



Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos

Florbela dos Santos Gonçalves

BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Coimbra
Dezembro de 2016

Dissertação de Mestrado apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados e Paliativos sob a orientação da Professora Doutora Marília Dourado

“Os que vão morrer ensinam-nos a viver”

(Hennezel, 1993)

Agradecimentos

À família, que mais que um conjunto de pessoas do mesmo sangue ou semelhantes por aliança, foi um assento para esta longa e difícil caminhada realizada por distintos obstáculos mas superada com imenso vontade e brio.

À minha orientadora, Professora Doutora Marília Dourado, pela disponibilidade, apoio e conhecimentos partilhados neste percurso, mas sobretudo, pela constante firmeza, motivação, confiança e profissionalismo demonstrado em todos os momentos.

Ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra, nomeadamente ao Serviço de Cuidados Paliativos, na pessoa do Dr. Óscar Vilão

Ao Prof. Doutor Francisco Caramelo e ao Inv. Doutor Miguel Patrício pelo seu precioso apoio no tratamento estatístico dos dados

Aos amigos e colegas, que foram pintando e completando este capítulo.

Aos profissionais de saúde pela dedicação, prontidão e compreensão na resposta aos questionários, porque sem eles esta investigação não era executável.

Por fim, ao meu marido e à minha filha pela imensa dedicação e compreensão que só o amor podem justificar.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Resumo | 7 |
| Abstract..... | 9 |
| Introdução..... | 10 |
| Enquadramento..... | 12 |
| Capítulo I - Burnout..... | 13 |
| Capítulo II - Qualidade de Vida (QdV).. .. | 19 |
| Capítulo III - Burnout e QdV em profissionais de saúde..... | 24 |
| Estudo empírico..... | 32 |
| Objectivos e Metodologia..... | 33 |
| Fundamentos..... | 33 |
| Objectivos..... | 34 |
| Metodologia..... | 34 |
| Resultados..... | 39 |
| Discussão e Conclusões..... | 46 |
| Síntese dos Resultados, Discussão e Conclusões..... | 46 |
| Referências Bibliográficas..... | 51 |
| Anexos..... | 64 |

RESUMO

Introdução: Os profissionais de saúde dos Cuidados Paliativos são considerados um grupo de risco em termos de desenvolvimento de *burnout*, na medida em que convivem diariamente com a doença grave e incurável, o sofrimento e a morte. Trata-se de um problema psicossocial deveras preocupante, porque acarreta diversas consequências nefastas não só para o indivíduo, como a redução da sua qualidade de vida (QdV), mas também para o doente e toda a organização envolvente.

Considerando a escassez de estudos que abordam o *burnout* e QdV de profissionais de saúde em exercício de funções nos Cuidados Paliativos em contexto hospitalar oncológico, procurou-se avaliar o *burnout* e a QdV num grupo de profissionais – médicos, enfermeiros assistentes operacionais, secretária, psicóloga, assistente social, assistente religioso, voluntários - que exercem as funções num serviço de cuidados paliativos oncológicos, numa instituição pública hospitalar.

Método: A metodologia adotada, neste estudo transversal, passou pelo recrutamento de uma amostra de profissionais de saúde a trabalhar numa unidade de Cuidados Paliativos oncológicos em contexto hospitalar (n=34).

O protocolo de avaliação utilizado para recolha dos dados foi composto por diversos instrumentos, nomeadamente pelo Inventário de *Burnout de Maslach*, pelo Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref), bem como por um questionário sociodemográfico para a recolha de informação pessoal e relativa à situação/contexto profissional dos sujeitos da amostra. Os dados foram obtidos após distribuição e recolha de questionários individuais. Posteriormente procedeu-se ao tratamento estatístico adequado a este tipo de estudos.

Resultados: Apesar da elevada prevalência de Burnout na população estudada, esta não se correlacionou com uma baixa perceção da qualidade de vida.

Conclusão: Com estes resultados, importa desenvolver estratégias capazes de prevenir o *burnout* e melhorar a QdV destes profissionais nomeadamente ao nível das condições de trabalho, da supervisão e das políticas organizacionais. Consequentemente, deverá

reconhecer-se o mérito, o relacionamento interpessoal e o trabalho em equipa, de modo a melhorar o ambiente psicossocial de trabalho.

Com este trabalho de investigação espera-se contribuir para uma melhor compreensão do *burnout* e QdV em profissionais de saúde, e especificamente naqueles que exercem a sua atividade em contexto de Cuidados Paliativos oncológicos. Deve promover-se a avaliação daquelas variáveis e o recurso a estratégias eficazes de prevenção e intervenção, sempre que se revele necessário, o que terá repercussões também na prática profissional

Palavras-chave: Cuidados Paliativos oncológicos, *burnout*, qualidade de vida

ABSTRACT

Introduction: Palliative care health professionals are considered a risk group in terms of the development of burnout, since they live with severe and incurable disease, suffering and death, on a daily basis. Burnout is considered a very worrying psychosocial problem, because it has several negative consequences both for the individual, such as reducing his/her quality of life, and for the patient and the entire organization.

Considering the lack of studies that address burnout and quality of life of health professionals performing functions in Palliative Care, in oncological hospital setting, we sought to evaluate burnout and quality of life in a group of professionals- medical doctors, nurse assistants, officers, psychologist, social worker, religious assistant and volunteers- who work in a hospital palliative care unit.

Method: The methodology used in this cross-sectional study was to recruit a sample of health professionals working in a hospital palliative care unit (n = 34). The evaluation protocol used to collect data comprised measurement instruments: namely the Maslach Burnout Inventory and the WHO Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL - Bref) as well as a sociodemographic questionnaire for the collection of personal information and concerning the professional situation/context of the sample subjects Data were obtained after distribution and collection of individual questionnaires. Subsequently the adequate statistical treatment was made for this type of studies. Results: Despite the high prevalence of burnout, there is no correlation between Burnout and quality of life in the studied population.

Conclusion:

These results suggest that it is important to develop strategies to prevent burnout and to improve the quality of life of these professionals. These strategies should be particularly developed in the fields of working conditions, supervision and organizational policies. As a result, merit, interpersonal relations and teamwork should be recognized, in order to improve the psychosocial atmosphere of work.

Key words: Oncologic Palliative care; Burnout; Quality of Life

INTRODUÇÃO

A filosofia dos Cuidados Paliativos, pela sua abordagem holística da dor e do sofrimento, requer dos profissionais a aquisição de um conjunto de competências sobretudo ao nível relacional e emocional (Martins & Romão, 2012).

Nos últimos anos temos assistido a um crescente interesse em torno do *burnout*, sobretudo pelos efeitos nefastos que apresenta a nível individual e organizacional (Melo, Gomes & Cruz, 1997, Maria Áurea Maciel Boechat & al, 2014).

Os profissionais de saúde, particularmente os profissionais dos Cuidados Paliativos, estão permanentemente sujeitos a inúmeras situações de grande exigência emocional, quer pelo contacto com os doentes quer pelo próprio ambiente de trabalho. Dentro desta perspetiva surge o interesse pelo estudo do *burnout* e qualidade de vida (QdV), em profissionais de saúde dos Cuidados Paliativos.

Embora atualmente haja estudos que evidenciem esta problemática em diversas profissões, verifica-se que os profissionais de saúde representam um grupo de risco extremo cujas consequências podem refletir-se na qualidade dos serviços prestados aos doentes, bem como na QdV e bem-estar dos profissionais (Pereira, Rodrigues & Cunha, 2010).

O conceito de QdV tem evoluído. No entanto, dada a complexidade de variáveis que incidem sobre a diversidade conceptual individual que ela pode significar para cada pessoa, não há ainda um consenso sobre a sua definição (Santos & Pais-Ribeiro, 2006). O conceito de QdV utiliza-se em diferentes contextos e situações, estendendo-se a todos os sectores da sociedade. Atendendo ao atual contexto de mudança nas organizações, e especificamente nos serviços de saúde (sobrecarga de trabalho, insegurança, mudanças frequentes nas equipas, conflito e ambiguidade de papéis), os fatores de natureza humana em contexto organizacional podem traduzir-se em fatores de resiliência ou risco para o bem-estar dos indivíduos. Neste âmbito, o desenvolvimento e a gestão adequada dos recursos humanos têm vindo a assumir uma importância crescente ao nível organizacional, no sentido da promoção da QdV dos profissionais.

Perante o exposto, considerando a escassez de estudos que abordam o *burnout* e QdV em profissionais dos Cuidados Paliativos, particularmente em contextos oncológicos, procura-se neste estudo explorar esta lacuna. Especificamente pretende-se avaliar o

burnout e a QdV dos profissionais dos Cuidados Paliativos Oncológicos. Este estudo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico, baseado na revisão da literatura, onde se procurou abordar e aprofundar as temáticas principais deste trabalho, o *burnout* e a QdV. A segunda parte é dedicada à apresentação do estudo empírico, incluindo a análise e discussão dos resultados.

PARTE I - ENQUADRAMENTO

CAPÍTULO 1 – *Burnout*

O termo *burnout* é proveniente do inglês e significa “queimar até à exaustão”. O termo foi proposto pela primeira vez pelo professor e psicanalista americano, de origem alemã, Herbert Freudenberger depois de o constatar em si mesmo e em colegas a trabalhar no “free-clinic movement” (João Maroco enal 2016).

O *burnout* é definido por alguns autores como uma das consequências mais marcantes do stresse profissional, e caracteriza-se por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade em relação a quase tudo e todos (Benevides-Pereira, 2003). Apesar da existência de vários referenciais teóricos, no contexto da Psicologia o referencial mais utilizado é o de Maslach e Jackson. Segundo estes autores, o *burnout* é uma síndrome multifatorial constituída por exaustão emocional, desumanização/despersonalização e reduzida realização no trabalho que pode observar-se em indivíduos com profissões onde existe interacção /ajuda com ou a outras pessoas. Neste sentido, o conceito de *burnout* nos profissionais de saúde é de extrema importância do ponto de vista social e individual, na medida em que as suas consequências negativas reflectir-se-ão ao nível da saúde física e mental do profissional e, conseqüentemente, no desempenho da sua atividade enquanto profissional (Gomes & Cruz, 2004).

Embora a vulnerabilidade ao stresse e ao *burnout* esteja presente nos profissionais de saúde em geral, naqueles que exercem a atividade profissional em cuidados paliativos a probabilidade é superior, em virtude de uma atividade profissional intimamente ligada a situações de grande sofrimento associado, muitas vezes, à degradação física, social e emocional da pessoa (Pereira, Rodrigues & Cunha, 2010).

1.1. Conceito - A relação entre o indivíduo, o seu trabalho, e as dificuldades que daí podem advir quando esta relação não é linear, é reconhecida como um fenómeno importante na actualidade e daí o conceito de *burnout*. Este termo foi introduzido em 1974, pelo psiquiatra norte-americano Freudenberger para descrever a exaustão emocional e física, causada pelas horas excessivas de trabalho e pela sobrecarga e intensidade laboral e, posteriormente, por Maslach e seus colaboradores que definem o conceito de *burnout* como "*um síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas, e que conduz a*

uma perda de motivação e eventualmente progride com sentimentos de inadequação e de fracasso." Estes trabalhos tiveram como princípio acautelar que o fenómeno de *burnout* não diz apenas respeito a comportamentos aberrantes e desviantes de alguns indivíduos (como por exemplo a toxicoddependencia), mas sim a um fenómeno mais comum, caracterizado por esgotamento emocional, perda de motivação e comprometimento com o trabalho (Gomes & Cruz, 2004; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Segundo Grazziano e Ferraz (2010) o *burnout* é reconhecido como risco ocupacional, sobretudo para profissionais da área da saúde, educação e serviços assistenciais, conduzindo ao esgotamento físico, psíquico e comprometendo o trabalho laboral, repercutindo-se nas organizações devido às ausências e aumento de conflitos interpessoais.

Ferreira e Lucca reforçam que os profissionais de saúde são especialmente vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* devido ao contacto quotidiano com pessoas debilitadas/doentes além de, muitas vezes, terem que lidar com relações interpessoais tensas e hierárquicas nas instituições de saúde. Outro aspeto, destacado por estes autores, é a estrutura do horário de trabalho (turnos com trabalho noturno) que podem contribuir para a sobrecarga física, cognitiva e emocional dos profissionais de saúde.

De acordo com Maslach e colaboradores (2001), a exaustão emocional diz respeito ao sentimento de não ter mais energia para trabalhar e é apontada como a dimensão individual do *burnout*, sendo a qualidade central e a manifestação mais óbvia desta síndrome. Há solicitação excessiva e esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos do indivíduo, acompanhado de manifestações físicas e psicológicas, tais como irritabilidade e ansiedade.

A despersonalização representa a componente interpessoal e caracteriza-se pelo contacto frio e impessoal e atitudes de indiferença perante o trabalho, ou seja, há uma desumanização progressiva do profissional.

A baixa realização pessoal no trabalho representa a dimensão auto-avaliativa do *burnout* e refere-se ao sentimento de inadaptação pessoal e profissional ao local de trabalho e de incapacidade de resposta face às exigências, associado a sentimentos de incompetência, fracasso e baixa auto-estima.

No âmbito das investigações realizadas nesta área, a exaustão emocional tem sido a dimensão mais estudada (Maslach & Leiter, 2008). Apesar de serem encontradas diversas definições deste conceito, Maslach e colaboradores (2001) consideram que há cinco elementos comuns a todas elas:

1. Predominância de sintomas relacionados com a exaustão mental e emocional, a fadiga e a depressão;
2. Ênfase nos sintomas comportamentais e mentais para além dos sintomas de natureza física;
3. Relação destes sintomas com o trabalho;
4. Manifestação de sintomas na ausência de antecedentes psicopatológicos;
5. Diminuição de eficácia e desempenho no trabalho, devida a atitudes e comportamentos negativos.

Um aspeto que tem merecido a atenção nesta área relaciona-se com a diferença entre *burnout* e stresse, a qual não está ainda completamente esclarecida (Gomes & Cruz, 2004; Cordes & Dougherty, 1993). Assim, o *burnout* pode ser considerado como um prolongamento do stresse, ou seja é uma condição resultante de um processo de longa duração, em que a pessoa sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação se esgotaram, induzindo a sentimentos de desespero e falta de apoio.

1.2 Fatores Antecedentes - De um modo geral, os fatores antecedentes do *burnout* têm sido agrupados em três níveis distintos: organizacionais, relativos ao contexto de trabalho e pessoais (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

1.2.1 Fatores organizacionais A investigação tem dado ênfase à importância dos valores implícitos nas várias organizações e em que medida estes valores dão forma ao modo como se desenvolve a relação emocional e cognitiva entre o indivíduo e o seu trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). A comunicação, o ambiente de trabalho, o tipo de organização (administração pública ou privada) ou ainda o contrato psicológico (que se refere à relação cognitiva entre o que é prometido pela organização e o que o trabalhador tem recebido dessas promessas) estão igualmente relacionados com o *burnout*.

1.2.2 Contextos de trabalho. De entre as características laborais podem enumerar-se fatores como a sobrecarga de trabalho, o conflito e ambiguidade de papéis, a autonomia ou ainda a satisfação com o trabalho. Diversos estudos têm demonstrado que a sobrecarga de trabalho e as excessivas exigências, que ultrapassam a capacidade de desempenho, estão relacionadas de forma consistente e forte com o *burnout*, particularmente com a dimensão exaustão emocional (Alarcon, 2011; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Tem sido demonstrado que o conflito de papéis se correlaciona positivamente com as dimensões exaustão emocional e despersonalização, enquanto a ambiguidade de papéis se relaciona positivamente com a exaustão emocional e negativamente com a realização profissional (Peiró *et al.*, 2001).

A maioria dos estudos demonstra correlações importantes entre o nível de satisfação profissional e o *burnout*. Assim, verifica-se a existência de correlações elevadas entre a saúde física e psicológica e a satisfação no trabalho. Esta variável parece, na verdade, ter um papel preponderante na manutenção da saúde física e mental do trabalhador.

1.2.3 Fatores individuais Ao nível individual podem enumerar-se fatores biográficos, como o género, o estado civil ou ainda a escolaridade, e fatores de personalidade.

Assim, pensa-se que o sexo feminino é mais propenso do que o masculino na exaustão emocional, devido a fatores psicológicos e culturais (Gomes & Cruz, 2004; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Silva & Gomes, 2009). Já Maslach e colaboradores (2001) referem que esta variável não tem sido um preditor consistente do *burnout*. Quanto ao estado civil e existência de filhos, há estudos que apontam que os solteiros sem filhos experienciam níveis mais elevados de burnout (Alacacioglu *et al.*, 2009; Demirci *et al.*, 2010; Silva & Gomes, 2009). Na variável idade, os mais jovens experienciam maior nível de *burnout* por inexperiência e falta de estratégias de *coping* adequadas; quanto à antiguidade no posto de trabalho e na profissão, os indivíduos mais velhos experienciam menos *burnout* por aumento da satisfação laboral e aumento da efetividade das estratégias de *coping* (Feldman, 2001:513).

O fatores pessoais ou de personalidade que podem potenciar o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* dizem respeito a: acontecimentos stressantes na vida pessoal ou profissional não resolvidos, personalidade empática, sensível, humana, idealista, altruísta,

obsessiva, entusiasta e susceptível de identificar-se com os outros, padrão de personalidade tipo A (competitivo, hostil, com necessidade de controlo), excesso de motivação, idealismo e perfeccionismo, diminuição da autoestima, da autoeficiência e da autoconfiança e neuroticismo.

1.3 Consequências - A importância do *burnout* para os indivíduos e para as organizações reside na sua associação a diversas consequências negativas, tanto ao nível laboral como pessoal. As consequências do *burnout* foram condensadas em quatro categorias (Cordes e Dougherty, 1993):

- Indicadores emocionais: uso de mecanismos de distanciamento emocional, sentimentos de solidão, alienação, ansiedade, impotência ou onnipotência;
- Indicadores de atitude: desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia e hostilidade;
- Indicadores comportamentais: agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor e irritabilidade;
- Indicadores somáticos: alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão), respiratórias (crises de asma, dispneia), imunológicas, (maior frequência de infecções, alergias), sexuais (diminuição da libido), digestivas (úlceras, náuseas, diarreias), musculares (lombalgias, astenia), do sistema nervoso e psíquicas (enxaquecas, insónia).

O *burnout* é crescentemente alvo de preocupação das organizações, uma vez que afecta a qualidade da performance do trabalhador. O indivíduo reduz o desempenho ao mínimo, tende a cometer mais erros, ser menos cuidadoso e menos criativo na resolução de problemas. Existem indicadores para as organizações que permitem distinguir se os indivíduos estão em *burnout*. Estes manifestam-se pela diminuição da qualidade assistencial, reduzida satisfação laboral, elevado absentismo, tendência ao abandono do posto de trabalho ou da própria organização, redução do esforço e interesse na realização de tarefas, aumento de conflitos interpessoais com colegas, utentes e supervisores, provocando uma diminuição da qualidade da vida profissional dos trabalhadores.

Tal como já foi referido, o *burnout* pode acarretar consequências ao nível da vida pessoal. De acordo com Maslach e colaboradores (2001), a dimensão exaustão emocional é o maior preditor de consequências ao nível da saúde. Entre estas incluem-se o esgotamento, a fadiga crónica, a ansiedade, a depressão, as queixas psicossomáticas,

entre outras. Mas, pode também ter consequências ao nível da vida em geral. Procurando testar um modelo de *burnout* e satisfação com a vida, Demerouti e colaboradores (2000) demonstraram que o *burnout* tem um papel mediador na relação entre as condições de trabalho e a satisfação com a vida.

CAPÍTULO II – Qualidade de Vida

O conceito de QdV pode ser definido de diversas formas e ter diferentes significados para diferentes pessoas. Não há uma definição universalmente aceita, uma vez que é um conceito multidimensional importante que procura atender a uma perspectiva holística a natureza biopsicossocial do ser humano (Canavarro & Serra, 2010). Envolve dimensões objetivas (condições de vida, situação profissional, salário) e subjetivas (bem-estar, amor, realização pessoal).

2.1 Conceito - A QdV tem sido um tema corrente do último século e tem sido reconhecida como um área importante em diversas ciências (Sociologia, Economia, Psicologia, Ciências Políticas, Filosofia e Medicina, entre outras) (Beham, Drobnič & Verwiebe, 2006).

O conceito surgiu pela primeira vez, em 1920, para fazer referência às consequências das condições de trabalho no bem-estar do trabalhador (Wood-Dauphinee, 1999). No entanto, foi a partir da década de 60 que passou a ter aplicabilidade prática (Cummins, 1997). Desde então, diversas definições têm surgido e dada a complexidade que as variáveis envolvidas pode significar para cada pessoa, não há ainda um consenso universal (Santos, Martins & Ferreira, 2009). A este respeito, tendo por base um trabalho de 1995 levado a cabo por Farquhar *cit in* Seidl e Zannon (2004), referem que a definição de QdV atravessou quatro fases distintas:

a) *Definição global* que não aborda as possíveis dimensões do conceito e que tende a apoiar-se na avaliação da satisfação/insatisfação com a vida.

b) *Definição com base em componentes*: começam a ser definidos os vários componentes ou dimensões de QdV.

c) *Definição focalizada*: em que começam a ser valorizados componentes específicos, como aptidões funcionais ou de saúde, e a desenvolverem-se instrumentos de avaliação da QdV.

d) *Definição combinada*: para além do conceito em termos globais, continua a dar-se ênfase aos aspetos empíricos e operacionais e desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e fatorial.

Numa primeira fase verifica-se o aparecimento de definições globais, sem referência a componentes ou dimensões de QdV. É a partir da década de 80 que a noção de QdV

começa a ter um carácter multidimensional, acompanhada de estudos empíricos para a sua melhor compreensão. Neste sentido, a QdV tem sido definida de diversos modos, nomeadamente como a perceção subjetiva de felicidade com a vida (Leidy, Revicki & Genesté, 1999); a medida em que as necessidades humanas objetivas estão satisfeitas em relação com as perceções, pessoais ou grupais, de bem-estar subjetivo (Costanza *et al.*, 2007); ou ainda como um fenómeno material e psicológico, englobando descritores objetivos e avaliações subjetivas do bem-estar físico, material, social e emocional, conjuntamente com medidas de desenvolvimento pessoal e atividade significativa, ponderadas por um conjunto de valores pessoais (Felce & Perry, 1993, *cit in* Canavarro, 2010).

Mais recentemente, com o objetivo de clarificar o conceito de QdV, um painel internacional de peritos, nomeado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e conhecido como grupo WHOQOL, debateu esta questão e definiu qualidade de vida como a "perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1994:28). Esta definição representa uma perspetiva multidimensional que contempla a influência de diversos fatores como a saúde física e psicológica, relações sociais, crenças pessoais, (WHOQOL Group).

Para além das múltiplas definições encontradas, pode haver ambivalência do conceito de QdV com o de felicidade e bem-estar subjetivo. Contudo, importa distinguir estes conceitos, na medida em que representam diferentes níveis e aspetos da QdV (Haas, 1999). Assim, a QdV refere-se às emoções, experiências, avaliações, expectativas e realizações que integram a *good life* (Quartilho, 2010). A felicidade é um conceito "leigo" (Wright & Cropanzano, 1998) que na literatura académica tem vindo a ser substituído por bem-estar subjetivo (Diener, 2000) que, por sua vez, é um conceito mais específico, afetivo e cognitivo, definido pela presença de níveis relativamente elevados de afeto positivo, níveis relativamente baixos de afeto negativo e uma avaliação globalmente positiva da vida, ou seja, diz respeito à opinião do indivíduo sobre o modo como se sente (Quartilho, 2010).

Em conclusão, QdV é um conceito recente, estando ainda em fase de exploração. Um conceito muito amplo pode ser definido de várias formas, envolvendo dimensões objetivas (cujas referências são, por exemplo, a satisfação das necessidades básicas) e

subjetivas (bem-estar, felicidade, amor, prazer e a realização pessoal) (Santos, Martins & Ferreira, 2009).

Não há ainda uma definição comumente aceite por todos, porém dois aspetos importantes deste conceito parecem universais: a subjetividade e a multidimensionalidade (Seidl & Zannon, 2004).

2.2 Determinante da Qualidade de Vida - A QdV é geralmente entendida como um conceito amplo, que envolve tanto os aspetos individuais, como também o sucesso do indivíduo em conseguir alcançar determinados objetivos, estados ou condições, e ainda o sentido de bem-estar e de satisfação experienciado pelas pessoas na situação atual das suas vidas (Canavarro, 2010).

2.2.1 Personalidade - A personalidade é um dos fatores mais importantes e um dos preditores mais prementes do bem-estar subjetivo e, conseqüentemente, da QdV (Beham, Drobnič & Verwiebe, 2006). Ou seja, reconhece-se que os traços individuais dos indivíduos constituem uma fonte de variação importante na perceção da QdV. Características como o otimismo podem influenciar a QdV na medida em que, tendencialmente, pessoas otimistas esperam alcançar resultados positivos não só na vida profissional como na vida em geral.

2.2.2. Saúde - No inquérito europeu acerca da QdV levado a cabo pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, entre 2007 e 2008, em 31 países, 81% dos inquiridos apontaram a saúde como um dos indicadores mais importantes para a QdV. De acordo com Carr, Gibson e Robinson (2001) é da relação que se estabelece entre a avaliação do estado de saúde e as expectativas criadas sobre a viabilidade de recuperação que surge o impacto sobre a QdV. Em contexto de saúde, é frequentemente utilizada a expressão “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde”, que se refere à QdV que depende ou que está relacionada com a doença (Pais-Ribeiro, 2009). De acordo com o mesmo autor, o referido conceito utiliza-se quando se pretende analisar as limitações impostas por uma doença específica ou por uma qualquer doença na QdV. O confronto com uma doença crónica tem importantes implicações psicossociais no diagnóstico e durante os longos períodos em que se convive com a doença (Doka, 1993). A incerteza, a progressão da doença e a sua imprevisibilidade, bem como aos seus

tratamentos, resultam invariavelmente em algum grau de disfunção emocional, limitações físicas e funcionais que conduzem à alteração da rotina diária do indivíduo.(Doka, 1993). A doença crónica constitui-se pois um risco para a qualidade de vida do indivíduo.

2.2.3. Trabalho - A maior parte dos indivíduos passa um número de horas considerável no trabalho, portanto a atividade profissional reveste-se de uma importância especial na determinação da QdV. Ao trabalho remunerado estão associados diversos fatores como um determinado nível de vida, uma rotina quotidiana, identidades sociais, etc (Beham, Drobnič & Verwiebe, 2006). Alguns estudos têm demonstrado que o desemprego tem um impacto negativo na saúde, estando mesmo associado a uma maior morbidade e mortalidade (Bartley, Ferrie & Montgomery, 2006). As condições de segurança e continuidade no trabalho, bem como as perspectivas de progressão na carreira, podem contribuir para uma promoção da saúde e bem-estar (Siegrist & Theorell, 2006, cit in Quartilho, 2010).

As condições de trabalho também podem ter impacto na QdV dos indivíduos. Os longos períodos laborais, bem como os níveis hierárquicos mal estruturados, que aumentam uma maior responsabilidade, são fatores importantes na origem do stresse laboral e, conseqüentemente, têm um impacto negativo na QdV. Há um aumento dos níveis de *burnout* e stresse e uma diminuição considerável da qualidade de vida (Silva, Dias & Teixeira, 2012). É fundamental promover o bem-estar e a QdV no trabalho, através da melhoria da satisfação com o mesmo. (Lima e Mesquitela, 1996).

2.2.4. Fatores sociodemográficos - Alguns estudos analisam os efeitos dos fatores sociodemográficos na QdV (Gameiro et al., 2010). Incluem sobretudo o género, a idade, o estado civil e a educação. Por exemplo, em relação ao género Diener e colaboradores (1999) encontraram que as mulheres apresentam níveis mais elevados de bem-estar subjetivo do que os homens, contudo estas diferenças desaparecem quando outras variáveis sociodemográficas são controladas. No que diz respeito à idade os resultados são inconsistentes. Em relação ao estado civil, os estudos têm demonstrado que o estado civil parece ser um importante fator de variabilidade da QdV dos indivíduos (Gameiro et al., 2010). Ter um companheiro/a ou ter uma família é uma importante fonte de suporte material e emocional (Beham, Drobnič & Verwiebe, 2006) promovendo o bom ajustamento

e bem-estar dos indivíduos (Gameiro et al., 2010). Quanto às habilitações literárias parece haver uma correlação positiva, mas fraca, entre níveis mais elevados de educação e maior sensação de bem-estar (Diener et al., 1999; Gameiro et al., 2010). Em termos gerais, os fatores sociodemográficos e a sua relação com as várias facetas da QdV apontam para a contribuição reduzida, mas significativa.

2.2.5. Estilos de *Coping* - As situações indutoras de stresse, por si só, não geram *burnout* nem má ou boa qualidade de vida, mas parecem existir outros fatores que intervêm nesta relação, nomeadamente características da personalidade ou a utilização de determinadas estratégias de *coping*.

CAPÍTULO III – *Burnout* e Qualidade de Vida em Profissionais de Saúde

Pelo impacto e pelas consequências negativas na saúde do trabalhador, das organizações e da sociedade em geral, pode considerar-se o *burnout* como um problema das sociedades atuais. A síndrome de *burnout* pode acontecer em qualquer profissão, embora seja particularmente evidente em profissionais de saúde em virtude de características próprias deste contexto profissional, como sejam o contacto direto, contínuo e permanente com utentes em sofrimento, o trabalho excessivo e o envolvimento emocional nas problemáticas dos doentes, muitas vezes em ambientes caracterizados pelo conflito e stresse (Takaki & Sant’Ana, 2004). Tal como referido anteriormente, a presença de *burnout* pode acarretar consequências não só ao nível da vida profissional, mas também ao nível da vida pessoal, afetando, a QdV dos sujeitos. Desta forma, o *burnout* interfere na QdV modificando a maneira como o indivíduo funciona nas diversas áreas da sua vida.

3.1 - A atividade profissional em contextos de saúde e suas implicações para o *burnout* e Qualidade de Vida

Atualmente verifica-se que um número cada vez maior de profissionais de saúde sofrem de *burnout*, logo não gozam de uma boa QdV, uma vez que este está intimamente relacionada com as condições laborais inerentes a este tipo de profissão. De acordo com Stamm (2010), a QdV pode incorporar quer aspetos negativos quer aspetos positivos. Relativamente aos aspetos negativos estes incluem duas dimensões: o Stress Traumático Secundário (STS) que diz respeito a um sentimento negativo relacionado com o trabalho, em virtude da exposição secundária a pessoas que experienciaram eventos traumáticos ou extremamente stressantes, e que se exterioriza através do medo, dificuldades em dormir, intrusão de imagens relativas às experiências traumáticas dos doentes ou pelo afastamento de tudo aquilo que faz lembrar tais experiências; e o *burnout*, que se expressa através de sentimentos de ira, frustração, tristeza, descontentamento, exaustão e depressão, relacionados com o sentimento de que os esforços não fazem diferença, com o excesso de trabalho e com dificuldades em lidar com a pressão ou com o pouco suporte no ambiente de trabalho. No mesmo sentido, também Pereira e colaboradores (2010)

referem que as consequências que advêm das experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde refletem-se na própria QdV e bem-estar.

A respeito do impacto das condições laborais de profissionais de saúde no *burnout* e QdV, van Bogaert e colaboradores (2009), num estudo realizado com enfermeiros de diversas unidades hospitalares, concluíram que o ambiente de trabalho se relaciona com a exaustão emocional, a despersonalização e a ineficácia que, por sua vez, conduzem a menor satisfação, maior intenção de saída da organização e tem impacto negativo na QdV e na qualidade dos cuidados prestados. Num outro estudo com profissionais de saúde, West e colaboradores (2006) verificaram que o *burnout* afeta a relação com os doentes na medida em que estabelecem menos contacto com eles, bem como pode conduzir a um maior risco de cometer erros no tratamento, podendo afetar, por isso, a qualidade do trabalho dos profissionais. Procurando analisar a relação entre o *burnout* e a satisfação dos doentes quanto ao cuidado prestado, Vahey e colaboradores (2004) verificaram que a exaustão emocional e a falta de realização pessoal são fatores importantes na determinação da satisfação dos doentes com os cuidados prestados. Ou seja, nas unidades em que os enfermeiros apresentavam sinais de *burnout*, os doentes referiam menor satisfação com a qualidade do apoio prestado. Segundo Oliveira e Pereira (2012), o trabalho por turnos (um dos aspetos intrínsecos ao trabalho de muitos profissionais de saúde) poderá ter repercussões diretas sobre a vida pessoal e familiar do profissional de saúde, uma vez que o número de horas semanais de trabalho e a forma como são distribuídas, podem conduzir ao *burnout* e, conseqüentemente afetar a QdV. Asaiag e colaboradores (2010) também chamam a atenção para o facto de a urgência poder gerar sonolência diurna e *burnout*, que afetam a saúde física e mental do médico e prejudicam sua QdV.

Em suma, o *burnout* poderá afetar mais os profissionais de saúde porque estão diariamente expostos a inúmeras situações de desgaste, tanto no contacto com os doentes como no próprio ambiente laboral, muitas vezes com sobrecarga de trabalho, com horários irregulares, ou seja circunstâncias que podem afetar negativamente a QdV.

3.2 - Determinantes do *burnout* e Qualidade de Vida em profissionais de saúde

São vários os fatores que podem influenciar a emergência da síndrome de *burnout* ao nível organizacional em contextos de saúde. Silva e Gomes (2009), num estudo realizado com 155 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), constataram igualmente uma multiplicidade de fontes de tensão, nomeadamente, lidar com erros, a instabilidade profissional, o excesso de trabalho e a elaboração de relatórios técnicos.

Em relação às variáveis pessoais que podem desencadear o desenvolvimento do *burnout*, podem incluir-se a idade, o estado civil, e a categoria profissional. Num estudo com enfermeiros de hospitais e centros de saúde portugueses, Gomes, Cruz & Cabanelas (2009) verificaram que os mais novos evidenciam maior tendência para a despersonalização. Mais recentemente, Oliveira e Pereira (2012) verificaram, de forma semelhante, que os enfermeiros mais novos apresentavam valores mais elevados de exaustão emocional e despersonalização e valores mais baixos de realização profissional. Resultados semelhantes foram também encontrados por Ramirez e colaboradores (1995) e mais recentemente por Demirci e colaboradores (2010) em amostras constituídas por profissionais de serviços de oncologia. Silva e Gomes (2009) encontraram ainda que os solteiros apresentam menores níveis de realização pessoal e que os enfermeiros, em comparação com os médicos, experienciam maiores níveis de stresse.

A satisfação profissional apresenta-se igualmente como um fator predisponente ao desenvolvimento do *burnout*. Num estudo realizado com profissionais na área da saúde, Rosa e Carlotto (2005) encontraram uma relação significativa entre a satisfação no trabalho e o *burnout*. Assim, a insatisfação com o ambiente, função exercida, falta de participação nas tomadas de decisão e a supervisão, conduz a exaustão emocional.

Uma pesquisa realizada na Suécia, com 1022 médicos, demonstrou que os inquiridos menos satisfeitos com o trabalho eram aqueles que apresentavam pontuações mais elevadas no *burnout* (Dolan, Piñol e Cannings, 2003).

Fatores como a satisfação no trabalho (Faragher, Cass & Cooper, 2005) ou as boas relações de trabalho e a existência de suporte social (Dean et al., 1994) podem ter impacto na QdV, no sentido positivo.

O suporte social pode também ter um efeito positivo sobre a saúde e QdV dos trabalhadores. Num estudo com 350 enfermeiros de diversas especialidades, Bradley e

Cartwright (2002) encontraram sobretudo que o suporte por parte da organização é um importante preditor da saúde, sendo que, os inquiridos que indicaram que sentiam que eram valorizados pela organização eram aqueles que reportavam melhores índices de saúde e QdV. Pode concluir-se que o trabalho representa um fator de risco para a saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, para a QdV.

Neste sentido, as intervenções que visam a promoção da QdV devem focar-se nos aspetos positivos e nas funcionalidades individuais, bem como, privilegiar a intervenção comunitária, dado que os aspetos funcionais e os psicológicos devem estar em equilíbrio com os aspetos sociais e a integração do indivíduo na comunidade (Pais-Ribeiro, 2009).

3.3 - Burnout e qualidade de vida em profissionais de saúde em cuidados paliativos oncológicos

A síndrome de *burnout* e QdV diminuída podem ocorrer em profissionais de saúde das diversas áreas devido à exposição frequente ao sofrimento e morte, particularmente em Cuidados Paliativos (Kuerer et al., 2007; Ramirez et al., 1995). O *burnout* pode surgir em qualquer profissional de saúde que cuida de pessoas, no entanto tem tendência a ser mais frequente em profissionais que cuidam de doentes em fim de vida, pela proximidade da morte, pelo sofrimento físico e psicológico do doente e da família. Segundo Loreto (2001:19) “O contacto permanente com situações de ameaça à vida a par do sofrimento físico e psicológico com que se deparam os enfermeiros em serviços de Oncologia torna este grupo profissional bastante vulnerável a situações de *burnout*.”

Na verdade, a interação prolongada com os doentes e seus familiares, o contacto frequente com o sofrimento e a morte, por se tratar de um contexto que exige um cuidar de doentes com doença crónica e terminal, envolvendo muitas vezes a comunicação e transmissão de más notícias e os vários dilemas éticos associados, podem resultar num impacto significativo para os profissionais que trabalham em contextos paliativos.

Para Florio (2010), o stresse que deriva da relação direta com os doentes tem um impacto tão importante e significativo quanto o *burnout* na vida destes profissionais de saúde, para quem o suporte social no trabalho é fundamental, para tomar as decisões mais adequadas. A vivência de situações limite na prestação de cuidados médicos em contexto de Cuidados Paliativos, pode levar a problemas de comunicação com doentes e seus familiares, o que agravado pela pouca disponibilidade de tempo para cada doente,

pode originar situações de conflito. Também a ambiguidade e conflito de papéis pode desencadear relações interpessoais conflituosas com a equipa de saúde, logo, com maior frequência podem surgir problemas de comunicação e coesão de grupo. Assim, a relação interpessoal que se impõe constitui uma fonte de stresse que, no decorrer do tempo, poderá contribuir para o desenvolvimento de *burnout* e para uma menor QdV.

O profissional de saúde que desempenha funções em Cuidados Paliativos deve ser detentor de competências específicas, que resultam de formação avançada e aprendizagens específicas. Quando tal não se verifica pode desencadear-se sentimentos de incompetência na prestação dos cuidados, o que pode originar a diminuição da realização pessoal, no trabalho e também falta de reconhecimento pelo seu trabalho (Abalo & Roger, 1999; Arranz & Auñón, 1996; García et al., 2008; Fillion et al., 2009; Pereira, Fonseca & Carvalho, 2011; Worthington, 2005).

A QdV no trabalho definida no artigo 15º do regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho (Lei nº 102/2009, de 10 de setembro) deve orientar as intervenções no local de trabalho no sentido de reduzir fatores institucionais/organizacionais associados à síndrome de *burnout*. Neste sentido, os profissionais de saúde que desempenham funções em Cuidados Paliativos são um grupo profissional particularmente exposto. Segundo Pereira e colaboradores (2011), o *burnout* ocorre, frequentemente, como resultado do envolvimento pessoal, elevada motivação e diligência, face a exigências profissionais e capacidade de resposta, sucessivamente e já cronicamente desequilibrada.

Com o objetivo de estudar a prevalência da síndrome de *burnout* e identificar os fatores de *burnout* entre os profissionais de enfermagem de Cuidados Paliativos, García e colaboradores (2009), realizaram um estudo em que participaram 105 enfermeiras, 64 das quais trabalhavam em Cuidados Paliativos. Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos de enfermeiras que trabalhavam em Cuidados Paliativos e noutros contextos. Os níveis de *burnout* foram semelhantes nos dois grupos e as enfermeiras que trabalhavam em Cuidados Paliativos mostraram-se mais satisfeitas, apesar do maior cansaço emocional e menor realização pessoal, pelo que se pode concluir que a experiência poderá ser um fator protetor face à exaustão emocional, pelo que não deve desvalorizar-se a necessidade de formação específica e o treino de capacidades de comunicação, como medidas de prevenção de *burnout*.

O facto de se lidar com a dor do outro, com o sofrimento, com a morte e perdas e com a baixa remuneração, propicia ao desenvolvimento de desgaste emocional, físico e mental e conseqüente *burnout*. Twycross (2003) reitera esta ideia afirmando que os principais fatores desencadeantes de *burnout* nos profissionais de saúde são:

- A comunicação de más notícias;
- A adaptação ao insucesso da cura médica;
- A exposição repetida à morte de pessoas, com as quais se estabeleceu uma relação;
- O envolvimento em conflitos emocionais;
- A absorção da cólera e da mágoa expressa pelo doente e família;
- A manutenção de um papel obscuro na equipa de cuidados;
- O idealismo pessoal;
- Os desafios que enfrenta relativamente ao sistema de crenças pessoal.

Neste sentido, os profissionais de saúde, em particular os profissionais de oncologia, representam um grupo de risco, sobretudo devido ao contacto emocionalmente exigente, ao tipo de diagnóstico com que se confrontam na realidade dos seus doentes, às decisões que têm que tomar face à deteção de situações clínicas e ao prognóstico e escolha do tratamento mais eficaz (Pereira, Rodrigues & Cunha, 2010). De facto, cuidar de doentes oncológicos é uma prática que se constitui num conjunto único de fatores de stresse, como a transmissão frequente de más notícias, a incapacidade para curar muitos dos doentes, a necessidade de gerir tratamentos e intervenções com elevados níveis de toxicidade e a exposição frequente ao sofrimento e morte (Kuerer et al., 2007).

Diversos estudos têm demonstrado que uma elevada percentagem de profissionais cuidadores de doentes com cancro revelam experienciar *burnout*. Fenga e colaboradores (2007) compararam os níveis de stresse dos enfermeiros que trabalhavam em doenças infecciosas com outro grupo da área da oncologia, verificando que os últimos tinham mais *burnout* e mais patologia psicossomática.

Sá (2006) desenvolveu um estudo sobre o *burnout* em enfermagem oncológica, no qual concluiu que os enfermeiros estão predispostos a desenvolver o *burnout* devido às características intrínsecas do seu trabalho. Estes profissionais, muitas das vezes, sentem-

se esgotados pelo facto de darem muito de si aos seus doentes, e receberem pouco em troca. Também Wilson e colaboradores (2007) consideram que os profissionais de hospitais/enfermarias vocacionados para a oncologia estão submetidos a níveis consideráveis de stresse devido à intensidade emocional do seu trabalho que envolve sucesso clínico limitado, o contacto com pessoas extremamente doentes e agónicas. No entanto, os resultados de um estudo desenvolvido por Cumbe (2010) com uma amostra de 46 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) das unidades oncológicas em ambulatório no Hospital de São João, Hospital Geral Santo António, Hospital de Beja e de Faro, revelaram níveis médios a baixos de *burnout* junto destes profissionais. Para além disso, importa referir que os níveis de *burnout* podem variar em função do grupo profissional.

Segundo Chaves (2008), as vivências destes profissionais no seu quotidiano com estes doentes obriga-os a reprimir determinadas emoções e pensamentos, o que pode conduzir ao cansaço e esgotamento, exigindo sucessivas estratégias de *coping* e resiliência individual, de forma a protegerem a sua saúde física e mental. Pacheco (2002:128), afirma também que muitos profissionais de saúde sentem dificuldade em lidar tão perto com o morrer pelo que muitas vezes optam por desligar-se do doente e da própria morte, desenvolvendo mecanismos de defesa e os mais variados comportamentos de fuga. “Uma vez instalado o *burnout*, surgem, geralmente, queixas de perda de grande parte do idealismo, firmeza e energia iniciais. O interesse e os sentimentos positivos acerca de si próprio mas também em relação aos outros desaparecem podendo desenvolver-se o desânimo, a quebra de rendimento e a falta de significação do trabalho. O indivíduo compromete-se menos em termos laborais, devido à sua insatisfação profissional, assistindo-se, concomitantemente, a um aumento dos índices de absentismo, rotação interna (entre serviços de uma mesma instituição) e abandono do emprego.”

Twycross (2003) enuncia algumas estratégias de combate ao *burnout* nestes profissionais. Estes indivíduos devem aprender a enfrentar a sua própria mortalidade; a reconhecer as suas limitações pessoais e profissionais; a partilhar o controlo; a aprender a estar com os doentes e não só a prestar-lhes serviços; a enfrentar o desafio às próprias crenças e a lidar honestamente com as emoções próprias.

Em resumo, parece existir uma vulnerabilidade dos profissionais de saúde, e em particular dos que exercem em Cuidados Paliativos oncológicos, para o desenvolvimento

de *burnout* e de uma QdV diminuída. Neste sentido é essencial que estes profissionais se tornem capazes de uma autorreflexão e auto monitorização do seu bem-estar físico, psicológico e emocional. Estas capacidades pessoais são consideradas, por médicos e enfermeiros portugueses, como estratégias ativas para prevenir o *burnout* (Pereira et al., 2011).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

Objetivos e Metodologia

1 - Fundamentação

O *burnout* tem sido considerado um problema de saúde ocupacional de grande relevância entre a classe dos profissionais de saúde.

O trabalho dos profissionais da área da saúde, particularmente, em contextos Paliativos, envolve diversos fatores de risco, nomeadamente o confronto com situações de elevada exaustão emocional, como seja o contacto com doentes terminais, o que pode afetar não só os próprios profissionais, mas também todos aqueles a quem prestam os seus serviços e com quem trabalham diariamente (Gomes & Cruz, 2004). Não são apenas os doentes e suas famílias os únicos acometidos por situações de stresse quando confrontados com doentes em fim de vida, mas também aqueles por quem são cuidados. A Síndrome de *burnout* é habitualmente a consequência de uma tensão emocional que se tornou crónica, devido aos relacionamentos intensos com os doentes e suas famílias, e também a estruturas organizacionais ainda pouco adequadas e adaptadas. O desenvolvimento da síndrome de *burnout*, pode ter impacto negativo no bem-estar físico e mental e, conseqüentemente, na QdV dos profissionais de saúde.

João Maroco e colaboradores verificaram que a ocorrência da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde portugueses é frequente, estando associada à perceção de más condições de trabalho e à menor duração do tempo de serviço. Entre os profissionais de saúde, destacam-se a vulnerabilidade de enfermeiros e médicos ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Há um grande número de médicos em sofrimento, inclusivamente doentes por motivos relacionados com a profissão. Os médicos negligenciam as suas necessidades gerais quanto à saúde e perante disfuncionamentos emocionais não procuram ajuda, automedicam-se. Neste contexto, a boa gestão do stresse apresenta-se como obrigação profissional e pessoal inadiável.

Também a satisfação no trabalho parece influenciar o bem-estar emocional e a QdV nos profissionais de saúde, demonstrando a literatura que uma boa satisfação no trabalho está relacionada com níveis mais reduzidos de *burnout* (Queirós, 2005). Contudo, no nosso país, ainda estão insuficientemente estudados os fatores determinantes que

influenciam o papel do *burnout* na QdV dos profissionais de saúde, em geral, e daqueles que trabalham em Cuidados Paliativos em particular.

Pretende-se com este estudo contribuir para aprofundar conhecimentos acerca da relação do *burnout* e da QdV dos profissionais de saúde em contexto hospitalar de Cuidados Paliativos oncológicos e, desta forma, contribuir para a promoção da sua saúde mental e ajustamento psicossocial. Um maior conhecimento acerca destes aspetos contribuirá para o desenvolvimento de estratégias preventivas mais eficazes e intervenções terapêuticas mais precoces.

2 - Objetivos

O presente estudo tem como objetivos:

√ Avaliar os níveis de *burnout* nos profissionais de saúde em serviço de Cuidados Paliativos oncológicos;

√ Avaliar a QdV dos profissionais de saúde em serviço de Cuidados Paliativos oncológicos;

√ Avaliar o papel determinante do *burnout* na QdV dos profissionais de saúde em serviço de Cuidados Paliativos oncológicos, correlacionando as duas variáveis entre si.

3 - Metodologia

3.1 – Amostra

No presente estudo foi usada uma amostra de conveniência constituída por um grupo de 34 profissionais de saúde a trabalhar em contexto hospitalar de Cuidados Paliativos oncológicos, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

3.2 - Procedimentos de recolha e análise de dados

A metodologia adotada neste estudo de natureza quantitativa, descritiva, correlacional e transversal, passou pelo recrutamento de profissionais de saúde a trabalhar na unidade de Cuidados Paliativos oncológicos do IPO de Coimbra. Para a realização deste trabalho foram respeitadas as normas inerentes ao protocolo de Helsínquia e à Convenção de Oviedo, tendo sido formalizados pedidos de autorização ao Conselho de Administração da Instituição hospitalar que se pronunciou positivamente e considerou que, por se tratar de um estudo com profissionais, que não envolvia doentes, se dispensava a aprovação pela Comissão de Ética.

Os dados foram recolhidos através de um protocolo de investigação previamente desenhado e que incluiu um questionário sociodemográfico, uma escala de avaliação de Qualidade de vida (QdV) e outra para avaliação dos níveis de *Burnout*. Os instrumentos de medição e recolha dos dados foram enviados individualmente, acompanhados de uma carta explicando a natureza do estudo e assegurando a confidencialidade dos dados. Foi igualmente solicitado o consentimento informado de participação. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21,0.

3.3 – Descrição dos Instrumentos de Avaliação

O protocolo de avaliação usado para recolha dos dados foi composto por um questionário sociodemográfico, para a recolha de informação pessoal, sexo, idade, estado civil e relativa à situação profissional, dos sujeitos da amostra (anexo 1) pelo Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) (anexo 2), pelo Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref) (anexo 3).

Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS)

O Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) (Maslach & Jackson, 1986) é um instrumento de auto registo que compreende 22 afirmações que incidem sobre sentimentos relacionados com o trabalho, divididos por três dimensões: exaustão emocional – pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional e a

incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho (9 itens); despersonalização – pretende medir respostas frias, impessoais ou até mesmo negativas dirigidas para aqueles a quem prestam serviços (5 itens); e realização pessoal – usada para avaliar sentimentos de incompetência e falta de realização pessoal (8 itens). A resposta é dada sobre a frequência com que cada sentimento ocorre numa escala tipo Likert de sete pontos, que varia entre 0 “Nunca” a 6 “Todos os dias”. As pontuações nas dimensões, seguindo os pontos de corte dos autores originais para o grupo de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) usado na amostra de validação original, podem ser classificadas em três níveis de *burnout*: baixo, moderado e elevado (Quadro 2).

Quadro 2. Dimensões e níveis de *Burnout* segundo a avaliação e pontuação da Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), para profissionais de saúde.

| Dimensões \ Níveis | Baixo | Moderado | Elevado |
|--------------------|-------|----------|---------|
| Exaustão Emocional | ≤ 18 | 19 - 26 | ≥ 27 |
| Despersonalização | ≤ 5 | 6 - 9 | ≥ 10 |
| Realização Pessoal | ≥ 40 | 39 - 34 | ≤ 33 |

Nesta escala, podemos identificar dimensões com relação positiva com o nível de burnout, a Exaustão emocional e a Despersonalização, e com relação negativa com os níveis de burnout, Realização pessoal. Assim, elevado *burnout* reflete-se em pontuações elevadas nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização e baixa pontuação na dimensão Realização Pessoal; um nível médio de *burnout* reflete-se em pontuações moderadas nas três dimensões, por fim baixo nível de *burnout* reflete-se em pontuações baixas nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização e pontuações elevadas na dimensão Realização Pessoal.

No presente estudo, foi usada a versão desta escala traduzida e adaptada por Melo e colaboradores (1999).

Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref)

O WHOQOL-Bref, validado para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (2006), é uma medida subjetiva e multidimensional destinada à avaliação da QdV de indivíduos saudáveis ou não saudáveis. É composto por 26 perguntas, duas das quais se relacionam com aspetos gerais (qualidade de vida em geral e satisfação com a saúde do próprio) as restantes representam 24 aspetos (ou facetas) específicos relacionados com a qualidade de vida, avaliadas por uma questão.

As 24 facetas organizam-se em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (Quadro 3). Para cada um dos domínios a pontuação varia entre 0 e 100, ou entre 0 e 20, sendo que valores mais elevados correspondem a uma melhor perceção de QdV.

Questionário Sociodemográfico:

Com este questionário, pretendeu-se estudar variáveis como: idade, sexo, estado civil, número de filhos, carga horária semanal, tipo de Instituição, categoria profissional, número de anos de trabalho na Unidade de Cuidados Paliativos, presença de trabalho nocturno, situação profissional, envolvimento em cargos de gestão, prática de actividades extra-laborais, número médio de horas de sono por dia.

Quadro 3. Domínios e facetas do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS - WHOQOL-Bref.

| DOMÍNIO | FACETAS |
|------------------|--|
| Físico | 1.Dor e desconforto 2.Energia e fadiga 3.Sono e repouso 9.Mobilidade 10.Atividades da vida quotidiana 11.Dependência de medicação ou de tratamento 12.Capacidade de trabalho |
| Psicológico | 4.Sentimentos positivos 5.Pensamento, aprendizagem, memória e concentração 6.Autoestima 7.Imagem corporal e aparência 8.Sentimentos negativos 24.Espiritualidade/religião/crenças pessoais |
| Relações Sociais | 13.Relações pessoais 14.Suporte social 15.Atividade sexual |
| Ambiente | 16.Segurança física e proteção 17.Ambiente no lar 18.Recursos financeiros 19.Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20.Oportunidade de adquirir novas informações e competências 21.Participação em/e oportunidades de recreio/lazer 22.Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) 23.Transportes |
| | Qualidade de Vida Geral |

Resultados

1 - Caracterização da amostra

Neste estudo foi usada uma amostra constituída por um grupo de profissionais de saúde a exercer funções no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. Da totalidade dos profissionais, que integram o serviço, 34 aceitaram voluntariamente participar.

Nas tabelas 1 e 2, abaixo, são apresentadas as características socio-demográficas da amostra. Verifica-se o predomínio do género feminino (79,4%), a média de idades foi de 43,2 anos (desvio padrão = 10,8), a maioria da população era casada (67,6%) e possuía formação universitária (70,5%).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra. São apresentados os resultados que permitem caracterizar a população quanto à idade, sexo, estado civil e escolaridade

| Características | N | Média | Desvio padrão |
|--------------------------|----------|--------------|----------------------|
| Idade | 34 | 43,2 | 10,8 |
| Género | | | |
| Masculino | 7 | 20,6 | |
| Feminino | 27 | 79,4 | |
| Estado civil | | | |
| Solteiro | 6 | 17,6 | |
| Divorciado | 3 | 8,8 | |
| Viúvo | 2 | 5,9 | |
| Casado ou união de facto | 23 | 67,6 | |
| Escolaridade | | | |
| Até 4 anos | 1 | 2,9 | |
| 5 a 9 anos | 1 | 2,9 | |
| 10 a 12 anos | 8 | 23,5 | |
| Mais que 12 anos | 24 | 70,5 | |

Quanto às características profissionais e laborais da população, verificou-se que em média, os profissionais de saúde trabalham 39,1 horas por semana com um desvio padrão de 5,7. A Instituição foi considerada pública para a maioria, mas quem exerce as funções

profissionais através de recrutamento por empresas prestadoras de serviços considerou-a privada.

Tabela 2. Características sociodemográficas da amostra. São apresentadas as características que permitem caracterizar a população quanto à situação profissional, nomeadamente: tipo de instituição, categoria, vínculo laboral, cargos de gestão, horário de trabalho e horas de sono/ dia

| | N | % |
|-------------------------------|----|------|
| Instituição | | |
| Público | 26 | 76,5 |
| Privado | 8 | 23,5 |
| Categoria Profissional | | |
| Médico | 3 | 8,8 |
| Enfermeiro | 16 | 47,1 |
| Assistente operacional | 9 | 26,5 |
| Outro | 6 | 17,6 |
| Anos de trabalho | | |
| <3 | 5 | 14,7 |
| 3-5 | 1 | 2,9 |
| 6-10 | 7 | 20,6 |
| >10 | 21 | 61,8 |
| Carga horária semanal | 34 | 39,5 |
| Trabalho noturno | | |
| Sim | 23 | 67,6 |
| Não | 11 | 32,4 |
| Vínculo laboral | | |
| Sim | 29 | 85,3 |
| Não | 5 | 14,7 |
| Cargo de gestão | | |
| Sim | 5 | 14,7 |
| Não | 29 | 85,3 |
| Horas extra-laborais | | |
| Sim | 11 | 32,4 |
| Não | 23 | 67,6 |
| Horas de sono/dia | | |
| <6 | 10 | 29,4 |
| 6 a 8 | 24 | 70,6 |
| Mais de 8 | 0 | 0,0 |

Como se pode observar, na tabela 2, maioritariamente a amostra foi constituída por enfermeiros. A maioria dos indivíduos possui vínculo laboral à instituição, onde trabalham há mais de 10 anos e não exercem qualquer cargo de gestão/chefia. Verificou-se igualmente que a generalidade exerce trabalho noturno.

2 – *Burnout* em profissionais de saúde em cuidados paliativos

Na figura 1 e na tabela 3, seguintes, apresentam-se os resultados obtidos no que se refere às diferentes dimensões de *Burnout*. Estes resultados podem entender-se como a tradução da vulnerabilidade ao *burnout*, que de acordo com o score do instrumento de medição utilizado se classifica em alto, médio ou baixo.

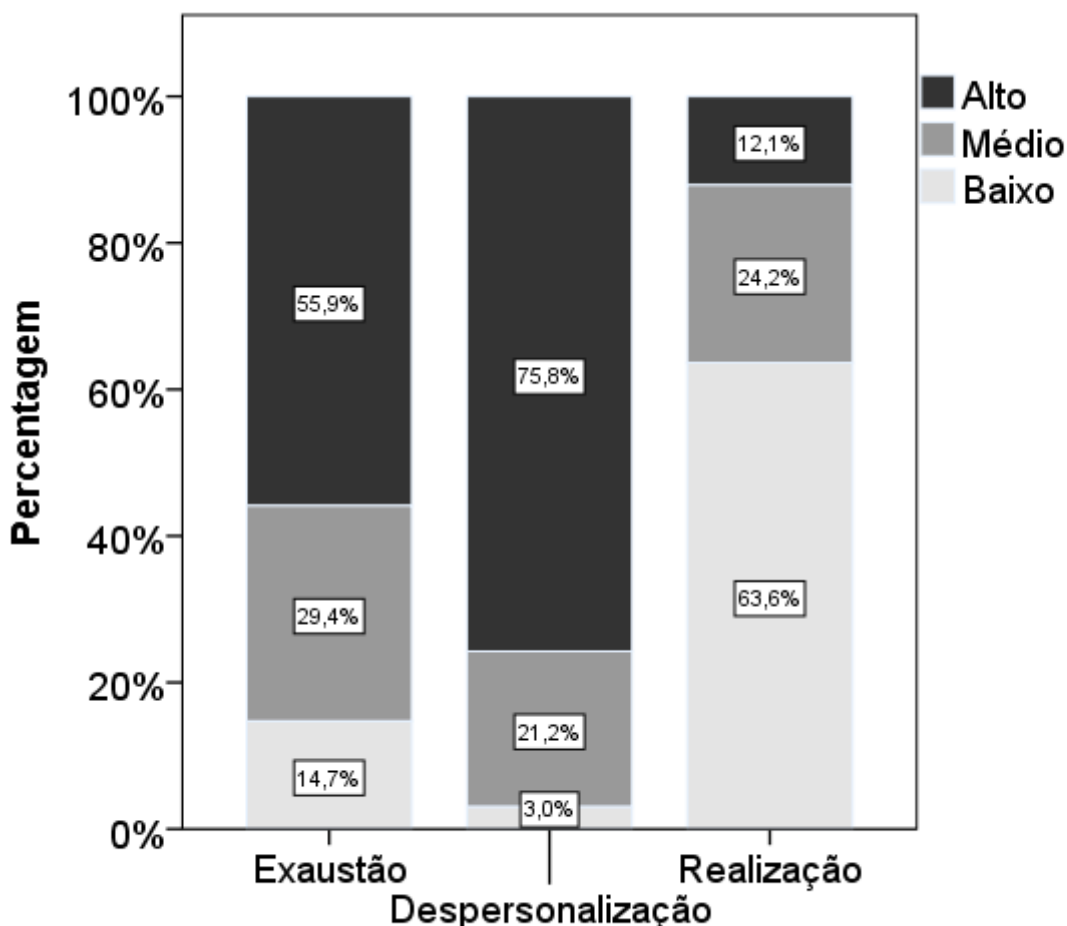


Figura1. Dimensões de *Burnout* e seu predomínio na população estudada de acordo com o score da escala MBI

Como se pode ver na figura 1, para a dimensão “Exaustão emocional” 55,9% dos indivíduos apresentam níveis altos, 29,4% níveis médios e apenas 14,7% tem níveis baixos. Já na dimensão “Despersonalização” as diferenças entre os níveis ainda são mais

marcadas nesta população onde 75,8% apresentam níveis altos, 21,2% níveis médios e apenas 3% níveis baixos. Já na dimensão “realização pessoal” a maioria dos indivíduos, 63,6% apresenta uma baixa pontuação («33-34), o que se traduz numa elevada sensação de realização pessoal.

Tabela 3 - Média e Desvio padrão dos resultados de cada uma das dimensões do *Burnout* na população estudada, constituída por profissionais de saúde.

| | Exaustão Emocional | Despersonalização | Realização Pessoal |
|---------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Média | 22,2 | 6,9 | 33,5 |
| N | 34 | 34 | 34 |
| Desvio Padrão | 13,3 | 4,0 | 7,0 |

Tabela 4: Média (desvio padrão) das medidas obtidas nas três dimensões do inquérito de *Burnout*, MBI.

| | Exaustão emocional | Despersonalização | Realização pessoal |
|----------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Médico (3) | 25.0 (22.9) | 6.0 (4.6) | 35.3 (16.1) |
| Enfermeiro (15) | 27.4 (13.0) | 9.0 (4.4) | 33.1 (4.4) |
| Assistente operacional (9) | 18.9 (9.9) | 6.0 (3.0) | 32.9 (6.0) |
| Outro (6) | 12.5 (8.2) | 3.8 (1.9) | 34.7 (9.9) |

Da análise destas tabelas verifica-se que na globalidade nas dimensões exaustão emocional e despersonalização a população estudada apresenta níveis moderados. Na dimensão Realização pessoal os níveis são de moderados a elevados. Analisando a amostra pelos diversos grupos profissionais, verifica-se que na dimensão exaustão emocional os maiores níveis verificam-se nos médicos e enfermeiros, que nos assistentes operacionais os níveis são baixos-moderados e que nos “outros” profissionais o nível desta dimensão é baixo. Quanto à despersonalização, apenas os “outros” profissionais apresentam nível baixo, enquanto os restantes grupos apresentam níveis moderados. Já na dimensão realização pessoal, os médicos apresentam níveis moderados, os enfermeiros níveis moderados a elevados, os assistentes operacionais níveis elevados e os “outros” moderados.

Em relação à QdV, verificaram-se as seguintes pontuações nas 2 primeiras perguntas do questionário:

1 (G1) – como avalia a sua Qdv? BOA (4)

2 (G4) – até que ponto está satisfeito com a sua saúde? SATISFEITO (4)

Na figura 2 e tabela 4, seguintes, descreve-se o efeito de grupo na percepção da qualidade de vida

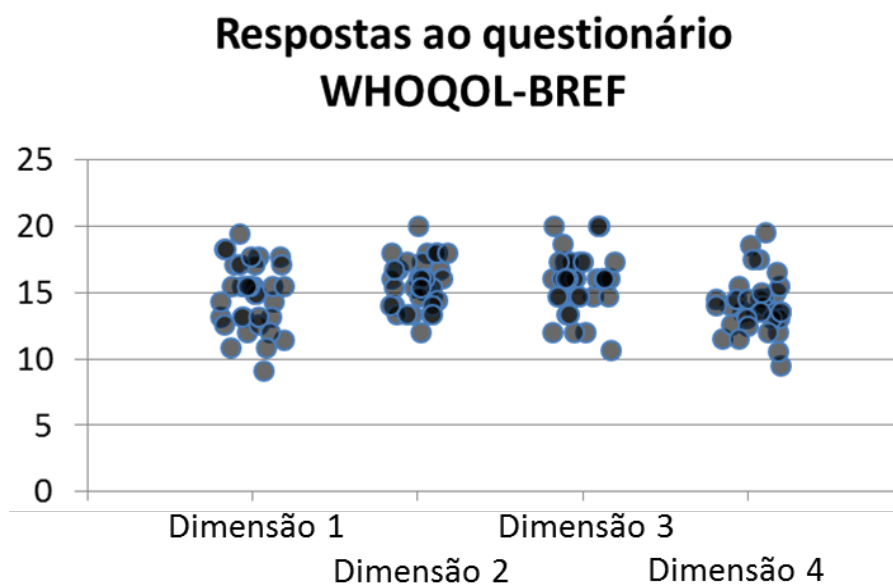


Figura 2- Diagrama de dispersão. Distribuição das respostas relacionadas com as diferentes dimensões da Qualidade de Vida. Dimensão 1- Física; dimensão 2 - Psicológico; Dimensão 3 - Relações sociais; Dimensão 4 - Ambiente

Tabela 4. Média e desvio padrão das 4 dimensões da Qualidade de Vida

| | Físico | Psicológico | Relações Sociais | Ambiente | QdV global |
|---------------|---------------|--------------------|-------------------------|-----------------|-------------------|
| Média | 14,7 | 15,6 | 15,7 | 14,0 | 15,2 |
| N | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |
| Desvio padrão | 2,5 | 1,8 | 2,2 | 2,1 | 2,6 |

Em todas as dimensões verifica-se uma distribuição homogênea de respostas, obtidas na amostra estudada. Assim, no diagrama de dispersão podemos observar as respostas obtidas individualmente, as quais apresentam uma pontuação muito satisfatória nas várias facetas da qualidade de vida. A tabela 4 corrobora a informação dada pelo diagrama de dispersão, considerando-se a QdV global uma média das 4 dimensões.

Na tabela 5, explicitam-se as relações entre a presença de *Burnout* e o nível de percepção de qualidade de vida:

Tabela 5 - Relação entre a presença de *Burnout* e o nível de percepção de qualidade de vida.

| Variáveis | N | Físico | Psicológico | Relações sociais | Ambiente | QdV Global |
|---------------------------|----|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|
| Exaustão Emocional | | | | | | |
| Baixo | 5 | 13,9 (±3,1) | 15,1 (±2,1) | 15,7 (±1,1) | 14,3 (±2,7) | 15,6 (±3,8) |
| Médio | 10 | 15,7 (±1,8) | 15,9 (±1,6) | 16,5 (±2,2) | 14,6 (±1,4) | 15,6 (±2,1) |
| Alto | 19 | 19 (±2,5) | 15,3 (±1,9) | 15,3 (±2,4) | 13,6 (±2,3) | 15,0 (±2,1) |
| Despersonalização | | | | | | |
| Baixo | 1 | 15,4 | 13,3 | 12,0 | 13,0 | 14,0 |
| Médio | 7 | 14,8 (±2,3) | 15,8 (±1,6) | 16,5 (±1,0) | 15,0 (±2,0) | 15,1 (±2,5) |
| Alto | 25 | 14,7 (±2,6) | 15,6 (±1,9) | 15,6 (±2,4) | 13,7 (±2,2) | 15,3 (±2,8) |
| Realização pessoal | | | | | | |
| Baixo | 21 | 14,8 (±2,2) | 15,5 (±1,5) | 15,9 (±2,2) | 14,2 (±2,2) | 15,3 (±2,4) |
| Médio | 8 | 14,1 (±3,2) | 16,0 (±2,5) | 16,1 (±2,4) | 13,6 (±2,6) | 15,2 (±3,0) |
| Alto | 4 | 14,4 (±2,3) | 14,3 (±1,3) | 14,0 (±1,7) | 13,7 (±1,5) | 14,0 (±2,8) |

Através da análise da tabela 5, verificamos que não foi possível estabelecer qualquer relação entre as dimensões do *burnout* e as dimensões da QdV. Assim, as várias dimensões comportam-se de modo independente. Apesar de se verificar uma elevada prevalência de *burnout* na população estudada, verificamos que, de um modo relativamente homogéneo, os indivíduos têm uma boa perceção da sua QdV em cada uma das dimensões em particular, o mesmo se verificando na QdV global (aqui entendida como uma média das quatro dimensões anteriores).

PARTE III - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Síntese dos Resultados, Discussão e Conclusões

1 – Síntese e discussão dos resultados

Os cuidados paliativos são cuidados ativos e globais, realizados por uma equipa multidisciplinar, que visam *"melhorar a qualidade de vida dos doentes - e suas famílias - que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais."* (NETO, 2006:19)

Os pilares básicos nos quais os cuidados paliativos se repartem em quatro áreas de intervenção fundamentais são:

- O controlo de sintomas;
- A comunicação;
- O apoio à família;
- O trabalho de equipa.

O *burnout* instala-se a partir de vivências de *stresse* no trabalho, quando o indivíduo se confronta com o desfasamento entre expectativas e motivações pessoais e profissionais, e os recursos que o trabalho disponibiliza para as satisfazer. Para tentar contornar a dificuldade de adaptação ao trabalho, o indivíduo pode aumentar o seu investimento até à sobrecarga, podendo ocasionar o aparecimento do *burnout*, que pode provocar um distanciamento emocional e a desistência de continuar a lutar, à medida que se vai apercebendo que os esforços são infrutíferos.

Maslach e Jackson definiram *burnout* como um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pelo envolvimento duradouro em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho. Estas exigências são geralmente causadas por uma combinação de expectativas muito elevadas e de *stresse* situacional crónico, podendo os casos mais graves evoluir para uma depressão *major*.

Para combater as situações stressantes que surgem no quotidiano existem as estratégias de coping, as quais se relacionam com os esforços que realizamos para lidar com o stress desencadeado por esses acontecimentos de vida. De acordo com Lazarus (1993) *cit in* Jardim e Pereira (2006:28), o coping pode ser definido como “esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir situações específicas, externas ou internas, que são percebidas como colocando à prova ou sobrecarregando os recursos de um indivíduo”.

As consequências do *burnout* na QdV são diversas e nefastas, tanto a nível físico como psicológico e social, traduzindo-se em prejuízo das relações laborais e da qualidade do serviço.

No presente estudo procurou-se compreender o *burnout* e QdV de profissionais de saúde em exercício de funções em Cuidados Paliativos oncológicos. Para o efeito, procedeu-se à avaliação de uma amostra de profissionais de saúde a trabalhar em contexto hospitalar de Cuidados Paliativos, numa unidade de tratamento de doentes oncológicos. Mais especificamente foram avaliados os níveis de *burnout* e a QdV destes profissionais. Procurou-se ainda analisar as características destes resultados nestes profissionais dos Cuidados Paliativos oncológicos, nomeadamente o papel de variáveis sociodemográficas e relativas ao contexto profissional.

Variáveis sociodemográficas como a idade e o sexo, a escolaridade, estado civil, entre outras não demonstraram qualquer influência no *burnout* e na QdV dos indivíduos estudados, o que, em parte, se explica pela pequenez da amostra.

No que diz respeito ao *burnout*, e as suas diferentes dimensões, os resultados obtidos demonstram que o grupo dos profissionais dos Cuidados Paliativos revela pontuações significativamente elevadas de Exaustão Emocional (55,9% apresentam um score alto). Este resultado pode explicar-se pelo facto dos profissionais de saúde da amostra estudada estarem em permanente convivência com situações de “crise”, como obrigatoriedade de fazer a transmissão de más notícias, o confronto com a morte e o sofrimento, o lidar constante com famílias ambivalentes e a necessidade premente destes profissionais gerirem e até reprimirem as suas próprias emoções para poderem ajudar o outro.

No presente trabalho observaram-se também níveis altos de Despersonalização (75,8%), mas moderados e elevados níveis de Realização Pessoal (63,6%). Estes dados

opõem-se á tendência observada na literatura de correlação entre exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Também não há coerência com os obtidos por García e colaboradores (2009), os quais realizaram um estudo em que participaram 105 enfermeiras, 64 das quais trabalhavam em Cuidados Paliativos, e no qual observaram que as que trabalhavam em Cuidados Paliativos apresentavam uma reduzida realização pessoal. No entanto, assemelham-se aos resultados obtidos por Emod e colaboradores (2011), em que cerca de 80% dos profissionais de saúde em unidades oncológicas apresentaram níveis muito satisfatórios de realização pessoal, o que segundo os mesmos autores pode significar que a exaustão emocional não implica necessariamente baixa realização pessoal. Tal pode dever-se, de acordo com Kuerer e colaboradores (2007), ao facto de que a prática de medicina nesta área pode providenciar oportunidades de desenvolver uma carreira com enorme significado e satisfação. Tendo em conta o serviço prestado, o qual exige um envolvimento diferente com o seu trabalho e com os doentes, sobretudo pela situação limite de vida/morte que vivenciam, importa desenhar estratégias capazes de promover o desenvolvimento de recursos pessoais e situacionais capazes de facilitar a gestão do stresse, minimizando o seu efeito no estado de saúde dos indivíduos e no seu trabalho.

Também e ainda em relação ao *burnout*, verifica-se que a tendência é semelhante em médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Já os “outros” em que se incluem as áreas da Psicologia, Serviço Social, Assistente Religioso, Administrativos e voluntários se verifica uma tendência inversa, com baixo score de exaustão emocional e despersonalização e moderada realização pessoal.

Relativamente à QdV, os resultados obtidos revelam que esta não é influenciada pelos elevados índices de *burnout*.

Assim, verifica-se que 19 dos inquiridos apresenta alto score de *burnout* na dimensão Exaustão emocional, mas a perceção da qualidade de vida nas diferentes dimensões varia entre 13,6 e 19 numa escala de 0-20. Quanto à despersonalização, 25 indivíduos apresentam uma alta pontuação, mas nestes a perceção de qualidade de vida nas várias dimensões vai também de 13,7 a 15,6 na mesma escala. Já na realização pessoal, 21 dos inquiridos apresenta uma pontuação baixa (ou seja, uma elevada realização pessoal), mas o nível de perceção da qualidade de vida nas quatro componentes varia entre 14,2 e 15,9.

A mesma tendência é observada na qualidade de vida em geral (4, isto é Boa) e na relacionada com a saúde em que a maioria dos indivíduos se sente satisfeito.

Tal pode ser explicado por se tratar de um Serviço constituído por uma equipa coesa, com relações profissionais sólidas e já com uma longa e ampla experiência assistencial, o que pode ter facilitado o desenvolvimento de mecanismos de *entreatajuda* e de *coping* que impedem que os elevados níveis de *burnout*, vivenciados pelos seus profissionais, influencie a sua qualidade de vida. Os profissionais da medicina paliativa caracterizam-se pela resiliência, indispensável para enfrentarem os desafios que naturalmente estão associados a esta área. Apesar do sucesso terapêutico curativo ser fruste, aceita-se com naturalidade a “terminalidade”, disfrutando de pequenos “grandes” êxitos, tais como uma dor intensa controlada, uma morte tranquila e sem sofrimento, a reconciliação. O reforço positivo de terceiros (amigos e familiares de doentes) faz parte do quotidiano desta equipa e ajuda a que o seu caminho se torne mais fácil.

Verifica-se pois que o *burnout* em Cuidados Paliativos é diferente das outras áreas médicas, pelo que o estudo desta síndrome não pode ser transversal.

Como refere Moura (2007), as estratégias de *coping* e os estilos de vida podem influenciar os níveis de *burnout* e a avaliação subjetiva da saúde física, logo, também a QdV. Tais estratégias podem ser úteis na manutenção de um funcionamento adequado, sendo que podem, de facto, moderar o impacto negativo do acontecimento stressante no bem-estar físico, social e emocional (Moyer & Salovey, 1996), apresentando-se, portanto, como um importante preditor da QdV. Os determinantes da QdV não se esgotam naqueles que aqui foram descritos. Muitas outras variáveis como as condições de vida, a cultura, a religião, entre outras, podem também ter impacto na QdV dos indivíduos.

Nesta amostra verificou-se uma perceção de qualidade de vida muito satisfatória. Isso significa que estes indivíduos já desenvolveram as estratégias adequadas de autoprotecção, impedindo assim que a sua QdV seja, eventualmente, afectada pelo *burnout*, sentido no seu local de trabalho.

Assim, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção ao nível do *burnout* constitui-se como uma medida importante a ser tomada nas organizações de saúde, uma vez que as consequências que advêm das experiências vivenciadas por estes profissionais vão refletir-se tanto na qualidade dos serviços prestados aos doentes como na própria QdV e bem-estar.

Em conclusão, este estudo prospetivo, permite concluir que na população estudada:

- A maioria das variáveis sociodemográficas, idade, sexo, escolaridade, estado civil, entre outras, não influenciou os níveis de *burnout*.
- Os médicos e os enfermeiros são os que apresentaram níveis de *burnout* mais elevados na dimensão exaustão emocional, seguidos dos assistentes operacionais com pontuações moderadas. Já os “outros” têm baixa exaustão emocional. Tendência semelhante observa-se na dimensão despersonalização. Já os médicos e os “outros” são os menos favorecidos na dimensão realização pessoal.
- Os “outros” (áreas Psicologia, Serviço Social, Assistente Religioso, Administrativos e voluntários) apresentam os níveis mais baixos de *burnout* nas dimensões exaustão emocional e despersonalização. A pontuação desta última dimensão pode questionar-se se estes indivíduos estão mais desprotegidos.
- A QdV não é influenciada pelos elevados índices de *burnout*, na população que estudámos. O facto de se tratar de uma equipa coesa, com relações profissionais sólidas e com uma longa e vasta experiência assistencial e a resiliência que caracteriza os seus elementos pode justificar este achado.
- A perceção de qualidade de vida muito satisfatória na amostra estudada, pode resultar do facto destes indivíduos terem desenvolvido estratégias adequadas de autoproteção, impedindo assim que a sua QdV seja afetada pelo *burnout*, desenvolvido em contexto laboral.
- O ambiente propiciador do *burnout* em Cuidados Paliativos é diferente do de outras áreas da medicina, pelo que o estudo desta síndrome não pode ser transversal.

Com os resultados encontrados neste trabalho, procurar-se-á identificar os indivíduos em situação de *burnout*, em Serviço de Cuidados Paliativos, da Instituição estudada e eventualmente de outras, trabalhar no sentido de traçar estratégias de intervenção e encontrar soluções para o minimizar o impacto da síndrome, no indivíduo e na organização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abalo, J. A. G., & Roger, M.C. (1999). El desgaste profesional (Burnout) en los equipos de cuidados paliativos: Mito o realidad?; In M.Gómez-Sancho et al., *Medicina paliativa en la cultura latina* (pp.1005-1016). Madrid: Arán Ediciones.

Agapito, S. & Sousa, F. (2010). A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 132-139.

Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department, *Psycho-Oncology*, 18, 543-548.

Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 549-562.

Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244-263.

Allegra, C. J., Hall, R., & Yothers, G. (2005). Prevalence of burnout in the U.S. Oncology Community: Results of a 2003 survey. *Journal of Oncology Practice*, 1(4), 140-147.

Arranz, E. E., & Auñón, P. Z. O. (1996). El síndrome de agotamiento profesional. In M. González-Barón, A. Ordóñez, J. Feliu, P. Zamora & E. Espinosa, *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer* (pp. 1334-1342). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Asaig, P., Perotta, B., Martins, M. & Tempski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 422-429.

Avellar, L., Iglesias, A., & Valverde, P. (2007). Sofrimento Psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicologia em Estudo*, 12, 475-481.

Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884-891.

Bakker, A. B., van der Zee, K. I., Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The relationship between the Big Five Personality Factors and Burnout: a study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 31-50.

Bartley, M., Ferrie, J., & Montgomery, S. M (2006). Viver numa economia de elevado desemprego: conhecer as consequências para a saúde. IN: Marmot, M., Wilkinson, R. G. ed. Determinantes sociais da saúde. Oxford, Oxford University Press.

Beham, B., Drobnič, S., & Verwiebe, R. (2006). Literature review, theoretical concepts and methodological approaches to quality of life and work. Utrecht: Utrecht University.

Benevides-Pereira, A. (2003). O estado da arte do burnout no Brasil. Revista Eletrónica InterAcção Psy, 1(1), 4-11.

Bovier, P. A., Arigoni, F., Schneider, M., & Gallachi, M. B. (2009). Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. European Journal Public Health, 19(6), 611-617.

Bradley, J. R., & Cartwright, S. (2002) "Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom", International Journal of Stress Management, 9(3), 163-182.

Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional
Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level
João Maroco, Ana Lúcia Maroco, Ema Leite, Cristina Bastos, Maria José Vazão, Juliana Campoa. Acta Med Port 2016 Jan;29(1):24-30

Canavarro, M. C., & Serra, V. A. (2010). Qualidade de vida e saúde: Uma Abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001). Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? British Medical Journal, 322 (7296), 1240-1243.

Chaves, E. (2008). Fatores Estressantes e Estratégias de Coping dos Enfermeiros Atuantes em Oncologia. Revista Latino-americana de Enfermagem, 16(1), 24-28.

Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C. Bond, L. et al. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs and subjective wellbeing. Ecological Economics, 61, 267-276.

Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. The Academy of Management Review, 18(4), 621-656.

Costa, F. A., Santos, S. C., Passos, A., & Caetano, A. (2008). Um olhar sobre a satisfação com o trabalho...estudo de caso. Atas do VI Congresso Português de Sociologia/Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas e Tecnologias.

Cruz, J. F., & Melo, B. M. (1996). Stress e Burnout nos psicólogos: desenvolvimento e características psicométricas de instrumentos de avaliação. Relatório de investigação não publicado. Braga: Universidade do Minho.

Cumbe, V. (2010). Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Doentes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life. In: R. I. Brown (Ed.). Quality of life for people with disability: Models, research and practice, 2^a ed. (pp. 116-150). Cheltenham: Stanley Thornes.

Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3), 357-384.

De Lange, F. P., Kalkman, J. S., Bleijenberg, G., Hagoort, P., van der Werf, S. P., van der Meer, J. W., et al. (2004). Neural correlates of the chronic fatigue syndrome - an fMRI study. *Brain*, 127, 1948 - 1957.

De Rijk, A. E., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & de Jonge, J. (1998). Active coping and need for control as moderators of the job demand-control model: Effects on burn out. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 1-18.

Dean, K., Holst, E., Kreiner, S., Schoenborn, C., & Wilson, R. (1994). Measurement issues in research on social support and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 201-206.

Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.

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

Demirci, S., Yildirim, Y., Ozsaran, Z., Uslu, R., Yalman, D., Aras, A. (2010). Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Medical Oncology*, 27(3), 968-74.

Desbiens, J. F., & Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 291-300.

Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R.E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Diener, E. (2000). Subjective Well-being: The science of happiness and a proposal for national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.

Di Tullio, M., & Macdonald, D. (1999). The struggle for the soul of hospice: Stress, coping, and change among hospice workers. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 16, 641-655.

Doka, K. (1993). *Living with life-threatening illness: A guide for patients, their families & caregivers*. New York: MacMillan, Inc.

Dolan, S. L., Diez-Pinol, M., Cannings, K. (2003). Psicotoxicología de la vida laboral: el caso del personal médico de suecia. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 19, 117-133.

Dorz, S., Novara, C., Sica, C., & Sanavio, E. (2003). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and Health*, 18(5), 677-684.

Emold, C., Schneider, N., Meller, I., & Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 358-363.

Faragher, E., Cass, M., & Cooper, C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 105-112.

Feldman, S. (2001). *Psicologia da saúde: stress, coping e saúde*. Compreender a psicologia. 5ª ed. Lisboa: McGraw-Hill.

Fenga, C., Faranda, M., Aragona, M., Micali, E., DiNola, C., Trimarchim, G., Crimi, B., Cacciola, A. (2007). Burnout and occupational stress in nurses. *La Medicina del Lavoro*, 98(1):55-63.

Fillion, L., Duval, S., Dumont, S., Gagnon, P., Tremblay, I., & Bairati, I. (2009). Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psycho-Oncology*, 18, 1300-1310.

Florio, C. (2010). *Burnout & Compassion Fatigue: A guide for Mental Health Professional and Care Givers*. Lexington, KY, USA: Create Space.

Fogarty, T. J., Singh, J., Rhoads, G. K., & Moore, R. K. (2000). Antecedents and consequences of burnout in accounting: beyond the role stress model. *Behavioral Research in Accounting*, 12, 31-67.

Gameiro, S., Canavarro, M., Pereira, M., Serra, A., Paredes, T., Carona, C., et al. (2010). Fatores Sociais e Demográficos de Variabilidade da Qualidade de Vida na População Geral. In M. Canavarro, & A. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-270). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

García, E. M. S., Rodríguez-Salvanés, F., Gonzáles-Gonzáles, R., Luque, M. J. F., & Sánchez, A.R. (2008). Síndrome de burnou tem profesionales sanitários de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid. *Medicina Paliativa*, 15(5), 273-278.

García, M., Cortés, C., Sanz-Rubiales, A., & Del Valle, M. (2009). Estudio sobre el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del país Vasco. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 53, 3-8.

Gomes, A.R. (1998). *Stress e "Burnout" nos profissionais de Psicologia*. Dissertação de mestrado. Braga: Universidade do Minho.

Gomes, A. R., Melo, B., & Cruz, J. F. (2000). Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses. In J. F. Cruz, A. R.

Gomes, & B. Melo (Orgs.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: SHO - Sistemas Humanos e Organizacionais. Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (2004). A experiência de stress e "burnout" em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 193-212.

Gomes, A. R., Cruz, J.F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.

Grau, A., Suñer, R. & García, M. (2005). Desgaste Profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.*, 19(6): 463-470.

Grazziano, E. & Ferraz, R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeiros. *Enfermería Global*,9(18), 1-20.

Gurses, A.P., Carayon, P., Wall, M. (2009). Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life. *Health Services Research*, 44, 422-43.

Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *West Journal of nursing research*, 21(6):728-42.

Hansen, N., Sverke, M., & Näswall, K. (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 96-107.

Hawkins, A., Howard, R., & Oyebode, J. (2007). Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psychooncology*, 16, 563-572.

Iwasaki, Y., & Mannell, R. (2000). Hierarchical dimensions of leisure stress coping. *Leisure Sciences*, 22, 163-181.

Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia Prático para a mudança positiva.* Edições ASA. Lisboa.

Jonge, J., Doormann, C., Janssen, P. P. M., Dollard, M., Landeweerd, J. A. & Nijhuis, J. N. (2001). Testing reciprocal relationships between characteristics and psychological wellbeing: a cross-lagged structural equation model. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 29-46.

Kim, H., & Lee, Y. (2009). Supervisory communication, burnout, and turnover intention among social workers in health care settings. *Social Work in Health Care*, 48(4), 364-385.

Kuerer, H. M., Eberlein, T. J., Pollock, R. E., et al. (2007). Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology. *Annals of Surgical Oncology*, 14, 3042-3053.

Lazarus, R. (2000). Evolution of a Model of Stress, Coping and Discrete Emotions. In V. Rice (Ed.). *Handbook of Stress, Coping and Health: Implications for Nursing Research, Theory and Practice.* London. Sage Publications, 9, 195-219.

Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Peeters, M. C. W, Van Heesch, N. C. A., & Schaufeli, W. B. (2001). Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress & Coping*, 14, 243–263.

Lee, R. T. & Ashforth, B. E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75, 743-747.

Lei nº.102/2009, de 10 de setembro. Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República*, 176. Série I.

Leydy, N.K., Revicki, D.A. & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health*, 2(3), 113-127.

Lima, A., & R. Mesquitela (1996). Satisfação profissional dos enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego, *Servir*, 44(1), 22-31.

Lima, F. (2004). Stress, Qualidade de vida, Prazer e Sofrimento no trabalho de Call Center. Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC. Capinas.

Livia Oliveira Borges, João Carlos Tenório Argolo, Ana Lígia de Souza Pereira, Emília Alice Pereira Machado, Waldylécio Souza da Silva. A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2002, 15(1), pp. 189-200

Loreto, D. (2001). Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Oncologia. *Enfermagem Oncológica*. 20, 18-25.

Loureiro, H., Pereira, A. N., Oliveira, A. P., & Pessoa, A. R. (2008). Burnout no trabalho. *Revista Referência*, 2(7), 33-41. Martins, A. C. (2010). Qualidade de vida no trabalho, satisfação profissional e saliência das atividades em adultos trabalhadores. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. Mestrado Integrado em Psicologia secção de psicologia dos recursos humanos, do trabalho e das organizações.

Maria Áurea Maciel Boechat & Maria Cristina Ferreira. Preditores individuais e organizacionais do *burnout* em Serviços de Saúde Públicos Federais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2014, 15 (3), 738-750 EISSN - 2182-8407.

Martins, A. C., & Romão, C. J. (2012). Profissões na saúde e desafios do trabalho de proximidade: médicos e assistentes sociais nos cuidados paliativos. Trabalho apresentado no III Seminário de I&DT. Portalegre: Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre.

Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health?. *Psychology & Health*, 16(5), 607-611.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2^a ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Ca.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of Psychology*, 52, 397-422.

Mcintyre, T. M. (1994). *Le Domaine de la Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France. Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. A. (1997). Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 53-72.

Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. A (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. VI, pp. 596-603). Braga: APPORT.

Michie, S. & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 3-9.

Moreno-Jimenez, B, Garrosa-Hernandez E, Gálvez, M, González, J. & Benevides, A. (2002). A avaliação do burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-RE MBIED. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 11-19.

Morrison, E. W., & Robinson, S. L. (1997). When employees feel betrayed: A model of how psychological contract violation develops. *Academy of Management Review*, 22, 226 - 256.

Moura, A. (2007). *Estratégias de coping e estilos de vida como mediadores entre o stresse e o burnout nos bombeiros do distrito de Setúbal*. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Instituto Politécnico de Beja. Dissertação de mestrado.

Moyer, A., & Salovey, P. (1996). Psychological squeal of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(2), 110-125.

Neves, J. (2011). Aptidões individuais e teorias motivacionais. In J. M. C. Ferreira, J. Neves, e A. Caetano (Coords.), *Manual de Psicossociologia das organizações* (Cap. IX). Lisboa: Escolar Editora.

Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., Giacomoni, C. H. (2009). Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação Psicológica*, 8(1), 99108.

Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros – Impacto do trabalho por turnos. *Revista Referência*, 2(7), 43-54.

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética*. Loures: Lusociência.

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J. P. Cruz, S.N. de Jesus, & Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso

Pais-Ribeiro, J. L., & Maia, P. (2002). Satisfação com a profissão em profissionais de uma unidade de cuidados intensivos (SCI). In I. Leal, I.P. Cabral & J.P. Ribeiro, *Atas do 4.º congresso nacional de psicologia da saúde: a saúde numa perspetiva de ciclo de vida* (pp. 239-246). Lisboa: ISPA.

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

Peiró, J. M., González-Romá, V., Tordera, N., & Mañas, M. A. (2001). Does role stress predict burnout over time among health care professionals?. *Psychology & Health*, 16(5), 511-525.

Pereira, M., & Fonseca, M. (2011). Risk of burnout and protective factors in palliative care. In STEELE, Sue; CASWELL, Glenys (Eds.) - *Exploring issues of care, dying and the end of life*. Oxford: Inter-Disciplinary Press.

Pereira, M., Fonseca, M., & Carvalho, S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18 (3), 317-326.

Pereira, J. P., Rodrigues, J., & Cunha, M. J. (2010). Stress, burnout e desordens emocionais em profissionais de saúde em oncologia. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Braga.

Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos, R. & Cabral-Cardoso, C. (2003). Manual de comportamento organizacional e gestão. 2ª ed. Lisboa: RH editora.

Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: the significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39, 625-635.

Quartilho, M. J. R. (2010). Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa? In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. (pp. 55-126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Queirós, P. J. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Ramirez, A., Graham, J., Richards, M., Cull, A., Gregory, W., Leaning, M., Snashall, D., & Timothy, A. (1995). Burnout and psychiatric disorder amongst cancer clinicians. *British Journal of Cancer*, 71, (6) 1263–1269.

Reinhold, H., (2006). O Burnout. In: LIPP, M. (Org.) *O stress do professor*. Campinas: Papirus, pp.63-80.

Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da SBPH*, 8(2), 1-15.

Rusli, B. N., Edimansyah, B. A., & Naing, L. (2008). Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*, 8 (48), 1-12.

Sá, L. (2006). Burnout e Controlo Sobre o Trabalho em Enfermagem - Resultados. *Enfermagem Oncológica*, 34, 15-24.

Sandra Martins Pereira, Carla Margarida Teixeira, Orquídea Ribeiro, Pablo Hernández-Marrero, António M. Fonseca, Ana Sofia Carvalho.

Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista de Enfermagem. Série IV - n.º 3 - nov./dez. 2014*

Santos, C., Martins, T. & Ferreira, T. R. (2009). Saúde e qualidade de vida: Contributos teóricos. In: C (Carlos) Sequeira, C.(Célia) Santos, E. Borges, M. Abreu & M. R. Sousa (Eds.), *Saúde e qualidade de vida: Estado da arte* (pp. 15-27). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Santos, L., Pais-Ribeiro, J., & Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer. *Análise Psicológica*, 21(4), 441-451.

Santos, L., & Pais-Ribeiro, J. (2006). Estilos de lazer, saúde e estratégias de coping. *Atividade física, saúde e lazer: a infância e estilos de vida saudáveis*. LIDEL - Edições Técnicas. Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1996). Effects of work stressors and work climate on longterm care staff's job morale and functioning. *Research in Nursing and Health*, 19(1), 63 – 73.

Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16(5), 501-510.

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917.

Sehlen, S., Vordermark, D., Schäfer, C., Herschbach, P., Bayerl, A., Pigorsch, S., Rittweger, J., Dormin, C., Bölling, T., Wypior, H. J., Zehentmayr, F., Schulze, W., & Geinitz, H. (2009). Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiation Oncology*, 4(6), 1-9.

Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

Silva, M. C. M., & Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros e médicos portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.

Silva, J. L. L.; Dias, A. C., & Teixeira, L. R. (2012). Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Portal das Revistas Científicas em Ciências da Saúde (AQUICHAN)*, Colombia, 12(2), 144-149.

Soares, L., Lopes, T. Silva, M., Ribeiro, M., Júnior, M. et al., (2012). Burnout e Pensamentos Suicidas em Médicos Residentes de Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 77-82.

Sousa, L., & Coutinho, E. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 50-58.

Sprangers, M. A. G., Regt, E. B., Andries, F, (...) Haes, H. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(9), 895-907.

- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello, ID: ProQOL.
- Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a metaanalytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443–462.
- Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 487-506.
- Takaki, M. H., & Sant’Ana, D. M. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipa de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 79-83.
- Telles, H., & Pimenta, A. M. C. (2009). Síndrome de burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saude & Sociedade*, 18, 467-478.
- Theorell, T. & Karasek, R. (1996). Current Issues Relating to Psychosocial Job Strain and Cardiovascular Disease Research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 926.
- The WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.
- Tupholme, T. (2009). *Qualidade de Vida e Estratégias de Coping dos Pacientes Oncológicos*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores: Lisboa. 2ª Edição.
- Van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K., & Van de Heyning, P. (2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advancing Nursing*, 65(10):2175-85.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42, 57- 66.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.

Wahl, A. K., Rustoen, T., Hanestad, B. R., Lerdal, A. & Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research*, 13, 1001-1009.

West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., Shanafelt, T. D., 2006. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. A prospective longitudinal study. *Journal of American Medical Association*, 296(9), 1071–1078.

Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *Journal Clinical Epidemiology*, 52(4), 355-363.

Wilson, K., Ganley, A., Mackereth, P., Rowswell, V. (2007). Subsidized complementary therapies for staff and volunteers at a regional cancer centre: a formative study. *European Journal of Cancer Care*, 16(3):291-9.

Worthington, R. (2005). *Ethics and palliative care: A case-based manual*. Oxford: Radcliffe.

Wright, T. A., & Cropanzano, R. (1998). Emotional Exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. *Journal of Applied Psychology*, 83(3), 486-493.

Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12(1), 59-72.

Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16(5), 527-54.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO SOCIO - DEMOGRÁFICO E LABORAL

A equipa de investigação que leva a cabo este trabalho muito agradece a sua colaboração no preenchimento e devolução do presente questionário.

Responda ou coloque uma cruz no quadrado correspondente á sua situação socio-demográfica e laboral:

1 – Idade : _____ anos

2 – Sexo:

Feminino Masculino

3 - Estado Civil

Solteira(o) Divorciada(o) Viúva(o)
 Casada(o) ou União de facto

4 –Número de filhos _____

5 – Carga horária semanal _____ horas

6 – Instituição em que trabalha

Intituição Pública
 Intituição Pública + privada
 Instituição privada

7 - Categoria profissional

Médico
 Enfermeiro
 Assistente Operacional
 Outro

8- Número de anos de trabalho na Unidade

- ≤ 3 anos
- $> 3 - \leq 5$ anos
- $> 5 - \leq 10$ anos
- > 10 anos

9 - Trabalho nocturno

- Sim
- Não

10 - Situação Profissional

- Com vínculo contratual
- Sem vínculo contratual

11 - Envolvimento em Cargos de gestão

- Sim
- Não

12 - Prática de actividades extra laborais

- Sim
- Não

13 – Número médio de horas de sono/dia

- ≤ 6 horas
- $> 6 - \leq 8$ horas
- > 8 horas

MBI – Maslach Burnout Inventory

MBI – Maslach Burnout Inventory
Cristina Maslach. Susan E. Jackson

INSTRUÇÕES:

Versão Portuguesa:

IPSSO – Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (1999)

O objectivo deste estudo é descobrir como é que os profissionais de saúde vêem a sua profissão e as pessoas com quem trabalham de perto.

Na página seguinte encontram-se 22 afirmações acerca de sentimentos associados ao trabalho. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e decida se alguma vez se sentiu assim acerca do seu trabalho. Se nunca se sentiu assim, assinale o "0" (zero). Se já se sentiu assim, indique quantas vezes isso lhe acontece colocando um círculo à volta do número (de 1 a 6) que descreve melhor a frequência com que se sente assim. Abaixo encontra um exemplo.

Com que frequência:

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

Faça um círculo em torno do número que melhor se adequa à sua situação:

| Afirmações | Com que frequência: |
|---|---------------------|
| 1. Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 2. No fim do dia de trabalho, sinto-me exausto. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Consigo compreender facilmente como os meus utentes se sentem acerca das coisas. | 6 5 4 3 2 1 0 |
| 5. Sinto que trato alguns utentes, como se fossem objectos impessoais. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Trabalhar com pessoas o dia todo é, de facto, um esforço para mim. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes. | 6 5 4 3 2 1 0 |
| 8. Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho. | 6 5 4 3 2 1 0 |
| 10. Tornei-me mais insensível em relação as pessoas, desde que comecei este trabalho. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 11. Preocupo-me que este trabalho me esteja a "endurecer" emocionalmente. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 12. Sinto-me muito enérgico. | 6 5 4 3 2 1 0 |
| 13. Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 15. De facto, não me interessa o que acontece a alguns utentes. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Trabalhar directamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão. | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 17. Consigo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus utentes. | 6 5 4 3 2 1 0 |
| 18. Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus utentes. | 6 5 4 3 2 1 0 |
| 19. Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão. | 6 5 4 3 2 1 0 |
| 20. Sinto que estou no meu limite ("fim de linha"). | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 21. No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma. | 6 5 4 3 2 1 0 |
| 22. Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas | 0 1 2 3 4 5 6 |

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

| | Equações para calcular a pontuação dos domínios | Resultados | Resultados transformados | |
|------------------|--|------------|--------------------------|-------|
| | | | 4-20 | 0-100 |
| Domínio 1 | $(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> | | | |
| Domínio 2 | $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> | | | |
| Domínio 3 | $Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> | | | |
| Domínio 4 | $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> | | | |