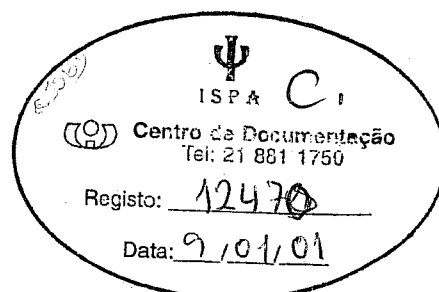


INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DM
PARR.1

**CONTACTO COM A MORTE E SÍNDROMA DE
BURNOUT: ESTUDO COMPARATIVO COM
TRÊS GRUPOS DE ENFERMEIROS DE
ONCOLOGIA**

**PEDRO MIGUEL DOS SANTOS DINIS PARREIRA
LISBOA
1998**



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL**

**CONTACTO COM A MORTE E SÍNDROMA DE
BURNOUT: ESTUDO COMPARATIVO COM
TRÊS GRUPOS DE ENFERMEIROS DE
ONCOLOGIA**

**Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA**

Orientador: Mestre Fernando Sousa

**PEDRO MIGUEL DOS SANTOS DINIS PARREIRA
LISBOA
1998**

RESUMO

Esta dissertação tem como finalidade estudar o burnout em enfermeiros de Oncologia, através da comparação de três serviços do Centro Regional de Oncologia de Coimbra.

A questão de investigação formulada, pretendeu verificar em que medida o contacto mais intenso com a doença terminal e com a morte, se repercute em níveis mais altos de burnout, traduzindo-se na seguinte hipótese:

- Enfermeiros que trabalham em serviços onde o contacto com o doente terminal é mais intenso e o índice de mortalidade é maior, apresentam níveis de burnout mais elevados.

Dado o Serviço de Oncologia Médica ter apresentado maior numero de doentes terminais e maior índice de mortalidade, relativamente aos outros dois serviços, no ano de 1997, perspectivou-se ser neste, onde ocorreriam os níveis mais elevados de burnout.. O Serviço de Radioterapia e Cirurgia, relativamente aos índices de mortalidade, apresentaram valores inferiores. Este último não apresenta doentes terminais.

Utilizou-se o questionário de Maslach Burnout Inventory, que conceptualiza o burnout em três dimensões, Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal, respectivamente.

Utilizando como sujeitos, 64 enfermeiros dos serviços de Oncologia Médica, Cirurgia e Radioterapia, foram verificados os respectivos níveis de burnout, após efectuada a aferição do questionário para a população em estudo.

Os resultados obtidos confirmaram parcialmente a hipótese formulada, verificando-se existirem níveis mais altos de burnout no serviço de Oncologia Médica, com diferenças significativas relativamente ao serviço de Cirurgia nas

dimensões “Exaustão Emocional” e “Despersonalização”. A parcialidade referida, reporta-se à não existência de diferenças significativas entre o Serviço de Oncologia Médica e o serviço de Radioterapia na dimensão “Exaustão Emocional”.

A análise das variáveis independentes, não mostrou evidências significativas, de ser responsável pelas diferenças encontradas na variável dependente entre os três serviços. No entanto a variável “Idade”, apresentou uma tendência explicativa para a dimensão “Despersonalização”.

Deste modo, enfermeiros que trabalham em serviços onde o contacto com o doente terminal e morte é mais intenso, apresentam níveis de burnout mais elevados.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer ao Dr. Fernando Sousa, orientador da presente dissertação, pela disponibilidade, apoio, dedicação, meticulosidade e empenhamento demonstrado na leitura paciente dos muitíssimos textos, assim como no aconselhamento de pesquisa que possibilitaram a finalização da presente tese.

Ao Professor Doutor Orlindo Gouveia Pereira, coordenador deste Mestrado, pela possibilidade criada neste processo formativo.

Agradeço ao conselho de Administração do Centro Regional de Oncologia de Coimbra, a autorização para a realização deste estudo.

A todos os enfermeiros do referido Centro, pela disponibilidade demonstrada no preenchimento dos questionários.

Aos enfermeiros professores da Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto, pelo incentivo na finalização da presente tese.

A todos aqueles sem o qual não teria sido possível a concretização deste projecto, o meu obrigado, e a meus pais sem os quais nada seria possível.

À minha querida mulher, pelos longos serões não partilhados, incansável apoio demonstrado, desde a concepção à finalização da presente dissertação, e à minha querida filha Joana, pelas tardes que com ela não partilhei, os primeiros meses da sua vida.

ÍNDICE

	pag.
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Quadros.....	ix
Índice de Tabelas.....	x
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO II - ABORDAGEM HISTÓRICA, CONCEITO, FASES E MODELOS DE BURNOUT.....	6
Abordagem Histórica.....	6
Conceito.....	11
Burnout e Evolução.....	16
Modelos de Burnout.....	23
<u>Modelo de House & Wells</u>	23
<u>Modelo de Cherniss (1980)</u>	24
<u>Modelo de Edelwich & Brodsky (1980)</u>	26
<u>Modelo de Meier (1983)</u>	26
<u>Modelo de Golembiewski et al. (1986)</u>	27
<u>Modelo de Leiter & Maslach (1988)</u>	28
<u>Modelo de Lee & Ashforth (1993a, 1993 b)</u>	30
<u>Modelo Alternativa de Gil-Monte, Peiró, & Valcárcel (1998)</u>	30
CAPÍTULO III - CAUSAS, VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, CONSEQUÊNCIAS, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO BURNOUT.....	34
Causas de Burnout.....	34
Consequências do Burnout.....	47
Prevenção e Tratamento do Burnout.....	51
<u>Nível Organizacional</u>	51
<u>Nível Interpessoal</u>	53

<u>Nível Individual</u>	57
CAPÍTULO IV – PROFISSÕES DE SAÚDE, MORTE E BURNOUT	61
Profissões de Saúde.....	61
Aspectos Multidisciplinares da Morte e Equipa de Enfermagem.....	72
<u>Enquadramento Social da Morte</u>	72
<u>Sufrimento e suas Perspectivas</u>	75
<u>Processo de Morte</u>	76
<u>O doente terminal em Oncologia</u>	79
<u>Família do doente Oncológico</u>	80
<u>Equipa de Enfermagem no Serviço de Oncologia</u>	80
PROBLEMA, OBJECTIVOS E HIPÓTESE DE TRABALHO	85
CAPÍTULO V – MÉTODO	86
Sujeitos.....	90
Instrumento	92
Procedimento.....	95
CAPÍTULO VI – RESULTADOS	97
Propriedades métricas da escala aplicada à população.....	97
Estudo Descritivo.....	99
Estudo factorial.....	103
Análise da Variância.....	107
CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	119
REFERÊNCIAS	127
ANEXO 1: Pedido de autorização ao Conselho de Administração	145
ANEXO 2: Questionário de Maslach Burnout Inventory	146
ANEXO 3: Valores de referência do Normativo Americano	147

ÍNDICE DE FIGURAS

	pag.
Figura 1- Modelo de burnout de Cherniss (1980)	25
Figura 2- Fases do modelo de Golenbiewski et al. (1986).....	27
Figura 3 – Fases do modelo de Leiter (1988).....	29

ÍNDICE DE QUADROS

	Pag.
Quadro 1- Factores de ordem Organizacional, fontes potenciais de stress psicológico e ocupacional.....	38
Quadro 2 – Resumo dos resultados obtidos nos três factores relativamente às variáveis demográficas: género, idade, estado civil e experiência profissional.....	45
Quadro 3 - Sintomatologia de ordem física, psicológica, comportamental e profissional vivenciada por indivíduos que experimentam burnout.....	67
Quadro 4 - Valores da lotação, número de doentes tratados, dias de internamento, demora média e taxa de ocupação por serviço no período de 01-01-97 a 31-12-97 no Centro Regional de Oncologia de Coimbra.....	87
Quadro 5 - Valores do alfa de Cronbach (n=64), no caso do item ser retirado, e no total, e valores das correlações teste / reteste (n= 16) para cada item, e total.....	97
Quadro 6 - Resumo da caracterização dos factores.....	105
Quadro 7 - Valores das correlações teste/ reteste (n= 16) para cada factor, e total.....	106

ÍNDICE DE TABELAS

	Pag.
Tabela 1 – Amostras obtidas por serviço relativamente à população.....	96
Tabela 2 - Valores das médias, desvio padrão, valores mínimos e máximos nos itens da escala MBI (n=64).....	99
Tabela 3 - Correlações entre os itens da escala MBI, (n=64).....	101
Tabela 4 - Médias, desvios padrão, valores mínimo e máximo na Satisfação no Trabalho e Relações de equipa.....	102
Tabela 5 – Pesos (loadings de cada item nos factores).....	103
Tabela 6 – Valores das correlações entre os factores(1- Exaustão Emocional, 2 - Despersonalização, 3 - Realização Pessoal)...	104
Tabela 7 - Valores dos Coeficientes de Alfa de Cronbach dos itens e no total.	106
Tabela 8 - Média, desvio padrão, valores mínimos e máximos nos Factores (1-exaustão emocional, 2- despersonalização, 3 realização pessoal) (n=64).....	107
Tabela 9 - Análise de variância (ANOVA) com apresentação das médias nos actores por serviço e no total, e respectiva significância da diferença. (n= 64).....	108
Tabela 10 - Valores médios, desvios-padrão e grau de significância respectivo das cotações obtidas pelos	

respondentes em cada factor, por sexo.....	109
Tabela 11 - Valores dos coeficientes de regressão standardizados (B/ Beta) e da percentagem de variância explicada (R^2) pelos preditores, "Idade", "Tempo de Profissão" e "Tempo no Serviço", em cada factor.....	109
Tabela 12 - Incrementos da variância explicada (R^2) pela variável "Tempo no Serviço", por "Serviço", no factor "Exaustão Emocional", e respectivos valores do coeficiente de regressão standartizados (B).....	110
Tabela 13 - Incrementos da variância explicada (R^2) pela "Idade", por "Serviço", no factor "Despersonalização", e respectivos valores do coeficiente de regressão standartizados (B)....	110
Tabela 14 - Incrementos da variância explicada (R^2) pela "Idade", no serviço Oncologia Médica no factor "Despersonalização", e respectivo valores do coeficiente de regressão standartizados (B), retirando o caso outlier.	111
Tabela 15 – Médias, desvios-padrão e grau de significância respectivo, das cotações obtidas pelos respondentes em cada factor, consoante terem ou não filhos.....	112
Tabela 16 - Médias, desvios-padrão e grau de significância respectivo, das Cotações obtidas pelos respondentes no factor "Despersonalização", por "Serviço", consoante terem ou não filhos, após retirado o caso outlier.....	112
Tabela 17 - Médias, desvios-padrão e grau de significância respectivo, das cotações obtidas pelos respondentes no factor "Despersonalização", por "Serviço", consoante terem ou não filhos, retirando o caso outlier.....	113
Tabela 18 - Médias, desvios-padrão e grau de significância respectivo das cotações obtidas pelos respondentes em cada factor, por estado civil.....	114

CONTACTO COM A MORTE E SÍNDROMA DE BURNOUT: ESTUDO COMPARATIVO COM TRÊS GRUPOS DE ENFERMEIROS DE ONCOLOGIA

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Na época da escravatura o homem era fonte de energia e de rendimento, depois com a divisão do trabalho e com a descoberta de novas tecnologias, o trabalho foi sucessivamente sendo operado de modo mecânico, conduzindo a reestruturações importantes na sociedade. Apesar de ocorrerem estas mudanças, o valor das actividades desenvolvidas foi sempre reconhecido em todas as civilizações, nas diferentes épocas, sendo considerado como fonte de progresso moral e material. No entanto, a significação do trabalho tendeu para uma certa ambiguidade, sendo ao mesmo tempo causa de satisfação e sofrimento psicológico (Amiel 1985).

As organizações foram crescendo, tornando-se cada vez mais complexas, controlando todas as actividades; desde aquelas que ocorrem aquando do nascimento, até à educação, trabalho, crescimento espiritual e morte, influenciando assim de uma forma bastante marcada os comportamentos, sofrendo permanentemente as influencias do ambiente. Assim, devido a esta modelação comportamental e complexo controle imprimido, a dureza do trabalho diminuiu mas a sua carga mental cresceu.

É então pertinente colocar a seguinte questão – Porque é que as Organizações existem? Cummings, (1983) e Schmidt & Kipnis, (1984) consideram que as Organizações servem para facilitar a realização de muitos dos objectivos pessoais dos seus membros, pois caso contrário perdia-os.

O indivíduo adere então às organizações por razões financeiras, por necessidades sociais, para poder obter interacção com outras pessoas, ou para ter oportunidade de desempenhar a habilitação que possui, surgindo o trabalho como uma necessidade para todos, sendo considerado o melhor meio

de «construir» a sua personalidade (Amiel, 1985). Nesta perspectiva as organizações laborais podem ser consideradas como sistemas de comportamentos coordenados que se interrelacionam e exercem mútua influencia, sendo estes em si próprios a essência da Organização.

Weich (1979) descreve a organização como um processo de comportamento pessoal de uma maneira coordenada. Esses comportamentos que ocorrem na organização visam dar resposta às solicitações da mesma, ocorrendo no seio de forças internas e externas, levando cada vez mais a desafios permanentes de adaptação aos contextos do mercado (utentes, tecnologias, etc.), surgindo então, de um modo cada vez mais intenso, a competição por vezes agressiva e sem fronteiras. Neste contexto surge a necessidade de responder a novos objectivos e de adquirir conhecimentos e capacidades, utilizando novas tecnologias nem sempre congruentes com o desenvolvimento e evolução pessoal e social para cada indivíduo.

O crescimento industrial, domínio da ciência e novas práticas de gestão, conduziram à crescente complexidade das organizações, tornando-as hierarquizadas e excessivamente formais. Mitchell & Larson (1987) referem que é a sua influencia no comportamento de cada um dos seus membros que define a formalidade das organizações, levando a condutas diferentes fora dessa mesma organização. Ora esses comportamentos mostram uma selectividade e uma persistência que não é observada na mesma pessoa quando esta se encontra fora da organização, ressaltando a imposição no condicionamento do comportamento do indivíduo, limitando a sua criatividade e expressividade.

Todos estes processos de adaptação contínua às exigências crescentes, têm contribuído para o crescimento do conflito, ambiguidade, tensão emocional, diminuição da satisfação na vida laboral, podendo conduzir a perturbações no indivíduo, quer de ordem física quer psíquica, como refere Carvalho (1995).

Mitchell & Larson (1987) referem um exemplo num hospital. O especialista financeiro tem como objectivo organizacional a maximização das receitas, enquanto que o corpo médico desse mesmo hospital pode não estar

sequer preocupado com as receitas/ gastos e em vez disso estar mais vocacionado para um objectivo humanitário, vendo a saúde como o seu objectivo prioritário. A divergência destas orientações pode levar a conflitos internos, causando problemas significativos em termos de decisão, acerca do procedimento mais adequado que a organização deverá tomar. Assim, encontramos várias vezes nas organizações uma variedade de papéis, criando áreas de ambiguidade, consideradas bastante stressantes para os indivíduos. Também o indivíduo pode não estar certo das suas responsabilidades, daquilo que os outros esperam dele, dos limites da autoridade sobre os outros, etc. Frequentemente, esta falta de clareza acerca do objectivo e das suas responsabilidades, leva a não saber o que é suposto fazer e quando o sabem, não sabem como fazer.

Todos esses factores relacionados com o stress ocupacional têm constituído nas duas últimas décadas um importante foco de atenção. Cordes & Dougherty (1993) referem-se aos custos para a organização e para o indivíduo, devido a um incremento no turnover, absentismo, diminuição da produtividade e insatisfação laboral, traduzindo-se em custos sociais e económicos importantes.

Segundo Mitchell & Larson (1987) um em cada seis homens nos Estados Unidos queixa-se de tensão ao nível do trabalho. Citando o exemplo americano, e segundo a academia americana dos médicos de família, cerca de dois terços das visitas ao médico de família são resultado de problemas relacionados com o stress. Os medicamentos mais prescritos nos Estados Unidos são medicamentos anti-úlcerosos, anti-hipertensivos e tranquilizantes. O stress ocupacional crónico contribui assim para doenças coronárias, cancro, burnout, suicídio, etc.

Para o caso dos profissionais de saúde, que estão submetidos ao stress crónico, enfrentando enormes exigências psicológicas devido à especificidade do seu trabalho, para além dos riscos profissionais resultantes da exposição aos factores ambientais, é importante uma intervenção organizacional adequada. Este problema, de forte componente relacional, onde ocorre um contacto directo humano característico das profissões ditas de ajuda, como é

caso da profissão de enfermagem, é importante fonte de sofrimento com repercussões no indivíduo, podendo levar a uma total perda de motivação, idealismo e entusiasmo.

Urge criar condições cada vez mais satisfatórias promovendo um clima organizacional adequado, atingindo com satisfação os objectivos individuais e organizacionais. Para tal será necessário investigar sobre causas, consequências do stress ocupacional crónico, abordagem de novas metodologias de trabalho de modo a operar tão precocemente quanto possível, nas situações de um modo eficaz e eficiente, diminuindo as incapacidades que possam surgir, promovendo uma reintegração capaz do indivíduo, contribuindo assim para a diminuição das taxas de morbilidade com diminuição nos custos económicos, com consequente melhoria da saúde e bem estar das populações.

Nesta perspectiva, e devido aos poucos estudos realizados em Portugal, o presente trabalho propõe-se dar a conhecer a dimensão do síndrome de burnout na área de Oncologia no grupo profissional dos enfermeiros ao nível dos três serviços do Centro Regional de Oncologia de Coimbra (Oncologia Médica, Cirurgia e Radioterapia), e sua relação com a prestação de cuidados onde o contacto com o doente terminal é mais intenso. Propõe-se também fazer a descrição das características da população, estabelecer relações, explorando e/ou confirmando a importância de algumas dessas variáveis.

O motivo de interesse pelo tema tem a ver com as repercussões do burnout no indivíduo e funcionamento organizacional e com a necessidade de um diagnóstico organizacional adequado, de modo a promover uma intervenção eficaz e eficiente nos factores favorecedores do processo de burnout. No entanto, é sentida como abordagem parcelar, dada a complexidade e diversidade multidisciplinar da problemática do fenómeno.

O trabalho está dividido em sete capítulos. No segundo, será feita uma revisão teórica sobre a problemática do burnout, englobando a perspectiva histórica, abordagem do conceito evolução e modelos explicativos.

No terceiro capítulo, serão abordadas as causas, consequências, prevenção e tratamento.

No quarto capítulo, será feita a bordagem das profissões de saúde integradas na problemática do burnout, referindo aspectos relacionados com a morte e a equipa de enfermagem

Segue-se a apresentação do problema, objectivos e hipótese de trabalho.

No quinto capítulo, o do método, descrevem-se as opções metodológicas. É referindo o tipo de estudo, é feita a descrita da população, sendo também apresentados os instrumentos de recolha dos dados, finalizando com descrição dos procedimentos de distribuição, aplicação e recolha dos questionários, que viabilizaram a dissertação.

O capítulo dos resultados apresenta uma análise descritiva, seguida da análise factorial com a caracterização dos factores emergentes, completada com a análise da variância. A fase final reporta-se ao estudo comparativo, verificando a influência de algumas variáveis independentes no aparecimento de diferentes níveis de burnout.

A discussão e conclusões constituem o último capítulo, onde os resultados obtidos são alvo de análise com base na revisão teórica, sendo feita uma reflexão no âmbito da problemática em estudo. São também descritas todas as limitações que nortearam o estudo e apresentadas algumas sugestões futuras de investigação. Após a apresentação das referências bibliográficas consultadas que serviram de base à referida investigação, são incluídos em anexo todos os documentos elaborados no âmbito desta investigação.

CAPÍTULO II

ABORDAGEM HISTÓRICA, CONCEITO, FASES E MODELOS DE BURNOUT

Neste capítulo será feita uma abordagem histórica do burnout, explicando as circunstâncias que mediaram o seu desenvolvimento. Seguidamente, será feita a abordagem do conceito, evolução e sua operacionalização, apresentando as várias perspectivas, segundo os vários autores. Posteriormente, serão apresentadas as diversas fases evolutivas, referidos os argumentos mais relevantes que possibilitaram considerar o burnout como um constructo específico, e por fim apresentados os modelos teóricos subjacentes à conceptualização do burnout como fenómeno multidimensional.

Abordagem Histórica

Maslach & Schaufeli (1993) referem-se a uma revisão histórica do burnout.

Os primeiros artigos sobre burnout apareceram em meados dos anos setenta nos Estados Unidos (artigos de Freudenberger, 1974, e Maslach, 1976). Estes artigos faziam uma descrição do fenómeno e mostravam a sua incidência nos indivíduos ditos normais, sendo bastante mais comum do que inicialmente poderia parecer, e surgindo deste modo como um problema social.

Na fase inicial do desenvolvimento conceptual, a atenção estava concentrada nas descrições clínicas. Mais tarde, numa segunda fase ainda empírica, a atenção centrava-se já na investigação sistemática, particularmente na sua avaliação. Durante estas duas fases houve um desenvolvimento teórico

crescente com a preocupação de integrar a noção de desenvolvimento do burnout com outras estruturas conceptuais.

Freudenberger, psiquiatra que trabalhava numa unidade de cuidados de saúde, observou que muitos voluntários com os quais trabalhava, apresentavam uma perda emocional gradual, com perda de motivação e empenhamento, sendo este processo acompanhado por uma variedade de sintomas físicos e mentais. Para assinalar este particular estado mental de exaustão, utilizou uma terminologia que era habitualmente usada quando se queriam referir ao efeito crónico de abuso de drogas, o “ burnout ”.

Paralelamente, Maslach (1993), psicóloga social e investigadora, interessada no estudo do estímulo emocional provocado pelo trabalho, mais particularmente nas estratégias cognitivas desenvolvidas pelos indivíduos (afastamento, desumanização), verificou existirem relações com o comportamento do indivíduo no trabalho. Deste modo estes dois investigadores deram o “empurrão” necessário para o desenvolvimento do fenómeno.

O termo “burnout” já tinha sido abordado na literatura. Burisch (1993) apresentou vários exemplos de estados psicológicos que condiziam com a descrição do burnout, embora tenham sido apelidados de modo diferente “ reacção, exaustão ”.

Também Maslach & Schaufeli (1993) referem um artigo publicado em 1953, por Schwartz & Will, num estudo de caso de Miss Jones, enfermeira de psiquiatria, sendo provavelmente o mais relevante exemplo citado de burnout. Também em 1922, Thomas Mann fez uma descrição no seu livro “Buddenbrooks”, onde incluía as características essenciais do burnout: fadiga extrema, perda do idealismo e paixão pelo trabalho. Os mesmos autores citam também o mais famoso caso de burnout, reportando-se ao livro de Graham Greene – “A Burnt Out Case” (1960) onde um arquitecto atormentado e desiludido larga o seu emprego refugiando-se na selva africana. Os sintomas descritos ajustam-se às típicas descrições de burnout.

Apesar da literatura publicada até 1970, o síndrome de burnout não atraiu a atenção do público. Farber citado por Maslach & Schaufeli (1993),

refere-se por exemplo à transformação social que ocorreu após a II Guerra Mundial, relativamente à problemática dos serviços sociais, tornando-se mais profissionalizados, burocratizados e isolados da comunidade em geral. Também a crescente interferência governamental, conduziu a uma maior insatisfação laboral nas profissões de serviços sociais, tornando-se cada vez mais comum a desilusão e o burnout. Cherniss (1980) também aponta um factor relevante - a crescente tendência individualista na sociedade moderna que conduziu à crescente pressão nos serviços sociais.

Neste ambiente e durante os 5 anos seguintes à publicação dos primeiros artigos, o burnout foi palco de numerosos artigos de jornais, revistas, conduzindo à maioria das discussões nas áreas da educação, serviços sociais, medicina, sistema de justiça criminal, saúde mental, religião e várias outras ocupações centradas na interacção, repercutindo-se no desenvolvimento do conceito. Esta literatura apresentava várias características: Primeiro, o significado da palavra variava de artigo para artigo, o que levava a falar-se não só de burnout, como de fenómenos diferentes; segundo, o conceito era exagerado e expandido, pois qualquer problema pessoal podia ligar-se ao que era descrito como burnout.

Dos 48 artigos revistos por Perlman & Hartman (1982), publicados entre 1974 e 1981, todos apresentavam várias sugestões e propostas acerca das causas possíveis do burnout e sobre o que deveria ser feito, dos quais somente 5 (10%), apresentavam dados empíricos. A atenção dos autores centrava-se particularmente nos sintomas encontrados e descrição, de modo a tornar mais perceptível o síndrome. Assim, todos os casos eram cuidadosamente observados e analisados. Destas descrições emergiu um padrão típico:

- A natureza stressante de algumas profissões
- A relação entre o stress laboral e o burnout, evidenciada pela apresentação dos casos estudados na ilustração do problema
- A recomendação de algumas estratégias preventivas

Apesar destes pontos serem apresentados, a relativa falta de evidências empíricas limitou qualquer tentativa de intervenção e conduziu a críticas,

desacreditando e destruindo o conceito. Maslach & Jackson (1984 a) referem-se também à reacção negativa do mundo académico relativamente ao conceito, considerando-o pseudocientífico e desprovido de conteúdo.

O facto de, nesta fase, não ter havido desenvolvimento teórico, inviabilizou a criação de uma estrutura conceptual, integrando e avaliando as várias descobertas e soluções propostas, tendo resultado numa situação caótica relativamente ao problema. Então, diferentes pessoas trabalhavam em diferentes modelos teóricos para o mesmo problema. Os convictos da perspectiva clínica conceptualizavam o burnout em termos de depressão, os da perspectiva organizacional abordavam-no em termos de satisfação no trabalho. Inicialmente poderia ser difícil comparar e integrar as várias perspectivas, sendo uma das razões apontadas pelos autores relativamente à perda inicial de coerência teórica; no entanto foi a riqueza e diversidade das várias perspectivas teóricas e técnicas metodológicas utilizadas, que deram virtudes especiais na abordagem de orientação do problema.

Na fase seguinte a 1980, o trabalho tornou-se mais construtivo. Foram escritos muitos livros e artigos sobre burnout, no qual os autores expressavam as suas ideias através da criação de modelos do fenómeno, propondo várias ideias e apresentando várias evidências desde questionários, estudo de casos clínicos, entrevistas, etc. Nesta fase, a criação de instrumentos de avaliação do burnout foram desenvolvidos, permitindo a utilização de metodologias mais precisas, conduzindo a uma redefinição do problema. O desenvolvimento notório e a ampla aceitação de duas escalas de avaliação do burnout (Maslach Burnout Inventory, criada por Maslach & Jackson, 1981 a, 1981 b, 1986) e a (Tedium Measure, criada por Pines, Aronson & Kafry, 1981), possibilitaram a investigação sistemática do fenómeno, resultando num aumento do número de artigos publicados em jornais escolares.

Até 1980, o burnout foi estudado exclusivamente nos Estados Unidos, altura em que se alargou a países como o Canadá e Inglaterra, principalmente pela afinidade linguística. Na segunda metade da década de 1980 os instrumentos de avaliação, principalmente o M.B.I., foram traduzidos para diversos países.

Assim, a chamada fase pioneira do desenvolvimento de burnout aconteceu em países fora dos Estados Unidos, onde foi caracterizado pela exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. Toda a investigação partiu deste pressuposto já que o debate conceptual inicial sobre o problema foi muito limitado, e as medidas alternativas pouco desenvolvidas.

Seguidamente, a investigação empírica do burnout centrou-se mais nos factores ligados ao trabalho do que a outro tipo de variáveis. São exemplos os estudos sobre a satisfação no trabalho, stress no trabalho (sobrecarga, conflito e ambiguidade de papéis), afastamento do trabalho (turnover e absentismo), expectativas no trabalho, relação com colegas e supervisores (suporte social no trabalho), relação com clientes, tempo de serviço, hierarquia, etc. Também os factores ligados à pessoa foram estudados, sendo na sua maioria relacionados com variáveis demográficas como o sexo, a idade e o estado civil. Relativamente às variáveis de personalidade foram também alvo de atenção o locus de controle, o tipo de personalidade, a saúde pessoal, a relação com família e amigos (suporte social em casa) e os valores pessoais.

A maioria dos trabalhos tiveram por base os estudos correlacionais utilizando o M.B.I. e T.M. Mais recentemente Maslach & Schaufeli (1993), referem-se a vários estudos longitudinais sobre burnout, estudos esses metodologicamente mais sofisticados conduzindo a três grandes conclusões:

- O nível de Burnout parece ser razoavelmente estável no tempo sendo mais crónico do que agudo,
- O Burnout conduz a sintomatologia física, absentismo e turnover no trabalho,
- O conflito de papéis e a falta de suporte social por parte dos colegas e superiores hierárquicos são antecessores do burnout.

Infelizmente muitos dos estudos, incluindo os longitudinais, não conduziram a um quadro teórico sólido, pela não utilização de um modelo conceptual de burnout no qual surgissem as hipóteses, podendo posteriormente ser testadas.

Em alguns casos nem sequer a escolha racional das variáveis ocorreu, dificultando as avaliações, conduzindo a problemas na interpretação dos resultados; nomeadamente em que medida as investigações apoiam ou não as ideias ligadas ao burnout, em que medida são relevantes, consistentes com outras, etc. Felizmente estas situações começam a fazer parte do passado e com o desenvolvimento da validação dos instrumentos de investigação ocorreu o progresso no estudo do fenómeno.

CONCEITO

O termo "burnout" foi equacionado sob variadíssimas designações desde: tédio, stress no trabalho, insatisfação no trabalho, depressão, alienação, baixa de moral, ansiedade, tensão, conflito, pressão, nervos, fadiga crónica ou emocional, saúde mental pobre, crise, exaustão vital, aborrecimento, desespero, etc. Também Larouche (1985) acrescenta mais alguns sinónimos; fadiga de combate, síndrome de desmoralização, depressão ocupacional, síndrome de desgaste profissional. Segundo Grantham (1985) o termo também foi usado na indústria aeroespacial para se reportar ao esgotamento do carburante de um foguetão, resultando em sobreaquecimento e desgaste da máquina.

Parece aceitável esta inicial riqueza de conceitos que têm a ver com a falta de operacionalização inicial, como se pôde verificar nas anteriores descrições (Maslach & Schaufeli, 1993).

Fazendo uma pequena retrospectiva em termos de conceito, o burnout foi pela primeira vez definido por Freudenberg (1974) como a combinação de uma longa e persistente exaustão emocional, fadiga física, falta de envolvimento no trabalho, desumanização para com os utentes de um serviço e baixa realização pessoal.

Maslach & Jackson (1981 b), citados por Alvarez et al. (1993), consideram-no como resposta inadequada a um stress emocional crónico, em que o

indivíduo exibe:

- Esgotamento físico e/ou psicológico, traduzido por um cansaço emocional, com a sensação de não poder dar mais de si.
- Desenvolvimento de atitudes frias e despersonalizadas contra os clientes e membros da equipa, mostrando-se cínico, distanciado e culpando os clientes pelos seus problemas de forma a poder aliviar a tensão experimentada
- Sentimento de incompetência, inadequação pessoal e profissional no posto de trabalho, que surge ao verificar que as exigências excedem a capacidade para as atender.

Pines et al. (1981) apresentam uma definição mais dirigida a um conjunto de agentes agressores, considerando-o como uma resposta ao stress onde não ocorre apenas uma baixa da realização e fadiga, mas também um sentimento de falta de energia, incapacidade em tomar decisões e desespero.

Também para Cherniss (1980 a), o burnout é definido como uma resposta ao stress, considerado como último estágio, após ter ocorrido a falha dos processos de coping, sendo visto como uma forma de defesa e significando o ponto mais crítico do efeito do stress.

Rodrigo (1995) refere-se ao burnout como resposta ao stress profissional, sendo resultado da relação que se estabelece entre o indivíduo e o trabalho, devido a uma desproporção entre os esforços desenvolvidos e os resultados obtidos, que não compensam as expectativas profissionais, podendo ser considerado como uma resposta a múltiplos factores relacionados com o âmbito profissional e laboral. Este autor considera como sinónimos o termo burnout e o stress profissional.

Leal (1996) partilha da mesma opinião acentuando a cronicidade do stress para o processo de burnout.

A menos conhecida, mas no entanto precisa definição operacional de burnout, é conceptualizada por Brill (1984) citado por Maslach & Schaufeli (1993), como uma “excepcional interposição” relacionada com o trabalho. Estado disfórico e disfuncional num indivíduo sem nenhuma patologia psiquiátrica, que tenha apresentado adequação a nível afectivo no seu local de trabalho, pelo menos por algum tempo, e que tenha tido necessidade de ajuda externa ou recorrido à mudança de ambiente, por forma à recuperação. Este estado disfórico é considerado como efeito de um stress prolongado no trabalho.

Todos estes autores são unânimes em considerarem o burnout como uma resposta, consequência das condições stressantes do trabalho.

Um aspecto não menos interessante, prende-se com a abordagem do fenómeno numa perspectiva social. Para Wallon (1985), o burnout reflecte um mal estar social quanto ao estatuto do trabalhador e sua significação. Shirom (1989) relembra também que uma das razões da popularidade do conceito está relacionado com a sua perspectiva social, promovendo e facilitando a sua aceitação como processo. Olivier- Martin (1996) partilha da opinião dos dois autores anteriormente mencionados, considerando-o um conceito psicossocial, não como um distúrbio mental nem do comportamento, mas sim “...um factor que influencia o estado de saúde”. Na opinião de Grantham (1985) o conceito reflecte uma perspectiva cultural americana, evitando a exclusiva abordagem psiquiátrica do problema, já que é um fenómeno vivenciado e abordado por um vasto leque de profissões.

Apesar de alguns autores privilegiarem a abordagem social, outras dão ênfase a aspectos relacionais como o empenhamento, envolvimento, devoção a uma causa e especificidade do síndrome, sendo referidos em várias definições. Por exemplo, Freudenberger & Richelson (1980) definem burnout como “estado de fadiga ou frustração causado pela devoção a uma causa, modo de vida ou relacionamento que falhou na produção da recompensa esperada”. Pines & Aronson (1988) acentuam o envolvimento, definindo-o como “...estado de exaustão física, emocional e mental causado por um grande período de envolvimento em situações emocionalmente exigentes”,

caracterizando ainda a exaustão física como uma “quebra de energia, fadiga crónica e fraqueza”. Esta exaustão emocional envolve sentimentos de abandono, desespero, beco sem saída, e é caracterizada pelo desenvolvimento de atitudes negativas sobre si próprio e sobre a própria vida.

Também Pines (1993) apresenta uma definição vocacionada para a significação do trabalho (...Quando uma pessoa tenta encontrar um significado na sua vida através do trabalho e sente que falhou, estará mais provavelmente mais exposta ao burnout). Esta perspectiva existencial, considera que as pessoas necessitam de dar um significado às suas vidas e a falha nesse processo causa burnout. Não é a falha objectiva que causa o burnout mas sim os sentimentos de que esse esforço é insignificante e sem significado. Nesta perspectiva, a origem do burnout reside no insucesso em encontrar um significado existencial; razão pela qual o burnout atinge pessoas com grandes objectivos e expectativas tais como enfermeiros, gestores, professores do ensino primário, trabalhadores sociais e de saúde mental, etc. Todas estas profissões sugerem que quando os profissionais altamente motivados, vivenciam o trabalho como fonte de significado existencial e este falha, não atingindo os seus objectivos, tornam-se mais susceptíveis ao burnout. Também Gagon (1985) refere que os mais idealistas e os mais ambiciosos se encontram entre os sujeitos de alto risco, indicando alto risco para as profissões ditas “de ajuda”.

Farber (1982) partilha da opinião de Pines, referindo que, quando professores idealistas e dedicados se sentem incapazes de educar e inspirar os seus estudantes, eles provavelmente irão sofrer de burnout.

Freudenberger (1983) refere-se também a uma frase que reforça a opinião de Pines, quando psicoterapeutas se sentem incapazes do seu “... desejo de ajudar as pessoas que precisam” e sentem que falharam, entram em burnout.

Assim, Pines (1993) resume da seguinte forma estes aspectos relacionados com o envolvimento, significação e motivação: Se eu não me sinto devotado a uma causa, se trabalho com pessoas mas não me preocupo com elas, se não estou emocionalmente envolvido no trabalho, provavelmente

não serei alvo de burnout; mas se pelo contrário, estou empenhado no meu trabalho, emocionalmente envolvido e espero obter dele uma resposta existencial e sinto que falhei, serei provavelmente candidato ao burnout. O autor reforça ainda o que foi dito com a seguinte frase ilustrativa do problema “Não é o trabalho actual com pessoas que me desgasta, pois esta foi a razão principal da escolha do meu trabalho, é a minha incapacidade de os ajudar que me causa burnout”.

Estas últimas três definições partilham de um aspecto comum na medida em que definem burnout como um estado de fadiga, exaustão emocional, sendo resultado final de um processo gradual de desilusão. Assim, também a nível conceptual, parece existir algum acordo acerca da especificidade do burnout como um síndrome relacionado com o trabalho, caracterizado por sintomas disfóricos semelhantes aos da depressão. De acordo com Freudenberger & Richelson (1980), este processo é causado pela devoção a uma causa e insucesso em atingir um objectivo. Segundo Maslach (1993) o processo é causado pelo facto de se trabalhar com pessoas e segundo Pines e Aronson, este processo deve-se ao envolvimento por um longo período em situações emocionalmente exigentes.

De todas as definições, retiram-se alguns elementos comuns:

- Há um predomínio de sintomas disfóricos tais como, exaustão emocional e mental, fadiga e depressão
- Predomínio dos sintomas comportamental e mental / sintomas físicos
- Sintomatologia de burnout relacionados com o trabalho
- Diminuição da eficácia e realização no trabalho devido às atitudes e comportamentos negativos desenvolvidos
- Aparecimento na população dita “normal” que não sofria de patologia do foro psiquiátrico.

Depois de uma abordagem global das várias definições do termo burnout, ir-se-á fazer referência a Maslach (1993), pela operacionalidade e especificidade que imprimiu ao conceito, tornando-a a mais conhecida definição de burnout, sendo largamente aceite pela comunidade científica e

alvo de variadíssimos estudos, tendo por base o questionário por ela criado. Assim, definiu-o como “Síndrome psicológico de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal que ocorre entre indivíduos que trabalham com pessoas de alguma forma”. A exaustão emocional refere-se à sensação de estar emocionalmente exausto e vazio de recursos emocionais. A despersonalização refere-se a um negativo distanciamento, insensível ou excessivo, para com os outros, que são os “recipientes” dos serviços ou cuidados. A redução da realização pessoal refere-se ao declínio do sentimento de competência e sucesso alcançado no trabalho. Esta definição apresenta operacionalmente três dimensões, conceptualizando o burnout num modelo multidimensional, o qual a sua avaliação não pode ser simplesmente sumariada num simples score. Pesquisas de Maslach & Jackson (1981 b) e Perlman & Hartman (1980) dão suporte a esta perspectiva. Esta situação, pode levar à deterioração da qualidade dos cuidados ou serviços prestados e parece ser um factor de turnover e absentismo no trabalho e baixa da moral, correlacionando-se com vários factores de disfunção pessoal incluindo exaustão física, insónia, aumento do consumo de álcool e drogas, assim como problemas familiares e conjugais. A definição resultou do desenvolvimento de vários anos de investigação exploratória, baseada em entrevistas, questionários e observação sistematizada numa variedade de profissões, incluindo cuidados de saúde, serviços sociais, saúde mental, justiça criminal e educação. Das entrevistas exploratórias com médicos e enfermeiros que trabalhavam em saúde mental, a autora concluiu que as experiências emocionais vivenciadas pelos profissionais têm um papel importante na saúde mental do indivíduo. Assim, poderá por vezes ser compensador trabalhar com doentes (principalmente quando estes recuperam), no entanto o esforço para lidar com os mesmos é emocionalmente stressante.

Burnout e Evolução

Carvalho (1995) considera que no contexto actual é consensual a definição de stress ocupacional como um processo que pode ocorrer quando há um desajustamento por resolver entre solicitações, pressões sentidas da

situação de trabalho e capacidade de as superar. Sendo um processo e ocorrendo de forma sequencial, comporta estados de agravamento que poderão ir desde a desilusão à apatia total, Neveu, (1995) refere que o burnout “não é uma doença que se apanha devido a um vírus qualquer”. É devido à degradação progressiva da saúde do indivíduo que ocorre por fases.

Têm sido descritas várias fases no desenvolvimento do processo de burnout, não existindo um consenso geral entre os vários autores. Edelwich & Brodsky (1980) consideram quatro fases:

- Fase do entusiasmo, acompanhada de hiperactividade onde dominam sentimentos positivos
- Fase da estagnação, traduzida por uma fadiga intensa, queixas psicossomáticas e irritabilidade
- Fase de frustração, marcada por culpabilidade e forte sentimento de desgaste
- Fase de desmoralização, manifestada por uma baixa na moral, afectando o desempenho do indivíduo.

Fawzy et. al. (1991) apenas consideram três fases:

- Na 1º fase ocorre uma perda da satisfação em termos sociais com perda gradual da realidade.
- Na 2º fase ocorre uma rápida deterioração física e mental. Os indivíduos apresentam alterações do sono, perda de energia, podendo ganhar ou perder peso, tornando-se indiferentes.
- Na 3º fase ocorre uma quebra física e/ou psicológica podendo surgir ataques cardíacos, úlceras, doença mental e frequentemente depressão, sendo a última forma de burnout o suicídio.

Eliezer (1981) propõe cinco fase com o seguinte encadeamento:

- Frustração, cólera, agressão, regressão, resignação e depressão.

(considerando o estado depressivo como consequência da frustração não exprimida)

Maslach & Jackson (1982) salientam apenas três fases, nas quais ocorre:

- Desgaste emocional proveniente da relação de ajuda
- Relação despersonalizada como meio de protecção contra sentimentos de desvalorização devido a sentimentos de culpabilidade.
- Afastamento nas relações ou desenvolvimento de uma relação despersonalizada - O profissional face a estas dificuldades relacionais protege-se, evitando o relacionamento ou desenvolvendo uma relação despersonalizada, conduzindo a sentimentos de culpabilidade com baixa realização pessoal.

Cullen (1995) considera três estadios:

- Alarme → O indivíduo não se apresenta capaz de funcionar dentro de um nível aceitável para si. Edet et al. (1994) consideram existir nesta fase um desequilíbrio instável. Psicologicamente instala-se um desencorajamento, frustração, acompanhado de sentimentos de impotência e culpabilidade.
- Resistência → O indivíduo torna-se cínico e rígido, inflexível nas regras, regulamentos e nas negociações; tornando-se também mais afastado dos outros. A autora refere-se ao afastamento repentino, como um sinal claro de que o indivíduo está a experienciar burnout. Edet et al. (1994) referem ser nesta fase que se dá o aparecimento do sofrimento.
- Exaustão → Neste estadio surgem os sintomas extremos de burnout. Edet et al. (1994) referem-se à cronicidade da fadiga física. Psicologicamente o pessimismo e o cinismo são acompanhados de sentimentos de abandono, solidão e incompreensão, podendo levar à apatia, indiferença, violência, ira ou crueldade.

A enorme variedade de fases referidas, dão consistência à necessidade crescente de criar modelos conceptuais capazes de fornecer explicações objectivas e abrangentes do processo de burnout.

Burnout, stress e ansiedade

Alvarez et al. (1993) consideram que burnout, stress e ansiedade têm sido confundidos indevidamente, argumentando que cada um se centra numa resposta especificamente diferenciada a situações e estímulos diversos.

Stress é definido por Selye (1956,1982), citado por (Pines, 1993), como “resposta inespecífica”, resultante de qualquer solicitação no organismo, podendo ocorrer em variadíssimas situações (guerra, catástrofes naturais, doença, desemprego), incluindo situações ligadas ao trabalho. A formulação desta definição é baseada em indicadores objectivos mensuráveis, tais como secreções hormonais, traduzindo mudanças físicas e químicas responsáveis pela nossa reacções ao stress, alterações essas que ocorrem ao nível somático funcional e orgânico.

O stress, segundo Guerreiro (1990), pode ser originário de estímulos agradáveis (sendo encarado de forma positiva - o “eutress” - quando serve de estímulo e desafio ao indivíduo) ou desagradáveis, sendo este último causador de ansiedade, quando o indivíduo percebe a situação como ameaçadora, esgotando a capacidade de resposta, conduzindo à sensação de mal estar e doença. Alvarez et al. (1993), também consideram a ansiedade resultante do stress, mas nem sempre originária dele. É consequência do stress no plano comportamental, mas causador dele no plano cognitivo e afectivo. Um outro aspecto que se apresenta como pertinente, é que o stress pode produzir respostas adaptativas, enquanto que a ansiedade induz respostas desajustadas para o sujeito. Neste contexto, o burnout será resultante de um stress crónico experimentado no contexto do trabalho, marcado por um desajustamento do indivíduo à situação laboral.

Lazarus (1984) citado por Pines (1993) também denota diferenciação entre os dois conceitos, distinguindo-os numa perspectiva motivacional, além de fazer uma distinção de três tipos básicos de stress. Assim considera:

- Stress sistémico → refere-se aos distúrbios ocorridos nos tecidos.
- Stress psicológico → refere-se aos factores cognitivos que conduzem à avaliação da ameaça.
- Stress social → refere-se à ruptura da unidade ou sistema social.

Enquanto que cada pessoa pode experienciar stress relativamente aos três níveis apresentados, o burnout apenas pode ser experienciado por pessoas com grandes objectivos, expectativas e motivações, esperando grande sentido significativo do seu trabalho. Um indivíduo que não apresente esta motivação inicial, pode experienciar stress no trabalho mas não burnout.

Relativamente à distinção entre stress no trabalho e burnout ela só pode ser feita de um modo retrospectivo, quando a adaptação tenha surgido ou a quebra na adaptação tenha ocorrido, não podendo assim ser distinguidos pela sua sintomatologia mas apenas pelos seus processos básicos.

Brill (1984) citado por Maslach & Schaufeli (1993), argumenta que enquanto o stress se refere a um processo de adaptação temporário, sendo acompanhado por sintomas físicos e mentais, o burnout reporta-se a uma quebra na adaptação, acompanhada de um mal funcionamento crónico.

Já Ganster (1989) fala de burnout como um tipo de stress, especificamente, um padrão de resposta afectiva crónica, relativa às condições stressantes do trabalho, tendo por base o contacto intenso estabelecido nas relações interpessoais.

Shirom (1989) citado por Cordes & Dougherty (1993), refere que o burnout é um aspecto distinto do stress como uma resposta padrão aos stressores no trabalho, representando um tipo particular de stress no trabalho.

Dos vários autores referidos, verifica-se uma especificidade do burnout, ligado às condições laborais, ao contrário do stress que representa uma resposta inespecífica a qualquer solicitação. As expectativas do indivíduo têm um papel importante, pois o burnout apenas pode ser experienciado por pessoas altamente motivadas, esperando grande sentido do trabalho que realizam. Também ressalta o facto do stress ser uma forma de adaptação que ocorre de forma temporária, enquanto que o burnout se apresenta como uma quebra nessa adaptação e reflecte um mau funcionamento crónico.

Ainda em relação ao stress e ansiedade, o primeiro conceito pode produzir respostas adaptativas, enquanto que a ansiedade induz respostas desajustadas para o sujeito.

Burnout e Alienação

A alienação, segundo Pines (1993), é uma situação que pode ocorrer em pessoas que nada esperam do seu trabalho excepto remuneração, enquanto que o burnout ocorre com pessoas que inicialmente se preocupam mais com as pessoas com quem trabalham do que a remuneração, esperando encontrar no trabalho uma significação nas suas vidas.

Burnout e Depressão

De acordo com a DSM III (classificação psiquiátrica) a depressão é um estado de espírito disfórico ou perda de interesse no prazer em quase todas as actividades, passatempos/ divertimentos. No burnout, nos seus estadios iniciais, as pessoas sentem-se muitas vezes felizes e produtivas noutras actividades.

Freudenberger (1980), citado por Maslach & Schaufeli (1993), refere que a depressão é muitas vezes acompanhada de culpa, enquanto o burnout ocorre num ambiente de raiva e os sintomas tendem a relacionar-se com o trabalho. Mais uma vez é invocada a especificidade da situação, ao invés de numa verdadeira depressão, esta ser caracterizada por uma generalização de sintomas pessoais, que se manifestam em todas as situações.

Burnout e Fadiga

Para Pines (1993), a pessoa que experimenta burnout sente-se fisicamente exausta, descrevendo essa fadiga de forma bastante diferente do cansaço físico dito normal. O esforço e exercício físico causam cansaço físico, mas essa fadiga é geralmente sentida como positiva e é acompanhada de sentimentos de realização e sucesso; opostamente, o burnout é uma experiência que é acompanhada por um profundo sentido de insucesso. De

qualquer modo, o stress e fadiga surgem em qualquer pessoa e podem resultar de variadíssimas situações. De todas as diferenças apontadas, a principal reside no facto do burnout ser sempre o resultado de um processo gradual de desilusão na procura de um sentido existencial significativo do trabalho. Sendo o modelo existencial de burnout motivacional, apenas os indivíduos fortemente motivados podem experimentar burnout. Uma pessoa sem motivação pode experienciar stress, alienação, depressão, crise existencial, fadiga, mas nunca burnout.

Farber (1983 b) aclara que “um alto nível de entrega para com o trabalho é muitas vezes um pré- requisito para o burnout”.

Bibeau et al. (1989) baseados numa análise das várias definições de burnout, propõem critérios objectivos e subjectivos de diagnóstico. Consideram como **indicador principal subjectivo** o estado geral de fadiga severa acompanhada de: perda de auto estima resultante de um sentimento de incompetência profissional e insatisfação laboral, apresentação de sintomas físicos múltiplos de angústia sem identificação de uma doença orgânica e problemas de concentração, irritabilidade e negativismo.

Como **indicador principal objectivo**, consideram o decréscimo significativo no desempenho do trabalho durante um período de vários meses observado pelos:

- “Recipientes” (os que recebem serviços de qualidade inferior)
- Supervisores (que observam o decréscimo da eficiência)
- Colegas (que observam uma perda geral de interesse relacionado com o trabalho)

Estes autores fornecem ainda três critérios de exclusão, conducentes ao diagnóstico diferencial. Os indicadores objectivos e subjectivos não poderão resultar de pura incompetência que não operacionalizam, quadro psicopatológico e problemas relacionados com a família.

A fadiga severa como resposta à monotonia ou a sobrecarga de trabalho é excluída, pois não é necessariamente acompanhada de sentimentos de incompetência e baixa produtividade.

Bibeau et al. (1989), citados por Maslach & Schaufeli (1993), após apresentação destes critérios que possibilitam o diagnóstico diferencial, concluem não ser necessário introduzir uma nova categoria nosográfica psiquiátrica, apesar de referirem ser possível a avaliação do burnout em termos psiquiátricos. No entanto, esta avaliação pode trazer consequências negativas, rotulando os indivíduos como mentalmente doentes. Por outro lado, em muitos países é necessário um diagnóstico, para determinar se o trabalhador tem direito à baixa médica, tratamento ou outros benefícios sociais. Assim, o benefício de um diagnóstico psiquiátrico do burnout, estaria no reconhecimento oficial de um problema pessoal legítimo.

Modelos de Burnout

Verificou-se nos capítulos anteriores que a maioria dos autores consideram nas suas definições, a existência de exaustão emocional resultante da tensão crónica e do stress a que os profissionais de ajuda estão sujeitos.

Surge então uma questão que se prende com o facto do burnout ser ou não um fenómeno unitário. Apesar de serem referidas diversas fases no seu processo gradual evolutivo, sem a existência de modelos teóricos explicativos de hipóteses específicas de burnout, a questão fica por responder. É nesta linha de pensamento que investigadores se têm vindo a debruçar, na tentativa de desenvolverem modelos teóricos, fornecendo assim uma base sólida, prevendo de alguma forma o fenómeno de burnout numa população em estudo, a partir de variáveis bem estudadas. Serão apresentadas seguidamente oito modelos, tendo em atenção a sequência no seu aparecimento, apesar de uns serem reformulações de outros.

Modelo de House & Wells

House (1980), considera as características individuais e organizacionais (ambiente de trabalho), determinantes para o entendimento do processo de

burnout. As características individuais, por sua vez, são mediadas pela forma como o indivíduo lida com a situação vivenciada.

As três dimensões do burnout reportam-se ao aparecimento de sintomas:

- Fisiológicos (cansaço crónico e exaustão física),
- Afectivo-cognitivos, pelo aparecimento de sentimentos e atitudes responsáveis pela (despersonalização e exaustão emocional),
- Comportamentais traduzindo-se em comportamentos sintomáticos através da despersonalização e diminuição da produtividade.

Estes autores postulam que as três dimensões do burnout reflectem categorias de stress. Neste modelo, o grau no qual a situação conduz ao stress, o stress percebido pelo indivíduo, a resposta ao stress e o resultado do stress, encerram as quatro fases do modelo proposto; sendo somente considerado nesta última fase a existência de um stress emocional crónico conducente ao burnout. É de referir que a passagem da 1ª para a 2ª fase depende das características da personalidade, do passado e das variáveis organizacionais.

Este modelo reconhece a natureza multidimensional do burnout, constatado na enorme variabilidade de resultados obtidos nas três dimensões. Estes resultados podem dar-nos indicações importantes da satisfação no trabalho, do fenómeno de turnover, etc.

Modelo de Cherniss (1980)

Cherniss (1980) considera o burnout como um processo constituído por diferentes estados sucessivos que ocorrem no tempo, representando uma forma de adaptação ao stress. A criação deste modelo foi baseada em entrevistas realizadas consecutivamente ao longo de dois anos a trabalhadores de saúde mental, enfermeiros, professores e advogados. Deste estudo surgiu um modelo, que considera que as características particulares do contexto do trabalho interagem com os indivíduos, assim como as suas expectativas e exigência, quando estes se iniciam no mundo do trabalho. Estes factores

resultam em focos de stress, que podem ser vivenciados em vários graus de acordo com a situação do trabalho. Cherniss (1980) classifica estes focos como centrados no local do trabalho e no indivíduo, repercutindo-se neste através da mudança de atitudes. Assim, de acordo com a forma como o indivíduo lida com o stress, teremos respostas diferentes. Alguns aplicam técnicas e estratégias que podem ser utilizadas de forma positiva, solucionando o problema; outros desenvolvem atitudes negativas que são classificadas de burnout.

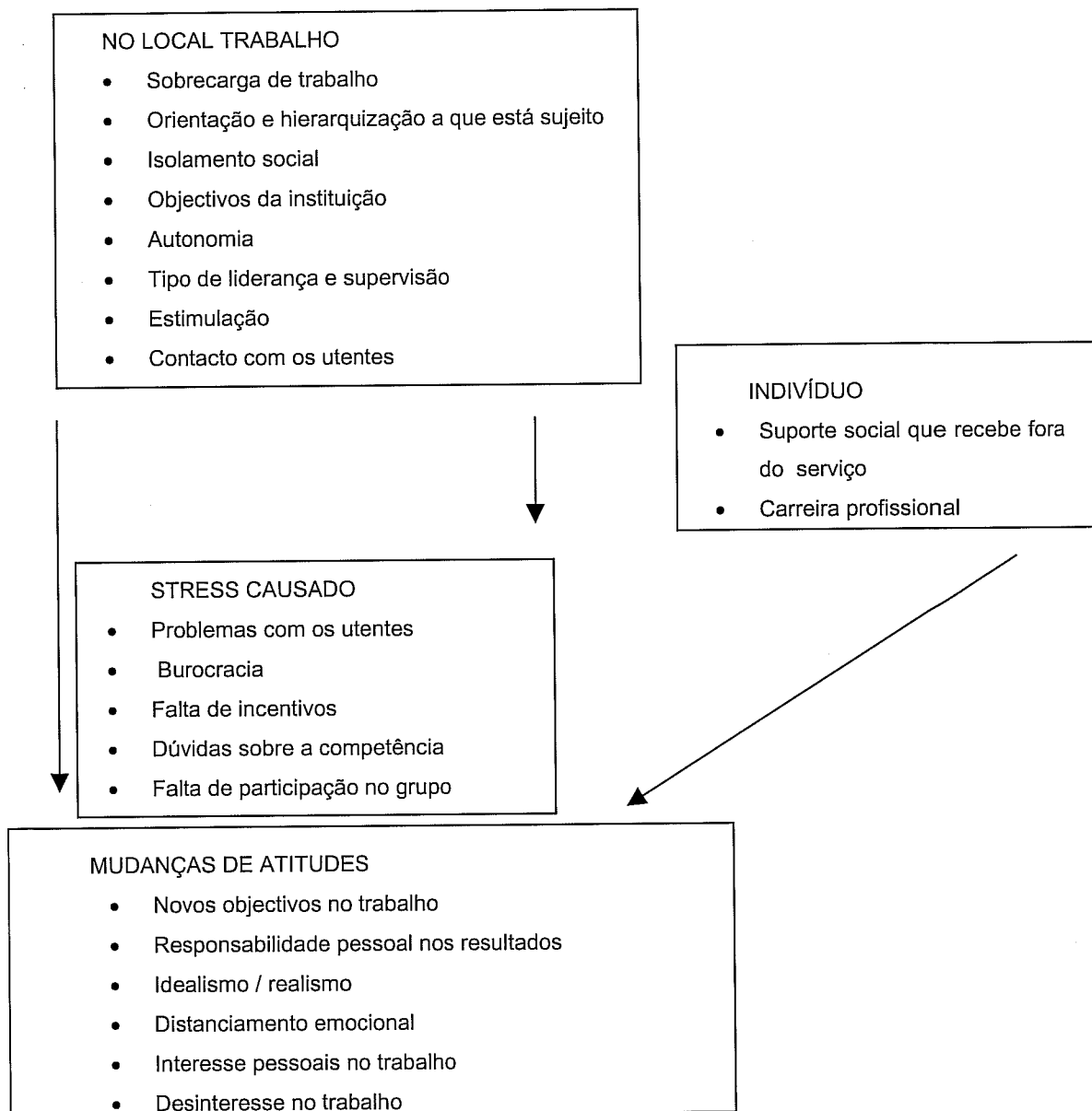


Figura 1- Modelo de burnout de Cherniss (1980)

Modelo de Edelvich & Brodsky (1980)

Edelvich & Brodsky (1980) propõem um modelo progressivo não linear e cíclico de burnout, composto por quatro etapas diferentes.

A primeira etapa é caracterizada por um idealismo e entusiasmo, devido a uma percepção positiva do seu trabalho, apresentando consequentes expectativas irreais. Numa segunda etapa, há como que uma imobilidade devido à tomada de consciência de expectativas irreais, ocorrendo perda do idealismo e entusiasmo inicial. O indivíduo apresenta fadiga extrema, irritabilidade e problemas de concentração. É na terceira etapa que os autores consideram residir o núcleo central do burnout, caracterizado pela frustração, sentimento de culpa e impotência perante a situação. A quarta e última fase é caracterizada pela apatia, sendo marcada pela indiferença e falta de interesse. O indivíduo sente um vazio total com distanciamento emocional e desprezo. Este modelo como já foi referido, é cíclico podendo repetir-se várias vezes no tempo e completar-se em épocas diferentes no mesmo ou diferentes locais de trabalho.

Modelo de Meier (1983)

Meier (1984) conceptualiza o burnout como sendo um estado resultante de experiências de trabalho repetidas nos quais o indivíduo possui:

- Expectativas diminuídas para a presença de reforços positivos
- Expectativas aumentadas para a punição no ambiente de trabalho
- Expectativas diminuídas relativamente ao controlo das formas de reforço presente
- Expectativas diminuídas da competência pessoal para o desempenho de comportamentos que visem o controlo do reforço

Assim, indivíduos que apresentem diminuição nas expectativas, tenderam a apresentar sentimentos negativos, traduzindo-se em comportamentos de baixa performance.

Este modelo considera como causas de burnout as relacionadas com o indivíduo e o meio, e também as resultantes da influência de ambas, quer ambientais quer individuais, dando assim ênfase ao estudo dos contextos internos e externos, conceptualizando o burnout numa perspectiva interacionista. Este modelo aquando da sua conceptualização, veio dar um contributo importante para a clarificação das causas do burnout, já que numa perspectiva holística faz a integração de ambos, e vê o burnout como constituído por vários componentes (afectivo, cognitivo e comportamental).

Modelo de Golembiewski et al. (1986)

Este modelo parte das escalas de avaliação do burnout - M.B.I. (Maslach Burnout Inventory) criada por Maslach & Jackson (1981), considerando que o processo se inicia pela despersonalização, passando pela falta de realização pessoal até chegar à exaustão emocional (Gil- Monte et al., 1998).

Segundo Garcia (1990), são consideradas neste modelo as pontuações nas três sub-escalas do M.B.I., formando uma sequência. Assim, o aumento da despersonalização caracteriza a primeira etapa do modelo, reportando-se ao nível mais baixo de burnout. Níveis altos nesta sub-escala podem repercutir-se negativamente na realização pessoal. Por sua vez, o aumento da sintomatologia anteriormente mencionada poderá conduzir a níveis altos na exaustão emocional. É da conjugação destas sequências que se obtêm as oito fases, sendo os indivíduos classificados de alto ou baixo nas três sub-escalas.

FASES

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>
Despersonalização	B	A	B	A	B	A	B	A
Realização Pessoal	B	B	A	A	B	B	A	A
Exaustão Emocional	B	B	B	B	A	A	A	A

Figura 2- Fases do modelo de Golembiewski et al. (1986)

Golembiewski et al. (1986) consideram ocorrer uma progressão linear da primeira à oitava fase. Este modelo tem demonstrado alta validade externa, confirmado pelos resultados obtidos pelos diversos autores em mais de doze amostras diferentes, utilizando mais de duzentas variáveis.

Apesar da validade demonstrada, o próprio autor assinala algumas limitações

- As fases são progressivas relativamente à evolução do síndrome, embora não seja obrigatório a passagem por todas elas
- Não explica como é que o indivíduo recupera, encontrando-se na oitava fase
- O modelo abarca duas formas de burnout. O ataque crónico com a progressão desde a primeira à última fase e o ataque agudo, com a passagem da fase um à cinco e desta à oitava

Leiter (1989) e Gil-Monte et al. (1998) apresentaram várias críticas a este modelo, nomeadamente questões de índole metodológica, criticando o facto de haver dicotomização de uma escala contínua; reduzindo-se assim o burnout a uma única dimensão - a exaustão emocional. Apesar destas críticas o modelo tem revelado fiabilidade e validade empírica.

Gil-Monte et al. (1998) em estudos recentes, revelaram a pobreza de representação do processo de burnout do modelo proposto.

Modelo de Leiter & Maslach (1988)

Este modelo segundo Garcia (1990), parte também das suas sub-escalas M.B.I., argumentando que os indivíduos estão sujeitos à exaustão emocional devido à exposição a situações de stress no trabalho, reagindo através da despersonalização.

O Modelo de Leiter e Maslach (1988) citado por Gil-Monte et al. (1998), considera que o burnout progride de uma exaustão emocional a uma despersonalização até à falta de realização pessoal.

Neste modelo a exaustão emocional é o aspecto central do burnout, pois está associado ao aumento da despersonalização, baixa na realização pessoal e outros aspectos como aumento do absentismo. A despersonalização é descrita por Leiter (1988) como uma tentativa de o indivíduo lidar com sentimentos de esgotamento. Esta tentativa revela-se ineficaz no relacionamento interpessoal. Um aspecto interessante prende-se com o facto de Leiter(1988) considerar que se a despersonalização fosse uma resposta adequada, estaria correlacionada negativamente com a exaustão emocional, o que não acontece. Este autor considera rico o seu modelo na medida em que não dicotomiza a escala, considerando-a bastante sensível, pois toma em consideração toda a complexidade do síndrome sendo também mais apropriada para avaliar as mudanças dos níveis de burnout.

No entanto, Golembiewski (1989) considera que o modelo de Leiter apenas avalia metade dos casos possíveis de burnout, pois considera apenas quatro níveis. Estudos longitudinais realizados por Lee & Ashforth (1993 a) vêm demonstrar que o modelo de Leiter e Maslach é mais preciso do que o de Golembiewski (1989), no entanto apresentam alguns problemas, nomeadamente na explicação da ligação da despersonalização à falta de realização pessoal.

FASES

	1	2	3	4
Despersonalização	B	A	A	A
Realização Pessoal	B	A	B	A
Exaustão Emocional	B	B	B	A

Figura 3 – Fases do modelo de Leiter (1988)

Modelo de Lee & Ashforth (1993 a)

O modelo de Lee & Ashforth (1993 a) considera que o burnout progride da exaustão emocional para a despersonalização e para a falta de realização pessoal. Este modelo apresentou alguns problemas relativamente à explicação de diferença entre a exaustão emocional e a falta de realização pessoal. De todos os modelos apresentados, pode-se verificar que todos eles consideram o burnout como resposta à tensão crónica no trabalho; residindo a única diferença na dimensão que primeiro responde à tensão sentida e na forma como o burnout progride.

Modelo Alternativa de Gil-Monte, Peiró, & Valcárcel (1998)

Baseados nas avaliações dos modelos de stress feito por Lazarus & Folkman (1984), citado por Gil-Monte et al. (1998), os autores sugerem um modelo susceptível de explicar as relações entre as três dimensões do M.B.I. O burnout é conceptualizado como uma resposta ao stress no trabalho, ocorrendo após as estratégias de coping adoptadas inicialmente não surtirem efeito. Assim, o burnout progride de uma falta de realização pessoal até à exaustão emocional, da falta de realização pessoal até à despersonalização e da exaustão emocional à despersonalização. Neste modelo a falta de realização pessoal é vista como uma tensão e a despersonalização é vista como um processo cognitivo que deriva do stress, quando as estratégias de coping adoptadas não são bem sucedidas. Assim, quando os profissionais não conseguem lidar com os problemas no trabalho, surgem sentimentos de falta de realização pessoal e mais tarde uma resposta emocional. São estas duas circunstâncias que os autores consideram conduzir à despersonalização como estratégia de coping.

Estudos recentes destes autores revelam qualidade do modelo e boa representação do processo de burnout. Os autores advertem para os resultados obtidos, devido a limitações efectuadas na pesquisa, nomeadamente ao tamanho moderado da amostra (196 questionários válidos

dos quais se obteve 33% de taxa de resposta) e no processo de recolha de dados.

Verifica-se assim que o burnout teve um início conturbado, sendo inicialmente desacreditado para passar ao extremo de ser explicação de um vasto leque de problemas.

Inicialmente, o termo foi conceptualizado sob várias designações, sendo dado maior ênfase, consoantes os vários autores, a aspectos como motivação, empenhamento, envolvimento e significação do trabalho. A sua abordagem social também foi contemplada, facilitando a sua aceitação social.

Todas as definições, partilham o facto de o considerarem como resposta ao stress crónico, evoluindo como processo gradual. Maslach, pela operacionalização imprimida ao conceito, teve grande aceitação por parte da comunidade científica, caracterizando-o pela exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal como de resposta ao stress emocional crónico.

A investigação sistematizada, particularmente na sua avaliação, e a utilização de metodologias mais precisas possibilitou a aceitação de escalas, ganhando o termo maior especificidade. Estava dado o passo inicial da problemática que possibilitou a sua investigação.

Foram apontadas várias fases no desenvolvimento deste processo, embora não tenha ainda ocorrido consenso. A falta de um modelo geral é reflexo das divergências encontradas.

A apresentação de evidências que possibilitam o diagnóstico diferencial do burnout com o stress e ansiedade, alienação, depressão e fadiga, assim como a criação de critérios objectivos e subjectivos de diagnóstico, concorreram de forma positiva para o tornar num fenómeno válido e diferenciado de outros conceitos.

Dos vários modelos apresentados, House & Wells (1980) dão ênfase às características individuais e organizacionais no processo de burnout, conceptualizando-o em quatro fases decorrentes, da situação vivida, da

percepção do stress, da resposta e resultado que esse stress produziu, sendo considerado nesta última fase a evidência do fenómeno de burnout.

Já Cherniss (1980) dá ênfase às características do contexto do trabalho, expectativas e exigências, conceptualizando o burnout como forma de adaptação ao stress.

Edelwich & Brodsky (1980) também valorizam o ambiente de trabalho, dando ênfase à relação que o indivíduo estabelece nesse ambiente. Assim, o burnout evolui em quatro fases, desde uma percepção positivista até à perda do entusiasmo inicial e desilusão, evidenciando-se apenas na terceira fase, com o aparecimento de toda a sintomatologia.

Meier (1983) também no ambiente de trabalho, acentua a tónica na repetitividade das experiências vividas, associando-se a diferentes graus de expectativas, apresentadas pelos indivíduos. É das características do meio, do indivíduo e sua interacção, que residem as causas do burnout.

Golembiesky et al (1986) conceptualizam o burnout a partir da escala da M.B.I., considerando 8 fases, evoluindo da despersonalização, falta de realização pessoal até à exaustão emocional, ocorrendo num processo linear.

Leiter & Maslach (1988) consideram uma sequência diferente dos autores anteriores. A experimentação de exaustão emocional é considerado aspecto fulcral do burnout, conduzindo à despersonalização, que por sua vez leva à falta de realização pessoal. Também o número de fase é metade das referidas pelos autores anteriormente citados.

O modelo de Lee & Ashforth (1993 a) preconiza uma evolução igual à de Leiter & Maslach (1988).

O último modelo, apelidado de modelo alternativo de Gil Monte, Peiró, & Valcárcel (1998), conceptualizam o burnout como resposta ao stress, após a falência das estratégias de coping, progredindo de uma falta de realização pessoal até à exaustão emocional, da falta de realização até à despersonalização e da exaustão emocional até à despersonalização. Os estudos apontam para uma boa representação do processo de burnout.

Verifica-se assim a importância da criação de modelos teóricos, na tentativa de dar consistência e suporte teórico ao processo de burnout, pois a

simples descrição das várias fases, não é suficiente para considerá-lo fenômeno unitário. A consciencialização dos vários autores na criação dos vários modelos, é bem fruto desse esforço. A diversidade é representativa duma falta de consenso, revelando-se no entanto, como contributo importante na explicação do conceito.

CAPÍTULO III

CAUSAS, VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, CONSEQUÊNCIAS, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO BURNOUT

Após se ter feito a apresentação do burnout numa perspectiva histórica, referência ao desenvolvimento do conceito, fases e apresentação de modelos explicativos, importa agora reflectir sobre as principais causas referidas pelos vários autores. Será feita uma abordagem segundo três aspectos principais: factores de ordem interpessoal, organizacional e pessoal, sendo posteriormente feita a análise individual de cada um deles.

Seguidamente, serão referidas as principais consequências e apresentadas as várias abordagens, que perspectivam a prevenção e tratamento do burnout.

Causas de Burnout

A bibliografia refere-se a uma enorme lista de factores considerados agentes stressores; Shamir (1986), citado por Shirom (1989), nas suas pesquisas, identificou 32 agentes.

Dos vários autores consultados, são identificados factores de ordem interpessoal, organizacional, pessoal e aspectos relacionados com as variáveis demográficas, sendo dado maior ênfase a cada um deles consoante cada autor; no entanto não deixa de ser notório a importância dada aos factores de ordem organizacional.

Pronost (1996) refere-se às origens do burnout associado a situações de stress crónico provocado não só pela intensidade das relações, mas também por situações relacionadas com as variáveis pessoais.

Dorin (1985) privilegia as causas de índole organizacional (falta de reconhecimento social, excesso de trabalho) e pessoais (ideais demasiado ousados, má imagem de si, problemas financeiros e conjugais).

Freudenberger (1974), psicanalista, centra-se mais no indivíduo e suas características como origem de burnout.

Já Maslach (1976) considera primordiais as relações interpessoais entre o trabalhador e utente e/ou trabalhador – trabalhador.

Cherniss (1981 b), citado por Harvey & Raider (1984), considera a organização.

Verifica-se assim que diferentes autores referem e dão primordial importância a diferentes aspectos.

Maslach (1982) resume os principais aspectos causais do burnout, considerando três antecessores: Factores organizacionais (estrutura organizacional, clima, recursos, baixa implicação no trabalho devido a uma escassa autonomia no trabalho, indefinição de tarefas, inexistência de inovação laboral ou profissional, desconforto físico associado a uma elevada pressão no trabalho e ausência de apoio da supervisão e/ou direcção); interpessoais e intrapessoais (traços de personalidade e competências), advertindo Vendrell (1988) para a importância das inter-relações entre os vários factores. Para que se produza burnout é necessária interacção entre as respostas individuais ao stress, associado à pressão no ambiente de trabalho.

Larouche (1985) faz uma divisão mais simples considerando existirem causas exteriores ao trabalho e causas interiores ligadas ao indivíduo. Nas causas exteriores refere-se às condições negativas (exigência excessiva, má organização) e ausência de condições positivas (pouca gratificação, falta de suporte administrativo). Nas causas ligadas à pessoa, refere a vulnerabilidade pessoal (visão idealista, necessidade de ser valorizado) e por outro lado a ausência duma rede de apoio.

Numa revisão bibliográfica realizada, Cordes & Dougherty (1993) agrupam os factores que compõem os antecedentes do burnout em três categorias principais.

- **Características da profissão e desempenho** sendo as características do relacionamento trabalhador-cliente aquelas que exercem maior influência no aparecimento do burnout. Nas características da profissão e desempenho os autores consideram o papel das relações interpessoais, a sobrecarga no trabalho, ambiguidade e conflito de papéis
- **Características organizacionais** (contexto do trabalho e contingência das recompensas e punições)
- **Características pessoais.** (características demográficas, suporte social, expectativas profissionais e progressão profissional)

Harvey & Raider (1984) baseados no desempenho dos administradores, fazem uma divisão entre os agentes stressores do burnout, considerando num grupo aqueles que actuam directamente no trabalho e noutra aqueles que são especificamente identificados com o desempenho administrativo.

Nos primeiros consideram como agentes stressores aqueles que actuam directamente no trabalho e que derivam de três aspectos, já anteriormente focados por outros autores: aspectos individuais, interpessoais e organizacionais. Os que se focalizam no indivíduo centram-se nos traços de personalidade e expectativas que o indivíduo tem do trabalho. Os que se focalizam nas relações interpessoais centram-se nas dificuldades de relacionamento entre o indivíduo e o utente ou indivíduo - indivíduo e também na falta de feed-back e suporte social. Os que se focalizam na organização centram-se na listagem dos factores produtores de stress, como o desempenho, objectivos, conflitos entre o trabalhador e a organização e a incapacidade do trabalhador para exercer controle e autonomia do seu trabalho, etc.

No segundo grupo, consideram aspectos directamente relacionados com desempenho administrativo incluindo factores como informações, relacionamento inter-organizacional e responsabilidades para com os contribuintes, relativamente à aplicação de fundos públicos. Todos estes factores interrelacionados potencializam o efeito stressor em níveis variáveis.

Estes autores apontam um aspecto interessante relacionado com a percepção do burnout. Eles denotam que as causas de burnout podem não ser percebidas pelos que o experienciam, pois a maioria dos pequenos agentes causadores de stress laboral nascem dos erros gerais percebidos e negados entre as características pessoais e o ambiente.

Carvalho (1995) tem uma visão mais abrangente, considerando que o stress ocupacional depende da tensão não adequada e eficazmente resolvida, devido à actuação de diversos factores: físicos biológicos, químicos, ambientais, ergonómicos e psicossociais.

Todas estas variações nas subdivisões da génese do burnout, contribuem positivamente para um melhor esclarecimento da importância desses factores, possibilitando uma melhor operacionalização das diferentes variáveis em estudos a realizar, contribuindo para o estabelecimento da intensidade dessas relações. Ainda Perlman & Hartman (1982), num estudo efectuado que visou a revisão da literatura sobre burnout entre 1974 e 1980, (já que anteriormente a 1974 não identificaram nenhuma referência), constataram que de entre 29 artigos, a maioria referia-se preferencialmente como causas de burnout a factores de ordem organizacional, ao invés dos de ordem individual. Também Hebner (1993) considera que os factores organizacionais foram até à data alvo de maior pesquisa, sendo os aspectos mais frequentemente mencionados, a sobrecarga de trabalho, o conflito e ambiguidade de papéis. O autor refere também que os factores organizacionais e interpessoais contribuem maioritariamente com aumentos substanciais da variância, do burnout experimentado em várias profissões. Estudos sobre as variáveis individuais demonstram que estas apesar de contribuírem para a variância do burnout, fazem-no de um modo menos expressivo.

Relativamente aos factores de ordem Organizacional, Cooper & Marshall (1982) e Sutherland & Cooper (1990) fazem uma divisão em 5 categorias de fontes potenciais de stress psicológico e ocupacional, incluindo factores intrínsecos ao trabalho, o papel dos indivíduos na organização, as relações interpessoais e exigências do ambiente no trabalho, desenvolvimento na

carreira, estrutura organizacional e clima, conforme se poderá observar no quadro 1.

Quadro 1- Factores de ordem Organizacional, fontes potenciais de stress psicológico e ocupacional.

Relações no trabalho

- Com os superiores, subordinados e colegas
- Incapacidade para delegar
- Falta de suporte social

Estrutura da organização e clima

- Falta de participação e de consulta efectiva
- Ausência de sentimento de pertença
- Dificuldades e pobre capacidade de comunicação
- Comportamentos restritivos
- Conflitos provocados pela burocracia e organização da fronteiras organizacionais

Desempenho na organização

- Estatuto pessoal
- Papel ambíguo
- Desempenho conflituoso
- Responsabilidade sobre coisas
- Responsabilidade por pessoas
- Escassa responsabilidade
- Escasso apoio da direcção
- Insuficiente motivação

Factores intrínsecos ao trabalho

☞ Exigências da tarefa

- Qualidade de trabalho
- Pressões relativamente ao tempo e prazos
- Condições de trabalho
- Mudanças no trabalho
- Sobrecarga de trabalho (incluindo também adaptações a novas e rápidas mudanças tecnológicas e a horas extraordinárias)
- Conteúdo do trabalho (parcelar, monótono com tarefas repetitivas)
- Exposição a riscos e medo de acidentes
- Horários incómodos, trabalho por turnos e trabalho nocturno

Seguidamente ir-se-ão apresentar os aspectos mais relevantes referidos nas cinco categorias.

Estrutura, supervisão, liderança, suporte e clima organizacional

Numerof & Abrams (1984) consideram que a ausência de uma estrutura clara na organização pode criar ambiguidades, favorecendo o aparecimento do burnout. No entanto, segundo Golembiewski et al. (1986) & Numerof (1984) a baixa autonomia, devida a uma estrutura pesada, pode também conduzir a um alto nível de burnout .

O suporte social também se revela de primordial importância. Burke, Shearer, & Deszca (1984), referem que um baixo grau de suporte por parte dos pares, contribui significativamente para o burnout, pois segundo Maslach (1982), citado por Garcia (1990), os pares podem fornecer ajuda técnica, conforto, recompensa.

Também Garcia (1990) refere que a falta de apoio dos supervisores aos seus subordinados faz com que aumente a vulnerabilidade ao burnout, estando descrito por vários autores como tendo uma relação inversa.

Huebner (1993) reforça a ideia referindo que o supervisor pode ser a maior fonte de stress ou a figura significativa na prevenção e gestão do burnout.

Relativamente aos cargos de chefia, Garcia (1990) considera que indivíduos que não ocupam lugares de supervisão, parecem ter maior susceptibilidade ao burnout do que aqueles que ocupam esses lugares.

Segundo Sutherland & Cooper (1990), o estilo de liderança usado pelas chefias também é uma potencial fonte de stress. Boas relações entre chefes e subordinados conduz a um aumento de produtividade, induz baixo índice de turnover, conduzindo ao bem estar.

Também a estrutura hierárquica se revela factor importante. Trabalhos de Lindstrom (1992) demonstraram como o carácter hierárquico, burocrático e especializado das organizações de saúde são geradores de stress. Apesar da hierarquia ser importante, não menos o é o clima organizacional. Hock, (1988) refere que a percepção de um clima organizacional adequado relaciona-se inversamente com o burnout.

Também Ivancevich & Matteson (1980) sugerem que o clima organizacional pode ser a causa de stress crónico.

Ainda dentro da estrutura organizacional temos o tipo de horários praticados na organização. Os mesmos autores referem que indivíduos que trabalham em horário rotativo (por turnos) referem-se mais frequentemente à fadiga e alterações gastro-intestinais, do que os outros trabalhadores. O sono, a vida social e os ritmos circadianos também são alterados, repercutindo-se no desempenho. Também Gaines & Jermier (1983) e Pretty, McCarthy & Catano (1992), demonstraram que contextos específicos dos locais de trabalho, afectavam a incidência do stress e burnout.

Relações interpessoais

Seyle (1956), sugere que o estabelecimento de relações interpessoais, é um dos aspectos mais stressantes da vida. No entanto, o não estabelecimento de relações entre os trabalhadores numa organização, também é considerado uma fonte potencial de stress no trabalho. A “quantidade e intensidade” das relações estabelecidas, tem influência no burnout. Segundo Maslach (1982 c), a experimentação por períodos longos, com estabelecimento de contactos intensos (na relação de ajuda), conduz a maior risco de burnout.

Nas organizações onde existe um contacto intenso, nomeadamente nos serviços de saúde, frequentemente os familiares e amigos mostram ansiedade, não seguem os conselhos dados, apresentam queixas frequentes, tendo por vezes comportamentos agressivos, sendo estes aspectos importantes fontes de stress laboral.

Ambiguidade e conflito de papéis

A ambiguidade surge quando a definição de papéis e/ou expectativas de desempenho não são congruentes. O conflito segundo Hebner (1993), refere-se à experiência de lidar com expectativas inconsistentes de desempenho ou de exigências.

Winnubst (1984) considera que todo o indivíduo que trabalha numa organização, é confrontado com várias situações. Algumas profissões são caracterizadas por um elevado de grau de conflitos, parecendo ser mais vulneráveis indivíduos em posições de chefia intermédia, como por exemplo: Chefes, pessoal gestor, chefes de enfermagem. Esses indivíduos estão no centro da rede de pressões denominadas pelo autor de posição “sandwich”.

Estar em situação de conflito de papéis está muitas vezes associado a baixa satisfação laboral. House & Rizzo (1972) citados por citado por Winnubst (1984), encontraram mais sentimentos de ansiedade, tensão e elevado grau de fadiga em casos de conflito de papéis.

Também é gerador de grande tensão a falta de informação sobre os desempenhos profissionais ou a disparidade entre as exigências profissionais e valores pessoais. Segundo Maslach & Jackson (1982), e Landweerd & Boumans (1988), o esgotamento emocional é maior quando se recebe pouca informação sobre os resultados do trabalho.

Na área da gestão/administração Harvey & Raider (1984) referem que pode existir conflito de papéis cada vez que a necessidade de produzir números é confrontada com o tempo necessário para se manter um serviço de qualidade ou quando as expectativas dos administradores diferem da realidade.

Gray-Toft & Anderson, (1981) e McCue (1982) citados por McIntyre (1994), referem a importância que os conflitos de papéis poderão ter na organização. Exemplos vários poderão reportar-se a questões que têm a ver com valores pessoais e éticos, condicionando o desempenho na organização.

Também Leiter & Maslach (1988) constataram que o conflito de papéis estava correlacionado com a exaustão emocional.

Sobrecarga de trabalho

Winnubst (1984) refere que a sobrecarga de trabalho tem a ver com a falta de tempo para o desempenho das actividades.

Dentro da sobrecarga de trabalho também são consideradas as novas tecnologias. Numa mudança rápida no ambiente de trabalho as capacidades dos trabalhadores podem ser afectadas, sendo necessário uma constante actualização, para que os novos equipamentos e sistemas não se tornem uma ameaça.

Num estudo efectuado nos E.U.A. por Sutherland & Cooper (1990) sobre excesso de trabalho, constatou-se que indivíduos com menos de 45 anos trabalhando mais de 48 horas por semana, apresentavam duas vezes mais riscos de morte de doença coronária, comparado com indivíduos que trabalhavam 40 horas ou menos por semana.

Também um estudo com 100 pacientes jovens do foro cardíaco/coronário, mostrou que 25% deles tinham tido dois empregos e que 40% tinham trabalhado 60 horas ou mais por semana. Por outro lado, se a sobrecarga de trabalho tem demonstrado ser uma fonte importante de stress, não menos importante será a falta de actividade no trabalho. Sutherland & Cooper (1990) referem de como a sobrecarga ou falta de actividade no trabalho pode afectar o bem estar psicológico.

Formação, competência e desenvolvimento profissional

Garcia (1990) refere que a formação profissional influencia positivamente a prevenção do burnout. A expectativa de um maior desenvolvimento e de maior capacidade profissional, estão relacionados com níveis mais baixos de burnout.

Também Hebner (1993) considera que a preparação inadequada para o trabalho é crucial no processo. Profissões que não receberam treino adequado para o desempenho dos seus papéis, estão mais predispostas ao burnout.

Gray-Toft & Anderson, (1981) citado por Buunk & Schaufeli (1993), consideram que a preparação inadequada e incerteza relativamente ao desempenho funcional, estava entre os mais importantes agentes stressores.

A percepção da competência profissional também tem repercussões no indivíduo. Cherniss (1980 a) constatou que o facto de se ter dúvidas acerca da competência, é considerado importante fonte de stress, podendo conduzir ao burnout, especialmente nas profissões de serviços sociais.

Variáveis demográficas

Para Hebner (1993) a influência das variáveis demográficas tem sido estudada, embora devido à confusão de resultados obtidos, necessite de mais estudos antes da generalização dos resultados. Essas variáveis estão relacionadas com a idade, experiência profissional, estado civil e filhos.

Idade e experiência profissional

Seltzer & Numerof (1988) demonstraram nos seus trabalhos, existir uma relação linear positiva entre burnout e experiência. Whitehead (1985) encontrou uma relação curvilínea; também Golembiewski et al. (1986) encontraram a mesma relação, verificando que indivíduos com menos de dois anos ou mais de 10 apresentavam baixos níveis de burnout. Já Hoch (1988) não encontrou nenhuma relação.

Também Anderson & Iwanicki (1984) referem que indivíduos com mais experiência apresentam níveis mais baixos nas dimensões exaustão emocional e despersonalização.

Relativamente à idade, foi referido por Cordes & Dougherty (1993) que indivíduos mais jovens, apresentam níveis mais elevados nos componentes do burnout.

Estado civil e filhos

Maslach & Jackson (1985), Cordes & Dougherty (1993) e Garcia (1990) referem que os indivíduos casados apresentam níveis mais baixos de burnout, talvez pelo apoio social que o casamento poderá proporcionar, evitando a sobreimplicação no trabalho. Maslach & Jackson (1985) são da mesma opinião, referindo níveis mais baixos de burnout nas dimensões exaustão emocional e despersonalização. Estes últimos autores vão um pouco mais

longe, considerando nos seus trabalhos que indivíduos com filhos, apresentam níveis mais baixos nos componentes do burnout.

Sexo

Cordes & Dougherty (1993) referem que os homens e mulheres apresentam frequentemente diferenças ao nível das três dimensões, embora ainda haja confusão relativamente ao tipo e complexidade das relações.

Wallot (1985) refere ser mais frequente nos homens, tendo uma relação directa com os elementos negativos da vida e relação inversa com a satisfação no trabalho.

Cahon & Rowney numa amostra de gestores, encontraram níveis mais altos para os homens. Golembiewski et al. (1985) obtiveram níveis mais altos nas mulheres. Maslach & Jackson (1985) e Seltzer & Numerof (1988) não encontraram nenhuma relação.

Cordes & Dougherty (1993) numa revisão efectuada às variáveis demográficas, apresentam um resumo dos resultados obtidos, conforme expresso no quadro 2.

Quadro 2 – Resumo dos resultados obtidos nos três factores relativamente às variáveis demográficas: género, idade, estado civil e experiência profissional

<u>Estudo/amostra</u>	<u>Género</u>	<u>Idade</u>	<u>Estado civil</u>	<u>Experiência</u>
Anderson & Iwanicki (1984) 375 professores		Os mais novos experimentam mais E.E.		Os mais experientes experimentam mais EE e DP
Gaines & Jermier (1983) 169 Agentes policiais	F experimentam >EE		Nenhuma relação entre estado civil e qualquer componente do burnout	Nenhuma relação entre experiência e componentes do burnout
Gold (1985) 462 professores	F experimentam <DP e > RP	Os mais novos experimentam > EE e DP mas também > RP	Solteiros experimentam > EE e DP	Nenhuma relação entre experiência e componente do burnout

Lemkau et al. (1987) 67 famílias de estudantes de medicina	Nenhuma relação entre o género e nenhum componente do burnout			
Maslach & Jackson (1981) 1025 profissionais dos serviços de saúde	M experimentam > DP e RP	Mais novos experimentam > EE e DP e < RP		
Maslach & Jackson (1985) 1025 profissionais dos serviços de saúde Maslach & Jackson (1985) 845 reclamações/ serviço e telefone	Estudo do MBI F experimentam >EE e < RP M experimentam > DP M experimentam >DP Nenhuma relação entre género e EE ou DP		Estudo do MBI Casados experimentam < EE Casados experimentam < EE e DP e > RP	
Pretty et al. (1992) 433 trabalhadores em telecomunicações	M experimentam > EE e DP se gestores F experimentam > EE e DP se não gestores			
Russell et al. (1987) 316 professores	M experimentam > DP Nenhuma relação entre o género e EE ou RP	Os mais novos experimentam EE Nenhuma relação entre a idade e DP ou RP	Casados experimentam > RP	Nenhuma relação entre a experiência e qualquer componente do burnout
Schwab & Iwanicki (1982 b) 469 professores	M experimentam > DP Nenhuma relação entre o género e EE ou RP	Os mais novos experimentam > EE e DP	Nenhuma relação entre estado civil e qualquer componente do burnout	Nenhuma relação entre a experiência e qualquer componente do burnout
Zabel & Zabel (1982) 100 professores de ensino especial		Os mais novos experimentam > EE		Nenhuma relação entre a experiência e qualquer componente do burnout

EE = exaustão emocional DP= despersonalização RP= realização pessoal M= masculino F= feminino

Características da personalidade e expectativas

Cordes & Dougherty (1993) referem que, indivíduos que apresentam grandes expectativas organizacionais e aspiram objectivos bastante discrepantes da realidade, apresentam elevados níveis de burnout.

Sutherland & Cooper (1990), referem-se a um tipo de indivíduos que apelidaram de “abrasive personalities” considerando-os causadores de stress nas organizações. São indivíduos inteligentes, orientados para atingirem apenas os seus objectivos, apresentando no entanto disfunção na área emocional, devido ao facto de ignorarem os aspectos interpessoais (sentimentos e sensibilidades) na interacção social. Preocupados exclusivamente com eles próprios, apresentam um estilo crítico de personalidade dita “abrasiva”, manifestando sentimentos de inadequação com os outros trabalhadores.

Vaz Serra (1989) refere-se também à personalidade do tipo A, como aquela mais predisposta ao stress. Caracterizada por indivíduos bastante activos, sempre com sentido de urgência no tempo, não tolerantes perante a lentidão, altamente competitivos, com estabelecimento de objectivos pouco realistas, ousados e incapazes de descansar. Estas características da personalidade repercutem-se na organização, como é constatado no estudo efectuado por Sutherland & Cooper (1990), observando que indivíduos tipo A apresentavam-se mais insatisfeitos, mais ansiosos e mais deprimidos do que os do tipo B, estando mais propensos a sofrer de stress crónico, aumentando também a probabilidade de terem mais acidentes. Nesse mesmo estudo verificou-se que os indivíduos do tipo A apresentaram mais 36% de acidentes que resultaram em lesão em relação aos 13% do tipo B.

Consequências do Burnout

“O stress crónico mais tarde ou mais cedo conduz ao burnout”. Leal (1996) adverte para o aspecto temporal, com repercussões no indivíduo,

dependendo do nível em que este se encontre, conduzindo à sintomatologia característica, em maior ou menor intensidade.

Garcia (1990) refere que inicialmente ocorre uma perda de idealismo, energia e interesse. O trabalho vai perdendo o seu significado, o indivíduo vai-se implicando cada vez menos no trabalho diminuindo o nível de rendimento. Ocorre uma baixa na moral, com perda dos sentimentos positivos aumentando o absentismo. A insatisfação laboral instala-se, aumentando a intenção de deixar a profissão (turnover), verificando-se mesmo o abandono.

Garcia (1990) e Kahill (1988), citados por Cherniss (1992), referem uma série de alterações que vão desde o aparecimento de alterações do padrão do sono, quadros de depressão, problemas no estabelecimento de comunicação sendo mesmo evitadas até à projecção de culpa nos outros.

Alvarez et al. (1993) relativamente à sintomatologia, fazem uma sùmula das consequências, considerando quatro áreas: psicossomática, comportamental, emocional e defensiva.

Nas manifestações psicossomáticas são frequentes as queixas de fadiga crónica, cefaleias, dores de estômago, problemas gastrointestinais como as úlceras, a perda de peso, asma, hipertensão, dores musculares, perdas dos ciclos menstruais nas mulheres (Alvarez et al. 1993), doenças coronárias, respiratórias e alergias (Cooper & Marshall 1982). São referidas também algias múltiplas, transtornos motores e hormonais (Vives, 1994).

Shirom (1889) refere-se à fadiga física crónica referenciada de uma forma subjectiva, como um potente preditor do enfarte do miocárdio, observado em vários estudos prospectivos acerca da etiologia das doenças cardiovasculares. Também Simonson (1971), citado por Shirom (1889), refere essa mesma fadiga, como estando correlacionada com a doença física e com uma predisposição para acidentes.

Nas manifestações comportamentais consideram o absentismo laboral; o aumento de comportamentos violentos e de alto de risco como por exemplo, condução imprudente e ideias suicidas; problemas na relação conjugal e familiar e incapacidade para relaxar-se (Alvarez et al. 1993). O aumento e

dependência de substâncias tóxicas como é o caso das bebidas alcoólicas (Jackson & Maslach, 1982 & Alvarez et al. 1993), de medicamentos e mesmo substâncias ilícitas, são apontadas como estratégias que visam lidar com a situação (Rodrigo, 1995). Também são referidos transtornos do sono, mudança de hábitos, raiva, ira, irritabilidade e agressividade, assim como necessidade de períodos mais alargados para a realização do mesmo trabalho (Vives, 1994).

Nas manifestações emocionais Alvarez et al. (1993), referem o distanciamento afectivo, a impaciência, medo de perda do controle e da auto-estima podendo mesmo ocorrer a experimentação de sentimentos paranóicos. A dificuldade em concentrar-se leva à criação de sentimentos negativos em relação à competência do indivíduo.

Nas manifestações defensivas, os mesmos autores, consideram que a negação das suas emoções surge como resposta de defesa a situações desagradáveis. Também a supressão consciente de informação, a atenção selectiva e a intelectualização, surgem como formas de evitar experiências negativas, sendo todas elas consideradas sinais defensivos, facilitadores da aceitação dos seus sentimentos.

Turnover

O turnover é outro aspecto bastante importante relacionado com o burnout. Ele refere-se à intenção de saída do trabalhador da organização onde exerce funções, sendo uma consequência importante, na medida em que avalia as consequências do stress ocupacional a médio - longo prazo.

Cherniss (1992) e Maslach & Jackson (1981 b) em estudos realizados, verificaram existir uma relação entre burnout e o turnover.

Também Jackson et al. (1986) citados por Shiron (1989), verificaram numa amostra de 249 professores, existir uma relação entre os valores obtidos na dimensão exaustão emocional e o sentimento de abandonar o emprego; sendo provável ser a exaustão emocional a dimensão que melhor pode prognosticar o turnover .

Já Price & Spence (1994) verificaram ser os valores elevados na dimensão despersonalização os correlacionados com o turnover e absentismo.

Jackson et al. (1986), durante a realização de um estudo em dois momentos separados por um ano, observou-se que o nível de burnout elevado no tempo um estava associado à intenção em abandonar a profissão no tempo dois. As consequências a longo prazo parecem pois, ter grande importância social. Nesta óptica, se for provada a relação entre níveis elevados de burnout e consequências a longo prazo, então o problema poderá ter repercussões sociais bastante mais importantes do que inicialmente se poderia pensar.

Lazarus & Folkon (1984) num estudo longitudinal realizado, reforçam a correlação entre burnout e sentimentos relativos ao abandono do trabalho.

Na área da saúde Lucas (1993) adverte para a dimensão das consequências sociais, económicas e institucionais do turnover, que ocorrem na classe de enfermagem, com o qual os administradores da área se continuam a debater, tendo também uma grande repercussão e impacto na qualidade dos cuidados prestados. Estudos feitos nos EUA constataram uma taxa média anual de turnover na profissão de enfermagem de 26,8%, com repercussões em aumentos de 11% do total de salários para a classe em questão, devido ao absentismo gerado por esses profissionais.

Rosado (1993) num estudo efectuado com técnicos de saúde face ao doente terminal, concluiu que o trabalho desempenhado por estes profissionais, conduz à desmotivação e desejo de abandono da profissão.

Insatisfação no trabalho

Também a satisfação no trabalho tem sido alvo de investigação. Pines & Maslach (1978) consideram existir uma correlação negativa entre satisfação no trabalho e burnout. No entanto Maslach & Jackson (1981 a) verificaram não existir relação entre as três dimensões do MBI e a satisfação no trabalho, argumentando que apesar de esta não se verificar nesta escala, não quer dizer que ela não exista. Também é da mesma opinião Kahill (1988), citado por Cherniss (1992), que considera que o burnout conduz a uma diminuição da

saúde física em geral, depressão, comportamentos laborais improdutivos, problemas no relacionamento interpessoal e redução na satisfação no trabalho.

Sobre a orientação da relação, existente entre burnout e satisfação no trabalho, ainda não existe consenso, sendo necessário mais estudos para clarificar em que medida um conceito influencia o outro e a sua direcção. Alguns autores consideram a insatisfação no trabalho como consequência do burnout (Burke, 1984, 1987), já Pines, Aronson & Kafry (1981), Leiter (1988) e Penn Romano & Foat (1988) consideram ser o burnout a consequência da insatisfação.

Prevenção e Tratamento do Burnout

A área da prevenção tem sido alvo de interesse, sendo sugeridas várias estratégias para prevenir e lidar com o burnout, distribuindo-se por vários aspectos.

Huebner (1993) considera existirem estratégias ao nível pessoal, interpessoal e organizacional.

Já Rodrigo (1995) considera apenas medidas individuais e organizacionais.

Segundo Garcia (1990) os métodos de supressão do burnout são basicamente os mesmos que para o stress. Sugere assim o confronto individual, apoio social e métodos organizacionais.

Nível Organizacional

Carvalho (1995) refere que a prevenção a nível organizacional é uma aposta importante na prevenção do burnout. Assim, se pretende resultados, terá de criar as condições necessárias. É nesta perspectiva que deverá fazer parte da prevenção do stress ocupacional, o desenvolvimento de programas, baseados em estratégias efectivas, que conduzam à prevenção ou à resolução dos problemas, ao invés de mudanças temporárias e ocasionais. A selecção e formação do pessoal, bom senso na tomada das decisões, promoção da

cooperação, espírito de equipa, partilha de objectivos, criação de clima positivo, flexibilidade e adaptabilidade, profissionalização, responsabilização e harmonização, são tónicas importantes neste processo (Carvalho 1988, 1995).

Este autor considera ainda não haver "remédios santos" para aplicar a todas as situações, pois há diferenças entre os indivíduos, nomeadamente nas suas ambições, expectativas pessoais e sociais, estilos de liderança, de valores, etc. O encorajamento dos vários grupos profissionais na tentativa de identificação precoce dos agentes stressores são aspectos importantes, opinião partilhada por Grantham (1985).

Para Carvalho (1988), um outro aspecto importante na intervenção, reporta-se ao aumento das fontes de motivação. A facilidade concedida por parte da organização na saída do trabalhador para formação, promovendo a mudança de ambiente, é uma medida proposta por Freudenberguer (1974) podendo ainda ser inspiradora e estimulante no seu desempenho. Ainda este autor, refere que se não houver disponibilidade monetária, então que sejam as próprias organizações a promover esses encontros.

Outros autores como Garcia (1990) e Grantham (1985) partilham da opinião de Freudenberguer, sugerindo a instauração daquilo que denominam de "anos sabáticos" baseado na filosofia organizacional de que com o tempo, é possibilitado aquilo que Garcia (1990) denomina "recarregar as baterias".

Em todo este processo de planeamento, as chefias têm um papel preponderante. Segundo Vendrell (1988) é da responsabilidade dos executivos e directivos das organizações determinar que áreas e características dos postos de trabalho são mais susceptíveis de stress ocupacional, de modo a poder intervir precocemente.

Carvalho (1995) dá também importância às chefias "... são importantes na forma como a organização trabalha, comunica, se inter-relaciona, se coordena, produz e respeita os seus colaboradores", atingindo melhores performances aqueles que adoptarem uma gestão colectiva e individual racional, integrada, positiva e efectiva.

Das mudanças que podem ocorrer, Carvalho (1988) considera que muitas podem ser simples, outras pelo contrário poderão ser complexas,

envolvendo modificação de estruturas, processos e comportamentos. No entanto, todas as estratégias deverão ser enquadradas dentro dum processo contínuo e cíclico, contemplando a análise do problema, acordo da estratégia a tomar, definição de agentes alvos, implementação, avaliação, retornando novamente à análise do problema.

Das diversas estratégias Carvalho (1988) resume-as:

- Abertura e acessibilidade para discussão dos problemas
- Reconhecer que o stress ocupacional é efectivamente um problema da organização
- Elaboração de programas de formação inicial e contínua para as pessoas que iniciam a sua actividade
- Estímulo e criação de condições adequadas de apoio
- Criação de espírito de equipa
- Apoio adequado através do recurso ao serviço de saúde ocupacional de modo a dar uma resposta capaz aos problemas surgidos, possibilitando a implementação precoce de um tratamento adequado.
- Acessibilidade a ajuda profissional se necessário.

Breakwell (1991) reforça as ideias de Carvalho (1988) considerando que a organização deverá definir uma verdadeira política de apoio ao profissional englobando medidas ao nível social e também formação e modificação de atitudes.

Nível Interpessoal

São vários os autores que referem o suporte social como medida importante na prevenção e tratamento do burnout.

Roger & Nash (1993) definem-no como a rede de relações interpessoais onde há liberdade de dizer-se aquilo que se sente, ocorrendo a possibilidade de se ser ouvido, numa base de mútua confiança, tendo por base a

capacidade de comunicação na gestão do stress. Corin & Bibeau (1985) reportam-se a ele como o cerne das estratégias adaptativas, devendo estar presente este espírito na planificação das intervenções. Também Pines et al. (1983), citado por Garcia (1990), partilham da opinião dos autores anteriormente citados, referindo que a sua boa utilização poderá prevenir efectivamente o burnout, devendo ser dada prioridade a situações onde ocorre a falta deste.

Também Carvalho (1995) dentro do apoio social, refere a rede de apoio familiar, amigos, colegas, como facilitadores e promotores do desenvolvimento de aptidões e competências profissionais. Owen (1995) é da mesma opinião, considerando a participação nessas actividades, como estratégia efectiva.

Freudenberguer (1974) sugere a promoção do trabalho em equipa e partilha de experiências com outros, nomeadamente na comunicação com outras pessoas que estão a sofrer de burnout, funcionando como medida preventiva do seu próprio burnout. Partilha da opinião dos autores anteriormente referidos, considerando também ser bastante importante existir grupo de suporte do indivíduo, e adverte para a necessidade em ajudar o indivíduo a afastar-se por um tempo do local de trabalho.

Garcia (1990) reforça a opinião geral dos autores anteriormente mencionados, referindo que o apoio social apresenta-se como um recurso bastante valioso para o tratamento, assinalando que indivíduos que trabalham em ambientes com falta de apoio social tendem a ter mais problemas de saúde e problemas emocionais.

Verifica-se assim, que o apoio social se revela uma arma bastante importante a ser utilizada pelos indivíduos que trabalham nas organizações, permitindo um apoio útil, capaz de prevenir efectivamente o burnout. No entanto esse apoio social pode ser vivido de várias maneiras, reportando-se a vários aspectos da vida relacional. Pines (1983), citado por Garcia (1990), dentro do apoio social e baseado em trabalhos realizados sobre a importância dos procedimentos do apoio social na prevenção e tratamento do burnout, distingue algumas funções:

Escuta, apoio técnico, desafio técnico, apoio emocional e participação na realidade social.

- Escutar → Ouvir sem emitir juízos
- Apoio técnico → A necessidade que o indivíduo tem de ser reconhecido pela sua competência
- Desafio técnico → Este aspecto funciona como um desafio para o indivíduo, evitando a rotina e monotonia das tarefas a desenvolver. A necessidade sentida pelos indivíduos da existência de mecanismos criadores de novos desafios, irá estimular o desenvolvimento das capacidades individuais, prevenindo de forma efectiva o aparecimento do burnout.
- Apoio emocional → Quando o cerne da profissão se situa na interacção com pessoas, é essencial que o indivíduo tenha apoio emocional do cônjuge ou dos amigos.
- Participação → É dos aspectos mais importantes no apoio social, pois por vezes não se tem a noção real do que está a acontecer no trabalho. O autor distingue entre grupos de apoio pertencentes à organização e grupos não pertencentes, sendo estes últimos aqueles que melhor proporcionam a função de participação da realidade social.

Também Cordes & Dougherty (1993) referem que o suporte social tem sido considerado com efeitos positivos no bem estar do indivíduo, estando positivamente relacionado com a saúde física e psicológica. Estudos feitos por Leiter (1988,1990,1991), onde analisou os efeitos directos das várias facetas do suporte social, constatou que os contactos informais estavam positivamente correlacionados com a realização pessoal, e que o suporte profissional tinha um duplo papel, aliviando e agravando o burnout. Estes estudos sugerem que

as fontes pessoais e profissionais de suporte social são largamente independentes.

Alguns autores, dentro da concepção do apoio social, reportam-se a programas específicos, sendo amplamente aceite a sua importância e contribuição, no minorar dos problemas de stress e de burnout. Segundo Publication du bureau international du travail (1993) sobre as condições no mundo do trabalho, verifica-se que o número de programas e iniciativas para ajudar as pessoas a lidar com o stress no trabalho conhecidos nos E.U.A. como EAPs (employee assistance programmes) ou Stress management programmes têm subido, atingindo 10 % de todos os trabalhadores americanos. Estes programas abordam temas como o abuso de álcool e drogas, problemas familiares e conjugais, etc.. Esta subida vertiginosa de 500 em 1974 para 8000 em 1984 nos E.U.A. teve como consequência a diminuição do número de acidentes de trabalho, demonstrando a importância dos referidos programas.

Também Maisons et al. (1994) falam em formação sobre gestão de stress onde se podem partilhar experiências, respeitando cada um sem emitir juízos de valor, possibilitando “descarregar emoções”. Chegam mesmo a dizer que o calor, a compreensão e a simpatia dos participantes dão uma sensação agradável. Nesses cursos de formação fazem também parte exercícios diversos inspirados em métodos de relaxamento, sendo dada importância às sensações, tensão muscular, ritmo da respiração ,etc. Todo este quadro permite aquilo a que os autores denominam “Changer son cinéma intérieur”.

Koeske et al. (1993) são da mesma opinião referindo que o confronto de ideias com outros e ouvir conselhos, é uma forma positiva de prevenir o burnout.

Grantham (1985) dentro da mesma linha de pensamento, dá-nos uma perspectiva essencialmente motivacional, sugerindo aquilo que designa por “Ateliers de management motivationnel” baseados numa interacção dinâmica num grupo homogéneo a funcionar pelo método de resolução de problemas. O grupo escolhe os problemas prioritários, determina os recursos disponíveis,

preconiza as soluções a aplicar, participando assim de modo activo nas soluções.

Apesar de todas estas medidas apontadas serem importantes e terem efeitos benéficos, Fawzy, Fawzy, & Pasnau (1991) advertem que, infelizmente, nem todas as situações de burnout podem ser prevenidas por estas intervenções sociais e psicológicas.

Harvey & Raider (1984) são mais cépticos relativamente às intervenções do tipo “stress management” e “stress reduction”, referindo que estas tiveram uma enorme popularidade. No entanto as investigações começam a mostrar que essas técnicas têm pouco ou nenhum impacto no burnout.

Nível Individual

Ao nível das estratégias pessoais, Huebner (1993) considera importante que o indivíduo faça a gestão do seu tempo, trace objectivos realistas susceptíveis de serem atingidos e tenha em conta a recreação. No entanto devido à pobreza de estudos e à diversidade dos antecedentes de burnout, o autor mostra-se cauteloso na recomendação de uma estratégia específica para prevenir e lidar com o burnout, considerando mais apropriado fazer uma avaliação individual, de modo a perceber os possíveis factores causadores. Apesar da cautela referida, considera aspecto essencial o facto do indivíduo conhecer e estar desperto, para as causas e manifestações do burnout, reconhecendo precocemente as manifestações.

Breakwell (1991) dá ênfase ao indivíduo, considerando-o com papel importante na prevenção, através da aprendizagem de técnicas de relaxamento e obtenção de equilíbrio entre trabalho e lazer. Carvalho (1988) é mais abrangente na abordagem do problema, propondo como estratégia individual a adopção de uma boa higiene de vida. Também Rodrigo (1995) considera todo o tipo de soluções adaptativas, de forma a proteger e melhorar a sua saúde; sugerindo o desenvolvimento intelectual não limitado a temas profissionais.

Freudenberguer (1974) um dos pioneiros a abordar o problema, aconselha também ao encorajamento na realização de exercício, levando ao cansaço físico e evitando a tensão emocional.

Owen (1995) propõe como estratégias de gestão de stress crónico, medidas conducentes a estilos de vida saudável, concordando com Freudenberguer na prática de exercício regular, referindo que este pode ser um meio para desenvolver uma visão mais positivista. Sugere também a massagem como excelente promotor de relaxamento mental.

Na mesma linha de pensamento, Roger & Nash (1993) privilegiam medidas conducentes à identificação precoce e reconhecimento dos efeitos da tensão no corpo. Aconselham como prática diária a promoção do relaxamento que não demora mais do que alguns segundos e que praticado com regularidade, trás benefícios indiscutíveis, nomeadamente na diminuição das cefaleias, conduzindo a uma menor fadiga e uma atitude geral mais positiva. Para simplificar o reconhecimento dessa tensão, Rogez (1994) baseado na existência de manifestações somáticas e emocionais de burnout, propõe um teste de 150 pontos possibilitando sem hesitação, o posicionamento do indivíduo, levando-o se necessário a consultar o médico.

Harvey & Raider (1984) não partilham da opinião geral dos outros autores citados, considerando que as técnicas de relaxamento referidas, podem ter efeitos positivos ao nível psicológico e cardiovascular embora não reduzam o burnout.

Noutra linha de pensamento, Garcia (1990) referencia medidas conducentes ao afastamento do indivíduo do local de trabalho, colocando a possibilidade de frequentes períodos de férias, mantendo uma opinião favorável de si.

Fawzy et al. (1991) apelam para a estimulação das capacidades do indivíduo através da participação na formação contínua.

Também Maisons et al. (1994) consideram importante, apelar para as capacidades do indivíduo, através do planeamento, elaboração de projectos para o futuro e sua execução, estratégias estas facilitadoras da condução de energia bloqueada pelas tensões, sendo um meio de luta eficaz contra o desgaste profissional.

Koeske et al. (1993) dão ênfase a medidas de autocontrolo. De várias estratégias utilizadas, estes autores constataram num estudo efectuado, que as

estratégias de coping dirigidas para o controlo, eram preferidas às estratégias adaptativas de fuga às situações. Deste modo, valorizam o reconhecimento da informação, planeamento das actividades, recurso a experiências do passado, expressão dos seus sentimentos, distração e confronto de ideias com outras pessoas.

Apesar do conhecimento de técnicas e medidas de autocontrolo serem importantes, por vezes revelam-se insuficientes, devido à forte pressão a que o indivíduo é sujeito, forçando-o a recorrer à ajuda médica e medicação. Grantham (1985) e Carvalho (1995) consideram as prescrições médicas úteis em casos sintomáticos de modo apenas transitório e sob vigilância médica.

Verifica-se assim uma grande diversidade de causas apontadas pelos diversos autores, e diferentes formas de divisão dos factores antecessores. No entanto, é consensual a sua repartição por três grandes áreas: interpessoal, organizacional e pessoal, associadas a aspectos relacionados com as variáveis demográficas. De entre os factores de ordem organizacional, são referidos aspectos relacionados com o contexto do trabalho como o clima, implicação no trabalho, indefinição e ambiguidade de tarefas, conflitos, responsabilidade, formação e desenvolvimento profissional, relações no trabalho, motivação, comunicação e participação, sobrecarga e condições de trabalho, exposição a riscos vários, horários praticados, inovação laboral e tipo de apoio da supervisão. A estrutura organizacional e os recursos são também referidos.

Dos factores de ordem interpessoal, destacam-se aspectos relacionados com a interacção entre as respostas individuais ao stress, e dificuldades decorrentes do relacionamento associadas à pressão no trabalho.

Dos factores de ordem pessoal destacam-se aspectos relacionados com expectativas profissionais, vulnerabilidade pessoal e traços de personalidade, incluindo também aspectos relacionados com as variáveis demográficas, como a idade, experiência profissional, estado civil, ter ou não filhos e sexo.

De todo este manancial assinalado, apesar da maior ou menor relevância dada a cada aspecto referido, são unânimes os autores em

considerarem os três grandes grupos, não existindo no entanto consenso, relativamente à preponderância de um dos factores relativamente a outros. No entanto, é relevante a maior referência a factores de índole organizacional, pela importância e repercussões nas performances organizacionais, a constatar pelo maior número de bibliografia publicada, entre 1970 e 1980.

Na área das consequências do burnout foi feita uma vasta referência à sintomatologia. As várias manifestações descritas pelos vários autores, reportam-se essencialmente a quatro áreas: sintomatologia física, de origem psíquica mais conhecida por sintomatologia psicossomática, sintomatologia comportamental, e psico-emocional. O absentismo, turnover e insatisfação no trabalho, pela sua especial importância no meio laboral, foram referidos separadamente, apresentando-se alguns estudos onde é patente a sua relação com o burnout.

No que respeita à prevenção e tratamento, verifica-se um empenhamento por parte dos vários autores, na recomendação duma enorme lista de sugestões, visando minorar o problema. Todos eles consideram importante a obtenção dum equilíbrio eficaz, sensatez nos objectivos a que se propõem atingir, nível de informação/formação recebida sobre a sintomatologia de burnout, técnicas e medidas de autocontrolo, prática de exercício físico e massagem, contribuindo para um estilo de vida mais saudável. A medicação pode por vezes ser necessária, apenas para casos sintomáticos e utilizada de forma transitória, sempre sob vigilância médica.

CAPÍTULO IV

PROFISSÕES DE SAÚDE, MORTE E BURNOUT

Neste capítulo, ir-se-á fazer referência às profissões onde ocorre uma relação de ajuda, nomeadamente nas profissões de saúde, destacando a profissão de enfermagem. Serão apresentados alguns estudos efectuados na área referida, assim como apontadas causas, consequências, prevenção e tratamento do síndrome na área da saúde

A morte é também abordada neste capítulo, de forma a poder entender suas repercussões nos profissionais de saúde. Será feita em primeiro lugar, uma abordagem histórica do conceito, salientando a sua importância social.

Seguidamente, será abordado o sofrimento de uma forma holística, feita alusão ao processo de morte, possibilitando o entendimento das vivências dos enfermeiros no contacto diário com o doente terminal em Oncologia. Por fim será abordada a família destes doentes, e equipa de enfermagem prestadora de cuidados.

Deste modo, será possível apreciar até que ponto o contacto com o doente terminal nas profissões de saúde, está associado a níveis mais elevados de burnout.

Profissões de Saúde

Shirom (1989) considera que o interesse inicial pelo burnout ocorreu nas profissões de ajuda, como enfermagem e trabalhadores sociais, alargando-se em seguida a profissões onde as relações interpessoais eram intensas, como professores, gestores e membros da igreja, por acreditar ser nesta área que o burnout apresentava a sua máxima expressão.

Nestas profissões ditas “de ajuda” em que o núcleo central do trabalho se situa nas relações humanas estabelecidas, conduz a um aumento da tensão emocional crónica e excessivo esforço, devido ao contacto contínuo e exaustivo com outras pessoas, especialmente as que têm problemas ou são problemáticas.

Fornes (1991) citado por Rodrigo (1995) refere que de entre as profissões de saúde, a enfermagem merece uma especial atenção frente ao stress devido à quantidade de agentes stressores enfrentados diariamente.

Ainda em relação às profissões de ajuda, Leal (1996) considera que “na década de noventa, os médicos, os profissionais de saúde e os professores do ensino secundário enquadrariam o topo das listas de profissão consideradas como extremamente stressantes”.

Também Pronost (1996) partilha da ideia da ocorrência do síndrome particularmente nas profissões de ajuda, manifestando-se por uma verdadeira crise de identidade, pondo em questão todas as características do indivíduo sobre o plano físico, psíquico e relacional.

Maslach (1993), na área da saúde, refere algumas situações, tais como trabalhar com doentes ditos “difíceis”, dar más notícias aos doentes ou à família, lidar com a morte, ter conflitos com colegas ou supervisores, como situações bastantes stressantes. Algumas destas situações por vezes são de tal forma opressivas que os indivíduos se sentem emocionalmente exaustos e esgotados.

Cordes & Dougherty (1993) em estudos efectuados na área do burnout, referem ser nas profissões ditas de “ajuda”, especialmente serviços de saúde e ensino, onde o burnout é mais frequente e experimentado de forma mais intensa, devido à frequência e intensidade do contacto directo (frequente e intensa interacção com os clientes).

Relativamente aos factores stressantes, Rodrigo (1995) considera na área da saúde, dois grupos de factores que predispõem ao stress profissional; os intrínsecos e os extrínsecos. Nos primeiros engloba tudo o que se relaciona com o indivíduo e à volta dele, (família e amigos), e nos segundos aqueles que estão relacionados com o âmbito hospitalar.

De entre os factores stressores específicos do hospital, percebidos pelo pessoal de enfermagem, o autor refere:

- Proporção de utentes a atender
- Escassez de pessoal, que influencia a qualidade da assistência, levando a uma sobrecarga de trabalho e falta de tempo para prestação de cuidados
- Possibilidade de cometer erros com consequências potenciais e reais para os utentes
- Falta de participação na tomada de decisão sobre temas profissionais e laborais
- Desconhecimento dos problemas dos trabalhadores por parte da administração

Brekwell (1991) identifica ainda como fontes de stress na enfermagem:

- Horário de trabalho pouco socializante
- Insegurança no trabalho, especialmente preocupações face à precaridade de emprego, à reorganização de serviços ou à falta de definição de tarefas e competências
- Desconhecimento sobre as normas de trabalho e normas a atingir
- Fraca remuneração e promoção dificultada
- Carga de trabalho excessiva e até desadequada
- Más relações de trabalho (principalmente com colegas)
- Deficientes canais de comunicação, quer com os doentes, quer com os colegas e outros membros da equipa
- Organização de trabalho ineficaz ou com deficiente economia de meios
- Cansaço e falta de paciência

Gomes (1996) destaca aspectos muito específicos que considera como bastante agressivo para a equipa terapêutica:

- Alta morbilidade e alta mortalidade
- Decisões rápidas com resultados de vida ou de morte
- Situações terminais

- Ter de lidar com situações desfigurantes e/ou debilitantes
- Ter de responder a dificuldades do doente, como sejam angústia, dependência excessiva e falta de colaboração
- Ter de infligir dor provocada pelos tratamentos

Refere-se também a certas doenças como a sida e o cancro que provocam nos técnicos de saúde um stress específico, relacionado com as características especiais dessas doenças.

Também Hebner (1993) considera que a preparação inadequada para o trabalho é crucial no processo. Profissões que não receberam treino adequado para o desempenho dos seus papéis, estão mais predispostas ao burnout.

Gray-Toft & Anderson, (1981) citado por Buunk & Schaufeli (1993), referem-se à profissão de enfermagem, considerando que a preparação inadequada e incerteza relativamente ao tratamento instituído, estava entre os mais importantes agentes stressores na enfermagem.

McIntyre (1994) considera como fontes específicas de stress ocupacional, nas profissões de saúde, as de ordem socio-emocional, devido ao contacto com doentes e capacidade de responder às exigências emocionais, sendo as mais estudadas nas profissões de saúde aquelas que se referem aos factores de trabalho e a sua interacção com o profissional de saúde. São elas: A sobrecarga de trabalho (física e mental), insegurança do trabalho, inadequação das capacidades do indivíduo ao trabalho, ambiguidade de papéis (o que é esperado e por quem), trabalhar em domínios desconhecidos, perfeccionismo, servir uma população que vive ansiedade e medo, responsabilidades por outras pessoas, sub-aproveitamento das suas capacidades, recursos inadequados, ambições não satisfeitas, conflito interpessoal, mudanças tecnológicas rápidas, sentimentos de imortalidade (exposição continuada à morte).

Maslach (1982 b), e Maslach & Jackson (1982), citados por Buunk & Schaufeli (1993) referem-se ao desequilíbrio entre investimento e resultados no relacionamento com os doentes, tendo como suporte a teoria da interacção social. Esta teoria considera como característica humana a tendência para

esperar alguma recompensa (como por exemplo a gratidão) em troca da prestação de cuidados, empatia e atenção prestada aos doentes; só que nas profissões de saúde muitas vezes essas expectativas não são satisfeitas. Os doentes, frequentemente apresentam ansiedade, não seguem os conselhos dados. Assim os enfermeiros sentem que o investimento feito naqueles doentes não é proporcional ao que recebem deles, sendo possível desta forma, que o desequilíbrio relacional possa ser stressante para o enfermeiro.

Num estudo feito por Vives (1994) visando a determinação das causas de stress, numa amostra de 477 indivíduos de 6 hospitais de Palma de Maiorca dos quais 50% a trabalharem em unidades de cuidados intensivos, urgências, oncologia, infecciosas e hemodiálise, obtiveram-se como principais causas: Sobrecarga de trabalho (destacando-se dos outros aspectos referidos), escassez de pessoal, conflitos entre os membros da equipa, insuficiência de recursos materiais para trabalhar, problemas de turnos e morte dos doentes.

Gray-Toft & Anderson, (1981) e McCue (1982) citados por McIntyre (1994), referem que os conflitos de papéis tomam várias formas. Exemplos vários poderão reportar-se a questões sobre a sida e o aborto, decisões de prolongar a vida em unidades de cuidados intensivos, onde a ética profissional, as convicções pessoais a lei, o doente e os seus familiares são fontes importantes de conflitos e stress. Estes conflitos podem surgir de uma percepção ambivalente, pois trabalhar com doentes é ao mesmo tempo compensador e “pesado”.

Leiter & Maslach (1988) constataram que o conflito de papéis estava significativamente correlacionado com a exaustão emocional, numa amostra de enfermeiros.

Firth & Britton (1989) verificaram num estudo efectuado durante dois anos num grupo de enfermeiros, que as taxas de absentismo estavam correlacionadas com a ambiguidade relativamente à autoridade.

Num estudo feito por Gray-Toft & Anderson (1981) sobre stress profissional em enfermeiros de 5 unidades hospitalares americanas, identificaram como fontes de maior stress a sobrecarga de trabalho e

sentimento de preparação inadequada para lidar com as exigências emocionais dos doentes e suas famílias.

Também a exposição à morte foi considerada num estudo de Gray-Toft & Anderson (1981), como a terceira maior fonte de stress. Perante situações frequentes de exposição à morte, os enfermeiros desenvolvem comportamentos que visam lidar com essa realidade. Marshall (1980) refere que os enfermeiros nas unidades de cuidados terminais evitam mostrar compaixão utilizando uma abordagem técnica, para se protegerem do stress. Schulz & Aderman (1976) explicam que lidar com a morte é problemático para os profissionais de saúde, pois ameaça o seu papel profissional e social de luta para preservação da vida (citado por McIntyre 1994).

House (1980), citado por Vendrell (1988), num estudo efectuado sobre os efeitos do ambiente laboral na enfermagem, identificou como características negativas do mesmo, a quantidade de trabalho, a ambiguidade do papel a desempenhar e a baixa auto-estima ou valorização profissional. Este conceitos foram posteriormente relacionados com o burnout demonstrando a sua importância na génese do fenómeno de burnout. Vives (1994) faz um resumo das causas ou factores responsáveis pelo stress laboral em pessoal da saúde, agrupando-os em 5 aspectos principais:

Factores relacionais, englobando as más relações com superiores, subordinados e colegas; receber ordens contraditórias; falta de confiança e restrição da autonomia pessoal e falta de informação médica;

Factores organizacionais, dos quais se destacam a má organização e distribuição de tarefas, burocracia excessiva, horário inflexível e sobrecarregado, aumento das responsabilidades administrativas, falta de recompensas administrativas.

Nos **factores profissionais inerentes ao desempenho**, Vives (1994) refere a percepção de não estar preparado, medo da morte, vivenciar constantemente a morte e sofrimento, medo do erro, doentes agressivos, exigentes e não colaborantes, tarefas ingratas, pesadas e repetitivas, papel ambíguo e/ou conflituoso, promoção excessiva ou insuficiente, ambições profissionais frustradas e baixa remuneração.

Factores relacionados com a pressão e exigência, dos quais se destacam a falta de pessoal, solicitação constante em vários sítios ao mesmo tempo, imposição de prazos por outras pessoas, pouco tempo para realizar as obrigações que mais satisfazem, cumprir ordens de mais de uma pessoa de cada vez e pressões dos membros da família.

Na área das **consequências do burnout**, Vives (1994) refere a frequência do numero de erros , assim como a mudança frequente dos turnos de trabalho, repercutindo-se no caso das áreas da saúde, na deficiente qualidade dos cuidados.

Freudenberger (1980) e Lerner (1980), citados por Garcia (1990), consideram que o indivíduo muda de uma atitude positiva e cuidada para uma negativa e descuidada, tendendo à insensibilidade e distanciamento, chegando mesmo a pensar nos problemas dos indivíduos, como forma de punição.

Também Vives (1994) e Cullen (1995), propõem um conjunto de factores específicos dos profissionais de saúde, não deixando de estar correlacionado com a sintomatologia anteriormente referenciada pelos vários autores, no capítulo III, expressos no quadro 3.

Quadro 3 – Sintomatologia de ordem física, psicológica, comportamental e profissional vivenciada por indivíduos que experimentam burnout.

Físicos

- Ansiedade e choro
- Algias múltiplas (dor external, abdominal, lombar e dorsal; rigidez do pescoço ou dos ombros)
- Alterações gastrointestinais (Anorexia ou fome fora do habitual, diarreia)
- Alterações motoras
- Alterações hormonais (Mãos suadas, boca seca, palpitações)

Profissionais

- Falta de interesse pelo trabalho
- Deficiente qualidade na prestação de cuidados
- Necessidade de mais tempo para a realização do mesmo trabalho
- Intolerância a certos doentes

Psicológicos e comportamentais

- Perturbações na concentração, com desatenção frequente
- Ansiedade e choro
- Rigidez e cinismo
- Raiva, ira, irritabilidade e agressividade
- Perturbações do sono com insónia, medo e sofrimento
- Alteração dos hábitos
- Culpabilização e atitudes negativas
- Condução demasiado rápida (sentimento de infalibilidade)
- Despersonalização, depressão
- Sentimento de desvalorização pessoal

Outros efeitos do stress laboral crónico

Sobre familiares e amigos

- Problemas de relação/comunicação e projecção da culpa

Sobre os utentes

- Perda da eficiência e eficácia
- Qualidade deficiente dos cuidados com aumento do número de erros
- Tendência a evitar as relações pessoais
- Violência física

Sobre a profissão e instituição

- Mudança frequente de turnos
- Absentismo laboral
- Baixa produtividade
- Abandono da profissão

Prevenção e tratamento

Também na área da saúde Calhoun (1980) considera que algo pode ser feito ao nível organizacional. Leppanen & Olkinuora (1987) citados por McIntyre (1994), também consideram que é da responsabilidade das administrações de saúde a implementação de métodos que visem a redução de stress ocupacional. Preconizam estes autores:

- Criação de espaços privados para os profissionais se retirarem e disponibilização por parte da organização de espaços de discussão

- Sensibilização por parte da organização para a difusão de conhecimentos, visando a compreensão dos aspectos psicológicos da doença e comportamento do doente
- Disponibilização de recursos de modo que o profissional possa recorrer a ajuda de profissionais especializados para lidar com o stress.
- Reorganização do trabalho com diminuição das horas de trabalho, limites de turnos de 8 horas, providenciando períodos de descanso regulares e periódicos
- Privilegiar o trabalho em equipa e divisão das responsabilidades

Rodrigo (1995) também na área da saúde, propõe medidas que visam a mudança do estilo de gestão promovendo a modificação das políticas actuais, estando nelas contida:

- Criação de círculos de qualidade visando o aumento da motivação no trabalho
- Incremento da participação dos enfermeiros nos processos de decisão
- Dotação adequada de pessoal de forma a propiciar qualidade assistencial ao doente.

Fawzy, et al. (1991) especificamente no grupo profissional de enfermagem, sugerem como prioritário, encontrar maneiras de diminuir a sobrecarga de trabalho, opinião partilhada por Pacaud (1995). Sugerem também os primeiros autores:

- Estabilidade no horário (eliminando o roulement ou diminuindo a rotação).
- Possibilidade de reestruturação do ambiente de trabalho.
- A existência de intervalos longe das actividades, através do planeamento de longos fins de semana e intervalos durante o dia.
- Rotações por unidades onde o stress laboral é menos intenso.

- A nível das chefias um papel importante prende-se com a promoção da satisfação no trabalho.
- Políticas administrativas podem ajudar a eliminar ambiguidades, definindo papéis e responsabilidades.
- O reconhecimento do bom desempenho e o fecho de unidades quando o número de enfermeiros é reduzido

A nível Individual

Dentro das estratégias de controlo Maslach (1978) aconselha o indivíduo a conhecer técnicas adequadas e ter a possibilidade de treina-las evitando o desconforto psicológico. Devido a esta falta de preparação, a autora considera viver-se num stress emocional crónico. Este problema amplifica-se nos serviços onde as relações interpessoais são constantes, incapacitando muitas vezes os indivíduos de desempenhar adequadamente o seu papel. Essas técnicas assentam naquilo que Lief & Fox (1963) referem como “detached concern”, onde se estabelece uma distância com o utente enquanto se mantém uma preocupação nele. Também McIntyre (1994) aconselha o treino de competências de atendimento e comunicação com o doente e família.

Cullen (1995) especificamente para o grupo profissional dos enfermeiros, utiliza a frase “They work in a toxic environment” para dar a ênfase pretendida ao problema, sugerindo como protecção individual, lembrar a estes profissionais que não estão de serviço 24 horas, significando que não têm de dar opiniões constantes sobre saúde aos membros da família, vizinhos e a toda a gente que o solicite. Cullen refere “ aprenda a dizer a frase - desculpe mas não posso ajuda-lo, não estou de serviço”. Esta autora apela assim, para o afastamento temporário da actividade, evitando vivenciar constantemente situações ligadas ao seu papel profissional.

Fawzy et. al. (1991) consideram importante na área de oncologia a intervenção de um psiquiatra, devido ao potencial stress relacionado com a alta incidência de deterioração e mortalidade dos doentes; intervindo eficazmente junto dos indivíduos e grupos, actuando na prevenção e tratamento.

Carvalho (1995) resume a problemática referida pelos vários autores, propondo aliviar os sintomas físicos e redução de tensão sugerindo técnicas de relaxamento, exercício, desenvolvimento de aptidões e competências profissionais através da frequência de cursos de formação e de desenvolvimento profissional, manter estilos de vida saudáveis com um equilíbrio entre trabalho e lazer e acessibilidade a ajuda profissional se necessário.

Ao nível interpessoal, na área da saúde, onde as relações interpessoais são mais exigentes, a criação das ditas “equipas de suporte” concorrem para o bem estar dos profissionais, contribuindo para a reformulação das relações entre os indivíduos da organização. Segundo o Dossier de saúde laboral (1994) estas equipas foram criadas em instituições de saúde estrangeiras, como resposta a exigências institucionais, sobretudo nos serviços onde o sofrimento e a morte são demasiado frequentes, “... esgotando de forma inequivocamente nefasta as forças física e anímica do seu pessoal, sobretudo o de enfermagem”. As mesmas, visam a reformulação das relações intra e interpessoais, através da dinamização e reflexão sobre o relacionamento inter e intrapessoal, designado por “supervisão da relação”, dos quais se distinguem três tipos básicos:

- Sessões orientadas por um técnico exterior à equipa
- Sessões orientadas por enfermeiros da própria instituição
- Equipas de suporte multiprofissional

As primeiras poderão ser orientadas por um psiquiatra, psicólogo ou enfermeiro. É essencial um compromisso grupal de sinceridade, possibilitando a exploração das situações. Realizam-se semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, sendo observadas as reacções às várias situações onde esteja implícita a comunicação verbal, gestual e até escrita. Os ingleses denominam a estas sessões “supervision in counselling”. A vantagem do técnico ser exterior reporta-se ao facto de este não estar envolvido nos problemas de relação.

Relativamente às segundas, o enfermeiro não deverá pertencer à equipa de trabalho, devendo estar situado num departamento exterior ao serviço em questão.

Nas equipas de suporte multidisciplinar é dispensada a presença de orientador externo. São os chamados "Support Groups". Apesar de ser a solução mais difícil é aquela que além de ser mais económica conduz a melhores resultados. Todos estes grupos visam resultados a médio/ longo prazo e implicam continuidade de suporte.

Também Fawzy, Fawzy, & Pasnau (1991) se reportam à formação de equipas de trabalho para conferenciar sobre cuidados com todos os elementos da equipa, facilitando a comunicação. A criação de brainstorming é apontada por estes autores como processo facilitador na resolução de problemas difíceis, contribuindo para a prevenção do burnout.

Verifica-se nestas equipas de apoio, a possibilidade de se criarem novas perspectivas na abordagem dos problemas, através da partilha de sentimentos, opiniões, etc., baseados numa interação dinâmica estabelecida. No entanto, há autores que advertem para alguns problemas relacionados com estes grupos de apoio. Booth (1988) refere que apesar de serem indicados, apresentam dificuldades na sua implementação. Trabalhos deste autor com enfermeiros demonstraram, que embora seja expressa a necessidade de haver espaços de diálogo e apoio profissional por parte destes profissionais, muitos apresentavam algumas reservas quando se tratava de frequentar esses grupos. Esse estudo reuniu alguns dados importantes, nomeadamente o facto de alguns enfermeiros, considerarem não corresponder à sua imagem profissional ter de admitir a necessidade de apoio profissional.

Aspectos Multidisciplinares da Morte e Equipa de Enfermagem

Enquadramento Social da Morte

No séc. XVIII o moribundo encontrava-se no quarto rodeado dos familiares, amigos, vizinhos, crianças e adultos. A seguir à extrema unção o moribundo chamava cada pessoa das suas relações mais próximas e a todos

dirigia uma palavra e um adeus especial. A morte era vivida no ambiente familiar.

Esta atitude teve a sua expressão máxima no início do séc. XIX com os rituais do enterro e do luto da época romântica, em contraste com a actual recusa da morte.

Paúl (1995) refere que apartir da segunda metade do séc. XIX, a morte começou a ser escondida e dissimulada junto do moribundo, podendo ser considerada como uma época intermédia entre a chamada morte familiar e a morte interdita, em que o doente passa do ciclo familiar para o ciclo médico.

A burguesia do final do sec. XIX tem já uma atitude idêntica à actual, apresentando um crescente repúdio em admitir a morte, quer do próprio quer do outro o que implica um isolamento do moribundo, manifestando-se por uma ausência de comunicação (Paúl,1995).

A rejeição da morte foi analisada por Arière (1977), constatando este autor que a morte foi transformada em tabu.

Kübler-Ross (1969), psiquiatra conhecida pelos seus estudos com doentes terminais, também a considera um tabu. Preparam-se os mortos de modo a parecerem que estão a dormir e evita-se o contacto das crianças com a morte, quer no domicílio quer no hospital, com o objectivo de as proteger.

Rogers (1990) partilha da mesma opinião, considerando que a sociedade não lida bem com a morte. A palavra "Morte" não é usada com naturalidade, uma prova de tal facto revela-se em expressões do tipo "foi-se", "apagou-se", "passou-se". A própria família por vezes nem vê o corpo e muitos adultos nunca viram ninguém morto.

Também Sebag-Lanoë (1986) considera o fenómeno da morte difícil de viver, nunca se estando preparado para ela.

Assim, das constantes transformações sociais ocorridas, verifica-se que a morte teve já a sua expressão máxima traduzida nos rituais fúnebres, tendo progressivamente perdido expressão. Paralelamente a esta inversão de valores, verifica-se também a sua "retirada" do contexto familiar e social, conduzindo-a do domicílio para o hospital. Desta forma a sociedade tem

contribuído para a criação de mecanismos de “ocultação”, sendo a morte reduzida a um mero número estatístico.

Consequentemente, Rosado (1993) considera que a morte se dá num contexto de discrição e solidão no quarto ou enfermaria do hospital, sendo considerado pelas famílias como o “único” lugar onde se pode morrer, seja devido ao crescente desenvolvimento tecnológico, à prestação de melhores cuidados ou devido à impossibilidade familiar e social de o suportar. Assim, morre-se cada vez mais no hospital, sendo vistos os médicos e enfermeiros como aqueles que detêm o “poder sobre a morte”, poder esse legitimado pela comunidade científica. No entanto, estes profissionais estão preparados para a cura e sucesso, assim como toda a instituição hospitalar está vocacionada para a vida, para o tratamento, sendo vista a morte como um fracasso. Também a própria preparação dos técnicos de saúde para lidarem com a morte é mínima ou mesmo nula, estando assim em consonância com os ditames sociais.

Jomain (1984), citada por Rosado (1993) enfermeira francesa, verificou preparação inadequada nos alunos e profissionais de enfermagem, referentes aos cuidados prestados a doentes terminais, desde a ausência de identificação de necessidades dos moribundos, desconhecimento das condutas a adoptar, até à impossibilidade de abordar o tema da morte. Relativamente à morte no hospital, a mesma autora, demonstrou existirem posições diferentes face à presença dos moribundos no hospital, no qual uma grande percentagem considerava desadequada a sua presença. Mais uma vez se verifica a falta de preparação para aceitação da morte no hospital; no entanto, verifica-se nessas instituições um crescente número de doentes terminais.

A OMS (1990) refere-se também aos enfermeiros que prestam cuidados ao doente do foro Oncológico advertindo que poucos recebem formação neste domínio. Esta situação está em consonância com o comportamento social perante a morte, sendo contemplada de forma deficiente nos conteúdos programáticos da formação dos cursos base, onde o tema é apenas a florado.

Rogers (1990) considera que se não houver aprendizagem informal de atitudes e comportamentos no processo individual de socialização, essa

aprendizagem terá forçosamente de ser feita de um modo formal e dirigida para técnicos que profissionalmente têm contacto diário com este problema.

Sufrimento suas Perspectivas

McIntyre (1995) o sofrimento pode ser definido como uma vivência de carácter objectivo e subjectivo, envolvendo a pessoa na sua integridade, implicando experiências de perda e luto e incluindo a construção de significados pessoais acerca deste.

Aliviar o sofrimento é uma preocupação ética e profissional da equipa de saúde. No entanto, o desenvolvimento da ciência contextualizou-o num modelo dualista corpo-mente, restringido-o aos sintomas físicos e à experimentação da dor. Nesta óptica os enfermeiros e os restantes elementos da equipa têm desenvolvido conhecimentos especializados, de forma a intervir nos sintomas e na dor, perspectivando o alívio do sofrimento. Esta concepção simplista não explica algumas situações, onde técnicas adequadas ou aparentemente adequadas fracassam em aliviar o sofrimento, acabando inclusivé por o provocar, e também situações em que a dor é intensa, embora o utente demonstre pouco sofrimento. Como exemplo, poder-se-á referir a alteração do posicionamento do doente no leito, com o objectivo de evitar zonas de pressão, promovendo o seu bem estar. No entanto, essa mobilização poderá provocar uma resposta comportamental negativa, manifestada através da dor, estando apenas relacionada com a representação que o doente tem da situação e do futuro. Situações como esta originam estados de tensão nos profissionais de saúde, pois todo o seu processo formativo foi orientado para a compreensão dos processos biológicos e aprendizagem de técnicas eficazes na intervenção da doença e não para lidar com a experiência de pessoas, cujo sofrimento não se restringe ao que acontece no corpo.

Nesta perspectiva, o sofrimento está para além da doença física. Cassel (1982) citado por McIntyre (1995) refere que o doente sofre não só dos sintomas físicos da doença, mas também do tratamento e sua percepção do futuro. Este último aspecto reporta-se à chamado dimensão antecipatória do sofrimento. Assim, o sofrimento envolve aspectos objectivos como a dor física,

e subjectivos como a interpretação do significado atribuído a essa dor. Reforçando esta perspectiva, McIntyre (1995), refere que apesar de provado cientificamente que o ponto de partida de uma lesão de um tecido, a partir do qual se origina a dor, poder ser o mesmo para todos, a interpretação dessa dor é uma vivência extremamente individual.

Assim, uma definição holística de sofrimento poderá ser “Estado de desconforto que envolve uma perda ou ameaça de perda, a nível da identidade e integridade do indivíduo e uma alteração da sua percepção de futuro” (Mcintyre, 1995). Constata-se deste modo que o sofrimento acarreta avaliações pessoais e juízos de valor que são avaliados tendo por base a experiência passada, presente e expectativas futuras do utente, em termos de significação social e cultural. Nesta perspectiva o utente pode encarar a doença como perda, ameaça, desafio ou uma mistura destas, envolvendo sempre a construção de significados profundamente pessoais. Considerando o sofrimento nesta linha de pensamento, a comunicação torna-se imprescindível para reconhecer e compreender o indivíduo, sendo transferido algum desse sofrimento para o profissional de saúde.

O sofrimento tem também uma componente emocional intensa, já que as avaliações cognitivas constantes que a pessoa faz da sua situação e a ameaça à sua integridade, geram emoções como o medo, raiva, tristeza, desespero e insegurança, conduzindo o sofrimento a uma desregulação emocional.

Como se pode verificar, o sofrimento reveste-se de inúmeras análises, sendo conceptualizado de uma forma bastante abrangente, requerendo uma análise detalhada das experiências, avaliação das vivências e significados atribuídos pelo utente, para assim se poder entender o seu sofrimento.

Processo de Morte

Segundo o modelo proposto por Kübler-Ross (1969), os doentes terminais passam pelas seguintes fases, relativamente no processo de encarar a morte: negação e isolamento, raiva, negociação, depressão e aceitação.

Negação e isolamento

Esta primeira fase é caracterizada por uma recusa temporária da realidade, sendo posteriormente substituída por uma fase de aceitação parcial. É frequente no início da doença podendo surgir frequentemente nas várias fases. Este estado temporário de choque, ocorre como primeira reacção do utente. Após este primeiro impacto, é comum ouvirmos a expressão “Não , não pode ser comigo”. Depois deste choque inicial o paciente tende a isolar-se.

Raiva

Depois do utente passar a fase de negação, instala-se uma segunda fase- a de raiva. Esta é caracterizada por sentimentos de revolta, inveja e ressentimento. Nesta fase a família e a equipa hospitalar, têm bastantes dificuldades em lidar com o utente, já que esta raiva propaga-se em todas as direcções e projecta-se em todo o ambiente, muitas vezes sem razões plausíveis. Muitas vezes o utente refere que os médicos não prestam nem sabem prescrever, sendo os enfermeiros frequentemente alvo desta situação, vivenciando-a de um modo mais intenso, devido à maior exposição a que estão sujeitos. Segundo Kübler-Ross (1969), o profissional de saúde deverá ter o discernimento para analisar esta situação, não a assumindo em termos pessoais. Frequentemente os profissionais, ou por desconhecimento, ou por se sentirem lesados no seu desempenho profissional, reagem de modo hostil, alimentando ainda mais a situação, podendo mesmo evitar o contacto com esses utentes. Estas situações são geradoras de grande tensão para os profissionais de saúde.

Negociação

Esta fase caracteriza-se essencialmente pela tentativa de negociação, perspectivando um adiamento da morte. Frequentemente inclui um prémio recebido por “bom comportamento”, sendo também estabelecida uma “meta”

auto imposta pelo indivíduo (ex. casamento de um filho) e inclui a promessa de que nada mais pedirá caso seja cumprido o seu pedido. Esta promessa raramente é cumprida. A maioria das negociações são feitas com Deus e são mantidas geralmente em segredo ou ditas nas entrelinhas.

Depressão

Esta fase surge quando não pode mais negar a sua doença. As evidências vão surgindo com hospitalizações sucessivas, aparecimento de novos sintomas e complicações no seu processo de doença, conduzindo a uma debilidade evidente. Nesta altura a sua revolta e raiva dão lugar a sentimentos de grande perda.

(Kübler-Ross, 1969) define dois tipos de depressão: a reactiva e a preparatória. A depressão reactiva surge devido aos sentimentos de impotência vivenciados pelos doentes, sentindo-se sem esperança perante o seu estado de saúde. A depressão preparatória é, como o próprio nome indica, uma preparação para facilitar o estado de aceitação, ocorrendo uma perda dos objectos amados. Nesta fase não faz sentido encorajar o doente, devendo sim deixa-lo exteriorizar a sua mágoa levando a uma melhor aceitação.

Aceitação

Nesta fase última o doente apresenta-se, como o próprio nome indica, num estado de aceitação. Não apresenta sinais de depressão nem de raiva quanto ao seu destino. Este estado será pleno se tiver recebido ajuda para superar os estados anteriores e se tiver tido a possibilidade de exteriorizar os seus sentimentos, inveja pelos vivos e sadios e raiva por aqueles que não são obrigados a enfrentar a morte tão cedo. Se este apoio ocorrer, lamentará a perda de pessoas mas com um certo grau de tranquilidade e expectativa.

Nesta fase o doente apresenta-se bastante cansado e fraco, desejando a solidão ou que não o perturbem com problemas do mundo exterior.

Durante todo o processo um aspecto que sempre persiste é a esperança. O que os sustenta é este fio, sensação de que tudo deve ter um

sentido, que pode compensar caso suportem por mais algum tempo a situação que estão a vivenciar.

Kübler-Ross (1969), num estudo com duzentos utentes em fase terminal, encontrou apenas três moribundos que rejeitaram até ao último instante a aproximação da morte.

O Doente terminal em Oncologia

Batiste-Alerton (1989) caracteriza a situação terminal da seguinte forma:

- Presença de uma doença progressiva e de rápida evolução
- Não existência de probabilidade de resposta a um tratamento oncológico específico
- Presença intensa, rápida e frequente de sintomatologia multifactorial
- Grande impacto emocional no doente, família e equipa terapêutica
- Morte previsível a curto prazo (três meses)

O interesse na operacionalização de doença terminal, e a redefinição nos últimos anos de políticas de saúde, relacionadas com o aumento da sobrevivência dos doentes oncológicos; conduziu a um acolhimento do doente terminal nas unidades oncológicas, levantando novas abordagens bio-éticas do doente terminal. Nesta linha de pensamento, surgem assim necessidades de prestação de cuidados paliativos a estes doentes.

A O.M.S. (1990) refere os cuidados paliativos como “Cuidados activos, completos, prestados aos doentes cuja afecção não responde ao tratamento curativo. A luta contra a dor, a consideração dos problemas psicológicos, sociais e espirituais são primordiais. Assim, o objectivo primordial dos cuidados paliativos, prende-se com a manutenção da qualidade de vida a um nível óptimo para os doentes e família”. Nesta óptica, os cuidados paliativos são entendidos como um processo de ajuda, para que o utente viva melhor até que ocorra o inevitável - a morte. Verifica-se assim, como repercussões destas alterações sociais e políticas de saúde, uma maior exposição da equipa de enfermagem ao contacto com o sofrimento do doente terminal e todo o processo que envolve a morte.

Família do doente Oncológico

As necessidades da família variam desde o início da doença e continuarão de forma diversa até mesmo depois da morte.

Geralmente quem recebe a notícia sobre a gravidade da doença é o cônjuge, sendo a equipa de enfermagem o elo de ligação e de escape no processo de comunicação, situação esta bastante angustiante para a equipa.

No momento em que o doente atravessa o estado de raiva, os familiares sentem muitas vezes a mesma reacção emocional. Primeiro ficam com raiva do médico, seguindo-se a toda a equipa de enfermagem. Mais uma vez este processo amplifica-se na equipa de enfermagem que presta cuidados directos ao utente de uma forma continuada, 24 horas por dia.

Quando o doente acaba por aceitar a sua situação e se desprende do mundo que o rodeia, a família não compreende a sua paz e razão pela qual se alheia do ambiente, inclusive dos seus entes mais queridos. É nesta fase que a família necessita de maior apoio, nomeadamente no esclarecimento da situação que não consegue compreender. Esta situação é geradora de grandes níveis de ansiedade para a equipa de enfermagem, que é constantemente solicitada.

Equipa de Enfermagem no Serviço De Oncologia

Pelo que anteriormente foi dito a equipa de enfermagem é alvo de todo o processo pelo qual o utente passa, destacando-se, segundo Kübler-Ross (1969), alguns problemas:

- Falta de informação acerca do que o doente sabe sobre a sua doença e do que o médico lhe transmitiu
- Sentimento de impotência perante a morte
- Preocupação pelo desconforto que atinge os familiares destes doentes e maior dificuldade em evita-los, do que qualquer outro técnico de saúde

- Falta de preparação nesta área e poucos conhecimentos sobre o seu papel
- Embaraço em responder às perguntas que os utentes fazem acerca do seu futuro
- Carácter “contagioso” que podem ter algumas emoções dos doentes terminais, como a ansiedade, o medo e a impotência, levando os profissionais de saúde a experimentarem as mesmas. Face a esta situação, os profissionais tendem a afastar-se do utente. A necessidade no reconhecimento destes processos é de vital importância, evitando assim a criação de mecanismos de negação e /ou racionalização, como por exemplo o apelidar o doente de difícil (McCue,1982, citado por McIntyre,1995).

Além disso, em Oncologia, este problema encontra-se amplificado pelo grande número de doentes terminais, despertando sentimentos do tipo “já não se pode fazer nada”, e originando grande stress.

Renée Sebag-Lanoë (1986) cita-nos um aspecto que revela bem o problema do contacto com o doente terminal. É o entrar pela manhã nas enfermarias e verificar nos seus rostos e olhares um sentimento de incerteza, angústia associado a uma esperança. Este confronto sistemático com a morte real, gera um sentimento de insucesso e fracasso (Beth, 1985). Além deste sentimento de fracasso, o enfermeiro enfrenta progressivamente a situação de deterioração física do doente com alterações da imagem corporal, situação esta geradora de grande sofrimento.

Goldenberg (1988) refere também o risco manifestado pelo desinteresse no doente e em si mesmo, devido à existência dum sentimento de impotência e fracasso levando a sentimentos de fracasso crónico, culpabilidade e sentimentos de inutilidade.

Rosado (1993) cita também um aspecto já referido anteriormente, (falta de tempo e sobrecarga de trabalho) geradora de sofrimento, nos enfermeiros que trabalham em Oncologia.

Um outro aspecto importante, também já referenciado, prende-se com a preparação dos técnicos de saúde em trabalhar em Oncologia. Abivan (1990) refere-se a uma sondagem feita em equipas de saúde que trabalhavam em Oncologia, concluindo que os elementos dessa equipa sentiam-se frequentemente mal preparados, desmotivados, impotentes e angustiados, sendo agravada a situação pelas características impessoais da instituição

Num outro estudo, que pretendeu avaliar o nível de stress de enfermeiros que prestavam cuidados a doentes do foro oncológico, constatou que o nível de stress duplicava em relação a enfermeiros que prestavam cuidados a outros doentes .

Também Leara (1987), num estudo realizado onde observou médicos e enfermeiros após a morte dos doentes, constatou que de toda a sintomatologia apresentada, prevalecia o reconhecimento de sintomatologia psicológica por parte dos mesmos. Da sintomatologia física destacam-se entre vários sentimentos de impotência, sensação de abatimento, dificuldade de concentração, ansiedade, irritabilidade, etc.

Num estudo realizado em 1994 por Vieitas et al. (1995) na unidade de cuidados Paliativos/Radioterapia no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, as autoras puderam comprovar alguns dos dados enumerados por Kübler-Ross (1969), nomeadamente;

- No reconhecimento que a falta de informação condiciona todos os aspectos de relação dos utentes, família e equipa
- A família também é referida pelos enfermeiros como sendo “difícil” e por vezes tendenciosa, no sentido de os culpar do mal estar e desconforto dos doentes que é suposto ajudarem

- Também é referida a dificuldade em avaliar e lidar com a dor dos seus utentes, principalmente quando esta não cede à acção dos fármacos disponíveis.
- Relativamente à morte, alguns enfermeiros chegam a falar em alívio, pois consideram ter chegado ao fim o sofrimento, referindo também ficarem deprimidos quando maior é a ligação ao doente.
- A morte não é bem aceite pelos profissionais, já que o seu desempenho é essencialmente vocacionado para prolongar a vida.

Neste capítulo, fez-se referência às profissões ditas “de ajuda” onde se estabelecem relações interpessoais intensas, com destaque para a profissão de enfermagem, sendo contextualizada nos vários estudos apresentados. Foram referidos alguns factores stressantes específicos da área da saúde, como vivenciar constantemente a morte, sofrimento, lidar com doentes agressivos, efectuar tarefas ingratas, sendo também apresentadas algumas situações contingências para o aparecimento do burnout.

Seguidamente foram apresentadas as consequências do burnout nas profissões de saúde, realçando a sua especificidade, e referidas medidas de índole organizacional, individual e interpessoal, concorrentes para a prevenção do síndrome. Dentro das primeiras, os autores são unânimes em considerarem a adopção de políticas organizacionais adequadas, nomeadamente a promoção da rotação pelas unidades mais críticas, a promoção de uma adequada satisfação laboral, boas condições de trabalho, participação e reconhecimento. A nível individual, foram apontadas uma série de medidas, perspectivando o conhecimento de técnicas adequadas e estratégias de controlo, visando o alívio de sintomas físicos e redução da tensão. A criação de equipas de suporte também foi referida, sendo no entanto alvo de divergências por parte dos autores.

Num segundo momento, depois de ter sido feita uma breve descrição do enquadramento social da morte, referidas algumas perspectivas do sofrimento, apresentados os estadios relativos ao processo de morte, definidos critérios de doença terminal e feito referência aos cuidados paliativos prestados ao doente terminal em Oncologia, assim como evidenciados alguns problemas vividos pela família e focados alguns aspectos que envolvem a equipa de enfermagem, constata-se que esta é alvo de fenómenos bastante complexos, que terão necessariamente repercussões no desempenho profissional e pessoal dos enfermeiros.

Fazendo referência a Vieitas et al. (1995) “O convívio diário com situações dramáticas de sofrimento e morte geram elevados níveis de stress. A observação da morte do outro, levanta interrogações sobre a própria morte e exige enormes capacidades de coping por parte dos indivíduos e das equipas”.

Sendo a formação dos técnicos de saúde vocacionada para “evitar” a morte e aliviar a dor, o que em muitos serviços não é possível, origina-se uma grande frustração e fracasso no seu dia a dia.

Nesta abordagem verifica-se que o enfermeiro é obrigado a enfrentar situações de grande complexidade para as quais não existe uma única solução, tornando-se bastante difícil dar uma resposta adequada às solicitações diárias. Estas situações do dia a dia, provocam grande desgaste do profissional, podendo conduzir a situações de exaustão emocional, despersonalização e baixa satisfação profissional, com inevitáveis custos institucionais. Nesta óptica, pretende-se investigar aspectos relacionados com a morte e os níveis de burnout experimentados pelos profissionais de saúde que lidam diariamente com doentes terminais.

PROBLEMA, OBJECTIVOS E HIPÓTESE DE TRABALHO

Após efectuada a pesquisa bibliográfica sobre a temática do burnout, levanta-se uma questão relacionada com o doente terminal; pretendendo-se verificar neste estudo, a dimensão desse problema no fenómeno do burnout.

Problema

Será o nível de burnout influenciado pelo contacto mais intenso com o doente terminal, nos enfermeiros que prestam cuidados a este tipo de doentes?

Objectivos

- Aferir o questionário de Maslach Burnout Inventory para a população de enfermeiros do Centro de Oncologia de Coimbra
- Identificar os níveis de burnout experimentados pelos enfermeiros prestadores de cuidados nos serviços de Oncologia Médica, Radioterapia e Cirurgia
- Verificar em que medida o contacto mais intenso com o doente terminal e morte, têm influencia no desenvolvimento de diferentes níveis de burnout
- Verificar a existência de diferenças nos níveis de burnout experienciado pelos enfermeiros
- Verificar em que medida as variáveis independentes, influenciam as prováveis diferenças nos níveis de burnout conforme variáveis do tipo- tempo de exercício profissional no serviço, tempo de experiência profissional, idade, sexo, estado civil, ter ou não filhos, categoria profissional, satisfação no trabalho e relações com a equipa.

Hipótese de trabalho

- Enfermeiros que trabalham em serviços onde o contacto com o doente terminal é mais intenso e o índice de mortalidade é maior, apresentam níveis de burnout mais elevados.

CAPÍTULO V – MÉTODO

O método utilizado foi um estudo comparativo, utilizando um questionário de resposta fechada, administrado a uma amostra significativa, de enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra. O questionário aplicado foi a escala Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981 a). Como variáveis independentes, para além dos serviços de Oncologia Médica, Cirurgia e Radioterapia, foram consideradas a formação (categoria profissional), tempo de exercício profissional no serviço e tempo de experiência profissional, local de trabalho, ter ou não filhos, estado civil, idade, sexo.

Foram também consideradas a satisfação laboral e relação com a equipa, como variáveis de controle, tendo como suporte a pesquisa bibliográfica efectuada.

A variável dependente foi materializada nas cotações dadas pelos sujeitos, expressa nos factores, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

A organização alvo do estudo foi o Centro Regional de Oncologia de Coimbra que tem por missão a prevenção e tratamento da doença Oncológica.

A instituição é constituída por vários serviços: Oncologia Médica, Cirurgia, Radioterapia, Ginecologia, Hospital de dia de Quimioterapia, Consultas externas de todas as especialidade médicas e cirúrgicas, Serviço de Imagiologia do qual faz parte o Rx, Tomografia Axial Computorizada, Ecografia e outros exames imagiológicos; Serviços laboratoriais, etc.

A admissão do utente a esta instituição pode ser feita de vários maneiras:

- Os utentes solicitam ao Centro, um “check up” visando o despiste de patologia do foro Oncológico

- Admissão mediante pedido do seu médico assistente
- Transferência de outras instituições

Os três serviços referidos, respectivamente; Cirurgia, Radioterapia e Oncologia Médica, são os mais representativos em termos de dimensão e número de enfermeiros, tendo também em comum, o facto de serem serviços de internamento razão pelo qual serão alvo do estudo.

Nestes serviços, existe proximidade física, pertencendo todos à mesma área de supervisão administrativa, técnica e organizacional.

Relativamente à rotação dos profissionais, não existe uma política institucional que obrigue a essa mudança. De um modo geral, apenas se verificam mudanças quando solicitados pelo elemento interessado, ocorrendo preferencialmente para o serviço de cirurgia. No que respeita aos indicadores de internamento, são apresentados a lotação, número de doentes tratados, dias de internamento, demora média e taxa de ocupação, como expressos no quadro 4.

Quadro 4 – Valores da lotação, número de doentes tratados, dias de internamento, demora média e taxa de ocupação por serviço no período de 01-01-97 a 31-12-97 no Centro regional de Oncologia de Coimbra.

Serviço	Lotação	Nº doentes tratados	Dias de internamento	Demora média	Taxa ocupação
Cirurgia	37	1730	12549	7.3	92.9
Radioterapia	49	588	11894	20.2	66.5
Quimioterapia	27	1881	6503	3.5	66.0
Medicina interna	6	132	1785	13.5	81.5

Serviço de Cirurgia

Este serviço perspectiva a execução do maior número de cirurgias, com o objectivo de eliminar a lesão tumoral, diminuindo dentro do possível todas as complicações resultantes do tempo de espera a que estão sujeitos.

Por vezes o utente é submetido inicialmente a quimioterapia e/ ou radioterapia com o intuito de diminuir e delimitar a lesão tumoral, sendo posteriormente operado. Felizmente esta situação tem êxito numa grande maioria das situações.

De um modo geral os utentes apresentam-se confiantes, com uma visão positiva em termos de futuro, bom aspecto geral e auto suficientes nas suas actividades de vida diária. De um modo geral não existem doentes terminais, no entanto, o número de falecidos no ano de 1997 foi de 14.

Verifica-se no quadro 4, um total de 1730 doentes tratados, apresentando o valor de 12549 dias de internamento, sendo o mais elevado para os três serviços, com uma demora média de 7.3 dias e uma taxa de ocupação destacada de 92.9% para uma lotação de 37 camas.

Serviço de Radioterapia

Este serviço funciona numa perspectiva diferente do anterior. Os utentes poderão ser internados para se submeterem a tratamento radioterápico antes de uma futura intervenção cirúrgica, apresentando-se confiantes num primeiro contacto. Há outros casos em que as radiações funcionam como arma terapêutica de primeira linha, promovendo a melhoria da qualidade de vida, casos esses onde a intervenção cirúrgica fracassou, ou não teve indicação.

Neste serviço, existe uma maior variedade de estadios da doença, com vários graus de dependência, incluindo doentes terminais e diferentes percepções por parte do doente para com a sua situação, apresentando grande variedade de “estados emocionais”.

As exigências psicológicas para quem presta cuidados a estes doentes é superior ao serviço de Cirurgia, devido à debilidade e deterioração apresentada por alguns. O número de falecidos no ano de 1997 foi de 11.

Neste serviço os internamentos são bastante longos e programados com bastante antecedência. Pela análise do quadro 4, verifica-se apresentar a maior demora média dos três serviços com 20.2 dias, 588 doentes tratados, 11894 dias de internamento e uma taxa de ocupação de 66.5% para a lotação mais elevada de 49 camas.

Oncologia Médica

Este serviço é constituído pelo serviços de Quimioterapia e Medicina interna, apresentando apenas equipas médicas diferentes e ocupando o mesmo espaço físico.

O serviço de Medicina interna recebe doentes que apresentam uma situação clínica Oncológica e perspectivam o diagnóstico clínico, de modo a proceder-se à instituição de um tratamento, não raramente Quimioterápico. São doentes frequentemente debilitados, necessitando de ajuda total. Este serviço apresentou 132 doentes tratados, 1785 dias de internamento com uma demora média de 13.5 dias e uma taxa de ocupação de 81.5%, para uma lotação de 6 camas.

O serviço de Quimioterapia está vocacionado para o tratamento quimioterápico, em situações perfeitamente definidas em termos Oncológicos, sendo realizado em regime de internamento devido à agressividade e riscos do mesmo, em termos de complicações. Os doentes deste serviço realizam os seus tratamentos de quimioterapia com o objectivo de diminuir a lesão existente, melhorando a sua qualidade de vida. Na sua grande maioria são utentes que já foram operados, apresentando recidivas frequentes ou complicações da mesma, ou que não têm qualquer indicação cirúrgica.

De uma maneira geral, são bastante mais antigos na instituição e mais dependentes que nos serviços anteriormente mencionados, tanto a nível da mobilidade como em todas as outras actividades de vida diária. Estão bastante mais consciencializados da sua situação, apresentando-se menos comunicativos, mais deprimidos e com um aspecto geral bastante mais debilitado. Pela análise da tabela 4, verifica-se ser este o serviço que apresenta o maior numero de doentes tratados, com 1881, 6503 dias de internamento, uma demora média de 3.5 e com uma taxa de ocupação de 66%, para uma lotação de 27 camas. O número de óbitos nestes dois serviços foi de 38.

Verifica-se assim, que a taxa de rotatividade de doentes é bastante mais alta do que nos outros serviços, sendo os internamentos na sua globalidade de

curta duração. De qualquer modo os utentes vão-se tornando conhecidos ao longo dos anos, pois os ciclos de quimioterapia são na sua maioria de 3 em 3 semanas ou mensalmente, retornando os doentes a estes internamentos, após efectuadas reavaliações clínicas dos tratamento instituídos. Perspectiva-se assim, um conhecimento por parte da equipa de enfermagem dos doentes por um longo período de tempo, constatando-se uma debilidade física gradual, um emagrecimento marcado, e uma deterioração do seu estado geral.

A equipa de enfermagem, durante o internamento, mantém também um contacto bastante próximo e quase contínuo com estes doentes, pois o tipo de tratamento quimioterápico a que estes doentes estão sujeitos, conduz a uma constante permanência junto do doente. A permissão por parte do serviço na permanência por períodos mais largos da família junto do doente, conduz também a uma maior solicitação destes profissionais.

Neste serviço o número de doentes terminais comparado com os anteriores é bastante mais elevado, fruto do percurso percorrido pelos doentes na instituição. Estes doentes são aqueles que permanecem mais tempo na enfermaria, concorrendo para a subida da demora média dos doentes no serviço de Quimioterapia. Muitos deles, no processo final da sua situação terminal, são levados pelas famílias, ocorrendo o seu falecimento no seio familiar como é seu desejo. (Não foi possível obtenção deste dado). É neste serviço que a pressão psicológica parece ser maior, devido ao contacto intenso com situações de dor, ansiedade dos doentes e família, doença terminal e morte.

Sujeitos

A população em estudo é constituída por um número total de 88 enfermeiros, dos quais 40% pertencem à Oncologia Médica, 30% à Cirurgia e 30% à Radioterapia.

Os enfermeiros alvo do estudo, desempenham funções em diferentes locais de trabalho, com diferentes características, apesar de pertencerem à mesma instituição. Distingue-se neste estudo, a frequência de contactos com o doente terminal e morte.

Todos os respondentes prestam cuidados em regime de laboração contínua “roulement ” , ou seja, prestam serviço no horário da manhã (8-16h), tarde (16-24h) e (0-8h) em regime de internamento.

A predominância do sexo feminino na profissão de enfermagem, mais uma vez se revelou, com uma percentagem de 77% do sexo feminino e 23% do sexo masculino, sendo 7% dos homens e 33% das mulheres pertencentes à oncologia médica; 11% dos homens e 19% das mulheres pertencentes à cirurgia e 5% dos homens e 25% das mulheres pertencentes à radioterapia.

A média das idades é bastante heterogénea nos serviços, sendo de 28 anos na oncologia médica, 32 na cirurgia e 43 na radioterapia, num total para a população de 34 anos .

O estado civil apresenta diferenças nos serviços já que a percentagem de solteiros na oncologia médica, cirurgia e radioterapia é respectivamente de 22%, 8% e 9%, sendo a percentagem de casados de 17%, 22% e 16%. Estes valores poderão dever-se às diferenças existentes na média de idades. Não existem grandes diferenças em relação aos respondentes nos três serviços, relativamente ao facto de terem ou não filhos, já que 13% do serviço de Oncologia Médica têm filhos, 16% na cirurgia e 19% na radioterapia. Na população total, 55% são casados e 48% têm filhos.

Relativamente ao tempo de exercício na profissão existem diferenças a assinalar. O serviço de Oncologia médica é aquele que apresenta o valor médio mais baixo de tempo de exercício profissional, com 6 anos, seguindo-se o serviço de Cirurgia com 9 anos. O serviço de Radioterapia destaca-se com um valor médio de 18 anos, perfazendo todos os serviços uma média global de 10 anos.

Também em relação ao tempo de exercício profissional no serviço, existem diferenças significativas. Assim o serviço de Oncologia Médica apresenta um valor médio de 3, o serviço de Cirurgia com 5 anos e o serviço de Radioterapia com 12 anos, perfazendo uma média global de 6 anos. Estas diferenças, poderão dever-se a uma “permissividade” da instituição, na permanência no mesmo serviço dos enfermeiros mais antigos, uma vez que

não é incentivada a rotação. Poderá também ter por base as relações de amizade estabelecidas entre os vários elementos da equipa.

A categoria profissional varia nos três grupos; 36% dos enfermeiros do serviço de Oncologia Médica detêm como categoria, o grau de enfermeiros, enquanto que na cirurgia e radioterapia essa categoria representa 19% e 15% respectivamente, sendo 70% da população detentora desta categoria. Com a categoria de enfermeiro graduado, destaca-se o serviço de radioterapia com 13% seguindo-se a cirurgia e oncologia médica com 9% e 3% respectivamente.

Instrumento

Este é constituído por duas partes.

A primeira parte visa a caracterização da população através das variáveis demográficas, tendo por base a pesquisa bibliográfica. A segunda parte é constituída por duas questões, apresentadas numa escala tipo Likert. Essas questões reportam-se acerca da satisfação com o trabalho e sobre as relações com a equipa. Na primeira é formulada a seguinte questão (“De que maneira está satisfeito com o seu trabalho”), tendo como possibilidades de resposta de 1 a 5, respectivamente (“Muito satisfeito” a “Nada satisfeito”)

Para a Segunda questão (“Como considera as suas relações com a equipa de enfermagem”), tendo como possibilidades de resposta (“Muito boas” a “Muito Más”)

A terceira parte é constituída exclusivamente pelo questionário M.B.I. – Maslach Burnout Inventory (Maslach, C., & Jackson, S. E. 1981 a). possibilitando a mensuração do burnout experimentado, através da avaliação dos três factores:

- Exaustão emocional,
- Despersonalização,
- Realização pessoal.

Os valores referenciados por Maslach & Jackson (1986), resultam de estudos realizados com 4798 professores, 1538 trabalhadores de serviços sociais, 1104 médicos e enfermeiros, 730 psicólogos, psiquiatras e outros trabalhadores de saúde mental e 2897 elementos de outras profissões.

O burnout, segundo estes dois autores, é conceptualizado como variável contínua, variando entre o nível baixo, médio e alto; de acordo com referência ao normativo americano. A escala é do tipo Likert, apresentando 7 itens (nunca, algumas vezes por ano, todos os meses, algumas vezes por mês, todas as semanas, algumas vezes por semana e todos os dias). Para o caso dos profissionais de saúde, consideram-se valores altos, médios e baixos nos três factores consoante se obtenha os seguintes valores em cada factor:

- Exaustão Emocional (≤ 18 baixo, 19 - 26 médio e ≥ 27 alto)
- Despersonalização (≤ 5 baixo, 6 - 9 médio e ≥ 10 alto)
- Realização Pessoal (≥ 40 baixo, 39 - 34 médio e ≤ 33 alto)

Assim:

- Nível alto de burnout é obtido por scores altos na sub-escala de exaustão emocional e despersonalização e score baixo na realização pessoal
- Nível médio de burnout é exprimido por scores médios nas três sub-escalas
- Nível baixo de burnout é exprimido em scores baixos na sub-escala de exaustão emocional e despersonalização e score alto na sub-escala de realização pessoal.

Assim, o somatório total das questões que contribuem para a constituição de cada factor, conduz à obtenção dos seguintes valores mínimos e máximos:

- Exaustão Emocional (9-63), Despersonalização (5-35) e Realização Pessoal (8-56)

Os itens estão escritos sob a forma de afirmações acerca dos sentimentos pessoais ou atitudes.

O questionário original de Maslach & Jackson (1986) era constituído por 47 itens do qual cada um era respondido sob dois tipos de resposta: frequência e intensidade dos sentimentos. Após ter sido aplicado a 605 pessoas (das quais 56 % do sexo masculino e 44% do sexo feminino), foi evidenciada a relação com pessoas onde o relacionamento é ou poder-se-á tornar problemático. É deste tipo de stress emocional crónico que Maslach acredita serem indutores de burnout.

Os dados obtidos da recolha do primeiro questionário aplicado pelos autores referidos, foram alvo de análise factorial, tendo-se obtido 10 factores responsáveis por $\frac{3}{4}$ da variância. Após aplicação de critérios de selecção obteve-se uma redução do número de itens de 47 para 25.

Seguidamente, foi novamente aplicado a 420 pessoas, das quais 31% dos homens e 69% das mulheres (Maslach & Jackson, 1986) para confirmação dos factores padrão anteriormente obtidos, obtendo-se resultados bastante similares aos primeiros. Estes dados obtidos foram combinados com os anteriores e foram novamente sujeitos a análise factorial. Desta aplicação obtiveram-se quatro factores sendo similares na sua taxa de frequência e intensidade. Três destes quatro factores obtiveram resultados que lhes permitiram ser considerados sub-escalas do M.B.I.

Assim:

A sub-escala de exaustão emocional é constituída por nove questões, descrevendo sentimentos de se estar emocionalmente esgotado e exausto com o trabalho.

A sub-escala da despersonalização é constituída por cinco questões que descrevem respostas impessoais, a frieza para com os utentes dos serviços, onde a relação de ajuda está patente.

A sub-escala de realização pessoal é constituída por 8 questões que descrevem sentimentos a nível da competência e sucesso atingidos, no trabalho com pessoas.

Maslach & Jackson (1986) avaliaram a consistência interna através do Alfa de Cronbach, obtendo-se respectivamente: 0,90 para a exaustão emocional, 0,79 para a despersonalização e 0,71 para a realização pessoal.

Foi também utilizado o teste-reteste em duas amostras separadas por um intervalo de 2 a 4 semanas, obtendo-se um coeficiente de fidelidade de 0,82 para a exaustão emocional, 0,60 para a despersonalização e 0,80 para a realização pessoal.

Apesar destes coeficientes variarem de baixo até moderadamente alto, todos são significativos para um nível de significância de 0,01.

Como não existem estudos de aferição do inventário para a população portuguesa, a leitura dos dados estatísticos das sub-escalas poderão também ter como referência, a comparação com os valores expressos no Manual Norte-Americano (Maslach & Jackson, 1986) (ANEXO 3)

O instrumento está validado pela autora. No entanto, como não se encontra aferido para a população portuguesa, pretende-se também verificar em que medida existe concordância entre as dimensões da autora e as obtidas após análise factorial. Efectuou-se a tradução do instrumento tendo sido dado a ler a vários indivíduos da área da saúde, de modo a esclarecer alguma dificuldade na interpretação das questões. Como não se encontraram dificuldades na interpretação das questões, procedeu-se à sua aplicação.

Procedimento

O estudo foi realizado no Centro Regional de Oncologia de Coimbra e foram considerados para a constituição da amostra todos os profissionais dos serviços de Oncologia Médica, Radioterapia e Cirurgia do referido centro.

Foi feito um pedido formal à instituição dirigido ao Conselho de Administração (ANEXO 1), explicando os objectivos do estudo e título da dissertação, entregue em mão à Sra. Enfermeira Directora, tendo sido obtida resposta favorável por escrito.

Cada questionário foi acompanhado de uma carta de apresentação, onde constavam os objectivos do estudo e instruções de preenchimento.

Foram entregues os questionários nos vários Serviços, sendo feita de forma personalizada.

Pretendeu-se que os questionários fossem entregues num período anterior ao período de férias, evitando maior probabilidade de enviesamentos no seu preenchimento, já que as férias poderão perspectivar respostas mais favoráveis nas dimensões Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização pessoal. Foram criadas caixas receptoras nos serviços, assegurando-se o anonimato. Nos questionários não foi mencionado o nome do mesmo (M.B.I.) nem qualquer alusão ao termo burnout, diminuindo assim a probabilidade de respostas socialmente mais desejáveis. Relativamente ao prazo de entrega, perspectivou-se o alargamento do prazo uma vez que os enfermeiros trabalham em regime de "roulement", diminuindo a sua acessibilidade na parte da manhã. Assim, o período de distribuição e recepção situou-se durante o mês de Maio de 1998.

Para possibilitar a aplicação do teste reteste, procedeu-se à codificação de 21 questionários (7 por serviço), tendo sido previamente informados esses respondentes que teriam de fazer o favor de responder novamente passado algum tempo. De qualquer forma, a codificação dos referidos questionários garantiu o anonimato das respostas. Passadas 5 semanas, obtiveram-se 16 questionários dos 21 sujeitos anteriores.

Após o fim do mês de Maio, procedeu-se à recolha das caixas receptoras criadas para o efeito, tendo-se dada por encerrada a recolha dos questionários. Do total da população (88 elementos), responderam 64 (73 % do total de respostas).

Na tabela 1, são apresentadas as dimensões da amostra seleccionada e resultados obtidos por serviços.

Tabela 1 - Amostras obtidas por serviço relativamente à população

Serviços	População (N)	Número de respostas(n)	% de respostas do total da amostra
Oncologia Médica	34	26	76
Radioterapia	27	19	70
Cirurgia	27	19	70
TOTAL	88	64	73

CAPÍTULO VI RESULTADOS

Propriedades métricas da escala aplicada à população

Procedeu-se à avaliação das qualidades métricas da escala resultantes do estudo efectuado, quanto à sua fidelidade, tal como expresso no quadro 5.

Quadro 5 - Valores do alfa de Cronbach (n=64), no caso do item ser retirado e no total, e valores das correlações teste / reteste (n= 16) para cada item, e total.

ITENS	CONSISTÊNCIA		
	n=64	n=16	
	Alfa total se item retirado	Teste-reteste	
		r	sig.
1	.80	.22	.41
2	.81	-.05	.87
3	.81	.33	.20
4	.82	.58	.02
5	.81	.31	.25
6	.80	.34	.21
7	.82	.26	.32
8	.80	.22	.41
9	.82	.43	.09
10	.81	.77	.00
11	.80	.45	.08
12	.80	.53	.03
13	.80	.46	.08
14	.81	.73	.00
15	.83	.13	.64
16	.80	.72	.00
17	.81	.70	.00
18	.81	.56	.03
19	.82	.41	.11
20	.81	.07	.80
21	.82	.26	.33
22	.81	.37	.17
Total	.82	.63	.01

Pela análise do quadro 5 verifica-se que o item 15 (“Não me importo grandemente ao que acontece aos meus doentes”) é aquele que mais contribui para a diminuição do Alfa de Cronbach e conseqüentemente, para a diminuição da consistência interna da escala.

Os itens 1 (“Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho”), 6 (“O trabalho com pessoas durante o dia esgota-me bastante”) e 8 (“Sinto-me exausto(a) com o meu trabalho”) são aqueles que se apresentam mais favoráveis para o incremento do Alfa de Cronbach, já que a sua retirada reflecte-se negativamente na diminuição da consistência interna da escala; sendo também esses itens, aqueles que mais se correlacionam com o total de itens ($r > .58$). O item 15 (“Não me importo grandemente ao que acontece aos meus doentes”) destaca-se negativamente, uma vez que a sua retirada confere à escala um incremento na consistência interna, sendo desde já um item a não considerar. Poderá dever-se a uma tradução incorrecta da questão original (“I don't really care what happens to some recipients”), ou também ao facto do questionário não estar aferido para a população portuguesa e o grupo profissional deste estudo ser exclusivamente constituído por enfermeiros, especificamente da área de Oncologia.

A escala apresenta boa consistência interna global (.816), uma vez que se situa num valor superior a .80.

Relativamente à estabilidade temporal, obtida pelo teste-reteste com um intervalo de cinco semanas, verifica-se que as correlações mais significativas reportam-se aos itens 4, 10, 12, 14, 16, 17 e 18, todas com significância superior a $p < .03$.

Os itens que apresentam o valor mais baixo da correlação nos dois momentos são os itens 2 (“Sinto-me esgotado(a) no fim do meu dia de trabalho”) e 20 (“Sinto-me no limite das minhas forças”), revelando-se negativa para o item 2, demonstrando uma inversão da opinião nesse item. No entanto, a escala apresenta um valor total na correlação de .63 para um nível de significância de (.01).

Estudo Descritivo

Procurando verificar a distribuição das variâncias dos itens e seu poder discriminativo, calcularam-se os dados que se apresentam na tabela 2.

Tabela 2 - Valores das médias, desvio padrão, valores mínimos e máximos nos itens da escala MBI (n=64)

ITEM	MÉDIA	DESV. P.	MIN.	MÁX.
1	3.77	1.69	1	7
2	4.95	1.61	2	7
3	4.05	1.91	1	7
4*	2.08	1.45	1	6
5	1.89	1.58	1	7
6	3.22	1.85	1	7
7*	2.64	1.58	1	6
8	3.53	1.75	1	7
9*	2.42	1.71	1	7
10	1.86	1.50	1	7
11	3.72	1.89	1	7
12*	3.12	1.73	1	7
13	2.30	1.34	1	6
14	3.47	2.02	1	7
15	2.00	2.08	1	7
16	2.78	1.68	1	7
17*	2.88	1.83	1	6
18*	2.87	1.60	1	6
19*	2.34	1.67	1	6
20	2.45	1.57	1	7
21*	3.30	1.81	1	7
22	2.05	1.45	1	6
Total	2.89	.77	1.41	4.91

* cotação invertida

Verifica-se na tabela 2, que a escala tem bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. O valor total médio da escala apresenta um valor baixo, sendo inferior ao valor médio 3.5.

Os itens 5 (“Sinto que trato alguns doentes como «objectos» impessoais”) e 10 (“Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas”) apresentam valores médios baixos, 1.89 e 1.86, respectivamente. Estes valores poderão traduzir uma formação sólida dos enfermeiros na componente relacional, demonstrando um comportamento profissional bastante adequado, respeitando a componente relacional com o doente. Em contrapartida, os itens 2 (“Sinto-me esgotado(a) no fim do meu dia de trabalho”) e 3 (“Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho”) apresentaram valores altos, 4.95 e 4.05, respectivamente. Estes valores poderão dar algumas indicações acerca do desgaste que o trabalho da profissão de enfermagem promove, nos serviços de Oncologia. No entanto é de salientar, que apesar dos enfermeiros referirem sentir-se esgotados e fatigados, referem manter um respeito e profissionalismo, traduzido pelos valores baixos nos itens 5 e 10.

Verifica-se também existir grande variabilidade de respostas pela análise do desvio padrão (D.P. mínimo observado > 1.34) atingindo valores de 2.02 e 2.08 para os itens 14 (“Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego”) e 15 (“Não me importo grandemente ao que acontece aos meus doentes”). O item que apresenta a menor dispersão é o 13 (“Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo”). Os valores da dispersão apresentados no item 14, poderão dar algumas indicações relativamente à variabilidade de respostas, que poderão reflectir diferenças entre serviços relativamente à pressão sentida. Mais uma vez o item 13 pelo seu baixo valor médio e pequena dispersão, poderá ser revelador de que os enfermeiros gostam do trabalho que desenvolvem e mantêm-se fiéis aos seus locais de trabalho por opção própria, aliás constatada pelo pequeno número de transferências observadas nos últimos anos.

Procuraram-se determinar as correlações entre os itens, de modo a tornar mais perceptível o seu agrupamento nos três factores, expresso na tabela 3.

Tabela 3 - Correlações entre os itens da escala MBI, (n=64)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	-	.63	.56	-.02	.32	.58	-.06	.67	.09	.10	.39
2		-	.53	-.15	.16	.37	-.06	.57	-.07	.17	.29
3			-	.02	.24	.28	.00	.54	.02	.07	.39
4				-	.03	.04	.48	.00	.33	-.09	-.11
5					-	.32	-.12	.26	.15	.37	.24
6						-	-.01	.48	.28	.26	.34
7							-	.05	.13	-.07	.03
8								-	.14	.09	.38
9									-	-.09	-.14
10										-	.20
Total	.64	.48	.52	.24	.47	.68	.23	.68	.27	.36	.61

cont.

	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	.21	.35	.37	.04	.40	.42	.05	-.16	.42	.00	.41
2	.12	.21	.35	.01	.25	.00	-.06	-.15	.28	-.02	.29
3	.22	.29	.22	.00	.27	-.03	.05	-.12	.22	.16	.13
4	.20	-.10	-.14	-.07	-.03	.27	.50	.34	-.03	.10	.06
5	.14	.33	.24	.14	.32	.02	.16	-.03	.15	.03	.35
6	.29	.45	.33	.05	.48	.15	.16	.10	.35	.14	.33
7	.19	.04	-.11	-.08	.00	.29	.39	.24	-.14	.27	.01
8	.28	.43	.37	-.21	.34	.17	.23	.00	.41	.23	.38
9	.19	.10	-.13	.06	-.11	.04	.09	.39	.22	.16	-.12
10	.14	.31	.28	.08	.25	.14	.15	.10	-.02	.10	.21
11	.44	.48	.40	.06	.48	.17	.17	.02	.37	.12	.35
12	-	.24	.19	-.14	.23	.51	.43	.45	.19	.23	.03
13		-	.48	.02	.32	.11	.22	.15	.41	.04	.43
14			-	-.10	.24	.14	.07	.10	.24	-.10	.40
15				-	.13	-.15	-.07	-.16	.23	-.13	.02
16					-	.16	.20	-.18	.40	-.05	.57
17						-	.58	.40	.00	.22	-.03
18							-	.53	.03	.41	.07
19								-	.00	.29	-.18
20									-	-.04	.45
21										-	-.11
22											-
Total	.58	.61	.49	.09	.56	.42	.52	.30	.51	.31	.48

*Todas as correlações superiores a .25 são significativas para $p < .05$, e a .32 para $p < .01$.

Verifica-se existirem correlações significativas entre os itens (superiores a .25) No entanto, as correlações de cada item com o total não são significativas para os itens 4, 7 e 15, evidenciando a necessidade de uma reestruturação da escala aplicada. Estes resultados revelam alguma incongruência da escala, sendo necessário a adaptação ao actual contexto nacional e profissional.

O item 15 (“Não me importo grandemente ao que acontece aos meus doentes”) não apresenta correlações com nenhum dos itens nem com o total, contribuindo para a criação de evidências conducentes ao seu abandono nesta escala.

Relativamente às variáveis Satisfação no Trabalho e relações de equipa, podem-se observar na tabela 4 os seguintes resultados.

Tabela 4 - Médias, desvios padrão, valores mínimo e máximo na Satisfação no Trabalho e Relações de equipa

ITEM	MÉDIA	DESV. P.	MIN.	MÁX.
Satisfação Trabalho	2.47	.71	1	5
Relações Equipa	1.98	.60	1	3

Verifica-se na tabela 4 que o valor médio da satisfação no trabalho é representativo de uma maior concentração de respostas nos valores 2 e 3. As respostas não apresentaram grande dispersão, verificando-se pelo baixo valor do desvio padrão.

Também relativamente às relações que os respondentes considerem existir na equipa, verifica-se uma concentração de respostas no valor 1 e principalmente no 2. O valor baixo do desvio padrão é concordante com a tendência geral das respostas se concentrarem naqueles dois itens referenciados.

Estudo factorial

A análise factorial revela-se de especial importância neste estudo, na medida em que poderá comprovar em que medida os factores teóricos estão em concordância com os factores observados no estudo. Permitirá também explicar alguns dados e evidenciar algumas das baixas correlações verificadas anteriormente, contribuindo para a validade de constructo.

Conforme indica a tabela 5, o conjunto de factores (extraídos segundo o método dos componentes principais com pré definição do número de factores (3), seguido de rotação varimax) explica 47% da variância.

Tabela 5- Pesos (*loadings*) de cada itens nos factores

Itens	Factores(% de variância explicada)		
	E.E.(16,2)	D.P.(15,7)	R.P.(15,2)
1	.82	.272	.025
2	.72	.172	.132
3	.74	.081	.039
6	.54	.426	-.178
8	.79	.250	-.199
20	.51	.33	-.04
5	.20	.51	.00
10	-.13	.64	.01
11	.35	.60	.07
13	.30	.64	.10
14	.24	.61	.05
16	.30	.64	.04
22	.30	.61	-.16
4	.00	-.14	.64
7	-.02	-.09	.59
9	.27	.24	.44
12	.17	.33	.60
17	-.10	.30	.65
18	-.06	.31	.77
19	-.18	.08	.74
21	.12	-.05	.53
15	-.03	.12	-.25

O primeiro factor agrupa itens relacionados com sentimentos de se estar emocionalmente esgotado e exausto com o trabalho, sendo designado por Maslach & Jackson (1986) como Exaustão Emocional. Obtiveram-se saturações mínimas dos itens neste factor de .51, contribuindo para a explicação de 16% da variância.

O segundo factor agrupa itens relacionados com tipo de respostas impessoais, ressaltando a frieza demonstrada para com os utentes dos serviços. Este factor designou-se de Despersonalização pelos autores anteriormente citados, tendo-se obtido saturações mínimas dos itens neste factor de 51, contribuindo para a explicação de 16% da variância.

O terceiro factor agrupa itens relacionados com sentimentos a nível da competência e sucesso atingidos no trabalho com pessoas, tendo sido designado pelos autores de Realização Pessoal. Obteve-se neste factor uma saturação mínima dos itens de 44, contribuindo para a explicação de 15% da variância.

Todos os itens que saturaram os respectivos factores, apresentam valor positivo, levando a afirmar-se que, quanto maior é a vivência do indivíduo em cada item, maior é o nível de burnout experienciado nesse factor. O item 15 não apresenta uma saturação superior a .30 sendo por isso abandonado. Já o estudo correlacional mostrou algumas evidencias conducentes ao seu abandono, pela sua não correlação com nenhum item nem com o total. Procedeu-se de seguida à correlação entre os vários factores, evidenciada na tabela 6.

Tabela 6 - Valores das correlações entre os factores (1- Exaustão Emocional, 2 - Despersonalização, 3 - Realização Pessoal)

Factor	1	2	3
1	-	.61**	.13
2		-	.10
3			-

** p<.000

Verifica-se uma relação forte entre o factor exaustão emocional e despersonalização. Assim, quanto maior for a exaustão emocional, maior será

a tendência para o indivíduo tratar os outros de forma distante e despersonalizada, sendo também aceite o oposto.

A exaustão emocional e despersonalização já não parecem apresentar relações significativas com a realização pessoal.

Pelas evidências surgidas, não será considerado o item 15 para a constituição dos factores, pois não satura satisfatoriamente em nenhum deles, apresentou correlações muito baixas com os outros itens e pela sua forte contribuição para a diminuição da consistência interna da escala.

Assim, procedeu-se à alteração da escala, não considerando o item 15 na constituição dos factores e passando os itens 13, 14 e 16 para o factor despersonalização, não alterando no entanto a designação desse factor.

Comparativamente com a escala original, verifica-se assim uma passagem dos itens 13 (“Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo”), 14 (“Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu trabalho”) e 16 (“Trabalhar directamente com pessoas faz-me sentir demasiado em stress”) do factor exaustão emocional para o factor despersonalização. Esta alteração poder-se-á ficar a dever ao conteúdo das três questões que abordam aspectos relacionados com frustração, pressão e stress, referindo-se essencialmente a aspectos relacionados com despersonalização e não tanto à exaustão emocional. O factor despersonalização, comparativamente com o original proposto por Maslach (1986), sofre uma alteração, pelo abandono do item 15 como já foi anteriormente explicado, e pela entrada dos itens 13, 14 e 16 como foi explicado no parágrafo anterior.

O factor Realização pessoal não sofre nenhuma alteração, pois revelou boas saturações na análise factorial, sendo o seu valor mais baixo de .44.

Resume-se no quadro 6 a caracterização dos factores.

Quadro 6 - Resumo da caracterização dos factores

FACTOR	% VAR.	ITEM	DESIGNAÇÃO
1	16	1,2,3,6,8,20	Exaustão Emocional
2	16	5,10,11,12, 13,14,16,22	Despersonalização
3	15	4,7,9,12,17,18,19,21	Realização pessoal

Após a eliminação do item 15, verificou-se uma ligeira subida da consistência interna da escala, conforme resultados na tabela 7.

Tabela 7 - Valores dos Coeficientes de Alfa de Cronbach dos itens e no total

ITENS	ALFA DE CRONBACH
Exaustão Emocional	.83
Despersonalização	.79
Realização Pessoal	.78
Total	.83

Verifica-se na tabela 7 uma boa consistência interna no factor exaustão emocional, diminuindo ligeiramente nos factores despersonalização e realização pessoal, apresentando um valor total de (.83).

Da aplicação teste reteste, obtiveram-se os seguintes valores da correlação, expressos no quadro 7.

Quadro 7 - Valores das correlações teste/ reteste (n= 16) para cada factor, e total.

Factor	n=16	
	Teste-reteste	
	r	sig.
Exaustão emocional	.49	.06
Despersonalização	.68	.00
Realização pessoal	.25	.35

Pela análise do quadro 7, verifica-se um valor correlacional alto para o factor despersonalização, significativo para $p < .00$.

Para o factor exaustão emocional verifica-se um valor correlacional de .49. Para o factor realização pessoal, não se obteve um valor correlacional significativo. Estes resultados poderão dever-se ao intervalo de 5 semanas, superior ao preconizado por Maslach & Jackson (1986).

Procedeu-se em seguida à análise das medidas de tendência central e dispersão nos três factores constituídos, expressos na tabela 8.

Tabela 8 - Média, desvio padrão, valores mínimos e máximos nos factores (1- exaustão emocional, 2-despersonalização, 3- realização pessoal) (n=64).

FACTOR	MÉDIA	DESV. P.	MIN.	MÁX.
1	3.66	1.28	1.33	6.50
2	2.58	1.09	1.00	6.00
3	2.71	1.05	1.00	5.25
Total	2.94	.81	1.38	5.05

Na tabela 8, verifica-se uma boa capacidade discriminativa dos factores, constatado pelos valores apresentados pelo desvio padrão, indicadores duma dispersão de respostas.

O valor médio mais alto pertence ao factor 1 (“Exaustão emocional”), revelando-se superior ao ponto médio e traduzindo sentimentos de se estar emocionalmente esgotado e exausto com o trabalho.

O factor 2 (“Despersonalização”) apresentou um valor médio baixo inferior ao ponto médio da escala, reportando-se à frieza para com os utentes dos serviços, onde a relação de ajuda está patente.

O factor 3 (“Realização pessoal”) apresentou também um valor baixo, reportando-se a sentimentos a nível da competência e sucesso atingidos, no trabalho com pessoas. De um modo geral a escala apresentou um valor médio inferior ao seu ponto médio.

Análise da Variância

Com o intuito de avaliar a significância das diferenças entre os três serviços nos factores exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, procedeu-se à análise dos dados, mostrando-se os resultados na tabela 9.

Tabela 9 - Análise de variância (ANOVA) com apresentação das médias nos factores por serviço e no total, e respectiva significância da diferença. (n= 64).

Serviços	FACTORES		
	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização pessoal
ONC. MÉDICA	4.26	3.18	2.91
CIRURGIA	2.53	1.92	2.66
RADIOTERAPIA	3.98	2.42	2.47
TOTAL	3.66*	2.58*	2.71*
Sig.	.00	.00	.38

* Tomados os somatórios dos itens que constituem o factor e não a média respectiva.

Teste de Scheffé

No factor 1 "Exaustão Emocional"

- O serviço de Oncologia Médica difere do serviço de Cirurgia para $p < .00$
- O serviço de Radioterapia. Difere do serviço de Cirurgia para $p < .00$

No factor 2 "Despersonalização"

- O serviço de Oncologia Médica difere do serviço de Cirurgia para $p < .00$
- O serviço de Oncologia Médica difere do serviço Radioterapia para $p < .04$

Verifica-se existirem diferenças significativas para o factor Exaustão Emocional e Despersonalização, para um nível de significância de .00, estando em concordância com a hipótese definida anteriormente. Assim, para o factor 1 "Exaustão emocional" verificaram-se existir diferenças significativas entre o serviço de Oncologia Médica e o serviço de Cirurgia, assim como do serviço de Radioterapia e o serviço de Cirurgia, para um nível de significância de .00

No factor 2 "Despersonalização", verificou-se existir diferenças significativas entre o serviço de Oncologia Médica e Cirurgia, e entre o serviço de Oncologia Médica e o serviço de Radioterapia.

No factor 3 "Realização pessoal" não se verificaram existir diferenças significativas.

Apesar das diferenças surgidas, torna-se importante analisar as influências do comportamento das variáveis independentes nos resultados dos três factores, para que se possam tirar ilações mais fundamentadas. O factor 3, não revelou resultados significativamente diferente nos três serviços.

De seguida, procedeu-se à análise das variáveis independentes. Relativamente à variável "Sexo", efectuou-se um teste t, conforme resultados apresentados na tabela 10.

Tabela 10 - Valores médios, desvios-padrão e grau de significância respectivo das cotações obtidas pelos respondentes em cada factor, por sexo

SEXO	n	FACTORES					
		Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização pessoal	
		X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.
M	15	3.14	1.29	2.55	1.19	2.73	1.08
F	49	3.82	1.25	2.59	1.06	2.70	1.05
sig.		.07		.91		.94	

Verifica-se uma média superior no factor "Exaustão Emocional" e "Despersonalização" para o sexo feminino, sendo oposta para o sexo masculino no factor "Realização pessoal". No factor "Exaustão Emocional", apesar de não surgirem diferenças significativas, verifica-se uma tendência para a existência de diferenças para a variável sexo (.07).

A influência das variáveis "Idade, Tempo de Serviço e Tempo de Profissão", foram também analisadas.

Efectuou-se assim, uma regressão múltipla da "Idade", "Tempo no Serviço" e "Tempo de Profissão" para o factor 1 "Exaustão Emocional", e para o factor 2 "Despersonalização", possibilitando a obtenção da significância dos incrementos da variância explicada (R^2), conforme expresso na tabela 11.

Tabela 11 - Valores dos coeficientes de regressão standardizados (B/ Beta) e da percentagem de variância explicada (R^2) pelos preditores, "Idade", "Tempo de Profissão" e "Tempo no Serviço", em cada factor.

Factor	Idade		Tempo profissão		Tempo no serviço	
	R^2	B	R^2	B	R^2	B
Exaustão Emocional	.00	-.05	.00	-.04	.01**	.12
Despersonalização	.08*	-.29	.06	-.24	.02	-.15

* valores significativos para $p < .03$ ** valores significativos para $p < .01$

Constata-se na tabela 11, que a “Idade” é responsável por 8% da variância explicada para o factor “Despersonalização”, assim como o “Tempo no serviço” explica 1% da variância para o factor “Exaustão emocional”. A variável “Tempo de Profissão” não parece ser significativamente responsável pela variância dos factores referidos.

De modo a se verificar a influência efectiva das variáveis “Tempo no Serviço” e “Idade”, procedeu-se à regressão múltipla por Serviço no factor “Exaustão Emocional” para o “Tempo no Serviço” e no factor “Despersonalização” para a “Idade”, sendo apresentados os resultados na tabela 12 e 13.

Tabela 12 - Incrementos da variância explicada (R^2) pela variável “Tempo no Serviço”, por “Serviço”, no factor “Exaustão Emocional”, e respectivos valores do coeficiente de regressão standartizados (B).

Factor	Oncologia Medica		Cirurgia		Radioterapia	
	R^2	B	R^2	B	R^2	B
Exaustão Emocional	.01	.11	.02	-.14	.04	.20
Sig.	.59		.56		.42	

Verifica-se na tabela 12, que a variável “Tempo no Serviço” não parece ter influência significativa no factor “Exaustão Emocional”

Tabela 13 - Incrementos da variância explicada (R^2) pela “Idade”, por “Serviço”, no factor “Despersonalização”, e respectivos valores do coeficiente de regressão standartizados (B).

Factor	Oncologia Medica		Cirurgia		Radioterapia	
	R^2	B	R^2	B	R^2	B
Despersonalização	.27	-.52	.16	.40	.05	-.22
Sig.	.007		.09		.37	

Verifica-se na tabela 13, que no serviço de Oncologia Médica a variável “Idade” explica 27% da variância no factor “Despersonalização”, sendo significativo para um nível de significância de (.007) o mesmo não acontecendo nos outros serviços.

Pela estranheza no comportamento da variável “Idade” apenas para o serviço de Oncologia Médica, com reflexos importantes na explicação da variância no factor “Despersonalização”, procedeu-se à análise dum gráfico de dispersão (scatterplot) da variável “Idade” pelo factor “Despersonalização” no serviço de Oncologia Médica. Nesse gráfico de dispersão, constatou-se da existência dum elemento considerado (outlier). Após retirada desse elemento, procedeu-se novamente à análise da regressão múltipla da variável “Idade” no factor “Despersonalização”, conforme expressa a tabela 14.

Tabela 14 - Incrementos da variância explicada (R^2) pela “Idade”, no serviço Oncologia Médica no factor “Despersonalização”, e respectivo valores do coeficiente de regressão standartizados (B), retirando o caso outlier.

Factor	Oncologia Médica	
	R^2	B
Despersonalização	.13	-.36
sig.	.07	

Verifica-se na tabela 14, que após retirado o caso “outlier”, a variável “Idade” não se apresentou significativa, na explicação da variância do factor “Despersonalização”, levando a afirmar que a variável “Idade” não parece ter repercussões importantes nesse factor.

A variável filhos também foi analisada, estando representados os valores na tabela 15.

Tabela 15 - Médias, desvios-padrão e grau de significância respectivo, das cotações obtidas pelos respondentes em cada factor, consoante terem ou não filhos.

Filhos	n	Factores		
		Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
SIM	30	3.43/1.30	2.26/1.06	2.59/1.21
NÃO	34	3.87/1.25	2.86/1.04	2.81/.89
sig.		.17	.03	.40

Verificaram-se existirem diferenças significativas no factor “Despersonalização”, consoante terem ou não filhos, para um nível de significância de .03. Os respondentes que têm filhos, apresentam valores médios mais baixos do que aqueles que não têm.

Procedeu-se então, à análise da variável “filhos” no factor “despersonalização”, por “Serviço”, de modo a evidenciar, caso existam, diferenças nesse factor, conforme expresso na tabela 16.

Tabela 16 - Médias, desvios-padrão e grau de significância respectivo, das cotações obtidas pelos respondentes no factor “Despersonalização”, por “Serviço”, consoante terem ou não filhos, após retirado o caso outlier.

Filhos	n	SERVIÇOS					
		Oncologia Médica		Cirurgia		Radioterapia	
		X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.
SIM	8*/10**/12***	2.96	1.55	1.97	.52	2.04	.85
NÃO	18*/9**/7***	3.27	.90	1.87	.49	3.08	1.17
sig.		.42		.68		.04	

* Oncologia Médica, ** Cirurgia, *** Radioterapia

Verifica-se na tabela 16, existirem diferenças significativas no Serviço de Radioterapia, nos valores médios do factor “Despersonalização”, sendo essa

diferença significativa para um nível de significância de .04. Assim, a variável filhos parece determinar diferenças significativas no factor “Despersonalização”.

Devido ao “estranho” comportamento da variável “Filhos” no serviço de Radioterapia, com repercussões importantes no factor “Despersonalização”, procedeu-se à sua análise detalhada, apenas para o serviço de Radioterapia.

Pela análise dum gráfico de dispersão dos indivíduos casados (no serviço de Radioterapia), e de acordo com a variável “filhos”, verificou-se da existência dum indivíduo, (casado e sem filhos), apresentando um valor no factor “Despersonalização” de 4.86, sendo considerado outlier. Após retirada desse indivíduo, procedeu-se novamente à análise da variável “filhos” no factor “despersonalização”, por “Serviço”, conforme resultados obtidos na tabela 17.

Tabela 17 - Médias, desvios-padrão e grau de significância respectivo, das cotações obtidas pelos respondentes no factor “Despersonalização”, por “Serviço”, consoante terem ou não filhos, retirando o caso outlier.

Filhos	n	SERVIÇOS					
		Oncologia Médica		Cirurgia		Radioterapia	
		X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.
SIM	8*/10**/12***	2.96	1.55	1.97	.52	2.04	.85
NÃO	18*/9**/6***	3.27	.90	1.87	.49	2.79	.96
sig.		.53		.68		.11	

* Oncologia Médica, ** Cirurgia, *** Radioterapia

Verifica-se assim, não se encontrarem diferenças significativas no factor “Despersonalização” no serviço de Radioterapia. As diferenças anteriormente encontrada, eram causadas pelo indivíduo considerado outlier.

O estado civil foi analisado, conforme valores apresentados na tabela 18.

Tabela 18 - Médias, desvios-padrão e grau de significância respectivo das cotações obtidas pelos respondentes em cada factor, por estado civil.

Estado civil	n	FACTORES					
		Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
		X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.
casados	35	3.43	1.30	2.47	1.09	2.58	1.18
solteiros	25	3.93	1.23	2.81	1.03	2.86	.91
sig.		.14		.23		.32	

Nesta variável, os indivíduos casados apresentam valores mais baixos no factor “Exaustão Emocional”, relativamente aos solteiros, mantendo-se esta tendência nos outros dois factores; no entanto, essas diferenças não se revelaram significativamente diferentes.

Da análise da “categoria profissional”, procedeu-se à análise de variância, apenas para a categoria de “enfermeiro” e “enfermeiro graduado”, pois o numero de casos da categoria de “enfermeiro especialista” não foi expressivo, contando apenas três casos. Na tabela 19, poder-se-ão analisar os resultados obtidos.

Tabela 19 - Médias, desvios-padrão e grau de significância respectivo, dos valores obtidas pelos respondentes em cada factor, consoante a categoria profissional(1- Enfermeiro; 2- Enfermeiro graduado)

CAT. PROF.	n	FACTORES					
		Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
		X	D.P.	X	D.P.	X	D.P.
1	45	3.73	1.16	2.67	1.13	2.77	1.14
2	16	3.56	1.62	2.26	.96	2.51	.77
sig.		.71		.20		.39	

Verificam-se valores mais elevados nos três factores para a categoria profissional de enfermeiro. Apesar das diferenças verificadas, elas não se revelaram significativamente diferentes.

Para além das variáveis independentes referidas, também foram equacionadas como possíveis preditoras de diferenças nos factores, a satisfação profissional e as relações de equipa referidas pelos respondentes, conforme tabela 20.

Tabela 20 - Médias e grau de significância respectivo, dos valores obtidas pelos respondentes em cada factor, consoante a satisfação profissional (1- razoavelmente satisfeito; 2- satisfeito) (n=64)

		FACTORES					
Satisf. Profis.	n	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
		média	D.P.	média	D.P.	média	D.P.
1	32	3.43	1.21	2.40	.82	2.94	1.01
2	26	3.81	1.34	2.77	1.31	2.45	1.02
sig.		.25		.16		.15	

Na satisfação profissional verifica-se, que apesar de ocorrerem diferenças entre os valores médios nos factores, eles não são significativos. Não foram referenciados os valores para os outros itens da satisfação profissional, pela pouca representatividade que obtiveram.

As relações que os respondentes consideraram existir na equipa foram expressas na tabela 21, sendo analisadas em termos de resultado dos valores médios dos factores.

Tabela 21 - Médias e grau de significância respectivo, dos valores obtidas pelos respondentes em cada factor, consoante as relações de equipa (1- muito boas; 2- boas; 3- razoáveis)

Relações Equipa	n	FACTORES		
		Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
MUITO BOAS	12	3.88/1.04	2.49/.82	2.88/1.04
BOAS	41	3.46/1.25	2.53/1.09	2.64/.99
RAZOÁVEIS	11	4.20/1.55	2.87/1.36	2.76/1.32
sig.		.19	.63	.79

Verifica-se que relativamente às relações que os respondentes consideram existir na equipa, não se obtiveram diferenças significativas nos factores.

CAPÍTULO VII

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Voltando à hipótese colocada inicialmente, pretendia-se com este estudo, analisar em que medida o contacto mais intenso com o doente terminal e a morte, influenciavam o desenvolvimento de níveis mais elevados de burnout. Conforme os resultados obtidos, esta hipótese não foi rejeitada, tendo-se verificado a existência de diferenças significativas entre os três serviços.

A análise de variância, evidenciou a existência de diferenças significativas entre os Serviços, para o factor “Exaustão emocional” e “Despersonalização”, o mesmo não se verificando para o factor “Realização pessoal”.

O serviço de Oncologia Médica evidenciou-se, apresentando o valor mais elevado para o factor “Exaustão emocional”. No entanto, essas diferenças não foram significativas relativamente ao serviço de Radioterapia.

Novamente o serviço de Oncologia voltou a evidenciar-se, apresentando o valor mais elevado para o factor “Despersonalização”, denotando diferenças significativas com os outros dois serviços, Cirurgia e Radioterapia, respectivamente. Pela apresentação destes resultados, o Serviço de Oncologia Médica foi aquele que experimentou mais burnout, como formulado inicialmente na hipótese de trabalho.

As evidências demonstradas nos valores obtidos, conjugados com os índices de mortalidade nos três serviços, respectivamente, Oncologia Médica - 38 óbitos (60% do total); Cirurgia -14 óbitos (22% do total) e Radioterapia -11 óbitos (17% do total); assim como a maior incidência de doentes terminais no

serviço de Oncologia Médica, estão de acordo com Gomes (1996). Este autor refere-se à alta morbidade e mortalidade assim como o ter de lidar com situações desfigurantes e/ou debilitantes e situações terminais, como sendo aspectos muito específicos considerados bastante agressivos para a equipa terapêutica.

Assim, os valores altos no nível de burnout no serviço de **Oncologia Médica**, parecem dever-se ao contacto mais intenso com a doença terminal e morte. Apesar de se terem constatado demoras médias de internamento bastante mais baixas do que nos outros serviços, estabelece-se no entanto, um conhecimento e relacionamento frequente e intenso com os doentes, causado pelos variadíssimos internamentos e acompanhamento destes por vários meses e por vezes anos, propiciando o contacto directo com o sofrimento, morte e degradação do ser humano. Esta descrição vivida diariamente pelos enfermeiros do serviço de Oncologia Médica, é concordante com os resultados mais expressivos nos valores dos três factores, respectivamente “Exaustão Emocional”, “Despersonalização” e baixa na “Realização Pessoal”.

O facto da equipa de enfermagem neste serviço, ser bastante mais jovem do que a dos outros serviços, poderia explicar em parte os valores apresentados. No entanto a análise da regressão múltipla desta variável, veio demonstrar sua não significância.

No serviço de **Radioterapia**, também se observaram valores elevados nos factores “Exaustão Emocional”, “Despersonalização” e baixa “Realização Pessoal”. Apesar dos índices de mortalidade serem menos elevados que no serviço de Oncologia Médica, existe também um contacto com diferentes estadios da doença Oncológica e doença terminal, podendo explicar o facto de não se terem encontrado diferenças significativas no factor “Exaustão emocional” entre o serviço de **Oncologia Médica** e serviço de **Radioterapia**.

Os valores elevados nos factores “Exaustão Emocional” e “Despersonalização”, também poderão ser explicados pela maior demora média de internamento observada, relativamente aos outros dois serviços,

conduzindo a uma maior permanência dos doentes no serviço, propiciando o estabelecimento de uma relação mais intensa com os profissionais de saúde. Também a maior lotação do serviço de Radioterapia e menor número percentual de enfermeiros, conducentes a uma maior sobrecarga de trabalho, poderá ser fonte provável explicativa dos valores elevados nos três factores.

Estes aspectos perspectivam e reenviam para novas abordagens do problema, de modo a investigar de forma controlada variáveis relacionadas com a morte; contacto com a doença terminal; sobrecarga de trabalho e dias de internamento.

O Serviço de **Cirurgia**, foi aquele que apresentou valores mais baixos nos factores “Exaustão Emocional” e “Despersonalização”.

Apesar de apresentar características bastante diferentes dos anteriores, já que os doentes de um modo geral, apresentam um bom estado geral, ocorrem naturalmente situações geradoras de ansiedade por parte do doente e família, nomeadamente na solicitação constante dos técnicos de saúde para a prestação de esclarecimentos, relativos ao diagnóstico e prognóstico da doença, repercutindo-se inevitavelmente na equipa de enfermagem.

Esta, por vezes, não tem respostas concretas para as várias questões apresentadas, exibindo também dificuldade em lidar com as famílias, facto este que pode explicar parcialmente o nível alto de burnout experienciado. Gray-Toft & Anderson (1981) evidenciam estes aspectos, referindo-se ao sentimento de inadequada preparação para lidar com as exigências emocionais dos doentes e suas famílias (citado por McIntyre 1994), como fonte de stress ocupacional.

Apesar do Serviço de **Cirurgia** apresentar igual número de enfermeiros, a maior taxa de ocupação, o maior número de dias de internamento e valores intermédios na lotação, taxas de mortalidade e nas demoras médias de internamento, relativamente aos outros dois Serviços, os resultados não parecem ser condicionados por estas variáveis. Também apesar das demoras média de internamento serem intermédias, relativamente aos outros dois serviços, propiciando o estabelecimento de relações interpessoais com os

doentes, este facto não parece ter relevância na tradução de valores tão elevados como nos outros serviços relativamente aos factores. O menor nível de burnout, parece sim dever-se ao facto, de não se encontrarem neste serviço doentes terminais.

Apesar das evidências apresentadas, todos estes resultados terão de ser analisados tendo em conta algumas limitações, que se prendem com as qualidades métricas do instrumento, influências das variáveis independentes pela não homogeneidade da amostra em termos das suas características demográficas, dimensão da mesma e enviesamentos possíveis.

Da análise das qualidades métricas da escala MBI, no que respeita à consistência interna, apesar de se ter obtido uma subida ligeira dos valores totais para o Alfa de Cronbach após reformulação dos factores, tendo em conta a análise factorial, a fraca correlação de alguns itens com o total, vem limitar em parte os resultados obtidos. Apesar de efectuada a aferição para a população em estudo, procedendo à passagem de três questões do factor “Exaustão emocional” para o factor “Despersonalização” e à exclusão do item 15 do factor “Despersonalização”, os resultados obtidos terão de ser analisados com cautela, devido ao reduzido numero de sujeitos.

Também a validade preditiva poderá estar comprometida, podendo o questionário não traduzir um sentimento efectivo de burnout. Aliás, este problema de primordial importância, é colocado da seguinte forma: em que medida a utilização de escalas que pretendem medir sentimentos e atitudes, conseguem traduzir uma efectiva representação da realidade, pela simples colocação de uma cruz num determinado item. Todos estes aspectos, poderão limitar a validade preditiva do questionário, colocando em causa a validade convergente.

Também a reduzida dimensão da amostra, corre o risco de não traduzir as características da população, podendo também conduzir a uma limitação na leitura dos resultados. A reduzida dimensão da amostra, poderá também ter conduzido à reestruturação da escala, com a alteração das dimensões, enviesando o estudo. Se estes problemas se colocam para a população em

estudo – A de enfermeiros em Oncologia, maiores serão as limitações na extrapolação dos resultados para a população de enfermeiros em geral.

Os valores do teste reteste, apesar de serem significativos para o factor “Despersonalização”, não se apresentaram significativos para o factor “Realização Pessoal”. Em todo o caso, os resultados no teste reteste, também poderão ser devidos ao período que mediou a sua aplicação (cinco semanas) sendo superior ao preconizado por Maslach & Jackson, (1986) (2-4 semanas).

Também o facto da amostra do teste reteste ter sido constituída por dezasseis elementos, não atingindo um mínimo de 30, vem colocar sérias questões na sua representatividade. Deste modo, poder-se-á colocar a seguinte questão: até que ponto estamos a medir o que queremos medir, com confiança no resultado, concorrendo para a validade convergente.

Por todos os aspectos focados relativamente à escala, e tendo em conta o facto desta não se apresentar aferida para a população portuguesa, os resultados obtidos deverão ser analisados com as limitações inerentes.

Relativamente aos enviesamentos possíveis, poder-se-á dizer que: apesar de se ter evitado a sensibilidade ao burnout, pela não explicitação do termo no questionário, como recomendado por Maslach & Jackson (1981), a possibilidade de ocorrência de respostas socialmente mais favoráveis, poderão ter conduzido a resultados menos fidedignos, limitando assim a extrapolação dos mesmos, e colocando em causa a sua validade externa.

Apesar de todas estas limitações, poder-se-á afirmar que a investigação leva a concluir que, enfermeiros que trabalham no Serviço de Oncologia Médica, onde o contacto com doente terminal e a morte são mais intensos, apresentam valores de burnout mais elevados nos factores “Exaustão Emocional”, “Despersonalização” e baixa “Realização Pessoal”.

Estas diferenças encontradas concordam com a tendência aparente dos enfermeiros recém-formados, na colocação de algumas reservas relativamente ao Serviço de Oncologia Médica como local de trabalho, pela suas características indiciadoras de sofrimento e morte, associadas à doença terminal.

Fazendo ainda uma comparação dos resultados obtidos com o Normativo Americano, chegamos às seguintes conclusões:

Verifica-se que os indivíduos que trabalham na área de Oncologia, apresentam de acordo com esse Normativo, níveis altos de burnout, pois o seu valor médio é superior a 3 no factor “Exaustão Emocional”, superior a 2 no factor “Despersonalização” e inferior a 4.1 no factor “Realização Pessoal”. Esta comparação foi possível, depois de efectuada a divisão dos valores correspondentes aos três níveis de burnout apresentados no Manual Americano, pelo número total de itens que constituem cada factor. Foi tido em conta a inversão dos valores para o factor Realização Pessoal.

Da análise por serviço, verifica-se que a **Oncologia Médica** ao apresentar um valor de 4.26 no factor “Exaustão Emocional”, 3.18 no factor “Despersonalização” e 2.91 no factor “Realização Pessoal”, situa-se segundo Maslach & Jackson (1981) num nível alto de burnout.

No serviço de **Radioterapia** com valores médios de 3.98 no factor “Exaustão Emocional”, 2.42 no factor “Despersonalização” e de 2.47 no factor “Realização Pessoal”, situa-se segundo Maslach & Jackson (1981) num nível alto de burnout.

No serviço de **Cirurgia** com valores médios de 2.53 no factor “Exaustão Emocional”, 1.92 no factor “Despersonalização” e de 2.66 no factor “Realização pessoal”, situa-se segundo Maslach & Jackson (1981) num nível alto de burnout, apesar do nível médio apresentado no factor “Despersonalização”, pois situa-se no valor fronteira entre o nível médio e alto.

Relativamente às variáveis independentes, poder-se-á dizer:

As diferenças entre os valores apresentados nas variáveis independentes nos três serviços, vêm também limitar a análise dos resultados obtidos no estudo, devido à maior dificuldade em controlar de um modo mais eficaz, a sua influência nos factores. No entanto, a heterogeneidade da amostra, propicia também uma maior expressão de variabilidade de respostas, concorrendo para evidenciar uma maior expressão de diferenças entre os valores de burnout nos três factores.

Da análise da sua influência no nível de burnout verificou-se que:

- As variáveis **sexo, categoria profissional, estado civil, relações com a equipa, satisfação com o trabalho, ter ou não filhos e experiência profissional** não evidenciaram diferenças significativas nos três factores.
- A variável **idade** apenas explicou 8% da variância no factor “Despersonalização” para a população em estudo. No entanto, a análise da influência desta variável no factor “Despersonalização”, relativamente a cada serviço, não se mostrou significativa.
- O **tempo de exercício profissional** demonstrou não ter influencia significativa nos resultados dos factores.
- A variável **experiência profissional no serviço**, apenas explicou 1% da variância no factor “Exaustão emocional” para a população em estudo. No entanto, a análise da influência desta variável no factor “Exaustão Emocional”, relativamente a cada serviço, não se mostrou significativa. Estes resultados estão de acordo com trabalhos de Hoch (1988) que refere não ter encontrado nenhuma relação entre experiência profissional e burnout (citado por Garcia, 1990).
- A variável **Filhos**, não mostrou ter aparentemente influenciado os resultados nos factores. Estes valores, estão de acordo com Maslach & Jackson (1985) que consideram que indivíduos com filhos apresentam valores mais baixos nos componentes do burnout (citado por Cordes & Dougherty, 1993).
- Na **categoria profissional** os enfermeiros com a categoria profissional de enfermeiro, apresentaram valores médios mais

elevados do que os enfermeiros graduados, não se revelando no entanto, significativamente diferentes.

- A variável **estado civil**, apresentou valores médios diferentes. Os respondentes casados apresentaram valores mais baixos nos três factores em relação aos solteiros. Estes valores, apesar de não terem sido significativos, concorrem para a opinião de Garcia (1990) que considera que indivíduos casados apresentam valores mais baixos, talvez pelo apoio que o casamento poderá proporcionar, evitando uma implicação excessiva no trabalho.
- As **relações com a equipa** não revelaram diferenças significativas.
No entanto, no factor “Despersonalização” verificou-se que, quanto maior era a satisfação, menor era o valor médio nesse factor. Já factor “Exaustão emocional” e “Realização pessoal” já não se observou essa relação positiva crescente.
- Relativamente à **satisfação no trabalho**, verificou-se não existirem diferenças significativas. No entanto, os respondentes considerados razoavelmente satisfeitos, apresentaram valores médios mais baixos no factor “Exaustão emocional” e “Despersonalização”, comparativamente aos que referem estar satisfeitos. No factor “Realização pessoal”, verificou-se o oposto.
- A variável **sexo**, não se mostrou importante na explicação de diferenças significativas entre os factores. No entanto, os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores mais baixos do que o sexo feminino nos factores “Exaustão emocional” e “Despersonalização”. No factor “Realização pessoal”, os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores mais altos do que o sexo feminino. Estes resultados estão de acordo com Maslach & Jackson (1981,1985) e Pretty et al. (1992) que referem que homens e mulheres apresentam

frequentemente diferenças nos três factores, sem no entanto haver uma relação bem definida, relativamente ao tipo e complexidade da mesma (citado por Cordes & Dougherty, 1993).

Foi assim, dada resposta aos objectivos propostos:

- Identificados os níveis de burnout experimentados pelos enfermeiros prestadores de cuidados nos serviços de Oncologia Médica, Radioterapia e Cirurgia
- Evidenciado em que medida o contacto mais intenso com o doente terminal e a morte poderá influenciar no desenvolvimento de níveis mais elevados de burnout
- Foi verificada a existência de diferenças significativas de níveis de burnout experimentado nos enfermeiros que prestam cuidados nos serviços de Oncologia Médica, Radioterapia e Cirurgia

Resumindo e concluindo, o presente estudo permite tirar constatar alguns factos:

- Os enfermeiros que trabalham em Oncologia apresentam níveis elevados de burnout, comparativamente com valores de referência do Manual Americano de burnout (ANEXO 3)
- Os níveis de burnout são influenciados pelo contacto mais intenso com o doente terminal e/ou a morte, nos enfermeiros que prestam cuidados a estes doentes.
- Serviços onde o contacto com a doença terminal e morte é mais intenso tendem a experienciar níveis mais elevados de burnout

Paralelamente à investigação, ficam em aberto alguns aspectos importantes no que respeita à escala de M.B.I.

Relativamente à constituição dos factores, abrem-se perspectivas futuras de investigação, de modo a possibilitar a adaptação da escala da Maslach Burnout Inventory à população Portuguesa. Também a diferenciação do comportamento do factor “Realização pessoal” em relação ao factor “Exaustão emocional” e “Despersonalização”, abre novas perspectivas na abordagem da conceptualização e mensuração do burnout, como fenómeno essencialmente representado pelas suas dimensões principais: exaustão emocional e despersonalização. Será no entanto necessário, efectuar mais estudos na área Oncológica, de modo a verificar a importância do factor “Realização pessoal” no fenómeno de burnout.

Propõe-se também a realização de estudos sobre o burnout onde seja mais controlada a influência da variável morte, e operacionalizado de forma mais rigorosa o contacto com os doentes terminais, assim como as variáveis relacionadas com características organizacionais como a sobrecarga de trabalho. Também o controlo rigoroso das variáveis demográficas se mostra importante.

A utilização de outros instrumentos de medida, poderão também contribuir para novas abordagens do problema. Também a realização de estudos longitudinais, contribuirá de forma positiva para o conhecimento do fenómeno de burnout numa perspectiva evolutiva e globalizante.

Será também importante que os gestores das organizações reconheçam o fenómeno de burnout, nomeadamente nas suas consequências, por forma a minorar os seus efeitos.

Desta forma, a criação de sistemas de apoio devidamente organizados e acessíveis a todos os profissionais, mostra-se relevante na prevenção e satisfação profissional, melhorando as performances organizacionais.

REFERÊNCIAS

- Abiven, M. (1990). *Pour une mort plus humaine*. Paris: Intereditions.
- Alvarez, C. D., Blanco, J. M. F., Aguado, M. P. Q., Ruíz, A. S., Cabaco, A. S., Sánchez, T. S., Alonso, C. V., & Bernabé, J. R. Y. (1993). Revisión teórica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. *Caseura*, 2, 47-65.
- Amiel, (1985) Psychopathologie du malmenage professionnel et considérations sur la prévention des maladaptations. *Annales Médico - Psychologiques*, 143 (8),729-751.
- Anderson, M. B. G., & Iwanicki, E. F. (1984). Teacher motivation and its relationship to burnout. *Educational Administration Quarterly*, 20, 109-132.
- Arière, P. (1975). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. 2ª ed. Lisboa: teorema.
- Arière, P. (1977). *O Homem Perante a Morte*, 2 tomos. Nem Martins: Pub. Europa-América.
- Batiste-Alerton, et al. (1989). Enfermos terminales. *Rol*, 136, 24-27.
- Beck, P., et al (1987). Le soutien des équipes. In Rapin, C. H., *Soins palliatifs - Mythe ou Réalité?: une nouvelle approche de la médecine*, (148-150).

Berthon, M-A, Pronost, A-M., & Tap, P. (1996). Stress, Coping et épuisement professionnel (burnout) chez les infirmières chargées de personnes en fin de vie. *Aprendizagem e Desenvolvimento*, IV (15-16), 157-164.

Beth, B. (1985). *L'Accompagnement du mourant en milieu hospitalier*, préface du zitoun, R. Paris: Doin.

Bibeau, G., Dussault, G., Larouche, L. M., Lippel, K., Saucier, J. F., Vézina, M., & Vidal, J. M. (1989). *Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques de burnout*_(Some cultural diagnostic and juridical aspects of burnout). Montréal: Confédération des Syndicats Nationaux.

Booth, K. (1988) O «stress» e a enfermagem. *Nursing*, I (11), 7-11.

Bowden, G. (1994). Work stress, burnout and coping: a review and an empirical study of staff in supported housing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1 (4), 219-232.

Breakwell, G. (1991). Prevenção do stress no trabalho. *Enfermagem em Foco SEP*, I (2), 58-60.

Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family & Community Health*, 6, 12-24.

Burisch, M. (1993). In Search of Theory: Some ruminations on the nature and etiology of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marck (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 75-93). Washington: Taylor & Francis.

Burke, R. J. (1987). Issues and implications for health care delivery systems: A Canadian perspective. In J. C. Quick, R. S. Bhagat, J. E. Dalton, and J. C. Quick (Eds.), *Work stress* (pp. 34-50). New York: Praeger.

Burke, R. J., Shearer, J., & Deszca, G. (1984). Burnout among men and women in police work: Na examination of the Cherniss model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 249-263.

Buunk, B. P., & Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A Perspective From Social Comparison Theory. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marck (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 53-69). Washington: Taylor & Francis.

Cahoon, A. R. (1980). Hospitals are high-stress employers. *Hospitals*, 54 (12), 171-176.

Cahoon, A. R., Roney, J. I. (1984). Managerial burnout: a comparison by sex and level of responsibility. *Journal of health and human resources Administration*, 7, 249-263.

Carvalho, R. (1988). O médico do trabalho e o stress ocupacional. *Psiquiatria clínica*, 9 (4), 293-300.

Carvalho, R. F. (1995). Stress Profissional. *Revista de Segurança*, 120, 31-35.

Cassel, E. (1982). *The nature of suffering and the goals of medicine*. New England Journal of Medicine, 306 (11), 639-645.

Cherniss, C.(1980 a). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.

Cherniss, C. (1980 b). *Staff burnout: Job stress in the human service*. Beverly Hills, Calif: Sage Publications.

Cherniss, C. (1992). Long term consequences of burnout: An exploratory study. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 1-11.

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

Corin, E. & Bibeau, G. (1985). Le burn-out: une perspective anthropologique. *Annales Médico psychiatriques*, 143 (7), 621-627.

Cooper, C. L., Marshall, J. (1982). Fontes ocupacionais de stress: uma revisão da literatura relacionada com doenças das coronárias e com saúde mental. *Análise psicológica*, II, (2,3), 153-170.

Cullen, A. (1995). Burnout: Why do we blame the nurse? *A .J .N.*, 23- 27.

Cummings, L. L. (1983). The logic of management. *Academy of Management Review*, 8, 532-538.

Dias, M. R. (1994) – Informar os doentes Oncológicos. Uma perspectiva de intervenção. In McIntyre, T. M., *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. Associação dos Psicólogos Portugueses.

Dorin, P. (1985). Doit-on médicaliser le burn-out? *Annales Médico-psychologiques*, 143 (7), 607.

Dossier saúde laboral (1994). Supervisão da relação. *Enfermagem em foco*, IV (13), 55.

Dunn, L. A, Rout, U. Carson, J., & Ritter, S. (1994) Occupational stress amongst care staff working in nursing homes: an empirical investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 3, 177-183.

Edelwich, J., & Brodsky, A (1980). *Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.

Edet, I., Nion, N., & Métrot, M-T. (1994). L' Épuisement professionnel des infirmières d' un service de maladies infectieuses et tropicales.. *Revue de l' Infirmière*, 3, 53-57.

Eliezer, N. (1981) In cancer nursing up date. London: Ed Robert Tiffany, Baillière Tindall.

Farber, B. (1980). *Stress and burnout: Implication for teacher motivation*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, New York.

Farber, B. (1983 b). Introduction. A critical perspective on burnout. In B. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 1-22). New York: Pergamon Press.

Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., & Pasnau, R. O. (1991). Burnout in the health professions. In F. K. Judd, G. D. Burrows & D. R. Lipsitt (Eds.), *Handbook of studies on general hospital psychiatry* (pp.119-129). New York: Elsevier Science Publishers.

Firth, H. & Britton, P. (1989). Burnout, absence and turnover amongst british nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, *62*, 55-59.

Folger, R., & Belew, J. (1985). Nonreactive measurements: a focus for research on absenteeism and occupational stress. In L.L. Cummings & Barry Staw (Eds), *Research in Organizational Behavior*, *7* (p. 129-170). London: Jai Press Inc.

Fornés, V. J. (1991). Síndrome de Burn-out y Enfermería. *Enf Clent*, *108*, 45-48.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.

Freudenberger, H. J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 12, 72-83.

Freudenberger, H. J., & Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, NY: Doubleday.

Gagon, A. (1985). Burn-out institutionnel. *Annales Médico Psychologiques*, 143 (7), 646 - 651.

Gaines, J., & Jermier, J. M. (1983). Emotional exhaustion in a high-stress organization. *Academy of Management Journal*, 26, 567- 586.

Ganster, D. C. (1989). Worker control and well-being: A review of research in the workplace. In S. L. Sauter, J. J. Hurrell, & C. Cooper, *Job Control and Worker Health* (pp. 3-24). Chichester: John Willey and Sons.

Garcia, M. (1990). Burnout profesional en organizaciones. *Boletín de Psicología*, 29, 7-27.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 4 (1), 165-179.

Goldenberg, E. (1988). *Aider les Soignants en Souffrance*. Bolletín de la Fédération Jusqu'à la Mort Accompagner la vie. 14 Septembre: Grenoble, 3 - 13.

Golembiewski, R. T. (1989). A note on Leiter' s study: Highlighting two models of burnout. *Group and Organizational Studies*, 14 (1), 5-13.

Golembiewski, R. T., Munzenreider, R. F., & Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations: toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.

Gomes, A. M. J. C. (1996). Os profissionais de saúde perante a doença grave. *Psiquiatria clínica*, 17 (3), 209-211.

Gomes, I. S. (1995). *Burnout - uma abordagem empírica* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações). Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

González, R. J. D., & Rodrigo, I. H. (1994). El síndrome de burn-out en los médicos sdel Sistema Sanitario Público de un Área de Salud. *Revista clínica Española*, 199 (9), 24-30.

Grantham, H.(1985). Le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome d' épuisement professionnel («Burn - out»). *Annales Médico Psychologiques*, 143 (8), 776- 781.

Gray-Toft, P., & Anderson, J. (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Sciences Medicine*, 15 A, 639-647.

Guerreiro, A. C. M. (1990). Stress Ocupacional. *Psiquiatria na Prática Médica*, 3 (3), 114-120.

Hallsten, L. (1993). Burning Out: A Framework. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marck (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 95-113). Washington: Taylor & Francis.

Harvey, S. & Raider, M. (1984). Administrator Burnout: The dimensions of the problem. *Administration in Social Work*, 8 (2), 81- 89. New York: Haworth Press.

Hobfoll, S. E. & Freedy, J. (1993). Conservation of Resources: A general stress theory applied to burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marck (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 115-129). Washington: Taylor & Francis.

Hock, R. (1988). Professional burnout among public school teachers. *Public Personnel Management*, 17 (2), 167-189.

House, J. S. (1980). *Work stress and social support*. Reading Mas, Addison-Wesley.

House, R. J., Rizzo, J. R. (1972). Role conflict and ambiguity as critical variables in a model of organizational behavior. *Organizational Behavior and Human Performance*, 7, 467-505.

Huebner, E. S. (1993). Professionals under stress: A review of burnout among the helping professions with implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 30, 40-49.

Ivancevich, J. M., & Matteson, M. T. (1980). *Stress and Work: A managerial perspective*. Glenview, IL: Scott Foresman.

Jackson, S. E., Schwab, R. L., & Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71, 630-640.

Jackson, S. E. & Maslach, C. (1982). After-Effects Of Job Related Stress: families as victims. *Journal of Occupational Behavior*, 3, 63-77.

- Jomain, C. (1984). *Mourir dans la tendresse*. Paris: Le Centurion.
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29, 284-297.
- Kiess, H.; Bloomquist, D. (1985). *Psychological Research Methods: A conceptual approach*. Allyn and Bacon. Massachuseth.
- Koeske, G. F., Kirk, S. A. & Koeske, R. D. (1993). Coping with job stress: Which strategies work best?. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 66, 319-335.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Landweerd, J. A., & Boumans, N. P. (1988). Work satisfaction, health and stress: a study of Dutch nurses. *Work and Stress*, 2 (19), 17-26.
- Laplante, B. (1985). Le burn-out, mythe ou réalité. *Annales Médico-psychologiques*, 143 (7), 606-607.
- Larouche, L. M. (1985). Approche globale du burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel. *Annales Médico-psychologiques*, 143 (7), 605.
Lausanne: ed. Payot.
- Lazarus, R. S., & Folkon, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leal, M.F.P. (1996) *Stress e Burnout*. In Saúde Pública e Saúde Ocupacional (Jornadas de Investigação). Coimbra. Centro de Investigação em Medicina Social. FFMC, 31-45.

Leara, E. (1982). Greaf among health care workers. *Journal of gerontology*, 5 (37), 604-608.

Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1993 a). A further examination of managerial burnout: Toward na integrated model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3-20.

Leiter, M. P. (1988). Burnout as a funtion of communication patterns: a study of a multidisciplinary mental health team. *Group and Organization Studies*, 14 (1), 15-22.

Leiter, M. P. (1989). Conceptual implications of two models of burnout: A response to Golembiewaki. *Group & Organizational Studies*, 14, 15-22.

Leiter, M. P. (1990). The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067-1083.

Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

Leppanen, R., & Olkinuora, M. (1987). Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 13, 1-8.

Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just word: a fundamental delusion*. Nueva York: Plenum.

Lief, H. I., & Fox, R. C. (1963). Training for "detached concern" in medical students. In H. I. Lief, & N. R. Lief (Eds.), *The psychological basis of medical practice* (pp. 12-35). New York: Harper & Row.

Lindstrom, K. (1992). Work organization and wellbeing of Finnish health care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 18 (2), 90-93.

Lucas, M. (1993). Replication and Validation of Anticipated Turnover Model for Urban Registered Nurses. *Nursing research*, 42 (1).

Maisons, L. et al. (1994). À propos des formations: «Gestions du stress» pour le personnel soignant. *Revue de L' infirmière*, 1, 45- 52.

Manning, M. R. & Osland, J. S. (1989). The relationship between absenteeism and stress. *Work & Stress*, 3 (3), 223-235.

Marshall, J. (1980). Stress amongst nurses. In *White collar and professional stress* (C. Cooper & J. Marshall, Eds.), pp. 19-61, Chichester: John Wiley & Sons.

Maslach, C. (1976). *Burned-out*. *Human Behavior*, 5, 16-22.

Maslach, C. (1978). The client role in staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 34 (4), 111-124.

Maslach, C. (1982 a). *Burnout: The cost of Caring*. Englewood Clifs. NJ: Prentice- Hall.

Maslach, C. (1982 b). Burnout: A social psychological analysis. In J. W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome: Current research, theory, investigations* (pp. 30-53). Park Ridge, IL: London House Press.

Maslach, C. (1982 c). Understanding burnout. Em W. Paine (Ed.) *Job Stress and Burnout*, (pp. 12-29) . Beverly Hills: Sage.

Maslach, C. (1993). Burnout: A Multidimensional Perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marck (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 19-32). Washington: Taylor & Francis.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981 a). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981 b). The measurement of experienced of Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2 (2), 99-113.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in the health professions: A social psychological analysis. In G. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 227-251). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984 a). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual 5* (pp. 133-154). Beverly Hills, CA: Sage.

Maslach, C. M., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851.

Maslach, C. M., & Jackson, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory. Manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., & Schaufeli, W. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marck (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 1-16). Washington: Taylor & Francis.

McCue, J. (1982). The effects of stress on physicians and their medical practice. *The New England Journal of Medicine*, 306 (8), 458-463.

Mcintyre, T. M. (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: Os que tratam Também Sofrem. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 193-200.

Mcintyre, T. M. (1995). Abordagens psicológicas do sofrimento do doente. In McIntyre, T. M. & Vila-chã, C., *O sofrimento do doente: Leituras Multidisciplinares*: editores, Associação dos Psicólogos Portugueses.

Meier, S. T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 211-219.

Mitchell, T. R. & Larson, J. R. (1987). Understanding Organizations. In T. R. Mitchell, J. R. Larson (Vol. 3^a Ed.), *People in Organizations: An Introduction to Organizational Behavior* (pp. 37-76). Singapore :McGraw-Hill International editions.

Neveu, J-P. (1995). L 'Épiusement professionnel: La «Grosse fatigue» des temps modernes. *A.A.N.D.C.P. Personnel*, 360, 63- 64.

Neveu, J-P. (1996). Épuisement professionnel: Recherche exploratoire en milieu hospitalier. *Le Travail humain*, 59 (2), 173-186.

Numerof, R. E. , Abrams, M. N. (1984): Sources of stress among nurses: na empirical investigation. *Journal of Human Stress*, 10, 88-100.

Olivier- Martin, R. (1996) La dépression d' épuisement. *L' Encéphale: revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, XXII (VII), 46-51.

OMS (1990). *Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS*. Genève.

Owen, A.(1995). Stress Reduction. *Nursing Times*, 91 (45), 42-43.

Pacaud, M. (1995). Le journal interne, moyen de lutte contre l' épuisement professionnel en gériatrie. *Gestions Hospitalières*, 342, 42-44.

Paúl, M. C. (1995). Acompanhamento psicológico de doentes crónicos e terminais In mcintyre, T. M.; Vila-chã, C., *O sofrimento do doente: Leituras Multidisciplinares*: editores, Associação dos Psicólogos Portugueses.

Penn, M., Romano, J. L., & Foat, D. (1988). The relationship between job satisfaction and burnout. *Administration in Mental Health*, 15, 157-165.

Perlman, B., & Hartman, E. A. (1982). *Human Relations*, 35 (4), 283-305.

Pines, A. M. (1983). On burnout and the buffering effects of social support. En B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions*, (pp. 155-174). Nueva york: Pergamon.

Pines, A. M. (1993). In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marck (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 33-51). Washington: Taylor & Francis.

Pines, A. M., & Aronson, E. (1988) *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.

Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.

Pines, A. & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital & Community Psychiatry*, 29, 233-237.

Pretty, G. M. H., McCarthy, M. E., & Catano, V. M. (1992). Psychological environments and burnout: gender considerations within the corporation. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 701-711.

Price, L., & Spence, S. H. (1994). Burnout symptoms amongst drug and alcohol service employees: gender differences in the interaction between work and home stressors. *Anxiety stress and coping*, 7, 67-84.

Pronost, A-M. & TAP, p. (1996). La prévention du burnout et ses incidences sur les stratégies de coping. *Psychologie Française*. 41 (2), 165-172.

Publication du bureau international du travail (1993) *World labor report*. Travail dans le monde rapport. Genève, Suisse: Interwise labor office Geneve.

Rodrigo, M. L. (1995). Estrés de los profesionales de enfermería: ¿ Sobre qué o quién repercute?. *Revista Rol de Enfermería*, 201, 65-68.

Rogers, J. (1990). *Caring for people, help at the frontline*. Philadelphia: Open University Press.

Roger, D. & Nash, P. (1993). Taking Control. *Nursing Times*, 89_(29), 44-46.

Rogez, E. (1994). Le Mal- Être. *Revue de L' Infirmière*, 1, 53-54.

Rosado, F.(1993). *Os técnicos de saúde face ao doente terminal: Contributo para o estudo desta problemática*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação.

Scarfone, D. (1985). Le syndrome d'épuisement professionnel (burnout): y aurait-il de la fumée sans feu? *Annales Médico Psychologiques*, 143 (8), 754-760.

Schmidt, S. M., & Kipnis, D. (1984). Managers' pursuit of individual and organizational goals. *Human Relations*, 37, 781-794.

Schulz, R., & Aderman, D. (1976). How the medical staff copes with dying patients: a critical review. *Omega*, 7,11.

Sebag -Lanoë, R., et al (1986). *Mourir accompagné*. Desclée de Brouwer.

Seltzer, J., Numerof, R. E. (1988). Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of Management Journal*, 31 (2), 439-449.

Seyle, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Seyle, H. (1982). History and present status of the stress concept. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (pp.7-20). New York: Free Press.

Shamir, B. (1986). *Some arguments against the use of burnout as a broadly applied development variable*. Paper presented at the 21 st Congress of the International Association of Applied Psychology, Jerusalem, Israel.

Shimonson, E. (1971). *Physiology of Work Capacity and Fatigue*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. Cooper & I. Robertson (Eds), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25-48). New York: John Willey & Sons.

Smith, L. (1994). Burned – Out. *Fortune*, 25, 44-52.

Sutherland, V., & Cooper, C. L. (1990). *Sources of Work Stress*. In J. J. Hurrell, L. R. Murphy, S.L. Sauter, & C. L. Cooper (Vol. Ed.), *Occupational Stress: Issues and Developments in Research.*: Taylor & Francis.

Vachon, M. et al (1978). *Measurement and management of stress in health professional working with advanced cancer patients*. (Vol I) Toronto: Death education.

Vaz- Serra (1989). Stress. *Coimbra Médica*, 10 (131),131-141.

Vendrell, T. F. (1988). Síndrome de Burn Out. *Revista ROL de Enfermería*, 116, 53-56.

Vieitas, M. P., et al (1995). Intervenção Psicológica num Serviço de Oncologia. In McIntyre, T. M.; Vila-chã, C., *O sofrimento do doente: Leituras Multidisciplinares*: editores Associação dos Psicólogos Portugueses.

Vives, J. F. (1994). Respuesta Emocional al Estrés Laboral. *Revista Rol De Enfermería*, 186, 31-39.

Wallot, H. (1985). Burn-out: malaise personnel ou organisationel. *Annales Médico-psychologiques*, 143 (7), 607- 608.

Whitehead, J. T. (1985). Job burnout in probation and parole: its extend and interventions implications. *Criminal Justice and Behavior*, 12, 91-110.

Winnubst, J. A. M. (1984). Stress in organizations. In P. J. D. Drenth, H. Thierry, P. J. Willems, & C. J. Wolff (Vol. Ed.), *Handbook of Work and Organizational Psychology: Vol. 1* (pp.553-571). Montessorilaan: John Wiley & Sons, Ltd.

Wolpin, J., Burke, R. J. & Greenglass, E. R. (1991). Is job satisfaction na antecedent or a consequence of psychological burnout ?. *Human Relations*, 44 (2).

Weick, K. E. (1979). *The social psychology of organizing* (2d ed.). Reading, MA: Addison- Wesley.

ANEXO 1
Pedido de autorização ao Conselho de Administração



MINISTÉRIO DA SAÚDE
I. P. O. F. G.

CENTRO REGIONAL DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
TELEFONE 400200
APARTADO 2005
3003 COIMBRA CODEX

Exmº Senhor
Enfº Pedro Miguel Santos Dinis Parreira
Departamento de Oncologia Médica

Em resposta ao V. pedido de autorização para aplicação de um questionário, informamos que o mesmo está autorizado.

Bom trabalho. Gostaríamos que os resultados da tese fossem comunicados à Direcção de Enfermagem e colocados à disposição de todos os colaboradores na Biblioteca.

Com os melhores cumprimentos.

Coimbra, 11 de Fevereiro de 1998

A ENFERMEIRA DIRECTORA

(Manuela Dias Pereira)

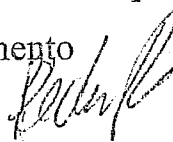
Ex. mo Senhor Presidente
do Conselho de Administração
do Centro Regional de Oncologia
de Coimbra

Pedro Miguel dos Santos Dinis Parreira, Enfermeiro Especialista do quadro do Centro Regional de Oncologia de Coimbra, aluno do Mestrado em Comportamento Organizacional do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (I.S.P.A.), vem solicitar a Vossa Ex.a autorização para aplicação de um Questionário de Avaliação de Burnout de Maslach para assim poder dar continuidade à elaboração da Tese de Dissertação final intitulada: Burnout em enfermeiros que trabalham com o doente terminal.

O referido questionário será aplicado aos enfermeiros do serviço de Oncologia Médica, Radioterapia e Cirurgia.

Com respeitosos cumprimentos,

Pede deferimento



Coimbra, 28 de Dezembro de 1997

Anexos: Fotocópia da escala a utilizar

ANEXO 2
Questionário de Maslach Burnout Inventory

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

QUESTIONÁRIO

PEDRO MIGUEL PARREIRA

1998

QUESTIONÁRIO

Sou o Pedro Miguel Parreira e encontro-me a frequentar o Mestrado em Comportamento Organizacional no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa. Actualmente estou a elaborar a Tese de Dissertação do referido Mestrado pelo que necessito da sua colaboração.

Tenho como objectivo principal conhecer os sentimentos que tem relativamente ao seu trabalho.

Não se pretende qualquer tipo de avaliação individual, mas sim uma análise do serviço, assegurando-se desde já a confidencialidade e o anonimato.

Leia atentamente todas as questões antes de responder.

Peço-lhe que responda com a máxima sinceridade a Todas as questões, mesmo que não tenha certezas absolutas sobre algumas delas, assinalando com uma e somente uma cruz no quadrado que melhor se adapte à sua opinião. Não se esqueça que não existem respostas certas ou erradas.

Não deixe nenhuma questão por responder, já que o questionário se tornaria nulo. Depois de preenchido agradeço que o dobre em quatro partes e o coloque no recipiente criado para o efeito.

Agradeço desde já toda a colaboração dispensada.

Exemplo

Tem-se sentido cansado ultimamente?

Nunca

Raramente

Algumas vezes

Com alguma frequência

Frequentemente

1-SEXO

Masculino

Feminino

2- IDADE/ anos _____

3- ESTADO CIVIL

Casado

Solteiro

Outro Qual? _____

4-TEM FILHOS?

Sim

Não

5- SERVIÇO ONDE TRABALHA?

Oncologia médica

Cirurgia

Radioterapia

6- TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL (anos completos) _____

7- TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO SERVIÇO (anos completos) _____

8- CATEGORIA PROFISSIONAL

Enfermeiro

Enfermeiro Graduado

Enfermeiro Especialista

9- DE QUE MANEIRA ESTÁ SATISFEITO COM O SEU TRABALHO?

Muito satisfeito

Razoavelmente satisfeito

Satisfeito

Pouco satisfeito

Nada satisfeito

10- COMO CONSIDERA AS SUAS RELAÇÕES COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM?

Muito boas

Boas

Razoáveis

Más

Muito más

ANEXO 3
Valores de referência do Normativo Americano

	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Amostra Total			
EE	≤16	17-26	≥27
DP	≤6	7-12	≥13
RP	≥39	38-32	≤31
Professores (elementar e secundário)			
EE	≤16	17-26	≥27
DP	≤8	9-13	≥14
RP	≥37	36-31	≤30
Professores (pós secundário)			
EE	≤13	14-23	≥24
DP	≤2	3-8	≥9
RP	≥43	42-36	≤35
Serviços Sociais			
EE	≤16	17-27	≥28
DP	≤5	6-10	≥11
RP	≥37	36-30	≤29
Medicina			
EE	≤18	19-26	≥27
DP	≤5	6-9	≥10
RP	≥40	39-34	≤33
Saúde Mental			
EE	≤13	14-20	≥21
DP	≤4	5-7	≥8
RP	≥34	33-29	≤28
Outros			
EE	≤16	17-27	≥28
DP	≤5	6-10	≥11
RP	≥40	39-34	≤33

Quadro - Valores de referência do normativo norte-americano

EE- Exaustão Emocional; DP- Despersonalização; RP- Realização Pessoal

Fonte: Maslach & Jackson, (1981)