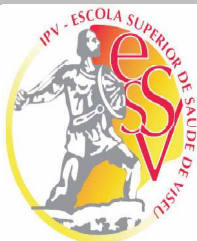


**Cristina Nair Ribeiro Patrão**

## **Burnout nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 2ª edição



Junho de 2012



Cristina Nair Ribeiro Patrão

## Burnout nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 2ª edição

Estudo efetuado sob a orientação do:  
Professor Olivério Ribeiro

Junho de 2012



## **AGRADECIMENTOS**

A todos aqueles que, directa ou indirectamente contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Ao Professor Olivério Ribeiro, orientador deste trabalho, o profundo reconhecimento pela sua disponibilidade, pelas suas orientações e apoio permanente.

À minha família, pelo apoio incondicional, e pela compreensão pelos longos períodos de ausência.



## RESUMO

**Contextualização:** Entre os vários fatores que concorrem para as fortes exigências emocionais provocadas pelas situações limite dos doentes em cuidados paliativos, pode destacar-se o stress profissional que, ao persistir ao longo do tempo, pode conduzir a descompensação física e psicológica, denominada por *burnout*.

**Métodos:** Realizou-se um estudo não experimental, de natureza quantitativa, do tipo causal comparativo e explicativo, no qual participaram 55 enfermeiros a exercer em cuidados paliativos. Para a mensuração das variáveis utilizou-se um instrumento de medida, de reconhecida fiabilidade: MBI (*Maslach Burnout Inventory*). Traçámos assim como objetivo geral do nosso trabalho conhecer a incidência dos níveis da síndrome de *Burnout* nos enfermeiros de Cuidados Paliativos que trabalham nas Unidades do Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia e do Hospital de Tondela.

**Resultados:** Constatou-se que as variáveis sexo, idade, estado civil, tempo de exercício profissional, situação contratual/tipo de vínculo e trabalhar por turnos não interferiram nos níveis de *burnout* dos participantes. Contudo, verificou-se que os enfermeiros que têm um duplo emprego possuem níveis mais elevados de *burnout* na subescala “Exaustão Emocional” e que os enfermeiros que não se encontram nesta situação laboral possuem níveis mais elevados de “Realização Profissional” e de “Despersonalização”. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a subescala “Despersonalização”, ( $t=-2,506$ ;  $p=0,018$ ) e o facto de se ter um duplo emprego, o que resultou na aceitação da hipótese para esta subescala.

**Conclusão:** As evidências encontradas neste estudo fornecem indicadores de que os enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos e tem duplo emprego apresentam alguma morbidade psicossocial, devido à complexidade das situações com que se deparam diariamente, em relação aos doentes e seus familiares, resultando em *burnout*.

**Palavras-chave:** Enfermeiros; Cuidados Paliativos; *Burnout*.



## **ABSTRACT**

**Background:** Among the various factors that contribute to the strong emotional demands caused by the extreme situations of patients in palliative care, can stand out work-related stress that by persisting over time, can lead to physical and psychological decompensation, called a burnout.

**Methods:** This was a non-experimental, quantitative, type causal comparative and explanatory, which was attended by 55 nurses to practice in palliative care. For the measurement of variables used a measuring instrument with recognized reliability: MBI (Maslach Burnout Inventory). We traced well as general objective of our work to know the incidence levels of burnout in nurses Palliative Care Units working in the Hospital Our Lady of the Assumption - Seia and Hospital Tondela.

**Results:** It was found that gender, age, marital status, length of professional practice, contractual status / type of bond and shift work did not interfere with participants' levels of burnout. However, it was found that nurses who have a dual employment have higher levels of burnout in the subscale "Emotional Exhaustion" and that nurses who are not working in this situation have higher levels of "Professional Achievement" and "depersonalization" . There were statistically significant differences between the subscale "Depersonalization", ( $t=-2,506$ ;  $p=0,018$ ) and the fact of having a dual employment, which resulted in the acceptance of the hypothesis for this subscale.

**Conclusion:** The evidence from this study provide indications that nurses working in palliative care and have two jobs, have some psychosocial morbidity due to the complexity of the situations they face daily in relation to patients and their families, resulting in burnout.

**Keywords:** Nurses, Palliative Care, Burnout.



## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	13
CAPÍTULO I	
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1. CUIDADOS PALIATIVOS .....	19
1.1. PRINCÍPIOS E FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	19
1.2. O CONTROLO DE SINTOMAS .....	23
2. SINDROME DE <i>BURNOUT</i>	
2.1. DEFINIÇÃO DA SÍNDROME .....	27
2.2. FATORES CARACTERÍSTICOS .....	28
1.3. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO .....	34
CAPÍTULO II	
ESTUDO EMPÍRICO	
1. MÉTODOS .....	39
1.1. PARTICIPANTES .....	42
1.1.1. Caracterização pessoal e profissional da amostra.....	42
1.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	49
1.3. PROCEDIMENTOS.....	51
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	53
2.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	57
3. CONCLUSÃO .....	63
BIBLIOGRAFIA .....	67
ANEXOS .....	71
ANEXO 1 – Instrumento de Colheita de Dados.....	73
ANEXO 2 – Pedido de autorização para colheita de dados .....	81
ANEXO 3- Licença para utilização da “Maslach <i>Burnout</i> Inventory”.....	99



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- As três componentes essenciais dos cuidados paliativos, ligadas pelo «cimento» da comunicação apropriada .....	21
Figura 2 – Processo de decisão clínica em cuidados paliativos .....	22
Figura 3- Função dos sentimentos de culpa no processo de desenvolvimento da Síndrome de Burnout.....	29
Figura 4 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.....	41

---

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estatística da idade segundo o sexo.....	43
Quadro 2 – Distribuição da amostra segundo as características pessoais e o sexo .....	44
Quadro 3 – Estatística do tempo de exercício profissional segundo o sexo.....	45
Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo os dados sociodemográficos e o sexo .....	48
Quadro 5 – MBI - Maslach e Jackson, 1986 .....	50
Quadro 6 - Teste T entre o sexo e o burnout .....	53
Quadro 7 - Teste T entre a idade e o burnout .....	54
Quadro 8 - Teste T entre o estado civil e o burnout .....	54
Quadro 9 - Teste T entre o tempo de exercício profissional e o burnout .....	55
Quadro 10 - Teste One-Way ANOVA entre a situação contratual/tipo de vínculo e o burnout .....	55
Quadro 11 - Teste T entre o horário na instituição e o burnout.....	56
Quadro 12 - Teste T entre trabalhar por turnos e o burnout .....	56
Quadro 13 - Teste T entre o duplo emprego e o burnout .....	57

---

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi proposto o desenvolvimento de um estudo cujo tema aprofundasse um assunto pertinente para o crescimento pessoal e profissional. A motivação para esta investigação situa-se nas questões relacionadas com as dificuldades que alguns enfermeiros manifestam na prestação de cuidados de saúde em Unidades de Cuidados Paliativos, verificadas na realização do estágio de opção deste mestrado, na Unidade de Paliativos de Seia.

Os profissionais de saúde, que exercem a sua profissão em Unidades de Cuidados Paliativos, são, atualmente, considerados pessoas de risco em termos de saúde ocupacional, uma vez que estão expostos a diferentes fatores de stresse ocupacional que afetam diretamente o seu bem-estar. Dentre vários podem citar-se o contacto constante com o sofrimento, a dor e muitas vezes a morte. Efetivamente, o trabalho diário destes profissionais exige uma série de ações que necessitam de um controlo mental e emocional bastante significativo.

As situações que representam uma ameaça podem ser causadoras de stresse, culminando em *burnout*. Os enfermeiros, devido ao trabalho complexo e rigoroso que desempenham, principalmente ao cuidar de doentes oncológicos em fase terminal, encontram estas situações frequentemente.

As exigências a que os enfermeiros estão sujeitos são muitas, tanto físicas como emocionais, consequência de um trabalho complexo e rigoroso. O lidar com situações que de algum modo representam uma ameaça, tal como a comunicação que o enfermeiro mantém com o doente, o lidar com as emoções manifestadas por estes e pelos seus familiares, bem como o confronto com a morte e com o sofrimento podem ser causadores de *burnout* (Batista, 2008).

Mobily et al. (1992, cit. in Batista, 2008) comprovaram que um dos fatores que podem induzir ao *burnout* é a exposição continua a doentes com uma patologia física e emocional e com desenlace fatal.

O *burnout* é um tema relevante para as profissões, em que os relacionamentos humanos assumem particular importância como é o caso da profissão de enfermagem. Os progressos da ciência, as inovações organizacionais, técnicas e tecnologias, associadas ao aumento progressivo e significativo do stresse ocupacional, instabilidade económica e

política, têm exigido dos enfermeiros uma constante adaptação, maior consciência e grande habilidade para enfrentar tamanhas evoluções.

Segundo Barbosa e Neto (2010), a velocidade vertiginosa a que o nosso mundo funciona há processos cognitivos de hiperestimulação mental em que a incapacidade de separar trabalho e família está presente. A longo prazo torna-se poderosa a sua destruição.

O *burnout* é frequente, sobretudo, nas profissões de ajuda.

A Organização Mundial de Saúde (2002) define cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave, e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.

É neste contexto que surge a pertinência do estudo da incidência da Síndrome de *Burnout* nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos.

Segundo Silvério e Silva (2001), cerca de três quartos dos enfermeiros em Portugal trabalham por turnos. Referem também que aproximadamente 20% dos trabalhadores que iniciam trabalho por turnos tendem a abandoná-lo ou sofrerem de perturbações crónicas nas áreas cardiovasculares, psiquiátrica e gástrica.

Traçámos assim como objetivo geral do nosso trabalho conhecer a incidência dos níveis da Síndrome de *Burnout* nos enfermeiros de Cuidados Paliativos que trabalham nas Unidades do Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia e do Hospital de Tondela.

Este estudo também era para ser aplicado às unidades de paliativos do Instituto Português de Oncologia de Coimbra e de Cantanhede mas a resposta vieram recusadas, assim como na unidade do Fundão á qual não obtivemos qualquer resposta ao pedido de aplicação dos questionários.

Para facilitar a exequibilidade do estudo, dada a complexidade e amplitude do tema, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Verificar se as variáveis sociodemográficas influenciam os níveis de *burnout*;
- Avaliar se a carga horária influencia o *burnout*;

---

- Verificar a existência de uma relação entre a satisfação geral no trabalho e o *burnout*.

O presente estudo desenvolve-se em duas partes fundamentais. A primeira diz respeito à fundamentação teórica, cuja finalidade consiste na familiaridade com o conhecimento atualizado da bibliografia existente. A segunda parte constitui o estudo empírico, em que se apresenta toda a metodologia, incluindo o problema de investigação, o desenho, as hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, a população/amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e por último, o tratamento de dados. Finalmente serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas e em anexo incluem-se os instrumentos de colheita de dados.



**CAPÍTULO I**  
**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



---

## 1. CUIDADOS PALIATIVOS

A fundamentação teórica, em qualquer trabalho de investigação, é um aspeto bastante relevante, pois elucida o investigador acerca dos conhecimentos existentes e diretamente relacionados com o tema em estudo. Este suporte teórico resulta de um moroso empenho na revisão da literatura existente que se revela pertinente à luz da investigação a efetuar. “Uma revisão de literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação” (Fortin, 2009, p. 87).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados constitui como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

São objetivos desta rede a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

Fazem parte dos cuidados continuados as unidades de convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e as unidades de cuidados paliativos.

### 1.1. PRINCÍPIOS E FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os avanços na medicina ao longo do século XX foram inúmeros. A ocorrência de morte após um período curto de doença foi sendo combatida com sucesso, e o fenómeno da cura foi-se impondo no contexto da maioria das doenças agudas, nomeadamente das infecciosas (Barbosa e Neto, 2010).

Segundo estes autores, a doença terminal tem normalmente associados um conjunto de problemas – não só físicos – que determinam sofrimento da intensidade diferente para aqueles que a vivem. A resposta a estes problemas, a este sofrimento, nos seus diferentes cambiantes, passa por uma intervenção técnica rigorosa e ativa, passa pelos cuidados paliativos.

Segundo a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2012), a unidade de cuidados paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde. Presta acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva.

Para Twycross (2003), os cuidados paliativos são os cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituem risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num movimento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida.

O termo paliativo deriva do étimo latino *pallium*, que significa manto, capa. Nos cuidados paliativos, os sintomas são “encobertos” com tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do paciente.

Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2012), os cuidados paliativos definem-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo.

O objetivos dos cuidados paliativos será sempre prevenir sintomas indesejáveis, tratá-los adequadamente, diminuindo o sofrimento do doente e não o aumentando, no respeito inquestionável pela vida humana. Este pressuposto deve estar sempre presente no complexo processo de tomada de decisão clínica nos doentes em fim de vida (Barbosa e Neto, 2010).

De uma forma muito clara podemos dizer que os cuidados paliativos afirmam Vida, valorizam-na, e consideram a Morte um fenómeno natural e, como tal, não a aceleram nem retardam. O seu objetivo central é redução do sofrimento dos doentes e famílias e a promoção da máxima qualidade de vida possível, apesar da doença (Barbosa e Neto, 2010).

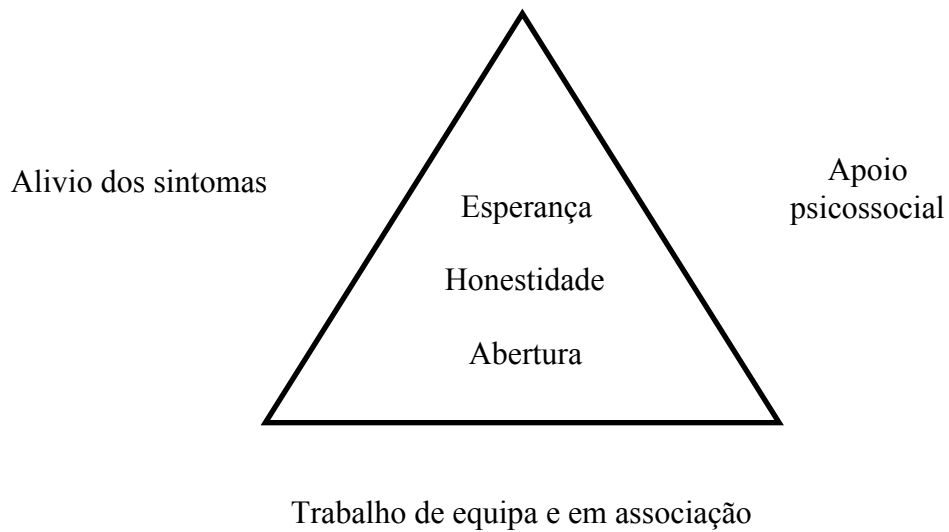


Figura 1- As três componentes essenciais dos cuidados paliativos, ligadas pelo «cimento» da comunicação apropriada.

Fonte: Twycross, 2003.

Para Twycross (2003), os cuidados paliativos: dirigem-se mais ao doente que à doença; aceitam a morte, mas também melhoram a vida; constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados; e preocupam-se mais com a «reconciliação» do que com a cura.

Os cuidados paliativos não representam nem protelam intencionalmente a morte.

A reconciliação refere-se às relações corretas consigo mesmo, com os outros, com o ambiente e com Deus.

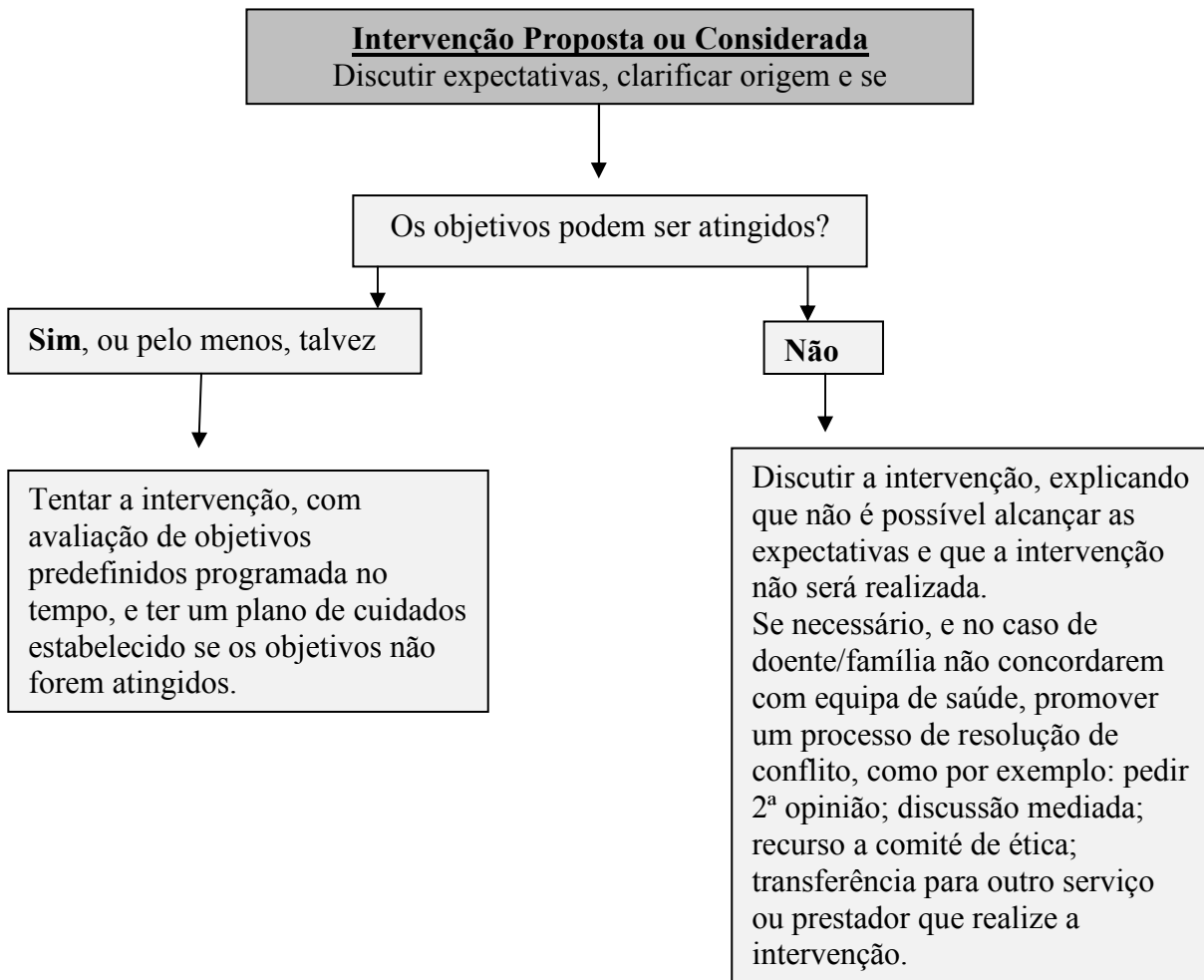


Figura 2 – Processo de decisão clínica em cuidados paliativos.

Fonte: Barbosa e Neto (2010, pág. 34).

Segundo Barbosa e Neto (2010, pág.35), um bom processo de decisão em cuidados paliativos, há que à partida contar com e assumir a complexidade, há que possuir e desenvolver competências técnicas nas várias áreas de intervenção em que se apoiam estes cuidados, há que conhecer e integrar precocemente os princípios éticos no modelo de decisão e, por último, mas não menos importante, trabalhar verdadeiramente em equipa multidisciplinar.

---

## 1.2. O CONTROLO DE SINTOMAS

A comunicação humana é enriquecida pelo cruzamento de diferentes canais sensório-percetuais (voco-acústicos, visuais, olfativos, térmicos) que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra. Uma melhor compreensão da riqueza da comunicação verbal e não-verbal está na base do processo relacional com o doente em fim de vida.

A abordagem através do toque é uma alternativa interessante para facilitar a instauração de um clima de confiança e de cooperação nos cuidados. Consciência e confiança guiam este encontro humano, desafio simplesmente ancorado numa proximidade recíproca e livremente consentida (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos, 2000).

Para Barbosa e Neto (2010), nos doentes terminais torna-se fundamental ter como objetivos terapêuticos a promoção de conforto do paciente e da sua família. A unidade objeto dos cuidados é, pois, o doente e a família.

As bases da intervenção em doentes em cuidados paliativos assentam nas seguintes áreas:

- **Oferta de cuidados globais**, que tenham em conta os aspetos físicos, emocionais, sociais, psicológicos e espirituais. A prestação destes cuidados deve fazer-se de forma personalizada, verdadeiramente centrada no doente, e continuada;
- **Unidade de cuidados** constituída pelo doente e sua família/cuidadores, que assume um papel relevante no caso da prestação de cuidados domiciliários;
- **Promoção da dignidade e autonomia do doente**, devendo estas reger as decisões terapêuticas;
- **Conceção terapêutica ativa**, através de uma atitude reabilitadora que nos leve a ultrapassar o não há nada para fazer. Há sempre qualquer coisa a fazer, já não para curar mas para aliviar;
- **Importância do tipo de ambiente**, já que uma atmosfera de respeito, conforto e apoio, com uma comunicação aberta, influencia de modo decisivo o controlo de sintomas.

O cumprimento destes princípios depende muito das atitudes dos profissionais de saúde e da família, bem como das medidas organizativas que deem segurança e promovam a qualidade de vida do doente.

Segundo estes autores os instrumentos básicos em que se apoia a aplicação dos conhecimentos atuais dos cuidados paliativos são:

- Controlo de sintomas;
- Apoio emocional e comunicação adequados;
- Mudanças organizativas;
- Trabalho em equipa multi e interdisciplinar.

Os sintomas representam complexos multidimensionais e carecem de uma avaliação rigorosa e tão objetiva quanto possível.

O controlo sintomático tem princípios bem definidos e representa não uma estratégia de intervenção no sofrimento como também no curso da doença.

Os princípios gerais do controlo de sintomas são os seguintes: **avaliar antes de tratar**, determinando bem qual a (s) causa (s) do ou dos sintomas qual o mecanismo fisiopatológico que está na sua origem (por exemplo, as náuseas as dores podem ter como base diferentes mecanismos etiológicos), para além da causa, deverá ser avaliado o impacto emocional e físico do sintoma, a sua intensidade e os fatores que de algum modo o condicionam; **explicar as causas dos sintomas** e as medidas terapêuticas de forma acessível ao doente e à família; **não esperar que um doente se queixe**, perguntar e observar, antecipando-se tanto quanto possível ao aparecimento dos sintomas previsíveis em certos contextos clínicos, o tratamento não deve ser atrasado sob pena de dificultar a resposta terapêutica e a adaptação do doente; **adotar uma estratégia terapêutica mista**, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas; **monitorizar os sintomas**, através da utilização de instrumentos de medida estandardizados (Barbosa e Neto, 2010).

A correta monitorização dos sintomas permitirá sistematizar o seguimento, clarificar os objetivos e validar os resultados das terapêuticas instituídas, de modo a promover a reavaliação contínua das intervenções utilizadas.

Para estes autores, é muito importante reavaliar regularmente as medidas terapêuticas, estabelecendo objetivos realistas com o doente e valorizando corretamente as respostas obtidas. (...) Devem estabelecer-se prioridades – averiguar sempre quais os sintomas que mais incomodam o doente – e acompanhar as necessidades do doente em cada momento. Assim como também é de enorme importância cuidar dos detalhes, para otimizar o grau de controlo dos sintomas e minimizar os efeitos secundários adversos das medidas terapêuticas

---

que se aplicam. Esta atenção traduzir-se-á em pormenores que não só diminuem a sensação de abandono por parte do paciente, como promovem a sua dignidade e qualidade de vida.



---

## 2. SINDROME DE *BURNOUT*

O *burnout* define-se, segundo Barbosa e Neto (2010), como um estado de exaustão física, emocional e mental que resulta do envolvimento intenso com pessoas, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso. Compreende três aspetos importantes: exaustão emocional; despersonalização; baixa realização profissional.

Para Queirós, (2005, pág.27) *Burnout* é uma designação que pode ser traduzida por falha, “desgaste por fora”, queimado por fora, exaustão por gastos excessivos de energia, força ou recursos, como estoio.

Segundo Freitas (1999, cit. in Queirós, 2005, pág.23), surge como uma metáfora usada para definir um estado de fadiga física e mental, que ocorre em múltiplos profissionais, fazendo lembrar a imagem da “vela ou fogueira que se apaga” ou da “bateria descarregada”.

### 2.1. DEFINIÇÃO DA SÍNDROME

O conceito de *burnout* é fruto do contributo de vários autores e sofreu alguma evolução ao longo do tempo.

*Burnout* é no entender de Freudenberg (1974, pág.162), o termo que melhor se ajusta à situação que se “manifesta através de uma verdadeira crise de identidade colocando em questão todas as características da pessoa, no plano físico, psíquico e relacional”.

A primeira descrição sistemática da Síndrome de *burnout* foi realizada pelo psiquiatra psicanalista norte-americano Freudenger. Referia-se a uma “situação que se manifesta através de uma verdadeira crise de identidade colocando em questão todas as características da pessoa, no plano físico, psíquico e relacional” (Freudenger, 1974, pág.163).

Maslach (1978) descreveu uma síndrome de cansaço físico e emocional implicando o desenvolvimento de uma auto-imagem negativa, uma atitude negativa em relação ao trabalho, uma perda de interesse e de sentimentos acerca dos clientes. Em 1982, Maslach e Jackson sistematizaram o conhecimento até aí produzido definindo o *burnout* como sendo uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de redução de realização pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas.

Segundo o Barbosa e Neto (2010), neste ciclo vicioso há três áreas que contribuem para que a exaustão apareça com maior frequência e intensidade:

- Área interpessoal - onde não existem suportes significativos, há fragmentação das relações e o isolamento social por vezes é total;
- Área intrapessoal - onde os processos cognitivos internos geradores de paz interior são impossíveis, existe uma menor autoestima porque se está centrado na quantidade e não na qualidade, só se fazem coisas, não há vivência do objetivo qualitativamente e os méritos pessoais são quase inexistentes;
- Área da saúde física – onde as pessoas mais reativas à pressão temporal tornam essa ativação crónica, havendo um estado de ativação sem haver algo do contexto para que tal aconteça.

Perante este contexto torna-se pertinente definir dois conceitos muito importantes: a pressão temporal, que consiste na pressão sentida do tempo ser insuficiente para realizar tarefas e a urgência temporal, que é a perceção de falta de tempo, mas existe conjuntamente a ideia de que se funcionarmos mais rapidamente teremos mais tempo.

Posto isto, no mundo do trabalho contemporâneo, o *burnout* tem vindo a ser destacado como um problema com cada vez mais destaque e vem sendo alvo de pesquisas em Portugal, bem como internacionalmente. Estes estudos são, fundamentalmente, direcionados para o impacto do trabalho na saúde física e mental do trabalhador.

Sublinham Maslach, Shaufeli e Leiter (2001), acima de tudo, que o *burnout* deverá ser entendido como uma experiência individual e específica do contexto de trabalho. Apesar de serem encontradas inúmeras definições de *burnout*, os autores registam que há cinco fatores comuns em todas elas: a predominância de sintomas relacionados com a exaustão mental e emocional, a fadiga e a depressão; a ênfase nos sintomas comportamentais e mentais para além dos sintomas de natureza física; a relação destes sintomas com o trabalho; a manifestação de sintomas na ausência de antecedentes psicopatológicos; a diminuição de eficácia e desempenho no trabalho, devida a atitudes e comportamentos negativos.

## 2.2. FATORES CARACTERÍSTICOS

O *burnout* manifesta-se através de múltipla sintomatologia, sendo que a identificação de possíveis sinais e sintomas são organizados e agrupados de diferentes maneiras, por diversos autores, habitualmente as pessoas não apresentam todos esses sintomas mas a

combinação de vários. Segundo Pereira (2010), podemos subdividir teoricamente em sintomas físicos, psíquicos e defensivos.

Como sintomas físicos, temos a fadiga constante e progressiva, dores musculares ou osteomusculares, distúrbios do sono, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais, alterações menstruais, a nível psíquico, falta de atenção, concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de impotência, labilidade emocional, dificuldade de autoaceitação, baixa autoestima, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança e paranoia. A nível comportamental, salienta-se: a negligência ou o escrúpulo excessivo, a irritabilidade, o desenvolvimento da agressividade, a incapacidade para relaxar, a dificuldade na aceitação de mudanças, a perda de iniciativa, o aumento do consumo de substâncias, o comportamento de alto risco, o suicídio. Ao nível defensivo refere-se a tendência ao isolamento, o sentimento de onipotência, a perda de interesse pelo trabalho ou até pelo lazer, o absentismo, os ímpetos de abandonar o trabalho, a ironia e o cinismo (Pereira, 2010).

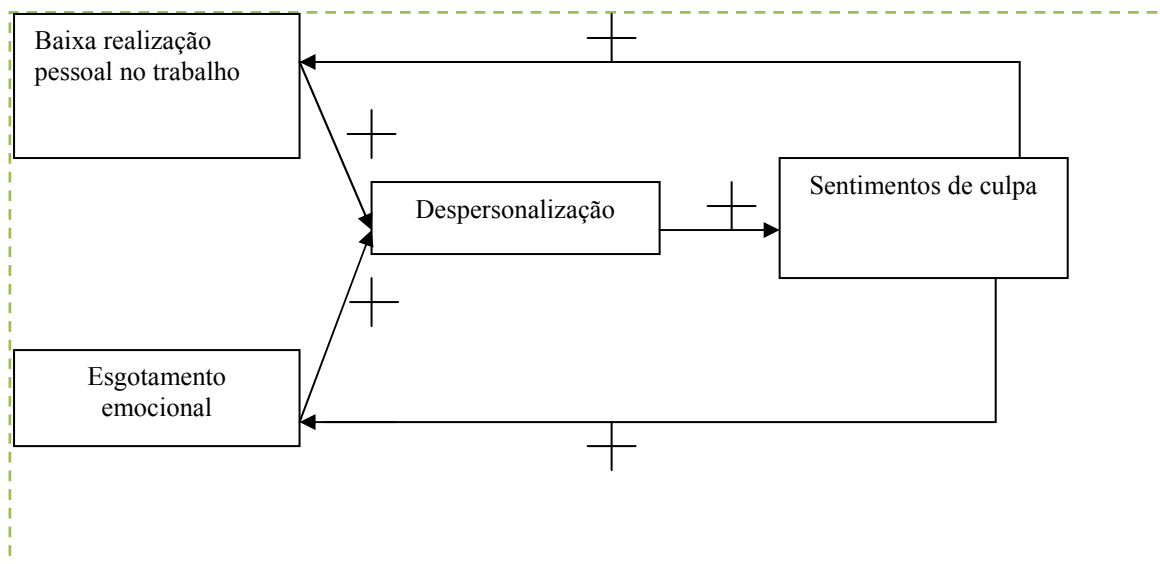


Figura 3- Função dos sentimentos de culpa no processo de desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Fonte: Gil-Monte *et al.* (2001).

Segundo o Barbosa e Neto (2010), o *burnout*, desenvolve-se em quatro fases: **fase de entusiasmo**, em que as aspirações são elevadas e há grande energia; **a fase da estagnação** onde o entusiasmo diminui e surge a fadiga; **a fase de frustração** onde se põe em causa o

significado do trabalho, operando-se alterações do comportamento e o surgimento de perturbações somáticas; por último, a **fase de apatia**, onde falha a realização das funções profissionais e dá-se a descompensação psicológica.

Segundo Pereira (2010), vários são os aspetos do trabalho de enfermagem que podem fazer desta atividade uma ocupação vulnerável ao *burnout*. O mesmo autor refere que alguns estudos têm sido realizados para detetar as variáveis responsáveis pelo desencadeamento do stresse e *burnout*.

Segundo Gil-Monte e Peiró (s.d., cit. in Pereira, 2010), “as características pessoais não seriam em si mesmo desencadeantes do *burnout*, mas facilitadores ou inibidores da ação dos agentes stressores.

Como características pessoais podemos considerar a idade onde vários estudos têm observado maior incidência de *burnout* em profissionais mais jovens (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001); o sexo, em que não tem havido consenso, a nível educacional, relata-se maior propensão ao *burnout* nas pessoas que possuem nível educacional mais elevado que nas de nível mais baixo; o estado civil, relativamente ao casamento ou ao facto de se ter um relacionamento afetivo estável, menor propensão ao *burnout*, enquanto os maiores valores na síndrome têm sido apontados nos solteiros, viúvos ou divorciados (Burke & Greenglass, 1989; Leiter, 1990; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Relativamente à personalidade, as variáveis relativamente a este factor são as que tem demonstrado forte interferência no desencadeamento do *burnout*. Segundo Pereira (2010), as características de personalidade interagem de modo complexo com os agentes stressores tanto no sentido de os desenvolver, como, ao contrário, inibi-los ou eliminá-los.

Relativamente às características do trabalho, o tipo de ocupação influencia o *burnout*, segundo Pereira (2010), o qual incide principalmente nos que ajudam, prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento de outros, tais como médicos, enfermeiros e professores, cuidadores em geral. Relativamente ao tempo na instituição, Pereira (2010) afirma que a síndrome começa a manifestar-se a partir do primeiro ano na instituição.

É unânime a opinião de que o *burnout* está estritamente interligado a profissões de ajuda, uma vez que tem como principal função prestar serviços humanos diretos e de grande relevância para os que os recebem. Ou seja, é característico dos sujeitos que trabalham diariamente com pessoas. O contacto direto com a doença, a dependência, a morte e, sobretudo, o sofrimento crónico é esgotante, considerando que o relacionamento entre o

---

enfermeiro e o doente não é, na maioria das vezes, recíproco, ou seja, o enfermeiro dá e o doente recebe. Este relacionamento díspar pode, de alguma forma, explicar o esgotamento emocional a que os enfermeiros estão expostos (Queirós, 2005).

Uma vez que se destaca o stress ocupacional, pesquisas apontam que os profissionais que exercem funções cuja profissão exige contactos interpessoais muito intensos, como em profissões de ajuda e/ou assistenciais, tais como médicos, psicólogos, enfermeiros, bombeiros, e outros, são os mais suscetíveis a desenvolver este transtorno (Queirós, 2005).

O trabalho por turnos também é dos fatores que influencia o *burnout*, no que diz respeito à satisfação no trabalho, não existe concordância quanto à insatisfação no trabalho ser causa ou efeito do *burnout*.

Segundo Pereira (2010), as características organizacionais facilitadoras e/ou desencadeantes do *burnout* são: o ambiente físico, as mudanças organizacionais, as normas institucionais, o clima, a burocracia, a comunicação, a autonomia, as recompensas e a segurança. Como características sociais temos o suporte social e familiar, a cultura e o prestígio.

Segundo Barbosa e Neto (2010), os estudos tem demonstrado que o stress no trabalho está relacionado com a doença e, subsequentemente, com a menor produtividade, com o aumento do absentismo, dos acidentes de trabalho, dos erros de desempenho, com a invalidez, a morte prematura e os problemas familiares. As instituições de saúde, especialmente os hospitais e centros de saúde, constituem ambientes de trabalho particularmente stressantes, contendo características organizacionais geralmente associadas com o *stress*, como níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade do pessoal interdependência das responsabilidades e especialização profissional.

Os autores citados referem que cuidar de doentes em fase terminal e a suas famílias pode ser ainda mais stressante mas também reforçante, não pelo trabalho próximo com a vida/morte, mas pelo facto de se ter que forçosamente trabalhar em equipa.

A Associação de Cuidados Paliativos (2012) salienta que os Cuidados Paliativos definem-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo.

Para Carlos e Queiroz (2008), o objetivo do cuidado paliativo, dentre outros, é

conseguir a melhor qualidade de vida possível para os doentes e suas famílias, além de diminuir o medo do desconhecido (processo de morrer), melhorar o sono, diminuir a ansiedade e a depressão, aumentar a autoconfiança, diminuir a culpa, trabalhar o luto e resignificar alguns conceitos.

Trabalhar em cuidados paliativos é uma grande escola de maturação pessoal, a todos os níveis do ser-se pessoa, inclusive, para a caminhada que fazemos até à nossa própria morte (Hospitalidade, 2010).

Os estímulos responsáveis, em cuidados paliativos, pela ativação de respostas emocionais e que podem conduzir ao *burnout*, segundo Barbosa e Neto (2010), são:

- O medo pela própria morte;
- O medo de causar danos ao doente. Muitas vezes, tratar implica causar dores e mal-estar, o que pode desencadear emoções ambivalentes;
- O medo de ser agredido, tanto física como psicologicamente, pela forma como o doente possa exprimir os seus sentimentos;
- O medo de ser absorvido pela grande implicação emocional.

Para quem cuida é sempre constrangedor e acaba também por sofrer. Daí a ideia de que unir esforços de toda a equipa multidisciplinar, no combate ao sofrimento e o apoio mútuo de todos são o suporte imprescindível para um melhor funcionamento.

Definem-se como estratégias de autocuidado, segundo Barbosa e Neto (2010), em que a equipa é o principal fator de apoio dos profissionais em cuidados paliativos uma liderança e comunicação eficaz, *feedback* positivos, enriquecimento de tarefas, reuniões regulares e reconhecer que o *stress/burnout* existe, efetuar uma seleção do pessoal, clarificar objetivos e prioridades, refletir sobre a morte e a vida, mudar de trabalho se necessário, conhecer os próprios limites, manter uma atitude positiva e humor e muito importante é ter tempo para cada um de nós.

Falar em *burnout*, é uma oportunidade da equipa se conhecer melhor saber quais as suas limitações, as suas fraquezas, os seus pontos fortes e acima de tudo permitir a mudança das nossas atitudes. Segundo Barbosa e Neto (2010), a área dos cuidados paliativos é por excelência, uma área onde existe um cuidado muito íntimo com as dificuldades e emoções humanas. Por isso, há que perceber esse privilégio e aprender a tirar partido das pequenas coisas de cada dia.

---

Para Thelan (1993, cit. in Batista, 2008), o stresse é um problema ocupacional da profissão de enfermagem, independentemente da especialidade. No entanto, o trabalho em cuidados paliativos envolve problemas emocionais, acoplados a fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais (MacKereth et al. 2005). Trata-se de uma área que requer energia suficiente e devoção para lidar com todos os problemas (Lederberg, 1998). As suas exigências podem conduzir ao stresse, à insatisfação, à alienação do trabalho, exaustão ou *burnout* dos profissionais (Isikhan et al. 2004).

Estudos comparando enfermeiros que trabalham em contextos diferentes salientam a área da oncologia como aquela em que os níveis de stresse são mais acentuados. Fenga et al. (2007), por exemplo, compararam os níveis de stresse entre enfermeiros que trabalhavam em doenças inoficiosas com um outro grupo da área da oncologia, verificando que estes tinham mais stresse ocupacional, mais *burnout* e mais patologia psicossomática.

Muitas situações indutoras de stresse na área dos cuidados paliativos não podem ser evitadas, como seja o contacto frequente com a morte (Isikhan et al. 2004). Mesmo assim, em alguns estudos a maioria dos enfermeiros não considera o seu trabalho demasiado stressante (Bruneau e Ellison, 2004).

Alguns estudos dos anos 90 já apontavam para prevalências de ansiedade e depressão elevadas entre os profissionais de cuidados paliativos e a prevalência da síndrome de *burnout* rondava 44-55% dos profissionais (Canellos, 1991; Whippen e Catalan, 1996, cit. in Batista, 2008).

Segundo Isikhan et al. (2004), a interação com os doentes e o contacto quotidiano com a morte são os principais fatores de *burnout*, logo seguidos da não manutenção de um distanciamento saudável entre enfermeiro e doente. No entanto, Rodrigues e Chaves (2008), mencionam que os principais fatores indutores de *burnout* nos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos são a morte do doente, situações de emergência, conflitos interpessoais e situações relacionadas com o trabalho.

### 1.3. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

De acordo com Alvarez (cit. in Mendes, 1996, pág.78), o *burnout* constitui um problema por várias ordens de fatores: os sintomas aparecem em grupos profissionais que jamais tinham sido julgados como população de risco, por corresponderem a profissões supostamente gratificantes para o indivíduo tanto pessoal, como social; aparece com grande incidência em indivíduos de personalidade aparentemente ajustada e equilibrada; supõe perdas de recursos humanos e económicos para as administrações das diversas instituições, tendo em conta as consequências da sintomatologia do *burnout* (fadiga, desilusão, absentismo).

As estratégias de prevenção podem ser agrupadas em três categorias (Phillips, 1984):

- Estratégias individuais: referem-se à formação e capacitação profissional, ou seja, tornar-se sempre competente no trabalho, estabelecer parâmetros, objetivos, participar de programas de combate ao stresse, entre outros;

- Estratégias grupais: consistem na utilização de apoio social no trabalho por parte dos colegas e chefias. Através do apoio social no trabalho os indivíduos obtêm nova informação, adquirem novas habilidades ou melhorar as que possuem, obtêm reforço social sobre a execução das tarefas, e conseguem apoio emocional, conselhos ou outros tipos de ajuda;

- Estratégias organizacionais: é importante considerar o nível organizacional, pois a origem do problema está no contexto laboral e, portanto, a direcção da organização deve desenvolver programas de prevenção dirigidos a melhorar o ambiente e o clima da organização. As estratégias mais relevantes para a prevenção da síndrome que podem ser implementadas desde a direcção da organização são os programas de socialização antecipada, a implementação de sistemas de evolução e informação, e, os processos de desenvolvimento organizacional.

Os programas de socialização antecipada podem prevenir o choque com a realidade e suas consequências. A filosofia que sobressai aos programas de socialização antecipada é que o choque com a realidade se experimente antes que o profissional comece a sua vida laboral.

A implementação de sistemas de evolução e informação centra-se em preparar para a execução futura, tendo como objetivo mudar a execução através de auto aprendizagem e o

---

crescimento pessoal, baseia-se no estabelecimento de objetivos e na planificação da carreira.

Por último, o desenvolvimento organizacional é um processo que procura melhorar as organizações através de esforços sistemáticos e planificados a longo prazo, focalizados na cultura organizacional, e nos processos sociais e humanos da organização. O objetivo é melhorar os processos de renovação e de solução de problemas de uma organização mediante uma gestão da cultura organizacional mais eficaz e colaboradora.

Como prevenção de *burnout* descrevem-se alguns exemplos (França e Rodrigues, 1997):

- Aumentar a variedade de rotinas, para evitar a monotonia;
- Prevenir o excesso de horas extras;
- Dar melhor suporte social às pessoas;
- Melhorar as condições sociais e físicas de trabalho;
- Investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

Podem desenvolver-se algumas fórmulas para prevenir o *burnout* (Zucker, 1994). O primeiro passo é **identificar qual a causa do stresse**. Para poder identificá-lo, deve fazer-se uma lista de todas as coisas que o aborrecem, de todas as suas queixas, completando-a durante vários dias. Após isso, classificar as queixas por ordem de importância e decidir sobre quais se pode atuar.

**Aprender a ler os sinais do stresse:** a cefaleia sobre o olho esquerdo, rigidez do pescoço e mãos trémulas. Acalmar e fazer algo: descansar, passear ou trabalhar para reduzir a fonte de stresse. Estabelecer objetivos realistas e alcançáveis, pois assim desfruta-se do prazer da realização e alimenta-se o próprio ego. Completar uma tarefa pode fazer uma pessoa sentir-se melhor que cinco projetos muito ambiciosos, mas a médio prazo.

**Mudar o que se pode:** fazer uma lista das funções que se desempenha no trabalho. Uma segunda lista de todas as pessoas com quem se pode interatuar. Depois fazer outra lista de todas as condições que estão subjacentes no trabalho, como por exemplo, a alteração da equipa no transporte de doentes, a admissão de pacientes, a iluminação, etc. Após isso marcar com um círculo todas as pessoas, funções ou condições que aumentam o stresse laboral, para assim poder introduzir mudanças como o melhorar a comunicação, sugerir alternativas, recomendar medidas de segurança. Estas ideias podem ajudar a enfrentar a situação.

**Estabelecer e utilizar os sistemas de suporte disponíveis:** a família, os amigos e muitos dos

colegas podem ajudar. É possível que alguns tenham vivido experiências similares e podem proporcionar sugestões valiosas, para além do apoio e simpatia.

**Cuidar-se e crer na própria pessoa e capacidades:** uma dieta programada, exercícios adequados fazem maravilhas no amor-próprio e na energia. Dedicar tempo em fomentar as próprias atitudes. Se se autocuidar resulta mais fácil cuidar dos outros. Não desperdiçar tempo em se preocupar com o rendimento. Se cometer um erro, admitir e aprender com ele. Simplesmente fazer as coisas o melhor possível.

Segundo Barbosa e Neto (2010, pág.781), no fundo, há que aprender novamente que a vida é bela e temos de saber gozá-la. Temos que investir no amadurecimento individual e no próprio equilíbrio pessoal prevenindo este tipo de problemas. (...) Mais urgente se torna esta reflexão quando trabalhamos em cuidados paliativos onde a vivência temporal é outra e tem de ser respeitada acima de tudo. Falar de *Burnout* é uma oportunidade para nos conhecermos melhor, para aproveitar o melhor que a vida nos dá e para refletirmos sobre a necessidade de mudança de atitudes.

**CAPÍTULO II**  
**ESTUDO EMPÍRICO**



---

## 1. MÉTODOS

A realização de um estudo de pesquisa exige a utilização de uma metodologia científica, com base de partida para a aquisição e tratamento de conhecimentos.

A investigação, no que diz respeito à profissão de enfermagem, é o motor de aquisição de novos conhecimentos, surgindo assim como um instrumento de formação profissional. Este processo sistemático, objetivo, racional, geral, verificável, certo e falível é de suma importância na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e no aprofundamento de conhecimentos com vista à melhoria dos mesmos.

Depois de concluída a pesquisa bibliográfica acerca do tema em estudo, é necessário descrever e explicar todos os métodos que vão ser utilizados ao longo do trabalho prático. Essa explicação designa-se por metodologia. A metodologia torna-se imprescindível em qualquer trabalho de investigação, pois é através dela que se estudam, descrevem e explicam todas as etapas que se vão processar.

Cuidar ajuda o enfermeiro como a pessoa que cuida a afirmar-se e requer uma reflexão, uma intencionalidade, uma ação e uma procura de novos conhecimentos que os ajudarão a descobrir novos meios no processo de cuidar, durante a experiência de saúde/doença, esperando-se resultados positivos para ambos (Frias, 2003). O cuidar de um doente em fim de vida quando a morte é eminente, assenta sobretudo no acompanhamento e no conforto do doente (Pacheco, 2002).

Contudo, o ato de cuidar no contexto de cuidados paliativos pode ser um fator despoletar de *burnout* nos enfermeiros, devido a toda a complexidade que caracteriza o próprio serviço e às exigências profissionais daí resultantes.

O *burnout* é definido como “estado de fadiga física ou mental ou uma frustração devido a um projeto profissional ou pessoal que fracassou” (Amaro & Jesus, 2008, pág. 35). Os mesmos autores definem o *burnout* como um conjunto de sintomas a nível biológico, físico e psicológico, inespecíficos, consequentes de uma exigência profissional excessiva permanente e continuada, sobretudo nas profissões em que as relações interpessoais são importantes, como é o caso da enfermagem. Amaro e Jesus (2008, pág. 35) acrescentam que o *burnout* é o resultado da discrepância existente entre os esforços realizados no sentido de atingir um determinado objetivo e os resultados obtidos.

Os enfermeiros são constantemente confrontados com situações de stresse relacionadas com o sofrimento e com a morte, envolvendo-se em conflitos emocionais, como a absorvência dos sentimentos expressos pelos doentes/familiares, resultando, muitas vezes, em desafios às crenças pessoais e em exaustão emocional (Oliveira et al., 2008).

Com base no exposto e atendendo à fundamentação teórica efetuadas, formula-se a questão de investigação:

**- Qual o nível de *burnout* nos enfermeiros de cuidados paliativos?**

Para dar resposta à questão formulada, delinearão-se os seguintes objetivos:

– Analisar em que medida as características pessoais (sexo, idade, estado civil) interferem na síndrome do *burnout* em enfermeiros de cuidados paliativos.

– Verificar se as características profissionais (tempo de exercício profissional, situação contratual, horário na instituição, trabalho por turnos e duplo emprego) têm um efeito significativo na síndrome do *burnout* em enfermeiros de cuidados paliativos.

Após a elaboração das questões de investigação e objetivos, segue-se a apresentação do esquema conceptual de base, constituído pelas variáveis que se consideraram as mais relevantes para a presente investigação. A figura 4 é ilustrativa da articulação das variáveis estudadas.

### Modelo de relação das variáveis

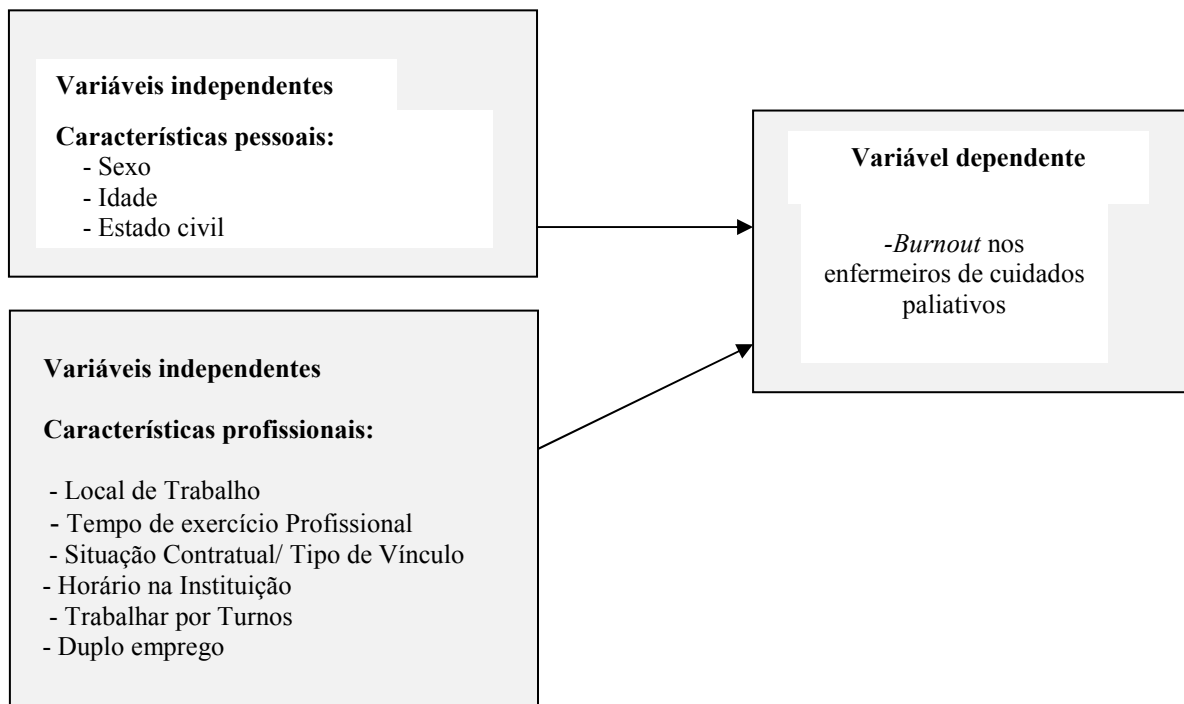


Figura 4 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.

Com o esquema apresentado procura-se dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes e a variável dependente. No presente estudo considera-se como **variável dependente** o *burnout* nos enfermeiros de cuidados paliativos, operacionalizada através do inventário MBI (*Maslach Burnout Inventory*) assente nas suas dimensões fundamentais: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP) (Maslach e Jackson, 1986). **As variáveis independentes** incluem as características pessoais e profissionais. É com base nestes propósitos que se pretende prosseguir o desenvolvimento da investigação.

Atendendo ao exposto, formularam-se as seguintes hipóteses gerais de investigação:

**H<sub>1</sub>** - As características pessoais (sexo, idade, estado civil) interferem na síndrome do *burnout* em enfermeiros de cuidados paliativos;

**H<sub>2</sub>** - As características profissionais (tempo de exercício profissional, situação contratual, horário na instituição, trabalho por turnos e duplo emprego) têm um efeito significativo na síndrome do *burnout* em enfermeiros de cuidados paliativos.

Nesta perspetiva e tendo em conta o enquadramento teórico realizado, as questões de investigação, e os objetivos delineados, optou-se por um **estudo não experimental, de natureza quantitativa, do tipo causal comparativo e explicativo.**

Relativamente ao método de investigação, **classifica-se como sendo quantitativo**, pois pretende-se recolher e tratar os dados de forma sistemática e estatística e “conforme o próprio termo indica, significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também com o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as mais simples (...) até às de uso mais complexo” (Oliveira, 2000, p.115). É **um estudo explicativo**, já que o seu propósito é o de responder às causas dos eventos, sucessos e fenómenos físicos e sociais, ou seja, o seu interesse centra-se em explicar como as variáveis sociodemográficas, estilos de vida e variáveis contextuais se relacionam com a qualidade de vida (Fortin, 2009). É também um estudo **causal-comparativo** porque sugere fortemente causa e efeito, caracterizando-se pela variável independente ser fixa e não pode ou não é manipulada (Fortin, 2009).

## 1.1. PARTICIPANTES

Para este estudo recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, constituída por 35 enfermeiros que prestam cuidados paliativos nas unidades de cuidados paliativos dos Hospitais de Tondela e Seia de 12 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2012.

### 1.1.1. Caracterização pessoal e profissional da amostra

#### **Características Pessoais**

Começa-se por apresentar os dados descritivos relativos às características pessoais dos participantes, tendo em conta a idade e o estado civil.

#### *Idade*

Verificou-se que a idade mínima é 25 anos e a máxima 52 anos, com uma média centrada nos 35,63 anos e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 7,704. Quanto ao

coeficiente de dispersão, constatou-se que a idade apresenta uma dispersão moderada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), verificou-se que a distribuição da idade é simétrica e mesocúrtica (cf. Quadro 1).

No que concerne ao sexo masculino, a idade mínima obtida foi de 32 anos e a máxima é de 50 anos, com uma média de 37,83 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 6,911. Quanto ao coeficiente de dispersão, a idade dos sujeitos do sexo masculino apresenta uma dispersão moderada. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição é simétrica e mesocúrtica.

Relativamente à idade dos sujeitos do sexo feminino, constata-se que a mínima é de 25 anos e a máxima é de 52 anos, a média centra-se nos 35,17, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 7,892. O coeficiente de dispersão demonstra que a idade dos sujeitos do sexo feminino apresenta uma dispersão moderada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que estamos perante uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Realizou-se o t-teste com a intenção de compreender se a idade interferia estatisticamente com o sexo, do que se concluiu que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o sexo ( $p=0,449$ ).

Quadro 1 – Estatística da idade segundo o sexo

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	Ks
<i>Masculino</i>	32	50	37,83	6,911	18,27	1,631	0,647	0,046
<i>Feminino</i>	25	52	35,17	7,892	22,44	1,548	-0,936	0,000
<i>Total</i>	25	52	35,63	7,704	21,62	1,608	-0,952	0,001

T=0,765; p=0,449

Ainda referente à idade, constatámos que 45,7% dos profissionais de saúde possui idades iguais ou inferiores a 32 anos, sendo que destes a maioria são do sexo feminino (51,7%). Verificámos ainda que 54,3% da amostra tem idades iguais ou superiores a 33 anos, sendo que destes 83,3% são do sexo masculino. Refira-se que não existem diferenças entre o sexo e a idade, uma vez que se obteve um  $p=0,131$ .

### *Estado Civil*

Quanto ao estado civil, constatou-se que a maioria dos sujeitos da amostra (67,6%) era casada, com predominância do sexo Feminino (69%). Seguindo-se dos sujeitos solteiros (26,5%), onde destes, a maioria era, igualmente do sexo feminino (27,6%); 2,9% dos profissionais encontram-se divorciados, onde destes 3,4% são do sexo feminino. Por último, 2,9% encontram-se a viver em união de facto, onde destes 20% correspondem ao sexo masculino. Denote-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e o sexo ( $X^2=6,116$ ;  $p=0,106$ ) (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição da amostra segundo as características pessoais e o sexo

	Masculino (n=6)		Feminino (n=29)		Total (n=35)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>						
≤ 32 anos	1	16,7	15	51,7	16	45,7
≥ 33 anos	5	83,3	14	48,3	19	54,3
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	1	20,0	8	27,6	9	26,5
Casado	3	60,0	20	69,0	23	67,6
Unido de Facto	1	20,0	0	0,0	1	2,9
Divorciado	0	0,0	1	3,4	1	2,9

### **Características Profissionais**

No momento seguinte procede-se à apresentação das características profissionais dos participantes: local de trabalho, tempo de exercício profissional, formação profissional, categoria profissional, situação contratual/tipo de vínculo, horário na instituição, trabalho por turnos e duplo emprego.

#### *Local de Trabalho*

No que se refere ao local de trabalho, constata-se que 68,6% dos enfermeiros trabalham na Unidade de Paliativos U. L. S. – Guarda/Hospital de Seia, sendo que destes a maioria são do sexo feminino (69,0%). Refira-se ainda que, 31,4% trabalha no Hospital Cândido Figueiredo – Tondela, onde destes 33,3% correspondem a sujeitos do sexo

masculino. Averiguamos ainda que, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e o local de trabalho ( $X^2=0,012$ ;  $p=0,629$ ) (cf. Quadro 3).

### *Tempo de Exercício Profissional*

O quadro 3 mostra-nos que o tempo de exercício profissional dos sujeitos do sexo masculino, apresentou um mínimo de 10 anos e um máximo de 29 anos, com uma média de 15,83 anos e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 7,14. Relativamente ao coeficiente de dispersão, pode-se verificar que o tempo de exercício profissional destes sujeitos apresenta uma dispersão alta. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição do tempo de exercício profissional dos sujeitos do sexo masculino é simétrica e mesocúrtica.

Respeitante ao tempo de exercício profissional dos sujeitos do sexo feminino podemos referir que este apresentou um mínimo de 4 anos e um máximo de 29 anos, com uma média a centrar-se nos 12,6 anos e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 7,88. Quanto ao coeficiente de dispersão, apresentou uma dispersão alta. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que estamos perante uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Por fim, analisando o tempo de exercício profissional no global, este apresentou um mínimo de 4 anos e um máximo de 29 anos, com uma média de 13,20 anos e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 7,75. Em relação ao coeficiente de dispersão do tempo de exercício profissional global este apresentou uma dispersão alta. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que estamos perante uma distribuição simétrica e mesocúrtica (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Estatística do tempo de exercício profissional segundo o sexo

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	Ks
<i>Masculino</i>	10	29	15,83	7,14	45,10	0,517	0,750	0,053
<i>Feminino</i>	4	29	12,66	7,88	62,24	0,785	-0,809	0,014
<i>Total</i>	4	29	13,20	7,75	58,71	0,716	-0,932	0,057

T=0,912; p=0,368

Alusivo ao tempo de exercício profissional, observou-se que 62,9% dos profissionais têm 15 ou menos anos de exercício e 37,9% têm 16 ou mais anos de exercício. Quanto aos primeiros 66,7% são do sexo masculino e no segundo caso 37,9% são do sexo feminino.

Mencione-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e o tempo de exercício profissional ( $X^2=0,045$ ;  $p=0,608$ ) (cf. Quadro 4).

### *Formação Profissional*

Relativamente à formação profissional, a maioria dos inquiridos possui a Licenciatura (74,3%), onde 79,3% corresponde a profissionais do sexo feminino. Observou-se ainda que 22,9% possuem a Especialidade e 2,9% o Mestrado. Na especialidade, com 50%, prevalecem os profissionais do sexo masculino e no Mestrado, os sujeitos do sexo feminino (3,4%). Averiguou-se que não existem diferenças estatísticas entre a formação profissional e o sexo ( $X^2=3,116$ ;  $p=0,211$ ) (cf. Quadro 4).

### *Categoria Profissional*

No que concerne à categoria profissional, verifica-se que 43,8% são enfermeiros graduados, 37,5% são enfermeiros e 18,8% são enfermeiros especialistas. No caso dos enfermeiros graduados e nos enfermeiros especialistas predominam profissionais do sexo masculino (60%; 40%, respetivamente). Constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a categoria profissional e o sexo ( $X^2=4,007$ ;  $p=0,135$ ) (cf. Quadro 4).

### *Situação Contratual/ Tipo de Vínculo*

Na situação contratual/tipo de vínculo, observamos que 48,6% dos enfermeiros possuem um contrato indeterminado de termo; 40% estão no quadro; 8,6% está a recibos verdes e 2,9% está apenas a efetuar voluntariado, denota-se que em todos os casos predominam os profissionais do sexo feminino. Por fim, mencionamos que não existem diferenças entre as duas variáveis em questão pois  $p=0,706$  (cf. Quadro 4).

---

### *Horário na Instituição*

Concernente ao horário na instituição, 73,5% dos inquiridos mencionaram efetuar 35 horas semanais; 23,5% 40 horas semanais e, apenas, 2,9% referiram efetuar mais de 40 horas por semana. Refira-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e o horário na instituição ( $X^2=2,623$ ;  $p=0,269$ ) (cf. Quadro 4).

### *Trabalho por Turnos*

Os dados demonstram que 82,9% dos profissionais de saúde mencionaram que trabalham por turnos, sendo que destes 86,2% são do sexo feminino. Denote-se que, como nos casos anteriores, não existe diferenças entre ambas as variáveis, pois  $p=0,268$  (cf. Quadro 4).

### *Duplo Emprego*

Por último, 71,4% da amostra inquirida referiu não ter emprego duplo, onde desta percentagem 72,6% corresponde a profissionais do sexo feminino. Dado que  $p=0,564$ , poder-se-á mencionar que não existem diferenças entre o sexo e o facto de se ter um duplo emprego (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo os dados sociodemográficos e o sexo

	Masculino (n=6)		Feminino (n=29)		Total (n=35)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Local de Trabalho</b>						
Unidade de Paliativos U. L. S. - Guarda/Hospital de Seia	4	66,7	20	69,0	24	68,6
Hospital Cândido Figueiredo - Tondela	2	33,3	9	31,0	11	31,4
<b>Tempo de Exercício Profissional</b>						
≤ 15 anos	4	66,7	18	62,1	22	62,9
≥ 16 anos	2	33,3	11	37,9	13	37,1
<b>Formação Profissional</b>						
Licenciatura	3	50,0	23	79,3	26	74,3
Especialidade	3	50,0	5	17,2	8	22,9
Mestrado	0	0,0	1	3,4	1	2,9
<b>Categoria Profissional</b>						
Enfermeiro	0	0,0	12	44,4	12	37,5
Enfermeiro Graduado	3	60,0	11	40,7	14	43,8
Enfermeiro Especialista	2	40,0	4	14,8	6	18,8
<b>Situação Contratual/ Tipo de Vínculo</b>						
Quadro	2	33,3	12	41,4	14	40,0
Contrato Indeterminado de Termo	4	66,7	13	44,8	17	48,6
Recibos Verdes	0	0,0	3	10,3	3	8,6
Voluntariado	0	0,0	1	3,4	1	2,9
<b>Horário na Instituição</b>						
35 h/semanais	6	100,0	19	67,9	25	73,5
40h/semanais	0	0,0	8	28,6	8	23,5
>40 h/semanais	0	0,0	1	3,6	1	2,9
<b>Trabalha por Turnos</b>						
Sim	4	66,7	25	86,2	29	82,9
Não	2	33,3	4	13,8	6	17,1
<b>Duplo Emprego</b>						
Sim	2	33,3	8	27,6	10	28,6
Não	4	66,7	21	72,4	25	71,4

---

## 1.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A seleção do método de recolha de dados é determinado pela natureza da metodologia científica, pelas questões de investigação, objetivos do estudo, pela amostra a estudar e pelas estratégias de análise estatística a realizar. A seleção deste método permite a aquisição de respostas por um maior número de indivíduos, o que dificilmente seria conseguido com outro método de recolha de dados. O questionário foi constituído por uma série de questões ordenadas para serem respondidas por escrito sem a presença do investigador. Este tipo de instrumento oferece a possibilidade de anonimato total e a ausência do investigador, garante a não tendenciosidade nas respostas.

Assim, para avaliar as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados é constituído por um questionário e uma escala (cf. Anexo 1).

**Questionário:** o questionário é constituído por questões relativas às características pessoais (sexo, idade e estado civil) e por questões que permitira caracterizar profissionalmente (local de trabalho, tempo de exercício profissional, formação profissional, categoria profissional, situação contratual/ tipo de vínculo, horário na instituição, trabalhar por turnos, duplo emprego)

**Escala:** para a avaliação da variável *burnout* utilizou-se o MBI (*Maslach Burnout Inventory*) assente nas suas dimensões fundamentais: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP) (Maslach e Jackson, 1986). As mesmas autoras referem que o *burnout* é conceptualizado como uma variável contínua cujos níveis de frequência e intensidade de sentimentos variam desde níveis mais elevados a níveis baixos, passando por moderados. As autoras referem ainda que os *scores* são considerados baixos se estão no terço inferior (percentil < 33) da distribuição normal, médios se estão no terço médio (percentil 33-66) e altos se estão no terço superior da distribuição normativa (percentil > 66). Não é considerado como uma variável dicotómica, que está presente ou ausente.

De forma sistemática podemos admitir que:

-Um nível baixo de *Burnout*, exprime-se em *scores* médios nas três dimensões de “exaustão emocional e “despersonalização”, e *scores* elevados na “realização pessoal”.

-Um nível médio de *Burnout*, exprime-se em *scores* médios nas três dimensões.

-Um nível elevado de *Burnout* reflete-se em *scores* elevados para as dimensões de “exaustão emocional” e “despersonalização” e *scores* baixos na “realização pessoal”, sendo ainda indicador da existência desta síndrome.

Quadro 5 – MBI - Maslach e Jackson

Dimensões		Itens	Score
<b>Exaustão emocional</b>	(EE)	1. Sinto-me esgotado (a) emocionalmente devido ao meu trabalho 2. Sinto-me cansado (a) no final da jornada de trabalho 3. Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada e trabalho sinto-me cansado (a) 6. Trabalhar com pessoas o dia todo exige-me um grande esforço 8. O meu trabalho deixa-me exausto (a) 13. Sinto-me frustrado (a) no meu trabalho 14. Creio que estou a trabalhar demasiado 16. Trabalhar directamente com as pessoas causa-me stresse 20. Sinto-me no limite das minhas possibilidades	0 – 54
<b>Despersonalização</b>	(DP)	5. Creio que trato algumas pessoas como se fossem objectos interpessoais 10. Tenho-me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho 11. Preocupa-me o facto de que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente 15. Não me preocupa realmente com o que ocorre às pessoas que atendo 22. Sinto que as pessoas me culpam de algum modo pelos seus problemas	0 – 30
<b>Realização pessoal</b>	(RP)	4. Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas 7. Lido eficazmente com os problemas das pessoas 9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros 12. Sinto-me com muita vitalidade 17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas 18. Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contacto com as pessoas 19. Tenho conseguido muitas realizações na minha profissão 21. Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho	0 – 48

Fonte: Maslach e Jackson. *The measurement of Experience of Burnout. Journal of Occupational Behavior*, 2 (2), 1981, p. 99 – 113.

### 1.3.PROCEDIMENTOS

Este estudo contempla todas as implicações éticas do direito à autodeterminação, à intimidade, à confidencialidade, à proteção do anonimato e confidencialidade dos dados, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ao tratamento justo e equitativo.

No respeito por estes princípios éticos, foi necessário efetuar um conjunto de procedimentos para a oficialização e cumprimento dos requisitos que lhe estão subjacentes e que compreendeu várias fases distintas. Numa primeira fase, foi solicitada autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados nas unidades do Hospital de Tondela e Seia (cf. Anexo 2). No referido pedido de autorização expôs-se o tema e a finalidade do estudo, ao mesmo tempo que se garantia a disponibilidade dos resultados obtidos para o desenvolvimento de investigações futuras.

A recolha de dados foi efetuada pela própria investigadora no período compreendido entre 12 de Janeiro e 15 de Fevereiro de 2012. Durante a aplicação do instrumento de recolha de dados, foi garantido aos participantes o anonimato e incluiu-se uma nota introdutória no questionário com o propósito de apresentar a investigadora, dar instruções de preenchimento e transmitir o objetivo do estudo. Como tal, pressupõe-se o consentimento informado do respondente para a participação no estudo, através do preenchimento livre e esclarecido do questionário.

Assim, obteve-se uma amostra final de 35 participantes que colaboraram de forma livre e espontaneamente nesta investigação.

O instrumento de colheita de dados contém a mencionada escala e foi realizado um pedido de autorização formal ao seu autor para a sua aplicação (cf. Anexo 3).



## 2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo pretende-se apresentar os resultados obtidos, em função de toda a informação recolhida. Para a apresentação adequada dos dados, recorreu-se ao uso de quadros com os dados estatísticos, os quais serão antecedidos da respetiva análise inferencial dos resultados.

### Relação entre o sexo e o *Burnout*

De forma a identificar a influência do sexo no *burnout*, utilizou-se o T-Teste. Observa-se que os sujeitos do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de *burnout* em todas as subescalas do mesmo.

Através dos resultados obtidos no quadro 6, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para as subescalas “Exaustão Emocional”, “Realização Profissional” e “Despersonalização”, rejeitando-se a hipótese de investigação formulada.

Quadro 6 - Teste T entre o sexo e o *burnout*

Subescalas	Sexo	Masculino		Feminino		t	p
		M	DP	M	DP		
Exaustão Emocional		3,44	0,574	2,97	1,146	1,446	0,168
Realização Profissional		3,70	0,923	3,91	0,991	-0,434	0,668
Despersonalização		1,67	1,281	0,97	0,728	1,838	0,075

### Relação entre a idade e o *Burnout*

De forma a estudar se a idade interfere, ou não, no *burnout*, utilizou-se o T-Teste. Observa-se que os profissionais de saúde que têm 32 ou menos anos possuem níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Exaustão Emocional” e “Realização Profissional”. Contudo, os enfermeiros com 33 ou mais anos de idade possuem níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Despersonalização”.

Analisando o quadro 7, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e a idade, logo, rejeita-se a hipótese de investigação formulada.

Quadro 7 - Teste T entre a idade e o *burnout*

Subescalas	Idade	≤ 32 anos		≥ 33 anos		t	p
		M	DP	M	DP		
Exaustão Emocional		3,07	1,093	3,04	1,088	0,069	0,945
Realização Profissional		3,56	0,882	4,19	0,977	-1,899	0,067
Despersonalização		1,08	0,595	1,11	1,052	-0,072	0,943

### Relação entre o estado civil e o *Burnout*

Denote-se que foi eliminado o parâmetro “Unido de Facto” e “Divorciado” por não ser representativo (só um sujeito), ou seja, passando a ter uma variável dicotómica. Com o intuito de compreender se o estado civil interfere, ou não, com o *burnout*, utilizou-se o T-Teste (cf. Quadro 8).

Averiguamos que os enfermeiros casados possuem níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Exaustão Emocional”, porém, os profissionais de saúde que se encontram solteiros possuem níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Realização Pessoal” e “Despersonalização”. Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e o estado civil, logo, rejeita-se a hipótese de investigação formulada.

Quadro 8 - Teste T entre o estado civil e o *burnout*

Subescalas	Estado Civil	Solteiro		Casado		t	p
		M	DP	M	DP		
Exaustão Emocional		2,71	,868	3,19	1,183	-1,098	0,282
Realização Profissional		3,48	,804	4,06	1,036	-1,414	0,169
Despersonalização		1,17	,718	1,06	,938	0,314	0,755

### Relação entre o tempo de exercício profissional e o *Burnout*

Para estudar se o tempo de exercício profissional interfere com o *burnout*, utilizou-se o T-Teste (cf. Quadro 9).

Constatamos que os enfermeiros com 15 ou menos anos de tempo de exercício profissional possuem níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Realização Profissional”, porém, os profissionais de saúde que têm 16 ou mais anos de tempo de exercício profissional possuem níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Exaustão Emocional” e “Despersonalização”. Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e o tempo de exercício profissional, logo, rejeita-se a hipótese de investigação.

Quadro 9 - Teste T entre o tempo de exercício profissional e o *burnout*

Tempo de Exercício Profissional Subescalas	≤ 15 anos		≥ 16 anos		t	p
	M	DP	M	DP		
Exaustão Emocional	3,02	1,057	3,14	1,152	-0,297	0,769
Realização Profissional	3,70	0,977	4,25	0,883	-1,506	0,143
Despersonalização	1,06	0,862	1,15	0,910	-0,304	0,763

### Relação entre a situação contratual/tipo de vínculo e o *Burnout*

Para conhecer a influência da situação contratual/tipo de vínculo no *burnout*, efetuou-se o teste One-Way ANOVA. É de notar que foi eliminado o parâmetro “Prestação de Serviços” por não ser representativo (só um inquirido) (cf. Quadro 10).

Constata-se que os enfermeiros que estão a recibos verdes têm níveis mais elevados de “Exaustão Emocional”, No entanto, os enfermeiros que se encontram a contrato indeterminado de tempo têm níveis mais elevados de “Realização Profissional” e de “Despersonalização”.

Observando o quadro 10, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação contratual/ tipo de vínculo e as subescalas do *burnout*, pelo que rejeita a hipótese de investigação inicialmente formulada para estas.

Quadro 10 - Teste One-Way ANOVA entre a situação contratual/tipo de vínculo e o *burnout*

Sit. Cont.	Quadro		CIT		Recibos Verdes		F	p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Exaustão Emocional	3,21	1,225	2,90	1,018	3,29	0,904	0,323	0,809
Realização Profissional	4,36	1,127	3,57	0,762	3,83	1,202	1,586	0,215
Despersonalização	1,02	0,852	1,27	0,959	0,75	0,433	0,534	0,663

### Relação entre o horário na instituição e o *Burnout*

Denote-se que foi eliminado o parâmetro “> 40 horas/semanais” por não ser representativo (só um sujeito), ou seja, passando a ter uma variável dicotômica. Neste sentido, com o intuito de compreender se o horário na instituição interfere estatisticamente com o *burnout*, utilizou-se o T-Teste (cf. Quadro 11).

Apuramos que os enfermeiros que trabalham 35 horas semanais possuem níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Exaustão Emocional”, porém, os profissionais de saúde que se encontram a trabalhar 40 horas por semana possuem níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Realização Pessoal” e “Despersonalização”. Averigua-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e o horário na instituição, logo, rejeita-se a hipótese de investigação formulada.

Quadro 11 - Teste T entre o horário na instituição e o *burnout*

Horário na Instituição Subescalas	35 h/semanais		40 h/semanais		t	p
	M	DP	M	DP		
Exaustão Emocional	3,17	1,067	2,70	1,167	1,038	0,308
Realização Profissional	3,96	1,035	3,63	,835	0,834	0,411
Despersonalização	1,08	,959	1,18	,607	-0,256	0,800

### Relação entre trabalhar por turnos e o *Burnout*

Com o intuito de averiguar se trabalhar por turnos interfere com o *burnout*, utilizou-se o T-Teste (cf. Quadro 12).

Constatamos que os enfermeiros que não trabalham por turnos possuem níveis mais elevados de *burnout* em todas as subescalas. Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e trabalhar por turnos, logo, rejeita-se a hipótese de investigação.

Quadro 12 - Teste T entre trabalhar por turnos e o *burnout*

Trabalhar por Turnos Subescalas	Sim		Não		t	p
	M	DP	M	DP		
Exaustão Emocional	2,97	1,071	3,44	1,092	-0,960	0,345
Realização Profissional	4,00	0,956	3,20	0,811	1,751	0,090
Despersonalização	0,99	0,734	1,58	1,310	-1,548	0,131

### Relação entre o Duplo Emprego e o *Burnout*

Para compreender se ter um duplo emprego interfere, ou não, com o *burnout*, utilizou-se o T-Teste (cf. Quadro 13).

Constatamos que os enfermeiros que têm um duplo emprego possuem níveis mais elevados de *burnout* na subescala “Exaustão Emocional”. Porém, os enfermeiros que não têm um duplo emprego possuem níveis mais elevados de “Realização Profissional” e de “Despersonalização”.

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a subescala “Despersonalização” e o facto de se ter um duplo emprego, logo aceita-se a hipótese para a subescala mencionada.

Quadro 13 - Teste T entre o duplo emprego e o *burnout*

Subescalas	Duplo emprego	Sim		Não		t	p
		M	DP	M	DP		
Exaustão Emocional		3,33	0,734	2,95	1,172	0,904	0,373
Realização Profissional		4,32	0,784	3,67	0,994	1,800	0,082
Despersonalização		0,65	0,530	1,28	0,922	-2,506	<b>0,018</b>

## 2.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra do estudo é constituída por 35 enfermeiros, dos quais 45,7% possuía idades iguais ou inferiores a 32 anos, sendo que destes a maioria eram do sexo feminino (51,7%); 54,3% tinha idades iguais ou superiores a 33 anos, dos quais 83,3% eram do sexo masculino. Constatou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino (83%), o que está em consonância com o estudo realizado por Rodrigues (2000) e o de Amaro e Jesus (2008), acerca da satisfação profissional dos enfermeiros da Região de Saúde de Viseu, tendo os autores verificado também uma predominância do género feminino, o que traduz a tendência histórica da profissão e, ainda, vigente. Estes dados são análogos aos encontrados por Queirós (2005), que estudou o *burnout* no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses, tendo o seu grupo amostral sido constituído maioritariamente por sujeitos do género feminino.

Os dados empíricos demonstraram que os enfermeiros do sexo masculino apresentaram níveis mais elevados de *burnout* em todas as subescalas do mesmo (“Exaustão Emocional”, “Realização Profissional” e “Despersonalização”). Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para as subescalas, rejeitando-se a hipótese de investigação formulada. Estes dados não corroboram os encontrados por Oliveira e Guerra (2004), dado que no seu estudo, ainda que não tenham verificado uma taxa de *burnout* acima da média em enfermeiros, encontraram correlações significativas com o sexo, sendo as enfermeiras a obter valores médios mais elevados, correspondendo a índices mais elevados de *burnout*, quando comparados com os enfermeiros.

Observa-se que os profissionais de saúde que têm 32 ou menos anos possuem níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Exaustão Emocional” e “Realização Profissional”. Contudo, os enfermeiros com 33 ou mais anos de idade possuem níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Despersonalização”. Apesar desta variação dos valores médios, não existem diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e a idade, logo, rejeita-se a hipótese de investigação formulada. Quanto aos enfermeiros mais novos, os resultados encontrados poder-se-ão explicar pelo facto destes enfermeiros ainda sentirem alguma insegurança nos procedimentos relativos aos cuidados de saúde e à instabilidade profissional que vivenciam. Quando os enfermeiros terminam o seu percurso académico, conforme salienta Queirós (2005, pág. 251), estes são “idealista, generosos, empenhados que ainda não terão aprendido a dosear «as exigências excessivas de energia no trabalho»”, o que resulta facilmente em exaustão emocional. A este propósito, Queirós (2005) refere que o *burnout* está intimamente interligado à enfermagem, sendo esta uma profissão que trabalha diariamente com pessoas. O contacto direto com a doença, a dependência, a morte e, sobretudo, o sofrimento crónico é esgotante, resultando em exaustão emocional.

No que se refere aos enfermeiros em faixas etárias mais elevadas, devido a uma maior experiência profissional, estes poderão já ter adquirido meios para se distanciar mais das situações vivenciadas em cuidados paliativos, despersonalizando-se, não querendo isto significar que estes profissionais de saúde se tornem mais distantes, em termos de relação empática, com os doentes, mas como uma estratégia de  *coping*  para não atingirem a exaustão emocional. De acordo com Freudenberger (1974, cit. in Pereira, 2010), a despersonalização refere-se à atitude e à conduta inflexível e impessoal que condiciona a prestação do serviço e a relação com o outro, resulta normalmente do fracasso da fase anterior, sendo um mecanismo para evitar o aumento de sentimentos desagradáveis como a impotência e a desesperança.

---

Outro dado alcançado tem a ver com a variável estado civil, o qual demonstrou que os enfermeiros casados possuem níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Exaustão Emocional”. Apurou-se igualmente que os participantes solteiros possuíam níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Realização Pessoal” e “Despersonalização”. Todavia, que não existem diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e o estado civil, logo, rejeita-se a hipótese de investigação formulada.

No que se refere ao facto de os enfermeiros casados revelarem níveis mais elevados de exaustão emocional, poderá ser justificado com pressuposto que a família nuclear acarreta um acréscimo de tarefas, pois os enfermeiros casados desempenham múltiplos papéis ao mesmo tempo, salientando-se o papel de esposos e pais, e quando conjugados com o papel profissional, sobretudo em cuidados paliativos, haverá mais predisposição para a síndrome psicológica de exaustão emocional, que consiste no aumento da intensidade emocional associada a uma sensação de estar exausto *do e no* trabalho, com falta de recursos emocionais para lidar e resolver a situação *do e no* trabalho, podendo apresentar manifestações física e psíquicas (Pina, 2004).

Constatou-se que os enfermeiros com 15 ou menos anos de tempo de exercício profissional possuem níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Realização Profissional”, porém, os profissionais de saúde que têm 16 ou mais anos de tempo de exercício profissional possuem níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Exaustão Emocional” e “Despersonalização”. Todavia, não se registaram diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e o tempo de exercício profissional, rejeitando-se a hipótese de investigação formulada.

Os dados obtidos para os enfermeiros com menos tempo de trabalho, poderão ser justificados com o facto destes, quando comparados com os enfermeiros com mais experiência profissional, ainda sentirem, que não atingiram realização profissional, podendo, igualmente, dever-se às conjeturas características dos tempos atuais, que em nada favorecem os vínculos profissionais. Por outro lado, os mesmos poderão não estar a exercer numa área que os satisfaça profissionalmente, o que conjugado com o impacto de lidarem quotidianamente com a doença crónica, terminal e o confronto com a morte, torná-los-á mais vulneráveis ao impacto emocional, resultando em pouca realização profissional (Gomes, 1996). Maslach e Leiter (1997) sublinham que, quando existe uma elevada discordância entre a natureza do trabalho e a natureza da pessoa, que faz esse mesmo trabalho, existe uma maior probabilidade de aparecimento de *burnout*.

Estas ideias estão de acordo com os estudos efetuados por Queirós (2005) e Jesus (2001), em que estes investigadores verificaram que a realização profissional insatisfatória em enfermagem são uma fonte de mal-estar/stresse.

Verificou-se que os participantes com mais tempo de serviço são os que revelaram níveis mais elevados de exaustão emocional e despersonalização provavelmente porque estes já têm um convívio diário com situações dramáticas de sofrimento e de morte, que geram elevados níveis de stresse, muito mais significativo do que os enfermeiros com menos tempo de serviço. Como tal, o número de exigências psicológicas, devido à complexidade do seu trabalho, levá-lo-á dicotomicamente a situações de exaustão emocional e/ou de despersonalização. Salienta-se também que o enfermeiro é obrigado a enfrentar situações de grande complexidade para as quais não existe uma única solução, dado que cada doente é um caso, tornando-se bastante difícil dar uma resposta também única e adequada às solicitações diárias em cuidados paliativos. Estas situações do dia-a-dia provocam grande desgaste no profissional, podendo conduzir a situações de exaustão emocional e despersonalização (Keidel, 2006). O mesmo autor, com base no seu estudo, verificou que os membros da equipa com mais tempo de serviço, que trabalham em cuidados paliativos, dado que trabalham com doentes terminais, são considerados um grupo de elevado risco no sentido de poder vir a desenvolver *burnout*.

Os dados empíricos revelaram também que os enfermeiros que estão a recibos verdes têm níveis mais elevados de “Exaustão Emocional”. No entanto, os enfermeiros que se encontram a contrato indeterminado de tempo têm níveis mais elevados de “Realização Profissional” e de “Despersonalização”. Apurou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a situação contratual/ tipo de vínculo e as subescalas do *burnout*, pelo que rejeita a hipótese de investigação inicialmente formulada. Amaro e Jesus (2008), em relação à variável tipo de vínculo à instituição, verificaram também que há diferenças de médias entre enfermeiros que possuem um vínculo laboral ao quadro da instituição e os que não estão nesta situação, sendo estes os que revelam mais níveis de *burnout*, para o qual contribui também a instabilidade profissional, o que não lhes garante a realização profissional.

Na mesma linha, Meier e Beresford (2006) reforçam as questões anteriores ao referir-se aos profissionais a desempenhar cuidados paliativos, em situação profissional precária, em termos de vínculos laboral, como um grupo que está mais predisposto a *burnout* laboral.

---

Maslach e Leiter (1997) admitem que o *burnout* não é prioritariamente um problema intrínseco à pessoa mas é, fundamentalmente, resultante das características do ambiente da organização, em que a pessoa exerce as suas funções profissionais, pelo que existe uma forte relação entre a estrutura organizacional (condições de trabalho) e o *burnout*.

Em relação a esta variável profissional, associadas ao *burnout*, Loureiro et al. (2008) verificaram uma situação análoga aos participantes deste estudo, pois os enfermeiros que laboram em regime de contrato temporário foram os que apresentaram mais *burnout*. Este resultado leva a supor que a menor estabilidade de emprego poderá gerar insegurança e preocupação a nível individual e até familiar devido a uma possível falta de perspetiva de um futuro estável.

Apurou-se que os enfermeiros que trabalham 35 horas semanais possuem níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Exaustão Emocional”. Contudo, os profissionais de saúde que se encontram a trabalhar 40 horas por semana possuem níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Realização Pessoal” e “Despersonalização”. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e o horário na instituição, rejeitando-se a hipótese de investigação formulada. Estes resultados, de certa forma, surpreenderam, dado que se esperava que quanto mais carga horária os enfermeiros tivessem, mais propensão os mesmos teriam para a exaustão emocional, conforme é salientado em termos de literatura específica. Neste sentido, reforça-se a ideia que o *burnout* pode ser considerado uma “consequência da exposição continuada a eventos stressantes de origem laboral” (Loureiro et al., 2008, p.35).

Constatou-se que os enfermeiros que não trabalham por turnos possuem níveis mais elevados de *burnout* em todas as subescalas, não se tendo registado diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e trabalhar por turnos, resultando na rejeição da hipótese de investigação. Uma vez mais, os dados obtidos foram surpreendentes, pois, conforme apuraram Amado e Jesus (2008), existem diferenças significativas entre o *burnout* e o trabalho por turnos, sendo que os enfermeiros que não trabalham por turnos apresentam valores médios mais baixos de *burnout*. Os enfermeiros que trabalham por turno são os que adotam comportamentos impessoais e frios para com as pessoas e manifestam maior exaustão emocional.

É ainda importante referir que o trabalho por turnos, na medida em que este diminui a capacidade de concentração e a tolerância das pessoas e, no caso particular, dos enfermeiros, que por terem que lidar de forma direta e permanente com situações stressantes que exigem

uma capacidade de raciocínio e concentração superiores, na tentativa de reduzir ao máximo a possibilidade de erro, faz com que estes profissionais de saúde atinjam com maior frequência *burnout*, podendo, inclusive, diminuir a qualidade dos cuidados por eles prestados, em termos humanísticos (Amado e Jesus, 2008).

Por fim, verificou-se que os enfermeiros que têm um duplo emprego possuem níveis mais elevados de *burnout* na subescala “Exaustão Emocional” e que os enfermeiros que não se encontram nesta situação laboral possuem níveis mais elevados de “Realização Profissional” e de “Despersonalização”. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a subescala “Despersonalização” e o facto de se ter um duplo emprego, o que resultou na aceitação da hipótese para esta subescala. Estes resultados poderão ser justificados, sobretudo, em relação aos enfermeiros com duplo emprego, com o acumular de funções que resulta num desgaste físico e psicológico, predispondo-os ao risco da exaustão emocional (Queirós, 2005).

---

### 3.CONCLUSÃO

A enfermagem é uma ciência e uma arte. Os enfermeiros, para além de profissionais de saúde, deverão ser artistas exímios na capacidade de cuidar as pessoas, contribuindo para o seu bem-estar biopsicossocial. A sua função tende a fomentar a maior independência possível dos doentes em todas as suas atividades. A preservação da dignidade humana, através da adoção de uma visão holística do doente, é um dos pilares essenciais da sua prática (Batista, 2008).

Cuidar, é estar disponível para o outro, é uma forma de relação, em que a abertura, o conhecimento, a paciência, a honestidade, a humildade, a esperança, a coragem, a confiança, a compreensão, a atenção e a solicitude devem estar sempre presentes, um processo que implica humanismo.

Loff (1996, cit. in Soares, 2008) refere que é característico da profissão de enfermagem, ou pelo menos como parte da expectativa social acerca da profissão, um certo espírito de sacrifício, de dedicação e de entrega aos outros. Espera-se do enfermeiro que tenha uma permanente preocupação com os outros, sentimentos constantes de solidariedade, aperfeiçoamento permanentemente dos canais de comunicação, contenção dos seus próprios sentimentos pessoais. Desta forma, os enfermeiros tornam-se tão dependentes dos problemas dos outros que não têm tempo para identificar e controlar os seus próprios problemas, o que os pode levar a um estado de *burnout* (Soares, 2008).

Entre os riscos psicossociais emergentes do trabalho destacam-se o stresse ocupacional crónico, denominado *burnout*. Esta síndrome surge na sequência de uma exposição, prolongada no tempo, a uma carga elevada de stresse ocupacional. Este fenómeno tem sido alvo de atenção por parte dos investigadores, destacando-se o seu impacto em inúmeras profissões, sobretudo aquelas que implicam relações de ajuda, como é o caso da enfermagem (Soares, 2008).

O *burnout* poderá ser assumido como um estado de incongruência, vivenciado pelo indivíduo, como um estado de desfasamento entre as exigências do contexto laboral e a sua capacidade de resposta (Sá, 2008).

Nos estudos mais recentes encontrados na literatura, vários autores são unânimes em considerar que os profissionais da área dos cuidados paliativos, sujeitos ao grande desafio de trabalharem de forma próxima e intensa com os doentes e as suas famílias, estão sujeitos a

uma elevada carga emocional e de grande stresse podendo conduzir a situações de *burnout* (Meier & Beresford, 2006; Aoun & Kristjanson., 2005; Keidel, 2006; Sá, 2008).

De acordo com os dados alcançados no estudo empírico, a amostra do estudo era constituída por 35 enfermeiros, dos quais 45,7% possuía idades iguais ou inferiores a 32 anos, sendo que destes a maioria eram do sexo feminino (51,7%); 54,3% tinha idades iguais ou superiores a 33 anos, dos quais 83,3% eram do sexo masculino.

Os enfermeiros do sexo masculino apresentaram níveis mais elevados de *burnout* em todas as subescalas do mesmo (“Exaustão Emocional”, “Realização Profissional” e “Despersonalização”). Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para as subescalas, rejeitando-se a hipótese de investigação formulada. Os profissionais de saúde que tinham 32 ou menos anos possuíam níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Exaustão Emocional” e “Realização Profissional”. Porém, os enfermeiros com 33 ou mais anos de idade possuem níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Despersonalização”. Apesar desta variação dos valores médios, não existem diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e a idade, logo, rejeita-se a hipótese de investigação formulada.

Outro dado alcançado tem a ver com a variável estado civil, tendo-se concluído que os enfermeiros casados possuíam níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Exaustão Emocional”. Apurou-se igualmente que os participantes solteiros possuíam níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Realização Pessoal” e “Despersonalização”. Todavia, que não existem diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e o estado civil, logo, rejeita-se a hipótese de investigação formulada.

Constatou-se que os enfermeiros com 15 ou menos anos de tempo de exercício profissional revelaram níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Realização Profissional”, porém, os profissionais de saúde que possuem 16 ou mais anos de tempo de exercício profissional apresentaram níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Exaustão Emocional” e “Despersonalização”. Todavia, não se registaram diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e o tempo de exercício profissional, rejeitando-se a hipótese de investigação formulada.

Verificou-se que os participantes com mais tempo de serviço foram os que revelaram níveis mais elevados de exaustão emocional e despersonalização, muito mais significativos do que os enfermeiros com menos tempo de serviço.

---

Concluiu-se também que os enfermeiros que estão a recibos verdes têm níveis mais elevados de “Exaustão Emocional”. No entanto, os enfermeiros que se encontram a contrato indeterminado de termo apresentaram níveis mais elevados de “Realização Profissional” e de “Despersonalização”. Apurou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a situação contratual/ tipo de vínculo e as subescalas do *burnout*, pelo que rejeita a hipótese de investigação inicialmente formulada.

Apurou-se que os enfermeiros que trabalham 35 horas semanais demonstram níveis de *burnout* mais elevados na subescala “Exaustão Emocional”. Todavia, os profissionais de saúde que se encontravam a trabalhar 40 horas por semana revelaram níveis mais elevados de *burnout* nas subescalas “Realização Pessoal” e “Despersonalização”. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e o horário na instituição, rejeitando-se a hipótese de investigação formulada.

Constatou-se que os enfermeiros que não trabalham por turnos possuíam níveis mais elevados de *burnout* em todas as subescalas, não se tendo registado diferenças estatisticamente significativas para as três subescalas do *burnout* e trabalhar por turnos, resultando na rejeição da hipótese de investigação.

Por fim, constatou-se que os enfermeiros que têm um duplo emprego possuem níveis mais elevados de *burnout* na subescala “Exaustão Emocional” e que os enfermeiros que não se encontram nesta situação laboral revelaram níveis mais elevados de “Realização Profissional” e de “Despersonalização”. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a subescala “Despersonalização” e o facto de se ter um duplo emprego, o que resultou na aceitação da hipótese para esta subescala.

Antes de se fazerem algumas sugestões, menciona-se que o facto de se ter recorrido ao método de amostragem por conveniência, apesar de ser mais rápido e fácil, e o facto de não se ter conseguido uma amostra mais elevada, assumiram-se como limitações metodológicas, na medida em que os resultados e as conclusões só se aplicarem à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o universo, isto porque não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do universo.

Os dados obtidos apontam para a necessidade de se desenvolver um tipo de intervenção que vise a atenuação dos níveis de *burnout* nos enfermeiros que lidam com o sofrimento dos doentes e familiares, destacando-se a criação de uma intervenção psicológica em formato de grupo, no sentido de encorajar os enfermeiros a comunicar o mais aberta e

claramente possível as suas dificuldades, facilitando o estabelecimento de relações interpessoais e possibilitando a atualização das suas competências. Espera-se que, desse modo, aumentem as suas competências individuais para lidarem com os fatores indutores de *burnout*.

---

## BIBLIOGRAFIA

AMARO, H.J.F. & JESUS, S.N. (2008). **Satisfação Profissional e Burnout nos Enfermeiros: Que relação?** Revista Portuguesa de Enfermagem. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda., 13: 33-39.

AOUN, S.M. & KRISTI, L.J. (2005). **Caregiving for the terminally ill: At what cost? Palliative Medicine**, 19: 551-555.

**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS** (2012) – Consult. 03 Fev. 2012. <http://www.apcp.com.pt/>

BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça (2010). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

BATISTA, P.M.P.M.M. (2008). **Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia**, dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

BRUNEAU, B.M., ELLISON, G.T. (2004). **Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a stress-reduction programme**. Int J Palliat Nurs, 10(6):296-304.

CARLOS, M. & QUEIRÓZ, P. (2008). **Cuidar em fim de vida** – Experiência durante a formação inicial de enfermeiros. Lisboa: Coisas de Ler.

ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE VISEU (2009). **Guia do curso de licenciatura em enfermagem**. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.

FENGA, C., FARANDA, M., ARAGONA, M. MICALI, E., DI NOLA, C., TRIMARCHI, G., CRIMI, B., CACCIOLA, A. (2007). **Burnout and occupational stress in nurses**. Med Lav, 98:(1) 55-63.

FORTIN, M.F. (2009). **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta.

FRANÇA, ACL; RODRIGUES, AL. (1997). **Stress e o trabalho: Guia básico com abordagem psicossomática**. São Paulo: Altas.

FREUDENBERG, H. (1974) – **Staff Bur-out**. Journal of social issues, 30 (1), pág. 159-165.

FRIAS, C.D. (2003). **A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação**. Loures: Lusociência.

GOMES, A. (1996). **Os profissionais de saúde perante a doença grave**. *Psiquiatria Clínica*, 17, (3): 209-211.

HOSPITALIDADE, (2010) – **Ao Cuidar de Pessoas Em Cuidados Paliativos**. *Revistada Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus*, nº.290.

ISIKHAN, V., GOMEZ, T., DANIS, Z. (2004). **Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients**. *Eur J Oncol Nursing*, 8:234-244.

KEIDEL, G. (2006). **Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers**. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19(3): 200-205.

KEIDEL, G.C. (2006). **Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers**. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19 (3): 200-205.

LEDERBERG, M.S. (1988). **Oncology staff stress and related interventions**. In: Holland, J.C. (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp.1035-1048). Oxford University Press, New York.

LOUREIRO, H.; Pereira, A.N.; OLIVEIRA, A.P. & PESSOA, A.R. (2008). **Burnout no trabalho**. *Revista Referência*, II.<sup>a</sup> Série, 7: 33-41.

MASLACH, C. (1978) – **The Client role in staff Burn-out**. *Journal of Social Issues*, 34(4): 11-124.

MASLACH, C. et al (2001) – **Job Burnout**. *Annu, Ver, Psychol*, pág. 397- 422.

MASLACH, C. & LEITER, M. (1997). **The truth about Burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it**. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

MCKERETH,P.A., CAMPBELL, G. (2005). **Chair massage: attention and touch in 15 minutes**. *Palliative and Cancer Matters*, 25:2-6.

MENDES, A.C. (1996) - **Síndrome de Burnout em enfermeiros de Psiquiatria**. *Dossier Saúde e Desenvolvimento*. Formassau, Formação em Saúde Lda., Coimbra, pág.61-85.

MEIER, D. & BERESFORD, L. (2006). **Preventing Burnout**. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (5): 1045- 1048.

MEIER, L. & BERESFORD, L. (2006). **Preventing burnout**. *Journal of Palliative Medicine*; 9(5):1045-8.

- 
- OLIVEIRA, M. & GUERRA, M.P. (2004). **Burnout nos profissionais de saúde mental: expectativas, auto-actualização e outras variáveis associadas**. *Saúde Mental*, VI (1): 15-25.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (2002) - Consult. 03 Fev. 2012 <http://www.who.int/en/>.
- PACHECO, S. (2002). **Cuidar a pessoa em fase terminal – perspectiva ética**. Loures: Lusociência.
- PEREIRA, Ana M. T. B. (2010) – **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 4ª edição, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- PHILLIP, J.R. (1984) – **Faculty Burnout**. *American Journal of Nursing*, pág. 1525-1526
- PINA, F. (2004). **Burnout e satisfação profissional dos enfermeiros da VMER**, dissertação de mestrado não publicada, Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- QUEIRÓS, P. (2005). **Burnout: no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses**. Coimbra: Sinais Vitais.
- REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2012). - Consult. 03 Fev. 2012. <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>.
- RODRIGUES, A. (2000). **Psicologia social**. Petrópolis: Vozes.
- RODRIGUES, A.B., CHAVES, E.C. (2008). **Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses**. *Rev Latino-am Enfermagm*, 16(1):24-28.
- SÁ, L. (2008). **Do stress ao Burnout em enfermagem**. *Enfermagem Oncológica*. Ano 7, 30-31: 14-37.
- SILVERIO, Manuel Jorge; SILVA, Carlos Fernandes (2001) – Versão Portuguesa do **Standadd ShiftWorkIndex: Resultados com Amostras Portuguesas de Enfermeiros**. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, Universidade do Minho, Centro de estudos em educação e Psicologia, Pág. 233-240.
- SOARES, J.I. (2008). **Exaustão emocional dos cuidadores de doentes oncológicos - Eficácia de uma Intervenção de grupo**, dissertação de Doutoramento em Psicologia Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.
- SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS. (2000) – **Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos «Cuidar»: ética e práticas**. Lusociência.

TWYXCROSS, Robert. (2003) – **Cuidados Paliativos**. 2ª Edição, Lisboa. Climepsi Editores.

ZUKER, E. (1994) – **Conselhos para enfrentar o stress laboral**. Adaptado com permissão de The Assertive Manager: positive skills at Work for you.

## **ANEXOS**



## **ANEXO 1 – Instrumento de Colheita de Dados**



## **ANEXO 2 – Pedido de autorização para colheita de dados**



**ANEXO 3 – Licença para utilização da “Maslach *Burnout* Invento**