

BURNOUT EM CUIDADOS PALIATIVOS

Sílvia Cristina Almeida Simões

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e a co-orientação científica da Mestre Filomena da Conceição Pinto Correia Martins, Enfermeira no Serviço de Medicina Paliativa do Hospital do Fundão (Centro Hospitalar Cova da Beira).

O JÚRI

Presidente

Mestre Carlos Alberto Figueira de Chaves
Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Vogais

Mestre Sandra Catarina Fonseca Simões da Silva
Enfermeira na Unidade de Cuidados Paliativos do IPO Porto (Arguente)

Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta
Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (Orientadora)

Mestre Filomena da Conceição Pinto Correia Martins
Enfermeira no Serviço de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar Cova da Beira
(Coorientadora)

AGRADECIMENTOS

Ao meu avô, o meu saudoso João de Almeida, que a tua morte me relembre da dor da tua perda, para que eu possa a cada dia tornar-me melhor e ser um porto de abrigo para os que sofrem, para os que partem e para os que choram as perdas.

Ao meu esposo Luís, por todo o teu amor e dedicação, pela tua compreensão, paciência e apoio incondicionais no decorrer desta jornada.

Aos meus pais e avó, por compreenderem a minha presença menos assídua nestes últimos tempos.

Aos meus amigos, Filipa, Pedro, Luísa e D. Teresa, pelo apoio demonstrado.

À minha orientadora Enfermeira Filomena Correia, pelo apoio incondicional nos momentos bons e nos menos bons, pelas palavras de incentivo, pelo reforço positivo, pela orientação prestada e disponibilidade demonstrada.

À minha orientadora, Professora Paula Sapeta, pela orientação prestada e disponibilidade demonstrada.

À equipa multidisciplinar do Serviço de Medicina Paliativa do Hospital do Fundão pelo caloroso acolhimento e acompanhamento.

Aos elementos do Hospital do Fundão, pela colaboração no preenchimento do instrumento de colheita de dados.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, pela autorização para a colheita de dados aos elementos das equipas do Hospital do Fundão.

Este trabalho é também um pouco de todos vós. Sem a vossa participação todo este percurso teria sido bem mais sinuoso.

A todos vós, o meu sincero bem-haja!

LISTA DE SIGLAS

CHCB - Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

HF - Hospital do Fundão

IBM - Inventário de Burnout de Maslach

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SMP - Serviço de Medicina Paliativa

PALAVRAS-CHAVE

Burnout, Cuidados Paliativos, Inventário de Burnout de Maslach

RESUMO

O presente trabalho foi realizado no âmbito do 3º semestre do 1º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

O trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos: o primeiro diz respeito ao relatório da prática clínica, o segundo aborda o enquadramento teórico sobre a Síndrome de Burnout, o terceiro consiste na apresentação do trabalho de investigação e o quarto diz respeito às considerações finais.

O burnout é um estado de exaustão emocional, diminuição da realização pessoal e despersonalização, que conduz o indivíduo a uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenho, acompanhado de sintomatologia física, psicológica, cognitiva, motivacional e comportamental, devido a um grau de exigência excessiva de energia no local de trabalho, principalmente nas profissões envolvidas na relação de ajuda.

Existem diversos fatores facilitadores do desenvolvimento da Síndrome de Burnout, tais como fatores pessoais ou de personalidade, sociodemográficos, profissionais e institucionais/organizacionais.

As estratégias de intervenção (prevenção e tratamento) a implementar na Síndrome de Burnout reportam-se a cuidados ao nível individual, profissional e organizacional.

De acordo com a bibliografia e os estudos consultados, apesar dos elevados níveis de stress a que os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos se encontram expostos, estes apresentam igual ou menor nível de burnout do que profissionais que exercem a sua prática em outras áreas.

O trabalho de investigação visa apurar a incidência de burnout nos profissionais de saúde do Hospital do Fundão (CHCB) e para tal foi utilizada a escala de avaliação IBM.

Tendo em consideração a definição tridimensional de burnout e a respetiva estrutura trifatorial do IBM, conclui-se que na amostra analisada não existe nenhum profissional com Síndrome de Burnout, sendo que os dados apresentados e discutidos permitem-nos confirmar a veracidade da hipótese estabelecida.

KEYWORDS

Burnout, Palliative Care, Maslach Burnout Inventory

ABSTRACT

The present work was carried through in the 3rd semester of the 1st Palliative Care Master Course, in Health Superior School Dr. Lopes Dias.

The work is structured in four chapters: the first concerns the clinical practice report, the second discusses the theoretical framework on Burnout Syndrome, the third is the presentation of the research work and the fourth concerns to closing remarks.

Burnout is a state of emotional exhaustion, reduced personal accomplishment and depersonalization, leading the individual to a gradual loss of emotions, motivation and commitment, accompanied by physical, psychological, cognitive, motivational and behavioral symptoms due to a excessive degree of energy requirement at work, especially in professions involved in supportive relationship.

There are several factors that facilitate the development of Burnout Syndrome, such as personal, social-demographic, professional and institutional/organizational factors.

The intervention strategies (prevention and treatment) to implement on Burnout Syndrome relate to individual, professional and organizational care.

According to the literature and studies consulted, despite high levels of stress that health professionals working in palliative care are exposed, they have equal or lower level of burnout than professionals who exercise their practice in other areas.

The research work aims to determine the incidence of burnout in Hospital do Fundão (CHCB) health professionals and was used for such the rating scale MBI.

Taking in to account the three-dimensional burnout definition and respective three-factorial structure of MBI, it's concluded that in the sample there is no professional on Burnout Syndrome, and the presented and discussed data allow us to confirm the accuracy of the established hypothesis.

ÍNDICE GERAL

	Página:
NOTA INTRODUTÓRIA	1
1. RELATÓRIO DA PRÁTICA CLÍNICA	3
1.1. Modelo de organização e características do SMP - HF - CHCB	3
1.2. Objetivos estabelecidos, competências adquiridas e atividades desenvolvidas no âmbito da prática clínica	5
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
2.1. Definição de Burnout	10
2.2. Inventário de Burnout de Maslach	11
2.3. Fatores facilitadores/desencadeadores da Síndrome de Burnout	12
2.4. Sinais e sintomas da Síndrome de Burnout	14
2.5. Estratégias de intervenção na Síndrome de Burnout	17
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO / TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO: ENTRE A EUFORIA E O DESESPERO - INCIDÊNCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL DO FUNDÃO (CHCB)	20
3.1. METODOLOGIA	20
3.1.1. Questão de investigação	21
3.1.2. Hipótese	21
3.1.3. Tipo de estudo	21
3.1.4. Variáveis	21
3.1.5. População e amostra	22
3.1.6. Características do local de estudo	22
3.1.7. Instrumento de colheita de dados	22
3.1.8. Tratamento de dados	23
3.1.9. Considerações éticas	23
3.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
3.2.1. Exaustão emocional	26
3.2.2. Realização pessoal	28

3.2.3. Despersonalização	30
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
5. BIBLIOGRAFIA	36
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Instrumento de colheita de dados	
APÊNDICE II - Autorização do Conselho de Administração do CHCB para colheita de dados no HF	
APÊNDICE III - Tabelas de frequências	
APÊNDICE IV - Plano pedagógico de formação e ficha de avaliação da ação de formação	

INDICE DE QUADROS

Página:

Quadro 1: Score das subescalas avaliadas pelo IBM	12
Quadro 2: Alterações ao nível individual	14
Quadro 3: Alterações ao nível interpessoal	15
Quadro 4: Alterações ao nível profissional/organizacional	16
Quadro 5: Cuidados a nível individual	17
Quadro 6: Cuidados a nível profissional	18
Quadro 7: Cuidados a nível organizacional	18

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página:
Gráfico 1: Distribuição da amostra relativamente ao género	24
Gráfico 2: Distribuição da amostra relativamente ao grupo profissional	24
Gráfico 3: Distribuição da amostra relativamente à idade profissional	25
Gráfico 4: Distribuição da amostra relativamente ao serviço onde trabalha	25
Gráfico 5: Distribuição da amostra relativamente às três componentes do IBM	26
Gráfico 6: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente ao género	26
Gráfico 7: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente ao grupo profissional	27
Gráfico 8: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente à idade profissional	27
Gráfico 9: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente ao serviço onde trabalha	28
Gráfico 10: Distribuição do score da realização pessoal relativamente género	28
Gráfico 11: Distribuição do score da realização pessoal relativamente grupo profissional	29
Gráfico 12: Distribuição do score da realização pessoal relativamente idade profissional	29
Gráfico 13: Distribuição do score da realização pessoal relativamente serviço onde trabalha	30
Gráfico 14: Distribuição do score da despersonalização relativamente género	30
Gráfico 15: Distribuição do score da despersonalização relativamente grupo profissional	31
Gráfico 16: Distribuição do score da despersonalização relativamente idade profissional	31
Gráfico 17: Distribuição do score da despersonalização relativamente serviço onde trabalha	32

NOTA INTRODUTÓRIA

O aumento progressivo das doenças crônicas, degenerativas e progressivas, associado ao aumento da esperança média de vida, da longevidade e do envelhecimento demográfico, fazem dos cuidados paliativos uma área prioritária e de crescente importância na sociedade atual. ^(1, 2, 3)

Para o desenvolvimento da prática dos cuidados paliativos não basta um acesso equitativo ou uma organização de serviços eficaz. A garantia de desenvolvimento pressupõe a presença de prestadores de cuidados com formação especializada, uma vez que, de acordo com o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2010:23)

"a complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo exigente de um largo espectro terapêutico e a gestão global de situações de sofrimento intenso requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada." ⁽¹⁾

É com base nestes pressupostos que se justifica a pertinência da introdução da temática dos cuidados paliativos na formação pré-graduada e também na formação pós-graduada dos profissionais de saúde, com vista à formação e treino diferenciados nesta área.

O presente relatório final surge no âmbito da formação pós-graduada, mais especificamente no 3º semestre do 1º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

A prática clínica, que também se encontra inserida no plano de estudos do 3º semestre do 1º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos foi realizada no SMP do HF, integrado no CHCB e teve uma duração de 300 horas, repartidas em 38 turnos e foi realizada no período compreendido entre 17 de Março e 30 de Junho de 2012. Proporcionou-se concomitantemente a possibilidade de realizar uma semana de estágio no Serviço Domiciliário do mesmo hospital.

Realizaram-se em média dois turnos por semana, em horário rotativo, no entanto, a calendarização/horário de realização do estágio sofreu alterações ao programado no projeto para admissão à prática clínica unicamente no que respeita ao número de turnos por semana, uma vez que estiveram dependentes da dinâmica do serviço/equipa, da disponibilidade da enfermeira orientadora e da disponibilidade profissional da discente.

Para a orientação e co-orientação do relatório final, convidou-se a Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta (professora coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias) e a Mestre Filomena da Conceição Pinto Correia Martins (enfermeira na equipa multidisciplinar do SMP e co-responsável pela orientação do estágio do Mestrado em Cuidados Paliativos no SMP) pelo reconhecido mérito de ambas no âmbito dos cuidados paliativos.

O trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos: o primeiro diz respeito ao relatório da prática clínica, o segundo aborda o enquadramento teórico relativo à temática da

Síndrome de Burnout em Cuidados Paliativos, o terceiro consiste na apresentação do trabalho de investigação desenvolvido e o quarto diz respeito às considerações finais.

O presente trabalho tem como objetivos gerais:

- descrever as componentes da prática clínica;
- apresentar o enquadramento teórico da temática desenvolvida;
- apresentar o trabalho de investigação efetuado.

Como objetivos específicos do trabalho pretende-se:

- caracterizar o local da prática clínica;
- caracterizar o modelo de organização do local da prática clínica;
- apresentar o cronograma definido para a prática clínica;
- descrever os objetivos e competências adquiridas através da realização da prática clínica;
- elaborar o enquadramento teórico, através de pesquisa e revisão bibliográfica;
- descrever a metodologia aplicada no trabalho de investigação;
- apresentar e discutir os dados obtidos.

1. RELATÓRIO DA PRÁTICA CLÍNICA

Entre 2000 e 2009 a esperança média de vida aumentou em Portugal para valores acima da média europeia. ⁽³⁾ O envelhecimento demográfico tem sido crescente ao longo dos anos em todo o território nacional, no entanto, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2010:17) *"é no centro que tanto homens como mulheres vivem em média, em 2008/2009, o maior número de anos"*. ⁽³⁾

Tendo em consideração o facto da discente exercer funções como enfermeira numa unidade de saúde da região interior-centro do país, na qual a população se encontra envelhecida, empobrecida e com escassos recursos no acesso à saúde, era do interesse pessoal e profissional realizar a prática clínica numa unidade de cuidados paliativos que estivesse geograficamente inserida na mesma região, pelo que se programou a mesma para o SMP, integrado no CHCB.

O fulcro do interesse em realizar a prática clínica numa instituição da região interior-centro do país passou pela aquisição de uma noção realista da prestação de cuidados paliativos efetivamente praticada na região, para futuramente transportar os ensinamentos apreendidos para a unidade de saúde onde a discente exerce funções.

1.1. MODELO DE ORGANIZAÇÃO E CARATERÍSTICAS DO SMP - HF - CHCB

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, definiu a constituição e respetivas funções das equipas de Cuidados Paliativos. De acordo com a estrutura e a área de intervenção, existem atualmente em Portugal três modalidades de atuação na área dos Cuidados Paliativos:

- equipas intrahospitalares de suporte em cuidados paliativos - equipas móveis, sem internamento, sediadas em unidades hospitalares, que acompanham os utentes que requerem cuidados paliativos em regime de internamento;
- equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos - equipas móveis, sem internamento, normalmente sediadas nos agrupamentos de centros de saúde, que acompanham os utentes que requerem cuidados paliativos em regime domiciliário;
- unidades de cuidados paliativos - serviços de internamento localizados em hospitais gerais ou universitários que podem pertencer ou não à RNCCI ou em unidades que pertencem à RNCCI localizadas fora dos hospitais. ^(1, 4)

No que concerne à estratificação dos tipos de cuidados paliativos, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos propõe quatro níveis, que se diferenciam entre si de acordo com a resposta à complexidade das situações e à formação especializada dos profissionais de saúde:

- ação paliativa - prestação de cuidados por qualquer profissional, em ambulatório, domicílio ou internamento, sem recurso a equipa ou estrutura diferenciadas;
- cuidados paliativos de nível I - cuidados prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada, normalmente estruturadas em equipas de suporte intrahospitalar ou comunitária;
- cuidados paliativos de nível II - cuidados prestados por equipas multidisciplinares alargadas com formação diferenciada, em regime de internamento, com apoio efetivo nas 24 horas;
- cuidados paliativos de nível III - centros com elevada diferenciação e experiência, acrescidos da capacidade formação, docência e investigação. ^(1, 5)

De acordo com o supramencionado, o SMP enquadra-se na categoria de unidade de cuidados paliativos, com prestação de cuidados de nível II.

O SMP não é atualmente um serviço autónomo, é parte integrante do Serviço de Medicina Interna (piso 1). Esta unidade é constituída por duas alas: Serviço de Medicina Interna e Serviço de Medicina Paliativa. No SMP praticam-se em regime de internamento, de acordo com o Plano Nacional de Cuidados Paliativos, cuidados paliativos de nível II. ⁽¹⁾ No que diz respeito à estrutura física, dispõe de dez camas, distribuídas por dois quartos individuais e quatro quartos duplos, e duas salas de apoio (sala de trabalho da equipa de enfermagem e sala de banho assistido).

No ano de 2011, de acordo com os dados fornecidos pelo Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação do CHCB, a taxa média de ocupação foi de 76% e a demora média por internamento de 13,3 dias. A maioria dos doentes admitidos apresentou diagnóstico médico de neoplasia (97,66%), apenas 2,34% dos doentes foram admitidos por outras doenças crónicas e avançadas. Quanto ao destino após a alta, 34,8% dos doentes foram encaminhados para o domicílio ou instituições de apoio e 65,2% faleceram no serviço. ⁽⁶⁾

No que concerne aos recursos humanos, a equipa interdisciplinar é constituída por dezasseis enfermeiros (um enfermeiro-chefe, uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e catorze enfermeiros generalistas), duas médicas, quinze auxiliares de ação médica e uma administrativa. Colaboram com a equipa em tempo parcial um assistente social, uma psicóloga, duas fisioterapeutas e um capelão.

A equipa interdisciplinar não é exclusiva do SMP, mas do Serviço de Medicina Interna (piso 1), pelo que nem todos os profissionais dispõem de formação avançada em Cuidados Paliativos. No entanto, no que concerne à equipa de enfermagem, existe a preocupação diária por parte do enfermeiro-chefe ou do enfermeiro responsável de turno em destacar os elementos com formação avançada em cuidados paliativos para o SMP, em detrimento do Serviço de Medicina Interna.

Observou-se também a excelente articulação entre o SMP e o Serviço Domiciliário, visto que no planeamento da alta todos os doentes que necessitam de acompanhamento no domicílio são referenciados ao Serviço Domiciliário, que manterá esse acompanhamento. A situação inversa também é válida. O Serviço Domiciliário identifica frequentemente utentes na comunidade com necessidade de cuidados paliativos e articula-se com o SMP para situações em que se verifica a necessidade de consulta ou internamento para controlo de sintomas ou outros problemas.

1.2. OBJETIVOS ESTABELECIDOS, COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA PRÁTICA CLÍNICA

Para o contexto da prática clínica foram estabelecidos os objetivos, que seguidamente se passam a enumerar.

Objetivo geral:

- desenvolver a prática assistencial em cuidados paliativos, integrando e mobilizando os conhecimentos adquiridos, com o intuito de adquirir competências instrumentais, interpessoais e sistémicas nas áreas-chave dos cuidados paliativos.

Objetivos específicos:

- compreender e aplicar os valores e princípios dos cuidados paliativos na prática assistencial;
- demonstrar competências na implementação de um plano assistencial à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, bem como à sua família e/ou grupo social de pertença, maximizando a qualidade de vida, diminuindo o sofrimento e preservando a dignidade, em conformidade com a filosofia dos cuidados paliativos e em parceria com a equipa interdisciplinar;
- demonstrar capacidade de reflexão crítica e ética na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos cuidados paliativos;
- desenvolver experiências de prática assistencial, em regime de internamento, em parceria com a equipa interdisciplinar;
- desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de estágio clínico, mediante a elaboração de um relatório final;
- desenvolver um projeto de intervenção / trabalho de investigação junto da equipa interdisciplinar, dentro da temática selecionada.

Com a formação especializada em cuidados paliativos, no final da realização da prática clínica a discente demonstrou ter adquirido competências no que concerne à:

- integração dos princípios, valores e filosofia dos cuidados paliativos na prática assistencial, enquanto elemento do sistema de saúde;
- análise dos valores e crenças pessoais nos diferentes contextos de cuidados paliativos;
- avaliação da dor e de outros sintomas através da utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica;
- consultadoria no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade;
- avaliação e controlo das necessidades psicossociais e espirituais do doente e família;
- consultadoria em aspetos éticos, legais e culturais, inerentes aos cuidados paliativos;
- comunicação terapêutica com o doente, família e equipa de saúde;
- implementação, avaliação e monitorização de planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da equipa de cuidados paliativos;
- avaliação da qualidade dos cuidados implementados.

No decorrer da prática clínica foram realizadas diversas atividades, nas quatro áreas de intervenção fundamentais em cuidados paliativos, que no seu conjunto contribuíram decisivamente para a aquisição das competências supramencionadas. Entre elas destacam-se:

1) na área da comunicação:

- acolhimento do doente e família/cuidador no serviço. Pôde constatar-se que este é um dos momentos privilegiados dos cuidados, pois é nessa ocasião que se criam os primeiros laços empáticos entre a equipa, o doente e família/cuidador, dando início a uma relação de proximidade e de confiança entre todos os intervenientes.
- promoção da privacidade do doente e família/cuidador, favorecendo a expressão de emoções. Os momentos de privacidade proporcionados são fundamentais não só para os doentes, mas também para os cuidadores. Recordamos durante a prática clínica o caso de uma cuidadora, cujo esposo era pai de um dos elementos da equipa interdisciplinar. A cuidadora era contra o internamento do esposo no serviço, opinião que não era partilhada pela filha do doente. A cuidadora, no seu íntimo, gostaria que os últimos momentos de vida do seu esposo fossem passados na quinta que eles possuíam, para que a morte fosse serenamente recebida no conforto da sua casa e no seio dos que o amavam. Foi a promoção concomitante de pausas no cuidado ao esposo, da privacidade e do diálogo terapêutico que permitiram esta expressão das emoções e o respetivo apoio emocional a esta cuidadora.
- promoção do diálogo terapêutico e da escuta ativa com o doente e cuidador durante todas as intervenções. A comunicação enquanto ferramenta terapêutica exige formação e treino. A disponibilidade e o contato próximo e diário com os doentes e família/cuidador durante a prática clínica foram fontes promotoras do desenvolvimento de habilidades de comunicação da discente. Aprendemos que a comunicação deve ser realizada de forma adequada e no tempo certo, procurando dar resposta acerca do que pretendem conhecer sobre a sua situação. Aprendemos ainda que a linguagem não verbal pode dizer mais do sofrimento do que muitas palavras.
- participação nas reuniões de equipa. Atualmente as reuniões de equipa no SMP não são frequentes nem programadas. Durante o período de prática clínica foi possível assistir a uma reunião informal após uma passagem de turno, entre a médica assistente e a equipa de enfermagem. A reunião permitiu a discussão e reavaliação do plano terapêutico de um utente, onde foi efetuada uma reflexão/avaliação das estratégias implementadas e propostas novas estratégias ao plano instituído. Embora a reunião tenha sido efetuada de forma não programada/estruturada, ainda assim contribuiu para um momento formativo;
- participação nas conferências familiares. Estas pretendem clarificar objetivos e informações, detetar necessidades e promover a envolvência de todos os intervenientes nos cuidados. No SMP atualmente as conferências não são realizadas de forma programada, partem na maioria das vezes da iniciativa da equipa de enfermagem. Os turnos da tarde são os mais propícios à sua ocorrência, uma vez que embora a família possa estar presente durante todo o dia, devido aos seus compromissos laborais e familiares, este é o turno em que se encontram mais presentes no serviço. Participamos durante a prática clínica numa conferência familiar não programada com o marido e a filha de uma doente, por iniciativa da enfermeira

presente no turno, com o intuito de preparar a família para a morte próxima e para o luto. Foi um dos momentos mais enriquecedores de toda a prática clínica, um verdadeiro momento formativo, promotor das habilidades comunicacionais e do apoio à família.

- orientação via telefónica, com o intuito de orientar doentes e cuidadores através da clarificação de dúvidas, reduzindo o recurso aos serviços de urgência;

2) na área do controlo de sintomas:

- avaliação das necessidades de enfermagem, sociais, nutricionais, psicológicas, emocionais e espirituais do doente e família/cuidador;
- elaboração de um plano de cuidados personalizado para doente e família/cuidador e respetivo registo no SAPE/CIPE;
- promoção da satisfação das necessidades globais do doente e família/cuidador, através do acompanhamento e da intervenção ativa na prestação de cuidados de enfermagem individualizados e personalizados, em contexto de internamento e em contexto domiciliário;
- intervenção holística no sofrimento, decorrente da doença crónica e avançada;
- avaliação e registo da localização, intensidade, frequência, fatores de alívio e fatores desencadeantes da sintomatologia prevalente (e.g. escala numérica para a avaliação da dor);
- realização do controlo sintomático, através da implementação de medidas farmacológicas (com utilização da via subcutânea e oral) e não farmacológicas (entre as quais relaxamento, imaginação guiada, massagem);
- realização de tratamentos a lesões malignas e outras. Houve neste âmbito uma situação que marcou pela grandiosidade da sua mensagem. Recordamos uma utente, ou melhor uma grandiosa mulher, que apesar de ver o seu rosto destruído pelo cancro e a sua vida a escapar-lhe prematuramente, em vez de se preocupar consigo mesma apenas se preocupava com o bem-estar dos que a rodeavam. Todos os dias que privámos nos recebeu com um sorriso nos lábios, e após cada tratamento à lesão no rosto, que apesar da analgesia prévia era um momento de grande sofrimento, sempre se despediu com um afago na mão e uma palavra de agradecimento. Este quadro magnífico e ao mesmo tempo doloroso lembrou-nos uma das metas mais genuínas e difíceis do ser humano, a reconciliação com a vida e o amor. Realçou também o papel preponderante do controlo de sintomas físicos como primeiro passo, para posteriormente existir lugar para a emoção e o afeto, tendo como reflexo um ganho substancial na qualidade da vida da doente, da família e da própria equipa. Aprendemos também com esta doente e sua família que a comunicação deve ser realizada de forma adequada e no tempo certo procurando dar resposta aos medos e incertezas que o fim de vida desperta. E que a linguagem não verbal pode dizer mais do sofrimento do que muitas palavras. Nos últimos dias, a doente apenas comunicou pela expressão do olhar e pelo aperto da mão.
- promoção da autonomia, promovendo a dignidade e a qualidade de vida. Foi para nós uma surpresa, o quão genuína e simples pode ser a vida e como as metas se simplificam à medida que o tempo de morrer se aproxima. Isso implica da parte do profissional a capacidade de “despir” por momentos a bata que o protege. Por outras palavras, implica que seja capaz de estabelecer uma verdadeira comunicação empática. Lembramos a situação de uma mulher

desfigurada pela doença que assaltou o seu corpo rapidamente e sem dar aviso. Após uns dias nos quais trocamos algumas palavras, percebemos que para esta mulher dignidade e qualidade de vida era recuperar algo da pessoa que sentia ter sido. Num momento mágico, percebemos que o simples gesto de pintar os lábios para receber a família a tranquilizava e a “enchia” de algo a que chamamos esperança. Não de uma cura, porque a linguagem do seu corpo era clara, mas sim de ser vista como pessoa. E o significado de autonomia era conseguir ir ao quarto de banho, apenas com uma ligeira ajuda. Aprendemos que fugir da comunicação com o doente que está a morrer significa roubar a oportunidade ao doente de ser e ao profissional de crescer.

3) na área do apoio à família:

- identificação do cuidador principal e promoção da sua inclusão nos cuidados ao doente. Nas várias situações que vivenciamos, verificamos que a integração do cuidador principal e de outras pessoas significativas para o doente nos cuidados é importante, o que na prática tem um duplo efeito. Por um lado, sentimos o júbilo do doente ao ser cuidado por mãos conhecidas, repletas de carinho, por outro lado o cuidador toma consciência de uma forma real da evolução da situação do doente e sente que está a contribuir para a diminuição do sofrimento do mesmo. O reflexo deste envolvimento é uma morte serena e um diálogo aberto com a família acerca do sentimento de perda.
- avaliação das necessidades da família ou cuidador principal. Recordamos o caso da filha de uma utente que morava em Vila Real e que todos os dias após o trabalho se deslocava (juntamente com os filhos em idade pré-escolar) até ao SMP para acompanhar a mãe. Após diálogo terapêutico e respetiva avaliação era notória a exaustão física e a necessidade de uma correta alimentação e de sono e repouso adequados. Há vários dias que não dormia, pois o seu tempo livre era dividido entre as longas viagens e o apoio à mãe. Foi alertada para a necessidade de promover eficazmente os seus auto-cuidados, nomeadamente no que diz respeito à alimentação equilibrada e aos períodos de sono e repouso adequados, com o intuito de promover a sua saúde, pois para ter capacidade de cuidar dos outros é primordial cuidar de si mesmo primeiro. Conseguiu-se que acedesse às nossas recomendações também pela garantia que seria contactada via telefónica caso durante esses períodos de ausência do serviço caso houvesse agravamento da situação de doença da mãe, pois era seu objetivo estar presente aquando do seu falecimento.
- identificação das necessidades de educação do doente e família/cuidador. Tivemos a oportunidade de realizar ensinamentos acerca da administração de opióides por via transdérmica e oral, e da necessária vigilância dos efeitos secundários em contexto domiciliário, assim como o ensino da implementação de medidas preventivas para o controlo da obstipação.
- participação no apoio psico-emocional ao doente e à família/cuidador, preparando-os para a morte próxima e para o luto;
- acompanhamento do doente e família/cuidador no processo de fase agónica - morte - luto;
- apoio à família na morte e no luto;

4) na área do trabalho em equipa:

- promoção do trabalho em parceria e articulação com outros recursos disponíveis (comunidade, Serviço Domiciliário);
- realização de visitação domiciliária. Durante o período de estágio realizado no Serviço Domiciliário foi possível acompanhar uma utente, referenciada pela equipa do internamento, que expressou a sua vontade de regressar a casa. Tal foi possível através da articulação com o Serviço Domiciliário e com a comunidade (mãe e vizinha da utente). Foi uma experiência muito gratificante, porque apesar da experiência e competência da equipa de enfermagem do Serviço Domiciliário, não existe nenhum elemento com formação avançada na área dos cuidados paliativos, pelo que os contributos e conhecimentos da discente em relação ao controlo sintomático através da gestão do regime terapêutico e comunicação terapêutica foram bem-vindos e aceites.
- observação do papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar. Constatamos que o papel do enfermeiro é de importância capital na equipa, e que garante a articulação dos cuidados e a continuidade da informação partilhada. O enfermeiro é o elemento fundamental para o controlo efetivo de sintomas, quer pela avaliação dos mesmos quer pela implementação terapias adequadas a cada situação. Sentiu-se que os enfermeiros nem sempre têm consciência da relevância do seu contributo e de como tornam um tempo de profunda dor, num tempo de esperança e algumas vezes de reconciliação com a vida, quando a morte está próxima.
- trabalho em equipa, respeitando os conhecimentos e contributos de todos os elementos. Observamos a relevância da partilha de decisão, sobretudo no que diz respeito à administração de terapêutica no fim de vida. Presenciamos uma situação em que existia o dilema ético quanto à administração de morfina a um doente em fim de vida - últimas horas - que apresentava gemidos e períodos de apneia. Optamos por administrar a medicação para controlo da dor, com efeitos positivos visíveis. O doente ficou mais sereno e teve oportunidade de se despedir.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os cuidados paliativos são cuidados ativos e totais, realizados por uma equipa multidisciplinar ⁽⁷⁾, 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) ⁽⁸⁾

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

- o controlo de sintomas;
- a comunicação;
- o apoio à família;
- o trabalho de equipa. ^(7, 8)

Após conversa informal, prévia ao início da prática clínica, com a enfermeira responsável pela co-orientação da prática clínica do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos no SMP (enfermeira Filomena Martins), esta frisou que trabalhar em cuidados paliativos é bastante desgastante, pelo que sente que é importante que as equipas interdisciplinares sejam ajudadas no sentido de desenvolverem estratégias para lidar com o stress que o sofrimento e a morte provocam.

Neste sentido, dentro da área temática do trabalho em equipa, pareceu-nos de todo pertinente e relevante direcionar a temática do relatório final à Síndrome de Burnout. Foi também objetivo, de uma forma científica, fazer o levantamento da existência ou não de Síndrome de Burnout e se necessário implementar medidas corretivas movida por um espírito de trabalho em equipa. O que à luz dos resultados do trabalho de investigação, que se descreve em capítulo próprio, não foram necessárias nessa altura.

2.1. DEFINIÇÃO DE BURNOUT

O conceito de burnout foi introduzido pela primeira vez na literatura no âmbito da psicologia em 1974, através dos artigos científicos publicados pelo psicanalista norte-americano Herbert Freudenberger. ^(9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

Freudenberger definiu o burnout como um estado mental de exaustão, que conduz o indivíduo a uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenho, acompanhado de sintomatologia física e mental, devido a um grau de exigência excessiva de energia no local de trabalho, principalmente nas profissões envolvidas na relação de ajuda. ^(9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20)

Este estado leva a um sentimento de vazio, de fracasso profissional e de incapacidade para o trabalho, o que por sua vez conduz a um isolamento dos profissionais em relação aos seus doentes e colegas de trabalho. ^(10, 12, 17)

De acordo com MELO *et al* (1999:596)

"o burnout deve ser considerado como um prolongamento do stress ocupacional, sendo o resultado de um processo de longa duração, em que o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação já estão "esgotados"." ⁽¹¹⁾

Posteriormente, outras definições foram propostas, sendo a definição mais consensual a proposta pela psicóloga Cristina Maslach e seus colaboradores, na qual a Síndrome de Burnout é definida como uma resposta desajustada a um stress emocional crónico, que leva o indivíduo a:

- um estado de esgotamento físico e/ou psicológico, caracterizado por um cansaço emocional;
- desenvolver atitudes frias e despersonalizadas em relação aos seus doentes e colegas de trabalho, comportando-se com cinismo e distanciamento;
- um sentimento de incompetência, inadaptação pessoal e profissional. ^(10, 12, 18)

Em 1982, Maslach e seus colaboradores 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."* (QUEIRÓS, 2005:4) ⁽¹⁸⁾

De acordo com a perspectiva de Maslach e seus colaboradores, a Síndrome de Burnout inclui três dimensões básicas na sua conceção:

- exaustão emocional: refere-se à solicitação excessiva e esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos do indivíduo, acompanhado de manifestações físicas e psicológicas, tais como irritabilidade e ansiedade;
- diminuição da realização pessoal: 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;
- despersonalização: refere-se ao distanciamento afetivo, à indiferença emocional e ao desenvolvimento de atitudes negativas face aos doentes e colegas, levando à desumanização, insensibilidade e isolamento nas relações interpessoais. ^(9, 10, 12, 13, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28)

A par da definição, Maslach e seus colaboradores desenvolveram uma escala de avaliação da Síndrome de Burnout, integrando as três dimensões que o definem - o Inventário de Burnout de Maslach.

2.2. INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH

O IBM é a escala de avaliação da Síndrome de Burnout mais popularmente utilizada, estimando-se que seja aplicada em mais de 90% dos estudos empíricos publicados a nível mundial. ^(9, 12, 15, 22, 24, 26)

Atualmente existem três versões do IBM, de acordo com a área profissional em que é aplicada: uma versão para profissionais na área da saúde, uma versão para o contexto

educacional e uma versão adaptada à população trabalhadora em geral. Todas as versões têm uma estrutura tri-fatorial, de acordo com a concetualização de burnout proposta por Maslach e seus colaboradores. (10, 12, 22, 24)

O IBM (versão para profissionais na área da saúde) é uma escala de auto-avaliação, do tipo Likert, em que é pedido ao profissional que em sete possibilidades (0/nunca a 6/sempre) avalie a frequência com que experiencia um conjunto de sentimentos ou atitudes expressos em 22 itens. (9, 11, 12, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33)

O IBM divide-se em três sub-escalas. A subescala da exaustão emocional é composta por nove itens, a subescala da realização pessoal é composta por oito itens e a subescala da despersonalização é composta por cinco itens. (9, 11, 12, 21, 23, 25, 29, 30, 31, 32, 33)

A presença de burnout reflete-se numa pontuação elevada nas subescalas exaustão emocional e despersonalização e uma pontuação baixa na subescala realização pessoal. (9, 11, 22, 23, 25, 29, 30, 31, 32, 33) O quadro 1 especifica o score das subescalas avaliadas pelo IBM. No entanto, o IBM não permite o cálculo de uma pontuação global de burnout. (22, 24) O IBM foi traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa por CRUZ & MELO em 1996. (11)

Inventário de Burnout de Maslach			
	Exaustão emocional	Realização pessoal	Despersonalização
Grau Baixo	≤ 18	≥ 40	≤ 5
Grau Moderado	19 - 26	34 - 39	6 - 9
Grau Elevado	≥ 27	≤ 33	≥ 10

Quadro 1: Score das subescalas avaliadas pelo IBM. (23, 25, 30, 31)

2.3. FATORES FACILITADORES / DESENCADEANTES DA SÍNDROME DE BURNOUT

De um modo genérico, os fatores facilitadores/desencadeantes responsáveis pelo desenvolvimento da Síndrome de Burnout agrupam-se em quatro categorias: fatores pessoais ou de personalidade, fatores sociodemográficos, fatores profissionais e fatores institucionais/organizacionais.

O fatores pessoais ou de personalidade que podem potenciar o desenvolvimento de Síndrome de Burnout dizem respeito a:

- acontecimentos stressantes na vida pessoal ou profissional, em particular os não resolvidos;
- situações de lutos não resolvidos;
- personalidade empática, sensível, humana, idealista, altruísta, obsessiva, entusiasta e suscetível de identificar-se com os outros;
- estratégias de *coping* efetivas pouco desenvolvidas;
- *locus* de controlo externo;
- 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;
- neuroticismo. (12, 29, 34, 35)

Os fatores sociodemográficos associados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout dizem respeito:

- ao género (o sexo feminino é mais propenso que o masculino, devido a fatores psicológicos e culturais);
- ao estado civil e existência de filhos (solteiros e sem filhos experienciam níveis mais elevados de burnout);
- à idade (os mais jovens experienciam maior nível de burnout por inexperiência e falta de estratégias de *coping* adequadas);
- à antiguidade no posto de trabalho e na profissão (indivíduos mais velhos experienciam menos burnout por aumento da satisfação laboral e aumento da efetividade das estratégias de *coping*);
- à religião e à espiritualidade (diminuem a prevalência de burnout). (12, 23, 25, 28, 29, 30, 35, 36, 37, 38)

Os fatores profissionais que podem facilitar o desenvolvimento da Síndrome de Burnout são:

- contacto intenso e prolongado com doentes e seus familiares;
- exigência emocional na relação com doentes e seus familiares;
- confronto continuado com a doença crónica e terminal, a vulnerabilidade, o sofrimento, a perda, a morte e o luto;
- sensação de prestar cuidados não satisfatórios e de disponibilizar pouco tempo a cada doente;
- sensação de não poder fazer nada ou poder fazer muito pouco;
- baixo nível de satisfação laboral;
- dificuldade na comunicação e na transmissão de más notícias;
- dilemas éticos;
- problemas de comunicação com doentes e seus familiares;
- falta de treino/formação avançada;
- falta de reconhecimento pelo seu trabalho;
- conflitos na equipa e falta de coesão de grupo;
- má qualidade das relações da equipa, nomeadamente no relacionamento com chefia, colegas e subordinados;
- problemas de comunicação dentro da equipa;
- ambiguidade e conflito de papéis;
- indefinição de funções;
- falta de inovação e estímulo. (9, 12, 13, 14, 19, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43)

Os fatores institucionais/organizacionais associados ao desencadeamento de Síndrome de Burnout relacionam-se com:

- a realidade dos serviços contrasta com as expectativas pessoais;
- dotação de recursos humanos inadequada, originando sobrecarga laboral;
- ausência de tempo livre, de pausas e de férias;
- pressão assistencial;
- padronização de procedimentos;
- longas jornadas de trabalho e turnos rotativos;

- escassez de recursos humanos e materiais;
- falta de autonomia;
- falta de participação no planeamento e tomada de decisão;
- falta de apoio social, emocional e institucional;
- pressões burocráticas;
- insatisfação com o estilo de liderança, a gestão e a supervisão;
- poucas probabilidades de promoção e de formação;
- inadequado ambiente físico (ruído, iluminação, temperatura, higiene, toxicidade, disponibilidade de espaço). (9, 12, 13, 14, 19, 25, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 40, 42, 44, 45)

A perspetiva psicossocial considera a Síndrome de Burnout como um processo contínuo, que se desenvolve através da interação das características pessoais, sociodemográficas, institucionais e organizacionais, desenvolvendo-se em quatro fases distintas:

- entusiasmo/idealismo - as pretensões, as ilusões e as expectativas são elevadas; há um grande dispêndio de energia, mas mantém-se o distanciamento dos problemas;
- estagnação/distanciamento - o entusiasmo diminui, aumenta a antecipação das dificuldades, aparece o espírito crítico e surge a fadiga;
- frustração - coloca-se em causa o significado do trabalho e a utilidade enquanto profissional, surgem perturbações somáticas e alterações comportamentais;
- apatia - a frustração mantém-se, inicia-se a sensação de fracasso, falha a realização das funções profissionais e inicia-se a descompensação psicológica. (9, 10, 12, 17, 28, 46)

2.4. SINAIS E SINTOMAS DE SÍNDROME DE BURNOUT

O burnout pode por em causa a qualidade dos cuidados assistenciais aos doentes, as interações com os outros (devido ao distanciamento e comunicação pobre), assim como acarretar sérias consequências para a saúde e o bem-estar do profissional, tal como danos para a instituição. (16, 47, 48)

Devido ao amplo leque de possibilidades, não existe um padrão restrito de sinais e sintomas da Síndrome de Burnout, uma vez que dependem das características da personalidade de cada indivíduo e do contexto envolvente.

O stress continuado origina a Síndrome de Burnout e esta provoca alterações no indivíduo a três níveis: alterações ao nível individual, alterações ao nível interpessoal e alterações ao nível profissional/organizacional.

As alterações observadas ao nível individual podem ser de âmbito físico, psicológico, cognitivo, motivacional e comportamental, como discriminado no quadro 2.

Alterações ao nível individual	
Físicas	Psicológicas
Cefaleias; Tonturas/vertigens;	Ansiedade; Choro fácil;

Astenia; Fadiga crónica; Irritabilidade; Agitação, tiques nervosos; Palpitações; Insónia; Alterações gastrointestinais (náuseas, perda de apetite); Lombalgia/Mialgia; Alterações de peso; Alterações menstruais; Problemas sexuais; Respiração tensa, falta de ar, reações asmáticas; Aumento do risco de problemas cardíacos, dermatológicos, imunológicos; Agravamento de doenças crónicas; Lesões por comportamentos de risco.		Humor depressivo e instável; Diminuição da auto-estima; Ideação suicida; Diminuição do controlo emocional; Exaustão emocional; Sentimento de afastamento e indiferença; Pessimismo e culpa; Alteração de valores; Perda dos objetivos.
Cognitivas	Motivacionais	Comportamentais
Sentimentos de impotência, insuficiência e insucesso; Perda de significado e esperança; Incapacidade de atenção, concentração e memória; Pensamento rígido e esquemático; Dificuldade em realizar tarefas complexas; Dificuldade em tomar decisões; Diminuição da tolerância à frustração; Intelectualização.	Perda de interesse, entusiasmo, empenho e idealismo; Desilusão; Desencorajamento; Resignação; Desapontamento; Aborrecimento; Desmoralização.	Cinismo, alheamento, hostilidade; Frustração e raiva; Hiperatividade e impulsividade; Aumento do consumo de álcool, café, tabaco, medicamentos e drogas ilícitas; Comportamentos de risco; Aumento de acidentes; Abandono das atividades recreativas e sociais; Queixas compulsivas.

Quadro 2: Alterações ao nível individual. (9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 24, 28, 35, 36, 38, 44, 49)

As alterações observadas ao nível interpessoal podem ser de âmbito psicológico, motivacional, cognitivo e comportamental, como discriminado no quadro 3.

Alterações ao nível interpessoal	
Psicológicas	Motivacionais
Irritabilidade; Insensibilidade;	Perda de interesse; Desânimo;

Fraca resposta emocional (frieza); Diminuição da empatia; Diminuição da expressão de emoções.	Indiferença pelos problemas dos doentes; Uso dos doentes para as suas necessidades pessoais e sociais.
Cognitivas	Comportamentais
Perceção cínica e desumana dos doentes; Negativismo e pessimismo em relação aos doentes; Criação de estereótipos acerca dos doentes; Culpabilizar os outros; Aparência de grandiosidade e de retidão; Martírio, hostilidade, suspeição, projeção e paranóia.	Propensão para comportamentos violentos e explosivos; Agressividade verbal; Conflitos interpessoais, conjugais e familiares; Afastamento nas relações profissionais; Isolamento e afastamento social; Expressões de desespero, impotência, abandono, falta de sentido; Distanciamento e indiferença; Dependência emocional; Humor desadequado.

Quadro 3: Alterações ao nível interpessoal. (9, 10, 12, 17, 19, 28, 38, 49)

As alterações observadas ao nível profissional/organizacional podem ser de âmbito psicológico, cognitivo, comportamental e motivacional, como discriminado no quadro 4.

Alterações ao nível profissional / organizacional	
Psicológicas	Cognitivas
Insatisfação profissional; Deceção profissional.	Cinismo acerca das tarefas no trabalho; Sentimento de desvalorização; Desconfiança em relação aos colegas, chefia, gestão.
Comportamentais	Motivacionais
Deterioração da qualidade assistencial; Baixo rendimento e produtividade no trabalho; Redução da eficiência; Resistência à mudança; Inabilidade para a organização; Ver frequentemente o relógio; Falta de pontualidade; Aumento de ausências sem autorização; Absentismo laboral; Baixas médicas prolongadas; Pedido de reforma antecipada.	Perda de motivação para trabalhar; Resistência na ida para o trabalho; Diminuição da iniciativa no trabalho; Baixo moral.

Quadro 4: Alterações ao nível profissional/organizacional. (10, 11, 12, 13, 17, 19, 24, 28, 35, 38)

2.5. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA SÍNDROME DE BURNOUT

A introspeção é o pilar da prevenção e tratamento da Síndrome de Burnout, uma vez que o primeiro passo consiste na deteção precoce da sua existência, através do reconhecimento da sintomatologia e da análise as possíveis causas associadas.

O segundo passo consiste em definir qual a melhor estratégia a utilizar. As estratégias disponíveis são muitas, pelo que é primordial eleger cuidadosamente as mais adequadas a cada situação específica.

Os cuidados disponíveis na prevenção e tratamento da Síndrome de Burnout dividem-se em três categorias: cuidados a nível individual, cuidados a nível profissional e cuidados a nível organizacional.

Os cuidados a nível individual encontram-se enumerados no quadro 5.

Cuidados a nível individual
<p>Monitorizar e reconhecer os sintomas precocemente;</p> <p>Promover uma alimentação equilibrada;</p> <p>Praticar exercício físico regular (ex. ioga, <i>tai chi</i>, <i>jogging</i>, ...);</p> <p>Praticar técnicas de relaxamento</p> <p>Manter a energia, atitude positiva e o sentido de humor;</p> <p>Respeitar os períodos de descanso (pausas, férias);</p> <p>Promover períodos de descanso e sono adequados;</p> <p>Manter a espiritualidade (introspeção, meditação, reflexão);</p> <p>Manter a crença na religião;</p> <p>Promover o contacto com a natureza;</p> <p>Promover e vigiar a saúde;</p> <p>Aprender a cuidar de si antes de cuidar dos outros;</p> <p>Promover o relacionamento com a família e amigos;</p> <p>Resolver efetivamente os lutos e as perdas;</p> <p>Promover a assertividade;</p> <p>Realizar formação em resolução de problemas e em gestão eficiente do tempo;</p> <p>Solicitar apoio psicológico e social;</p> <p>Desenvolver/melhorar estratégias de <i>coping</i> focadas nas emoções (reflexão, reinterpretação positiva, aceitação, competência, controlo, aconselhamento, retirar prazer do trabalho) e focadas nos problemas (planeamento, competências organizacionais, competências na gestão do tempo);</p> <p>Realizar distrações extralaborais: arte, leitura, escrita, música, bricolage, cozinha, jardinagem, programas dirigidos à aprendizagem de expressão das emoções.</p>

Quadro 5: Cuidados a nível individual. (12, 16, 17, 19, 26, 27, 28, 35, 37, 38, 40, 43, 44, 46, 47, 49)

Os cuidados a nível profissional encontram-se enumerados no quadro 6.

Cuidados a nível profissional

Ser honesto consigo mesmo, saber perdoar e perdoar-se;
Aprender a gerir os conflitos;
Aprender a expressar sentimentos, medos e frustrações;
Saber aceitar os seus limites e os dos outros;
Estabelecer limites, objetivos e expectativas realistas em relação aos doentes e colegas;
Promover a comunicação eficaz;
Promover os relacionamentos com a equipa, o apoio interdisciplinar, a camaradagem;
Fomentar o sentido de pertença e o espírito de equipa, com promoção de relações francas e abertas;
Fomentar um ambiente de trabalho que facilite o espírito de entreaajuda entre os colegas;
Fomentar o apoio social entre colegas e chefes;
Promover reunião diária da equipa, com partilha entre pares;
Promover reunião multidisciplinar regular para discutir e partilhar com os colegas problemas comuns;
Organizar atividades sociais e de recreação em equipa, fora do contexto de trabalho;
Alterar os métodos de prestação de cuidados;
Redefinir motivações, estilo e ritmo de trabalho;
Reduzir as longas jornadas de trabalho e o excesso de trabalho extraordinário;
Estabelecer pausas durante a jornada de trabalho;
Aumentar a competência profissional através da investigação e formação continua;
Promover workshops sobre gestão do stress e formação em treino de técnicas de comunicação;
Saber pedir ajuda e saber oferecê-la;
Solicitar apoio psicológico (individual ou em grupo) aos colegas ou a elementos externos à equipa;
Criar grupos de apoio para psicoterapia de grupo;
Solicitar aconselhamento profissional por especialistas de ajuda externos (psicólogo, psiquiatra);
Mudar de posto de trabalho dentro ou fora da instituição;
Solicitar licenças sabáticas.

Quadro 6: Cuidados a nível profissional. (12, 14, 17, 19, 26, 28, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 44, 46, 47, 49, 50, 51)

Os cuidados a nível organizacional encontram-se enumerados no quadro 7.

Cuidados a nível organizacional

Aumentar as condições de trabalho atrativas e gratificantes;
Promover dotações de recursos humanos adequadas;
Implementar sistemas de avaliação justos;
Promover a participação na tomada de decisões laborais e fixação de objetivos;
Promover oportunidades de promoção;

Investir na formação e treino contínuos;
Selecionar os funcionários de acordo com a sua formação;
Diminuir a burocracia;
Clarificar as funções e papéis de cada funcionário;
Promover um estilo de liderança eficaz;
Respeitar os tempos de pausa durante a jornada de trabalho;
Elaborar horário de trabalho por turnos de forma regular, respeitando as pausas entre turnos;
Respeitar os períodos de férias e de descansos semanais;
Promover a rotação de trabalho;
Promover projetos de socialização;
Promover atividades de acompanhamento e supervisão da equipa por um elemento externo.

Quadro 7: Cuidados a nível organizacional. ^(9, 12, 16, 19, 28, 36, 44, 47, 49, 50, 51)

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO / TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO: ENTRE A EUFORIA E O DESESPERO - INCIDÊNCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL DO FUNDÃO (CHCB)

Não são apenas os doentes e suas famílias os únicos acometidos por situações de stress quando confrontados com a doença em estado terminal e a morte, mas também aqueles por quem são cuidados. Os profissionais de saúde experienciam níveis de stress elevados como consequência da intensidade do seu trabalho, do ambiente que o circunda, do envolvimento nos cuidados e das responsabilidades associadas aos mesmos.

A prestação de cuidados paliativos pode levar os profissionais de saúde a um estado de exaustão física, psicológica e emocional, propiciando uma viagem entre euforia e o desespero com consequências funestas no desempenho profissional e pessoal. Deste modo, 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 pouco adequadas.

De acordo com a bibliografia e os estudos consultados, apesar dos elevados níveis de stress a que os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos se encontram expostos, estes apresentam igual ou menor nível de burnout do que profissionais que exercem a sua prática em outras áreas assistenciais. ^(9, 12, 26, 29, 35, 37, 48, 51)

Os fatores apontados como elementos protetores contra o desenvolvimento de Síndrome de Burnout prende-se com:

- a interiorização da filosofia dos cuidados paliativos;
- a realização e enriquecimento pessoal, relacionado com o facto de cuidar daqueles que estão a morrer e ajudar os seus familiares ser percecionado como gratificante;
- a satisfação laboral;
- o reconhecimento prévio do potencial de stress inerente a esta área do cuidar;
- reconhecimento precoce dos fatores facilitadores/desencadeadores de burnout;
- o desenvolvimento de estratégias pessoais e organizacionais adequadas;
- a implementação precoce de programas de apoio e suporte social e psicológico à equipa multidisciplinar. ^(9, 12, 26, 29, 35, 37, 48, 51)

Iniciamos o nosso projeto de intervenção com um levantamento da existência ou não de Síndrome de Burnout, aplicando para o feito o Inventário de Burnout de Maslach, no sentido de realizarmos um diagnóstico da situação.

3.1. METODOLOGIA

De acordo com FORTIN (1999:131) a metodologia “*consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação*”.⁽⁵²⁾

Ao estabelecer a metodologia foram considerados os seguintes elementos: a questão de investigação, as hipóteses, o tipo de estudo, as variáveis, a especificação da população e da amostra, o meio onde o estudo foi desenvolvido, a apresentação dos instrumentos de colheita de dados, o tratamento de dados e as questões éticas.⁽⁵²⁾

3.1.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Segundo FORTIN (1999:101) a questão de investigação “*é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar*.”⁽⁵²⁾ Deste modo, foi formulada a seguinte questão de investigação: “*Qual é o grau de burnout presente nos profissionais de saúde que exercem funções no HF - CHCB?*”

3.1.2. HIPÓTESE

De acordo com FORTIN (1999:102) uma hipótese

“é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis. (...) A hipótese combina o problema e o objetivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo. (...) Diferencia-se da questão de investigação pelo facto de que prediz os resultados do estudo, os quais indicam se a hipótese é confirmada ou infirmada.”⁽⁵²⁾

Deste modo, foi formulada a seguinte hipótese para o trabalho de investigação: “*A incidência de Síndrome de Burnout nos profissionais que trabalham no serviço de Medicina Interna (piso 1) é semelhante à incidência de Síndrome de Burnout dos profissionais que trabalham nos restantes serviços do HF - CHCB.*”

3.1.3. TIPO DE ESTUDO

De acordo com vários autores, os estudos de investigação dividem-se em duas grandes categorias: estudos analíticos e estudos descritivos.^(53, 54) Segundo RUBINSTEIN [s.d.] os estudos descritivos visam a descrição de frequências sem procurar quais os fatores causais, enquanto os estudos analíticos pretendem procurar os fatores causais ou de associação.⁽⁵³⁾

Segundo FORTIN (1999:135) “*é a questão de investigação que dita o método apropriado ao estudo de um fenómeno*.” Deste modo, o trabalho de investigação elaborado enquadra-se num tipo de estudo analítico.⁽⁵²⁾

3.1.4. VARIÁVEIS

Segundo FORTIN (1999:36) “*as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação*” e às quais são atribuídos valores numéricos.⁽⁵²⁾ Estas podem ser classificadas em três tipos: variáveis

independentes e dependentes, variáveis atributo e variáveis estranhas. “A *variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente*” (FORTIN, 1999:37).⁽⁵²⁾ As variáveis atributo habitualmente são as características demográficas dos indivíduos. As variáveis estranhas são as que podem produzir efeitos inesperados e alterar os resultados da investigação, tais como variáveis ambientais, sociais ou características individuais dos sujeitos.⁽⁵²⁾

No trabalho de investigação desenvolvido foram consideradas como variáveis dependentes as três componentes do IBM: exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização. As variáveis independentes consideradas foram o grupo profissional e o serviço onde trabalha. A idade profissional e o género foram consideradas variáveis atributo.

3.1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com FORTIN (1999), a população alvo é formada pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.⁽⁵²⁾

A população alvo foi constituída pelas equipas multidisciplinares que exercem funções no HF - CHCB.

De acordo com FORTIN (1999: 202) “a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”. Existem duas categorias de amostras: probabilísticas (aleatória simples, aleatória estratificada, em cachos e sistemática) e não probabilísticas (acidental, por quotas, por seleção racional e por redes).⁽⁵²⁾

A amostra não probabilística acidental é um tipo de amostra “*formada por sujeitos ou elementos que são facilmente acessíveis e presentes num preciso momento*” (FORTIN, 1999:213) e em que “*os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado*” (FORTIN, 1999: 208).⁽⁵²⁾

A amostra do presente trabalho é do tipo não probabilístico acidental e diz respeito à totalidade dos profissionais que colaboraram no preenchimento do instrumento de colheita de dados (N = 50).

3.1.6. CARATERÍSTICAS DO LOCAL DE ESTUDO

Um dos principais elementos de uma metodologia é a definição e a justificação do meio onde decorre o estudo.⁽⁵²⁾

O local selecionado foi o HF - CHCB, por integrar no Serviço de Medicina Interna (piso 1) o Serviço de Medicina Paliativa e também por ser o local determinado para a realização da prática clínica inserida no plano de estudos do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos.

3.1.7. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A variedade de fenómenos sobre a qual uma investigação pode incidir requer o acesso a inúmeros métodos e instrumentos de colheita de dados. “A *natureza do problema de*

investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar.” (FORTIN, 1999:239)

⁽⁵²⁾ Os fenômenos que o investigador quer avaliar devem ser traduzidos em conceitos que possam ser medidos, observados ou registrados. Se for utilizado o método mais adequado, a validade das conclusões é facilmente testada. ⁽⁵⁵⁾

Os fatores a ter em conta num instrumento de colheita de dados são: o objeto de estudo, o nível de conhecimento sobre as variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e validade dos instrumentos de medida. ⁽⁵²⁾

As escalas de medida destinam-se a medir um conceito ou uma característica do indivíduo e são compostas por um conjunto de itens aos quais é atribuído um grau numérico que varia entre um valor mínimo e um valor máximo. *“Os scores na escala permitem comparações entre os indivíduos relativamente ao fenómeno ou ao conceito examinado.”* (FORTIN, 1999:256). ⁽⁵²⁾

No trabalho de investigação o instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, no qual se incluiu, além das variáveis sociodemográficas, o IBM (Apêndice I). O questionário foi aplicada aos profissionais das equipas multidisciplinares do HF - CHCB no período de 01/04 a 31/05/2012.

3.1.8. TRATAMENTO DE DADOS

A estatística *“é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos”*, ou seja, consiste em atribuir valores numéricos ao objeto de investigação, segundo determinadas regras de medida de correspondência. Permite também, ao resumir de forma estruturada a informação numérica, obter uma imagem geral das variáveis medidas e *“determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde esta foi tirada”* (FORTIN, 1999:269). ⁽⁵²⁾

Os dados quantitativos obtidos a partir da colheita de dados efetuada foram submetidos a análise por meio de métodos estatísticos e interpretados de modo a atribuir sentido aos resultados, implicando-os num contexto maior e relacionando-os com as bases teóricas e conceptuais pré-existentes. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. ⁽⁵⁶⁾

3.1.9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

“Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina diretamente a natureza dos problemas que se podem colocar.” (FORTIN, 1999:113) ⁽⁵²⁾ A investigação pode acarretar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Deste modo, torna-se imperioso tomar as devidas precauções para proteger esses mesmos direitos e liberdades, dos quais se destaca o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, o direito a um tratamento justo e equitativo. ⁽⁵²⁾

Aos profissionais incluídos na amostra do trabalho de investigação foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos.

No âmbito do trabalho de investigação desenvolvido foi solicitada ao Conselho de Administração do CHCB a autorização para a colheita de dados no período de 01/04 a 31/05/2012, cujo pedido foi deferido com parecer positivo (Apêndice II).

3.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma vez terminada a colheita dos dados e o respetivo tratamento estatístico dos mesmos, segundo FORTIN (1999:329), a etapa seguinte "*consiste em apresentar os resultados e interpretá-los à luz das questões de investigação ou das hipóteses formuladas*".⁽⁵²⁾

No período estipulado para a aplicação do instrumento de colheita de dados e recolha dos mesmos, que decorreu entre 01/04 e 31/05/2012, responderam ao questionário 50 profissionais.

No que respeita à caracterização da amostra em relação ao género, esta é maioritariamente feminina, sendo constituída por 47 profissionais do sexo feminino (94%) e 3 do sexo masculino (6%) (Apêndice III - Tabela 1).

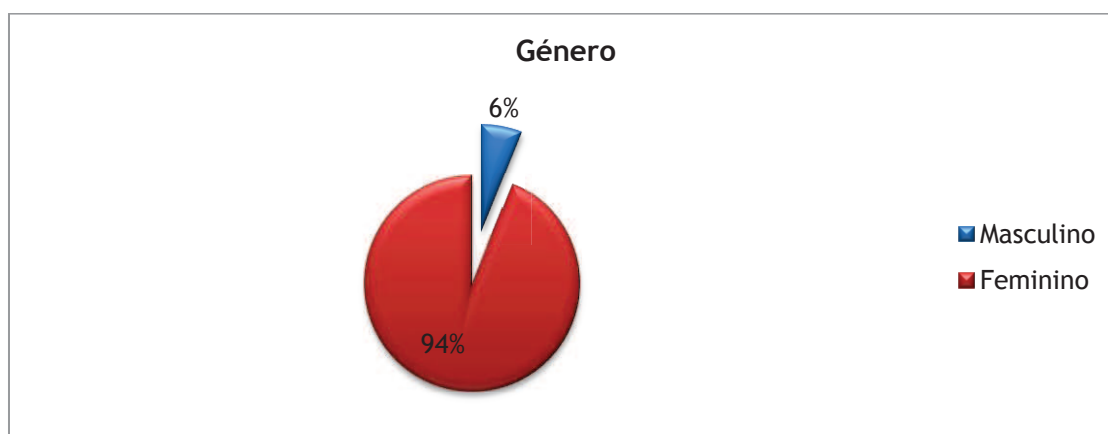


Gráfico 1: Distribuição da amostra relativamente ao género.

Os grupos profissionais com maior representatividade são o grupo profissional dos enfermeiros (50%), seguido dos auxiliares de ação médica (30%). (Apêndice III - Tabela 2).

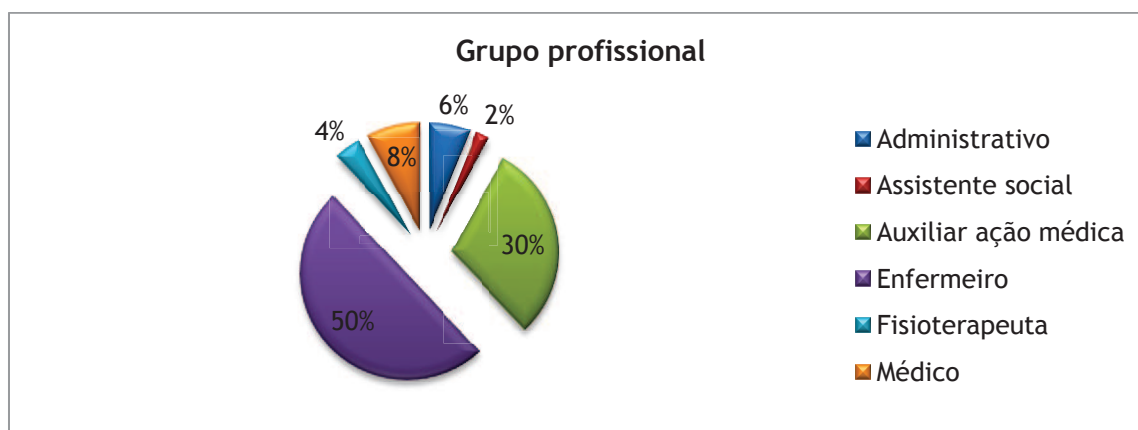


Gráfico 2: Distribuição da amostra relativamente ao grupo profissional.

Relativamente à idade profissional a maior fatia da amostra exerce a profissão entre 6 a 10 anos (32%), seguindo-se os profissionais que exercem há mais de 25 anos (26%) (Apêndice III - Tabela 3).

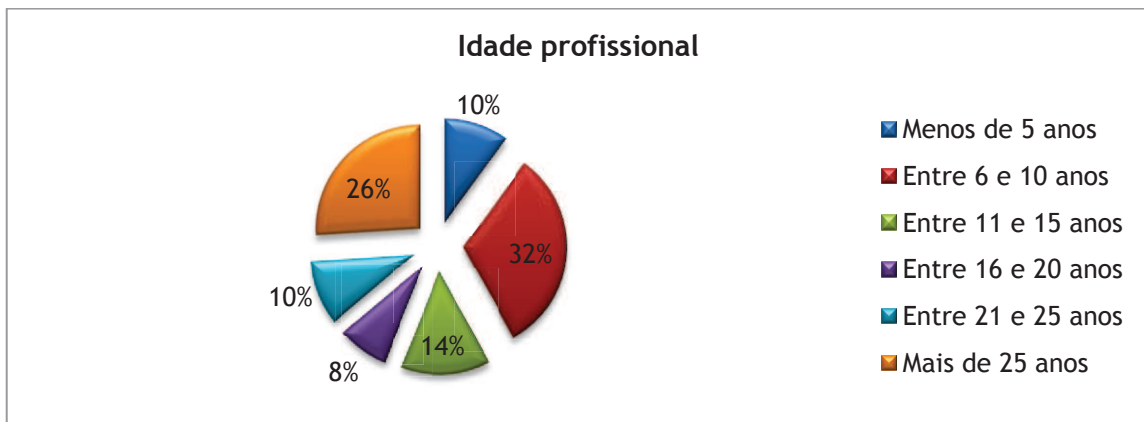


Gráfico 3: Distribuição da amostra relativamente à idade profissional

No que concerne ao serviço onde trabalham, 46% dos inquiridos trabalham no Serviço Medicina Interna (piso 1), seguindo-se os que trabalham no serviço Medicina Interna (piso 2) (40%) (Apêndice III - Tabela 4).

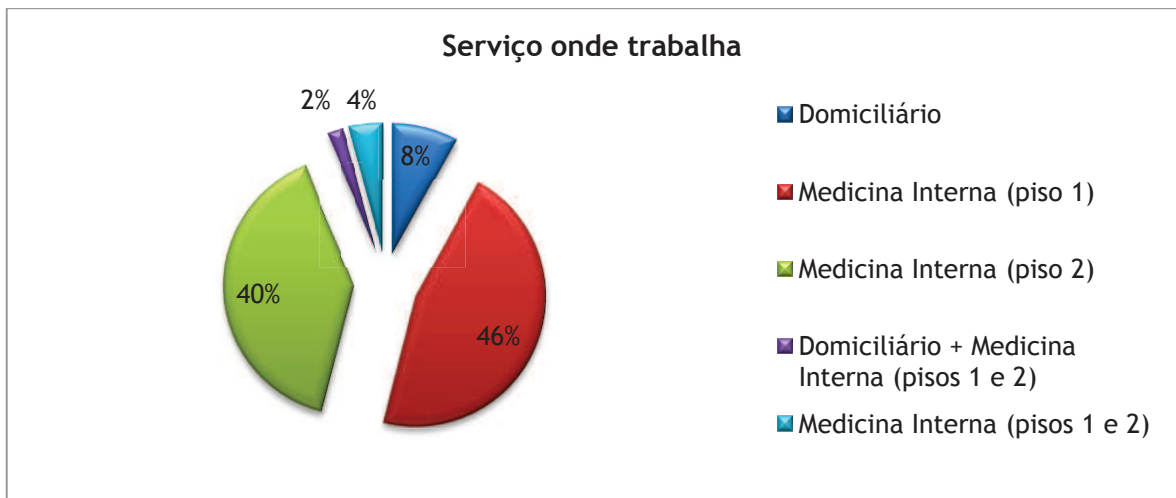


Gráfico 4: Distribuição da amostra relativamente ao serviço onde trabalha

No que diz respeito às três componentes avaliadas pelo IBM, relativamente à exaustão emocional, 80% apresentam grau reduzido, 12% apresentam grau moderado e 8% apresentam grau elevado. Em relação à realização pessoal, 70% apresentam grau elevado e 30% apresentam grau moderado. Quanto à despersonalização, 92% apresentam grau reduzido, 6% apresentam grau moderado e 2% apresentam grau elevado (Apêndice III - Tabela 5).

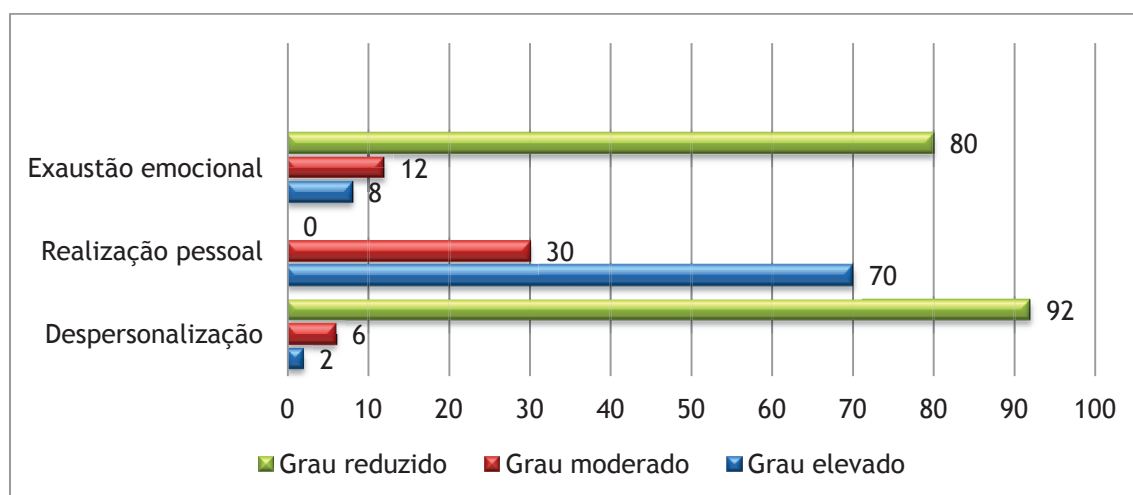


Gráfico 5: Distribuição da amostra relativamente às três componentes do IBM

Seguidamente analisar-se-á individualmente cada uma das componentes do IBM (exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização) em relação às restantes componentes avaliadas (género, grupo profissional, idade profissional e serviço onde trabalha).

3.2.1. EXAUSTÃO EMOCIONAL

No que diz respeito ao **género**, os profissionais do género feminino apresentam 78,8% de exaustão emocional em grau reduzido, e apenas 8,4% apresenta exaustão emocional em grau elevado. A totalidade dos profissionais do género masculino apresentam exaustão emocional em grau reduzido (Apêndice III - Tabela 6).

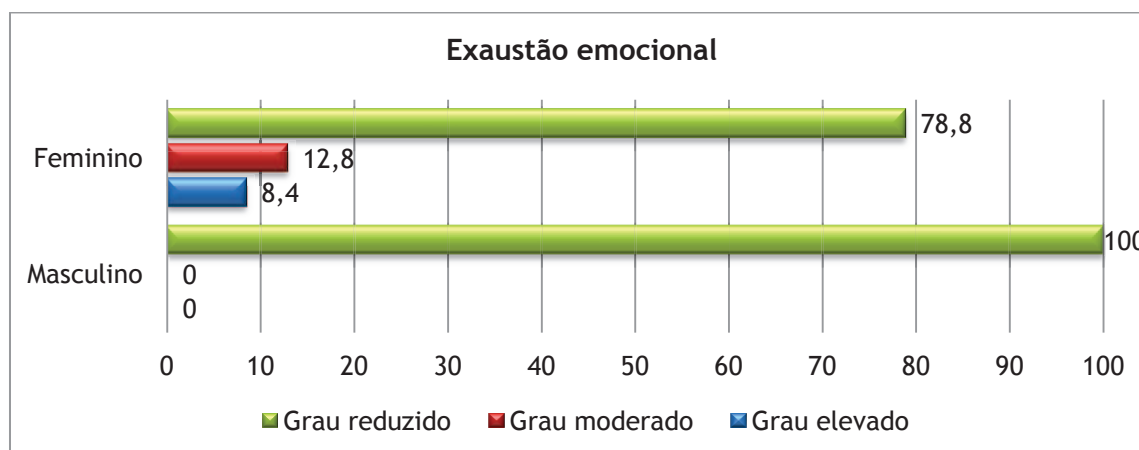


Gráfico 6: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente ao género.

Quanto ao **grupo profissional**, a totalidade dos administrativos, assistente social e fisioterapeutas apresentam exaustão emocional em grau reduzido, seguindo-se 76% dos enfermeiros, 75% dos médicos e 80% das auxiliares de ação médica. Apenas os grupos profissionais dos enfermeiros, médicos e auxiliares de ação médica apresentam exaustão emocional em grau elevado, com respetivamente 8%, 25% e 6,7% (Apêndice III - Tabela 7).

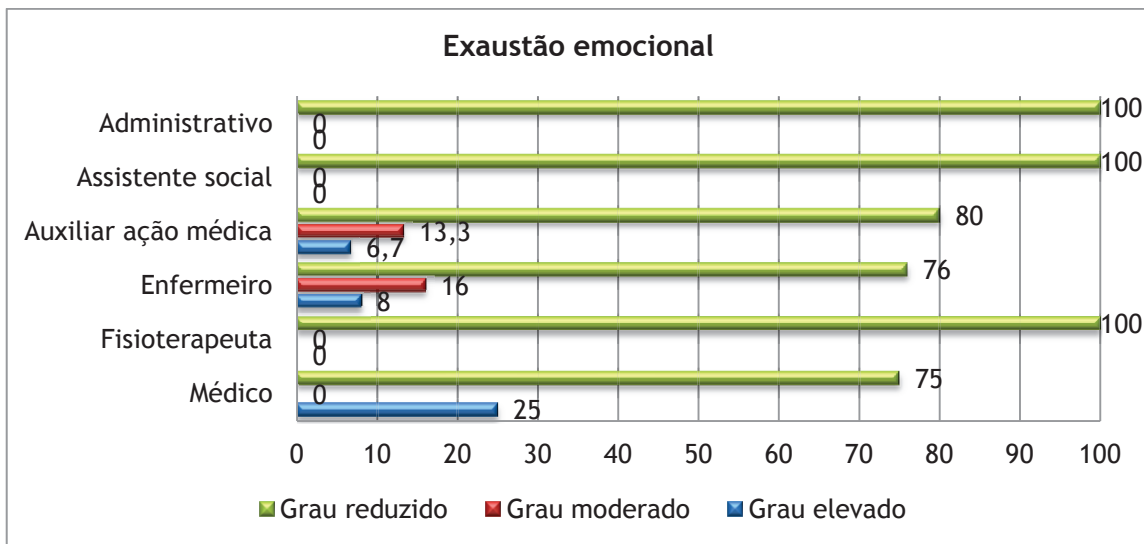


Gráfico 7: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente ao grupo profissional.

Relativamente à **idade profissional**, são os profissionais que exercem há menos de 5 anos e os que exercem entre 21 a 25 anos quem apresenta maior percentagem (100%) relativamente à exaustão emocional em grau reduzido. Os profissionais que apresentam exaustão emocional em grau elevado (28,6%) são os que exercem entre 11 a 15 anos (Apêndice III - Tabela 8).

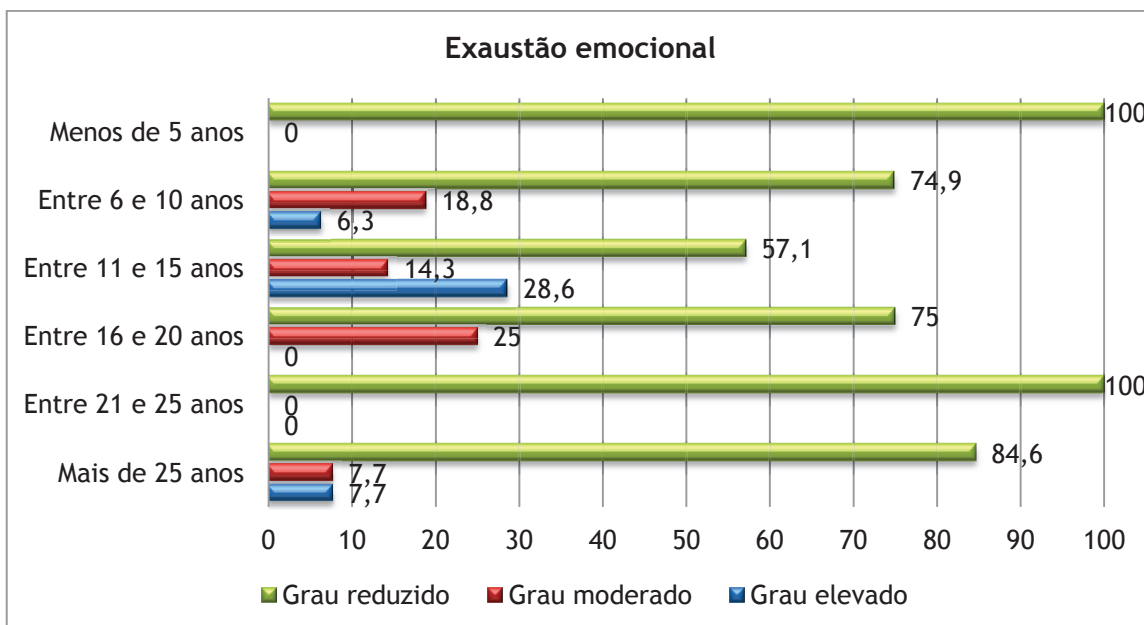


Gráfico 8: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente à idade profissional.

No que concerne ao **serviço onde trabalha** a totalidade dos profissionais que trabalham no Serviço Domiciliário, no Serviço Domiciliário + Medicina Interna (pisos 1 e 2) e no Serviço Medicina Interna (pisos 1 e 2) apresentam exaustão emocional em grau reduzido. Quem apresenta exaustão emocional em grau elevado são 10% dos profissionais que trabalham no Serviço Medicina Interna (piso 2) e 8,7% dos que trabalham no Serviço Medicina Interna (piso 1) (Apêndice III - Tabela 9).

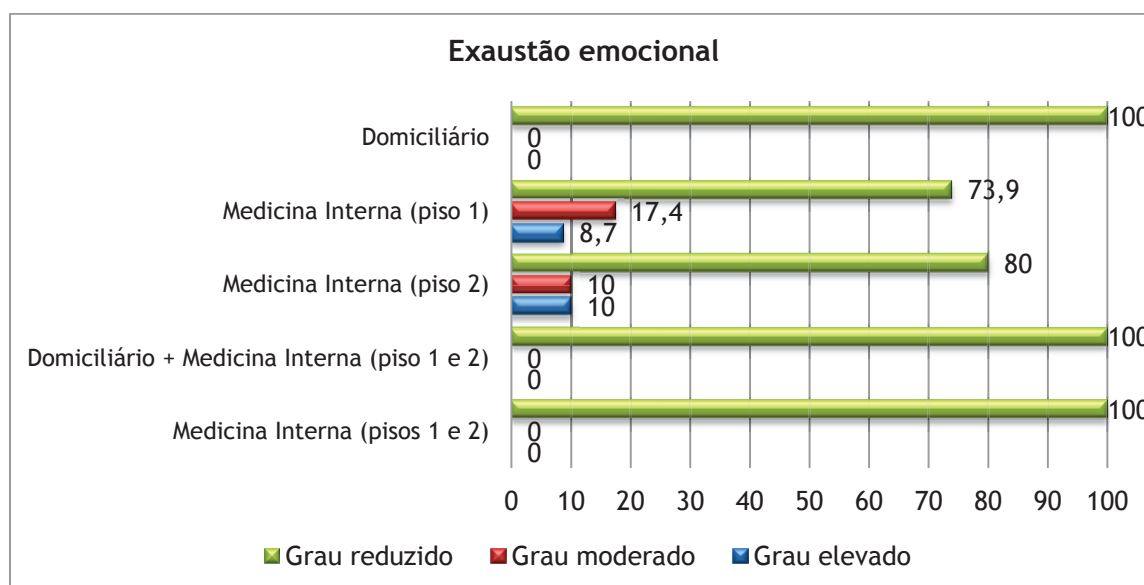


Gráfico 9: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente ao serviço onde trabalha.

3.2.2. REALIZAÇÃO PESSOAL

No que diz respeito ao **género**, as profissionais do género feminino apresentam 68,1% de realização pessoal em grau elevado e 31,9% de realização pessoal em grau moderado. A totalidade dos profissionais do género masculino apresentam realização pessoal em grau elevado (Apêndice III - Tabela 10).

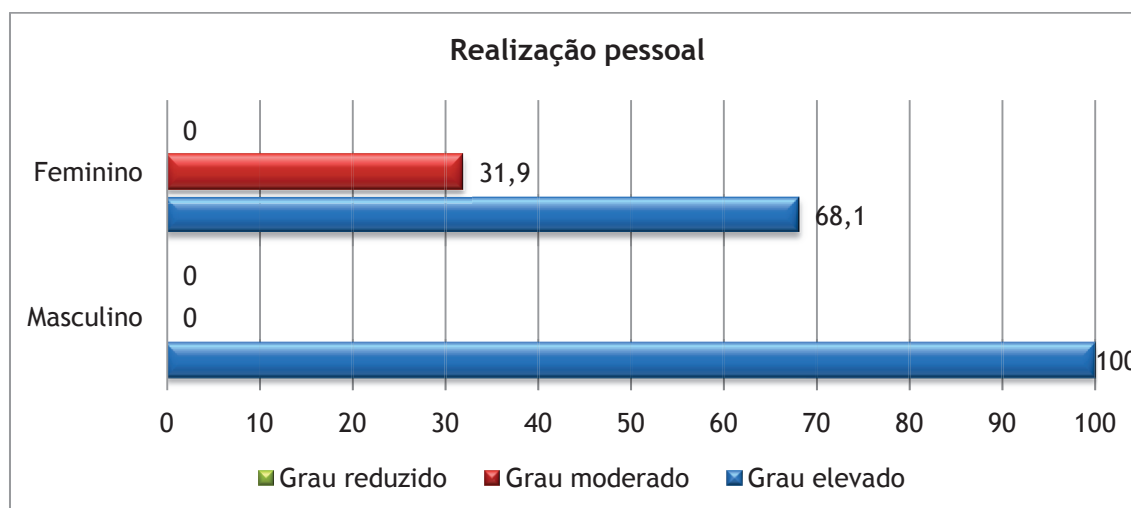


Gráfico 10: Distribuição do score da realização pessoal relativamente ao género.

Quanto ao **grupo profissional**, são os grupos profissionais assistente social, auxiliar de ação médica e enfermeiro quem apresenta maior percentagem no que respeita à realização pessoal em grau elevado (respetivamente 100%, 79,9% e 76%) (Apêndice III - Tabela 11).

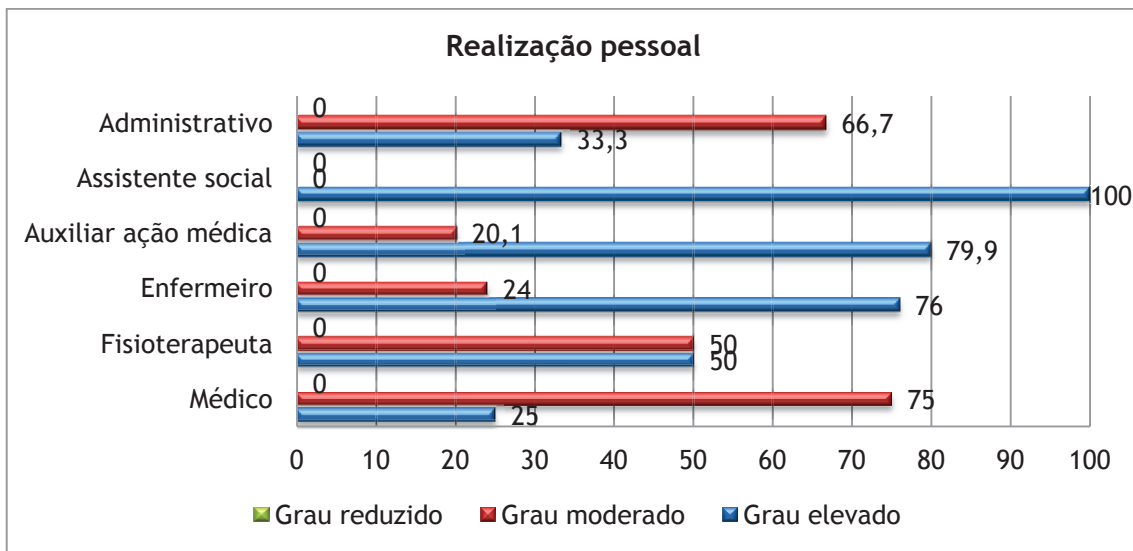


Gráfico 11: Distribuição do score da realização pessoal relativamente ao grupo profissional.

Relativamente à **idade profissional**, são os profissionais que exercem entre 6 e 10 anos, 16 e 20 anos e 21 a 25 anos quem apresenta maior percentagem de exaustão emocional em grau reduzido (respetivamente 93,7%, 75% e 80%). Nenhuma idade profissional apresenta realização pessoal em grau reduzido (Apêndice III - Tabela 12).

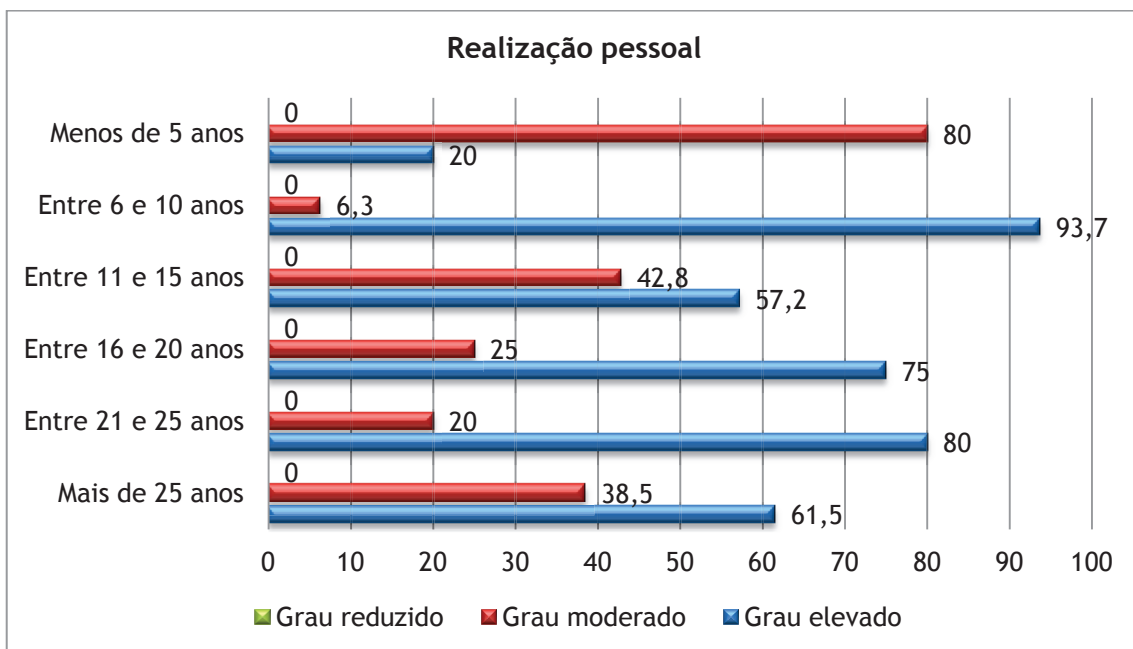


Gráfico 12: Distribuição do score da realização pessoal relativamente à idade profissional.

No que concerne ao **serviço onde trabalha**, 83,7% dos profissionais que trabalham no Serviço Medicina Interna (piso 1) e a totalidade dos que trabalham simultaneamente no Serviço Domiciliário + Serviço Medicina Interna (piso 1 e 2) apresentam realização pessoal em grau elevado. Nenhum profissional apresenta realização pessoal em grau reduzido, relativamente ao serviço onde trabalha (Apêndice III - Tabela 13).

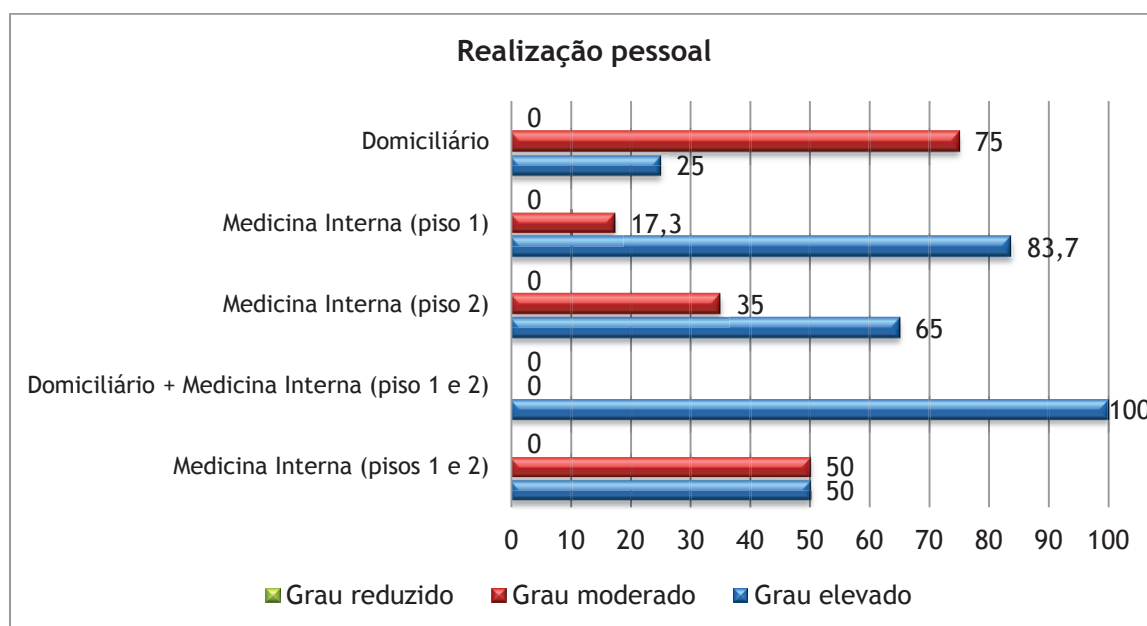


Gráfico 13: Distribuição do score da realização pessoal relativamente ao serviço onde trabalha.

3.2.3. DESPERSONALIZAÇÃO

No que diz respeito ao **género**, 91,5% dos profissionais do género feminino e a totalidade dos profissionais do género masculino apresentam despersonalização em grau reduzido. Apenas 2,1% dos profissionais do género feminino apresentam despersonalização em grau elevado (Apêndice III - Tabela 14).

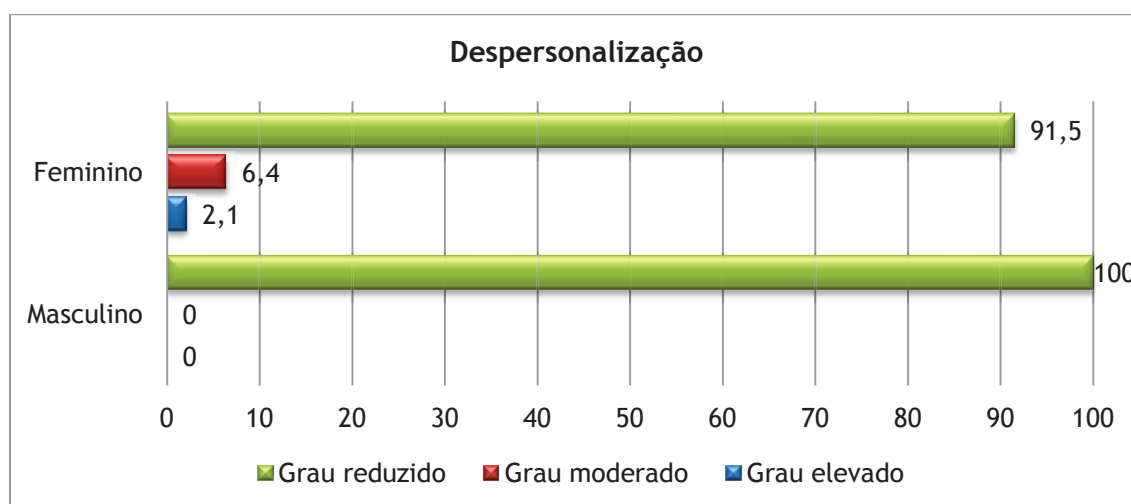


Gráfico 14: Distribuição do score da despersonalização relativamente ao género.

Quanto ao **grupo profissional**, todos os grupos apresentam elevadas percentagens de despersonalização em grau reduzido (entre 86,7 a 100%). Apenas 4% dos enfermeiros apresentam despersonalização em grau elevado (Apêndice III - Tabela 15).

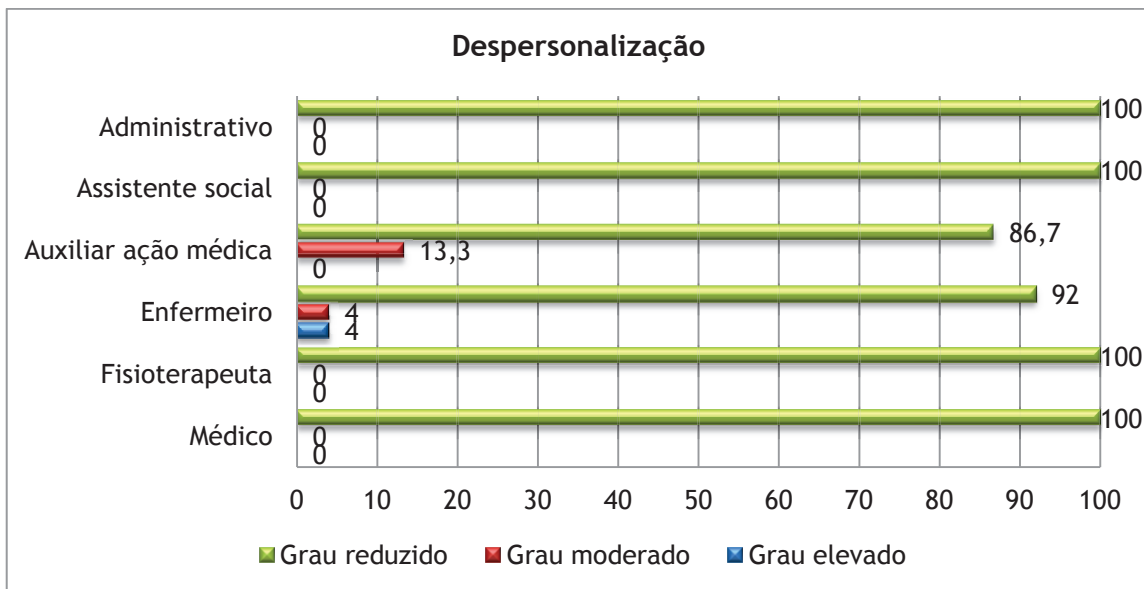


Gráfico 15: Distribuição do score da despersonalização relativamente ao grupo profissional.

Relativamente à **idade profissional**, todas as idades profissionais apresentam elevadas percentagens de despersonalização em grau reduzido (entre 84,6 a 100%). Apenas 6,3% dos profissionais que exercem entre 6 a 10 anos apresentam despersonalização em grau elevado (Apêndice III - Tabela 16).

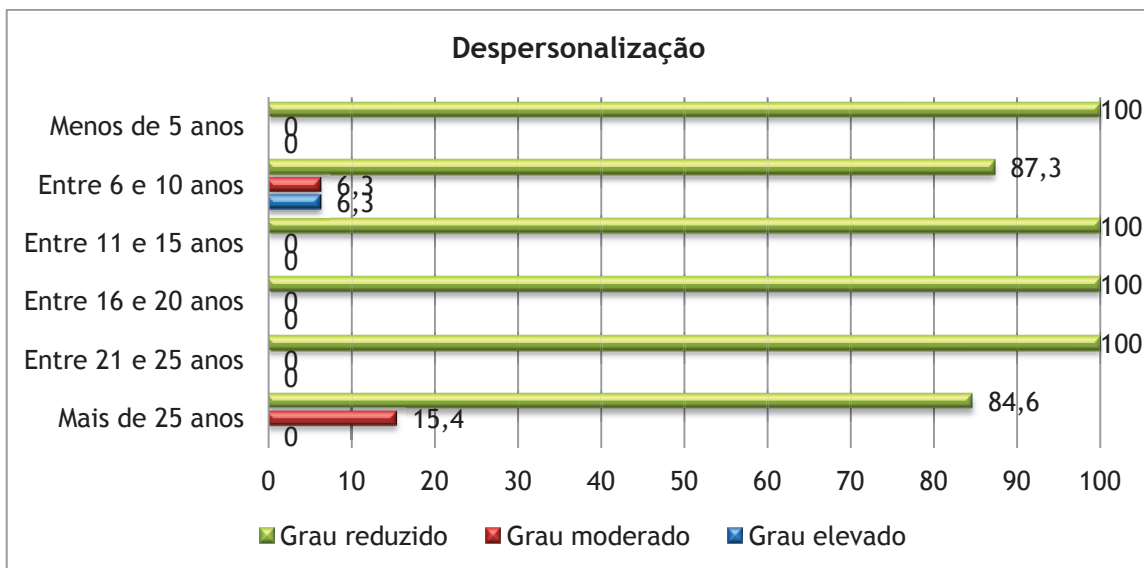


Gráfico 16: Distribuição do score da despersonalização relativamente à idade profissional.

No que concerne ao **serviço onde trabalha**, em todos os serviços se verifica uma elevada percentagem (85 a 100%) de despersonalização em grau reduzido. Apenas 5% dos profissionais que trabalham no Serviço Medicina Interna (piso 2) apresentam despersonalização em grau elevado (Apêndice III - Tabela 17).

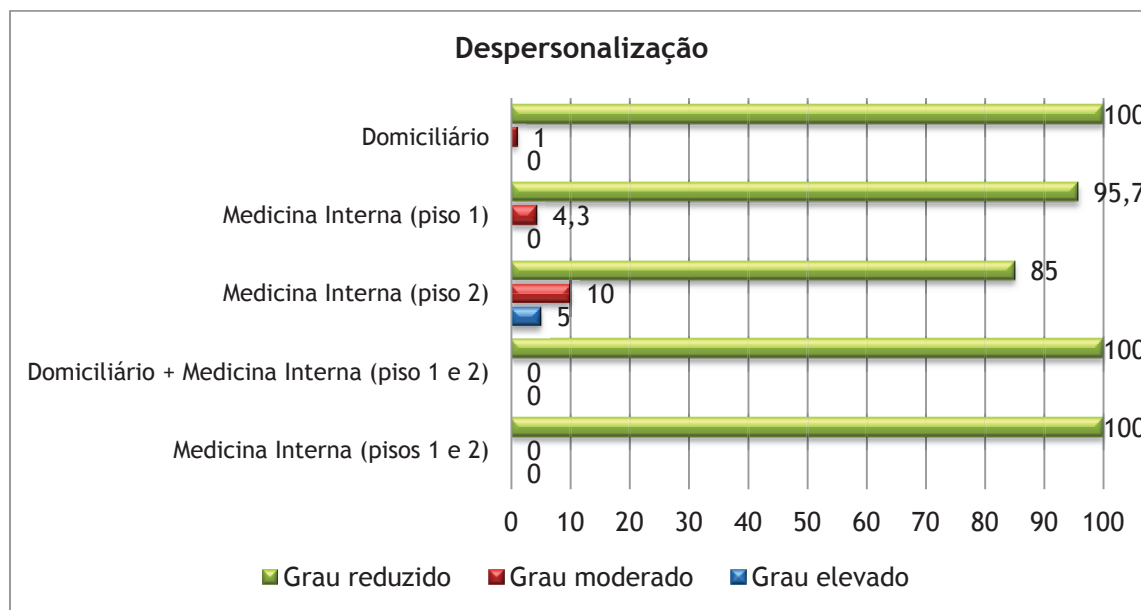


Gráfico 17: Distribuição do score da despersonalização relativamente ao serviço onde trabalha.

Tendo em consideração a definição tridimensional de burnout e a respetiva estrutura trifatorial do IBM, conclui-se que apesar de se verificar pequena percentagem de exaustão emocional em grau elevado nos Serviços de Medicina Interna (pisos 1 e 2), respetivamente 8,7% e 10%, e apenas 5% de despersonalização em grau elevado no Serviço de Medicina Interna (piso 2), a realização pessoal em grau reduzido é inexistente em todos os serviços, o que nos permite afirmar que na amostra analisada não existe nenhum profissional com Síndrome de Burnout.

Tendo em consideração as premissas supramencionadas, quanto à hipótese formulada para o presente trabalho de investigação (*"A incidência de Síndrome de Burnout nos profissionais que trabalham no serviço de Medicina Interna (piso 1) é semelhante à incidência de Síndrome de Burnout dos profissionais que trabalham nos restantes serviços do HF - CHCB"*), os dados apresentados e discutidos permitem-nos confirmar a veracidade da hipótese estabelecida.

Através da conclusão obtida no trabalho de investigação (inexistência de profissionais em burnout) concluiu-se não haver necessidade de implementação de medidas corretivas a título imediato. No entanto, é nosso objetivo a realização, a médio prazo, de uma ação de formação em contexto de serviço sobre a temática do burnout, com o intuito de alertar os profissionais para a possibilidade da sua existência, oferecer um painel de medidas preventivas, tal como apresentar os dados obtidos no trabalho de investigação (Apêndice IV).

Resta acrescentar que a ação de formação não foi efetuada como previsto durante a realização da prática clínica por dificuldade de coordenação de datas entre serviços e por ausência, por motivos de saúde, da enfermeira co-responsável pela orientação do estágio do Mestrado em Cuidados Paliativos no SMP e co-orientadora do presente relatório.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos são uma área cada vez mais relevante e premente na sociedade atual. Neste sentido, a realização da prática clínica foi preponderante para a consolidação de conhecimentos e para a aquisição de competências nas áreas-chave dos cuidados paliativos.

A escolha do SMP enquanto local determinado para a prática clínica não foi fortuita, teve por base o objetivo de transferir ensinamentos apreendidos numa unidade de cuidados paliativos de referência para a instituição onde a discente exerce funções.

Aproveita-se este espaço para fazer uma reflexão, com um sentido pedagógico, de alguns pontos fortes e pontos menos fortes em relação ao contexto da prática clínica. Como pontos fortes realçamos o acolhimento no seio da equipa interdisciplinar do SMP, no final da primeira semana deixamos de ser um elemento estranho e passamos a sentir-nos como o mais recente elemento da equipa. A equipa de enfermagem preza pela sua coesão, pela sua iniciativa em ações que deveriam ser de diligência multidisciplinar, tal como as conferências familiares. Preza ainda pelo seu grande potencial humano e profissional. Quanto a pontos fracos é de realçar que o facto de atualmente o SMP não ser um serviço autónomo e de não possuir uma equipa própria, o traz alguns constrangimentos, nomeadamente na incapacidade de assegurar a presença de elementos com formação avançada em cuidados paliativos em todos os turnos. Na prática observou-se a utilização de uma linguagem e um modo de atuação distintos dentro da mesma equipa, com alguns efeitos nos cuidados prestados ao doente e à sua família.

Deve realçar-se que a maioria dos doentes admitidos apresentou diagnóstico médico de neoplasia (97,66%). O processo de morrer do doente oncológico, ao qual é associada a imagem de sofrimento psíquico e físico (do doente, da família e do próprio profissional) pode conduzir o enfermeiro a pensar na sua própria morte, despertando sentimentos de impotência que questionam o sentido do seu próprio papel ⁽⁵⁷⁾. Este facto pode levar os profissionais de saúde a afastarem-se do contacto com o doente terminal, por já nada haver a fazer pela unidade orgânica viva, colocando de lado a conceção que a terminalidade do ser humano envolve mais aspetos para além do corpo. ⁽⁵⁸⁾ Esta realidade, tão presente em unidade de agudos, onde morrem tantos doentes despidos da sua dignidade, não foi em momento algum observada, nesta unidade, apesar da equipa ser constituída por duas equipas com formação distinta.

Outro ponto menos positivo diz respeito à não realização sistemática, programada e estruturada de reuniões multidisciplinares. Seria pertinente a sua realização frequente para debater os casos clínicos em equipa, contribuindo não só para o enriquecimento da equipa interdisciplinar, mas principalmente para prestação de cuidados em equipa mais efetiva, com o intuito de maximizar o bem-estar dos doentes e famílias/cuidadores.

Em relação ao enquadramento teórico da temática eleita, e de acordo com PENSON *et al* (2000), a Síndrome de Burnout é uma das doenças ocupacionais mais frequentes entre os profissionais de saúde. Os profissionais que exercem a sua atividade na área dos cuidados paliativos encontram-se mais propensos ao desenvolvimento de burnout devido à intensidade do seu trabalho, ao envolvimento relacional com os doentes de quem cuida e seus familiares e às responsabilidades inerentes. ⁽¹⁶⁾

O burnout enquanto estado de esgotamento físico e mental, caracteriza-se por um conjunto de sintomas e respetivas estratégias adaptativas, tais como afastamento e desumanização, alterando o comportamento do profissional no seu local de trabalho, dando origem a baixa produtividade.

As consequências da Síndrome de Burnout afetam não só o profissional de saúde por ela acometido, mas também os doentes de quem cuidam e seus familiares, incrementando a vulnerabilidade de todos os intervenientes. Quando não devidamente prevenida e controlada, as consequências da Síndrome de Burnout acarretam elevados custos pessoais, profissionais e até económicos não apenas para o indivíduo, mas a longo prazo também para equipa onde se encontra inserido, para a instituição e para o sistema de saúde em geral.

De acordo com o Colégio de Cuidados de Enfermagem da Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (1999:51)

"a nossa atividade quotidiana junto de doentes em fim de vida e da sua família é particularmente penosa. Ainda que os poderes públicos pretendam desenvolver uma política de melhoria da qualidade dos cuidados, o contexto socioeconómico de gestão das despesas de saúde cria condições de trabalho cada vez mais difíceis. No quadro do acompanhamento e dos cuidados paliativos, parece-nos vital procurar e utilizar largamente todos os recursos à nossa disposição para um maior bem-estar global, pessoal e profissional. "Cuidar de si" parece ser a condição sine qua non para "cuidar" e cuidar eficazmente, sem se esgotar." ⁽¹⁷⁾

Através da realização do trabalho de investigação contido neste relatório, foi possível concluir que não existia nenhum profissional em burnout, o que nos indica que apesar do vazio que subsiste no apoio aos profissionais que lidam de forma contínua e íntima com a morte e o sofrimento, estes revelam a extraordinária capacidade que o ser humano tem de lidar com a dor e manter uma atitude positiva, e que no presente estudo se sobrepôs à existência de desgaste profissional. Contudo, não invalida a necessidade de repensar formas de ajudar de quem cuida em contexto profissional.

É imperioso abordar este tema sem tabus, tão premente na realidade e conjuntura atuais. Urge alertar as entidades responsáveis e a sociedade em geral para a necessidade de incrementar políticas de treino e formação profissional avançada, políticas de apoio social e psicológico, políticas de gestão de recursos humanos e materiais adequadas, entre outras, com o intuito de prevenir o desgaste físico e emocional das equipas em cuidados paliativos, que amiúde pode levar ao desenvolvimento de burnout.

Resta acrescentar que os momentos de partilha proporcionados pelo contacto próximo com os doentes, famílias e cuidadores, e os momentos de reflexão proporcionados pela pesquisa e procura constante de novos conhecimentos, contribuíram para o aumento do potencial humano e profissional da discente, tornando-a a cada passo deste novo percurso mais capacitada para as

novas competências que futuramente serão exigidas, mas também mais consciente das suas limitações, pequenez e finitude.

5. BIBLIOGRAFIA

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE; *Plano Nacional de Cuidados Paliativos*; 2010; disponível em www.min-saude.pt (consultado a 07/12/2011)
2. OLIVEIRA, Isabel T.; *Mortalidade: compressão, deslocamento e causas de morte*; Revista de Estudos Demográficos - Instituto Nacional de Estatística; 2010; 48; 35-48
3. CARRILHO, Maria J.; PATRÍCIO, Lurdes; *A situação demográfica recente em Portugal*; Revista de Estudos Demográficos - Instituto Nacional de Estatística; 2010; 48; 101-136
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Decreto-Lei nº 101/2006; DR 109 Série I - A de 2006/0606; Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; disponível em www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/38563865.pdf (consultado a 27/01/2012)
5. EAPC: RADBRUCH, L.; PAYNE, S.; The Board of Directors of the European Association for Palliative Care; *Standards and norms for hospice and palliative care in Europe: The EAPC white paper*; 2009
6. CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA, EPE; Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação; Dezembro 2012
7. TWYXCROSS, Robert; *Cuidados Paliativos*; 2ª edição; Lisboa; Climepsi Editores; 2003
8. NETO, Isabel G.; Princípios e filosofia dos cuidados paliativos; in BARBOSA, António; NETO, Isabel G.; *Manual de Cuidados Paliativos*; Lisboa; Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética - Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006; 17-48
9. GARCÍA, E. M. S.; RODRÍGUEZ-SALVANÉS, F.; GONZÁLES-GONZÁLES, R.; LUQUE, M. J. F.; SÁNCHEZ, A. R.; *Síndrome de burnout en profesionales sanitarios de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid*; Medicina Paliativa; 2008; 15 (5); 273-278
10. LANDEIRO, Estela; *Viagem pelo mundo da ansiedade, burnout e perturbação depressiva*; 2011; disponível em www.psicologia.pt/artigos/textos/A0592.pdf (consultado a 27/01/2012)
11. MELO, Bárbara T.; GOMES, António R.; CRUZ, José F. A.; *Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do Burnout para os profissionais de psicologia*; Avaliação Psicológica: Formas e Contextos; Associação dos Psicólogos Portugueses; 1999; VI; 596-603
12. ABALO, Jorge A. G.; ROGER, Margarita, C.; *El desgaste profesional (Burnout) en los equipos de cuidados paliativos: mito o realidad?*; in GÓMEZ-SANCHO, Marcos et al; *Medicina Paliativa en la cultura latina*; Madrid; Arán Ediciones; 1999; 1005-1016
13. RÍOS-CASTILLO, José L.; BARRIOS-SANTIAGO, Pedro; OCAMPO-MANCILLA, Mariano; ÁVILAS-ROJAS, Teresa L.; *Desgaste profesional en personal de enfermería*; Rev Med Inst Mex Seguro Soc; 2007; 45 (5); 493-502
14. LISSANDRE, S.; ABBEY-HUGUENIN, H.; BONNIN-SCAON, S.; ARSENE, O.; COLOMBAT, P.; *Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncômatologie*; Oncologie; 2008; 10; 116-124
15. KRISTENSEN, Tage S.; BORRITZ, Marianne; VILLADSEN, Ebbe; CHRISTENSEN, Karl B.; *The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout*; julho-setembro 2005; 19 (3); 192-207
16. PENSON, Richard T.; DIGNAN, Fiona L.; CANELLOS, George P.; PICARD, Carol L.; LYNCH, Thomas J.; *Burnout: caring for the caregivers*; The Oncologist; 2000; 5; 425-434
17. SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS - COLÉGIO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM; *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos - "Cuidar": éticas e práticas*; Loures; Lusociência; 1999
18. QUEIRÓS, Paulo J. P.; *Burnout no trabalho e conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional*; Revista Investigação em Enfermagem; Fevereiro 2005; 11; 3-15
19. ARRANZ, E. E.; AUÑÓN, P. Z.; ORDÓÑEZ, El síndrome de agotamiento profesional; in GONZÁLEZ-BARÓN, M.; ORDÓÑEZ, A.; FELIU, J.; ZAMORA, P.; ESPINOSA, E.; *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*; Madrid; Editorial Médica Panamericana; 1996; 1334-1342
20. BAKKER, Arnold B.; SCHAUFELI, Wilmar B.; *Burnout contagion among general practitioners*; Journal of Social and Clinical Psychology; 2001; 20 (1); 82-98
21. RUIZ, C. O.; RÍOS, F. L.; MARTÍN, S. G.; *Intervención psicológica sobre el desgaste profesional de los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón*; Medicina Paliativa; 2008; 15 (2); 93-97
22. MAROCO, João; TECEDEIRO, Miguel; MARTINS, Pedro; MEIRELES, Ana; *O Burnout como fator hierárquico de 2º ordem da Escala de Burnout de Maslach*; Análise Psicológica; 2008; 4 (XXVI); 639-649
23. PEREDA-TORALES, Luis; CELEDONIO, Félix G. M.; VÁSQUEZ, María T. H.; ZAMORA, Marco I. Y.; *Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico*; Salud Mental; setembro/outubro 2009; 32; 399-404
24. MAROCO, João; TECEDEIRO, Miguel; *Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses*; Psicologia, Saúde & Doenças; 2009; 10 (2); 227-235
25. BRESSI, C.; MANENTI, S.; PORCELLANA, M.; CEVALES, D.; FARINA, L.; FELICIONI, I. et al; *Haemato-oncology and burnout: an Italian survey*; British Journal of Cancer; 2008; 98 (6); 1046-1052
26. PEREIRA, Sandra M.; FONSECA, António M.; CARVALHO, Ana S.; *Burnout in palliative care: a systematic review*; Nursing Ethics; 2011; 18 (3); 317-326
27. FEARON, C.; NICOL, M.; *Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff*; Nursing Standard; 2011; 26 (14); 35-39
28. BERNARDO, Ana; ROSADO, Joaquina; SALAZAR, Helena; Burnout e auto-cuidados; in BARBOSA, António; NETO, Isabel G.; *Manual de Cuidados Paliativos*; Lisboa; Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética - Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006; 475-484
29. DUNWOODIE, David A.; AURENT, K.; *Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia*; Internal Medicine Journal; 2007; 37; 693-698
30. ALBALADEJO, Romana; VILLANUEVA, Rosa; ORTEGA, Paloma; ASTASIO, P.; CALLE, M. E.; DOMÍNGUEZ, V.; *Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid*; Rev Esp Salud Pública; julho-agosto 2004; 78 (4); 505-516
31. JUTHBERG, Christina; ERIKSSON, Sture; NORBERG, Astrid; SUNDIN, Karin; *Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care*; Journal of Advanced Nursing; 2010; 66 (8); 1708-1718
32. HALL, Elizabeth; *Nurse burnout in a high stress health care environment: prognosis better than expected?*; Lecture in Human Resource Management - Department of Management - School of Business - University of Otago - Dunedin/New Zealand; 2004; disponível em http://otago.ourarchive.ac.nz/bitstream/handle/10523/1581/Hall_working_paper2.pdf (consultado a 27/01/2012)
33. ASAI, Mariko; MORITA, Tatsuya; AKECHI, Tatsuo; SUGAWARA, Yuriko; FUJIMORI, Maiko; AKIZUKI, Nobuya et al; *Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan*; Psycho-Oncology; 2007; 16; 421-428
34. GUSTAFSSON, Gabriella; PERSSON, Birgitta; ERIKSSON, Sture; NORBERG, Astrid; STRANDBERG, Gunilla; *Personality traits among burnt and non-burnt out health-care personnel at the same workplaces: a pilot study*; International Journal of Mental Health Nursing; 2009; 18; 336-348
35. VACHON, Mary L. S.; The stress of professional caregivers; in DOYLE, Derek; HANKS Geoffrey; CHERNY, Nathan; CALMAN, Kenneth; *Oxford Textbook of Palliative Medicine*; 3ª edição; Nova York; Oxford University Press; 2004, 992-1001
36. BALBAY, Oner A.; ISIKHAN, Vedat; BALBAY, Ege G.; ANNAKAYA, Ali N.; ARBAK, Peri M.; *Burnout status of health care personnel working in oncology and their coping methods*; HealthMED - Journal of Society for development in new net environment in B&H; 2011; 5 (4); 730-740
37. VAN STAA, Anne L.; VISSERB, Adriaan; VAN DER ZOUWEE, Nicolette; *Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team*; Patient Education and Counseling; agosto 2000; 41 (1); 93-105
38. EMANUEL, Linda; FERRIS, Frank D.; VON GUNTEN, Charles F.; VON ROENN, Jaime H.; *Combating compassion fatigue and burnout in cancer care*; 2011; 1-14; disponível em www.medscape.com/viewarticle/742941 (consultado a 27/01/2012)

39. ROSA, Cristiane; CARLOTTO, Mary S.; *Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar*; disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v8n2/v8n2a02.pdf> (consultado a 27/01/2012)
40. HAWKINS, Andrew C.; HOWARD, Ruth A.; OYEBODE, Jan R.; *Stress and coping in hospice nursing staff: the impact of attachment styles*; *Psycho-Oncology*; 2007; 16; 563-572
41. MARTÍNEZ, Carmen A.; ALAPONT, Encarnación C.; PERIS, Lourdes G.; SALVADOR, Isidro G.; El estrés en el equipo; in LÓPEZ-IMÉDIO, Eulalia; *Enfermería en Cuidados Paliativos*; Madrid, Editorial Médica Panamericana; 1998; 263-265
42. MUKHERJEE, Suzanne; BERESFORD, Bryony; GLASER, Adam; SLOPER, Patricia; *Burnout, psychiatric morbidity and work-related sources of stress in pediatric oncology staff: a review of the literature*; *Psycho-Oncology*; 2009; 18; 1019-1028
43. FILLION, Lise; DUVAL, Stéphane; DUMONT, Serge; GAGNON, Pierre; TREMBLAY, Isabelle; BAIRATI, Isabelle *et al*; *Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses*; *Psycho-Oncology*; 2009; 18; 1300-1310
44. HARMAN, Stephanie; *Mind the fire: managing and preventing burnout*; *HemOnc today*; novembro 2010; 10; 28-29
45. BENNETT, Paul; *Introdução Clínica à psicologia da saúde*; Lisboa; Climepsi Editores; 2002
46. KOH, Mervyn; *Running the race and keeping the faith: preventing burnout in palliative care*; *Department of Palliative Medicine - Tan Tock Seng Hospital*; disponível em www.spconference.org_download_Seminar%20C4%20-%20Mervyn%20Koh (consultado a 27/01/2012)
47. SWETZ, Keith M.; HARRINGTON, Sarah E.; MATSUYAMA, Robin K.; SHANAFELT, Tait D.; LYCKHLOM, Laurie J.; *Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment*; *Journal of Palliative Medicine*; 2009; 12 (9); 773-777
48. ABLETT, Janice R.; JONES, R. S. P.; *Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work*; *Psycho-Oncology*; 2007; 16; 733-740
49. CAVALEIRO, Rui M. D.; *Burnout nos Profissionais de Saúde dos Serviços de Psiquiatria/Paliativos/Dermatologia* (tese de Mestrado em Cuidados Paliativos); Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa; 2010; disponível em http://repositorio.up.pt/bitstream/10451/4177/1/620632_Tese.pdf (consultado a 27/01/2012)
50. PEREIRA, Sandra M.; *À conversa com Lukas Radbruch, presidente da European Association for Palliative Care - EAPC*; *Revista Portuguesa de Bioética*; maio 2009; 7; 122-126
51. BELLETTI, Monia; MALLIA, Luca; LUCIDI, Fabio; REICHMANN, Simona; MASTROIANNI, Chiara; MARINIS, Maria G. *et al*; *Complementary therapy and support services for formal and informal caregivers in Italian palliative care hospices: an exploratory and descriptive study*; *Support Care Cancer*; 2011; 19; 1939-1947
52. FORTIN, Marie-Fabienne; *O processo de Investigação*; 3ª Edição; Loures; Lusociência; 1999
53. RUBINSTEIN, Fernando; *Introdução aos Desenhos De Estudos de Investigação*; Unidad de Medicina Familiar y Preventiva - Hospital Italiano de Buenos Aires; disponível em [www.foroaps.org/files/Introdução aos Desenhos De Estudos de Investigação.pdf](http://www.foroaps.org/files/Introdução%20aos%20Desenhos%20de%20Estudos%20de%20Investigação.pdf) (consultado a 21/09/2010)
54. PINA, António P. B.; *Investigação e Estatística - Definição do Desenho de Estudo*; 2006; disponível em www.saudepublica.web.pt/03-investigacao/031-epiinfoinvestiga/desenho (consultado a 21/09/2010)
55. POLIT, F. P.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P.; *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*; 5ª Edição; São Paulo; Artmed Editora; 2004
56. MARTÍNEZ, Luis F.; FERREIRA, Aristides I.; *Análise de Dados com SPSS - Primeiros Passos*; 2ª edição; Lisboa; Escolar Editora; 2008
57. DUARTE, M. D.; A representação do cancro nos enfermeiros; *Revista Enfermagem*; 2; 19; 36-44
58. MARTINS, Filomena C. P. C.; *Ecos em Fim de Vida: Representações sociais do doente oncológico em enfermagem*; Tese de Mestrado em Oncologia; Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2000

APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de colheita de dados

No âmbito do I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Castelo Branco, estamos a efetuar um estudo de investigação no Hospital do Fundão, coordenado pela Prof^a Doutora Paula Sapeta e pela Enfermeira Filomena Correia, sobre questões de interesse para a saúde pública.

A sua opinião é, para nós, muito importante!

Neste questionário não existem respostas certas ou erradas, apenas opiniões pessoais de cada um.

As suas respostas são anónimas, confidenciais e destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica.

Os resultados da investigação serão apresentados a todos os participantes, no final do processo de análise.

Agradecemos a sua colaboração.

(Sílvia Simões)

Grupo I

1. Sexo:

- Feminino
- Masculino

2. Grupo profissional:

- Assistente espiritual
- Assistente social
- Auxiliar de ação médica
- Enfermeiro
- Fisioterapeuta
- Médico
- Psicólogo
- Outro. Qual: _____

3. Idade profissional:

- Menos de 5 anos
- Entre 6 a 10 anos
- Entre 11 a 15 anos
- Entre 16 a 20 anos
- Entre 21 a 25 anos
- Mais de 25 anos

4. Serviço onde trabalha:

- Domiciliário
- Medicina Interna (piso 1)
- Medicina Interna (piso 2)
- Medicina Paliativa

Grupo II

Inventário de Burnout de Maslach (adaptado de Maslach, Jackson & Leiter, 1996)

Leia atentamente as seguintes afirmações e diga se alguma vez se sentiu deste modo em relação ao seu trabalho.

Se nunca sentiu assinale "0" (nunca). Se já vivenciou estes sentimentos indique a frequência com que o sentiu, assinalando no respetivo espaço o número (de 1 a 6), sendo que: 1 = algumas vezes por ano; 2 = uma vez por mês ou menos; 3 = algumas vezes por mês; 4 = uma vez por semana; 5 = algumas vezes por semana; 6 = todos os dias.

	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. Sinto-me esvaziado emocionalmente pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
2. Sinto-me usado no final do dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
3. De manhã sinto-me fatigado quando me levanto para enfrentar um novo dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
4. Posso compreender facilmente o que os utentes sentem acerca das coisas.	0	1	2	3	4	5	6
5. Sinto que trato alguns utentes como se fossem objetos impessoais.	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente um esforço para mim.	0	1	2	3	4	5	6
7. Lido eficazmente com os problemas dos utentes.	0	1	2	3	4	5	6
8. Sinto-me derrotado (<i>burned out</i>) pelo trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que, através do meu trabalho, estou a influenciar positivamente a vida dos outros.	0	1	2	3	4	5	6
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que iniciei o meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
11. Preocupa-me que este trabalho me possa estar a endurecer emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12. Sinto-me muito ativo.	0	1	2	3	4	5	6
13. Sinto-me frustrado pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no	0	1	2	3	4	5	6

meu trabalho.							
15. Eu não me preocupo realmente com o que possa acontecer a alguns utentes.	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabalhar diretamente com pessoas causa-me grande stress.	0	1	2	3	4	5	6
17. Consigo facilmente criar uma atmosfera descontraída com os utentes.	0	1	2	3	4	5	6
18. Sinto-me regozijado depois dum trabalho de grande interação com os utentes.	0	1	2	3	4	5	6
19. Já consegui realizar muitas coisas significativas no meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
20. Sinto-me como se tivesse chegado ao <i>fim da linha</i> .	0	1	2	3	4	5	6
21. No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma muito calma.	0	1	2	3	4	5	6
22. Sinto que alguns utentes me culpabilizam por alguns dos seus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

Chave de preenchimento: 0 = nunca; 1 = algumas vezes por ano; 2 = uma vez por mês ou menos; 3 = algumas vezes por ano; 4 = uma vez por semana; 5 = algumas vezes por semana; 6 = todos os dias.

APÊNDICE II

Autorização do Conselho de Administração do CHCB
para colheita de dados no HF

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Cova da Beira
Doutor Miguel Castelo Branco
Quinta do Alvito
6200-251 COVILHÃ

Eu, Sílvia C. Almeida Simões, enfermeira no Serviço de Medicina Interna do Hospital Amato Lusitano (ULSCB), a frequentar o I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos na Escola Superior de Saúde de Castelo Branco, venho por este meio solicitar a V. Exa. que se digne a autorizar a aplicação do Inventário de Burnout de Maslach, no âmbito da tese “Burnout em Cuidados Paliativos”, aos elementos das equipas multidisciplinares dos serviços de medicina paliativa, medicina interna e serviço domiciliário do Hospital do Fundão, durante os meses de Abril e Maio de 2012.

Os objetivos principais do nosso estudo são:

- identificar a incidência de síndrome burnout nos elementos das equipas multiprofissionais do Hospital do Fundão;
- comparar a incidência de síndrome de burnout entre os profissionais do serviço de medicina paliativa e os profissionais dos restantes serviços.

O estudo será coordenado pela Prof^a Doutora Paula Sapeta e pela Enfermeira Filomena Correia.

Durante a recolha de dados será mantida a confidencialidade dos mesmos e todos os princípios inerentes ao processo de investigação serão respeitados.

No sentido de facilitar a análise e decisão do meu pedido, junto anexo o instrumento de recolha de dados para a realização do estudo supracitado.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,
Pede deferimento,

Fundão, 23/03/2012



(Sílvia Simões)

Acabe Investigação
 09 ABR. 2012

Recib:
 30/03/2012

Centro Hospitalar Cova da Beira Presente em reunião de C.A. Em: 4/4/2012
Despacho: <i>[Signature]</i>
Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Amélia Almeida
Vogal do C.A. Técnica Superior, Arminda Sucena
Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballasteros
Enfermeiro Director Enf.ª António João Rodrigues

Parecer:	Despacho: <i>[Signature]</i> 3/4/2012
----------	---

ASSUNTO: Projecto de Investigação nº23/2012 - "Entre a euforia e o desespero - incidência de burnout nos profissionais do Hospital do Fundão"

PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração DE: Gabinete de Apoio à Investigação	N.º 33/GAI Data 30/03/2012
---	---


Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Silvia Cristina Almeida Simões, aluna do Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Castelo Branco para a realização de um estudo subordinado ao tema "Entre a euforia e o desespero - incidência de burnout nos profissionais do Hospital do Fundão", a realizar nos Serviços de Medicina Paliativa, Medicina Interna e Serviço domiciliário do Hospital do Fundão.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Núcleo de Investigação.

Informo ainda que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta nº 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009: "A Comissão de Ética decidiu ainda: -----".

Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade:....".

Com os melhores cumprimentos,

O Gabinete de Apoio à Investigação

 (Prof. Doutor Francisco Alvarez Pérez)

Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.

APÊNDICE III

Tabelas de frequências

Tabelas de frequências

Tabela 1: Distribuição da população alvo relativamente ao género

Género	Frequência absoluta (N = 50)	Frequência relativa (%)
Feminino	47	94
Masculino	3	6

Tabela 2: Distribuição da população relativamente ao grupo profissional

Grupo profissional	Frequência absoluta (N = 50)	Frequência relativa (%)
Administrativo	3	6
Assistente social	1	2
Auxiliar de ação médica	15	30
Enfermeiro	25	50
Fisioterapeuta	2	4
Médico	4	8

Tabela 3: Distribuição da população alvo relativamente à idade profissional

Idade profissional	Frequência absoluta (N = 50)	Frequência relativa (%)
Menos de 5 anos	5	10
Entre 6 a 10 anos	16	32
Entre 11 a 15 anos	7	14
Entre 16 a 20 anos	4	8
Entre 21 a 25 anos	5	10
Mais de 25 anos	13	26

Tabela 4: Distribuição da população alvo relativamente ao serviço onde trabalha

Serviço onde trabalha	Frequência absoluta (N = 50)	Frequência relativa (%)
Domiciliário	4	8
Medicina Interna (piso 1)	23	46
Medicina Interna (piso 2)	20	40
Domiciliário + Medicina Interna (pisos 1 e 2)	1	2
Medicina Interna (pisos 1 e 2)	2	4

Tabela 5: Distribuição da população alvo relativamente às componentes do Inventário de Burnout de Maslach

	Exaustão emocional		Realização pessoal		Despersonalização	
	Frequência absoluta (N = 50)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (N = 50)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (N = 50)	Frequência relativa (%)
Grau baixo	40	80	0	0	46	92
Grau moderado	6	12	15	30	3	6
Grau elevado	4	8	35	70	1	2

Tabela 6: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente ao género

Género		Exaustão emocional		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Feminino	(N = 50)	37	6	4
	(%)	74	12	8
	(N = 47)	37	6	4
	(%)	78,8	12,8	8,4
Masculino	(N = 50)	3	0	0
	(%)	6	0	0
	(N = 3)	3	0	0
	(%)	100	0	0

Tabela 7: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente ao grupo profissional

Grupo profissional		Exaustão emocional		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Administrativo	(N = 50)	3	0	0
	(%)	6	0	0
	(N = 3)	3	0	0
	(%)	100	0	0
Assistente social	(N = 50)	1	0	0
	(%)	2	0	0
	(N = 1)	1	0	0
	(%)	100	0	0
Auxiliar de ação médica	(N = 50)	12	2	1
	(%)	24	4	2
	(N = 15)	12	2	1
	(%)	80	13,3	6,7

Enfermeiro	(N = 50)	19	4	2
	(%)	38	8	4
	(N = 25)	19	4	2
	(%)	76	16	8
Fisioterapeuta	(N = 50)	2	0	0
	(%)	4	0	0
	(N = 2)	2	0	0
	(%)	100	0	0
Médico	(N = 50)	3	0	1
	(%)	6	0	2
	(N = 4)	3	0	1
	(%)	75	0	25

Tabela 8: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente à idade profissional

Idade profissional		Exaustão emocional		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Menos de 5 anos	(N = 50)	5	0	0
	(%)	10	0	0
	(N = 5)	5	0	0
	(%)	100	0	0
Entre 6 e 10 anos	(N = 50)	12	3	1
	(%)	24	6	2
	(N = 16)	12	3	1
	(%)	74,9	18,8	6,3
Entre 11 e 15 anos	(N = 50)	4	1	2
	(%)	8	2	4
	(N = 7)	4	1	2
	(%)	57,1	14,3	28,6
Entre 16 e 20 anos	(N = 50)	3	1	0
	(%)	6	2	0
	(N = 4)	3	1	0
	(%)	75	25	0
Entre 21 e 25 anos	(N = 50)	5	0	0
	(%)	10	0	0
	(N = 5)	5	0	0
	(%)	100	0	0
Mais de 25 anos	(N = 50)	11	2	0
	(%)	22	4	0
	(N = 13)	11	2	0

	(%)	84,6	15,4	0
--	-----	------	------	---

Tabela 9: Distribuição do score da exaustão emocional relativamente ao serviço onde trabalha

Serviço onde trabalha		Exaustão emocional		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Domiciliário	(N = 50)	4	0	0
	(%)	8	0	0
	(N = 4)	4	0	0
	(%)	100	0	0
Medicina Interna (piso 1)	(N = 50)	17	4	2
	(%)	34	8	4
	(N = 23)	17	4	2
	(%)	73,9	17,4	8,7
Medicina Interna (piso 2)	(N = 50)	16	2	2
	(%)	32	4	4
	(N = 20)	16	2	2
	(%)	80	10	10
Domiciliário + Medicina Interna (pisos 1 e 2)	(N = 50)	1	0	0
	(%)	2	0	0
	(N = 1)	1	0	0
	(%)	100	0	0
Medicina Interna (pisos 1 e 2)	(N = 50)	2	0	0
	(%)	4	0	0
	(N = 2)	2	0	0
	(%)	100	0	0

Tabela 10: Distribuição do score da realização pessoal relativamente ao género

Género		Realização pessoal		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Feminino	(N = 50)	0	15	32
	(%)	0	30	64
	(N = 47)	0	15	32
	(%)	0	31,9	68,1
Masculino	(N = 50)	0	0	3
	(%)	0	0	6
	(N = 3)	0	0	3
	(%)	0	0	100

Tabela 11: Distribuição do score da realização pessoal relativamente ao grupo profissional

Grupo profissional		Realização pessoal		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Administrativo	(N = 50)	0	2	1
	(%)	0	4	2
	(N = 3)	0	2	1
	(%)	0	66,7	33,3
Assistente social	(N = 50)	0	0	1
	(%)	0	0	6
	(N = 1)	0	0	1
	(%)	0	0	100
Auxiliar de ação médica	(N = 50)	0	3	12
	(%)	0	6	24
	(N = 15)	0	3	12
	(%)	0	20,1	79,9
Enfermeiro	(N = 50)	0	6	19
	(%)	0	12	38
	(N = 25)	0	6	19
	(%)	0	24	76
Fisioterapeuta	(N = 50)	0	1	1
	(%)	0	2	2
	(N = 2)	0	1	1
	(%)	0	50	50
Médico	(N = 50)	0	3	1
	(%)	0	6	2
	(N = 4)	0	3	1
	(%)	0	75	25

Tabela 12: Distribuição da realização pessoal relativamente à idade profissional

Idade profissional		Realização pessoal		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Menos de 5 anos	(N = 50)	0	4	1
	(%)	0	8	2
	(N = 5)	0	4	1
	(%)	0	80	20
Entre 6 e 10 anos	(N = 50)	0	1	15
	(%)	0	2	30
	(N = 16)	0	1	15

	(%)	0	6,3	93,7
Entre 11 e 15 anos	(N = 50)	0	3	4
	(%)	0	6	8
	(N = 7)	0	3	4
	(%)	0	42,8	57,2
Entre 16 e 20 anos	(N = 50)	0	1	3
	(%)	0	2	6
	(N =4)	0	1	3
	(%)	0	25	75
Entre 21 e 25 anos	(N = 50)	0	1	4
	(%)	0	2	8
	(N =5)	0	1	4
	(%)	0	20	80
Mais de 25 anos	(N = 50)	0	5	8
	(%)	0	10	16
	(N = 13)	0	5	8
	(%)	0	38,5	61,5

Tabela 13: Distribuição da realização pessoal relativamente ao serviço onde trabalha

Serviço onde trabalha		Realização pessoal		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Domiciliário	(N = 50)	0	3	1
	(%)	0	6	2
	(N = 4)	0	3	1
	(%)	0	75	25
Medicina Interna (piso 1)	(N = 50)	0	4	19
	(%)	0	8	38
	(N = 23)	0	4	19
	(%)	0	17,3	83,7
Medicina Interna (piso 2)	(N = 50)	0	7	13
	(%)	0	14	26
	(N =20)	0	7	13
	(%)	0	35	65
Domiciliário + Medicina Interna (pisos 1 e 2)	(N = 50)	0	0	1
	(%)	0	0	2
	(N = 1)	0	0	1
	(%)	0	0	100
Medicina Interna (pisos 1 e 2)	(N = 50)	0	1	1
	(%)	0	2	2

	(N =2)	0	1	1
	(%)	0	50	50

Tabela 14: Distribuição do score da despersonalização relativamente ao género

Género		Despersonalização		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Feminino	(N = 50)	43	3	1
	(%)	86	6	2
	(N = 47)	43	3	1
	(%)	91,5	6,4	2,1
Masculino	(N = 50)	3	0	0
	(%)	6	0	0
	(N = 3)	3	0	0
	(%)	100	0	0

Tabela 15: Distribuição do score da despersonalização relativamente ao grupo profissional

Grupo profissional		Despersonalização		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Administrativo	(N = 50)	3	0	0
	(%)	6	0	0
	(N = 3)	3	0	0
	(%)	100	0	0
Assistente social	(N = 50)	1	0	0
	(%)	2	0	0
	(N = 1)	1	0	0
	(%)	100	0	0
Auxiliar de ação médica	(N = 50)	13	2	0
	(%)	26	4	0
	(N = 15)	13	2	0
	(%)	86,7	13,3	0
Enfermeiro	(N = 50)	23	1	1
	(%)	46	2	2
	(N = 25)	23	1	1
	(%)	92	4	4
Fisioterapeuta	(N = 50)	2	0	0
	(%)	4	0	0
	(N = 2)	2	0	0
	(%)	100	0	0

Médico	(N = 50)	4	0	0
	(%)	8	0	0
	(N = 4)	4	0	0
	(%)	100	0	0

Tabela 16: Distribuição do score da despersonalização relativamente à idade profissional

Idade profissional		Realização pessoal		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Menos de 5 anos	(N = 50)	5	0	0
	(%)	10	0	0
	(N = 5)	5	0	0
	(%)	100	0	0
Entre 6 e 10 anos	(N = 50)	14	1	1
	(%)	28	2	2
	(N = 16)	14	1	1
	(%)	87,3	6,3	6,3
Entre 11 e 15 anos	(N = 50)	7	0	0
	(%)	14	0	0
	(N = 7)	7	0	0
	(%)	100	0	0
Entre 16 e 20 anos	(N = 50)	4	0	0
	(%)	8	0	0
	(N = 4)	4	0	0
	(%)	100	0	0
Entre 21 e 25 anos	(N = 50)	5	0	0
	(%)	10	0	0
	(N = 5)	5	0	0
	(%)	100	0	0
Mais de 25 anos	(N = 50)	11	2	0
	(%)	22	4	0
	(N = 13)	11	2	0
	(%)	84,6	15,4	0

Tabela 17: Distribuição do score da despersonalização relativamente ao serviço onde trabalha

Serviço onde trabalha		Exaustão emocional		
		Grau baixo	Grau moderado	Grau elevado
Domiciliário	(N = 50)	4	0	0

	(%)	8	0	0
	(N = 4)	4	0	0
	(%)	100	0	0
Medicina Interna (piso 1)	(N = 50)	22	1	0
	(%)	44	2	0
	(N = 23)	22	1	0
	(%)	95,7	4,3	0
Medicina Interna (piso 2)	(N = 50)	17	2	1
	(%)	34	4	2
	(N = 20)	17	2	1
	(%)	85	10	5
Domiciliário + Medicina Interna (pisos 1 e 2)	(N = 50)	1	0	0
	(%)	2	0	0
	(N = 1)	1	0	0
	(%)	100	0	0
Medicina Interna (pisos 1 e 2)	(N = 50)	2	0	0
	(%)	4	0	0
	(N = 2)	2	0	0
	(%)	100	0	0

APÊNDICE IV

Plano pedagógico de formação,
Ficha de avaliação da ação de formação e
Avaliação da ação de formação

PLANO DE PEDAGÓGICO DE FORMAÇÃO

Ação de Formação:
Burnout em Cuidados Paliativos
Formadora:
Enfermeira Sílvia Simões
Carga horária:
1 hora
Local de realização:
Serviço de Medicina Paliativa (HF/CHCB)
Objetivos:
<ul style="list-style-type: none">▪ discutir a temática da Síndrome de Burnout em cuidados paliativos;▪ apresentar os dados obtidos no trabalho de investigação.
Conteúdos Programáticos:
<ul style="list-style-type: none">▪ definição de burnout;▪ Inventário de Burnout de Maslach;▪ fatores facilitadores/desencadeadores de Síndrome de Burnout;▪ sinais e sintomas de Síndrome de Burnout;▪ estratégias de intervenção na Síndrome de Burnout.
Público alvo:
Equipas multiprofissionais do HF/CHCB
Metodologia:
<ul style="list-style-type: none">▪ método expositivo;▪ método interrogativo;▪ debate.
Calendarização:
21 de fevereiro de 2013
Avaliação:
Ficha de avaliação da ação de formação.

FICHA DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

1. Identificação da Ação de Formação

Tema: Burnout em Cuidados Paliativos

Duração: 1 hora

Data: 21/02/2013

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

1	2	3	4
Insuficiente	Suficiente	Bom	Excelente

2. Conhecimentos iniciais:	1	2	3	4
Ao apresentar-se nesta formação, os seus conhecimentos sobre o tema abordado eram:				

3. Expetativas:	1	2	3	4
Esta formação correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?				

4. Formadora:

Refira a sua opinião sobre o desempenho da formadora.

A formadora transmitiu com clareza os assuntos abordados?	A formadora conseguiu criar um clima propício à participação?	A formadora dominava o assunto que expôs?	Os métodos utilizados foram os mais ajustados?
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

5. Funcionamento da formação:

Refira a sua opinião sobre os seguintes itens.

Itens	1	2	3	4
Os objetivos da formação eram claros?				
Os conteúdos da formação foram adequado à função que desempenha?				
A formação estava bem estruturada?				
Os meios audiovisuais utilizados foram adequados?				
A duração da formação, relativamente ao seu conteúdo, foi adequada?				
As instalações em que decorreu a formação eram adequadas?				

O apoio prestado pela formadora foi adequado?				
---	--	--	--	--

6. Avaliação global	1	2	3	4
Como avalia globalmente a formação?				

7. Considera que a sua instituição dispõe de recursos adequados para a prevenção/tratamento de síndrome de burnout? Se sim, diga quais.

8. Que outros recursos gostaria de ter disponíveis na sua instituição para a prevenção/tratamento de síndrome de burnout?

9. Sugestões/comentários.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!