

**Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina**  
**Relatório de Estágio no Serviço de Cuidados Intensivos I do**  
**Centro Hospitalar do Porto**

Autor: João Morais de Almeida Aguiar Coelho

Orientador: Dr<sup>a</sup> Madalena Alves

PORTO, 2012

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR**

Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 PORTO

## **Resumo**

A prática da Medicina Intensiva está assente em conhecimentos de diversas especialidades, parte dos quais são importantes para todas as classes médicas e para alunos a iniciar a prática clínica. A realização de um estágio observacional/prático no Serviço de Cuidados Intensivos 1 (SCI 1) do Centro Hospitalar do Porto teve como objectivo contactar com as condições clínicas e terapêuticas mais frequentemente abordadas/executadas. O estágio teve a duração de 88h, e consistiu no acompanhamento da orientação dos doentes e na realização de procedimentos passíveis de ser executados por um aluno.

Considerando os riscos psicossociais de uma unidade de cuidados intensivos (UCI), os profissionais de saúde têm um risco aumentado de desenvolverem síndrome de *burnout*. Durante o estágio desenvolveu-se um estudo para avaliar a prevalência da síndrome de *burnout* entre os profissionais de saúde do serviço. A síndrome envolve três dimensões: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (D) e Realização Pessoal (RP). Esta investigação teve como base a aplicação do questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e envolveu 42 dos 76 profissionais.

Os dados obtidos indicam que a síndrome de *burnout* afecta 7.8% dos enfermeiros. Nenhum médico apresentou *burnout*. 43.7% dos médicos e 46.1% dos enfermeiros apresentaram níveis altos de EE. 6.2% dos médicos e 11.5% dos enfermeiros apresentaram níveis altos de D, e 43.7% dos médicos e 34.6% dos enfermeiros apresentaram níveis baixos de RP. 21.4% dos profissionais apresentaram simultaneamente alta EE e baixa RP, englobando 36.4% dos médicos especialistas.

O estágio permitiu a aquisição de conhecimentos sobre Medicina Intensiva e sobre a importância do trabalho em equipa. Relativamente ao *burnout*, apesar da baixa prevalência, uma porção significativa dos profissionais está em risco aumentado pelo que medidas preventivas devem ser consideradas.

**Palavras-chave:** Unidade Cuidados Intensivos, síndrome de *burnout*

## **Abstract**

The practice of intensive care medicine is based on knowledge from various specialties, some of which is important for all medical classes and medical students initiating clinical practice. The goals of performing an observational / practical internship at Oporto's Hospital Center Intensive Care Unit (ICU 1) were to get in contact with the clinical conditions and treatment more often addressed / implemented. The internship lasted 88 hours, involved the accompaniment of the patient's orientation and the execution of procedures susceptible of being performed by a student.

Considering the psychosocial risks of an intensive care unit, health professionals have an increased risk of developing burnout. During the stage we developed a study to assess the prevalence of burnout among ICU's health professionals. The syndrome involves three dimensions: Emotional Exhaustion (EE), Depersonalization (D) and Fulfillment (F). This research was based on the questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI) and involved 42 of the 76 professionals. The data obtained indicate that burnout affects 7.8% of nurses. No doctor was in burnout. 43.7% of physicians and 46.1% of nurses had high levels of EE. 6.2% of physicians and 11.5% of nurses had high levels of D, and 43.7% of physicians and 34.6% of nurses had low levels of F. 21.4% of subjects reported both high EE and low F. This last group comprises 36.4% of medical specialists.

The internship allowed the acquisition of knowledge about intensive care and about the importance of teamwork. With regard to burnout, despite the low prevalence, a significant portion of professionals is at increased risk so that preventive measures should be considered.

**Keywords:** Intensive Care Unit, burnout syndrome.

**Agradecimentos:**

À Dr<sup>a</sup> Madalena Alves

À Dr<sup>a</sup> Cristiana Morais

À Dr<sup>a</sup> Rosa Proença

Aos profissionais do SCI 1 do Centro  
Hospitalar do Porto

## Índice

Resumo	ii
Abstract	iii
Introdução	1
Caracterização do Serviço de Cuidados Intensivos 1	3
Caracterização do Estágio	4
Doentes Observados	9
Prevalência da síndrome de <i>burnout</i> no Serviço de Cuidados Intensivos 1	11
Metodologia	13
Resultados	14
Discussão	16
Conclusão	21
Bibliografia	22
Anexo	25

## Introdução

A Medicina Intensiva, subespecialidade médica praticada nas Unidades de Cuidados Intensivos, é uma área diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, nomeadamente falência eminente ou estabelecida, de um ou mais órgãos. A sua actividade assenta na integração de conhecimentos e competências transversais a várias áreas médicas, implicando um conhecimento profundo da fisiologia, patofisiologia e meios terapêuticos das áreas cardiovascular, respiratória, renal, hematológica, endócrina, gastrointestinal, metabólica, do sistema nervoso central, infecciosa, e toxicológica, conhecimentos que são também importantes para alunos no final da formação médica.

A realização deste estágio permite enriquecer a minha formação numa área de interesse pessoal, sobre a qual, na minha opinião, a classe médica independentemente da especialidade deve possuir conhecimentos gerais.

Paralelamente ao estágio e tendo em conta o ambiente de uma Unidade de Cuidados Intensivos, foi desenvolvido um trabalho de investigação com o objectivo de avaliar unicamente a prevalência da síndrome de *burnout* e suas dimensões entre os profissionais do Serviço de Cuidados Intensivos I.

O presente trabalho está estruturado fundamentalmente em duas partes distintas. Na primeira encontra-se uma descrição acerca do estágio realizado e na segunda, apresentam-se os resultados obtidos relativamente à síndrome de *burnout*.

## **PARTE I**

## **Caracterização do Serviço de Cuidados Intensivos 1**

Inicialmente designado por Centro de Reanimação Respiratória do Hospital Geral de Santo António, o Serviço de Cuidados Intensivos 1 (SCI 1) foi Inaugurado em 1962 sob a direcção do Dr. Corino de Andrade, doze anos após o início dos Cuidados Intensivos na Europa. Tinha na altura como principal objectivo o tratamento de doentes que, independentemente da causa, se encontrassem em insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica. Desde a sua criação tem desempenhado um papel fundamental no desenvolvimento da Medicina Intensiva em Portugal. Após várias mudanças na designação, em 2003 adoptou o nome actual, Serviço de Cuidados Intensivos 1 do Centro Hospitalar do Porto e é constituído pela Unidade de Cuidados Intensivos, pela Unidade de Cuidados Intermédios e pelo Laboratório de Fisiopatologia Respiratória. Tem como director o Dr. Fernando Rua e o corpo clínico é composto por médicos especialistas em Anestesiologia, Medicina Interna e Pneumologia, que conferem ao Serviço uma multidisciplinaridade essencial para a avaliação orientação e tratamento eficiente dos doentes aí admitidos. O Serviço tem capacidade para admitir doentes com todos os tipos de patologias médicas e cirúrgicas de todas as especialidades que apresentem falência de órgão actual ou potencial que possa ser revertida/controlada. Está no entanto vocacionado para doentes neurocríticos, transplantados hepáticos ou renopancreáticos, ou submetidos a cirurgia programada com necessidade de monitorização específica no pós-operatório pela ocorrência de alguma complicação per operatória, pela própria patologia cirúrgica ou por outra patologia associada.

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) tem disponíveis 12 camas, das quais 10 estão sempre activas e duas estão reservadas para situações especiais. A enfermaria da Unidade de Cuidados Intermédios (UCInt) dispõe de 12 camas, das quais 4 podem ser utilizadas como camas da UCI caso necessário.

Em todas as camas é possível a monitorização de electrocardiograma, medição de pressão arterial invasiva e não invasiva, débito cardíaco, oximetria de pulso, temperatura, pressão intracraniana e BIS (*Bispectral Index*). Na unidade intensiva é ainda possível a ventilação invasiva dos doentes, a realização de broncofibroscopia, drenagem torácica, a realização de traqueostomia percutânea, instituição de terapia de substituição renal por técnicas contínuas ou intermitentes, de terapia de substituição hepática ("Prometheus"), realização de técnicas analgésicas (cateterismo epidural), e Doppler transcraniano.



O SCI 1 tem como recursos disponíveis, em colaboração com outros serviços do Hospital, Rx portátil, TAC, RMN, angiografia, bloco operatório e laboratório de Química Clínica e de Hematologia com banco de sangue. O transporte do doente para a realização de exames auxiliares de diagnóstico é realizado por um médico do serviço.

### **Caracterização do Estágio**

O estágio no SCI 1 decorreu de 21/11/2011 a 25/11/2011 e de 28/11/2011 a 2/12/2011, totalizando 88h, distribuídas por 4 turnos de 10h e 6 turnos de 8h.

O estágio incluiu a frequência das reuniões de serviço, diárias, que decorrem entre as 8.30 e 9.30 da manhã, na qual os médicos responsáveis pelas enfermarias durante a noite actualizam os colegas que ficarão responsáveis durante o dia da evolução e da condição actual dos doentes internados. Nesta reunião é decidida em conjunto pelos médicos a orientação clínica para cada doente e os médicos são informados das admissões previstas. Esta reunião tem um papel importante na formação dos médicos internos que se encontram a fazer estágio de Cuidados Intensivos pois podem expor as suas dúvidas, são encorajados a participar nas decisões relativas a cada doente, podem discutir quais os problemas ocorridos durante o acompanhamento dos doentes, e são responsáveis por apresentar um “jornal club” sobre artigos de medicina intensiva.

Após cada reunião de serviço, o restante dia de estágio foi passado na enfermaria de Cuidados Intensivos e Intermédios. Nos primeiros dois acompanhei um médico interno na visita aos doentes e assisti à visita geral sob a responsabilidade do especialista a todos os doentes internados. São discutidos caso a caso com o especialista os doentes observados e quais as atitudes a tomar para cada um. Assisti também a todos os procedimentos médicos e de enfermagem relevantes realizados, assim como executei os procedimentos abaixo descritos. Nos restantes dias além do descrito, acompanhei a evolução de 4 doentes, o que implicou realizar a entrevista clínica com o doente sempre que possível, acompanhada do exame físico, consultar os resultados dos meios complementares de diagnóstico e os procedimentos efectuados, a medicação do doente, cálculo do *score* SAPS II – *Simplified Acute Physiologic Score* e do *score* SOFA - *Sequential Organ Failure Assessment*. Relativamente ao SAPS II, este constitui um preditor de gravidade e mortalidade que é calculado nas primeiras 24h após a admissão na UCI, e tem por base valores de 17 parâmetros do doente. Para o cálculo do SAPS II não é necessário um diagnóstico

definitivo, o que facilita a sua utilização dado que por vezes este não está estabelecido à admissão. O score SOFA, permite através de parâmetros respiratórios, cardiovasculares, hepáticos, renais, neurológicos e de coagulação, avaliar a evolução dos doentes durante o internamento.

Durante o período de estágio estiveram internados na UCI e UCInt 51 doentes com uma média de idade de 67.24 anos (Desvio Padrão 16.7).

	<b>Número de doentes</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Masculino</b>	31	60,78%
<b>Feminino</b>	20	39,22%
<b>Total</b>	51	100,0%

Destes, 20 foram admitidos inicialmente na UCI, com um valor médio de SAPS II de 34.2 (variação de 7 a 62 pontos).

Relativamente à proveniência dos doentes:

	<b>Número de Doentes</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Internamento</b>	14	27,45%
<b>Bloco</b>	27	52,94%
<b>Urgência</b>	10	19,61%
<b>Total</b>	51	100,0%

No grupo de doentes provenientes do bloco estão incluídos os casos de vigilância pós-cirúrgica urgente ou electiva e os casos de descompensação no período pós-operatório imediato.

A duração média do internamento, que em vários casos se prolongou após o término do estágio, foi de 8,1 dias.

Relativamente ao motivo de internamento dos doentes no SCI-1, foram considerados dois grupos, médico e cirúrgico.

Médico – 22 doentes:

	<b>Número de doentes</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Cardíaca</b>	3	5.88
<b>Respiratória</b>	11	21.57
<b>Neurológica</b>	1	1.96
<b>Sépsis</b>	2	3.92
<b>Trauma</b>	3	5.88
<b>Outras</b>	2	3.92
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>43.13</b>

Cirúrgico – 29 doentes:

	<b>Número de doentes</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Vigilância pós-cirurgia electiva</b>	17	33.3(3)
<b>Vigilância pós-cirurgia urgente</b>	10	19.61
<b>Complicações durante cirurgia ou na UCPA</b>	2	3.92
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>56.86</b>

Na categoria “Outra” incluem-se um doente admitido para confirmação do diagnóstico de morte cerebral, e um doente admitido na Unidade Intermédia para vigilância pós drenagem de um abscesso abdominal, a qual não se adequa a nenhuma das categorias cirúrgicas acima referidas.

Da totalidade dos doentes apenas dois faleceram enquanto internados no SCI. Estes haviam sido admitidos inicialmente nos Cuidados Intensivos com SAPS II de 15 e 62, com uma probabilidade de morte de 2% e 72.1% respectivamente.

Relativamente a técnicas/procedimentos foi possível observar:

Traqueostomias percutâneas (duas), técnica substituta da entubação orotraqueal para manutenção/protecção da via aérea quando o doente se encontra entubado por mais de 15-21 dias; quando há obstrução das vias aéreas superiores, patologia laríngea, estenose subglótica ou atraso na recuperação dos reflexos glóticos;

Cateterização da artéria radial (três), utilizada para medição de rotina da pressão arterial e colheita de sangue arterial para gasimetrias em doentes com previsão de internamento prolongado. Durante o estágio tive oportunidade de colocar uma linha arterial;

Intubações orotraqueais (duas), para instituição de ventilação mecânica invasiva, manutenção/protecção da via aérea, e “toilette” brônquica;

Extubação (duas), a qual implica por parte do doente os seguintes critérios: estado de consciência que permita adequado reflexo laríngeo e tosse eficaz; reserva pulmonar adequada; integridade da via aérea;

Colocação de cateteres venosos centrais - CVC (dois subclávios, um jugular e dois femorais). Estes estão indicados para a administração de fluídos, nutrição parentérica e solutos hipertónicos, para a monitorização da pressão venosa central, para a realização de terapia de substituição renal (TSR), plasmaferese, oximetria do bolbo jugular e colocação de *pacemaker* transvenoso. No SCI 1 o cateter padrão é de três vias, sendo colocado preferencialmente na veia subclávia, seguido pela veia jugular e por fim na femoral. Durante o estágio coloquei um CVC femoral;

Gasimetrias arteriais (uma), com execução de sete por punção directa da artéria radial e cinco por colheita de sangue da linha arterial;

Drenagem torácica (uma), num doente com derrame pleural parapneumónico;

Punção lombar (uma);

Cateterização venosa periférica (duas), algaliação (três) e introdução de sonda nasogástrica (duas) tendo sido possível durante o estágio colocar dois cateteres periféricos, realizar duas algaliações e colocar uma sonda;

Utilização de *sustained low efficiency dialysis* - SLED - em dois doentes. Esta técnica de substituição renal constitui uma modalidade da hemodiálise intermitente, que combina características das técnicas de substituição renal contínuas com características da terapia intermitente (1). Permite a remoção de volume do doente com menor risco de instabilidade hemodinâmica, com bom controlo electrolítico e capacidade de remoção de solutos (2), sendo tecnicamente mais simples de executar quando comparada com as técnicas de substituição contínuas (3). Na UCI poder ser utilizada durante a noite, facilitando a realização de procedimentos/exames de diagnóstico/exame físico ao doente durante o dia.

Programação dos ventiladores nos doentes da Unidade de Intensivos, principalmente a utilização do Modo Assistido Controlado por volume ou por pressão, Ventilação com suporte de pressão e Ventilação Sincronizada Intermitente Mandatória.

Administração de nutrição entérica e parentérica. No ambiente de cuidados intensivos, os doentes para os quais esteja prevista a impossibilidade de iniciar nutrição oral completa nos primeiros três dias após a admissão devem iniciar nutrição entérica nas primeiras 24-48h de internamento (4). A administração deve ser realizada preferencialmente com a cabeceira da cama elevada para diminuir o risco de pneumonia de aspiração e de pneumonia associada ao ventilador (5). Caso os doentes apresentem contra-indicações para a administração de nutrição entérica nomeadamente síndrome do intestino curto, fístula gastrointestinal (GI) proximal de alto débito, perfuração/obstrução intestinal, hemorragia GI severa e instabilidade hemodinâmica severa, a utilização de nutrição parentérica administrada por CVC nesse mesmo intervalo de tempo, toma um papel essencial na manutenção do estado nutricional dos doentes (4). A nutrição tem um papel importante na atenuação da resposta metabólica ao stress imposto pela doença, na prevenção de dano celular oxidativo, e na modulação da resposta imune (5).

Hipotermia terapêutica induzida, em 2 doentes. Esta técnica é utilizada com o objectivo de prevenir lesões neurológicas decorrentes de hipoperfusão cerebral. Num doente a hipoxia cerebral deveu-se a paragem cardio-respiratória pós enfarte agudo do miocárdio. No outro a paragem cardíaca decorreu de falência respiratória durante sedação para realização de uma RMN por suspeita de romboencefalite. Nesta técnica a temperatura central é reduzida até valores entre os 32 - 34°, devendo ser iniciada o mais precocemente possível após a paragem cardíaca. A temperatura deve ser mantida nesses valores por um período de 12-24h (6). A redução da temperatura pode ser obtida quer por arrefecimento externo quer por meios intravasculares, devendo os doentes ser mantidos sob sedação durante todo o processo para evitar *shivering* (7). A medição da temperatura deve ser efectuada preferencialmente por medição no sangue venoso, mas medições fiáveis são também obtidas através de uma sonda esofágica (8). Aquando o re-aquecimento, este não deve exceder os 0.2-0.5°C/h com o objectivo de prevenir complicações como desequilíbrios hidroelectríticos, edema cerebral e convulsões, que podem anular os benefícios da terapia (9).

Utilização de ventilação não invasiva, nomeadamente BPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*) por máscara facial numa doente com história de Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva com quadro de Insuficiência Respiratória tipo II com acidose respiratória.

Cumprimento do protocolo de controlo de infecção nosocomial, dado que o doente crítico é altamente vulnerável a infecções associadas aos cuidados de saúde, que resultam num aumento da morbidade, tempo de internamento, custos e de

mortalidade, do protocolo de prevenção de trombose venosa profunda com recurso a heparina de baixo peso molecular e do protocolo de prevenção de úlcera gástrica de stress pela administração de um inibidor da bomba de prótons.

Cumprimento do protocolo de controlo glicémico, que está associado a uma maior sobrevivência e a menor morbilidade (10).

### **Doentes observados**

Durante o estágio foi possível o acompanhamento dos seguintes doentes:

Homem de 75 anos, com história de Insuficiência Renal Crónica e Insuficiência Cardíaca (IC), internado no hospital por descompensação da IC por choque séptico, e agudização da IRC. Foi admitido na UCI para optimização da terapêutica e para a realização de técnica de substituição renal (SLED);

Mulher de 84 anos, submetida a cistectomia alargada num contexto de neoplasia vesical. Foi admitida na UCI por choque hemorrágico intra-operatório, com necessidade transfusão de glóbulos rubros e suporte vasopressor;

Homem de 62 anos, internado no hospital para estudo de alterações neurológicas agudas. Perante a suspeita de meningoencefalite optou-se pela realização de RMN cerebral, sendo que foi necessária a sedação do doente para a sua execução. No contexto da sedação entrou em falência respiratória e consequente paragem cardíaca, tendo sido admitido na UCI para indução de hipotermia terapêutica.

Mulher de 79 anos, com antecedentes de Asma brônquica e Doença de Alzheimer, submetida a cirurgia de Hartmann por diverticulite complicada por sépsis e perfuração. Foi internada na UCI no contexto de choque hemorrágico no pós-operatório imediato por hemoperitôneo de grande volume.

## **PARTE II**

## **Prevalência da síndrome de *burnout* no Serviço de Cuidados Intensivos 1**

Segundo Schaufeli e Enzmann, a primeira descrição do conceito de síndrome *burnout* deve-se a Freudenberger, em 1974. É no entanto atribuída a Maslach e Jackson, em 1986, aquela que é a definição mais utilizada actualmente. Para estes dois autores, a síndrome de *burnout* é uma entidade multidimensional composta por exaustão emocional, despersonalização, e diminuição da realização pessoal, ocorrendo maioritariamente em indivíduos que exercem profissões que envolvam intensa actividade relacional com outros indivíduos, embora possa verificar-se noutras profissões (11).

A síndrome de *burnout* relaciona-se com a exposição continuada a situações de stresse ocupacional crónico em que se verificam falhas dos mecanismos de adaptação por parte do profissional, sendo esta falha o culminar de um longo período de desequilíbrio entre exigências ocupacionais e recursos pessoais (12).

Relativamente às dimensões constituintes da síndrome (13):

- A exaustão emocional relaciona-se com o nível de energia emocional do profissional nomeadamente com a sensação de incapacidade de dar mais de si ao utente sob o ponto de vista afectivo.
- A despersonalização relaciona-se com o desenvolvimento de sentimentos negativos, e de atitudes e sentimentos de cinismo em relação aos utilizadores do serviço. Os utentes são vistos pelo profissional de forma desumanizada devido a um endurecimento afectivo, a quem, por vezes, culpabilizam pelos seus problemas.
- A diminuição da realização pessoal envolve uma auto-avaliação negativa relativamente às próprias capacidades e ao trabalho efectuado, afectando a qualidade deste mesmo trabalho e as relações interpessoais.

Um indivíduo em *burnout* apresentará níveis elevados de exaustão e despersonalização enquanto os níveis de realização pessoal serão baixos.

Relativamente às variáveis relacionadas com o aparecimento da síndrome de *burnout*, estas podem ser agrupadas em três níveis distintos: organizacional, intraindividual e interindividual (12), desempenhando as exigências interpessoais o papel mais relevante (11).

No plano intraindividual, as características da personalidade do indivíduo evidenciam estar relacionadas com uma maior intensidade e frequência da síndrome de *burnout*. O altruísmo e idealismo exagerados com que certos profissionais abordam a sua profissão podem facilitar o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, ao



envolverem-se demasiado nos problemas dos doentes assumindo por vezes a sua resolução como uma questão pessoal, ou ao verem as suas próprias expectativas defraudadas. Estes motivos, quando aliados a uma situação de afectividade negativa em que os profissionais tendem a ver os problemas sempre pelo lado negativo e a culpabilizarem-se pelas próprias falhas e pelas falhas dos outros, contribuirão para a perda de realização profissional (13).

No plano das relações interpessoais, o risco de síndrome de *burnout* aumenta quando as relações com os doentes e seus familiares, com os outros profissionais da equipa sejam eles de categoria igual ou diferente, ou com as chefias são continuamente tensas e ou conflituosas (13).

Ao nível organizacional, de acordo com RAGGIO (14), no contexto específico de uma UCI, vários factores podem contribuir para altos níveis de stresse nos profissionais de saúde, e para o conseqüente aparecimento da síndrome de *burnout*:

- Necessidade de tomar decisões importantes para o doente crítico, num curto espaço de tempo;
- Alta prevalência de eventos inesperados que podem requerer resposta imediata;
- Contacto frequente com a morte dos doentes;
- Relação com os familiares dos doentes;
- Ser a UCI um local onde frequentemente se lida com questões éticas que envolvem decisões difíceis;
- Realização de procedimentos invasivos e potencialmente danosos para o doente;
- Impotência perante falhas de origem externa ao pessoal da UCI na orientação dos doentes;
- Frequente falta de camas e necessidade de triar os recursos disponíveis;
- Desequilíbrio na relação pessoal/profissional entre os enfermeiros e médicos que trabalham na equipa.

São também considerados factores de stresse e de risco para *burnout* o facto de a UCI ser um ambiente de trabalho fechado, e de os profissionais terem por vezes, uma carga de trabalho excessiva (15).

Estes factores podem ser prejudiciais para a performance no âmbito das funções desempenhadas numa UCI, onde níveis altos de atenção e motivação são essenciais (16).

Factores organizacionais presentes em outros locais de trabalho onde também ocorrem elevados níveis de *burnout*, nomeadamente a burocratização excessiva, alto

nível de especialização requerido, standardização de comportamentos e procedimentos, actualização tecnológica constante, alterações no modo de progressão na carreira e nível salarial insuficiente (13), são também variáveis a considerar como potenciais factores de risco numa UCI.

Embriaco et al (17) reportaram uma prevalência de *burnout* numa amostra de 978 médicos especialistas, internos e estagiários a exercer funções em UCI de 47%. Poncet (18), num estudo com uma amostra de mais de 2000 enfermeiros a trabalhar em UCI, refere níveis elevados de burnout em 33% dos enfermeiros, independentemente da respectiva categoria profissional.

A síndrome de *burnout* pode levar a consequências tanto para o indivíduo quanto para a organização. No indivíduo, estas podem manifestar-se tanto a nível físico, com cefaleias, dores musculares, fadiga crónica, hipertensão, taquicardia, urticária e alterações gastrointestinais, quanto a nível psicológico através de irritabilidade, ansiedade, desmotivação, sensação de inferioridade, desconcentração ou mesmo agressividade e paranóia. Quanto às consequências para a organização, estas incluem infracções das normas, diminuição do rendimento, diminuição da qualidade do serviço prestado, absentismo, abandono do emprego e aumento do número e potencialmente da gravidade de acidentes (19). Embriaco et al (17) e Poncet et al (18) apresentaram proporções de intensivistas e enfermeiros de UCI com vontade de abandonar o trabalho de cerca de 50 e 60% respectivamente. No caso dos intensivistas, Embriaco et al (17) não encontrou relação entre a presença de *burnout* e aumento da mortalidade nos doentes internados.

## **Metodologia**

Com base no objectivo a que nos propomos, torna-se necessário recorrer a um estudo transversal, descritivo e analítico, de prevalência. Este decorreu entre o dia 21/11/2011 e o dia 2/12/2011.

Durante este período exerciam funções no SCI 11 médicos especialistas, 7 médicos internos e 58 enfermeiros.

As características psicológicas de *burnout* foram avaliadas por questionário individual, tendo-se escolhido como variável de referência para o estudo do *burnout* a pontuação de esgotamento emocional fornecida pelo Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) (20), já adaptado e validado para a população portuguesa (21)(Anexo). A amostra foi ainda caracterizada relativamente à idade, sexo, número médio de horas de trabalho, classe profissional e dentro da classe médica foi ainda caracterizada em médico interno e especialista.

A resposta aos questionários é rápida, o que facilita a sua utilização em grandes grupos. Para além disso, são facilmente pontuáveis e interpretados. Uma vez que se baseiam em variáveis estandardizadas não há lugar à subjectividade do avaliador.

O questionário é constituído por 22 itens distribuídos pelas três referidas subescalas. A resposta é dada sobre a frequência com que cada sentimento ocorre numa escala tipo "Lickert" de 7 posições entre "nunca" ("0") e "todos os dias" ("6").

Existe *burnout* quando se verificam simultaneamente valores elevados nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização, e valores baixos na dimensão Realização Pessoal.

Após a respectiva recolha de dados, estes foram introduzidos e tratados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 16), sendo que numa primeira fase recorreu-se à estatística descritiva com vista a determinar as características da amostra, realizando-se em seguida análises estatísticas nomeadamente frequências e crosstabs.

Este estudo remete para uma população que partilha da problemática em questão, nomeadamente profissionais de saúde. Dos 76 médicos e enfermeiros a exercer no SCI, participaram no estudo 42 profissionais. Dentro da classe médica participaram a totalidade dos especialistas, e 5 de um total de 7 médicos internos (71.4%). Dos enfermeiros participaram 26 de um total de 58 (44.8%). Relativamente à não participação dos restantes elementos, esta ficou a dever-se a falta de disponibilidade para responder ao questionário, à existência de profissionais em período de férias e de baixa, e à dificuldade de compatibilidade de horários relativa a funcionários com turnos nocturnos.

## **Resultados**

Passando à caracterização; amostra é então constituída por 42 profissionais de saúde, onde 16 (38,1%) são médicos, sendo ainda que deste grupo profissional, 11 (68.8%) são médicos especialistas e 5 (31.2%) são internos. Os restantes 26 (61,9%) participantes são enfermeiros.

A maioria dos participantes é do sexo feminino 26 (61,9%). Relativamente às idades, a média é 35 anos, sendo que 58,5% (n=24), portanto a maioria, se encontra na faixa etária dos 26 aos 35 anos. No que diz respeito a carga horária, a percentagem mais significativa 41,1% (n=16) trabalha 40 horas por semana, enquanto 20,5% (n=8) trabalha 35 horas. Os restantes participantes trabalham em média mais

de 40 horas semanais verificando-se uma dispersão da carga horária que vai das 42 às 70 horas semanais (horas extraordinárias).

### Características sociodemográficas

<b>FUNÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Médicos	16	38,1%
Enfermeiros	26	61,9%
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	26	61,9 %
Masculino	16	38,1%
<b>IDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<25 anos	2	4,8,%
26 - 35 anos	24	58,5%
36 - 45 anos	8	20,5%
46 – 55 anos	5	11,9%
> 55	2	4,8%
<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
35 horas	8	20,5%
40 horas	16	41,1%
> de 40 horas	14	38,5%

Os resultados deste estudo permitem verificar a existência de 2 participantes com *burnout* (4,8 % da amostra), o que significa que se encontram simultaneamente com elevada exaustão emocional, elevada despersonalização e baixa realização pessoal. Os dois casos de *burnout* identificados são ambos enfermeiros (7.8% do total de enfermeiros) do sexo masculino.

Descrevendo agora os resultados mais significativos por cada uma das 3 dimensões que constituem a síndrome de *burnout*, verifica-se que 45,2 % (n=19) dos participantes se encontra num elevado nível de exaustão emocional, dos quais 7 são médicos (43.7% dos médicos) e 12 são enfermeiros (46.1% dos enfermeiros). Relativamente aos médicos, 5 (71.4%) são especialistas e 2 (28.6%) são internos. Dos especialistas, 4 (36.4% do total de especialistas) apresentam ainda baixa realização pessoal. A distribuição da percentagem de EE relativamente à variável sexo, indica que 31.5% (n=6) são indivíduos do sexo masculino enquanto se verifica que 68.5% (n=13) pertencem ao sexo feminino. Relativamente à relação entre a idade e a exaustão emocional verifica-se que 12 (63.1%) participantes têm idade compreendida entre os 25 e os 35 anos; 5 (26.3%) encontram-se na faixa etária dos 36 aos 45 anos, e os restantes 2 (10.6%) participantes cujos resultados sugerem elevada exaustão emocional têm entre 46 e 55 anos.

Analisando agora a dimensão da despersonalização, os resultados indicam que 4 (9,5%) dos participantes apresentam elevada despersonalização, verificando-se que destes, 1 é médico (6.2% dos médicos) e 3 são enfermeiros (11.5% do total de enfermeiros). Fazendo a mesma análise em relação às idades e à despersonalização, 75% (n=3) têm idade compreendida entre os 25 e os 35 anos, e 25% (n=1) tem entre 46 e 55 anos.

Analisando finalmente a dimensão Realização Pessoal verifica-se que 38.1% (n = 16) dos participantes obteve baixa pontuação nesta dimensão. Ao contrário das outras duas dimensões anteriores onde resultados elevados significam maior risco, na dimensão realização pessoal uma baixa pontuação corresponde a uma avaliação negativa que os profissionais fazem da sua prestação profissional. Relativamente à categoria profissional, verificou-se que 7 são médicos (43.7% dos médicos) e 9 são enfermeiros (34.6% dos enfermeiros). Dos médicos, 5 (71.4%) são especialistas e 2 (28.6%) são internos. Relativamente à distribuição por sexo, 10 (62.5%) são do sexo feminino e 5 (32.5%) são do sexo masculino. Em relações à idade são também 10 (62.5%) os que se encontram na faixa etária dos 25 aos 35 anos, 4 (25%) têm entre 36 e 46 anos, sendo que 1 participante (6.25%) tem entre 46 e 55 anos. Um dos elementos com baixa realização pessoal não indicou a idade.

## **Discussão**

A realização deste estudo permitiu, como já foi referido, verificar a existência de 7.7% dos enfermeiros participantes com *burnout* e a não existência de *burnout* entre os médicos. A prevalência no serviço para ambas as classes é portanto muito inferior às relatadas na literatura (47% no caso de médicos e 33% em enfermeiros) (17,18).

Como referido na introdução teórica, vários factores inerentes a uma UCI constituem factores de risco para o desenvolvimento de *burnout*. No caso particular do SCI, e tendo em consideração a percepção obtida com a realização do estágio, podem contribuir para a protecção contra o desenvolvimento de *burnout* os seguintes aspectos:

- Partilha das decisões que envolvam questões éticas difíceis, não ficando um médico unicamente responsável pela orientação do doente;
- A taxa de mortalidade no SCI observada durante o período de estágio foi baixa;
- O SCI dispõe de meios físicos e humanos adequados ao seu funcionamento;

No entanto, apesar de a prevalência da síndrome de *burnout* ser baixa, quando se analisam as dimensões da síndrome isoladamente, os dados obtidos apontam para a existência de profissionais com risco potenciado para *burnout*.

Relativamente à exaustão emocional uma percentagem significativa de participantes (45,2%) apresenta níveis elevados. Sendo esta dimensão o primeiro indicador do desenvolvimento de *burnout*, estes profissionais estão sob risco aumentado para o seu aparecimento. Este grupo envolve 46.1% dos enfermeiros e 43.7% dos médicos participantes. Num estudo sobre a prevalência de síndrome de *burnout* em enfermeiras numa UCI em S. Paulo, 26.5% apresentavam altos níveis de exaustão emocional (22). Relativamente a médicos, Embriaco *et al* (17) relataram níveis de exaustão emocional em cerca de 19%, não diferenciando especialistas e internos. Neste caso, a prevalência de exaustão emocional é maior tanto nos médicos quanto nos enfermeiros relativamente ao descrito na literatura. Para Embriaco *et al* (23) a exaustão emocional é relação directa de relações conflituosas. No caso das relações entre os médicos do serviço e entre os médicos e enfermeiros do SCI, estas aparentaram ser não conflituosas. Devido à curta duração do estágio, as relações entre os enfermeiros e entre enfermeiros e familiares dos doentes não foram facilmente perceptíveis. A prevenção passará assim por uma tentativa contínua de identificar relações potencialmente conflituosas, e caso presentes, sua consequente tentativa de resolução.

A participação em acções de formação sobre técnicas de controlo de stresse, a aquisição de técnicas de comunicação quer com os outros profissionais quer com os familiares dos doentes, a participação em grupos de investigação, o envolvimento do enfermeiro nas decisões relativas ao doente em fim de vida e a clarificação das decisões tomadas relativamente aos doentes podem ter um papel importante na prevenção/resolução de conflitos nos profissionais de enfermagem (18).

Para Maslach *et al* (24), a dimensão exaustão emocional está também directamente relacionada com a carga laboral. A carga laboral envolve no entanto mais do que apenas a quantidade de horas de trabalho. Gopal *et al* (25) sugeriram a redução do número de horas de trabalho como importante para a prevenção de *burnout*. No entanto se isolada, não tem um papel determinante (26). No caso dos médicos de UCI o número de turnos de 24h por mês assim como reduzido tempo de lazer são importantes para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* pelo que são potenciais áreas de intervenção (27).

Quanto à dimensão despersonalização, neste estudo obtivemos uma prevalência baixa de despersonalização quer nos médicos (6.2%) quer nos

enfermeiros (11.5%), quando comparado com estudos publicados. Embriaco et al (17) relatam uma prevalência nos médicos de 37%. No caso dos enfermeiros, Santos et al (22) apresentam uma prevalência de níveis elevados de despersonalização de 26.5%. Embriaco et al (23) referem a despersonalização como sendo em parte consequente da exaustão emocional, o que sustenta a importância dos valores atrás referidos e da sua prevenção.

Por último, relativamente à dimensão realização pessoal, é de salientar a prevalência obtida no total da amostra (38.1%), que indica que uma porção considerável dos profissionais do SCI experimenta sentimentos de frustração relativos à actividade profissional. Destes, a percentagem dentro da classe é maior nos médicos (43.7% dos médicos participantes e 34.6% dos enfermeiros). Embriaco et al (17) obtiveram prevalências de baixa realização pessoal em médicos de cerca de 39%. Santos et al relatam níveis baixos de realização pessoal em 29% dos enfermeiros (22). Na classe médica do SCI a baixa realização pessoal afecta principalmente os especialistas. Tzischinsky et al (28) afirmam que a pontuação média das dimensões da síndrome de síndrome de *burnout* aumenta durante o primeiro ano de internato comum, decrescendo nos anos seguintes, mesmo que com a manutenção dos factores de stresse. Para Barros et al (15) a prevalência de *burnout* é mais frequente em médicos mais jovens, sem especialização em medicina intensiva. No caso dos especialistas do SCI, apesar de 45.5% apresentarem níveis baixos de realização pessoal e de 36% apresentarem adicionalmente alta exaustão emocional, o facto de não haver *burnout* aponta para uma maior capacidade para lidar com os potenciais factores de risco. No SCI, durante o estágio foi possível observar o elevado grau de companheirismo, e o baixo grau de conflitos entre os médicos especialistas. Estes factores juntamente com a experiência em medicina intensiva, não só na parte clínica mas também pessoal, podem desempenhar um papel importante na não existência de médicos especialistas em *burnout*.

Estando a satisfação profissional relacionada com a realização pessoal, no caso dos profissionais do SCI a valorização do trabalho realizado quando justificado pode ter uma contribuição positiva (23).

Para as três dimensões da síndrome de *burnout*, os elementos da amostra que evidenciaram níveis compatíveis com risco aumentado situam-se principalmente entre os 25-35 anos. Neste estudo, considerando a distribuição heterogénea das idades, não se podem tirar conclusões válidas referente a uma possível associação do risco de *burnout* com a idade dos profissionais. Embriaco et al (17) reportam níveis de *burnout* mais altos nos indivíduos mais jovens.

Poncet et al (18) advogam que nos profissionais de enfermagem as estratégias atrás referidas, ainda que benéficas no geral, podem ser mais frutíferas quando dirigidas para os profissionais mais jovens e menos experientes.



## **CONCLUSÃO**

## Conclusão

Relativamente ao estágio no SCI, foi possível a aquisição de conhecimentos importantes para um aluno em início da prática clínica quer sobre certos contextos clínicos que podem levar à admissão numa UCI quer sobre as terapias disponíveis ou complicações delas decorrentes. Relativamente ao doente crítico, na complexidade da sua abordagem e tratamento, o cumprimento de protocolos aparentemente simples e óbvios tem um impacto significativo nas co-morbilidades e prognóstico.

O facto de o estágio ter sido realizado durante um período contínuo e com uma carga horária semelhante à dos profissionais do serviço contribuiu para a percepção da importância que o trabalho em equipa tem na medicina intensivista, da capacidade de resposta eficaz e imediata necessária e do motivo inerente à sua prática, o gosto pela prática médica no “limite” com capacidade de influenciar o prognóstico do doente no momento.

Relativamente à síndrome de *burnout*, esta está subjacente à presença de riscos psicossociais no trabalho, que, de acordo com Rantanen “estão a aumentar e é previsível que venham a aumentar muito mais no futuro” (29).

Grande parte da ineficácia da prevenção decorre do desconhecimento geral e ceticismo tanto por parte dos empregadores quanto dos trabalhadores. Grande parte dos responsáveis pela gestão não reconhecem ainda a prevenção destes riscos como parte da sua área de actuação. Existe portanto uma distância considerável entre a teoria e a prática (30).

Em Portugal os dados disponíveis sobre a síndrome de *burnout* em profissionais a exercer em UCI é escassa, mas na maioria dos estudos estrangeiros de referência apontam para uma prevalência elevada nestes profissionais. Perante tais resultados, os autores alertam para as graves consequências do *burnout* a nível pessoal, organizacional e na diminuição da qualidade dos serviços prestados (18,31).

Uma vez que as características sociodemográficas não são facilmente alteradas, esses programas devem estar direccionados para as condições de trabalho, para as relações entre os profissionais e para o desenvolvimento das capacidades individuais de *coping*. Os factores de risco podem ser, na grande maioria, identificados através da comunicação por parte dos responsáveis pela gestão com os profissionais e através de auditorias.

## **Bibliografia**

1. Marshall MR, Golper TA, Shaver MJ, Alam MG, Chatoth DK. Sustained low-efficiency dialysis for critically ill patients requiring renal replacement therapy. *Kidney International*. 2001;60(2):777-785.
2. Pannu N, Klarenbach S, Wiebe N, Manns B, Tonelli M. Renal replacement therapy in patients with acute renal failure: a systematic review. *Journal of American Medical Association*. 2008;299(7):793-805.
3. Fliser D, Kielstein J. Technology Insight: treatment of renal failure. *Nature Clinical Practice Nephrology*. 2006;2(1):32-39.
4. Singer P, Berger MM, Berghe GV, Biolo G, Calder P, Forbes A, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care. *Clinical Nutrition*. 2009;28(4):387-400.
5. Ramprasad R, Kapoor M. Nutrition in Intensive Care. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*. 2012;28(1):1-3.
6. The Hypothermia after Cardiac Arrest Group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. *New England Journal of Medicine*. 2002;346(8):549-556.
7. Badjatia N, Strongilis E, Prescutti M, Fernandez L, Fernandez A, Buitrago M, et al. Metabolic impact of shivering during therapeutic temperature modulation: the Bedside Shivering Assessment Scale. *Stroke*. 2008;39(12):3242-7.
8. Erickson RS, Kirklín SK. Comparison of ear-based, bladder, oral, and axillary methods for core temperature measurement. *Critical Care Medicine*. 1993;21(10):1528-34.
9. Suehiro E, Ueda Y, Wei EP, Kontos HA, Povlishock JT. Posttraumatic hypothermia followed by slow rewarming protects the cerebral microcirculation. *Journal Neurotrauma*. 2003;20(4):381-390.
10. Gale SC, Sicoutris C, Reilly PM, Schwab CW, Gracias VH. Poor glycemic control is associated with increased mortality in critically ill trauma patients. *The American Surgeon*. 2007;73(5):454-60.
11. Schaufeli W, Enzman D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. 1st ed. London: Taylor & Francis Ltd; 1998.
12. Truchot D. *Épuisement professionnel et burnout*. 1st ed. Paris: Dunod; 2004.
13. Gil-Monte P, Peiró JM. *Desgaste Psíquico en el Trabajo: el Síndrome de Quemarse*. 1st ed. Madrid: Editorial Síntesis; 1997.
14. Raggio B, Malacarne P. Burnout in Intensive Care Unit. *Minerva Anesthesiology*. 2007;73(4):150-200.
15. Barros DS, Oliveira M, Tironi S, Sobrinho CL, Neves FS, Bittencourt AG. Médicos Plantonistas de Unidade de Terapia Intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e factores associados à Síndrome de Burnout. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2005;20(3):235-240.
16. Reader TW, Cuthbertson BH, Decruyenaere J. Burnout in the ICU: Potential consequences for staff and patient well-being. *Intensive Care Medicine*. 2008;34(1):4-6.
17. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High Level of Burnout in Intensivists. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*. 2007;175(7):686-692.
18. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit J, Pochard F, et al. Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*. 2007;175(7):698-704.

19. Unión Geral de Trabajadores. [www.ugt.es](http://www.ugt.es). [Online].; 2006 [cited 2012 Março 23]. Available from: [http://www.ugt.es/saludlaboral/guias\\_prevenccion\\_riesgos.html](http://www.ugt.es/saludlaboral/guias_prevenccion_riesgos.html).
20. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1996.
21. Melo BT, Gomes AR, Cruz JF. Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de Psicologia. In Soares AP, Araújo S, Caires S. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses; 1999. p. 598-603.
22. Santos FE, Alves JA, Rodrigues AB. Burnout syndrome in nurses in an Intensive Care Unit. *Einstein*. 2009;7(1):58-63.
23. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care workers. *Current Opinion in Critical Care*. 2007;13(5):482-488.
24. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52: 397-422.
25. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hours restrictions. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(22):2595-2600.
26. Thomas NK. Resident burnout. *Journal of the American Medical Association*. 2004;292(23):2880-9.
27. Scanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*. 2002;136(5):358-367.
28. Tzischinsky O, Zohar D, Epstein R, Chillag N, Lavie P. Daily and yearly burnout symptoms in Israeli shift. *JHumErgol*. 2001;30(1-2):357-362.
29. Rantanen J. Avances en salud y seguridad en el trabajo. Como continuarlos de ahora en adelante? *Salud Ocupacional*. 1995;60:12-15.
30. Coelho JA. Prevenção de Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais. 1st ed. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa; 2010.
31. Poncet M, Le Gall JR, Azoulay E, Embriaco N, Pochard F. Burnout syndrome among critical care workers. *Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine*. 2011;195(2):389-408.

ANEXO

Agradeço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, que se destina à complementação de um Relatório de Estágio, para conclusão do Mestrado Integrado em Medicina.  
Este questionário é anónimo e não será utilizado para outros fins.

### Questionário Sócio-Demográfico

1. Sexo      M      F
2. Idade
3. Média de Horas Trabalho Semanal
4. Médico              Enfermeiro
5. Se Médico  
    Especialista  
    Interno

Figura 1 – Questionário Sócio-demográfico

Quantas vezes	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
<b>Afirmações:</b>							
1. Sinto-me emocionalmente insatisfeito(a) com o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
2. No final do meu dia de trabalho, sinto-me como se tivesse sido "usado(a)"	0	1	2	3	4	5	6
3. Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia no emprego	0	1	2	3	4	5	6
4. Posso facilmente compreender como é que os meus clientes/utentes se sentem em relação às coisas	0	1	2	3	4	5	6
5. Sinto que trato alguns clientes/utentes como se fossem objectos impessoais	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabalhar com pessoas todo o dia, constitui realmente uma pressão para mim	0	1	2	3	4	5	6
7. Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus clientes/utentes	0	1	2	3	4	5	6
8. Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida das outras pessoas através do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
10. Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão	0	1	2	3	4	5	6
11. Preocupa-me o facto deste trabalho me estar a tornar mais "duro(a)" ou "rígido(a)" do ponto de vista emocional	0	1	2	3	4	5	6
12. Sinto-me com muitas energias	0	1	2	3	4	5	6
13. Sinto-me frustrado(a) com o meu emprego	0	1	2	3	4	5	6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego	0	1	2	3	4	5	6
15. Não me interessa realmente o que acontece com alguns dos meus clientes/utentes	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabalhar directamente com pessoas gera-me demasiado "stress"	0	1	2	3	4	5	6
17. Sou capaz de criar facilmente um ambiente relaxado com os meus clientes/utentes	0	1	2	3	4	5	6
18. Sinto-me contente depois de trabalhar "de perto" com os meus clientes/utentes	0	1	2	3	4	5	6
19. Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena	0	1	2	3	4	5	6
20. Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades	0	1	2	3	4	5	6
21. No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais	0	1	2	3	4	5	6
22. Sinto que os meus clientes/utentes me culpam por alguns dos seus problemas	0	1	2	3	4	5	6

Figura 2 – Questionário MBI