população em que está interessado o pesquisador*” (Polit e Hungler (1995). *As suas características definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção.*” (Fortin, 2003)

A população prevista para o nosso estudo é constituída por todos os enfermeiros (estimada em número de 71), médicos (estimada em número de 10), e assistentes operacionais (estimada em número de 32), que desempenham funções em tempo integral nas unidades de cuidados paliativos da região norte de Portugal (Unidade de Cuidados Paliativos do IPO Porto, Unidade de Cuidados Paliativos da RNCCI do IPO

Porto, Unidade de Cuidados Paliativos de Vila Pouca de Aguiar, Unidade de Cuidados Paliativos de Macedo de Cavaleiros). Será considerada a totalidade da população, dada a previsão de um reduzido número de elementos em alguns grupos profissionais, nomeadamente no dos médicos. Só serão incluídos os profissionais que de forma voluntária e anónima aceitem participar na investigação.

4.2 Instrumentos de recolha de dados

A escolha dos instrumentos e técnicas de recolha de dados é uma etapa importante no planeamento de uma investigação, pois estes são o meio utilizado para obter todas as informações oportunas e pretendidas da população selecionada, que posteriormente serão submetidas a um tratamento que possibilite a obtenção de conclusões, tendo em conta a fundamentação teórica prévia.

Fortin, Grenier e Nadeau (1999) referem que “antes de empreender uma colheita de dados o investigador deve saber se a informação que quer colher, com a ajuda desse instrumento em particular, é exatamente a que necessita para responder aos objetivos da investigação. Para isso, deve conhecer os diversos instrumentos de medida disponíveis, assim como as vantagens e os inconvenientes de cada um”.

Sem um instrumento apropriado para a colheita de dados facilmente a precisão das conclusões da pesquisa são colocadas em causa. (Polit e Hungler, 1995).

Neste projeto utilizaremos instrumentos de autopreenchimento acompanhados de informação sobre o estudo, nomeadamente objetivos, finalidades, utilidade dos resultados; sobre a importância e as condições de participação do profissional, e o tempo médio de duração do preenchimento, enfatizando o carácter voluntário, anónimo e confidencial da participação.

Serão três os instrumentos de recolha de dados (anexo 1):

Para obter elementos que permitam caracterizar a população e algumas variáveis independentes, elaboramos um questionário de dados sociodemográficos e profissionais que contempla as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, habilitações profissionais, grupo profissional, opção profissional pelos cuidados paliativos, tempo de

experiência profissional, tempo de experiência profissional em cuidados paliativos tipo de contrato laboral e tipo de horário de trabalho.

Os dados referentes ao nosso objeto de estudo, a síndrome de *burnout*, serão obtidos com a utilização do MBI-HSS, versão para investigação em população portuguesa (MBI-Profissionais de Saúde), cedido pela professora doutora Alexandra Marques Pinto (n.d.).

O MBI-HSS é constituído por 22 itens. A resposta dada em cada item corresponde à frequência com que cada sentimento ocorre e pode variar num intervalo de 7 pontos, que vão de 0 a 6 sendo que: 0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano), 2 (uma vez por mês ou menos), 3 (poucas vezes por mês), 4 (uma e subdivide-se em vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias).

Com a finalidade de evitar que o indivíduo seja influenciado por uma tendência particular de resposta alguns itens estão ordenados de forma sintomaticamente positiva e outras negativa.

A escala total subdivide-se em 3 subescalas: a de exaustão emocional, a de despersonalização e a de realização pessoal.

A subescala de exaustão emocional é composta por 9 itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), e refere-se a sentimentos de desgaste emocional do indivíduo provocados pelo seu trabalho. Para esta dimensão obtém-se um valor total que varia entre 0 e 54 pontos.

A subescala de despersonalização possui 5 itens (5, 10, 11, 15 e 22), descrevendo sentimentos e atitudes impessoais e de indiferença do indivíduo para com os utentes. Os valores podem variar entre 0 e 30 pontos.

A subescala de realização pessoal é constituída por 8 itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21). Esta diz respeito aos sentimentos de competência e sucesso, na realização do trabalho. Na subescala obtém-se um valor total que varia entre 0 e 48 pontos.

Segundo *Maslach, Jackson e Leiter* (1996), o MBI não produz uma medida de *burnout* única. A síndrome de *burnout* não é vista como uma variável dicotómica, que está presente ou ausente mas sim como uma variável contínua, que pode assumir valores como baixo, moderado ou alto conforme os sentimentos vivenciados. Torna-se, assim, indispensável analisar as relações entre as três sub-escalas.

Um elevado grau de *burnout* traduz-se por valores altos nas sub-escalas de exaustão emocional e despersonalização e um valor baixo na sub-escala de realização pessoal.

Um grau médio de *burnout* equivale a valores médios nas três sub-escalas.

Um baixo grau de *burnout* corresponde a valores baixos nas sub-escalas de exaustão emocional e de despersonalização e um valor alto na sub-escala de realização pessoal.

Assim para se concluir da existência de *burnout*, os autores preconizam que cada subescala seja dividida em três terços. Considera-se que existe *burnout* quando o sujeito obtém pontuações no terço superior das subescalas de exaustão emocional e de despersonalização e no terço inferior da subescala de realização pessoal (Maslach, Jackson e Leiter, 1996). A síndrome de *burnout* é tanto mais elevada quanto maior for a pontuação obtida nas subescalas de exaustão emocional e de despersonalização e quanto menor for a pontuação obtida na subescala de realização profissional.

No que se refere à fidelidade da escala, uma das características essenciais a avaliar, porque designa a precisão e a constância dos resultados (Fortin, Grenier e Nadeau 2003), foram estimados coeficientes de *alpha de Cronbach*, para cada uma das subescalas componentes da escala (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) que se encontram representados no quadro 4.

“O *alpha de Cronbach* é a técnica mais correntemente utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos scores, como na escala de Likert.” (Fortin, Grenier e Nadeau, 2003). Este coeficiente de fidelidade resulta da proporção entre a variabilidade verdadeira e a variabilidade total das pontuações obtidas dos sujeitos inquiridos, variando entre 0,00 e 1,00. Quanto mais próximo estiver de 1 maior será a consistência interna da escala (Polit & Hungler, 1995).

Quadro 4 – Valores de *alpha de Cronbach* para o MBI

Dimensões Estudos/Fontes	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Maslach, Jackson e Leiter (1996)	0.90	0.79	0.71
Sá (2002)	0.845	0.524	0.732
Oliveira (2008)	0.836	0.696	0.802
Pereira (2009)	0.89	0.69	0.70

Pelos resultados apresentados podemos dizer que a escala apresenta uma boa fidelidade.

O Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA), versão para investigação em população portuguesa, cedido pelo professor doutor José Luís Pais-Ribeiro, será utilizado para avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pela população do estudo (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

A versão original deste questionário surgiu na década de 70 denominando-se “*Ways of Coping Checklist*”, sendo atualmente conhecido por “*Ways of Coping Questionnaire*”. A versão inicial continha 67 estratégias de *coping*, em que os indivíduos respondiam “sim” ou “não”, consoante tinham ou não utilizado tal estratégia perante o problema em avaliação. Na segunda versão, foi construída uma escala ordinal de quatro posições, permitindo ao indivíduo pontuar entre 0 e 3 pontos de acordo com a frequência com que usava cada uma das estratégias (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

Pais-Ribeiro e Santos (2001) desenvolveram a versão portuguesa deste questionário. É um questionário que avalia estratégias de *coping* que as pessoas empregam para lidar com situações específicas de stresse. É um instrumento destinado à população adulta em geral (Pais Ribeiro e Santos, 2001).

É um questionário de autopreenchimento constituído por 48 itens, pois na versão portuguesa foram retirados dois itens da versão original para conseguir alcançar valores satisfatórios de *alpha de Cronbach* sem interferir na validade de conteúdo (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

A resposta dada em cada item corresponde à frequência com que o indivíduo usa cada estratégia e pode variar num intervalo de 4 pontos, que vão de 0 a 3 sendo: 0 (nunca usei), 1 (usei de alguma forma), 2 (usei algumas vezes), 3 (usei muitas vezes).

A escala total subdivide-se em 8 subescalas:

A subescala de Autocontrolo com 7 itens (6, 9, 25, 32, 42, 47 e 48) refere-se aos esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações.

A subescala de Procura de suporte social possui 6 itens (4, 12, 15, 22, 31e 34) que descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.

A subescala de Fuga, evitamento constituída por 7 itens (7, 23, 29, 36, 39, 44 e 45), que diz respeito aos esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema.

A subescala de Resolução Planeada do Problema tem 6 itens (1, 18, 28, 37, 38 e 41). Esta refere-se aos esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema.

A subescala de Reavaliação Positiva é constituída por 7 itens (13; 16; 21; 26; 27; 43; 46), que descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal.

A subescala de Assumir a Responsabilidade é constituída por 4 itens (5; 17; 40; 20) e é referente ao reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas.

A subescala de Coping Confrontativo é constituída por 6 itens (2; 3; 11; 19; 24; 35), que descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugerem um certo grau de hostilidade e de risco.

A subescala de Distanciamento é constituída por 5 itens (8; 10; 14; 30; 33). Esta diz respeito aos esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.

Quanto à pontuação da escala, existem dois métodos para a fazer. O primeiro referente à pontuação absoluta resulta do somatório das respostas do sujeito nos itens que compõem a escala.

A pontuação total deste questionário corresponde ao somatório da pontuação obtida em cada subescala. Para calcular a pontuação do indivíduo em cada subescala somam-se as pontuações de cada item e dividem-se pelo número de itens dessa mesma subescala (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

Assim, na pontuação total, quanto maior for o valor obtido pelo sujeito maior será a frequência com que usa estratégias de *coping* e na pontuação relativa, quanto maior for o valor obtido, maior será a frequência com que usa cada uma das estratégias (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

No que se refere á fidelidade da escala, foram estimados coeficientes de *alpha de Cronbach* , para cada uma das sub-escalas que compõem o questionário e que se encontram representados no quadro 5 onde se podem comparar os valores da escala original com os da escala validada para a população portuguesa.

Quadro 5 – Subescalas do Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos: comparação entre a escala original e a escala validada para a população portuguesa. Os valores entre “parêntesis” referem-se à escala original.

Subescalas de Tipos de Coping	Alpha de Cronbach
Coping Confrontativo	(0,70) 0,52
Coping de Autocontrolo	(0,70) 0,67
Procura de Suporte Social	(0,76) 0,79
Assumir a Responsabilidade	(0,66) 0,57
Resolução Planeada do Problema	(0,68) 0,76
Distanciamento	(0,61) 0,75
Fuga – Evitamento	(0,72) 0,67
Reavaliação Positiva	(0,79) 0,83

Fonte: Pais-Ribeiro, J. L. Santos, C., 2001. Estudo conservador de adaptação do “Ways of Coping Questionnaire” a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4, (XIX), 491-502.

Os autores da versão portuguesa do questionário encontraram valores semelhantes aos da versão original no que concerne às suas qualidades psicométricas. Os valores encontrados revelam-se satisfatórios para a versão portuguesa (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

4.3 Previsão da recolha de dados

O processo de recolha de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de recolha de dados (IRD) seleccionados para esse fim (Fortin, 2003).

Antes de se iniciar a recolha de dados, temos que assegurar que sejam cumpridos determinados requisitos. Destes destacamos:

- A obtenção de autorização para realizar o estudo nas instituições pretendidas, e sua aprovação pelas comissões de ética. Para tal, serão contactadas as direcções das unidades de cuidados paliativos, através de carta onde se disponibilizam todas as informações acerca do estudo que se pretende realizar, nomeadamente, objetivos, finalidades, objeto de estudo, população alvo, tipo de instrumentos a utilizar para a recolha da informação e período em que irá decorrer a fase de recolha de dados (anexo 2);
- A informação a disponibilizar aos profissionais de saúde participantes no estudo, sobre os objetivos, finalidades, metodologia do estudo e a possibilidade de aceder aos resultados. Esta será fornecida previamente para que o profissional decida sobre a sua participação no estudo;
- A proteção dos direitos e da liberdade dos participantes de modo a não causar dano. O preenchimento do consentimento informado (anexo 3) é um requisito fundamental, após terem sido garantidos o anonimato, a confidencialidade dos dados individuais e a livre participação no estudo;
- A manutenção das mesmas condições para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados a todos os participantes. Queremos que todos os profissionais preencham os IRD na presença do investigador, num local previamente escolhido para o efeito, com um ambiente tranquilo e com o mínimo de estímulos externos para não dispersar a atenção e no período da manhã, procurando garantir que os cuidados de saúde não sejam afetados. Será fornecido a cada profissional um envelope no qual este colocará os IRD após o preenchimento, salvaguardando deste modo o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.

Cumpridos todos os requisitos anteriormente descritos, prevemos aplicar os instrumentos de recolha de dados a todos os enfermeiros, médicos e assistentes operacionais que desempenham funções nas unidades de cuidados paliativos da região norte de Portugal (Unidade de Cuidados Paliativos do IPO Porto, Unidade de Cuidados Paliativos da RNCCI do IPO Porto, Unidade de Cuidados Paliativos de Vila Pouca de Aguiar, Unidade de Cuidados Paliativos de Macedo de Cavaleiros) e que aceitem participar no estudo.

O tempo estimado para o preenchimento dos IRD situa-se entre 30 a 40 minutos.

No momento da recolha de dados é fundamental, lembrar aos profissionais que a participação no estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, se assim o desejarem, sem que daí advenha qualquer prejuízo, assegurar-lhes que os instrumentos de recolha de dados depois de preenchidos não serão colocados à disposição de terceiros, apenas os investigadores a eles terão acesso e que o anonimato e a confidencialidade dos dados individuais estarão sempre assegurados.

Prevê-se que a recolha de dados decorra durante o primeiro trimestre de 2012, de acordo com o cronograma em anexo (anexo5).

Antes da codificação dos dados procederemos à verificação das condições do questionário. A informação considerada válida será editada numa base de dados criada para o efeito no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 19.0) e será realizada a análise estatística.

4.4 Previsão do tratamento de dados e apresentação de resultados

O tratamento dos dados de uma investigação está sempre dependente de alguns fatores, nomeadamente, do tipo de instrumentos de recolha de dados, da natureza dos dados colhidos, dos objetivos do estudo, do tipo de hipóteses e das características da população.

Neste estudo e uma vez que a maioria dos dados são de natureza quantitativa ou a sua operacionalização permitiu quantificá-los, o seu tratamento será efetuado por análise estatística.

Recorrer-se-á a procedimentos da estatística descritiva e inferencial ou indutiva. Utilizaremos a estatística descritiva nas variáveis usadas para caracterizar a população e para determinar a prevalência da síndrome de *burnout*. Assim verificaremos a distribuição de frequências absolutas e relativas, valores mínimos e máximos de algumas variáveis e usaremos medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e variância) (Fortin, 2003).

Para avaliar a aproximação à distribuição normal das variáveis em estudo, será usado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Para testar as hipóteses que consideramos no estudo, vários são os testes a utilizar e optaremos por testes paramétricos ou não paramétricos, consoante estejam reunidas as condições para o seu uso. A opção por um ou outro tipo de teste está dependente nomeadamente do conhecimento dos parâmetros da população e do número de elementos em cada grupo, que como referimos anteriormente, poderá ser reduzido no grupo dos médicos.

Para comparar médias entre grupos, quando os variáveis têm duas categorias, os testes a utilizar poderão ser o Teste t *Student* ou em alternativa o Teste de *Mann-Whitney* e sempre que as variáveis têm mais de duas categorias usaremos o Teste de *Anova* ou em alternativa o Teste de *Kruskal-Wallis*.

A correlação entre as variáveis em estudo será avaliada pelo coeficiente de correlação de *Pearson* ou pelo coeficiente de correlação de *Spearman*. A análise de regressão linear simples será realizada para verificar a mudança esperada no valor da variável dependente, pelo aumento de cada unidade das variáveis independentes.

Os resultados obtidos serão considerados como estatisticamente significativos quando o nível de significância for inferior a 0,05 ($p < 0.05$), ou seja, um intervalo de confiança de 95%.

Quanto à apresentação dos resultados, esta será feita ou de forma descritiva ou através de gráficos e tabelas, tendo sempre a preocupação de adequar o seu uso ao tipo de informação que pretendemos transmitir, por forma a não se perder a visão global dos resultados e a especificação de algum em particular, e para facilitar a análise e interpretação dos resultados.

Pensamos fazer a apresentação dos resultados em capítulo próprio, para possibilitar uma leitura objetiva dos mesmos.

4.5 Previsão de recursos

A elaboração de um projeto de investigação requer a previsão de recursos, isto é, “*um orçamento aproximado do montante de recursos necessários*” (Lakatos e Marconi, 1990).

Num trabalho de investigação deste âmbito serão utilizados diversos recursos nomeadamente humanos, materiais, financeiros e de tempo.

Os recursos humanos são indispensáveis em qualquer trabalho. “ (...) *constituindo um recurso altamente diversificado em fase das diferenças individuais de personalidade, experiência, motivação*” (Chiavenato 1995).

No presente estudo os recursos humanos serão o investigador, as orientadoras e os profissionais de saúde das unidades de cuidados paliativos da região norte de Portugal que aceitem participar no estudo.

Quanto aos recursos materiais e financeiros estão previstos no quadro 6.

Quadro 6 – Recursos materiais e financeiros

<i>Recursos</i>	<i>Orçamento</i>
Fotocópias	250 €
Material de papelaria	50 €
Material informático e impressões	300 €
Encadernações	100 €
Deslocações	400€
Chamadas telefónicas/Internet	250 €
Alimentação	150€
Total	1500€

Apesar de termos consciência da dificuldade em especificar, nesta fase do projeto e devido à nossa inexperiência, os recursos materiais e financeiros necessários, tentamos fazê-lo da forma mais correta possível.

Um outro recurso importante numa investigação é o tempo que no caso deste projeto está condicionado pelo prazo de entrega, dado tratar-se de um requisito para a conclusão do Mestrado em Cuidados Paliativos. No anexo 4 colocamos um cronograma que será o elemento orientador para o cumprimento das diferentes etapas.

Como todo o processo de investigação envolve não apenas o projeto ou planeamento, mas também as fases de recolha, análise, interpretação de resultados e elaboração dum relatório (Gil 1995), em anexo (anexo 5) colocamos igualmente um cronograma referente a estas componentes.

4.6 Questões éticas consideradas no estudo

Toda a investigação com seres humanos exige o respeito pelos direitos fundamentais dos participantes e “ (...) *deve ser avaliada sob o ponto de vista ético*” (Fortin 2003), sendo que “*a revisão externa dos aspetos éticos de um estudo é muito desejável e, em vários casos, exigida, seja pela agência que financia a pesquisa, seja pela organização em que os sujeitos foram recrutados, ou em que seria conduzida a pesquisa*” (Polit e Hungler 1995).

Todas as investigações têm limites que não devem ser ultrapassados. A ética servirá de orientação à nossa conduta de modo a que durante o estudo não ultrapassemos esses limites.

Conscientes de que o investigador tem a responsabilidade de durante o projeto ou planeamento de um estudo, fazer uma cuidadosa avaliação da aceitabilidade ética do mesmo, foi nossa preocupação nas várias etapas assegurar o cumprimento de todos os princípios éticos, para não por em causa os direitos dos participantes e para impedir que resulte algum prejuízo da sua participação.

Assim na formulação do problema assegurou-se a não presença de juízos morais ou éticos.

Na construção do marco teórico, respeitante ao estado da arte, procurou-se ser fidedigno na informação a transmitir.

Foram devidamente explicitados os objetivos.

A escolha e construção dos IRD foram ponderadas por forma a recolher apenas os dados relevantes para o estudo.

Procurou-se criar os mecanismos que garantam as condições para que os indivíduos possam participar voluntariamente no estudo. Fazemos referência especial à necessidade de assegurar aos participantes que embora os resultados do estudo possam vir a ser apresentados publicamente, isso não irá nunca por em causa a confidencialidade dos dados individuais.

Foram também ponderadas as questões éticas que se colocam nas opções metodológicas e que podem vir a ter repercussões nos resultados do estudo.

Mesmo tentando acautelar todos as questões na fase de projeto, uma série de problemas podem surgir no desenvolvimento do estudo e cabe ao investigador a sua resolução rigorosa e no estrito cumprimento dos princípios do respeito pelos direitos e liberdades dos participantes no estudo e pela veracidade dos resultados. De acordo com Fortin (2003), *“nenhum meio [...] deve ser utilizado pelo investigador para influenciar a decisão do sujeito de participar ou não na investigação [...] o sujeito deve ser informado do seu direito de se retirar em qualquer momento sem ter de se justificar”*.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste projeto de investigação permitiu-nos aprofundar o conhecimento, acerca de um assunto que domina a atualidade científica e criar as bases necessárias ao desenvolvimento de uma investigação cujo contributo será a compreensão do fenómeno de *burnout* em profissionais da saúde e a procura de elementos que permitam definir estratégias para o bem-estar psicológico e emocional dos profissionais.

A síndrome de *burnout* atua como um obstáculo na relação profissional-doente condicionando a relação terapêutica bem como a realização pessoal dos profissionais envolvidos, refletindo-se no empenho individual na concretização da missão da organização.

A investigação reúne consenso na identificação da exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal (Maslach, Jackson e Leiter, 1996) como as dimensões da síndrome de *burnout*.

Procurou-se também compreender quais os sintomas mais comumente presentes na síndrome de *burnout* e os fatores associados, uma vez que o consenso na literatura ainda não foi encontrado.

Tornou-se assim pertinente o estudo de um contexto de trabalho, unidades de cuidados paliativos, que por si só é gerador de situações de stresse que muitas vezes precedem à síndrome de *burnout*.

Os cuidados paliativos assumem desta forma um particular destaque no estudo da síndrome de *burnout*, uma vez que os profissionais desenvolvem uma atividade na qual a intervenção é essencialmente em doentes em fase irreversível e terminal e em que os resultados dos tratamentos e intervenções curativas são muitas vezes inúteis e desnecessários.

É nosso entendimento que o contacto com o sofrimento dos doentes potenciado por um ambiente extremamente exigente, predisponha os profissionais dos cuidados paliativos

ao desenvolvimento de *burnout*, o que requer um estudo mais detalhado e virado para a realidade portuguesa dos cuidados paliativos.

Surgiu deste modo a necessidade de compreender melhor a ocorrência da síndrome de *burnout* nestas instituições, identificando os fatores associados já descritos na literatura. É ainda importante o conhecimento das estratégias a que os indivíduos recorrem para lidar com esta síndrome, nomeadamente as estratégias de *coping*.

Ambiciona-se com a realização deste estudo contribuir para um melhor esclarecimento da síndrome de *burnout* nos cuidados paliativos da zona norte de Portugal tendo em vista fomentar o interesse para futuramente alargar este conhecimento a toda a população portuguesa.

Se a nossa ideia sobre a prevalência da síndrome de *burnout* se confirmar, será necessário intervir nas instituições e nos indivíduos de forma a promover um ambiente laboral menos vulnerável à ocorrência desta síndrome. As instituições têm que estar atentas à baixa realização pessoal dos seus profissionais, de modo a implementarem medidas tanto preventivas como de reparação perante as primeiras manifestações de *burnout*, que se traduzem em elevada exaustão emocional e despersonalização.

Estamos conscientes de que só com o reconhecimento deste problema, quer por parte dos profissionais quer pelas instituições que os acolhem, será possível definir estratégias eficazes de prevenção e controlo de uma condição que tem consequências ao nível individual e da organização.

Na construção deste projeto algumas dificuldades foram surgindo, sobretudo relacionadas com a vastidão da informação, a nossa inexperiência na realização de projetos de investigação e sobretudo as dúvidas quanto às opções metodológicas. Provavelmente muitas outras irão surgir aquando da sua implementação.

É nosso propósito minimizar o impacto dessas dificuldades no produto final do trabalho, salvaguardando sempre o carácter científico inerente a uma investigação.

REFERÊNCIAS

- Abrahm, J., 2011. Advances in palliative medicine and end-of-life care. *Annu. Rev. Med.*, 62, p.187–199.
- Ahola, K. et al., 2006. Burnout in the general population - Results from the Finnish Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, p.11-7.
- Andrews, D.R. Dziegielewska, S., 2005. The nurse manager: job satisfaction, the nursing shortage and retention. *Journal of Nursing Management*, 13 (4), p. 286–295.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. 2006. *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos – Recomendações da APCP*.
- Bailie, R. et al., 1998. Mixed feelings: satisfaction and disillusionment among Australian GPs. *Family Practice*, 15, p. 58-66.
- Bakker, A. et al., 2000. Patients demands, lack of reciprocity and burnout: a five year longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 21, p. 425-441.
- Benevides-Pereira, A. M. T., 2002. *Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho*. In Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*, pp. 21-91. São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Burdi, M.D. Baker, L.C., 1999. Physicians' perceptions of autonomy and satisfaction in California. *Health Aff (Millwood)*, 18, p. 134-145.
- Burke, R.J. Greenglass, E.R., 2001. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Health Psychology*, 32, p. 126-138.
- Burke, R.J. Greenglass, E.R., 2001. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & Health*, 16, p. 583-594
- Calnan, M. et al., 2001. Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK. *Social Science & Medicine*, 52, p.499-507.

Carlotto, M., 2001. *Síndrome de Burnout: um tipo de estresse ocupacional*. ULBRA-RS: Caderno Universitário.

Castillo et al., 2007. Desgaste profissional en personal de enfermería. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.

Chiavenato, I., 1995. *Recursos humanos*. 3ª ed. comp. São Paulo. Atlas, cop, pp. 525.

Cruz, A. Silva, C., 1995. Consequências do trabalho por turnos. *Revista Sinais Vitais*, 3, p. 37-42

Cordes, C. L. Dougherty, T. W., 1993. A review and a integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656

Cumbe, V., 2010. *Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Porto: F.M.U.P.

Deary, I.J. et al., 1996. Models of job-related stress and personal achievement among consultant doctors. *British Journal of Psychology*, 87, p.3-29.

Diário da República, 1.ª série — N.º 30 — 12 de Fevereiro de 2009. *Art.º 220 da Lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro*.

Delbrouck, M., 2006. *Síndrome de exaustão*. Lisboa: Climepsi editores, pp. 42.

Demir, A. Ulosoy, M. Ulosoy, M. F., 2003. Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, p. 807-827.

Direcção Geral de Saúde, 2004. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos – Circular Normativa de 13.07*.

Firth, J., 1985. Personal meanings of occupational stress: cases from clinic. *Journal of occupational Psychology*, 58, p. 139-148.

Folkman, S. Lazarus. R.S., 1980. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, p.219-39.

Folkman, S. Lazarus, R.S. DeLongis, A. Gruen, R.J., 1986. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, p.571–579.

Fortin, M. F. Côté, J. Vissandjée, B. *A investigação específica de uma disciplina: o exemplo das ciências de enfermagem*. In: Fortin, M. F., 1999. *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Lusociência. Loures. ISBN Cap. 2. pp. 25-33.

Fortin, M. F. Côté, J. Vissandjée, B. *As etapas do processo de investigação*. In: Fortin, M. F., 1999. *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Lusociência. Loures. Cap. 3, pp. 35-43.

Fortin, M. F. Vissandjée, B. Côté, J. *Escolher um problema de investigação*. In: Fortin, M. F., 2003. *O processo de investigação da concepção à realização*. 3ª ed. Lusociência. Loures. pp. 47-60.

Fortin, M. F. *Métodos de amostragem*. In: Fortin, M. F., 2003. *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Lusociência. Loures. pp. 132-145.

Fortin, M. F. *Métodos de amostragem*. In: Fortin, M. F., 2003. *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência. pp. 201-214.

Fortin, M. F. Grenier, R. Nadeau, M. *Métodos de colheita de dados*. In: Fortin, M. F., 2003. *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Lusociência. Loures. Cap. 17, pp. 239-265.

Freudenberger, H.J., 1974. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30 (1), p. 159-65.

Gil, A.C., 1995. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 3.ª ed. São Paulo: Atlas, pp. 35 - 60.

Gil, A.C., 1995. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 3.ª ed. São Paulo: Atlas, pp. 270.

Gil-Monte, P.R. Peiró, J.M., 1997. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: *Síntesis*.

Gil-Monte, P.R. Peiró, J.M., 1999. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11 (3), p. 679-689.

Gil-Monte, P., 2002. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*. Maringá. 7 (1), p. 3-10.

Goh, Y.W. Sawang, S. Oei, T.P.S., 2010. The Revised Transactional Model (RTM) of Occupational Stress and Coping: An improved process approach. *The Australian and New Zealand Journal of Organizational Psychology*, 3, p. 13–20.

Grimsmo A. Sørensen BA., 2004. Nul-punkt-undersøkelse i Sykehus. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Huby, G. et al., 2002. Morale among general practitioners: qualitative study exploring relations between partnership arrangements, personal style, and workload. *British Medical Journal*, 325 (7356), p. 140-144.

Hallberg, U.E. Johansson, G. Schaufeli, W.B., 2007. Type A behavior and work situation: associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, p.135-42.

Isikhan, V. et al., 2004. Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Oncology Nursing Society*,8, p. 234–244.

Jackson, D. Firtko, A. Edenborough, M., 2007. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60, p.1-9.

Karanikola, M. Papathanassoglou, E. Giannakopoulou, M. Koutroubas, A., 2007. Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic Hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 15, p. 78-90.

Karin E. et al., 2010. A Three-year Cohort Study of the Relationships between Coping, Job Stress and Burnout after a Counselling Intervention for Help-seeking Physicians. *BMC Public Health*, 10 (213).

Kirwan, M.F. Armstrong, D., 1995. Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *The British Journal of General Practice*, 45, p.259-260.

Kop, W.J. et al., 1994. Vital exhaustion predicts new cardiac events after successful coronary angioplasty. *Psychosomatic Medicine*, 4, p. 281 – 7.

Kulkarni, G.K., 2006. Burnout (Editorial). *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 10, p. 3-4.

Kumar, S., 2007. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6, p. 186-189.

Kuremyr, D. et al., 1994. Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 19, p. 670-9.

Lakatos, E.M. Marconi, M.A., 1990. *Metodologia do trabalho científico-procedimentos básicos; pesquisa bibliográfica, projecto e relatório; publicações e trabalhos científicos*. 4ªed. São Paulo: Atlas, pp. 214.

Lazarus, R.S. Folkman, S., 1984. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Leiter, M.P., Meechan, K.A., 1986. Role Structure and Burnout in the Field of Human Services. *Journal of Applied Behavioral Sciences*, (22): p. 47-52.

Leiter, M., 1991. Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12, p.123-144.

Lima, S., 2009. O Respeito pela Autonomia em Cuidados Paliativos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Instituto de formação em Enfermagem. nº 18.

Marques, A. et al., 2009. O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*. Edição Portuguesa. Volume 14, nº 152.

Maslach, C. Jackson, S.E., 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, p. 99-113.

Maslach, C. Jackson, S. Leiter, M.P., 1996. *MBI: The Maslach Burnout Inventory, Manual*. Palo Alto, University of California: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. Goldberg, J., 1998. Prevention of burnout: new perspectives. *Applied Preventive Psychology*, 7, p. 63–74.

Maslach, C., 2000. A multidimensional theory of burnout. *Theories of organizational stress*. Edited by Gary L. Cooper.

Maslach, C., 2001. What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health*, 16, p. 607-11.

Maslach, C. Schaufeli, W.B. Leiter, M., 2001. Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol*, 52, p. 397–422.

Maslach, C., 2003. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *American Psychological Society*, 12 (5), p. 189- 192.

McIntyre, T. M., 1994. Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*. 2-3, (12), 193 – 200.

Merriam Webster's Medical Dictionary, 2011. Disponível em: <<http://medical.merriam-webster>> [Acesso em 24 de maio de 2011].

Montgomery, A.J. Panagopolou, E. Benos, A., 2005. Emotional labour at work and at home among Greek health-care home professionals. *Journal of Health Organization and Management*, 19, p. 395-408.

Moreira, D. Magnago, R. Sakae, T. Magajewski F., 2008. Prevalência da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25 (7).

Moreno-Jiménez, B. González-Gutiérrez, J. L. Garrosa-Hernández, E. Peñacoba-Puente, C., 2002. Desgaste profesional en hospitales: influencia de las variables sociodemograficas. *Rev. Enf. Rol*, 25 (11), 18-26.

Neto, I., 2010. Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. in Barbosa, A. Neto, I., 2010. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa.

Oliveira, M., 2008. *Burnout e Emoções: Estudo exploratório em médicos de um Hospital do Porto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.

Pacheco, S., 2002. *Cuidar a pessoa em fase terminal – perspectiva ética*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência.

Pais-Ribeiro, J. L. Santos, C., 2001. Estudo conservador de adaptação do “Ways of Coping Questionnaire” a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4, (XIX), p. 491-502.

Pais Ribeiro, J.L. Rodrigues, A.P., 2004. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), p. 3-15.

Parece, A., 2010. *Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados Post Mortem em unidades de medicina*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa: F.M.U.L.

Pera, G. Serra Prat, M., 2002. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit*; 16 (6).

Parreira, P. Sousa, F., 2000. Contacto com a morte e Síndrome de Burnout: estudo comparativo com três grupos de enfermagem de oncologia. *Investigação em Enfermagem*, 1.

Peiró, J.M., 1993. *Desencadeantes del Estrés Laboral*. Salamanca: Endema.

Pereira, B., 2002. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do psicólogo, pp. 21-72.

Pereira, A., 2009. *Burnout e o Conflito Trabalho-Família / Família-Trabalho em Profissionais de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: F.P.C.E.U.P.

Perrewé, P.L. et al., 2002. Are work stress relationships universal? A nine-region examination of role stressors, general self-efficacy, and burnout. *Journal of International Management*, 8, p. 163-187.

Pines, A. Aronson, E., 1989. Career burnout: causes and cures. New York, *The Free Press*. 80 - 90.

Pinto, A. M., n.d. Relatório não publicado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Pinto, A. M. Chambel, M.J., 2008. *Burnout e Engagement em contexto organizacional*. Lisboa: Livros Horizonte.

Polit, D.F. Hungler, B.P., 1995. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Potter, M.A. Pistella, C.L. Fertman, C.L. Dato V.M., 2000. Needs Assessment and a Model Agenda for Training the Public Health Workforce. *American Journal of Public Health*, 90, 1294-1296.

Queirós, P., 2005. *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições sinais vitais, Formasau formação e saúde.

Reid, G.J. Gilbert, C.A. McGrath, P.J., 1998. The pain coping questionnaire: preliminary validation. *Pain*, 76, p.83–96.

Rosa, C. Carlotto, M.S., 2005. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *SBPH*, 8 (2).

Ross, R., Altmaier, E., 1994. *Intervention in occupational stress*. Sage Publications, Thousand Oaks & New Delhi, London.

Sá, L., 2002. *Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Porto: F.M.U.P.

Sá, L., 2008. *O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. Porto: I.C.B.A.S.

Santos, O.S.A., 1988. *Ninguém Morre de Trabalhar: O Mito do Stress*. S. Paulo: CANTGRAF Editora Lda.

Schaufeli, W.B. Maslach, C. Marek, T., 1993. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 19-32.

Schaufeli, W.B. Enzman, D., 1998. *The Burnout companion to study and practice*. London: Taylor & Francis.

Schaufeli, W., 1999. Burnout *cit in* Firth-Cozens, J. Payne, R. 1999. *Stress in health professionals*. West Sussex: John Wiley & Sons.

Schaufeli, W., 2006. The balance of give and take: toward a social exchange model of burnout. *The International Review of Social Psychology*, 19, p. 87-131.

Schaufeli, W. Leiter, M.P. Maslach, C., 2008. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14 (3), p. 204-220.

Selye, H., 1965. *The stress of life*. New York: McGrawhill cit in Pereira, B. 2002. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do psicólogo, pp. 21-72.

Semmer, N., 1996. Individual differences, work stress, and health. In *Handbook of Work and Health Psychology*, ed. MJ Schabracq, JAM Winnubst, CL Cooper, pp. 51-86. Chichester, UK: Wiley.

Sharma, A. Sharp, D.M. Walker, L.G., 2008. Monson JR: Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Colorectal Disease*, 10, p.397-406.

Sibbald, B. Bojke, C. Gravelle, H., 2003. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *British Medical Journal*, 326, p. 22-25.

Soares, J.J.F. Grossi, G. Sundin, Ö., 2007. Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives of Women's Mental Health*, 10, p. 61-71.

Soler, J.K. et al., 2008. Burnout in European family doctors: the EGPRN Study. *Family Practice*, 25, p. 245-265.

Stjernswaerd, J. et al., 2007. The Public Health Strategy for Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33 (5).

Terry, D., 1994. Determinants of coping: the role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.

Travado, L. et al., 2005. Physician-patient communication among southern european cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *Psycho-Oncology*. 14: 661-670.

Triviños, A., 1992. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. O positivismo, a fenomenologia, o marxismo*. São Paulo: Atlas, pp.108.

Truchon, M. Côté, D., 2005. Predictive validity of the Chronic Pain Coping Inventory in subacute low back pain. *Pain*, 116, p.205–212.

Twicross, R., 2003. *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Van Damme, S. Crombez, G. Eccleston, C., 2008. Coping with pain: a motivational perspective. *Pain*, 139, p.1–4.

World Health Organization, 1990. *Cancer Pain Relief and Palliative Care: report of a WHO Expert Committee*. Technical Report Series nº 804. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 2002. *National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines*.

Zantinge, E. et al., 2009. Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? A study of videotaped consultations. *BMC Family Practice*, 10, p. 60.

Zapf, D. Seifert, C. Schmutte, B. Mertini, H., 2008. Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16, p. 527-545.

ANEXOS

Anexo 1

Instrumentos de recolha de dados

Questionário aos profissionais de saúde das unidades de cuidados paliativos da região norte de Portugal

Caro(a) Participante,

Sou aluno do I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, e depois de completar a parte letiva, encontro-me na fase de elaboração do projeto de investigação, cujo tema é a “Síndrome de *burnout* em profissionais de saúde”, sob a orientação da Professora Maria Carmo Sousa e coorientação da Professora Conceição Rainho.

Este estudo tem como objetivos determinar a prevalência da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde a desempenhar funções nas unidades de cuidados paliativos da zona norte de Portugal e identificar fatores que se correlacionem com esta síndrome.

Desta forma, vimos solicitar a sua colaboração ao preencher este questionário.

O questionário é anónimo pelo que pedimos que não use nenhuma forma de identificação.

Ser-lhe-á garantida a confidencialidade dos dados individuais.

Solicitamos que preencha o questionário individualmente e que responda a todas as perguntas de acordo com a sua opinião, pois não existem respostas certas e erradas, e só assim é possível realizar um trabalho fiável e útil.

Os resultados do estudo ser-lhe-ão disponibilizados, se assim o pretender.

Instruções para o preenchimento do questionário:

1. Leia de forma atenta todas as questões que lhe são colocadas, antes de responder;
2. Não deixe nenhuma questão por responder, uma vez que isso invalida a sua participação no estudo;
3. Nas questões em que existir um quadrado deve assinalar com uma cruz (X) a resposta que corresponde à situação; nas questões em que encontrar um traço (___) responder claramente, à questão que lhe é colocada, para que não restem dúvidas sobre a sua intenção.
4. No final certifique-se que respondeu a todas as questões que lhe foram colocadas.

Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.

I – Caracterização sociodemográfica e profissional

1 – **Sexo:** Masculino Feminino

2 – **Idade:** _____ anos

3 – **Estado Civil:**

Solteiro(a)

Casado(a)

Em união de facto

Divorciado(a) / Separado(a)

Viúvo(a)

4 – **Filhos:**

Não

Sim Quantos: _____.

5 – **Habilitações Literárias:**

Não sabe ler nem escrever ou sabe ler e escrever sem possuir o 1º Ciclo do Ensino Básico

1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano ou equivalente legal)

2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano ou equivalente legal)

3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano ou equivalente legal)

Ensino Secundário (12º ano) ou equivalente com cursos de Índole Profissional, Ensino Secundário Liceal Complementar

Bacharelato ou equivalente legal

Licenciatura ou equivalente legal

Mestrado

Doutoramento

Outro

6 – Grupo Profissional:

Médico

Enfermeiro

Assistente Operacional

7 – Tempo de experiência profissional: _____ anos

8 – Tempo de experiência profissional em cuidados paliativos: _____ anos

9 – Opção Profissional pelos Cuidados Paliativos:

Sim

Não

10 – Tipo de Contrato Laboral:

Contrato de trabalho em função pública (CTFP) – Lei nº 12 – A/2008 de 27 de Fevereiro:

CTFP por tempo indeterminado

CTFP a tempo parcial

CTFP a termo resolutivo certo

CTFP a termo resolutivo incerto

CTFP a termo resolutivo certo

Contrato de trabalho (código de trabalho) – Lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro, alterado pela Lei nº 105/2009 de 14 de Setembro:

Contrato de trabalho por tempo indeterminado

Contrato de trabalho a termo resolutivo certo

Contrato de trabalho a termo resolutivo incerto

11 – Tipo de Horário:

Horário fixo

Trabalho por turnos

II – MBI – PROFISSIONAIS DE SAÚDE ⁽¹⁾

O objetivo deste questionário é compreender **como os profissionais de saúde encaram o seu trabalho e as pessoas com quem trabalham mais de perto.**

Na página seguinte encontram-se 22 afirmações sobre sentimentos relacionados com a SUA atividade profissional. Por favor leia cada frase atentamente e pense se alguma vez se sentiu dessa forma face ao seu trabalho. Se *nunca* teve esse sentimento, escreva “0” (zero) no espaço que precede a frase. Se já tem tido esse sentimento, escreva o número (de 1 a 6) que melhor descreve *com que frequência* se sente dessa forma.

Apresenta-se a seguir um exemplo.

Exemplo:

COM QUE FREQUÊNCIA:	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Algumas vezes, ou menos, por ano	Uma vez, ou menos, por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

**COM QUE
FREQUÊNCIA:**

0 – 6 Afirmação:
_____ Sinto-me deprimida(o) no trabalho.

Se *nunca* se sente deprimida(o) no trabalho, deve escrever o número “0” (zero) por baixo do título “COM QUE FREQUÊNCIA”. Se *raramente* se sente deprimida(o) no trabalho (algumas vezes, ou menos, por ano), escreva o número “1”. Se os seus sentimentos de depressão são bastante frequentes (algumas vezes por semana, mas não diariamente), escreva um “5”.

⁽¹⁾ Maslach Burnout Inventory (MBI) – Human Services Survey (Maslach et al, 1996).
Tradução de Alexandra Marques Pinto.

**COM QUE
FREQUÊNCIA:**

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes, ou menos, por ano	Uma vez, ou menos, por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

1. _____ Sinto-me emocionalmente esgotada (o) pelo meu trabalho
2. _____ Sinto-me desgastada (o) no fim do dia de trabalho
3. _____ Sinto-me fatigada (o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho
4. _____ Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas
5. _____ Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais
6. _____ Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim
7. _____ Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes
8. _____ Sinto-me esgotada (o) pelo meu trabalho
9. _____ Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho
10. _____ Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão
11. _____ Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente
12. _____ Sinto-me com muita energia
13. _____ Sinto-me frustrada (o) pelo meu trabalho
14. _____ Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão
15. _____ Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes
16. _____ Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stresse
17. _____ Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes
18. _____ Sinto-me cheia (o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes
19. _____ Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão
20. _____ Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência
21. _____ No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais
22. _____ Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.

III – Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA) (..)

Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior stresse que experienciou recentemente na sua vida profissional. Por situação “stressante” entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiado pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stresse. Pensando na forma como lidou com a situação de stresse que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala: **Nunca usei (0); Usei de alguma forma (1); Usei algumas vezes (2); Usei muitas vezes (3).**

	Nunca usei	Usei de alguma forma	Usei algumas vezes	Usei muitas vezes
1 Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo				
2 Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa				
3 Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião				
4 Falei com alguém para saber mais sobre a situação				
5 Critiquei-me ou analisei-me a mim própria				
6 Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma				
7 Esperei que acontecesse um milagre				
8 Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido				
9 Tentei guardar para mim própria o que estava a sentir				
10 Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema				

Síndrome de *burnout* em profissionais de saúde

11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema				
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo				
13	Eu estava inspirada em fazer algo criativo				
14	Tentei esquecer tudo				
15	Procurei ajuda de um profissional				
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva				
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação				
18	Construí um plano de ação e segui-o				
19	Consegui mostrar o que sentia				
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos				
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes				
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema				
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.				
24	Fiz algo muito arriscado				
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso				
26	Encontrei nova esperança				
27	Redescobri o que é importante na vida				
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem				
29	Evitei estar com as pessoas em geral				
30	Não deixei que a situação me afetasse; Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema				
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito				
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação				
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério				
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir				
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria				
36	Passei o problema para os outros				
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida em situações semelhantes.				
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem				
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido				

40	Prometi a mim própria que as coisas para a próxima seriam diferentes				
41	Criei várias soluções diferentes para o problema				
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas				
43	Mudei alguma coisa em mim própria				
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma Terminasse				
45	Desejei que as coisas voltassem atrás				
46	Rezei				
47	Pensei para mim própria naquilo que iria dizer ou fazer				
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo				

(^o) Adaptado para a população portuguesa de Ways of Coping Questionnaire (Folkman e Lazarus, 1988)
Traduzido e validado por Pais-Ribeiro e Santos.

Por favor verifique se preencheu todos os campos de resposta do questionário.

Obrigado pela sua colaboração.

Anexo 2

Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de recolha de dados
nas unidades de cuidados paliativos da região norte de Portugal

Exmo. Sr. Presidente do
Conselho de Administração da (...)

Assunto: Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

No âmbito do I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina e Universidade do Porto, estou a realizar um estudo sobre “*Síndrome de Burnout em profissionais de saúde*” sob a orientação da Professora Maria Carmo Sousa e coorientação da Professora Conceição Raínho.

Escolhi para população-alvo deste estudo os profissionais de saúde, enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, que desempenham funções nas unidades de cuidados paliativos da região norte de Portugal. Esta investigação tem como objetivos determinar a prevalência da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde a desempenhar funções nas unidades de cuidados paliativos da zona norte de Portugal e identificar fatores que se correlacionem com esta síndrome.

Pelo exposto, solicito a autorização de vossa excelência para aplicação dos instrumentos de recolha de dados (anexos a este pedido) aos profissionais de saúde a desempenhar funções na instituição que dirige, e que voluntariamente pretendam participar. O questionário a aplicar oferece a possibilidade de recolher informação sobre variáveis para caracterização sociodemográfica e profissional (idade, sexo, estado civil, nº de filhos, habilitações literárias, tempo de experiência profissional, tempo de experiência profissional em cuidados paliativos, grupo profissional de pertença, habilitações literárias, tipo de horário, opção profissional pelos cuidados paliativos e tipo de contrato laboral). O MBI – HSS de Maslach e Jackson (1996), escala cedida pela Dr.ª. Alexandra Marques Pinto permite a avaliação da síndrome de *burnout*. A avaliação das estratégias de *coping* será realizada através da aplicação do Questionário Modos de Lidar com os Acontecimentos de Folkman e Lazarus (1988), traduzido e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Santos (2001).

Prevê-se que a recolha de dados decorra durante o primeiro trimestre de 2012 e estima-se que o tempo para o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados seja de 30 a 40 minutos.

Com os melhores cumprimentos

Paços de Ferreira, .../.../...

Luís Miguel Coelho de Sousa

Contactos:

Luís Miguel Coelho de Sousa
Rua Eng. Alexandre Aranha, nº 305, Meixomil
4595 – 225 Paços de Ferreira
Telemóvel: 916264264.
Correio eletrónico: Luis1298Sousa@hotmail.com

Anexo 3

Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do Estudo

Síndrome de *Burnout* em profissionais de saúde

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante)

_____ ,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se pretende realizar, nomeadamente objetivos, finalidades, metodologia e utilidade que a mesma terá para a compreensão do fenómeno em estudo. Foi-me dada oportunidade para fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Fui informado do direito de recusar em qualquer momento a minha participação no estudo, sem daí resultar qualquer prejuízo.

Foi-me assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados individuais.

Fui informado de que posso aceder aos resultados do estudo, se o solicitar.

Face ao exposto participo voluntariamente no estudo, através do preenchimento dos instrumentos de recolha de dados, apresentados pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo 4

Cronograma do projeto de investigação

Ano		2011											
Meses	2010	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	
Fases													
Escolha do Tema													
Formulação do problema													
Pesquisa Bibliográfica													
Construção do capítulo Estado da Arte (marco teórico do estudo)													
Definição dos Objetivos, Finalidades e Justificação do estudo													
Construção das Hipóteses e Operacionalização das Variáveis													
Construção do capítulo Materiais e Métodos													
Revisão integral do Projeto													
Entrega do Projeto													

Anexo 5

Cronograma do estudo de investigação

Ano	2012											
	1º Trimestre			2º Trimestre			3º Trimestre			4º Trimestre		
Período												
Fases												
Recolha de dados												
Preparação e Tratamento estatístico de dados												
Análise e discussão de resultados												
Elaboração do relatório												

