



Joana Isabel Soares

**EXAUSTÃO EMOCIONAL
DOS CUIDADORES DE DOENTES ONCOLÓGICOS**

Eficácia de uma Intervenção de grupo

DISSERTAÇÃO DE DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

UNIVERSIDADE DO PORTO | FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO

PORTO | 2010

EXAUSTÃO EMOCIONAL DOS CUIDADORES DE DOENTES ONCOLÓGICOS

Eficácia de uma Intervenção de grupo

Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto, para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia.

Elaborada sob a orientação do Professor Doutor João Eduardo Marques Teixeira, Professor Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto.

Foi co-orientadora a Professora Doutora Vera Margarida Almeida, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

Índice Geral

Índice Geral	 2
Resumo	 8
Abstract	 10
Resumé	 11
Agradecimentos	 13
Abreviaturas	 17
Índice de Figuras	 18
Índice de Tabelas	 19
Introdução	 23
 Parte I – Compreensão do Fenómeno	 28
Capítulo 1: O Fenómeno de Burnout	 29
1.1. Burnout: Dos Primeiros Estudos aos Nossos Dias	29
1.2. Burnout: Definição e Modelos	33
1.2.1. Modelos de <i>burnout</i>	40
1.3. Burnout: Antecedentes e consequências	47
1.4. Burnout: Nas profissões de ajuda	59
1.5. Burnout: Nos enfermeiros/enfermeiros da Oncologia	62
1.5.1. O caso particular dos enfermeiros	62
1.5.2. O caso particular dos enfermeiros de Oncologia	67
Capítulo 2: Burnout: Compreensão, Prevenção e Intervenção	 70
2.1. Compreensão: Sobrecarga Emocional e Falta de Reciprocidade	70
2.2. Expansão do conceito multidimensional proposto por Maslach	
A pessoa e o contexto	72
2.3. Prevenção e Intervenção	75
Capítulo 3: Especificidades da Enfermagem Oncológica	 87
3.1. Características da Enfermagem Oncológica	87
3.2. Burnout e Fadiga de Compaixão entre os Cuidadores dos Doentes Oncológicos	89

3.3. Prevenção e Intervenção no <i>Burnout</i> entre os cuidadores dos doentes oncológicos	93
3.3.1. Necessidade de estratégias de comunicação	97
3.3.2. A resiliência como factor protector	101
Capítulo 4: - Modelo de Psicoterapia Centrado no Cliente	 107
4.1. O processo terapêutico para Carl Rogers	108
4.1.1. O contacto psicológico	110
4.1.2. A incongruência/congruência	111
4.1.3. Empatia	115
4.1.4. Aceitação positiva incondicional	117
4.1.5. A tomada de consciência do cliente das atitudes do terapeuta	120
4.2. A tendência actualizante e tendência formativa	120
4.3. A reformulação como técnica de compreensão	123
4.4. Grupos de Encontro	127
4.4.1. O grupo como lugar de encontro	126
4.4.2. As fases do grupo	130
4.4.3. Estudos empíricos em contexto de grupo	135
4.4.4. Elementos comuns aos grupos de encontro	136
Síntese	 137
 Parte II - Estudo Empírico	 143
1. Fase de Avaliação	 146
1.1. Objectivo geral do estudo	146
1.2. Material e Métodos	146
1.2.1. Amostra	146
1.2.2. Variáveis	149
1.2.3. Instrumentos	151
1.2.3.1. MBI- GS (Maslach <i>Burnout</i> Inventory- General Survey)	151

1.2.3.2. WES (Work Environment Scale)	153
1.2.3.3. EAS (Escala de Apoio Social)	154
1.2.3.4. IRI (Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard)	155
1.2.4. Procedimentos de Recolha de Dados	157
1.2.5. Modelo Racional Analítico	158
1.3. Resultados	159
2. Fase de Intervenção	 174
2.1. Objecto de Estudo	174
2.2. Objectivos	174
2.3. Material e Métodos	175
2.3.1. Desenho de Investigação	175
2.3.2. Instrumentos de Avaliação	176
2.3.3. Procedimentos de Recolha de Dados	176
2.3.4. Variáveis da Intervenção	179
2.4. Resultados	180
3. Estudo Qualitativo - Análise Aprofundada das Vivências dos Participantes do Grupo	 187
3.1. Introdução – Enquadramento Metodológico	187
3.2. Objectivos	187
3.3. Metodologia	188
3.3.1. Enquadramento das Opções Metodológicas	188
3.3.2. Procedimentos	189
3.3.2.1. Questões Éticas	189
3.3.2.2. Questões a serem exploradas sobre a vivência do grupo	190
3.3.2.3. Formulação das Questões Teóricas	191
3.3.2.4. Sobre Guião	192
3.3.2.5. A amostra	194
3.3.2.6. Recolha de Dados - Das Sessões de Grupo à Entrevista	194
3.3.2.7. Procedimentos da Análise e Tratamento de Dados	196
3.4. Resultados	198

3.4.1. Fase A: Resultados relativos à análise dos registos das sessões de grupo (sistema de categorias)	198
3.4.1.1. Síntese dos principais resultados relativos aos temas laborais	203
3.4.1.2. Síntese dos principais resultados relativos aos temas Laborais tendo em conta a interacção laboral	207
3.4.1.3. Síntese dos principais resultados relativos aos temas Pessoais	213
3.4.1.4. Conclusões	214
3.4.2. Fase B: Resultados relativos à análise dos registos das entrevista (sistema de categorias)	217
3.4.2.1. Análise final dos Dados: Respostas às Questões a serem exploradas sobre a vivência do grupo	218
3.4.2.2. Conclusões	241
Parte III - Discussão dos resultado	243
1. Discussão	244
1.1. Sobre o Burnout	244
1.2. Sobre o Apoio Social	247
1.3. Sobre o Ambiente Laboral	250
1.4. Sobre a Qualidade do Realacionamento Interpessoal	253
1.5. Sobre a Intervenção	255
Conclusões	259
Limitações	265
Referências Bibliográficas	270
Anexos	292

 | **ResumoAbstractRésumé**

Resumo

Objectivos: Pretendíamos com este trabalho analisar o fenómeno de *burnout* nos enfermeiros que contactam com o doente oncológico, através da realização de um diagnóstico laboral e pessoal, bem como, desenvolver uma estratégia de intervenção que facilite a actualização das suas competências interrelacionais e de auto-conhecimento, de modo a poderem fazer face, de forma mais adaptativa, às exigências do seu trabalho. Procurava-se, deste modo, diminuir o impacto dos factores desencadeadores de *burnout*.

Metodologia: Foram avaliados 209 enfermeiros (111 de Serviços de Oncologia e 98 de outros Serviços de hospitais da área do Grande Porto) aos quais foram aplicados os seguintes instrumentos *Work Environment Scale* (WES, versão Portuguesa), a Escala de Apoio Social (EAS), *Maslach Burnout Inventory* (MBI-GS, versão Portuguesa) e o Barrett-Lennard Interpersonal Relationship Inventory (IRI, versão Portuguesa). Daqueles 209 enfermeiros, 27 foram seleccionados para serem objecto de intervenção em grupo e 27 funcionaram como grupo de controlo (sem intervenção). Fez-se uma pré- e pós-avaliação através das escalas MBI-GS e IRI. Para além disso foram também objecto de uma avaliação qualitativa, sob o formato de entrevistas semi-estruturadas, com vista à avaliação do impacto experiencial da intervenção em grupo. Neste domínio qualitativo, o próprio processo de grupo foi avaliado através da análise das transcrições das sessões.

Resultados: Quanto ao *diagnóstico*, os resultados indicam não haver diferenças significativas de *burnout* entre os enfermeiros do Serviço de Oncologia e os de outros Serviços hospitalares, embora os enfermeiros da Oncologia tenham emergido como aqueles que apresentam maior susceptibilidade ao *burnout*. O baixo apoio social surge como um dos principais preditores do *burnout*.

Quanto à *intervenção*, os resultados sugerem que a constituição de grupos segundo o formato *Rogeriano* constitui uma metodologia adequada para aumentar as competências dos profissionais de enfermagem para lidar com as variáveis indutoras de *burnout*.

Conclusões: Os enfermeiros da Oncologia não apresentam níveis de *burnout* significativamente superiores aos dos enfermeiros de outros Serviços, mas são os que

apresentam maior susceptibilidade ao *burnout*.

A intervenção em formato de grupo, com estes profissionais, constitui uma medida de prevenção do *burnout* adequada.

Abstract

Objectives: The work presented in this thesis aimed to analyse the *burnout* phenomenon in nurses working with oncology patients by establishing a personal and working diagnosis, and to develop an intervention strategy that could facilitate the strengthening of their interrelation and self-knowledge capabilities, allowing them, this way, to face their work demands in a more adaptive fashion. The aim was, thus, to reduce the impact of *burnout*-inducing factors.

Methodology: Two hundred and nine nurses (111 from Oncology Services and 98 from other Services of hospitals from the Oporto area) were subject to the *Work Environment Scale* (WES; Portuguese version), the *Escala de Apoio Social* (EAS; Social Support Scale), the *Maslach Burnout Inventory* (MBI-GS; Portuguese version), and the *Barrett-Lennard Interpersonal Relationship Inventory* (IRI; Portuguese version). Of the 209 nurses, 27 were selected to be subject to group intervention and another 27 served as a control group (not subject to intervention). A pre- and post- evaluation was conducted by using the MBI-GS e IRI scales; furthermore, the selected nurses were also subject to a qualitative evaluation in the format of semi structured interviews to assess the experiential impact of the group intervention. In this qualitative context, the group process itself was evaluated through the analysis of the sessions' transcripts.

Results: With respect to *diagnosis*, the results show no significant differences of *burnout* between the nurses from the Oncology Service and those from other hospital Services. Nonetheless, the nurses from Oncology have emerged as those with higher susceptibility to *burnout*.

Regarding *intervention*, the results suggest that the establishment of groups of *Rogerian* format constitutes a suitable methodology to increase the capability of nursing professionals to deal with *burnout*-inducing factors.

Conclusions: The nurses from Oncology do not show significantly higher *burnout* levels than the nurses from other hospital Services, but are those most susceptible to *burnout*.

Group intervention constitutes an adequate *burnout* preventive measure.

Résumé

Objectifs: Nous prétendions avec ce travail analyser le phénomène du *burnout* chez les infirmiers qui contactent avec le malade oncologique, à travers la réalisation d'un diagnostic de travail et personnel, aussi bien comme développer une stratégie d'intervention qui facilite l'actualisation de leurs compétences interrelationnelles et d'auto-connaissance, de manière à ce qu'ils puissent faire face aux exigences de leur travail de façon plus adaptative. On cherchait ainsi à diminuer l'impact des facteurs déclencheurs du *burnout*.

Méthodologie: 209 infirmiers ont été évalués (111 du Service d'Oncologie et 98 d'autres Services d'hôpitaux de la région de Porto) en utilisant les instruments suivants : *Work Environment Scale* (WES, version portugaise), *Escala de Apoio Social* (EAS : Echelle de Soutien Social), *Maslach Burnout Inventory* (MBI-GS, version portugaise) et Barret-Lennard Interpersonal Relationship Inventory (IRI, version portugaise). Parmi ces 209 infirmiers, nous avons sélectionné 27 comme objet d'intervention en groupe et 27 ont servi comme groupe de contrôle (sans intervention). Une pré- et post-évaluation a été faite à travers les échelles MBI-GS et IRI. En outre, ces infirmiers ont aussi fait l'objet d'une évaluation qualitative, sous forme d'interviews semi-structurées, en vue de l'évaluation de l'impact expérientiel de l'intervention en groupe. Dans ce domaine qualitatif, le processus de groupe a lui-même été évalué à travers l'analyse des transcriptions des séances.

Résultats: Quant au *diagnostic*, les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différences significatives de *burnout* parmi les infirmiers du Service d'Oncologie et ceux d'autres Services hospitaliers, bien que les infirmiers en oncologie aient émergé comme ceux qui présentent une plus grande susceptibilité au *burnout*. Le faible soutien social émerge comme un des principaux prédicteurs du *burnout*.

Quant à l'*intervention*, les résultats suggèrent que la formation de groupes selon le format *Rogérien* constitue une méthodologie adéquate pour augmenter les compétences des professionnels infirmiers pour faire face aux variables inductrices du *burnout*.

Conclusion: Les infirmiers en Oncologie ne présentent pas des niveaux de *burnout*

significativement supérieurs à ceux des infirmiers d'autres Services, mais ce sont ceux qui présentent une plus grande susceptibilité au *burnout*.

L'intervention en format de groupe avec ces professionnels constitue une mesure adéquate de prévention du *burnout*.

| **Agradecimentos**

Agradecimentos

A concretização de um trabalho desta natureza é o produto de uma longa caminhada de amadurecimento, assinalado pelo contributo de todos aqueles que, de várias formas, se fizeram presentes e me proporcionaram as condições e a segurança necessárias à sua execução. É a elas que dirijo as minhas palavras de gratidão:

Ao Professor Doutor Marques-Teixeira, meu Orientador e grande Mestre na qualidade de Presidente da Sociedade de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa. Agradeço a sabedoria e ensinamentos, reflectidos nas suas questões inquietantes que, incontestavelmente constituíram elementos de reflexão e amadurecimento. Agradeço igualmente a partilha experiencial que se traduziu na confiança necessária à evolução deste projecto.

À Professora Doutora Vera Almeida, minha Co-Orientadora, agradeço todo o apoio, incentivo, partilha de experiência e confiança, que desde a primeira hora demonstrou, no sentido de que este projecto se concretizasse.

Uma palavra de gratidão vai para os enfermeiros dos diferentes serviços que, apesar do seu ritmo de trabalho tão apressado e intensivo, aceitaram partilhar as suas vivências, a sua cooperação e confiança revelaram-se imprescindíveis à realização deste trabalho.

Aos meus colegas Psicoterapeutas Seniores, Professor Doutor Samuel Antunes e Dr. João Carlos Ribeiro, Professor Doutor Nogueira Dias, Professora Doutora Elisa Vicente e aos colegas e amigos de viagem, nesta caminhada infindável de experiências e vivências, que têm marcado de forma intensa o meu desenvolvimento pessoal, agradeço a sua presença, sem a qual este projecto não teria vida.

À Professora Doutora Emília Areias, directora do Curso de Psicologia Clínica do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte, agradeço todo o estímulo, apoio, paciência e pela confiança em mim depositada.

Agradeço também a todos os profissionais que, em determinadas fases cruciais do projecto se demonstraram disponíveis, para comigo reflectiram os seus contornos, dando sugestões importantíssimas. Agradeço ao Professor Doutor Paulo Queirós, Professor Doutor Luís Sá, à Professora Doutora Elisa Veiga, ao Mestre Jorge Mendonça, à Professora Doutora Isabel e à Professora Doutora Catarina Mota.

Ao longo deste processo demonstrou-se igualmente imprescindível o apoio de amigos e colegas, em cuja curiosidade e ajuda efectiva, senti um estímulo. Refiro-me particularmente ao Professor Doutor Jorge Quintas, ao Mestre Ernesto Paulo, ao Professor Doutor Carlos Caldas, à Mestre Susana Ledo, À Professora Doutora Alexandra Serra, Ao Professor Doutor Rui Serôdio, à Professora Doutora Manuela Leite, à Professora Doutora Zita Gonçalves.

À minha amiga, Dr^a Maria do Carmo, agradeço toda a revisão rigorosa dos aspectos formais do texto que realizou incansavelmente. O seu apoio incondicional constituiu um grande suporte na concretização deste trabalho.

À minha companheira de caminhada e ex-aluna, Mestre Susana Costa, agradeço todo o apoio e incentivo na edificação deste projecto.

Ao meu amigo, Dr. Adelino Ribeiro, agradeço todo o empenhamento e profissionalismo que colocou nos aspectos do processamento do texto e tratamento da imagem deste trabalho. O seu apoio constitui um contributo imprescindível.

Aos meus amigos de sempre, à Noémia, à Carla, ao Fernando, obrigada por estarem continuamente ao meu lado, em todos os momentos importantes da minha vida, a vossa presença constitui-se uma peça fundamental para a minha estabilidade e segurança necessárias a elaboração de um projecto desta dimensão.

Aos meus Pais, agradeço o exemplo, a presença e a preocupação incansável e sofrida, ao longo de todo o percurso. Agradeço sobretudo pelo engenho com que provocaram em mim a curiosidade e o gosto pela descoberta e por confiarem incessantemente nas minhas capacidades para evoluir.

Ao meu irmão, Professor Doutor Miguel Soares, agradeço a colaboração na tradução de alguns textos que realizou.

À minha família, agora mais alargada, agradeço a partilha de novos sentimentos, sobretudo de renovação (e.g. o nascimento dos meus sobrinhos), por colorirem os meus dias de trabalho, durante esta longa caminhada.

Ao meu padrinho e Mestre, Professor Doutor José Manuel de Pina Cabral, agradeço eternamente os ensinamentos e exemplo de coragem, luta e amor pela ciência, que constituíram os alicerces necessários ao arranque da minha vida académica.

A todos os que contribuíram directamente (e.g. na leitura da tese) e indirectamente (cuidando do Tiago) nas horas de ausência;

Ao Alexandre, companheiro e cúmplice de “sonhos”, agradeço a paciência e a tolerância, com que esteve presente ao meu lado nesta longa caminhada.

E finalmente ao meu filho Tiago, agradeço por ter concedido um novo sentido à minha vida, sem o qual nunca teria acreditado levar avante esta dissertação. E sobretudo por ter feito do meu mundo, um mundo mais rico!

Abreviaturas

Abreviaturas

MBI-GS	Maslach Burnout Inventory – General Survey
MBI	Maslach Burnout Inventory
WES	Work Environment Scale
EAS	Escala de Apoio Social
IRI	Barrett-Lennard Interpersonal Relationship Inventory
CP	Consideração Positiva
AI	Aceitação Incondicional
E	Empatia
C	Congruência
MO	Olhar de mim sobre os outros
OS	Olhar dos outros sobre mim
PCCACP	Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa
DP	Desvio Padrão
RLM	Regressão Linear Múltipla
SPSS	Program Statistical Package for the Social Sciences
M	Média
ANOVA	One Way Analsys
QCI	Questões Centrais de Investigação
QT	Questões Teóricas
UT	Unidades de Texto
SCL-90	Symptom Checklist

Índice de Figuras

Figura 1	-	Modelo do processo de <i>Burnout</i> de Chernis	42
Figura 2	-	Modelo de <i>Burnout</i> Profissional	43
Figura 3	-	Modelo Geral de <i>Burnout</i>	44
Figura 4	-	Sistema Interactivo de <i>Burnout</i>	46
Figura 5	-	Modelo de Contágio do <i>Burnout</i>	61
Figura 6	-	Multidimensional Theory of Burnout	73
Figura 7	-	<i>Burnout</i> e Envolvimento	77

Índice de Tabelas

Tabela 1	-	Sintomas de <i>burnout</i> nos “Profissionais de ajuda”	39
Tabela 2	-	Principais Antecedentes e Consequências da exaustão emocional	48
Tabela 3	-	Estudos sobre intervenções de grupos	135
Tabela 4	-	Organização das diferentes fases do estudo	145
Tabela 5	-	Características Pessoais dos Participantes	147
Tabela 6	-	Características Profissionais dos Participantes	147
Tabela 7	-	Médias e Desvios Padrão dos níveis de <i>Burnout</i> dos Enfermeiros da Oncologia e dos Enfermeiros de não oncologia.	160
Tabela 8	-	Médias e Desvios Padrão do Apoio Social dos Enfermeiros da Oncologia e dos Enfermeiros de não oncologia.	161
Tabela 9	-	Análise de regressão múltipla das diferentes dimensões de <i>burnout</i> e as diferentes dimensões de Apoio Social.	162
Tabela 10	-	Análise de regressão múltipla, uma para cada uma, das dimensões de <i>burnout</i> tomando dimensões do Apoio Social como preditores	163
Tabela 11	-	Médias e Desvios Padrão das sub-dimensões do Ambiente Laboral	164
Tabela 12	-	Correlações lineares Momento-Produto de Pearson entre as dimensões do Ambiente Laboral e as dimensões do <i>Burnout</i> .	165
Tabela 13	-	Regressões múltiplas entre cada uma das dimensões do Ambiente Laboral e as dimensões do <i>Burnout</i> .	166
Tabela 14	-	Correlações lineares Momento-Produto de Pearson entre as dimensões do relacionamento interpessoal e as dimensões do <i>Burnout</i> .	167

Tabela 15 -	Análise de regressões múltiplas entre as dimensões de <i>Burnout</i> e as dimensões de Relacionamento Interpessoal.	 168
Tabela 16 -	Análises correlacionais entre os níveis de <i>Burnout</i> e as variáveis <i>Sócio-Demográficas</i> .	 169
Tabela 17 -	Correlações entre o Apoio Social e características Sócio-demográficas e Profissionais	 170
Tabela 18 -	Análise correlacional entre as diferentes dimensões da qualidade do ambiente laboral e as variáveis sociodemográficas e profissionais.	 171
Tabela 19 -	Análises correlacionais entre a Qualidade de Relacionamento Interpessoal e as variáveis Socio-demográficas e Profissionais.	 172
Tabela 20 -	Características sociodemográficas do grupo sujeito a intervenção (N1) e o grupo sem intervenção (N2).	 180
Tabela 21 -	Características profissionais do grupo sujeito a intervenção (N1) e o grupo sem intervenção (N2).	 181
Tabela 22 -	Comparação dos resultados, no pré-teste, entre o grupo experimental e o grupo controlo.	 182
Tabela 23 -	Comparação dos resultados, no pós-teste, entre o grupo experimental e o grupo controlo.	 183
Tabela 24 -	Análise de Regressões múltiplas , por grupo (Com intervenção vs. Sem intervenção), no Momento 1	 184
Tabela 25 -	Análise de Regressões múltiplas , por grupo (Com intervenção vs. Sem intervenção), no Momento 2	 185
Tabela 26 -	Questões a serem exploradas acerca das vivências do Grupo	 190
Tabela 27 -	Questões do Guião	 192
Tabela 28 -	Sistemas Geral de categorias referente à fase A do estudo qualitativo	 197
Tabela 29 -	Categoria Natureza do Trabalho	 200
Tabela 30 -	Categoria Estrutura do Trabalho	 200

Tabela 31 -	Categoria Relacionamento e Expectativas dos outros Serviços	201
Tabela 32 -	Categoria Necessidades no Trabalho	202
Tabela 33 -	Categoria Temas Relacionados com a Função	203
Tabela 34 -	Categoria Interação Grupal Tema Laboral	205
Tabela 35 -	Categoria Reformulação ao <i>Setting</i>	206
Tabela 36 -	Categoria Reformulação ao Conteúdo	207
Tabela 37 -	Categoria Temas Pessoais	209
Tabela 38 -	Categoria Temas Relacionados com a dinâmica de grupo	211
Tabela 39 -	Sistema Geral de categorias Referente à Entrevista	218
Tabela 40 -	Categoria Aspectos Positivos	220
Tabela 41 -	Categoria Sentimentos Positivos	222
Tabela 42 -	Categoria Aspectos Negativos	224
Tabela 43 -	Categoria Sentimentos Negativos	226
Tabela 44 -	Categoria Vivência dos Outros Participantes	229
Tabela 45 -	Categoria Aspectos a Manter	230
Tabela 46 -	Categoria Aspectos a Alterar	231
Tabela 47 -	Categoria Principais Vivências	234
Tabela 48 -	Categoria Principais Sentimentos	235
Tabela 49 -	Categoria Impacto da Experiência do Grupo	237
Tabela 50 -	Categoria Principais Vivências	238
Tabela 51 -	Categoria Sentimentos Principais	239

Introdução

Introdução Geral

A vida profissional constitui para uma boa parte dos adultos uma fonte de enorme satisfação, no entanto em determinadas condições pode revelar-se uma fonte de vivências stressantes. As condições de trabalho na sociedade actual, revelam-se cada vez mais exigentes e competitivas desencadeando nos profissionais, sentimentos de insegurança e de instabilidade. Como consequência destas mudanças podemos encontrar nos indivíduos níveis baixos de satisfação no trabalho, problemas de saúde, elevado absentismo, níveis baixos de produtividade, e consequentemente um aumento de custos económicos para a sociedade em geral. Entre os riscos psicossociais emergentes do trabalho destacam-se o *stress* ocupacional crónico, denominado *burnout*. Este síndrome surge na sequência de uma exposição prolongada no tempo, a uma carga elevada de *stress* ocupacional crónico. Este fenómeno tem sido alvo de atenção por parte dos investigadores a nível mundial, destacando-se o seu impacto em inúmeras profissões, sobretudo aquelas que implicam relações de ajuda (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outras).

A principal motivação para a execução deste trabalho surge do facto de, no âmbito profissional, nos aproximarmos das potenciais populações de risco emocional e da profunda necessidade e gosto pela intervenção psicológica no sentido de minimizar esses riscos. Deparamo-nos, portanto, com duas necessidades prementes que se poderiam vir a complementar. Por um lado, a presença de todo o nosso percurso de formação psicoterapêutica, que nos dotou de potencialidades sobretudo atitudinais, tendo por base o modelo Psicoterapêutico Centrado no Cliente no sentido da intervenção e por outro lado, a identificação de um grupo específico de profissionais de saúde, alvo de grandes preocupações, pela especificidade da prestação de cuidados de saúde ser dirigida a um determinado grupo de indivíduos a enfrentar a sua doença oncológica já em estado avançado e portanto com níveis de exigência profissional elevadíssima.

Foi, então, que pensamos na possibilidade de colocar em prática, uma intervenção psicológica em formato de Grupo de Encontro, segundo a Psicoterapia Centrada no Cliente e a Abordagem Centrada na Pessoa e avaliar a sua eficácia, no sentido de

minimizar a potencial exaustão emocional nos enfermeiros que lidam com os doentes oncológicos, já tão clara e aprofundadamente descrita na literatura.

Nos estudos mais recentes encontrados na literatura, vários autores são unânimes em considerar que os profissionais da área dos cuidados paliativos, sujeitos ao grande desafio de trabalharem de forma próxima e intensa com os doentes e as suas famílias, estão sujeitos a uma elevada carga emocional e de grande *stress* podendo conduzir a situações de *Burnout* (Meier & Beresford, 2006; Aoun, Kristjanson, Currow & Hudson, 2005; Keidel, 2006; Sá, 2008).

Entre os vários factores que concorrem para as fortes exigências emocionais provocadas pelas situações limite dos doentes, pode destacar-se o stress profissional, que ao persistir ao longo do tempo, pode conduzir à descompensação física e psicológica, denominado por *Burnout*, por Fawi, Fawzy e Pasnau (1991).

O *Burnout* é considerado “uma síndrome de cansaço físico e emocional que conduz a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso”. É devido essencialmente ao stress crónico associado à falta de condições no trabalho e às exigências das tarefas, surgindo mais frequentemente nos profissionais de ajuda: médicos, enfermeiros, trabalhadores sociais, polícias, professores e outros”. (Maslach, Jackson & Leiter, 1996, p.4).

Existem alguns estudos portugueses sobre o *burnout* entre os enfermeiros a trabalhar em oncologia (Parreira, 1998; Loreto, 2000; Nunes, 2000).

Os resultados de alguns desses estudos e de outros com enfermeiros sugerem a existência de uma associação entre o *burnout* e o assédio moral (Sá & Fleming, 2008; Einarsen, *et al.*, 1998), a depressão (Sá & Fleming, 2008; Quine, 2001; Godin, 2004), o *turnover* (Farrell, 1999), a diminuição da saúde geral (Kivimaki, *et al.*, 2000) e a síndrome de *stress* pós-traumático (Mikkelsen & Einarsen, 2002; Matthiesen, 2006).

Um número substancial de estudos tem revelado que as necessidades dos cuidadores não são atendidas e que a prevalência de morbilidade psicossocial entre os cuidadores é

já uma realidade. Apesar disso, o desenvolvimento e avaliação de intervenções baseadas em trabalhos de investigação com vista à redução dos aspectos negativos da prestação de cuidados, tem sido negligenciada (McCorkle & Pasacreta, 2001; Yates, 1999; Harding & Higginson, 2003; Barg *et al.* 1998; Aoun, 2005).

Para Meier (2006) lidar com as exigências competitivas e seus efeitos nos cuidados paliativos é um dos maiores desafios dos programas deste tipo de cuidados. Além disso é uma área que não tem recebido a atenção suficiente. A promessa de elevada satisfação no trabalho e profundas recompensas atrai os profissionais mas não os mantém e não provoca mudanças nos programas, a atenção deve ser prestada à identificação e prevenção do *burnout*.

Da revisão teórica sobre o tema afigura-se bastante claro que enquanto risco profissional específico para as profissões relacionadas com a prestação de cuidados e que impliquem relações de ajuda, tais como a enfermagem, o *burnout* constitui um autêntico desafio para os responsáveis pelas diferentes políticas organizacionais.

Uma das dimensões do conceito de *Burnout* que mostra relações mais fortes e consistentes com os stressores laborais é a exaustão emocional (Bakker, Schaufelli, Sixman, Bosveld, 2001). Além deste facto, parece haver uma enorme lacuna empírica no sentido de compreender a interacção entre os factores individuais e factores ambientais no domínio do *burnout* (Marques-Teixeira, 2002).

Neste sentido a ênfase deste projecto recairá num primeiro momento sobre a compreensão do fenómeno do *burnout*, em várias dimensões, num grupo de enfermeiros, que exercem a sua profissão em serviços de oncologia e num grupo de enfermeiros que exercem a sua profissão noutros serviços. Numa fase posterior, iremos intervir num grupo de profissionais de enfermagem a exercer a sua profissão nos serviços de oncologia, centrados sobre os aspectos da relação entre o técnico de saúde e o doente com vista a aumentar as competências do primeiro para lidar com a exaustão emocional.

Apontando para a necessidade de desenvolver um tipo de intervenção que vise a atenuação dos níveis de *Burnout* nos enfermeiros que lidam com o sofrimento do doente, pretende-se a criação de uma intervenção psicológica em formato de grupo, no sentido de encorajar os técnicos a comunicar o mais aberta e claramente possível as suas dificuldades, facilitando o estabelecimento de relações interpessoais e possibilitando a actualização das suas competências. Espera-se que, desse modo, aumentem as suas competências individuais para lidarem com os factores indutores de *burnout*.

No último momento pretendemos aprofundar as vivências dos participantes de grupo, num esforço predominantemente descritivo, num processo de descontextualização e recontextualização em busca de uma compreensão mais apurada da eficácia desta intervenção, no sentido de sugerir novas formas de intervenção.

Este trabalho encontra-se dividido em três grandes partes. Na primeira procedemos à revisão bibliográfica da literatura no sentido de contextualizar o fenómeno de *burnout* seguindo de uma óptica mais geral para uma mais particular na qual enquadrámos a enfermagem oncológica e as suas especificidades no que à prevenção e intervenção se refere. No final desta parte, mas já no último capítulo, fomos descrevendo a necessidade de usar um modelo teórico que sustentasse a intervenção psicológica que nos propusemos fazer e as particularidades do formato de grupo. Terminamos com a elaboração de uma síntese dos principais aspectos emergidos da revisão bibliográfica que realizamos.

Na segunda parte apresentamos as diferentes etapas do trabalho empírico. A fase da avaliação na qual procuramos realizar um diagnóstico da *burnout*. Seguiu-se a fase da intervenção para a qual usamos duas metodologias díspares no sentido de perceber a eficácia da mesma. Encerramos esta parte com os respectivos resultados emanados das diferentes etapas do estudo.

Na terceira e última parte, ocupamo-nos das principais conclusões do nosso estudo, não prescindindo das respectivas discussões e reflexões aprofundadas dos principais resultados à luz do desenvolvimento do conhecimento na área.

| **Parte I**

Capítulo 1 – Compreensão do Fenómeno

1.1. Burnout: Dos primeiros estudos aos nossos dias

Antes de nos debruçarmos sobre o conceito de *burnout* pensamos ser importante fazer uma breve referência à sua interpretação ao longo do tempo.

Os primeiros estudos do Burnout remontam a meados da década de setenta, nos Estados Unidos (artigos de Freudenberg, 1974 & Maslach, 1976). Estes artigos têm como principal preocupação a definição do conceito de *Burnout*, salientam a incidência da síndrome também em indivíduos considerados “normais”. Nesta definição inicial e ainda muito prematura, destaca-se a combinação indefinida de vários factores de exaustão emocional crónica, de longa duração, fadiga física, ausência de envolvimento laboral, desumanização dos receptores de cada serviço e baixa realização pessoal.

Esta definição surgiu em 1974/75, por Herbert Freudenberg que foi observando que grande parte dos voluntários com quem trabalhava em unidades de saúde, apresentavam uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenhamento acompanhado de sintomas físicos e mentais, notando um particular estado de exaustão. Segundo este autor, tratava-se de gente idealista, que acabava cansada, desesperada e que no final necessitava mais ajuda de que aqueles a quem cuidavam (Castro, Paredes & Vilória, 2004). Salienta-se o facto de Freudenberg, designar este estado particular de exaustão mental, utilizou uma terminologia que era habitualmente usada quando se queria referir ao efeito crónico de abuso de drogas, o *burnout*.

Inicialmente o *burnout* emergiu como um problema social. O desenvolvimento conceptual do termo começou por se referir a uma fase clínica, algum tempo depois uma fase empírica, sistemática sendo o objectivo central desta fase avaliar o fenómeno do *burnout*.

É a Cristina Maslach (1993), que se deve a evolução significativa do conceito de *burnout*. A autora interessada no estudo do estímulo emocional provocado pelo

trabalho, mais especificamente nas estratégias cognitivas desenvolvidas pelos indivíduos (afastamento, desumanização), verificou existir uma relação entre as emoções e comportamentos dos indivíduos no trabalho. Foi desta forma que Maslach e os seus colegas adoptaram o termo. No entanto o fenómeno “*burnout*” já tinha sido abordado na literatura. Burisch (1993), apresentou vários exemplos de estados psicológicos semelhantes aos estados provocados pelo *burnout*, embora com diferentes apelidos “*reacção, exaustão*”.

Maslach e Schaufeli (1993) referenciam um artigo publicado em 1953, por Schwartz e Will, no qual publicaram um estudo de caso de uma enfermeira psiquiatra desiludida, este caso foi considerado na época o caso mais citado e paradigmático acerca de *Burnout*.

Não obstante esta atenção prestada à descrição da síndrome de *burnout*, o público não se sentiu atraído por este síndrome, pelo menos até 1970, altura em que ocorreram mudanças nos serviços sociais, que se tornaram mais burocratizados, profissionalizados e isolados da comunidade em geral, conduzindo a uma maior insatisfação laboral, culminando na desilusão e no *burnout*.

Por outro lado, Maslach e Schaufeli (1993) salientam um aspecto de grande relevância – a crescente tendência individualista na sociedade moderna que conduziu à crescente pressão nos serviços sociais.

Foi neste contexto que se sucederam cinco anos desde os primeiros artigos publicados sobre o *burnout* em que este conceito foi alvo de muitos artigos de jornais, revistas promovendo grandes reflexões nas diferentes áreas, quer sociais, educacionais, médicas e outras, centradas na interacção e que tiveram como consequência o desenvolvimento do conceito.

Schaufeli, Maslach e Marck (1993; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) após uma análise dos estudos existentes sobre o *Burnout* definiram duas fases importantes na investigação.

A primeira fase, chamada de pioneira, teve origem na década de 70 nos EUA, foi considerada uma fase de carácter mais exploratório e de descrição do fenómeno e uma fase empírica destinada aos estudos mais sistematizados, nos quais foram incluídos a construção de escalas e a elaboração dos respectivos estudos psicométricos.

Em 1977 ocorreu uma reunião científica da APA (Associação Americana de Psicólogos) em que se destacaram os trabalhos de Maslach e de Freudenberg. Nessa reunião fez-se referência ao conceito de *burnout* como uma situação, em que sofriam com maior periodicidade aqueles, que, pela sua profissão, mantinham uma relação directa e prolongada com pessoas, e depois de um período de tempo instável terminavam por sofrer um importante desgaste profissional (Castro *et al.*, 2004).

Acerca desta fase Maslach *et al.*, (2001) referem que nos primeiros artigos publicados, as perspectivas clínica e da psicologia social influenciaram conteúdos da primeira fase de investigação do *burnout*. A primeira focava-se nos sintomas do *burnout* e nos efeitos na saúde mental, do lado social, o enfoque foi colocado nas relações entre o fornecedor e o recipiente e no contexto situacional das profissões de ajuda.

Perlman e Hartman (1982), reviram 48 artigos publicados entre 1974 e 1981, sobre *burnout*. Nestes artigos surgiram as principais sugestões e propostas acerca das causas e dos principais sintomas que acompanham esta síndrome. Deste estudo emergiu um padrão-tipo de *burnout* com as seguintes referências:

- A natureza stressante de algumas profissões;
- A relação entre o stress laboral e o *burnout*, evidenciada pela apresentação dos casos estudados;
- A recomendação de algumas estratégias preventivas.

Na 2ª fase, a fase empírica, após a década de 80 o trabalho tornou-se mais construtivo e credível, com a utilização de instrumentos de avaliação da parte dos investigadores, tornando o trabalho de investigação mais sistemático permitindo o uso de metodologias mais precisas, e desta forma possibilitando a redefinição do fenómeno.

Segundo Castro *et al.*, (2004), o termo *burnout*, atingiu celebridade com o resultado das investigações empíricas de Maslach e Jackson de, 1981.

Nesta altura desenvolveram-se duas escalas de avaliação de *burnout*:

- MBI (*Maslach Burnout Inventory* , Maslach & Jackson, 1981), e as versões posteriores, MBI-HSS (“Human Services Survey”); MBI-ES (Educators Survey); MBI-GS (“General Survey”).
- TM – (Tedium Measure, Pines, Aronson & Kafry, 1981)

Até 1980, o *burnout* foi estudado exclusivamente nos EUA. As escalas, sobretudo o MBI foram traduzidas para diversos países e aplicadas em estudos nos serviços de saúde, sociais e de educação.

Na década de 90, houve um aperfeiçoando dos estudos, possibilitando relações complexas entre os 3 componentes do *burnout* e os factores organizacionais, tornando a metodologia dos estudos mais sofisticada.

Foi nos finais de 90 que os estudos se alargaram a todas as profissões, incluindo os longitudinais, na busca de um modelo explicativo consistente sobre o *burnout*.

De entre os estudos mais completos e rigorosos, destacam-se 3 grandes conclusões definidas por Schaufeli, *et al.* (1993):

- 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*.

Muitos destes estudos revelaram-se incompletos e frágeis do ponto de vista metodológico, dada a inexistência de um modelo conceptual, não permitindo chegar a um quadro teórico sólido.

A interpretação mais recente do conceito, segundo a sua grande impulsionadora, afirma que os estudos passaram a salientar (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001):

- Uma expansão internacional da investigação;
- Uma expansão teórica com base no modelo de crise das pessoas no trabalho;
- Expansão do constructo básico, que inclui o estado positivo de envolvimento no trabalho;
- Consideração das implicações destes aspectos para poder intervir.

Desde essa altura até aos nossos dias foram se verificando grandes alterações, quer na sua conceptualização quer nas implicações práticas consequentes.

Com base nas directrizes propostas por Maslach e colegas iremos prosseguir na compreensão aprofundada do conceito em busca do planeamento de uma intervenção adequada.

1.2. Burnout: Definição e Modelos

Neste capítulo pretendemos apresentar a definição do conceito de *burnout* nas suas diferentes dimensões. A evolução do quadro no indivíduo e os respectivos sintomas.

Recorremos de novo a Freudenberg (1974) para a definição do conceito de *burnout*. Para este psicanalista norte-americano, *burnout* refere-se a um estado de *stress* crónico a que o indivíduo está sujeito no seu local de trabalho e à complexa problemática dos trabalhadores que pertenciam ao serviço social, como uma 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. Este autor conceptualiza, ainda, a síndrome de *burnout* como um conjunto de sintomas físicos, psíquicos e psicossociais inespecíficos, produto de um gasto excessivo de energia no trabalho, fenómeno este que se manifesta através de uma verdadeira crise de identidade, colocando em questão todas as características da pessoa, no plano físico, psíquico e relacional.

Cherniss (1980), definiu *burnout* como um conjunto de mudanças, normalmente negativas, que vão ocorrendo nos profissionais de ajuda que trabalham em empregos rigorosos e frustrantes.

Pines, Aronson, e Kafry, (1981) apresentam uma definição 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.

Alvarez, Blanco, Aguado, Ruíz, Cabaço, Sánchez, Alonso, e Bernabé (1993), com base em investigações realizadas na década de 80 sobre *burnout*, salientam o carácter preocupante dos resultados encontrados, referindo:

- a) Os sintomas aparecem em grupos profissionais que não se consideravam “populações de alto risco”, antes pelo contrário, eram profissionais que realizavam tarefas vocacionais, assumidas por si como supostamente gratificantes para os próprios, quer a nível pessoal, quer social, nunca se pensando pudessem ser atingidos.
- b) Em vez da síndrome afectar uma minoria profissional, ou se manifestar em pessoas com patologia prévia, comprovou-se que tem uma incidência maciça sobre sujeitos com personalidades aparentemente ajustadas e equilibradas.
- c) Estimam-se importantes perdas de recursos humanos e económicos para as administrações, sobretudo educativas e sanitárias, dadas as consequências endémicas dos sintomas de *burnout* (fadiga, baixas por doença, desilusão, diminuição da motivação, absentismo...).

Ainda em 1981, Maslach e Jackson, em busca de uma definição focada nos componentes principais do fenómeno, consideram-no como uma “resposta inadequada a um stress emocional crónico cujas características principais são”:

- 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/utentes e membros da equipa, mostrando-se o profissional cínico, distanciado e culpando-os pelos seus problemas, de forma a poder aliviar a tensão experienciada.
- Sentimento de incompetência, inadequação pessoal e profissional no local de trabalho, que surge ao verificar que as exigências excedem a capacidade para as entender.

Maslach (1982) afirmou que a característica principal deste síndrome é uma mudança na forma como se encara os outros, passando de uma forma positiva e preocupada a outra forma negativa e negligente.

No mesmo ano, Maslach e Jackson, reformulam a definição do conceito de *burnout*, considerando-o como “um síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas”, e que conduz “a uma perda de motivação e eventualmente progride com sentimentos de inadequação e de fracasso” (Queirós, 2005).

Mais tarde, Maslach (1987) apresenta uma definição de *burnout* considerando-o “uma resposta à pressão emocional crónica resultante do envolvimento intenso com outras pessoas” e propõe-lhe uma organização tripartida: *exaustão emocional*, *despersonalização* e *desempenho profissional*.

A componente de *exaustão emocional*, seria usada para caracterizar a depleção de energia emocional necessária para atender os requisitos do trabalho; a componente *despersonalização* caracteriza-se por um conjunto de respostas distanciadas por parte dos profissionais em relação aos seus clientes e por fim a componente *desempenho profissional baixo*, desencadeado por um declínio no sentimento de competência pessoal e desempenho adequados.

Passamos a descrever cada uma das 3 dimensões segundo alguns autores dedicados ao aprofundamento do conceito.

Para Alvarez, *et al.* (1993) a exaustão emocional acompanha-se de esgotamento físico e caracteriza-se pela sensação de não poder dar mais de si aos outros.

Quanto à despersonalização, pode acontecer, dado que o sujeito, pelo facto de se proteger dos sentimentos negativos que o acompanham, tendo necessidade de se isolar, num evitamento das relações interpessoais (Martin, 1994). Mostra-se cínico, distanciado e utiliza rótulos depreciativos para se referir aos utilizadores dos seus serviços. (Queirós, 2005).

Segundo Alvarez *et al.*, (1993) todos os comportamentos denominados de despersonalização, surgem como uma forma de aliviar a tensão experienciada. Os profissionais restringem o grau e a intensidade das relações com os outros, pois estão a tratar de se adaptar a uma nova situação.

A despersonalização é para Moreno, Oliver e Aragoneses (1991), Martín (1994) e Queirós (2005) o elemento chave de entre as três características de *burnout*. É a despersonalização que constitui uma manifestação específica de *stress* das profissões assistenciais, já que para estes autores, tanto a exaustão emocional, como a diminuição na realização pessoal, podem encontra-se noutras síndromes específicos.

A redução de realização pessoal é a terceira característica do *burnout*, traduzindo-se por um sentimento completo de inadequação pessoal e profissional no local de trabalho e na incapacidade para responder ao que lhe é pedido. Este sentimento pode estar encoberto pela sensação paradoxal de onipotência (Alvarez *et al.*, 1993). Ou seja, perante a ameaça de se sentir incompetente, o profissional redobra os seus esforços no sentido de dar a impressão aos outros que o observam que o seu interesse e dedicação são inesgotáveis.

Outra das características desta síndrome é o facto de ocorrer em indivíduos que trabalham com pessoas, acima de tudo em profissões que lidam com os outros numa

perspectiva de assistência e ajuda, “nas profissões cuja característica principal é o contacto interpessoal” (Alvarez *et al.*, 1993). Este autor refere que também é nessas profissões que as relações interpessoais, relações de ajuda são mais intensas. Parecendo ser também estes, os profissionais que presumivelmente têm uma filosofia humanista do trabalho. Por outro lado, são confrontados com situações desumanizadas e despersonalizadas às quais têm de se adaptar, podendo estas situações justificar uma grande parte dos comportamentos descritos.

Mais tardiamente o conceito de *Burnout*, sofre uma grande expansão, nas suas principais dimensões, por Maslach e Leiter (1997) ao expandirem o efeito de *burnout* para além dos serviços que trabalham com pessoas. Sendo que este fenómeno passa a ser redefinido como uma crise nas relações com o trabalho, mas não necessariamente uma crise com as pessoas do trabalho. Nesta nova concepção, o fenómeno do *burnout* operacionaliza-se em três dimensões diferentes, que seriam, a exaustão emocional e física, o cinismo e a ineficácia profissional.

Este conceito evoluiu em 2001, para uma formulação que considera a síndrome como “uma resposta prolongada a stressores crónicos, emocionais e interpessoais no trabalho e definíveis em 3 dimensões: Exaustão; Cinismo; Ineficácia.” (Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001).

Para vários autores *burnout* é um processo, tomando a forma de um desgaste que se vai instalando ao longo do tempo e de forma progressiva (Mendonça, 1993).

Alguns autores referem-se a este conceito como um processo progressivo que se vai instalando ao longo do tempo, como constituído por várias fases. Por exemplo, Cullen (1995 & Queirós, 2005) descreve o processo em 3 fases:

Na fase de Alarme, o indivíduo não se apresenta capaz de funcionar dentro de um nível aceitável para si. Alguns autores, consideram existir nesta fase um desequilíbrio, manifesto por desencorajamento, frustração, acompanhado de sintomas de impotência e culpabilidade (Edet, Nion & Métrot, 1994; Queirós, 2005).

Na fase de Resistência, o indivíduo torna-se cínico e rígido, inflexível, mais afastado dos outros. A autora refere o afastamento dos outros, como o sinal claro do indivíduo estar a experienciar *burnout*.

A fase de Exaustão é a fase dos sintomas de *burnout* na qual a fadiga física cronifica, a nível psicológico, o pessimismo e o cinismo são acompanhados de sintomas de abandono, solidão e incompreensão (Edet, et al. 1994 & Queirós, 2005).

O *burnout* assume-se já como um conceito multidimensional, pelo que é dentro das suas variadas dimensões, que vão surgindo sinais e sintomas decorrentes desta vivência. A descrição dos sinais e sintomas tem sido investigada por muitos autores, na tentativa de os agrupar e organizar. No entanto sabe-se que nem todos os indivíduos vivenciam esta panóplia de sintomas da mesma forma, em vez disso, surge uma combinação de diferentes reacções que varia de pessoa para pessoa, em função de diferentes factores.

Alvarez, (1993) com base nos trabalhos de Maslach e Pines (1977), Maslach (1982) e Cherniss (1980) , agrupa os sintomas de *burnout* em quatro áreas distintas, sintomas psicossomáticos, comportamentais, emocionais e defensivos.

Relativamente aos **sintomas Psicossomáticos**, este autor inclui, queixas de fadiga crónica, dores frequentes na cabeça e estômago, úlceras ou perturbações gastrointestinais, perda de peso, hipertensão, asma, dores musculares e nas mulheres, perda dos ciclos menstruais.

Dentro da sintomatologia **comportamental**, destaca-se, o absentismo laboral, o aumento de comportamentos violentos e dos comportamentos de alto risco, tais como: condução imprudente, atitudes suicidas, incapacidade para relaxar, dependência de substâncias e conflitos matrimoniais e familiares.

No que respeita aos sinais **emocionais** encontramos o distanciamento afectivo, a impaciência, a irritabilidade, o receio de se tornar numa pessoa pouco estimada que pode conduzir a sentimentos paranóicos, dificuldades de concentração, decréscimo das capacidades de memorização, da capacidade de raciocínio abstracto e elaboração de

juízos. Acontecimentos que favorecem a dúvida sobre a sua própria competência e distorção da percepção dos outros.

Os sinais **defensivos** surgem da necessidade dos sujeitos em *burnout* aceitarem os seus sentimentos. Entre eles, destacam-se, a negação das emoções, supressão consciente de informação, o desprendimento de sentimentos por coisas e situações, a atenção selectiva e intelectualizada como formas de evitar a experiência negativa.

Ainda no plano laboral, os meus autores, referem a presença de sintomas, tais como:

- a) Falta de energia e entusiasmo.
- b) Decréscimo do interesse pelos clientes;
- c) Percepção dos clientes como “frustrantes”, crónicos e desmotivados.
- d) Elevado absentismo e desejo de trocar esse trabalho por outro.

O agrupamento de sintomas de *burnout* em 4 categorias foi igualmente proposto por Groch e Olsen (1994, cit in Correia, 1997) como podemos ver na tabela a baixo:

Tabela 1 – Sintomas de *burnout* nos “Profissionais de ajuda”

Físicos	Comportamentais	Psicológicos	Clínicos
Fadiga	Perda do entusiasmo	Depressão	Cinismo face aos “clientes”
Irritabilidade	Atrasos no trabalho	Diminuição da auto-estima	Alheamento durante as sessões
Dores de cabeça	Alheamento durante hora	Pessimismo	Hostilidade face aos “clientes”
Problemas gastrointestinais	Frustração e raiva	Culpa	Rapidez no diagnóstico
Insónias	Aumento de rigidez	Sentimento de onipotência	Rapidez em medicar
Dores nas costas	Dificuldade em tomar decisões	Sentimentos de afastamento/indiferença	Gritar, falar alto aos “clientes”.
Alteração de peso	Resistência à mudança	Mudança de valores	
	Afastamento dos colegas	Perda de objectivo	
	Irritação face aos colegas	Diminuição do empenhamento	

Fonte: Adaptado de Correia (1997).

Também Burger (1995) na tentativa de descrever os sintomas de *burnout* refere a perda de interesse, o tédio e o declínio da satisfação laboral. A nível emocional, os

indivíduos revelam-se exaustos, incapazes de empatizar e de se sentirem oprimidos com os problemas que se lhes colocam. O afastamento emocional torna-se a expressão de rejeição, que pode adquirir a forma de irritabilidade ou mesmo agressão relativamente aos pacientes e colegas. Este estado, por sua vez, conduz à auto-depreciação e a uma sensação de desânimo aliada a uma sensação de que a capacidade profissional se perdeu.

Torna-se difícil se não impossível encontrarmos profissionais de saúde a vivenciar esta complexa sintomatologia, da mesma forma e no mesmo sentido. No entanto reconhece-se a presença de alguns sintomas iniciais que parecem ser transversais à maioria dos profissionais. Estes sintomas iniciais podem confundir-se com um simples estado de fadiga ou cansaço, unicamente assinalado devido a uma fraca avaliação do desempenho ou a um aumento de queixas psicológicas. Porém, só num estado mais avançado do quadro é que a presença do fenómeno em questão é reconhecida.

1. 2. 1. Modelos de *burnout*

Foram vários os modelos que foram surgindo à medida que os trabalhos de investigação se foram realizando, em busca de maior consistência na definição do conceito, dos principais antecedentes e consequentes e principais manifestações.

Dentro dos inúmeros modelos que consideramos terem contribuído significativamente para a compreensão do fenómeno de *burnout*, elegemos 4 deles por consideramos os mais relevantes, quer no que respeita à interacção das diferentes dimensões, quer na importância do contributo dos autores que os desenvolveram na compreensão do fenómeno em causa. Destacamos então:

- O Modelo de *Burnout* de Cherniss (1980);
- O Modelo existencial de Pines (1993);
- O Modelo geral explicativo do *burnout* (Maslach, Jackson & Leiter, 1996);
- O Modelo de sistema interactivo de *burnout* (Marques-Teixeira, 2002).

Em relação ao modelo de *burnout* de Cherniss (1980) (Ver figura 1) parece-nos relevante a ênfase prestada à característica particular do ambiente de trabalho, à interacção dos indivíduos entre si, bem como às expectativas e exigências destes no início da sua entrada no seu mundo laboral.

A este respeito citamos o modelo de Pines (1993) (ver figura 2) que mais tarde também dá ênfase ao impacto das expectativas dos indivíduos relativamente, por um lado, ao ambiente de trabalho, e, por outro, aos aspectos da interacção entre os indivíduos. Pines (1993) referia estes aspectos tendo como ponto de partida as expectativas que podiam ser de três tipos: de carácter universal, de natureza profissional específicos do grupo, e pessoais, com grande idealismo e com base em imagens românticas do trabalho e das funções. Ao combinar estes três tipos de expectativas com a motivação para o trabalho, a desenvolver-se em ambientes de suporte, a motivação sai reforçada e conduzem ao sucesso e à existência com significado, facto que por sua vez também reforça a motivação. Em sentido contrário, se o caminho é percorrido num ambiente stressante, os objectivos e as expectativas não são atingidos, acontecendo o insucesso e de seguida o *burnout* levando a uma motivação também ela enfraquecida.

Para Cherniss (1980) bem como outros autores que o citaram (Gomes, 1995; Correia, 1997; Garcia, 1990 e Queirós, 2005) o *burnout* é considerado um processo, constituído por diferentes estados sucessivos que ocorrem no tempo e representa uma forma de adaptação ou *coping* às causas particulares de *stress*.

Com base na perspectiva apresentada pelo modelo de Cherniss (1980) e Pines (1993), fomos sensibilizados para a necessidade de investigarmos no nosso estudo, a observação das características do contexto hospitalar em que se realiza o nosso estudo. Para isso utilizamos um instrumento que avalia o ambiente laboral, dimensão que iremos avaliar 2^a parte do nosso estudo.

De acordo com Cherniss (1980) e Pines (1993) sobre a interacção dos indivíduos no seu contexto laboral iremos avaliar a dimensão qualidade das relações interpessoais dos enfermeiros, descrita na parte empírica deste trabalho.

Cherniss (1980)

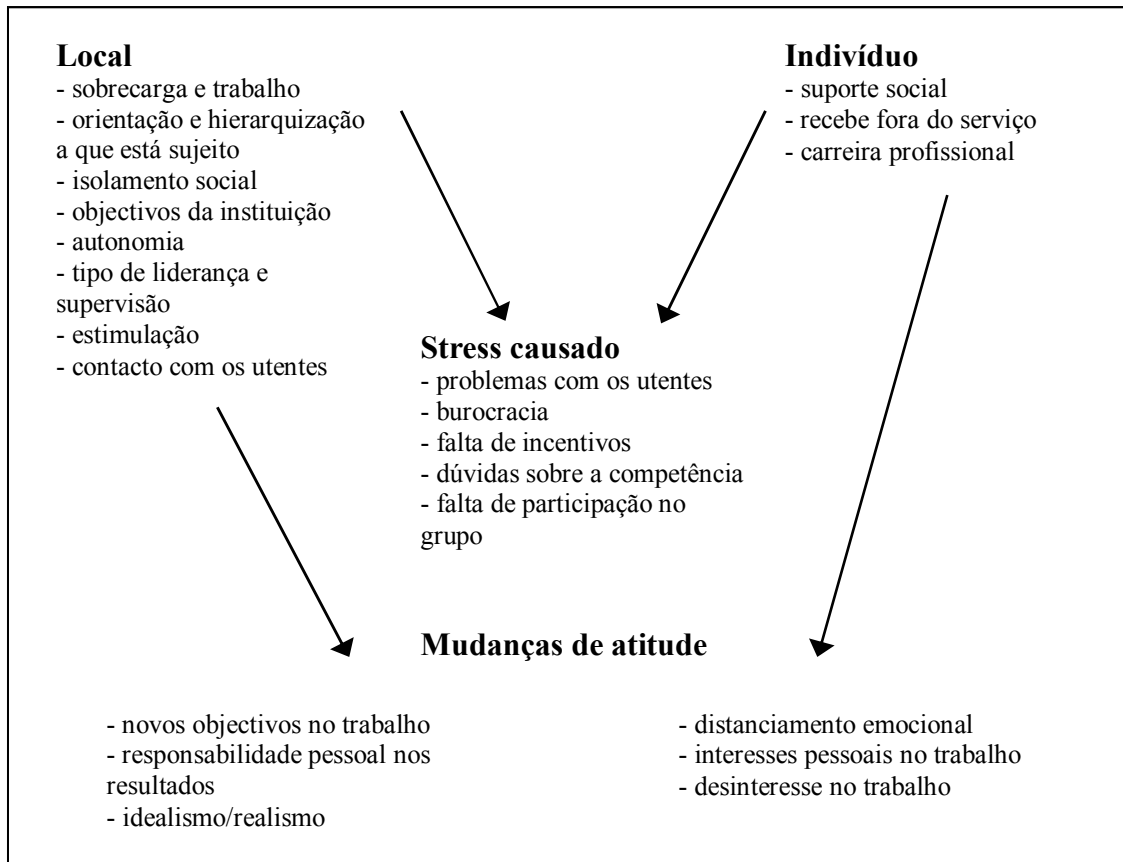


Figura 1: Modelo do processo de *burnout* de Cherniss

Fonte: Adaptado de Queirós (2005)

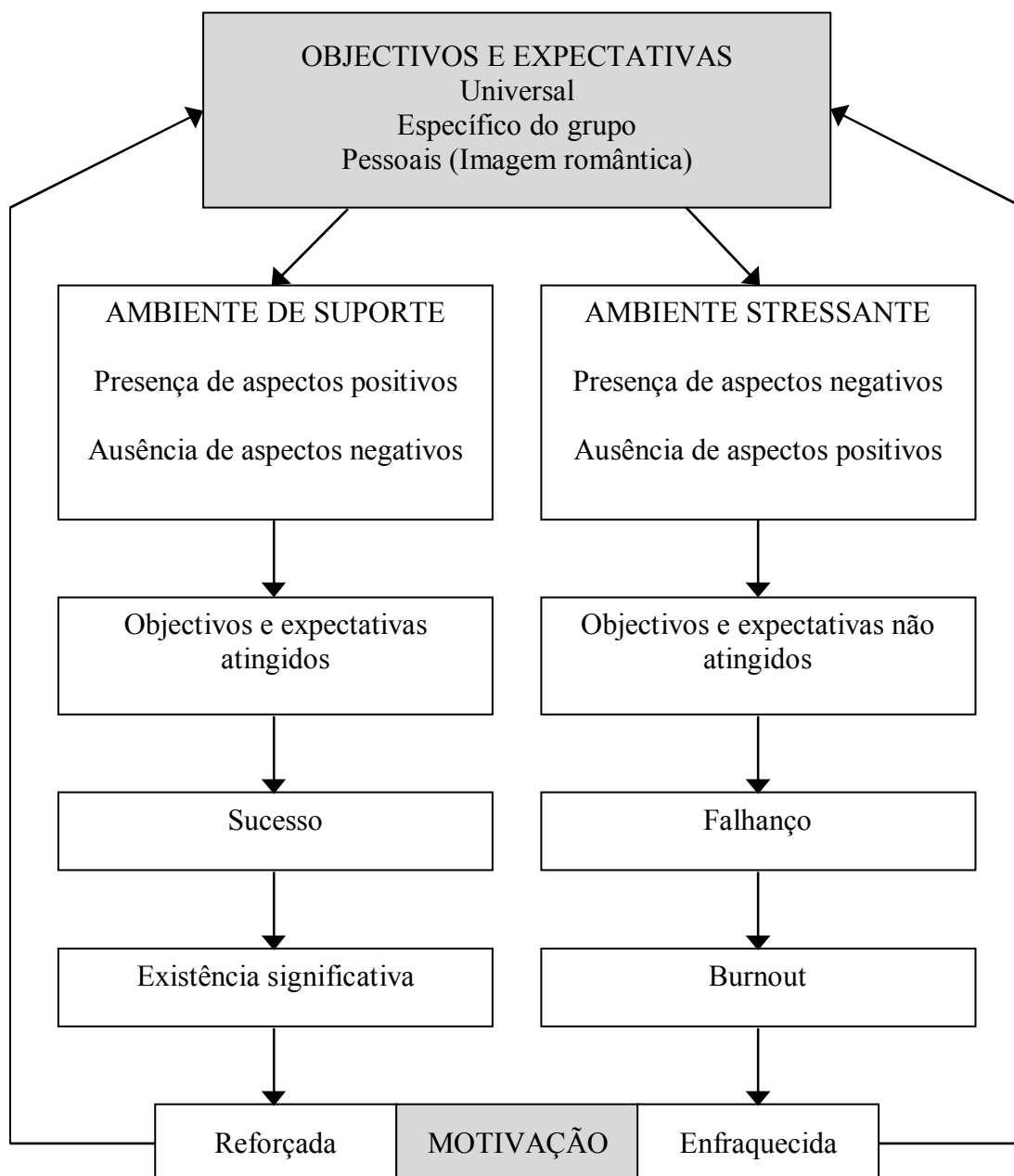


Figura 2: Modelo de *Burnout* Profissional (Pines, 1993).

Fonte: Adaptado de Pines (1996).

O Modelo geral explicativo de *burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (1996) (ver figura 3), não só inclui o conceito de *burnout* na sua descrição, como também, o divide nas suas 3 dimensões principais destacando as relações de exaustão sobre o cinismo, constituindo ,este, o aspecto mais seguro deste modelo.

Estes autores vêm defender que o modelo geral explicativo de *burnout* explica a aparição do mesmo como o resultado de exigências, tais como a sobrecarga de trabalho

e o conflito pessoal, em conjugação com a diminuição de controlo, do suporte social, da autonomia, da perícia e do envolvimento na tomada de decisões, conduzindo ao aparecimento de exaustão, cinismo e redução na eficácia profissional. O resultado deste processo, segundo este modelo, traduz-se na diminuição do empenho e na organização, aumento do absentismo, o *turnover*, e a doença física.

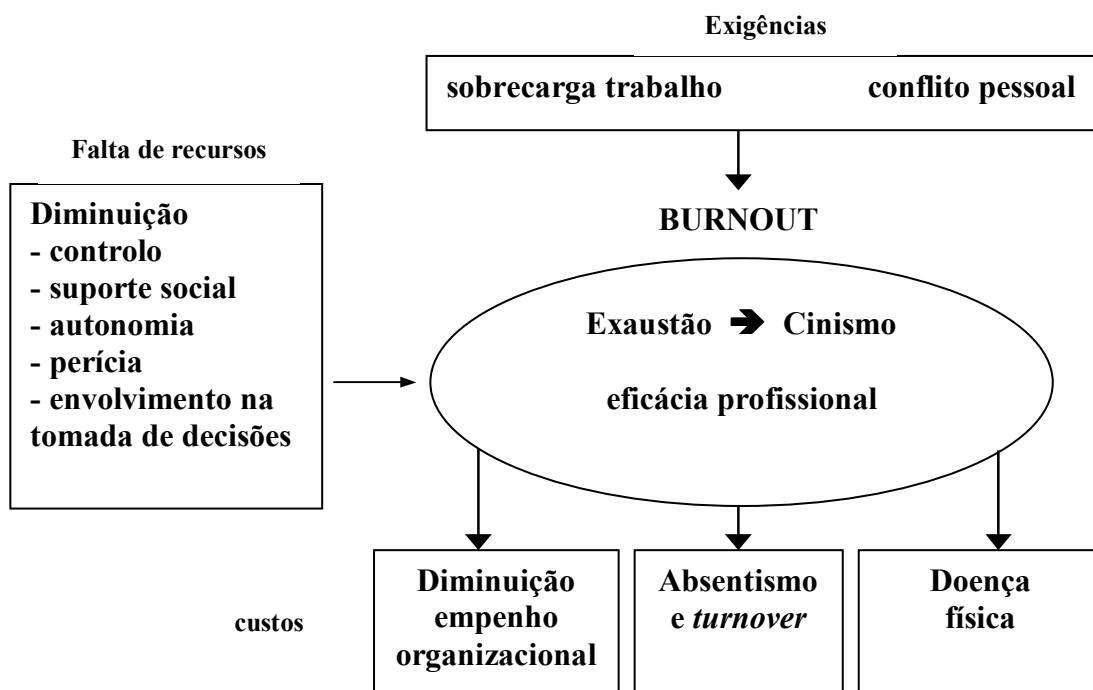


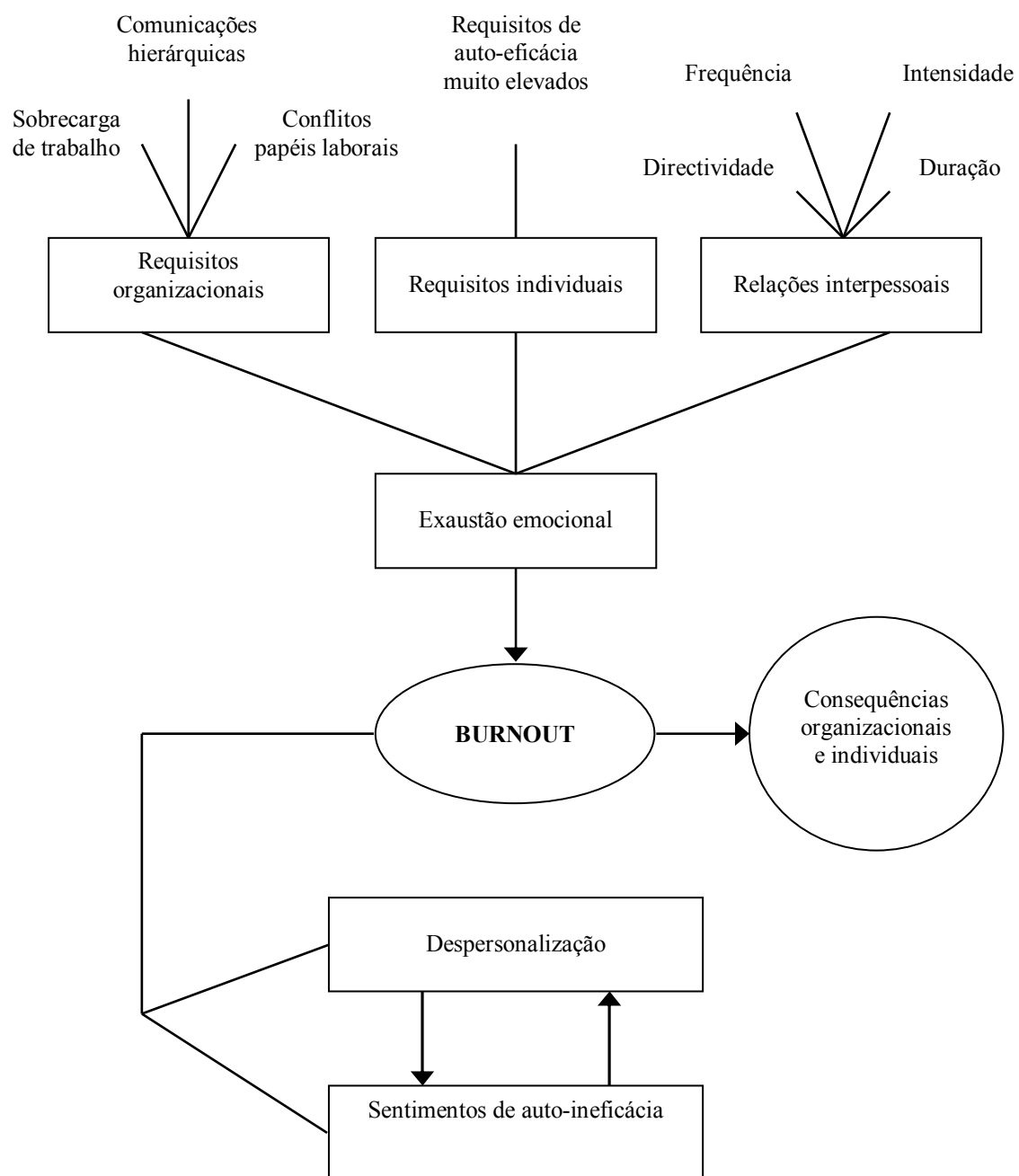
Figura 3: Modelo Geral de *Burnout*

Fonte: Adaptação de Leiter e Maslach (1998)

Marques-Teixeira (2002) , através do Modelo de sistema interactivo de *burnout* (ver figura 4), e com base numa reformulação dos modelos que acabamos de descrever apresenta o fenómeno *burnout*, com uma relevância significativa do factor exaustão emocional. Trata-se do primeiro aspecto a ser despoletado na expressão da síndrome, manifestando-se nos aspectos organizacionais, individuais e nas relações interpessoais. No que respeita aos primeiros, destacam-se a sobrecarga de trabalho, os conflitos de papéis laborais e as comunicações hierárquicas. Do ponto de vista pessoal é determinada pelos requisitos que os indivíduos colocam a si próprios quanto ao desempenho (insuficiente tempo e pessoal) e, finalmente, pelo papel de algumas dimensões qualitativas e quantitativas das relações interpessoais.

A despersonalização, uma resposta específica do quadro de *burnout*, funciona como uma estratégia de *coping* (defensiva) para lidar com a exaustão emocional – funciona como uma espécie de expediente alternativo para lidar com a exaustão emocional quando outros recursos não estão disponíveis (Cordes e Dougherty, 1993, cit in Marques-Teixeira, 2002). Quando este mecanismo se revela inadequado ou insuficiente para a resolução do problema, emergem sentimentos de auto-ineficácia.

A dimensão exaustão emocional é a mais destacada no modelo de sistema interactivo de *burnout* proposto por Marques-Teixeira (2002), razão pela qual elegemos este modelo para base conceptual do nosso trabalho. Em nossa opinião, este modelo clarifica o processo evolutivo da síndrome, na medida em que começa por referir a manifestação da dimensão exaustão emocional como a grande responsável pelo despoletar das outras dimensões. Também Maslach relevava a referida dimensão, no entanto confere-lhe uma intensidade semelhante à dimensão cinismo e ineficácia profissional. Por seu lado, Marques-Teixeira enfatiza a dimensão exaustão emocional como determinante da caracterização da síndrome e responsável pelo estabelecimento de um quadro de *burnout*.

Figura 4: Sistema Interactivo de *burnout*.

Fonte: Adaptado de Marques-Teixeira (2002)

1.3. Burnout: Antecedentes e consequências

Para uma melhor compreensão do fenómeno *burnout* debruçamo-nos em seguida sobre os factores desencadeantes do mesmo, bem como das consequências que o referido fenómeno produz.

Foi a partir de 1997 que Maslach e Leiter expandiram o conceito de *burnout*, até então considerando apenas as relações dos indivíduos em contexto laboral, passando actualmente a ser considerado igualmente como uma crise nas relações com o trabalho, não necessariamente uma crise com as pessoas do trabalho. Nesta nova concepção, as manifestações do *burnout* das pessoas no seu trabalho seriam a exaustão emocional e física, o cinismo e a ineficácia profissional.

Maslach e Leiter (1997) referiram-se a seis fontes de *burnout* responsáveis pela erosão do envolvimento:

- Carga excessiva no trabalho; (trabalho mais intensivo, mais complexo, que exige mais tempo, levando a exaustão emocional física);
- Falta de controlo;
- Baixos salários;
- Falha na equidade e justiça;
- Fadiga;
- Fragmentação das relações interpessoais, trabalha-se isoladamente;
- Conflito de valores.

Posteriormente em 2001, Maslach, Shaufeli e Leiter, consideram a síndrome como “uma resposta prolongada a stressores crónicos, emocionais e interpessoais no trabalho e definíveis em 3 dimensões: Exaustão; Cinismo; Ineficácia.”.

Para estes autores, o *burnout* é uma experiência individual específica dos contextos de trabalho. Em resposta à questão “Onde ocorre o *burnout*?”, definem factores situacionais e para a questão “ Quem experiencia o *burnout*?” apresentam factores individuais.

De entre os factores situacionais seleccionam:

- as características do trabalho;
- as características das ocupações;
- as características organizacionais.

Entre os individuais distinguem:

- Características demográficas como a idade, sexo, estado civil.
- Características da personalidade.
- Atitudes para com o trabalho.

Foi a partir desta altura que os estudos empíricos passaram a contemplar não só os stressores individuais, como também os laborais. Num estudo empírico realizado por Bakker, *et al.*, (2001, cit in, Marques-Teixeira, 2002, p. 12) este refere que “de entre as 3 dimensões, a exaustão emocional mostra as relações mais robustas e consistentes com os stressores laborais”. Este autor faz uma revisão das conclusões dos principais estudos efectuados, no que respeita aos antecedentes e consequentes da exaustão emocional, identificados na seguinte Tabela:

Tabela 2: Principais antecedentes e consequências da exaustão emocional

Antecedentes da exaustão emocional	Consequências da exaustão emocional
- Conflitos de papéis *	- Diminuição da satisfação no trabalho
- Sobrecarga de trabalho*	- Diminuição da auto-estima
- Conflitos interpessoais	- Diminuição da adesão à instituição*
- Falta de autonomia*	- Vontade de mudar de trabalho*
- Falta de recompensas	

(Jackson *et al.*, 1986; Burke e Greenglass, 1989, 1995; Rose, *et al.*, 1991; Thomas e Williams, 1995; Cordes, *et al.*, 1997).

* Confirmados pela meta-análise de Lee e Ashfort (1996)

Fonte: Adaptado de Marques Teixeira (2002)

Ainda acerca dos antecedentes do fenómeno *burnout* citamos Freudenberg (1974), que procura as origens do *burnout* nas características do indivíduo.

Por outro lado, Maslach (1976) considera primordiais as relações interpessoais entre o trabalhador e o utente e/ou trabalhador-trabalhador.

Com uma perspectiva centrada na organização, Cherniss (1980;Queirós, 2005) propõem os seguintes aspectos susceptíveis de provocar *stress*: sobrecarga e trabalho; orientação e hierarquização a que se está sujeito; isolamento social; objectivos da instituição; autonomia; tipo de liderança e supervisão; estimulação; contacto com os utentes.

No que é relativo ao indivíduo, Cherniss (1980, cit in Queirós, 2005) refere o suporte social que recebe fora do serviço e a carreira profissional.

Como consequência dos dois aspectos referidos pelo autor, o *stress* surge como uma combinação de elementos stressantes resultando em: problemas com utentes; burocracia; falta de incentivos; duvidas sobre a competência; falta de participação no grupo.

Não podemos deixar de referir (Cordes e Dougherty, 1993) que considera que as diferentes exigências, restrições e outros factores que compõem os antecedentes do *Burnout*, podem agrupar-se em três categorias principais.

A **primeira categoria** consiste nas características do trabalho e do desempenho. Sendo as características do relacionamento trabalhador-cliente que aparecem na literatura como as variáveis mais influentes no aparecimento do *burnout*. Dentro desta categoria os autores consideram o papel das relações interpessoais, a sobrecarga no trabalho, a ambiguidade e conflito de papéis.

A **segunda categoria**, diz respeito às características organizacionais, incluindo as variáveis, como contexto laboral e contingência entre recompensas e punições.

A **terceira categoria** diz respeito às características pessoais. Entre elas encontramos as características demográficas, suporte social, expectativas profissionais e a progressão profissional.

Num outro estudo realizado por Harvey e Raider (1984) estes autores basearam-se no desempenho dos administradores para fazerem uma divisão entre os agentes stressores do *burnout*, considerando num grupo aqueles que actuam directamente no

trabalho e noutro grupo aqueles que são especificamente identificados com o desempenho administrativo.

No primeiro grupo, consideram como agentes stressores aqueles que actuam directamente no trabalho e que decorrem de três aspectos, já anteriormente abordados por outros autores: os aspectos individuais, interpessoais e organizacionais. Os que se focalizam no **indivíduo** centram-se nos traços de personalidade e expectativas que o indivíduo tem do seu trabalho. Os que se centram nas **relações interpessoais**, focalizam-se nas dificuldades de relacionamento entre o indivíduo e o utente ou indivíduo-indivíduo e também na falta de feedback e suporte social. Os que se focalizam na organização centram-se na listagem de factores produtores de stress, como o desempenho, objectivos, conflitos entre o trabalhador e a organização e a incapacidade do trabalhador poder exercer controle e autonomia no seu trabalho, etc.

No segundo grupo, os mesmos autores tiveram em consideração aspectos relacionados com o **desempenho administrativo** incluindo factores como informações, relacionamento inter-organizacional e responsabilidades para com os contribuintes, no que respeita à aplicação de fundos públicos. Todos estes factores se têm revelado em vários graus, como stressores potenciais, para o administrador.

De entre as várias perspectivas que acabamos de descrever a proposta de identificação dos factores de desencadeantes de Maslach (2001), parece-nos a mais adequada aos objectivos do nosso estudo. A autora considera variáveis de carácter pessoal e variáveis de carácter situacional no processo de desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Este aspecto confere à perspectiva da autora um carácter mais abrangente, em comparação com as perspectivas de outros autores. Assim, aprofundaremos, em seguida as características individuais e situacionais mais relevantes para o processo desencadeador do *burnout*.

A) Dentro das variáveis individuais destacam-se as:

Variáveis demográficas

A influência das variáveis demográficas, segundo Huebner (1993; Parreira, 1998) tem sido estudada, embora os resultados não se tenham manifestado muito claros, por isso esta talvez necessite de mais estudos antes da generalização dos resultados. Estas variáveis estão relacionadas com a idade, a experiência profissional, o estado civil e os filhos.

A **Idade**, relacionada por alguns autores com a experiência profissional foi sujeita a diferentes estudos Seltzer e Numerof (1988, cit in, Parreira, 1998) demonstraram existir uma relação linear positiva entre o *burnout* e a experiência. Golembiewski, Munzenreider e Stevenson (1986) encontraram evidências na ligação entre a idade e níveis de *burnout* baixos em indivíduos com menos de dois anos e mais de dez anos de actividade profissional. Por outro lado Hoch (1988, cit in Parreira, 1998) não encontrou qualquer relação.

Os estudos de Cordes e Dougherty (1993) indicam-nos que os indivíduos mais jovens apresentam níveis mais elevados nas diferentes dimensões do *burnout*. Também num estudo de Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves e Ramos (2002) realizado com docentes, revelou que estes não se distinguem dos seus colegas em qualquer das variáveis sociodemográficas profissionais estudadas.

Relativamente ao **género**, também existem estudos com conclusões bastante díspares. Pretty, McCarthy e Catano (1992) verificaram que as mulheres experienciam mais exaustão emocional e despersonalização se não pertencerem aos quadros, do que os homens. Outros estudos fazem referência ao duplo papel das mulheres como causa de níveis mais elevados de *burnout* (Dirkx, 1991; Queirós, 2005).

Nos estudos efectuados por Maslach, nos testes de validação do MBI, as mulheres apresentavam valores médios, deste síndrome, do que os homens (Maslach *et al.*, 1996).

No que respeita ao **estado civil**, Maslach e Jackson (1985), Garcia (1990) e Queirós (2005), indicam-nos que os indivíduos casados apresentam níveis mais baixos de *burnout*.

A presença de determinadas características de **personalidade** é outra das variáveis com influência na presença de *burnout*. Este fenómeno é menos comum entre indivíduos com uma “personalidade forte”. Trata-se de indivíduos que se envolvem nas actividades diárias, com uma sensação de controlo sobre a situação e abertura para a mudança. Por outro lado, é menos comum entre indivíduos com um *locus* de controlo interno, que atribuem eventos e resultados à sua capacidade de esforço, ou vontade de arriscar, comparados com aqueles que têm um *locus* de controlo externo que atribuem os acontecimentos a outros de dimensão superior (Shaufeli, 1999; Sá, 2008).

Mendes (1996, p. 42, cit in Sá, 2008) num estudo efectuado com enfermeiros da psiquiatria, sugere que “o ponto principal da pesquisa se deve centrar no indivíduo e não no ambiente”. Encontrou, ainda, no seu estudo fortes correlações com *locus* de controlo e *burnout*. Refere que, os indivíduos com um *locus* de controlo externo são menos capazes de realização e motivação com vista ao êxito e portanto mais vulneráveis ao *burnout*.

Assumindo a mesma característica de personalidade, o *locus* de controlo, na sua dimensão de internalidade, também foi associada por Maslach *et al.* (2001) a baixos níveis de *burnout*, comparativamente com os níveis elevados associados ao *locus* de controlo externo nas dimensões (outros poderosos e acasos).

Segundo Sá (2008), esta síndrome relaciona-se, ainda, com uma deficiente auto-estima e um estilo de *coping* desprovido de confrontos. Parecendo relacionar-se, igualmente, com elevados níveis de neuroticismo, presente em indivíduos com emocionalidade instável e com tendência para a angústia. O neuroticismo pode actuar desta forma, como um factor de vulnerabilidade que predispõe os profissionais à experiência de *burnout*.

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

As **atitudes para com o trabalho** são outras das variáveis com uma possível influência sobre o *burnout*. Segundo Sá (2008) nem sempre se torna claro se as expectativas irrealistas se circunscrevem, à organização, ao progresso dos doentes ou à eficácia pessoal.

Cordes e Dougherty (1993; Parreira, 1998; Queirós, 2005) referem que os indivíduos que apresentam grandes expectativas organizacionais e aspiram objectivos bastante discrepantes da realidade, tendem a apresentar níveis elevados de *burnout*.

Segundo Maslach *et al.* (2001) é de esperar que elevadas expectativas no trabalho se associem à exaustão e contingentemente ao cinismo, quando os esforços investidos não resultam em resultados esperados.

B) Dentro das variáveis situacionais, destacam-se:

As características laborais, a experiência de sobrecarga de trabalho e a pressão relacionada com o tempo, apresentam-se em vários estudos, com uma forte ligação ao *burnout*, especialmente na sua dimensão de exaustão. (Shaufeli, 1999; Maslach *et al.* 2001; Queirós, 2005; Sá, 2008). Os conflitos de papéis (i.e. exigências contraditórias no local de trabalho) e a ambiguidade de tarefas a serem executadas (i.e. não existir informação adequada e disponível para o correcto desempenho das mesmas) parecem ser desde moderadamente a altamente correlacionadas com o *burnout* (Shaufeli, 1999; Maslach *et al.* 2001; Queirós, 2005; Sá, 2008). Outra característica bem estudada, está

ligada ao suporte no trabalho, descobrindo-se que para prevenir ou diminuir o *burnout* destaca-se o suporte pelos supervisores, como revelador de grande importância.

Para Maslach *et al.* (2001) a informação, o controlo e a autonomia, relacionam-se positivamente com as três dimensões do *burnout*.

Relativamente às **características das ocupações** foram vários os estudos realizados em diferentes profissões. Inicialmente em profissões de serviços humanos e educação, identificando-se como causa o contacto intenso com outras pessoas, prestando cuidados ou ensinando. Mais tarde, os estudos prolongaram-se a profissões cujo contacto com os outros, não seria tão intenso, como os bancários, por exemplo. Foram várias as combinações das três dimensões e em vários estudos, de acordo com as profissões em causa e com diferenciações específicas de cada país (Maslach, *et al.*, 2001).

São vários os autores a defenderem que os factores pessoais têm um efeito pouco significativo sobre o *burnout* e não actuam de forma isolada quando ocorre a exaustão, pelo contrário, os factores relacionados com o trabalho, em particular as características ligadas ao ambiente de trabalho, surgem como factores preditores (Maslach e Schaufeli, 1993; Marques-Teixeira, 2002). Hallsten (1993) chega mesmo a afirmar que sem os problemas organizacionais muito dificilmente o *burnout* ocorreria nos profissionais.

Alvarez, *et al.* (1993) sintetiza os factores ligados ao trabalho, mais concretamente “Variáveis do posto de trabalho e da Organização” em intrínsecas ou motivacionais ou extrínsecas. As primeiras são inerentes ao conteúdo de trabalho e poderão agrupar-se em:

- **Autonomia profissional.** Parece demonstra-se que o *burnout* diminui à medida que aumenta a capacidade de decisão ou seja à medida que as pessoas sobem na sua hierarquia profissional. Nesta direcção apontam os trabalhos de Burke e Greenglass (1988). Também num estudo realizado por Ramirez, Graham, Richards, Cull e Gregory (1996) entre médicos britânicos de diversas especialidades, conclui-se que a autonomia traz uma contribuição substancial para a dimensão global da satisfação no trabalho.

- A **diversidade de tarefas**. Sendo de destacar a sobrecarga de tarefas burocráticas, ou outras entendidas pelos profissionais como não fazendo parte das suas funções, diminuindo, assim, o seu nível de motivação.

- O **Volume de trabalho** no sentido da quantidade.

- O **reconhecimento social da profissão**. A falta de reforço e reconhecimento da profissão, aparecem significativamente associados à síndrome de *burnout* (Gmalch, 1987, cit in Alvarez *et al.*, 1993).

- A **promoção e desenvolvimento pessoal**. Os aspectos da carreira e de acesso profissional, e as condições que o permitem, nomeadamente a formação contínua e permanente. (Queirós, 2005).

No que respeita às variáveis extrínsecas, estas podem ser agrupadas em três dimensões:

- A **dimensão física**, que inclui todas aquelas condições inerentes ao ambiente físico onde decorre toda a actividade laboral (ruído, a humidade, luminosidade a temperatura, a funcionalidade dos espaços e a arquitectura).

-A **dimensão social**, onde se engloba toda a rede de relações do profissional, onde se incluem os utentes, colegas, chefes ou supervisores. Esta seria a dimensão que, em conjunto com as variáveis intrínsecas, se relacionaria com o desgaste laboral.

- A **dimensão organizacional**, refere-se ao tempo gasto em questões burocráticas, à dimensão e estrutura hierárquica da empresa e às ordens implícitas ou explícitas manifestas em normas e regulamentos.

As variáveis atrás descritas têm sido as mais estudadas nos últimos anos, já que possuem um potencial suficiente para criar, por si mesmas, uma sensação persistente de bem-estar ou de mal-estar (Alvarez, *et al.*, 1993).

Shaufeli (1999) comparou os resultados de 16 estudos e descobriu que, em geral, ao contrário daquilo que se esperava, os factores desgastantes comuns relacionados com o trabalho tais como o excesso de trabalho, falta de tempo, ou conflitos emergentes das funções dos profissionais correlacionam-se mais com o *burnout* do que os factores relacionados com o doente, como a interacção com doentes difíceis, com doentes crónicos em fase terminal ou o contacto com a morte. Em vez disso, a falta de pessoal e a insuficiência de pessoal qualificado foram considerados os aspectos mais desgastantes do trabalho.

Já Parreira (1998) após a realização de um estudo comparativo com três grupos de enfermeiros em oncologia, encontrou resultados que vão no sentido inverso dos encontrados por Schaufeli (1999). O primeiro autor concluiu que os elevados níveis de *burnout* encontrados parecem relacionar-se com o contacto mais directo com o doente terminal e a morte.

Sobre as consequências do fenómeno de *burnout* recorremos à proposta de Maslach (2002; Pines & Aronson, 1989) Na opinião de Maslach (2002) as consequências de *burnout* manifestam-se a 3 níveis:

A nível individual – Caracterizado por um desgaste emocional excessivo, fadiga e afastamento psicológico com o conseqüente desinteresse e falta de satisfação pelo exercício da profissão;

A nível da organização – As mais comuns são o absentismo, a frequente mudança de serviço ou *turnover*, traduzido em custos elevados para a organização pelo aumento do número de horas extraordinárias e pelos períodos de trabalho improdutivo, originado pelos sucessivos períodos de integração nos serviços.

A nível social – Fraco relacionamento social, familiar e recreativo.

Para Pines e Aronson (1989; Sá, 2008), o *burnout* detecta-se pela presença de manifestações que diferem da sua natureza:

Física – O indivíduo sente um estado de fadiga crónica, esgotado com cefaleias e alterações de peso e de sono, distúrbios gastrointestinais e agravamento de doenças crónicas já existentes. É levado a assumir comportamentos aditivos (consumo excessivo de café, tabaco, bebidas alcoólicas, tranquilizantes ou drogas ilícitas) para combater o seu estado;

Emocional – Associadas com sentimentos de fracasso, desilusão, falta de esperança e de significado no trabalho e o desenvolvimento de sentimentos depressivos;

Atitudinal – A pessoa passa a mostra-se indiferente e com atitudes negativas e de afastamento em relação ao trabalho, aos colegas, aos supervisores e à própria instituição.

Exaustão emocional elevada, sentimentos e atitudes de indiferença e afastamento emocional (despersonalização) para com os clientes, colegas de trabalho e organização, aliados a uma baixa realização pessoal são as três dimensões que compõem a síndrome de *burnout* (Freudenberger, 1974; Maslach, Jackson & Leiter, 1996; Maslach, 2000; Saufeli, 1999; Pines e Aronson, 1989).

Os resultados dos estudos empíricos sobre os factores que poderão contribuir para a génese desta síndrome parecem sugerir que, no que respeita aos factores preditivos implicados, que as variáveis situacionais são mais consistentes do que as variáveis pessoais. Em termos de antecedentes de *burnout* as exigências laborais e a falta de recursos pessoais para lidar com essas exigências assumem-se como particularmente importantes.

Por outro lado, a sobrecarga de trabalho e os conflitos interpessoais parecem constituir dois dos mais importantes factores neste processo. No entanto a falta de recursos para lidar com situações adversas, o suporte social, a autonomia e o envolvimento nas decisões parecem constituir aspectos particularmente críticos e que devem ser tidos em conta num modelo de atribuição causal (Maslach, 2000).

Nos últimos anos tem sido grande a polémica gerada em torno da relativa importância das dimensões do *burnout*. Algumas dessas pesquisas mais recentes na área, com a utilização do MBI, vieram sugerir a possibilidade de transformar os resultados das 3 dimensões num resultado só. Obviamente que esta sugestão, apesar de já ter sido abordada pelos autores, não se revela de fácil desfecho.

Uma das maiores razões que tem conduzido os investigadores a sugerir a unidimensionalidade do *burnout*, assenta sobretudo na dificuldade da interpretação dos dados obtidos pelo MBI, nas suas principais dimensões. Alguns críticos limitam a concepção multidimensional do *burnout* à exaustão emocional (Sá, 2008).

Maslach (2000) considera que no modelo multidimensional de *burnout* a exaustão emocional é a qualidade central e a manifestação mais evidente desta complexa síndrome. Além disso a noção de exaustão pressupõe um estado prévio de elevado desgaste e sobrecarga. O facto da exaustão emocional constituir por si só um critério necessário para o *burnout*, não significa que seja suficiente, apesar da tentativa de transformar o conceito de *burnout* num conceito unidimensional.

Em jeito de síntese poderíamos afirmar que são várias as associações encontradas entre o *burnout* e diferentes factores nos profissionais de saúde. Encontrando-se relações mais fortes e consistentes entre factores de desgaste de carácter geral, tais como, excesso de trabalho, falta de tempo, problemas de clarificação de papéis e funções e a dimensão exaustão emocional. O mesmo não se pode referir acerca dos factores laborais de desgaste específico, tais como interações com doentes ou aspectos da personalidade, cujas correlações são menos fortes.

Este fenómeno é vivido por muitos de formas diferentes, conduzindo a diferentes manifestações ou sintomas. Há indivíduos que atingindo alguns níveis de *burnout* elevados, tenderão a desistir dos seus empregos, ou a mudar de serviço em serviço dentro da organização, outros continuam persistentemente, sem se sentirem, no entanto, satisfeitos ou completos, a nível pessoal, social e laboral há quem do que as suas capacidades lhe proporcionaram se estivessem presentes outras condições.

Os resultados encontrados nos diferentes estudos nacionais e internacionais, recorrendo ao mesmo instrumento de avaliação MBI, parecem ser conclusivos. Todos eles são unânimes em afirmar que os factores que mais influenciam o desenvolvimento da síndrome de *burnout* estão relacionados com o trabalho. No entanto, e tal como defende Marques-Teixeira (2002) convém não esquecer que os possíveis efeitos moderadores dos factores pessoais não têm sido sistematicamente estudados. Sendo por isso necessárias investigações sobre os potenciais efeitos de interacção entre os factores pessoais e situacionais no domínio do *burnout*.

1.4. Burnout: Nas Profissões de Ajuda

São vários os autores que consideram o *burnout* como um fenómeno típico das profissões de ajuda. Nestas profissões ditas “de ajuda” em que o núcleo central do trabalho se situa nas relações humanas estabelecidas, caminha-se para um aumento da tensão emocional crónica e esforço excessivo, devido ao contacto contínuo e exaustivo com outras pessoas, especialmente as que têm problemas ou são problemáticas. É portanto característico dos indivíduos que trabalham com pessoas (Maslach *et al.*, 1996; Pines & Aronson, 1989; Freudenberger, 1974; Garcia, 1992; Parreira, 1998; Sá, 2008).

Marques-Teixeira (2002) refere que um vasto conjunto de dados vem demonstrar que 25%-30% dos profissionais de saúde desenvolvem *burnout* como consequência da sua actividade clínica. Este autor salienta, ainda que de entre os profissionais de saúde em *burnout* destacam-se os médicos, apontando para o facto de 1/3 referir sentimentos de exaustão emocional, despersonalização em relação aos seus doentes e de baixo desempenho profissional. E refere ainda que a morbilidade psiquiátrica é superior nos médicos expostos ao *burnout* comparativamente com a população geral.

Na mesma óptica, Oliveira e Guerra (2004) levaram a cabo um estudo com 55 profissionais de saúde mental que teve como principal objectivo o estudo de algumas variáveis individuais que pudessem estar associadas ao *burnout*, bem como algumas consequências do mesmo. As autoras, apesar de não verificarem uma taxa de *burnout* acima da média, neste grupo de profissionais, encontraram correlações significativas com o sexo, a idade, o pluri-emprego, o tempo de função e sobretudo uma correlação muito significativa entre o *burnout* e outras variáveis organizacionais. No final do estudo, as autoras propuseram a repetição do estudo, mas com uma amostra maior e mais homogénea na distribuição dos grupos de profissionais.

Garcia (1992) salienta profissões com um risco especial aquelas que lidam intimamente com pessoas que sofrem graves problemas físicos, mentais e sociais (profissões que implicam uma relação interpessoal de ajuda, de ensino, conselho e repressão). Esta ideia é comprovada por Alvarez *et al.*, (1993) ao referir-se às particularidades deste síndrome que é o de ocorrer com indivíduos que trabalham com

peessoas, sobretudo nas profissões que lidam com outros numa óptica de assistência e de ajuda, “nas profissões cuja característica principal é o contacto interpessoal” (p. 51).

Relativamente 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”.

De grande relevância é o estudo realizado por Mota-Cardoso, *et al.* (2002), intitulado “IPSSO-2000” entre 2128 professores de todo o país (Portugal), com a utilização do MBI (versão docente). Os autores identificaram 34,8% dos docentes com “exaustão emocional”, 84,2% privados de “realização pessoal” e 6,3% com “despersonalização”. Os principais resultados salientaram a exaustão como sendo a dimensão prematura do sofrimento do *burnout*. A dimensão “despersonalização” possivelmente a mais grave, identifica os professores mais atingidos pelo fenómeno do *burnout*. Ao contrário do que seria de esperar, nesse estudo, o *burnout* manifestou-se independente das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais.

Para McIntyre (1994) as instituições de saúde especialmente os hospitais e os centros de saúde, constituem ambientes de trabalho particularmente causadores de *stress*, com níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade de pessoal, interdependência das responsabilidades e especialização profissional.

Nos clínicos gerais, em particular os factores mais relacionados com o *burnout* emergem das pressões do tempo, do facto de lidarem com os problemas dos doentes e das chamadas nocturnas (Bakker *et al.*, 2001; Marques-Teixeira, 2002). Estes autores adiantam que os níveis elevados de *burnout* entre os clínicos gerais podem dever-se ao “contágio emocional”¹, e vão mais além referindo que o dado mais saliente deste conceito centra-se na dimensão não consciente desse mesmo contágio, muito embora também na dimensão consciente o contágio possa ocorrer através do processo cognitivo de sintonização com as emoções dos outros. Segundo este processo, a tomada de

¹ Contágio emocional: tendência para automaticamente se mimetizar e sincronizar as expressões emocionais, as vocalizações, as posturas e os movimentos com os de outra pessoa e, em consequência, convergir emocionalmente com ela.

consciência do estado alegre ou triste de outra pessoa pode desencadear memórias de estados em que cada um se sentiu desse modo e essas memórias podem introduzir emoções semelhantes (Bakker *et al.*, 2001; Marques-Teixeira, 2002).

Na mesma linha de pesquisa, alguns autores propuseram que os mecanismos envolvidos no processo de contágio do *burnout* fossem semelhantes aos que são envolvidos no processo de contágio emocional (Marques-Teixeira, 2002). Um deles foi Groenestijn *et al.* (1992) que concluíram existir evidência empírica para esse contágio em enfermeiras. Estes autores verificaram que as enfermeiras com maior necessidade de informação relativa à comparação social (ao contrário das que não tinham essa necessidade) relatavam níveis superiores de *burnout* quando percebiam mais queixas deste fenómeno entre as suas colegas.

Bakker *et al.* (2001) aplicaram numa amostra de 507 clínicos gerais, o modelo explicativo do contágio de *burnout* (ver figura 5) segundo o qual a exaustão emocional emerge em 1º lugar em resultado da percepção das queixas de *burnout* pelos colegas e em resultado da susceptibilidade para o contágio emocional. Os autores confirmaram este modelo na sua amostra, tendo concluído, no essencial, que existe evidência para se considerar a existência de contágio no *burnout* entre os clínicos gerais.

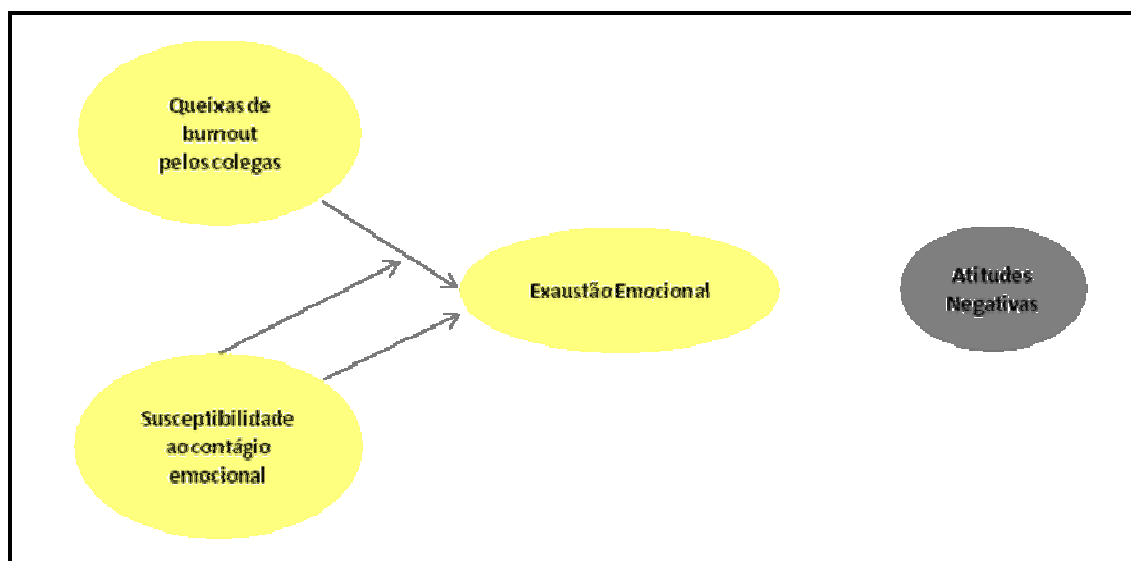


Figura 5: Modelo de contágio do *burnout*

Fonte: Adaptado de Bakker *et al.* (2001)

Um outro estudo, desta vez com 88 profissionais dos centros de atendimento a toxicodependentes, realizado por Correia (1997) para a sua monografia, através do uso da escala WES (Work Environment Scale), conclui que dos 10 factores organizacionais avaliados por esta escala, apenas a pressão no trabalho se associou à exaustão emocional, e a autonomia e o envolvimento associaram-se à despersonalização e à realização pessoal. Como principais resultados encontrados, ressaltam a satisfação no trabalho e o *turnover* como os factores mais associados ao *burnout*, sendo a exaustão emocional a variável mais próxima das manifestações psicossomáticas. No que ao *turnover* diz respeito, são os profissionais que mais desejam sair da organização, os que apresentam maiores níveis de despersonalização.

1.5. Burnout: Nos enfermeiros/enfermeiros da Oncologia

1.5.1. O caso particular dos Enfermeiros

De entre os diferentes estudos sobre a influência do *burnout* entre profissionais de saúde em geral, destacam-se os estudos com enfermeiros, em particular, considerados por vários autores como um grupo de profissionais que merece especial relevo, devido à quantidade exagerada de exposição a agentes de *stress* em meio hospitalar. Para Martínez e Bergé (1996), a vulnerabilidade dos profissionais de enfermagem, não é um aspecto raro, já que a instituição “enfermagem” é atravessada por conteúdos historicamente determinados (abnegação, sacrifício, vocação própria para servir os outros), que a transfigura numa organização que coloca em marcha um sistema defensivo, primitivo e estruturado, pouco gratificante, incentivador de comportamentos individuais altamente perigosos para a saúde mental dos seus membros (Martínez & Bergé, 1996).

No que respeita às causas do *burnout* nos enfermeiros, um estudo realizado por Ferreira e Ribeiro (2000) que tinha como participantes enfermeiros de todo o país, demonstrou um nível moderado de stress, que tinha na sua causa stressores como:

- a indisponibilidade de recursos;
- a incerteza de tratamentos;
- a incapacidade de responder às necessidades e expectativas dos doentes e suas famílias;
- e as alterações cronobiológicas resultantes acima de tudo do trabalho por turnos.

Na opinião de Garcia (2002), os factores que poderão estar relacionados com o *Burnout* no exercício de enfermagem são:

- Uma incongruência entre os ideais profissionais e a realidade;
- Falta de controlo no posto de trabalho;
- Ambiguidade sobre quem é que define a conduta laboral apropriada;
- Falta de *feedback* acerca do valor do próprio esforço;
- Consequência de uma relação directa, contínua e intensa com as pessoas.

Num outro estudo efectuado com 477 enfermeiras e auxiliares de 6 hospitais de Palma de Maiorca, Vives (1994), identificou as seguintes causas mais importantes de *stress*, na total da população estudada:

- 1º Sobrecarga de trabalho, 50, 94%;
- 2º Escassez de pessoal, 18, 86%;
- 3º Conflitos na equipa, 10, 06%;
- 4º Insuficiência de recursos materiais, 9,85%;
- 5º Problema dos turnos, 6,07%;
- 6º Morte dos pacientes, 5, 45%.

Segundo esta autora (1994) é possível associar ao *stress* entre os enfermeiros os seguintes factores:

- Ambientais – tipo de unidade e serviço e condições físicas; estado dos pacientes e tipo de cuidados, sujeição pessoal a perigos físicos; exigências de preparação e especialização;

- Relacionais - más relações com superiores, subordinados e colegas; recepção de ordens contraditórias; falta de confiança e restrição da autonomia pessoal; falta de informação médica;
- Organizativos e burocráticos; má organização e má distribuição de tarefas; excessiva carga de papéis a preencher; horário inflexível e sobrecarregado; aumento de responsabilidades administrativas sem recompensa por isso;
- Profissionais e inerentes ao desempenho; percepção de não estar preparado profissionalmente; medo da morte; lidar constantemente com o sofrimento e a morte dos outros; medo de errar; pacientes agressivos, exigentes e não colaborantes; tarefas ingratas, pesadas e repetitivas; tarefas ambíguas e conflituosas; promoção excessiva ou insuficiente; ambições profissionais frustradas; vencimentos baixos;
- Relacionados com a pressão e exigência; escassez de pessoal; solicitação para vários sítios ao mesmo tempo; imposição de prazos; pouco tempo para as obrigações mais gratificantes; cumprir ordens de mais que uma pessoa ao mesmo tempo; pressão e exigências dos familiares.

Igualmente Queirós (2003) efectuou um estudo exploratório contando com a presença de 181 enfermeiros, esperando identificar quais são as percepções dos enfermeiros acerca dos principais indutores de *stress*. No seu estudo levantou a seguinte questão: “enquanto enfermeiro(a), quais as situações que lhe provocam tensão e mal-estar, isto é, quais são as situações que lhe causam *stress*? Das 766 referências obtidas relativas a circunstâncias ou situações indutoras de *stress*, foram agrupadas em categorias. Os resultados encontrados referem que:

1. Categoria mais referenciada são as situações relativas às “características do trabalho” (38,5% das referências);
2. Categorias menos referenciadas são as relativas às “condições físicas do trabalho” e “papel na organização” ;
3. As subcategorias mais referenciadas são as “características das tarefas” (112), “sobrecarga de trabalho” (95), exigências organizacionais de interacção “ (72);

4. Num nível intermédio encontra-se o “trabalho de equipa” (52), trabalho por turnos (40), “relacionamento com superiores” (30), “articulação trabalho-família” (30), “saúde e educação dos filhos” (28), “ritmo de trabalho”, “estrutura organizacional” e “relacionamento com colegas” (27).
5. Pouco referenciado o “trabalho repetido”, “sobrecarga”, “competição”, “mudanças frequentes de serviço”, “avaliação” de desempenho”, “prestação de casa/divórcio”, “falta de ocupação nos tempos livres”.

Importante também se revelou o estudo levado a cabo por Allen e Mellor (2002) com enfermeiras australianas. Estas autoras verificaram que se destacavam como bons preditores do *burnout* os factores organizacionais, tais como a sobrecarga de trabalho, mas que estes factores se iam alterando conforme o contexto de cuidados. As autoras sugerem, igualmente, a possibilidade da existência de factores individuais de susceptibilidade ao desenvolvimento do *burnout*. Concluíram, também, que foram encontrados níveis semelhantes de sintomatologia e neuroticismo em cada grupo de enfermeiras. A exaustão emocional e a despersonalização associavam-se no mesmo sentido com o neuroticismo e em sentido inverso a realização pessoal.

Delbrouck (2006) faz também uma análise no sentido de compreender a particular exaustão profissional dos enfermeiros em instituições. Para este autor o stress profissional dos enfermeiros revela-se importante, salientando os inúmeros estudos epidemiológicos europeus e canadianos, que apresentam resultados convergentes e destacando como mais importante que a exaustão profissional atinge cerca de um quarto dos enfermeiros de hospitais gerais. No sentido de compreender melhor este fenómeno, Delbrouck (2006), sugere como necessária a análise do encadeamento dos processos activos a nível intrapessoal com os do nível profissional e organizacional e o deste com o nível social.

A nível intrapessoal este autor considera a exaustão como uma doença do ideal, e refere: “esta doença atinge pessoas que se envolvem a fundo em tudo o que fazem, que durante muito tempo obtêm com isso uma profunda satisfação e que, até então, testemunham energia de sobra”. E continua a reforçar esta ideia dizendo que estes fenómenos ocorrem “em indivíduos munidos de um ideal do ego elevado que os faz

desenvolveram uma imagem de si desfasada das suas verdadeiras personalidades”. Por outro lado, refere que, a relação de ajuda “gera e sustenta a ambição de fazer bem”, reforçando a necessidade de ser útil ou mesmo indispensável.

Segundo este autor, parecem combinar-se, aqui, dois factores que se associam no sentido do *burnout*, um ideal do ego elevado que se complementa com a necessidade de ser útil, materializado na relação de ajuda.

Neste sentido o fenómeno de *burnout* poderá ser assumido como um estado de incongruência, vivenciado pelo indivíduo, como um estado de desfasamento entre as exigências do contexto laboral e a sua capacidade de resposta.

Ao nível profissional e organizacional, o autor afirma que o hospital e antes dele a escola de enfermagem, estimulam um envolvimento intenso em situações exigentes. Explica ainda que existe este envolvimento visto que se trata de uma relação de ajuda, tecnicamente intensa, dado que em toda a parte se esperam gestos profissionais de qualidade, o hospital tem, por isso, como principais objectivos a satisfação dos doentes e a rentabilidade das prestações de cuidados. A par dessa procura atestada de qualidade, a organização impõe constrangimentos: sobrecarga de trabalho, dificuldades de comunicação, carga psíquica e afectiva.

Por último, este autor (Delbrouck ,2006) refere que os processos organizacionais, profissionais e pessoais inserem-se num quadro social que não pode ser negligenciado destacando duas ideias essenciais:

- A presença, na nossa sociedade, de ideias de excelência que estão aqui em causa e que a caracterizam como: a necessidade de trabalhar energicamente, de *jogar pelo seguro*, de alcançar a excelência, de tender para uma êxito maior, de estar a cada dia que passa mais realizado e de ser mais valorizado.

- As imposições fixadas pelo hospital estão também ligadas ao contexto social. Sobretudo pela presença de uma conjuntura socioeconómica frágil, gerando

principalmente: tarefas a realizar cada vez mais complexas e pesadas e meios que ficam à quem do alcance da qualidade do trabalho exigida.

Como conclusão principal, deparamo-nos, com uma organização “*hospital*” que coloca o indivíduo numa situação de duplo constrangimento, activando o seu desejo de atingir um ideal que, ao mesmo tempo, se torna inacessível, estado que pode provocar no indivíduo as condições ideais para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

1.5.2. O caso particular dos Enfermeiros da Oncologia

Segundo Sá (2008) o *burnout* nos enfermeiros apresenta-se como um problema decorrente da exposição a um stress crónico elevado em que estão implicados diversos factores. Entre eles a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo sobre o trabalho e a falta de reciprocidade parecem ser alguns dos que mais contribuem para a sua génese.

Loff, enfermeira da área da oncologia, tem-se debruçado sobre o estudo do stress nos enfermeiros em Portugal, particularmente na área de oncologia.

Num estudo sobre as implicações do risco e penosidade no exercício da enfermagem oncológica e as suas implicações na gestão de recursos humanos, esta autora dá-nos conta de que: “ o exercício da enfermagem em situações particularmente difíceis desgasta enormemente o pessoal, sendo bastante complicado proceder à sua renovação se não houver incentivos” (Loff, 2000). Por outro lado Wilkinson (1998), num estudo realizado em Inglaterra, com enfermeiros de um centro oncológico, conclui que a deficiente comunicação, a falta de preparação, a carência de pessoal e o confronto com a morte, são considerados os grandes factores causadores de stress.

Entre os vários estudos realizados com este tipo de profissionais, destaca-se o estudo de Parreira (1998) no qual foram investigados 64 enfermeiros da oncologia, a desempenharem as suas funções em três serviços diferentes, (oncologia médica, oncologia cirúrgica e radioterapia). Para estudar os níveis de *burnout* foi usado o MBI (Maslach *Burnout Inventory*). Dos principais resultados destaca-se o facto de o contacto

com a morte conduzir a níveis de *burnout* mais elevados, já que se verificou existirem níveis mais altos na oncologia médica, com diferenças significativas relativamente ao serviço de cirurgia nas dimensões “exaustão emocional” e despersonalização”. Ainda neste estudo, encontrou-se uma tendência explicativa, entre a variável “idade” e a dimensão “despersonalização”.

Ainda no mesmo contexto da oncologia, Loreto (2000) mediu as dimensões do *burnout* em 126 profissionais da área e concluiu:

- Os enfermeiros dos serviços de internamento não apresentam índices superiores de *burnout* aos dos profissionais afectos ao ambulatório.
- O Apoio social, sobretudo o apoio social no local de trabalho e o nível de satisfação nas diversas áreas de vida – familiar, social e especialmente com o trabalho-correlacionando-se de forma negativa com esta síndrome.
- Associações entre o trabalho por turnos e o desenvolvimento do *burnout*.
- Não foram encontradas associações de forma significativa entre a síndrome e a maioria das variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais, apenas uma correlação ligeiramente significativa entre o sexo masculino e a despersonalização.

Relativamente à influência da associação doente e doença oncológica como um factor acrescido de stress a maioria dos estudos revistos não são consensuais. Alguns defendem que os factores que mais contribuem para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* em enfermagem oncológica estão relacionados com questões organizacionais e de contexto, outros indicam estar mais relacionados com o contacto com a doença e sofrimento. A grande questão prende-se como o facto de os enfermeiros da oncologia, em particular, passarem grande parte do seu tempo em contacto, intenso e extenso, com os doentes e os seus familiares. Esta relação interpessoal que hoje os profissionais de enfermagem entendem ser uma “arma terapêutica” fundamental, considerando-a um dos pilares das intervenções terapêuticas, encontra-se, frequentemente carregada emocionalmente e acompanhada de sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou inclusive hostilidade mascarada. De tal maneira que a relação interpessoal nestas condições constitui uma fonte quase constante de *stress*, que, quando prolongado no tempo, acaba por evoluir no desenvolvimento do *burnout* (Sá, 2002).

Enquanto risco profissional específico para as profissões relacionadas com a prestação de cuidados e que impliquem relações de ajuda, tais como a enfermagem, o *burnout* constitui um autêntico desafio para os responsáveis pelas diferentes políticas organizacionais.

Capítulo 2 – Compreensão, Prevenção e Intervenção

2.1. Compreensão: Como sobrecarga emocional e falta de reciprocidade

De acordo com Maslach *et al.* (1996), de entre as principais exigências responsáveis pelo *burnout* nos profissionais de saúde, destacam-se as exigências interpessoais, resultantes da relação particular estabelecida com o doente. Os autores defendem que o contacto com os doentes está emocionalmente dificultado porque os profissionais lidam com situações problemáticas decorrentes das necessidades dos doentes. De modo a lidar com as exigências emocionais sem perder a eficiência, os profissionais podem adoptar técnicas de distanciamento. Na decorrência de um relacionamento com os doentes mais frio e distante, torna-se mais facilitada, aos profissionais, o exercício das suas funções livre de um sofrimento tão intenso e da possibilidade de sentirem desconforto psicológico. Uma das estratégias que torna possível este facto é o desenvolvimento de uma atitude particular de preocupação distante. A esta forma de compaixão emocional um tanto disfuncional, Maslach denomina despersonalização. Para a autora trata-se de uma percepção dos doentes persistentemente indiferente, insensível e cínica.

Como resultado principal da despersonalização destaca-se a inevitável deterioração da qualidade dos cuidados prestados, dado que o instrumento chave para o sucesso, compaixão com preocupação pelos outros, passou para segundo plano em prol da protecção da integridade psicológica. O sucesso tende a diminuir, a sensação de cumprimento profissional esgota-se e desenvolvem-se sentimentos de inadequação.

A natureza da relação dos profissionais de saúde com o doente é complementar, facto que é ilustrado semanticamente pelos termos “prestador de cuidados” e “receptor dos cuidados”. Ao primeiro cabe o papel de prestar ajuda, assistência, conselhos e outros. Ao segundo supõe-se que os receba. No entanto, os profissionais de forma, mais ou menos implícita esperam receber alguma recompensa pelos seus esforços, esperam receber alguma gratidão e melhorias, ou pelo menos tentativa disso (Sá, 2008).

Na prática, são vários os motivos que levam a que estas expectativas não sejam satisfeitas e que conduzam o prestador de cuidados, a um investimento desmesurado sem retorno. São eles, a especificidade dos problemas do cliente, que podem ir dos mais agudos aos mais crónicos, a natureza do relacionamento entre o profissional de saúde e o cliente, que pode ir de uma menor proximidade, a um contacto quase ou mesmo frio, uma maior proximidade, quase ou mesmo perigosa. E às regras institucionais que podem influenciar mais ou menos a especificidade da interacção entre o cliente e o profissional. (Maslach, 1978; 1996).

Este desequilíbrio relacional, em que um dá e o outro recebe, pode esgotar os recursos emocionais do profissional, conduzindo à eventual exaustão emocional. Quando este facto ocorre, o investimento pessoal na relação com o doente, decresce, transformando a relação que deveria ser de empatia e genuinidade, numa relação despersonalizada e estereotipada.

Para além de uma relação desequilibrada do ponto de vista interpessoal, Shaufelli (1999) sugere que a falta de reciprocidade, pode também advir de aspectos organizacionais. Segundo este autor, os profissionais não esperam somente reconhecimento da parte dos seus doentes, mas também por parte dos seus superiores hierárquicos e da organização que representam. As expectativas criadas dizem respeito ao apoio dos supervisores e colegas, bem como à busca de dignidade e estima.

O nível de satisfação profissional tem sido reconhecido como um importante factor desencadeador de *burnout* (Arikan, Koksa, e Gokçe, 2007). Estes autores, num estudo realizado com enfermeiras de serviços de hemodiálise, concluíram que a presença de níveis elevados de satisfação profissional, protegia as enfermeiras de abandonarem os seus empregos.

Os ganhos ou resultados dentro da organização, quando não condizem com as expectativas, podem conduzir a um afastamento comportamental e cognitivo da organização (menor compromisso organizacional, *turnover*, ou absentismo) (Sá, 2008).

No sentido de melhor compreender o fenómeno de *burnout* entre os profissionais de saúde, parece de extrema importância assumir, como elemento chave, a falta de reciprocidade. Impõe-se a presença de um equilíbrio entre investimentos e resultados no sentido de melhor compreender este conceito. Não só no sentido da relação interpessoal estabelecida entre o profissional de saúde e o seu doente, como também no relacionamento do primeiro com os seus superiores hierárquicos e colegas e com a instituição propriamente dita.

2.2. Expansão do trabalho teórico proposto por Christina Maslach – A pessoa e o contexto

Alguns trabalhos realizados recentemente dão-nos conta da expansão dos estudos acerca do *burnout* com uma nova abordagem teórica do fenómeno. A autora propõe um estado contrastante ao estado de *burnout* que intitula como “compromisso com o trabalho”. O outro tópico refere-se a propósito de uma nova estrutura de conceptualização teórica dos factores causais chave na origem do processo (Maslach, 2000).

O compromisso com o trabalho, é assim definido pela autora, dentro dos mesmos termos da definição do *burnout*, mas pelo lado positivo. São tidos em conta os extremos contrários às dimensões, que definem a síndrome.

Consiste, portanto, num estado de elevada energia (que contrasta com a exaustão), um forte envolvimento com o trabalho (ao contrário da indiferença) e um sentido de grande eficácia (o oposto à falta de realização pessoal).

Maslach refere-se aos aspectos mais positivos do desempenho laboral. A análise da continuidade *burnout- compromisso com o trabalho* revela extrema utilidade na compreensão da forma como o contexto organizacional do trabalho pode afectar o bem-estar dos trabalhadores. Confirma a variedade de reacções possíveis que os profissionais

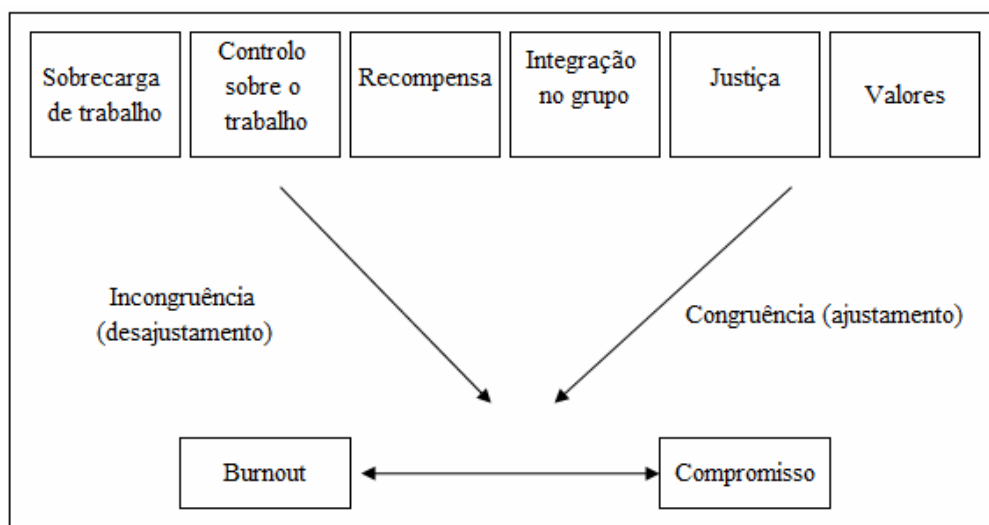
podem ter no ambiente laboral, desde um intenso envolvimento e satisfação do compromisso com o trabalho até à exaustão, distanciamento estado de desencorajamento, características típicas de *burnout*.

Para a autora, a importância deste *continuum* encontra-se no facto das estratégias de promoção do compromisso com o trabalho poderem ser tão importantes para a sua prevenção como as estratégias para reduzir os seus riscos.

Neste modelo, a autora, analisa o desajustamento ou a incongruência da pessoa com o seu trabalho em seis áreas distintas. Em cada uma delas, a natureza do trabalho está em desarmonia com a natureza da pessoa, resultando num aumento da exaustão emocional, desenvolvimento de atitudes de indiferença e um sentimento de ineficácia. Em sentido oposto, quando existe um adequado ajustamento ou congruência nessas áreas, então o resultado é um envolvimento com o trabalho, estado oposto ao *burnout*.

As seis áreas em que podem ocorrer desajustamentos são: sobrecarga de trabalho, controlo sobre o trabalho, recompensa, integração no grupo, justiça e valores. Maslach, apresenta-nos, de forma esquemática, como elas se relacionam com o *burnout* e com o compromisso com o trabalho (figura 5).

Figura 6: As seis áreas em que pode ocorrer desajustamento comprometendo o compromisso com o trabalho no sentido do *Burnout*, definidas por Maslach.



Fonte: Adaptado de Maslach (2000). A multidimensional Theory of Burnout

A autora define cada uma das áreas:

Sobrecarga de trabalho – ocorre quando as exigências do trabalho excedem os limites do indivíduo. Quando a sobrecarga é crónica e ocorre não só em situações esporádicas, o indivíduo tem pouco tempo para descansar e se restabelecer. A sobrecarga de trabalho pode traduzir-se em níveis elevados de *burnout*.

Falta de controlo – Ocorre quando o controlo diminuiu, quer seja porque existe uma política rígida e uma vigilância elevada ou mesmo porque o trabalho se tornou caótico. A falta de controlo limita as opções no que respeita à resolução de problemas, limita a possibilidade de tomar decisões, assim como diminui o protagonismo no sucesso obtido pelos resultados do trabalho para o qual contribuiu. Concorrendo assim para o desenvolvimento do *burnout*.

Recompensa insuficiente – A falta de recompensa pelo trabalho realizado pode contribuir para o *burnout*. Esta falta de reconhecimento desvaloriza tanto os trabalhos como os trabalhadores. As recompensas mais importantes, entre as referidas, são externas (como o salário ou benefícios), no entanto a falta de recompensas internas (tais como o orgulho por fazer algo de importante e fazê-lo bem) pode ser também um aspecto difícil.

Quebra de sentimento de grupo - Ocorre quando a pessoa perde o sentido de uma relação positiva, com os outros, no local de trabalho. Alguns trabalhos específicos isolam as pessoas umas das outras ou tornam o contacto social impessoal. As atitudes de indiferença ou distanciamento para com os colegas de trabalho e para com os clientes, características típicas do *burnout*, puderam ter o seu começo na quebra deste sentimento de grupo. No entanto, o facto que se torna mais penoso, são os conflitos por resolver, com os outros, no local de trabalho. Criam sentimentos negativos constantes de frustração e hostilidade e diminuem o interesse e o gosto pelo apoio social no local de trabalho.

Parece-nos importante realçar esta área apresentada por Maslach, no sentido em que vai de encontro ao objecto de intervenção do nosso estudo.

Falta de justiça – Ocorre quando existe uma falha no sistema de justiça e procedimentos justos no trabalho. A injustiça pode ocorrer quando existe uma desigualdade na carga de trabalho ou no pagamento. Ou ainda quando as avaliações e promoções são levadas a cabo de forma inapropriada. Se os procedimentos para a resolução do litígio originarem ressentimento ou não permitirem às partes envolvidas ter voto na resolução do conflito, então esses procedimentos serão julgados como injustos. O sentimento de impotência para alterar as regras pode contribuir para o desgaste emocional do indivíduo.

Conflito de valores – Ocorre quando existe uma incongruência entre as exigências do trabalho e os princípios morais dos trabalhadores. A manter-se este conflito pode contribuir para o desenvolvimento do *burnout*. Em alguns casos o trabalhador pode sentir-se constrangido pelo trabalho. Ou por fazerem coisas que consideram contra os seus princípios éticos ou contrárias aos seus próprios valores. Por exemplo, podem ter que dizer uma mentira ou desenvolver uma atitude céptica ou distante em relação à verdade.

Estas seis áreas são consideradas pela autora como os elementos chave da inadaptação da pessoa com o trabalho, revelando-se inter-relacionadas e não totalmente independentes umas das outras. Por exemplo, alguns aspectos da sobrecarga de trabalho podem estar ligados à falta de controlo sobre o ambiente laboral. Também se torna importante referir que, em algumas áreas as incongruências ou desajustes, poderão ser maiores do que noutras. Um dado novo facilitado por esta autora, parece estar relacionado com a inadaptação ao trabalho relacionada com o conflito de valores.

Esta abordagem, segundo a autora, parece enfatizar a vertente social da síndrome. Desta forma, e em jeito de reflexão, serão mais os aspectos relacionados com o contexto organizacional, do que exclusivamente as características do indivíduo.

2.3. Prevenção e Intervenção

Tal como tivemos oportunidade de reflectir no capítulo anterior, são vários os factores que parecem influenciar o desenvolvimento desta síndrome, tanto factores de carácter individual como factores organizacionais. Neste sentido, são vários os autores a considerarem importante privilegiar estas duas áreas quando se fala em matéria de prevenção.

Segundo Leiter e Maslach (1998) prevenir o *burnout* é sinónimo de desenvolver e promover o compromisso com o trabalho. As estratégias para desenvolver esse compromisso envolvem o reforço da energia, do envolvimento, e da eficácia profissional. As intervenções podem enfatizar o tratamento do *burnout* depois de ele ter ocorrido ou promover a sua prevenção através da construção de um *setting* laboral que é favorável a um compromisso produtivo com o trabalho. No mesmo sentido Maslach *et al.* (2001) referem que o reforçar do envolvimento no trabalho permite o estabelecimento de uma forte aliança com a missão da organização.

Para estes autores são consideráveis os custos pessoais e organizacionais que constituem razões imperativas para prevenir ou aliviar o *burnout*.

Segundo Maslach e Leiter (1998), a estrutura tridimensional do *burnout* proporciona um quadro valioso para localizar os objectivos que conduzem as intervenções e para planear estratégias para alcançar esses objectivos. As intervenções podem focar os vários níveis, os níveis individuais, os níveis do grupo de trabalho e da organização em geral. A figura T, sumariza as relações entre os ambientes organizacionais, o *burnout* e o envolvimento. Salienta o papel do ambiente de trabalho com metas claras, tomadas de decisão efectiva e desenvolvimento de habilidades, como condições importantes no sentido do envolvimento resultando em felicidade e eficácia.

Figura 7: *Burnout* e envolvimento

Papel conflituoso	Ambientes	Metas claras
Conflitos pessoais		Tomar decisões
Monotonia a concluir o trabalho		Habilidades
<i>Burnout</i>		<i>Envolvimento</i>
Tensão	Resultados	Activo
Ansiedade		Feliz
Afastamento		Eficaz

Fonte: Leiter e Maslach (1998): *Burnout*. Encyclopedia of Mental Health

Prevenção e Intervenção a Nível Individual

Estes autores propõem que a primeira abordagem para manter energia emocional e criativa é identificar a fadiga aguda que pode ser a base para o esgotamento crónico característico do *burnout*. As estratégias individuais incluem o envolvimento em tarefas exigentes, especialmente em determinadas alturas, em que as exigências e as emergências atingem o seu pico, que não são oportunidades adequadas para recuperar num ambiente cronicamente exigente. Definição de objectivos e tempo para definir estratégias podem aumentar o controlo individual sobre as exigências.

Já Rodrigo (1995) afirma que as acções a desenvolver devem ter como objectivo proteger e melhorar a saúde mental, conduzindo o indivíduo a preconizar metas mais realistas no seu trabalho, fomentando interesses fora da profissão.

Garcia (1990) enumera algumas medidas como a possibilidade de obtenção de frequentes períodos de férias, tentativa de manter uma adequada auto-estima e evitar a pressa quando se procura atingir determinados objectivos. Resumindo tentar que o trabalho não altere a vida normal, e promover o desenvolvimento de estratégias para encarar o trabalho de forma positiva.

Rooger e Nash (1993) reafirmam a utilidade da prática diária de técnicas de relaxamento e considera que os indivíduos devem ser ensinados a reconhecer os primeiros sinais de tensão de forma a detectar precocemente o problema para poder recorrer à ajuda necessária.

Ainda dentro do plano individual Leiter e Maslach (1998) definem quatro estratégias para prevenir o *burnout*:

Lidar com as exigências do trabalho: As exigências ocupacionais que estão mais directamente relacionadas com o *burnout* nas profissões de serviços humanos são aquelas decorrentes das interações com os clientes com uma forte carga emocional. Manter um grau óptimo de envolvimento com os clientes constitui o desafio mais importante para os cuidadores. Uma participação envolvente com este trabalho requer sensibilidade para lidar com a angústia dos receptores e a capacidade para responder no sentido do reconhecimento dos seus sentimentos sem recurso à exaustão emocional. A relação bem sucedida constitui o grande desafio para evitar o *burnout*. Manter este envolvimento durante um longo período de tempo requer que os membros da equipa se abasteçam de energia emocional e criativa. Por outro lado, a intervenção ideal para evitar o *burnout* intenso introduz novas exigências nos indivíduos enquanto providencia oportunidades para o sucesso que irão reforçar o envolvimento dos membros da equipa com o trabalho.

Reduzir o conflito pessoal: Resolver problemas interpessoais ou negociar competências podem ser recursos valiosos para lidar com a vida dentro do local de trabalho. As relações fortes e consistentes da exaustão emocional com o conflito pessoal no trabalho, indica que a contribuição potencial de competências interpessoais pode controlar este aspecto do *burnout*. Criar estratégias de resolução de conflitos entre os membros da equipa e dotá-los de capacidade para comunicarem efectivamente e claramente são intervenções que podem contribuir para reduzir o conflito pessoal no trabalho.

Controlo através do *coping*: Intervenções centradas no controlo pelo *coping* focadas no reforço da capacidade individual para gerir os desafios de trabalho constituem uma

forma de prevenir o *burnout*. Os indivíduos, podem, desta forma, lidar mais efectivamente com as exigências, através da activação de estratégias cognitivas, tais como gestão do tempo, ou estratégias comportamentais, tais como negociação com colegas ou supervisores. Ao contrário, escapar das estratégias de *coping*, tais como, ignorar os problemas ocupacionais ou abusar de dias de doença, são ineficazes ao ponto de agravar o *burnout* em algumas circunstâncias. Em geral, um controlo orientado para o *coping* é consistente com a responsabilidade e uma abordagem eficaz para o trabalho. As estratégias de fuga podem proporcionar um alívio temporário, embora não devolvam um sentido de controlo perante as exigências. A grande parte do controlo através do *coping* passa por desenvolver recursos. A grande diversidade de recursos pode contribuir para reduzir a exaustão, por ex: a compreensão aprofundada da dinâmica organizacional pode ajudar a aliviar a exaustão.

Na mesma linha de pensamento Koeske, Kirk e Koeske (1993) dão ênfase às medidas de autocontrolo. Através de um estudo efectuado, constataram que as estratégias de *coping* dirigidas ao controlo, são mais eficazes do que as estratégias de fuga. Desta forma, valorizam o reconhecimento da informação, planeamento das actividades, recurso a experiências do passado, expressão de sentimentos, distração e confronto de ideias com outras pessoas.

Impacto da redução do esgotamento: dada a considerável extensão da despersonalização e cinismo a redução dos membros da equipa alivia a sua exaustão. As relações directas entre estes dois aspectos do *burnout* indicam que ambos respondem a aspectos similares das intervenções. Além disso, para reduzir a exaustão, as intervenções cognitivas são apropriadas também à redução da despersonalização e cinismo.

Por outro lado Maisons (1994) recomenda como forma de prevenção e controle do *burnout* a frequência de cursos sobre a gestão do *stress*, onde a partilha de experiências e a compreensão mútua de sentimentos, entre os elementos do grupo, ligadas a técnicas de relaxamento, podem constituir estratégias muito úteis.

Considerando ainda as estratégias pessoais para lidar com o *burnout*, 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.

Ainda no plano individual mas agora extrapolando para o plano **interpessoal**, são várias as medidas preventivas que se podem constituir como bastante eficazes na redução desta síndrome. Dentro dos estudos realizados nesta área, são vários os autores que salientam o suporte social como uma medida preventiva importante no sentido de reduzir ou evitar o *burnout*.

Roger e Nash (1993) definem suporte social como uma rede de relações interpessoais onde há liberdade para se dizer aquilo que se sente, ocorrendo a possibilidade de se ser ouvido, numa base de confiança mútua, tendo por base a capacidade de comunicação na gestão do *stress*.

Garcia (1990) refere-se ao apoio social nas suas várias vertentes. Para além da importância do papel da família, do grupo de amigos, e dos colegas, é referido o papel de grupos de apoio internos e externos à organização que ajudam a avaliar correctamente as situações. O mesmo autor considera que uma boa utilização do sistema de apoio social pode prevenir efectivamente o *burnout*.

Marques Teixeira (2002) e Queirós (2005), assumem igualmente a importância do suporte social no sentido da prevenção do *burnout*, quer seja o suporte social organizacional quer se trate do suporte social pessoal. A disponibilidade deste importante recurso pode, moderar o *burnout* ao nível de três processos em interacção:

- Relação entre os stressores laborais e a exaustão emocional;
- Relação entre a exaustão emocional e a despersonalização;
- Relação entre a despersonalização e os sentimentos de auto-ineficácia.

Para este autor, o suporte social, em geral, leva o indivíduo a perceber que os outros podem e fornecem os recursos necessários para lidarem com sucesso nas suas interacções. No que respeita ao suporte informacional, em particular, quer de colegas,

quer de supervisores, pode ajudar a balizar as percepções que o indivíduo tem dos seus recursos para lidar com as situações (Leiter, 1988; Leiter e Maslach, 1988; Leiter, 1991; Marques-Teixeira, 2002).

Da mesma forma, Cordes e Dougherty (1993) referem que o suporte social tem sido considerado como tendo efeitos positivos no bem-estar do indivíduo, estando positivamente relacionado com a saúde física e psicológica. Estudos realizados por Leiter (1988, 1990, 1991) e Parreira (1998) onde foram analisados os efeitos directos das várias facetas do suporte social, revelaram que os contactos informais estavam positivamente correlacionados com a realização pessoal, e o suporte profissional tinha um duplo papel, aliviando e agravando o *burnout*. Estes estudos sugerem, ainda, que as fontes pessoais e profissionais de suporte social são largamente influentes.

Prevenção e Intervenção a Nível Organizacional

No que diz respeito a este aspecto, Parreira (1998) refere que muitos autores afirmam que a responsabilidade de encontrar as estratégias adequadas, tendo em vista a prevenção desta síndrome, é das instituições, devendo ser definida uma verdadeira política de apoio ao pessoal, que englobe, não só, os estímulos sociais e económicos, como também, a formação e a modificação de atitudes da organização.

Também Rodrigo (1995) se refere á necessidade de mudança do estilo de gestão, com envolvimento dos profissionais na tomada de decisão de forma a desenvolver o sentimento de pertença entre os diferentes profissionais. Refere ainda, a importância da adequação dos recursos humanos e materiais, assim como a remuneração.

Também Leiter e Maslach, (1998) definem algumas estratégias no sentido de prevenir e intervir no *burnout* no que respeita aos aspectos relativos à organização. Para estes autores, alguns indivíduos sobrevivem, e melhor do que isso, prosperam em ambientes de pouco suporte, embora, a maioria dos indivíduos, não. A criação de suporte no desenvolvimento de comunidades profissionais irá contribuir para a saúde das pessoas em diversas ocupações. Embora as intervenções no grupo de trabalho

tenham um impacto mais abrangente do que as abordagens orientadas para o indivíduo, elas ocorrem dentro de uma extensa organização que pode limitar o seu impacto.

Segundo estes autores as intervenções a nível organizacional são potencialmente mais efectivas no sentido de localizar o *burnout* como uma reacção a um ambiente de trabalho tenso, mas, por outro lado, também são mais difíceis de implementar. São mais efectivas, porque qualquer mudança é mais duradoura quando é incorporada nos procedimentos e estruturas da organização. São mais difíceis de implementar porque a efectividade das intervenções requerem uma base cooperativa de esforços através de vários sectores da organização. Elas requerem redes de comunicação efectiva entre e dentro desses sectores no sentido de aumentar a capacidade de resposta às diversas perspectivas que a organização engloba.

Desta forma, o grande desafio da administração está na definição de um contexto laboral, no qual a pessoa possa manter um envolvimento enérgico com o seu trabalho. A estrutura do Síndrome de *Burnout* e a sua relação com o ambiente organizacional proporciona orientação para a gestão de intervenções no sentido de prevenir o desenvolvimento do mesmo. Grande parte das vezes a função das intervenções é proporcionar suporte aos indivíduos e grupos de trabalho.

Leiter e Maslach (1998) propõem que as mudanças organizacionais possam intervir ao nível da autonomia, envolvimento na tomada de decisões e Construção de uma Comunidade Profissional.

No que respeita a **Autonomia**, estes autores referem que, o controlo sobre a forma como o trabalho é realizado é um aspecto sério para a pessoa que está envolvida nele. Embora alguns aspectos da autonomia dependam da iniciativa pessoal e das crenças do indivíduo, as políticas organizacionais têm muito mais impacto. A decisão rígida acerca das regras pressiona os membros da equipa a predefinir o curso dos seus comportamentos, reduzindo o seu sentido de realização e aumentando a distância do seu trabalho. As iniciativas para desenvolver responsabilidade e autoridade para com os membros da equipa propiciam envolvimento com o trabalho. No entanto elas requerem planeamento e discussão.

Acerca do **Envolvimento no Processo de Tomada de Decisão** os autores referem que intimamente relacionados com a autonomia profissional dos membros da equipa estão as prerrogativas do processo de tomada de decisão. Aumentar a participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão depende de iniciativas organizacionais. No entanto, os membros da equipa, revelam necessidade de treino e instrução para aumentar as suas competências na tomada de decisão, especialmente na sua capacidade para tomar decisões colaborativas com os seus colegas.

Construir uma comunidade profissional é outra das medidas sugeridas pelos autores. Trata-se de uma rede de filiações colegiais, incluindo a partilha de peritos técnicos, ligação emocional, e serviços de ética profissional (por exemplo compromisso com a qualidade de serviço). Comunidades profissionais fortes dentro de uma organização extensa ou entre organizações associadas, aumentam o impacto das intervenções no seio do grupo de trabalho. De uma forma similar o suporte do grupo de trabalho propicia iniciativas de *coping* individual. A construção de relações de benefício mútuo envolvidas numa comunidade profissional é um empreendimento constituído por indivíduos, grupos de trabalho e as suas organizações. Uma visão compartilhada é necessária para que a organização possa cumprir a sua missão.

A comunidade mantém eficácia profissional e experiências de realização pessoal proporcionando o reconhecimento valioso dos colegas. O intercâmbio de competências, suporte e perícia entre os membros da comunidade profissional aumenta a oportunidade de obter resultados com sucesso e propicia confirmação desse sucesso quando os resultados ocorrem.

De mesma opinião revela-se o trabalho de Garcia (1990). Para este autor, a nível organizativo, o trabalho em equipa (também equipas multidisciplinares) pode contribuir para dissipar as atitudes negativas e conduzir a uma melhor compreensão dos problemas que afectam os trabalhadores.

Nunes (2000) identifica como estratégias positivas para a prevenção, a nível das organizações, a clarificação da missão e objectivos, a existência de chefias intermédias, na supervisão, uma comunicação adequada e uma avaliação da performance.

Marques-Teixeira (2002) propõe algumas estratégias de intervenção a nível das organizações, aconselhando, variar as tarefas nas rotinas diárias, flexibilizar horários, privilegiar o trabalho em equipa, promover locais de trabalho agradáveis, manter uma livre circulação de informação, encorajar as pessoas a falar das suas dificuldades, envolver as pessoas nas tomadas de decisão, reconhecer o trabalho efectuado, criar grupos de suporte e fóruns de discussão de problemas institucionais.

Ainda dentro das intervenções institucionais Leiter e Maslach (1998) propõem, a intervenção focada no trabalho de grupo, situando-se na interface entre o indivíduo e a organização em que está inserido. Para estes autores as intervenções ao nível do grupo de trabalho podem desenvolver-se a partir de programas de saúde ocupacional até ao desenvolvimento de estilos de vida produtivos ou de intervenções em equipa. No primeiro caso, os membros do grupo de trabalho desenvolvem uma compreensão partilhada das exigências confrontando o grupo e os recursos para resolvê-las. Eles podem desenvolver quebras da rotina de trabalho, gerir de forma mais flexível as horas de trabalho ou servir como grupo de suporte para encorajar programas de exercício regular para lidar com a tensão. Intervenções edificadas em equipa ajudam os membros do grupo de trabalho a identificar pontos de congruência entre os valores individuais e os do grupo. Estas intervenções ajudam a reduzir o conflito de papéis e o conflito interpessoal que são os maiores responsáveis pela exaustão.

Acerca do trabalho de grupo, identificamo-nos com as áreas propostas pelos autores, como áreas carenciadas de intervenção. A redução do conflito e a construção de grupos de suporte, foram os aspectos mais relevantes para a justificação da nossa intervenção.

Sobre a **redução do conflito** os autores referem: as abordagens individuais para tratar o *burnout* são limitadas pela inerente interdependência entre os trabalhadores que constituem a equipa de trabalho. As responsabilidades de trabalho são muitas vezes atribuídas mais do que escolhidas. Os colegas de trabalho dependem uns dos outros para executar até um certo nível e até um certo tempo um nível de qualidade esperado. Uma estratégia de *coping* individual que interrompe as interações entre os colegas de trabalho pode gerar problemas para os outros membros do grupo de trabalho. Sem cooperação explícita entre os colegas de trabalho, o *coping* individual com o *burnout* é

também muito limitado às prerrogativas individuais no sentido de deixar o local de trabalho ou deixar a profissão inteiramente. As interações com os colegas podem ser também fontes de conflito pessoal duradouro que agrava a exaustão. As intervenções que se focam directamente sobre as experiências diárias do grupo de trabalho constituem um impacto amplo, e um grande potencial para resistir à mudança.

Quanto à **construção de suporte social** os autores defendem que o intercâmbio emocional e a assistência instrumental entre colegas partilhando objectivos em comum constituem o suporte social no trabalho. O trabalho de equipa mais efectivo entre colegas aumenta a disponibilidade de recursos ocupacionais de outras pessoas, elevando o acesso dos membros da equipa ao conhecimento, às competências e habilidades para além dos seus recursos pessoais. Enquanto indivíduo as competências sociais podem contribuir para a construção de iniciativas de equipa que activamente envolvem o grande grupo engrandecendo o funcionamento da mesma mais directamente. Com recursos adequados a partilha entre os membros do grupo de trabalho, as situações exigentes constituem desafios gratificantes, mais do que ocasiões para a exaustão. Para além disso, um ambiente de suporte dentro do grupo de trabalho permite aos membros da equipa o uso de respostas de *coping* individuais mais eficazes.

Sobre este assunto também Marques-Teixeira (2002) propõe a promoção de grupos de supervisão como uma estratégia eficaz na diminuição do isolamento profissional e do *burnout* entre os profissionais de saúde. Sugerindo, ainda, os grupos *Balint* como uma valiosa ajuda permitindo aos profissionais de saúde encontrar uma forma simpática e aceite de apresentarem aspectos relacionados com o trabalho, propiciando aos profissionais um aumento da auto-estima e da confiança no seu desenvolvimento profissional.

Em jeito de conclusão, são várias as dimensões a percorrer quando o objectivo primordial assenta na prevenção e intervenção do *burnout*. As dimensões individuais e dimensões interpessoais, entre as quais se destaca o grupo de trabalho, e as dimensões mais organizacionais são áreas que carecem de um extenso desenvolvimento, no sentido da referida prevenção e intervenção.

Extrapolando para as medidas de carácter Europeu, Sá (2008) refere que, já em 2005, foi iniciado um novo projecto transversal da Fundação Europeia para a melhoria da qualidade de vida e do trabalho, intitulado *Attractive workplace for all: A contribution to the Lisbon Strategy at company level* (Um local de trabalho atractivo para todos: Um contributo para a estratégia de Lisboa ao nível da empresa). Como projecto, destina-se a analisar a contribuição das empresas para a realização de alguns dos objectivos da estratégia de Lisboa: melhorar a empregabilidade, ajudar um maior número de pessoas a entrar no mercado de trabalho, flexibilizar o horário de trabalho e desenvolver o potencial de criação de emprego das empresas de maior dimensão (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005).

Em função deste projecto a Comissão Europeia introduziu medidas que visam garantir a saúde e segurança dos trabalhadores. A Directiva 89/391 do Conselho Europeu contém as disposições básicas em matéria de Saúde e Segurança no trabalho e atribui às entidades patronais a responsabilidade de assegurar a saúde dos trabalhadores, impedindo que sejam prejudicados por motivos relacionados com o trabalho, inclusivamente em virtude de stress (Sá, 2008).

O envolvimento dos trabalhadores e seus representantes na estratégia de prevenção dos riscos psicossociais é essencial para o êxito. Algumas das medidas gerais tendentes propostas para melhorar o ambiente psicossocial do trabalho, consideradas pela AESST (2002) são: permitir a cada trabalhador a possibilidade de escolher a forma de realizar o seu trabalho; reduzir a quantidade de trabalho monótono e repetitivo; aumentar a informação sobre os objectivos organizacionais; desenvolver o estilo de liderança empresarial; evitar a falta de clareza na especificação de funções e tarefas (AESST, FACTS 23, 2002).

Capítulo 3 – Especificidades da Enfermagem Oncológica

Neste capítulo iremos debruçarmo-nos sobre a prática dos enfermeiros oncológicos no sentido de fazer uma reflexão sobre o impacto da doença crónica terminal nos referidos profissionais enquanto cuidadores formais, bem como nos familiares do doente, enquanto cuidadores informais.

3.1. Características da Enfermagem Oncológica

O impacto da doença crónica, terminal e o confronto com a morte provocam um sofrimento emocional no ser humano em geral e, particularmente, na respectiva equipa terapêutica pois, ao desenvolver um contacto assíduo e próximo com estes doentes, torna-se vulnerável a tal impacto emocional, provocado pelo lidar com a morte eminente (Gomes, 1996).

As doenças oncológicas são doenças, cujo prognóstico é incerto, tornando as expectativas de cura instáveis e insustentáveis. Nesta tabela, perante o diagnóstico, a constelação de sentimentos negativos, tais como a angústia, impotência e a desesperança, facilmente afectam, os cuidadores, cujo alvo de intervenção é a procura do tratamento mais eficaz no alívio do sofrimento. Para além disso, a preparação dos técnicos de saúde para lidarem com a morte nem sempre é adequada, provocando uma grande vulnerabilidade emocional que se pode constituir como mais um factor indutor de *burnout*.

Para 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, incluindo a construção de significados pessoais acerca deste. Nesta perspectiva, o sofrimento envolve aspectos objectivos como a dor física, e subjectivos como a interpretação do significado atribuído a essa dor. Desta forma, a autora, na busca de uma definição holística de sofrimento, propõe a seguinte: “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”.

Um dos serviços onde o sofrimento está patente é o dos cuidados paliativos. Nestes serviços promove-se um processo de ajuda, para que o utente viva com a melhor qualidade de vida possível, até que o inevitável ocorra - a morte. Durante todo este processo, a equipa de enfermagem parece ser um grupo de profissionais, bastante expostos ao sofrimento do doente, da família e a todo o processo envolvente. Na verdade, Vieitas (1995) afirma que “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”.

Particularizando para o papel da equipa de Enfermagem no Serviço de Oncologia, Kubler-Ross (1969; Parreira, 1998) destaca alguns problemas em particular:

- Falta de informação acerca do que o doente sabe sobre a sua doença e da informação que o médico lhe transmitiu;
- Sentimento de impotência perante a morte;
- Preocupação pelo desconforto que atinge os familiares destes doentes e maior dificuldade em evitá-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, a impotência, conduz os profissionais de saúde a experimentarem as mesmas. Face a esta situação, os profissionais tendem a afastar-se do utente. A necessidade de 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 (McIntyre, 1995; Parreira, 1998).

Tendo em conta estas dificuldades 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 no profissional, podendo conduzir a

situações de exaustão emocional, despersonalização e baixa satisfação profissional, com inevitáveis custos institucionais.

3.2. *Burnout* e fadiga de compaixão entre os cuidadores dos doentes oncológicos.

Num estudo realizado por Keidel (2006) preocupado com as condições de trabalho dos enfermeiros oncológicos, verificou que os membros da equipa que trabalham nesses locais, dado que trabalham com doentes terminais, são considerados um grupo de elevado risco no sentido de poder vir a desenvolver *burnout*.

Para esta autora, existem duas formas de classificar a exaustão em função da especificidade da tarefa: o termo *burnout* e a expressão fadiga de compaixão. O primeiro é usado para definir uma síndrome de exaustão física, incluindo um auto-conceito negativo, uma atitude laboral negativa e uma perda de respeito e sentimentos pelos pacientes. Neste sentido num estudo realizado por Payne (2001) com enfermeiras a trabalhar em “Hospices”, descreveu *burnout* como uma exaustão emocional elevada, elevada despersonalização e sentido de realização pessoal igualmente baixo. Para este autor, o *burnout* afecta a saúde física e mental do cuidador. O termo fadiga de compaixão é um termo menos abrasivo, e foi identificado por Joinson (1992) como a única forma de *burnout* que afecta os indivíduos que trabalham em profissões de ajuda.

Fadiga de compaixão seria o termo certo para caracterizar os cuidadores familiares primários e o *burnout* usado para se referir à equipa de cuidados do hospício.

No que se refere à especificidade da tarefa dos enfermeiros que trabalham em hospícios com doentes terminais, Keidel (2006) identificou os custos e as recompensas do papel profissional do cuidador, tendo concluído que existem dois factores dominantes que influenciam os níveis de *stress* experienciados pela equipa. O primeiro refere-se ao forte sentido de identificação com a ideologia do hospício, o segundo refere-se à natureza altamente personalizada e sustentada da relação estabelecida com os

pacientes e a sua família. O estudo revelou a tendência a 3 níveis de stress: o stress evocado pelo paciente e a sua família, o que ocorre da experiência interna do enfermeiro e aquele que emerge do ambiente de trabalho do hospício. Estes stressores causam uma luta diária entre o que é real e ideal no sentido de equilibrar o nível de intimidade associado com o envolvimento empático. Segundo esta autora, a presença destes stressores são inevitáveis, no sentido em que a maioria dos profissionais de saúde que trabalham com estes tipo de doentes, experienciam tristeza evocada pela consciência da angústia emocional e espiritual dos seus doentes. O impacto cumulativo como resultado do convívio com doentes terminais e ao mesmo tempo o risco emocional de criar vínculos, que acabam inevitavelmente por se quebrar, constitui grande risco que pode conduzir ao *burnout*. O convívio com estes doentes torna-se particularmente difícil com o doente emaciado, com dificuldade em controlar a dor, com feridas abertas, ou experiências hemorrágicas ou de convulsão (Keidel, 2006). O stress vivido internamente pelos enfermeiros pode incluir o sentimento de opressão, pela elevação ou diminuição das suas emoções e sobrecarga pelas responsabilidades para as quais a sua formação em enfermagem, bem como a sua experiência de vida não os terá preparado.

Outro aspecto relacionado com os stressores, que é descrito pela autora, e que é identificado, na maior parte das vezes, como um problema transversal aos enfermeiros que lidam com os doentes oncológicos, é a interação com a família do doente. As necessidades vividas pela equipa que visam uma resposta holística às necessidades dos pacientes e aos membros da sua família enquanto que, ao mesmo tempo, tentam satisfazer as suas necessidades de nutrição e reposição. Os membros da família dos pacientes, muitas vezes identificados como cuidadores primários, podem trazer com eles problemas de alcoolismo, abuso de drogas, depressão ou doença crónica adicional. Os enfermeiros que trabalham em serviços de oncologia, devem ter a suas capacidades de aconselhamento testadas para a eventualidade de surgirem conflitos na altura de tomar decisões no que diz respeito à evolução da doença ou mesmo em caso de morte. Se a dinâmica familiar é difícil ou conflituosa e existem conflitos esta família deverá ser referenciada para terapia familiar.

Também Meier (2006) reforça as questões anteriores ao referir-se aos profissionais a desempenhar cuidados paliativos como um grupo que se confronta com o desafio de

trabalhar de forma próxima e intensa com os doentes e suas famílias, sujeitos a momentos de elevadas carga emocional e de grande stress. Às vezes estas interacções giram em torno de grandes conflitos, surgindo a necessidade de redefinir os objectos do cuidado ou encontrar expectativas mais realistas acerca dos resultados do tratamento médico, associados à necessidade de uma tomada de decisão acerca dos tratamentos que mantém a vida e o confronto com a morte eminente. Se o programa de cuidados paliativos é simultaneamente enfrentado com uma equipa inadequada, rápido crescimento de casos e exigências para o serviço, a perda de suporte institucional ou a presença de equívocos da parte da equipa médica pode propiciar condições para o desenvolvimento do *burnout*.

Para este autor, lidar com as exigências competitivas e seus efeitos nos cuidados paliativos é um dos maiores desafios dos programas de cuidados paliativos. Além disso trata-se de uma área que não tem recebido a atenção suficiente. A promessa de elevada satisfação no trabalho e profundas recompensas atrai os profissionais mas não os mantém e não promove o desenvolvimento de programas de cuidados paliativos. A atenção deve ser prestada à identificação e prevenção do *burnout*.

Parece-nos pertinente na perspectiva de Aoun, Kristjanson, Currow e Hudson (2005) acerca do impacto da prestação de cuidados nos cuidadores dos doentes oncológicos, referenciam como principais fontes de *stress* a incerteza acerca do tratamento, a perda de conhecimento acerca do cuidado ao paciente, as mudanças de papel dentro da família, os reduzidos recursos financeiros, as restrições físicas, a perda de suporte social e o medo da solidão.

Ainda neste estudo Ramirez, Addington-Hall e Richards (1998; Aoun, 2005) relacionam a prevalência de ansiedade entre 46% dos cuidadores, e a prevalência de depressão tão elevada como 39%. E aproximadamente metade dos cuidadores relatava problemas de sono e cerca de um terço perda de peso.

É obvio que os factores mencionados por estes autores contribuem para intensificar o estudo da exaustão dos profissionais de saúde. Os mesmos realçam a importância de ocorrer uma comunicação efectiva entre os profissionais de saúde e as suas famílias. Os

membros da família necessitam de se sentir confiantes de que o conforto, as necessidades e a percepção dos sintomas do paciente são atendidas, requerendo informação acerca da doença, do tratamento, e uma recepção da mesma de uma forma confortável menos angustiante possível. O conhecimento do diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento e expectativas de recuperação por parte dos familiares atenua os seus medos, ao mesmo tempo que pode aumentar o sentido de previsibilidade.

Um dos obstáculos, propostos pelos mesmos autores, no que diz respeito às relações estabelecidas entre os cuidadores informais (família) e os cuidadores formais (enfermeiros) dizem respeito ao facto da família do doente se mostrar relutante em partilhar as suas necessidades com os profissionais de saúde.

Os obstáculos para a comunicação saudável entre a família do doente e os profissionais de saúde estão relacionados com a dificuldade que estes familiares têm em colocar as suas necessidades à frente das necessidades dos pacientes, a possibilidade de serem julgados como maus cuidadores e a crença de que as suas preocupações e angústias são inevitáveis e não podem melhorar.

No que diz respeito aos obstáculos relativos aos profissionais de saúde, Payne e Ehrlich (1998) e Aoun (2005) investigaram três tipos de barreiras que podem conduzir os cuidadores a mostrar relutância em pedir ajuda, as barreiras baseadas na informação, no serviço e nos valores. Quanto às barreiras baseadas na informação, estas referem-se à perda da informação acerca da disponibilidade dos serviços, incluindo serviços de descanso. As barreiras baseadas no serviço referem-se à perda de flexibilidade na prestação de serviço. As barreiras baseadas nos valores incluem os sentimentos de culpa dos cuidadores e as crenças comuns e equívocos.

Também nos cuidados paliativos, Hudson, Aranda, Kristjanson (2004) identificaram 3 tipos de barreiras na busca de suporte, que funcionam como verdadeiros desafios aos profissionais de saúde. Barreiras relacionadas com o processo de comunicação, com o sistema de saúde e barreiras relacionadas com os desafios familiares. Desta forma torna-se extremamente importante aprofundar a natureza destas barreiras com que se podem confrontar os profissionais de saúde, no sentido de providenciar suporte. Os aspectos

realçados por estes autores corroboram a nossa perspectiva sobre a necessidade de uma intervenção psicoterapêutica com este grupo de profissionais.

Um número substancial de estudos têm identificado que as necessidades dos cuidadores não são atendidas e que a prevalência da morbilidade psicossocial entre os cuidadores é uma realidade, mas o desenvolvimento e avaliação de intervenções baseadas em trabalhos de investigação focados na redução dos aspectos negativos da prestação de cuidados tem sido negligenciada (McCorkle & Pasacrete, 2001; Yates, 1999; Harding & Higginson, 2003; Barg, Pasacrete, Nuamah, Robinson, Angeletti, Yasko, 1998; Aoun, 2005). Outra razão para a falta de trabalhos de investigação no que se refere às intervenções nos cuidados paliativos pode estar relacionada com o facto de que estes trabalhos de investigações enfrentam uma grande variedade de dificuldades metodológicas, tais como a recolha da amostra, elevadas taxas de atritos, situações clínicas que mudam rapidamente comprometendo a estabilidade das condições difíceis de investigação, os dilemas éticos associados com a participação no estudo e as barreiras impostas pelos próprios profissionais que acabam por se demonstrar resistentes à mudança (Harding & Higginson, 2003; Aoun, 2005).

3.3. Prevenção e Intervenção no *Burnout* entre os cuidadores dos doentes oncológicos.

No sentido de contribuir para uma mudança nas condições dos profissionais de saúde, alguns autores recomendam que as intervenções junto dos cuidadores, devem ser verosímeis, aceitáveis (num formato útil apropriado aos cuidadores) e acessíveis a estas populações (Harding & Higginson, 2003).

Deste modo, Meier *et al.* (2006) propõe algumas recomendações para prevenir o *burnout*:

1. Revela-se de extrema importância que o técnico de saúde tome contacto com as suas principais limitações no que diz respeito à sua actividade laboral. A auto-reflexão e monitorização dos factores desencadeantes de níveis elevados de *stress* e dos seus recursos pessoais para fazer face aos mesmos, ajuda a prevenir o *burnout*.
2. A presença da equipa multidisciplinar é a chave dos cuidados paliativos por razões de natureza teórica, mas também de natureza relacional. A oportunidade de partilhar casos difíceis e sentimentos que surgem de forma espontânea, com outros colegas é uma mais-valia. A função central da equipa multidisciplinar no domínio relacional é uma oportunidade de adquirir suporte entre os elementos que a constituem. Procurar manter algum sentido de controlo e autonomia sobre as condições de trabalho.
3. Recorrer a mecanismos de suporte formal, tais como, grupos de suporte que proporcionem condições à exploração de sentimentos pessoais acerca do trabalho, para além da resolução de problemas clínicos. Muitos programas de cuidados paliativos proporcionam grupos de suporte dirigidos à sua equipa clínica.
4. A possibilidade de optar pela supervisão da parte de um profissional mais experiente, ou mesmo de um especialista em saúde mental, facilita a resolução das questões mais críticas que emanam da prática clínica. A partilha das dificuldades oriundas do exercício da profissão, sobretudo com colegas que vivenciam as mesmas experiências facilitam a obtenção de feedback e ajudam a validar o trabalho realizado. Um supervisor neste contexto “é um técnico com quem é possível desenvolver uma relação de confiança, num *setting* confidencial, que procura facilitar a resolução das fontes e questões relacionadas com o *stress*”. (Meier, 2006, p. 1047).

5. Revela-se de extrema importância que o impacto emocional provocado pelo exercício da profissão seja explicitamente reconhecido pela equipa. Estes autores propõem inclusivamente a possibilidade da realização de actividades planeadas e partilhadas pela equipa, que poderão constituir iniciativas de carácter mais formal a outras iniciativas mais informais, no sentido do reconhecimento do sentido existencial, de cada um dos seus membros, no que respeita à escolha desta profissão.
6. O reconhecimento da vantagem de usufruir de apoio pessoal, é assumido como essencial. No sentido em que ajuda a proporcionar o equilíbrio necessário entre o contexto profissional e os outros contextos da vida pessoal. Os autores sugerem que o profissional de saúde deve evitar que a sua vida privada seja inundada por aspectos do contexto laboral, sugerindo tempo para o lazer.

Um dos aspectos já referidos nos capítulos anteriores e que constitui um potencial motivo para o desenvolvimento de um estado de exaustão emocional elevado, diz respeito à especificidade da relação interpessoal estabelecida entre o cliente e o prestador de cuidados. O doente oncológico é um doente exigente no que se refere às carências que apresenta, do ponto de vista biopsicossocial. Por seu turno, o profissional de saúde, envolvido por uma relação de complementaridade, posiciona-se num papel de dádiva e de atenção no que respeita à supressão de todas as necessidades do seu doente e, por inerência, também à sua família.

O desenvolvimento de laços emocionais fortes entre o doente e o cuidador é uma realidade comum em contextos de saúde com doentes em estado avançado de doença. Não obstante a presença deste facto, quando os limites da relação estabelecida entre o paciente/família não são respeitados, parecem criadas as condições para surgirem dificuldades. Entre as razões mais frequentes que explicam estas dificuldades destacam-se, motivos de ordem cultural, motivos relacionados com a presença de perturbações psiquiátricas e estruturas de personalidade que minam o reconhecimento dos referidos limites e a presença de *stress* e *burnout* nos profissionais de saúde.

Desta forma e no sentido de evitar situações futuras de *burnout*, Barbour (2008), propõe a necessidade de impor limites na relação estabelecida entre o técnico de saúde e o doente. Para este autor “*boundaries*” na prestação de cuidados são “limites físicos, emocionais, mutuamente entendidos, não expressos na relação entre o médico, o enfermeiro, ou o prestador de cuidados informal”(Barbour, 2008, p.777). Segundo este autor, os limites servem para estabilizar e manter a confiança na relação entre o doente e o prestador de cuidados.

Nem sempre as questões relacionadas com os limites são necessariamente prejudiciais para a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente. A possibilidade de clarificação da prestação de cuidados serve para reforçar a confiança na relação terapêutica. No entanto revela-se de extrema importância para o profissional de saúde poder reflectir acerca dos limites, quando estes são abordados.

No sentido de proporcionar as profissionais de saúde algumas estratégias de prevenção de *burnout*, no que respeita às especificidades da relação terapêutica, Barbour (2008), propõem:

- A clareza na informação sobre as expectativas dos pacientes e família acerca do papel exercido pelo profissional de saúde na prestação de cuidados e na sua disponibilidade;
- Recorrer a um profissional de saúde mental no sentido de obter feedback acerca das dúvidas que podem surgir nos comportamentos do profissional de saúde com o paciente e família;
- Propiciar a partilha de questões que possam surgir com o doente e a sua família; reconhecimento da importância dos sentimentos, enfatizar a importância da relação terapêutica estabelecida entre o doente e o profissional e manter objectividade; reforçar que a recusa de algum pedido feito pelo doente não significa a falta da prestação de cuidados;

- Procurar aconselhamento profissional para o próprio prestador de cuidados para o doente ou algum membro da sua família, quando o estabelecimento de limites tem um impacto objectivo na capacidade de prestar cuidados.

3.3.1. Necessidade de Estratégias de Comunicação

A implementação de uma comunicação eficaz é cada vez mais reconhecida como uma ferramenta essencial na clínica (Gysels, Richardson, Higginson, 2005). Alguns profissionais que prestam cuidados de saúde, não se sentem suficientemente treinados nos processos de comunicação e na abordagem dos problemas interpessoais que surgem do cuidado dos pacientes com doença oncológica. Não obstante o interesse crescente, da parte de diferentes grupos, no sentido de defender os direitos dos doentes nos serviços de saúde, o conceito de “medicina centrada no paciente” nem sempre é integrado nas práticas políticas.

Na prática médica, a comunicação efectiva entre o técnico de saúde e o paciente tem sido reconhecida como uma estratégia clínica central. Este aspecto aplica-se sobretudo em áreas como a oncologia onde o sucesso da interacção entre cuidadores de saúde e os doentes se revela de grande importância na manutenção de uma qualidade de vida aceitável e na busca de uma morte digna. Alguns profissionais adoptam estratégias de evitamento emocional e comportamental temendo o envolvimento excessivo com a existência e o sofrimento dos seus doentes. Estas estratégias constituem a maior fonte de *stress* para os profissionais de saúde, minando a sua qualidade de vida no trabalho e tornando-os especialmente susceptíveis ao *burnout* (Fallowfield *et al.* 2002).

Dentro dos diferentes estudos realizados na área da oncologia, no que respeita ao impacto da incrementação de estratégias de comunicação sobre a saúde emocional do doente, destacam-se os de Sterwart (1996; Gysels, Richardson, Higginson, 2005) e Barlett, Grayson, Barker, Levine, Golden e Libber (1984; Gysels, Richardson, Higginson, 2005) que concluíram como principais áreas influenciadas, a diminuição dos sintomas, o controlo funcional da dor, a satisfação e a adesão aos tratamentos recomendados.

Por outro lado, outros estudos confirmam a presença de problemas fundamentais com a comunicação na prática clínica. A presença de parcas competências de comunicação pode ter diversas consequências (Gysels, Richardson, Higginson, 2005). Quando as más notícias são comunicadas de forma abrupta, podem aumentar a angústia do paciente e da sua família e ter efeitos duradouros nas suas adaptações à doença. As falhas na comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes causam insatisfação e raiva nos mesmos e na sua família, podendo inclusivamente provocar o aumento do risco de litígio entre o profissional e o doente resultando na quebra da relação terapêutica (Levinson, Roter, Mullooly, Dull & Frankel, 1997).

Para além dos estudos realizados no sentido de verificar os efeitos positivos e negativos da adopção de estratégias de comunicação entre o profissional de saúde e o seu doente, Gysels, Richardson, Higginson (2005), são da opinião que a aquisição de estratégias de comunicação efectivas não se adquirem automaticamente ao longo do tempo, nem somente com a experiência, é necessário que os profissionais de saúde invistam no treino dessas competências. Neste sentido estes autores conduziram um projecto que consistiu de revisão sistemática de estudos para determinar como é que o treino de estratégias de comunicação tem sido implementado, avaliado e que resultados têm surgido para os diferentes técnicos de saúde que têm usufruído destes programas. Este estudo constitui uma parte da revisão efectuada para o “*National Institute of Clinical Excellence on Models of Effective Supportive and Palliative Care (MESP)*”.

O trabalho levado a cabo por estes autores centrou-se nos objectivos dos estudos, nos grupos alvo, nas técnicas de educação das intervenções e na avaliação dos procedimentos dos programas de treino.

Os objectivos dos diferentes programas de intervenção, presentes nos diferentes estudos analisados, constavam de:

- A aquisição de competências para melhorar a entrevista médica;
- A avaliação da angústia psicológica dos doentes;
- A transmissão de informações angustiantes;
- As necessidades de aconselhamento;
- Resolução de problemas;

- Avaliação das necessidades de informações da parte dos doentes;

Seguindo uma abordagem mais ampla, num estudo posterior, (Rasavi, Delvaux, Marchal, Durieux, Farvacques e Dubus (2002), os autores incluíram no seu programa, a aquisição de estratégias de comunicação gerais e o treino da empatia em particular.

Através destes estudos realizados, foi possível concluir que o treino de estratégias de comunicação incluiu o treino de atitudes, de conhecimentos e da tomada de consciência, como parte das suas intervenções (Walker, 1996; Gysels, Richardson, Higginson, 2005).

No que respeita aos métodos de aprendizagem, contemplados nos diferentes estudos, os autores referem que o treino de estratégias de comunicação foi proporcionado através de uma combinação de elementos cognitivos e experienciais. Em sete dos treze estudos, o treino foi classificado de aprendizagem centrada onde era o atendimento dos profissionais de saúde que determinava os objectivos e o conteúdo das sessões, de acordo com as suas necessidades de treino. As intervenções fizeram uso de uma variedade de métodos educacionais: instrução, modelagem, *role play*, feedback e discussão.

Como principais resultados relativamente à eficácia das intervenções, os autores concluíram que os estudos que se dedicaram em parte ou totalmente à mudança das atitudes, para com o doente, de carácter mais geral, verificaram-se resultados positivos (Gysels, Richardson, Higginson, 2005).

. Nos três estudos em que foram examinados os efeitos do treino na prática clínica concluiu-se que as intervenções falharam nas mudanças de carácter mais profundo, a não ser quando eram integrados componentes de carácter comportamental (Gysels, Richardson, Higginson, 2005).

No que respeita à discussão deste estudo, os autores referem que é importante considerar o desenvolvimento de programas de comunicação tendo em conta a duração do treino, o conteúdo, a especificidade e a variedade de métodos de ensino usados, o

número de participantes e o tempo de treino no curso de uma carreira na área de clínica oncológica.

- Os melhores resultados dizem respeito a programas de treino de comunicação que ocorrem durante um longo período de tempo;
- Devem ser centrados na aprendizagem dos participantes, para que estes possam identificar as áreas problemáticas mais relevantes da sua prática clínica;
- Os programas que usam uma combinação de vários métodos focados na componente didáctica, com ênfase no conhecimento teórico associado aos ensaios práticos e posterior análise de críticas construtivas, da parte dos colegas e dos facilitadores qualificados, parecem constituir os programas mais eficazes;
- Os grupos mais pequenos encorajam uma participação mais intensiva;
- Dado que estes cursos necessitam de uma formação presencial, exigem facilitadores qualificados e tempo suficiente. Por outro lado, as consultas para avaliar comportamentos recém-adquiridos necessitam ser transcritas palavra a palavra, por isso eles são caros e exigem recursos intensivos.

Na mesma linha, Wilkinson Roberts e Albridge (1998), realizaram um estudo que teve como objectivo avaliar longitudinalmente 110 enfermeiros a exercer a sua actividade em serviços de cuidados paliativos, após terem sido submetidos a um programa de competências de comunicação. A duração deste estudo foi de dois anos e meio, e os dois elementos chave usados para o treino foram os registos áudio e os feedbacks, que aumentaram a auto-consciência e os workshops experienciais que contemplaram estratégias para lidar com situações difíceis. Neste estudo os resultados sugeriram como consequência primordial do programa de treino de estratégias de comunicação, que os enfermeiros se tornaram mais confidentes nas áreas relativas ao apoio afectivo prestado ao doente.

Por tudo isto, os autores, consideram que a emergência destes programas é imprescindível mesmo que constituam elevados custos para a saúde. Segundo eles, estes programas constituem o preço a pagar para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes com cancro, como uma competência clínica indispensável que afecta a prestação de cuidados e a qualidade de vida de ambos, o profissional de saúde e o seu doente.

3.3.2. A resiliência como factor protector

Um outro aspecto que tem sido evidenciado como uma peça fundamental no que diz respeito à prevenção e intervenção no *burnout* especialmente nas áreas da oncologia é a resiliência. Monroe e Oliviere (2006, p. 22) referem-se à importância deste conceito definindo-o como “a capacidade de estar bem quando confrontados com circunstâncias difíceis”. Newman e Blackburn (2002), baseados no Projecto Internacional de Resiliência, concluem que resiliência é “uma capacidade universal que permite à pessoa, ao grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos prejudiciais da adversidade” (Monroe e Oliviere, 2006, p. 22).

Os autores sublinham a importância de aplicar este conceito aos cuidados paliativos. A ênfase dada ao conceito de resiliência pode auxiliar os profissionais de saúde na busca de um equilíbrio entre o modelo médico que avalia o risco dos problemas de saúde nos indivíduos e que ao mesmo tempo promove os seus pontos fortes e recursos da família e da comunidade.

A resiliência pode ajudar na compreensão e promoção do bem-estar psicológico individual. Por seu turno, a promoção de resiliência na comunidade também pode fazer sentido em termos de economia da saúde, como futura exigência para a qualidade de cuidados para todos os indivíduos perto da morte, para os quais será inevitável ultrapassar recursos profissionais e financeiros.

Estudos sobre o conceito de resiliência aplicado aos cuidados paliativos, enfatizam a importância da “renovação” e da importância de enfrentar o futuro, mais do que

valorizar a perda. Neimeyer (2005) têm destacado o poder benéfico da narrativa e a construção de significados, sugerindo que a narrativa de experiências difíceis ou mesmo traumáticas pode ajudar a integrá-las e a superá-las. Monroe e Oliviere (2006, p. 23) lembram que a adaptação seguida da perda está associada ao crescimento pessoal para uma número considerável de pessoas: “Procura de um significado fundamentado no auto-conhecimento, aumento da empatia, valorização das relações familiares, independência, definição de objectivos prioritários e valores que podem resultar de uma reavaliação positiva”. O valor atribuído pelos pacientes e profissionais de saúde, em terapias criativas demonstra como os cuidados paliativos podem aumentar os recursos do indivíduo para seu uso no momento da ameaça, mesmo dentro de um tempo limitado de trajectória de morte.

A resiliência e o bem-estar nos cuidados paliativos, também foram estudados por Ablett e Jones (2007) num estudo qualitativo que descreve a experiência de um grupo de enfermeiros, como o objectivo de compreender os factores que ajudam a promover resiliência e atenuar os efeitos do *stress* no local de trabalho. Este estudo também permitiu explorar os processos através dos quais alguns enfermeiros que continuam a trabalhar nos cuidados paliativos conseguem sentir bem-estar.

Estes autores, num estudo mais recente, realizado com profissionais de saúde em Inglaterra, Wall *et al.* (1997; Ablett e Jones, 2007) que os profissionais de saúde relatavam experienciar maiores níveis de morbilidade psiquiátrica do que a população de trabalhadores em geral. Para além disso os profissionais de saúde que trabalham directamente com os doentes descobriram encontrar stressores a um nível mais elevado, em termos de aumento da quantidade de trabalho e exposição a necessidades físicas e emocionais da parte dos seus pacientes do que outros profissionais (Wall *et al.*, 1997; Ablett e Jones, 2006). Resultados similares foram encontrados nos Estados Unidos, com a equipa de profissionais de saúde, reportando menos satisfação laboral, suporte, autonomia e clarificação de papéis, do que em grupos de profissionais que não trabalham em saúde (Moos & Shaeffer, 1997; Ablett e Jones, 2006). No que respeita ao contacto com o doente, o *burnout* tem sido associado com um decréscimo na qualidade do contacto com o mesmo, com uma distância elevada e uma comunicação pobre (Ablett e Jones, 2006).

Numa perspectiva organizacional, a morbilidade psicológica e o *burnout* estão ligados ao absentismo, intenção de abandono e elevado *turnover* entre os membros da equipa (Cordes & Dougherty, 1993; Ablett e Jones, 2006).

No que diz respeito à especificidade da prestação de cuidados com o doente oncológico, estes autores chamam a atenção para a ideia bastante difundida de que o trabalho do profissional de saúde nos serviços de cuidados paliativos é um trabalho frequentemente exposto à dor ao sofrimento dos doentes, cujas doenças não têm cura, e que podem provocar a morte. O conflito entre o treino dos profissionais que é focado no tratamento curativo e a realidade de que alguns pacientes têm doença avançada que não pode ser curada pode conduzir a um sentimento de desamparo e de fracasso pessoal quando o tratamento é paliativo (Whippen & Canellos, 1991). Os profissionais de saúde podem sentir-se ainda mais angustiados no trabalho com doentes mais jovens, ou com doentes com quem se identifiquem fortemente (Graham *et al.*, 1996; Ablett e Jones, 2006). Além disso, trabalhar nos cuidados paliativos confronta os profissionais de saúde com as questões da sua própria mortalidade.

Ao contrário do que temos vindo a constatar através da revisão da literatura realizada, dadas as preocupações acima referidas, parece surpreendente que os elementos da equipa de cuidados paliativos não relatem elevados níveis de angústia psicológica. Na verdade, eles relatam níveis de *burnout* mais baixos do que as equipas que trabalham com outras especialidades, incluindo a oncologia (Ablett & Jones, 2006). E no sentido de aprofundar as vivências destes profissionais, através da realização de *focus group*² em cuidados paliativos, estes reforçaram que o contacto com a morte dos pacientes e as suas famílias se revelou a maior fonte de satisfação laboral (Grunfeld *et al.*, 2005) e de acordo com Levinson (1990; Ablett e Jones, 2006) o confronto com a própria mortalidade é a tarefa que pode conduzir a uma maior realização.

Estes estudos não conseguem clarificar porque é que o trabalho realizado num ambiente particularmente stressante não conduz inevitavelmente à doença física e

² *Focus group* ou em português “discussões de grupo” é uma técnica utilizada na pesquisa qualitativa, na qual se implementa a discussão moderada, em grupo, entre 8 a 12 participantes. As discussões de grupo têm uma duração média de hora e meia a duas horas, coordenadas por um moderador experimentado que funciona simultaneamente como facilitador da sessão. Esta especificidade de grupos é usada nos contextos mais diversos, frequentemente em testes de conceito e como pré-fase de estudos quantitativos maiores.

psicológica e não explicam adequadamente a falta de morbidez psicológica ou o *burnout* na equipa. Também não se compreende porque é que alguns membros da equipa com desempenhos transversais se mantêm bem e outros experienciam angústia psicológica. E para além disso, reforçam a controvérsia acerca dos níveis elevados esperados de *burnout* nos profissionais da oncologia, por comparação com os níveis de *burnout* nos profissionais de outros serviços.

Os estudos que acabamos de descrever salientam que, a competência pessoal dos enfermeiros da oncologia para lidar com o stress particular destes serviços é superior à competência pessoal dos enfermeiros que trabalham noutros serviços.

Na tentativa de compreender este facto, os autores conduziram a sua investigação numa mudança de foco de um paradigma patogénico, focado na morbilidade psicológica e *burnout*, para um paradigma salutar, focado na saúde e bem-estar quando confrontados com situações stressantes. Neste sentido os investigadores têm considerado os factores antecedentes que mantêm o sentido de bem-estar mais do que a ausência de psicopatologia (Ablett e Jones, 2006). Em particular os estudos têm investigado os factores interpessoais que promovem a resiliência. De acordo com Rutter (1985; Ablett e Jones, 2006, p. 608), “ a promoção da resiliência não conduz a um evitamento do stress, mas em vez disso o confronto com o *stress* em determinados momentos e de uma forma que permite alcançar auto-confiança e competência social para aumentar o controlo da situação e de responsabilidade necessária”.

Para a compreensão deste fenómeno aparentemente controverso os autores recorreram a uma metodologia qualitativa, pelo facto de permitir uma maior percepção das vivências dos indivíduos em contexto (Conrad, 1990; Ablett e Jones, 2006). Recorreram à realização de entrevistas semi-estruturadas e os dados foram analisados usando a metodologia de *grounded theory* (Strauss & Carbin, 1990), especificamente a análise fenomenológica interpretativa (IPA) (Smith, 1996). Segundo os autores, percorrendo a mesma linha de recomendação feitas por Strauss e Carbin, este trabalho pretende relatar a riqueza dos temas em particular, retirados da análise qualitativa mais do que tentar sumariar todos os dados. Assim, através dele, aos autores focaram-se nos temas que descreveram os enfermeiros sobre vários aspectos do seu trabalho, que são

relevantes para a sua resiliência e capacidade para continuar a trabalhar nos cuidados paliativos. Foram recrutados 10 enfermeiros que passam a maior parte do seu tempo a prestar cuidados de enfermagem em cuidados paliativos.

Quanto aos resultados que surgiram deste estudos, os autores salientaram 10 aspectos principais relacionados com a experiência do seu trabalho como enfermeiros dos cuidados paliativos:

- Uma escolha activa para trabalhar nos cuidados paliativos;
- A influência de experiências passadas na prestação de cuidados;
- Atitudes pessoais de prestação de cuidados;
- Atitudes pessoais em torno da vida (e morte);
- Consciência da própria espiritualidade;
- Atitudes pessoais em torno do trabalho;
- Aspectos de satisfação laboral;
- Aspectos do *stress* laboral;
- Formas de *coping*;
- Questões pessoais/profissionais e limites.

No que respeita à discussão, aos autores referem, que os temas que surgiram se relacionaram fortemente com o elevado grau de envolvimento e sentido de propósito acerca do seu trabalho. Estes temas foram avaliados em função da literatura, no sentido de compreender mais acerca da possibilidade dos factores interpessoais se relacionarem com a promoção da resiliência e protegerem ou moderarem os efeitos do stress no local de trabalho. Na literatura, os dois modelos que explicam a resiliência são os constructos de personalidade de robustez e sentido de coerência. A robustez compreende três tendências de disposição; compromisso, controlo e desafio. O compromisso refere-se ao significado e propósito de vida; o controlo refere-se ao sentido de autonomia sobre a vida de cada um; e o desafio é algo semelhante a um entusiasmo que conduz o indivíduo a perceber a mudança como uma possibilidade de crescimento. A mudança mais do que a estabilidade pode ser vista como algo normal na nossa vida. De acordo com Orr e Westman (1990; Ablett e Jones, 2006), a robustez pode ser considerada como uma operacionalização da coragem. O sentido de coerência, introduzido por Antonovsky (1987, cit in Ablett e Jones, 2006) é uma percepção integrada da vida como

sendo compreensível, manejável e significativa. A compreensibilidade refere-se a um componente cognitivo através do qual a nossa vida é interpretada como racional, estruturada, ordenada e previsível. As questões do manejo estendem-se às crenças que os indivíduos têm acerca dos seus recursos internos e externos, disponíveis para responder às exigências que lhes surgem. A significação representa a componente motivacional através da qual as exigências são avaliadas como desafios dignos de investimento e compromisso.

Segundo estes autores, estes dois conceitos não parecem ter sido estudados empiricamente nos profissionais de saúde dos cuidados paliativos. No que respeita aos resultados encontrados neste estudo, comparando os temas da robustez, todos os enfermeiros do estudo indicam elevados níveis de envolvimento com o seu papel e percebem-se a eles mesmos com elevado grau de controlo e autonomia no seu grupo de trabalho. Quando os temas foram comparados com o sentido de coerência os enfermeiros atribuíram significado ao seu trabalho e sentido de propósito. Eles perceberam o seu trabalho como manejável e foram levados pelo desejo de satisfazer as necessidades dos seus doentes e engrandecer a sua qualidade de vida. Uma tomada de consciência da sua mortalidade e espiritualidade foi outro aspecto reconhecido pelos enfermeiros do estudo, no sentido em que os levou a perceber o seu trabalho como compreensível. Os enfermeiros que não gostavam da mudança indicaram as suas necessidades de estabilidade num mundo incerto.

Como conclusões do seu estudo (Ablett & Jones, 2006), referem que os resultados ilustram que os factores interpessoais podem possibilitar aos profissionais permanecer resilientes e efectivamente protegidos dos efeitos do *stress* do trabalho nos cuidados paliativos. Comparando estes resultados com os da literatura especificamente aquela que diz respeito aos constructos de personalidade de robustez e sentido de coerência, foram encontradas muitas semelhanças.

Os resultados deste estudo sugerem implicações para o treino dos profissionais de saúde e suporte nos quais os factores que promovem resiliência, particularmente a robustez e um sentido forte de coerência, podem ser desenvolvidos através de pacotes de treino da equipa de profissionais. A oportunidade de reflectir sobre a prática clínica

pode capacitar a equipa no sentido desta reconhecer o impacto emocional do trabalho dos cuidados do fim de vida. E sugerem também que os membros da equipa mais resilientes e que mantêm o sentido de bem-estar podem mais provavelmente continuar a trabalhar nos cuidados paliativos e além disso, a manter-se comprometidos com uma melhor prestação de cuidados aos pacientes e suas famílias (Ablett & Jones, 2006).

Capítulo 4 - Modelo de Psicoterapia Centrado no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa

Da revisão da literatura efectuada, foi possível concluir que não existe concordância entre os diferentes autores acerca dos factores que contribuem para o modo como os profissionais de saúde lidam com as fortes exigências emocionais do seu trabalho.

Diversos autores propõem estratégias e técnicas de domínio interpessoal para prevenir ou intervir no estado de exaustão emocional dos profissionais de saúde, em relação à erosão provocada pelo contacto interpessoal diário com os seus doentes e a sua família.

No sentido de escolher, por um lado, um modelo capaz de explicar, e por outro, treinar as atitudes dos técnicos de saúde com vista a lidar de forma mais eficaz com as exigências emocionais do relacionamento interpessoal com os seus doentes, familiares, colegas e equipa de trabalho, propomos o **Modelo de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa (PCCACP)**, por ser um modelo experiencial que se centra na facilitação de um conjunto de condições atitudinais que permitem a actualização das potencialidades dos sujeitos envolvidos neste processo.

4.1. O processo terapêutico para Carl Rogers

Para justificar a nossa escolha vamos referir-nos a alguns conceitos fundamentais do modelo que escolhemos para a nossa proposta de intervenção. Para isso começamos por uma breve referência **ao processo terapêutico**, onde incluiremos os conceitos chave assumidos por este modelo, desenvolvido por Carl Rogers.

De entre as múltiplas formas de Psicoterapia destacam-se as terapias estruturais ou profundas, como as psicoterapias que visam mudança das estruturas básicas da vida psicológica. Enquanto forma de intervenção psicológica, dentro das psicoterapias experienciais, a Terapia Centrada no Cliente, como representante mais significativo das

terapias humanistas, emerge como o modelo psicoterapêutico matricial das atitudes básicas em contexto experiencial.

Dois pontos-chave caracterizam este modelo de intervenção psicológica:

1. A consideração do Outro relacional como fonte do seu próprio conhecimento;
2. A importância do desenvolvimento de um clima atitudinal específico pelo terapeuta como o operador da mudança terapêutica.

Neste sentido, cabe ao terapeuta desenvolver e assumir um conjunto atitudinal facilitador da mudança do seu cliente, ele próprio o agente dessa mudança. Torna-se, portanto, necessário que o terapeuta actualize as suas potencialidades, em termos desse conjunto de atitudes, implicando uma formação específica.

A Hipótese central da Abordagem centrada parte da premissa que a Pessoa é um ser auto-determinado que tem dentro de si vastos recursos, que lhe permitem:

- Uma maior auto-compreensão;
- Um progressivo auto-conhecimento e auto-descoberta;
- Alterar o conceito que vai construindo de si (*self-concept*)³;
- Modificar atitudes e auto-dirigir o seu comportamento.

Rogers refere que a terapia impulsiona o cliente para um crescimento e desenvolvimento normais, através de um processo em que o terapeuta dá ênfase os aspectos afectivos de uma situação em detrimento dos aspectos intelectuais, ao mesmo tempo que valoriza as vivências imediatas que surgem no aqui e agora, através da relação terapêutica estabelecida. Consta de um modelo de terapia experiencial enquanto experiência de crescimento.

Neste modelo, o cliente possui, potencialmente, as competências necessárias à solução dos próprios problemas, sendo função da psicoterapia estimular as capacidades presentes em estado latente. A terapia é centrada no cliente, uma vez que é ele quem

³ *Self-concept*, pode ser visto como uma configuração organizada de percepções do *self*. É composto pelas percepções das capacidades e características de um indivíduo; pelo objecto de percepção e conceito do *self* relativamente aos outros e ao meio envolvente; pelas qualidades valorativas que são percebidas como associadas a vivências e objectos e os objectos e ideias que são percebidos como possuindo valência positiva ou negativa.

assume a direcção que quer tomar, sabendo que é livre de optar pelo sentido que entender, neste processo. O que se verifica nestas condições é que os indivíduos optam sempre por uma direcção construtiva: é a tendência direccionada inata do organismo para crescer designada por confiança organísmica (Rogers, 1983).

A teoria da terapia (Rogers, 1983) segue os princípios do pensamento experimental através do seguinte postulado: **se**, forem criadas certas condições, **então** ocorre determinado processo. Se este processo se produz, então ocorrem certas modificações na personalidade e no comportamento. Neste sentido o autor procura compreender e explicar a natureza do organismo humano mediante as condições derivadas de pressupostos teóricos, consideradas necessárias e suficientes para promover um processo de mudança construtiva, na personalidade. Para que o processo terapêutico se produza, é necessário:

1. Que duas pessoas estejam em *contacto psicológico*.
2. Que a primeira pessoa designada cliente, apresente alguma consciência do seu desconforto ou de alguma discrepância entre a sua experiência e o seu auto-conceito. Que se encontre, portanto, num estado de *incongruência*, vulnerabilidade ou angústia.
3. Que a segunda pessoa, designada terapeuta esteja num estado de *congruência* na relação.
4. Que o terapeuta experimente sentimentos de *consideração positiva incondicional* pelo cliente.
5. Que o terapeuta experiencie uma *compreensão empática* da realidade do cliente.
6. Que o cliente perceba a *congruência*, a *aceitação positiva* e a *compreensão empática* manifestada pelo terapeuta.

Passamos a desenvolver, em seguida, cada uma das condições enunciadas por Rogers, de acordo com a perspectiva de outros autores que adoptaram o modelo rogeriano.

4.1.1. O contacto Psicológico

O contacto psicológico é a primeira das seis condições terapêuticas, apresentadas por Rogers. Para que se estabeleça uma relação terapêutica tem que haver contacto psicológico efectivo entre terapeuta e cliente. Das seis condições, esta é considerada uma condição primeira, porque se não estiver presente, não ocorre o processo terapêutico (Wyatt, 2001). Uma mudança de personalidade significativa não ocorre se não através de uma relação. Tudo o que se pretende com a primeira condição é estabelecer que as duas pessoas estejam, num certo grau, em contacto psicológico, que cada uma registe alguma diferença percebida no mundo experiencial da outra.

As condições 1 e 6 poderão ser definidas como as “condições da relação”, as condições que determinam o contexto no qual o terapeuta providencia as condições, 3, 4 e 5 que podem existir em maior ou menor grau.

Rogers (1959) considera o Contacto, como sendo em essência, um acontecimento interpessoal recíproco, simbolizado na consciência. Este ingrediente mínimo essencial é a relação, não é apenas a transmissão de informação de um dos lados, que qualquer outra pessoa recebe, ou qualquer coisa que possa acontecer sem que qualquer uma das partes tome conhecimento desse facto.

4.1.2. A incongruência/congruência

Incongruência é um estado de discrepância entre a experiência real do organismo e a imagem de *self* do indivíduo, ao nível do que esta representa, relativamente à sua experiência (Wyatt, 2001). É um estado que ocorre quando há diferenças entre a tomada de consciência, a experiência e a comunicação desta. A incongruência pode manifestar-se como incapacidade de percepção e comunicação do que está a ser vivenciado. É um estado que corresponde à existência de dificuldades na percepção dos sentimentos ou pensamentos experienciados devido à discrepância existente entre a percepção do eu e a experiência actual do organismo total.

Para o autor, a incongruência é um estado de desacordo da pessoa com a sua personalidade no contexto das suas relações com o mundo; sensação consciente e desagradável, dolorosa, ameaçadora da destruição do eu. É um fenómeno central e universal de qualquer desajuste psicológico, condição determinante para o estabelecimento do processo terapêutico (Marques-Teixeira, 2000).

O fenómeno do adoecer psíquico está associado por um lado, a uma imagem distorcida do self e das suas potencialidades, e por outro, a uma patologia do processo de simbolização da experiência organísmica, que se traduz na impossibilidade dessa experiência ser percebida de forma autêntica e real pela estrutura do self.

Esta desorganização traduz-se na falta de aceitação de si, numa deficiente comunicação interna, numa avaliação parcial da sua experiência e num comportamento desajustado, em suma na incongruência. (Rogers & Kinget, 1977).

Gaylin afirma “*incongruence is a discrepancy between the actual experience of the individual and the individual’s image of self*” (Gaylin, 1993). A incongruência surge assim como a ruptura entre a estrutura conceptual do *self* e o campo fenomenológico da experiência. A patologia, será a manifestação dessa incongruência. O comportamento desajustado será o resultado do desacordo existente entre a imagem do *self* e as exigências do organismo.

O objectivo do processo psicoterapêutico reside na facilitação da actualização da tendência para o organismo ajustar adaptativamente o seu *self concept* à experiência.

Em oposição aos indivíduos incongruentes surgem os indivíduos em funcionamento pleno, estado designado por Rogers e que se pode verificar em indivíduos que finalizaram uma psicoterapia, com sucesso. Sentem-se livres e capazes de eleger em cada momento a direcção que melhor se lhes adequa. As pessoas em funcionamento pleno, vivem um estado de adaptabilidade pleno em que a organização do *self* e da personalidade se opera de forma adequada. O Conceito de Rogers acerca da pessoa em funcionamento pleno, ‘é sinónimo de um ajustamento psicológico óptimo, uma

maturidade psicológica ótima, completa congruência, completa abertura à experiência, completa plenitude (Rogers , 1959).

A congruência, por seu turno, é uma das 3 atitudes terapêuticas, consideradas por Rogers (1959) como um elemento das condições necessárias e suficientes para que ocorra a mudança de personalidade. O autor considera este conceito multifacetado e complexo e define-o como o grau de exactidão entre o que é experienciado e a tomada de consciência do que está a ser experienciado (Wyatt, 2001).

A partir de 1956, Rogers passa a considerar a congruência como a mais importante de todas as qualidades que deve ter um terapeuta. Quanto maior for o estado de congruência do mesmo, isto é, quanto mais capaz ele for de aceitar os seus próprios sentimentos, integrando-os no seu *self*, maior é a probabilidade de sucesso da terapia (Rogers, 1961).

A congruência é definida como uma maneira de ser do terapeuta aquando das suas respostas formais para o cliente correspondem consistentemente com os seus sentimentos mais profundos e sensações que ele tem em relação ao seu cliente. Considera-se que o terapeuta é congruente quando o modo como se comporta é perfeitamente reflectido no que pensa interiormente e quando a resposta ao seu cliente se refere ao que sente e não a sentimentos de auto-defesa ou de valorização.

A congruência coloca ao terapeuta questões desafiantes embora o desafio só exista, de certo, porque os terapeutas geralmente sustentam níveis de incongruência (Mearns & Thorne, 1999).

Um terapeuta em estado de congruência, é uma pessoa real e concreta, que não está a representar um papel mas a manifestar sentimentos autênticos, experienciados em cada momento. O terapeuta deve ser autêntico, não se preocupando com a forma como transmite ao cliente a sua autenticidade. Apenas se deve preocupar em adoptar uma constância de atitudes e que o cliente se aperceba dessa constância.

Como seres humanos usamos as habilidades que possuímos de forma a cultivar a nossa incongruência de maneira a ficarmos protegidos de “sermos observados” pelo outro. Contudo, não importa quão autêntico o terapeuta está a ser, se o cliente se aperceber da sua duplicidade ou não sinceridade, o impacto da atitude de congruência será substancialmente perdido. Assim, a congruência do terapeuta poderá também fortalecer a congruência do cliente na medida em que ele, desta forma, tenderá a procurar tornar-se mais capaz de representar os seus sentimentos e as respostas de uma forma clara e fiel em vez de escondê-los ou mascará-los.

Em suma, a congruência, também denominada por genuinidade, transparência, autenticidade ou verdade, afasta o lado secreto da psicoterapia e assegura que o terapeuta e o cliente partilhem de uma mesma realidade.

Rogers distingue congruência intrapessoal e congruência interpessoal. A primeira, diz respeito, às vivências individuais, referindo-se ao estado de equilíbrio entre o conceito de *self* e a experiência organísmica. A congruência interpessoal é vivenciada na relação entre duas pessoas, habitualmente entre terapeuta e cliente (McMillan, 2004).

Segundo este autor, a congruência deve ser encarada como um processo, como algo, em constante mudança. A experiência muda, o organismo evolui e o ambiente externo é distinto em cada instante.

O objectivo ideal e possível de ser atingido através da terapia rogeriana é o funcionamento pleno em que os indivíduos utilizam as suas capacidades e talentos, realizando os seus potenciais e direccionados para o completo conhecimento de si próprios e das suas experiências. Aquilo que, de uma forma breve, caracteriza o funcionamento pleno é: **a abertura para a experiência**, em que os indivíduos se encontram completamente abertos à experiência e são capazes de se ouvirem a si próprios sem se sentirem ameaçados; o aumento da **vivência existencial**, na qual cada momento é vivido de uma forma única e singular; a **confiança no seu organismo**, em que as experiências organísmicas são válidas como fontes de informação para a tomada de decisões; a **liberdade experiencial** e a **criatividade** que é a característica associada à maturidade psicológica óptima. Deste modo, o resultado da terapia, na perspectiva

humanista, não será um “produto concluído”, mas antes, a instauração de um novo modo de perceber mais ajustado e mais capaz.

4.1.3. Empatia

A empatia é outra das condições referenciadas por Rogers, como uma das condições necessárias para o êxito do processo terapêutico.

Esta atitude é considerada como um acto deliberado, que não surge espontaneamente e, como tal, é preciso vontade, disposição e treino. Os alvos considerados de atenção empática pretendem atingir componentes emocionais, lidar com experiências complexas, englobam a procura de significados pessoais da experiência da pessoa que pede ajuda.

Ser empático, é perceber o quadro de referências interno de outra pessoa com precisão e com as componentes emocionais e significados como se fosse a pessoa, mas sem nunca perder a condição “como se”. Então, significa sentir a dor e o prazer de outra pessoa como ela sente e perceber as causas como ele as percebe, sem contudo perder o reconhecimento de que é “como se” eu estivesse magoado ou agradado (Rogers, 1959).

Brodley (2001), denomina a empatia como um processo de compreensão empática aceitante. A autora, refere ainda, que a essência da compreensão empática envolve o reconhecimento da comunicação do cliente enquanto expressão de si próprio como fonte de significados, reacções, intenções, perspectivas e sentimentos, em transacção consigo ou com o mundo externo e objectivo.

Um modo empático de ser, em relação a outra pessoa, tem facetas diferentes (Rogers, 1975):

- Significa entrar no mundo perceptual privado do outro e sentir-se e mover-se à vontade nesse mundo.

- Envolve ser sensível, momento a momento, aos significados sentidos e em mudança que fluem na outra pessoa, ao medo ou raiva ou ternura ou confusão, ou seja o que for que o outro está a experienciar.
- Significa viver temporariamente a vida do outro, movendo-se nela delicadamente sem fazer julgamentos; significa sentir significados que a outra pessoa não tem consciência, mas sem tentar descobrir completamente sentimentos inconscientes, dado poder ser demasiado ameaçador.

Estar com o outro deste modo significa, nesse momento, deixar de lado os próprios valores de forma a entrar no mundo do outro sem preconceitos.

A compreensão empática é um processo dinâmico que significa, capacidade de penetrar no universo perceptivo do outro, sem julgamentos, tomando consciência dos seus sentimentos, sem no entanto, deixar de respeitar o seu ritmo de descoberta de si próprio (Rogers & Kinget, 1977).

Nesse sentido, Rogers (1975) entende empatia como um processo e não como um estado, o que implica:

- Verificar frequentemente com a pessoa a precisão do que está a sentir e sendo guiado pelas respostas que recebe. Procura do sentido da experiência do cliente e não apenas do sentido literal das suas palavras.
- O objectivo principal do terapeuta é *compreender* o cliente de modo a que este, tenha a experiência de *ser compreendido*.

Trata-se de um processo que implica sensibilidade constante em relação às mudanças que se verificam no outro, quanto aos significados que ele atribui ao que vivencia. Um terapeuta empático é aquele que abandona os próprios pontos de vista e valores, entrando no quadro de referência do cliente, o que significa pôr de lado o seu próprio “Eu”. Ser empático, é tanto mais difícil quanto mais os pontos de vista do outro se diferenciam dos do terapeuta, bem como quando estes se opõem à lógica e à realidade (Campos, 1982).

Barrett- Lennard (Rogers, 1961), afirma que ser empático é perceber o que está além do que é explícito, sem esquecer que esta consciência tem origem e se processa no outro.

Tengland (2001) propõe a análise da empatia, enquanto competência, segundo quatro visões. Este autor, considera esta condição, numa perspectiva cognitiva (*cognitive sense*), numa perspectiva sentimental (*feeling sense*), numa perspectiva de preocupação/pró-atitude (*pro-attitude sense*) e numa perspectiva emocional (*emotional concern sense*).

Este autor, refere ainda que a relação empática é, portanto, um processo dinâmico, de reajustamento constante em precisão, na compreensão de significados e na reestruturação do sistema de referências do cliente sem, contudo, colocar em risco a perda da identidade do terapeuta.

Por sua vez, John Shlien (1998), refere-se à empatia como uma forma de inteligência, considerando este conceito de extrema importância para a adaptação, afirmando que a sobrevivência social e física dependem dela. Diz ser uma capacidade, concreta, constante e inevitável num terapeuta. Em contexto terapêutico, considera a empatia como uma “pré-condição” da terapia. Se o terapeuta não for empático, o processo terapêutico não tem sucesso.

Quando uma pessoa se sente compreendida, desenvolve um conjunto de atitudes na direcção do crescimento. A pessoa que é ouvida de forma compreensiva, ouve-se a si própria de forma mais correcta; desenvolve uma maior auto-compreensão e auto-estima, integra de forma mais correcta as experiências no *self*, existindo uma maior congruência entre o *self* e as suas vivências (Haugh *et al.*, 2001).

4.1.4. Aceitação Positiva Incondicional

Aceitação positiva incondicional é outra das atitudes que deve estar presente em todo e qualquer processo terapêutico. A incondicionalidade refere-se à constância em aceitar o cliente, independentemente do seu estado emocional ou do comportamento do

último, das suas atitudes perante o terapeuta ou ainda do que as outras pessoas possam pensar do cliente (Barrett-Lennard, 1962, cit in, Lietaer, 2001).

Por sua vez, a aceitação positiva refere-se à atitude afectiva do terapeuta perante o seu cliente de uma forma não-possessiva acreditando, por isso, nas suas potencialidades. Na aceitação positiva incondicional está implicado um não-julgamento externo e a não inclusão de aprovação ou desaprovação de comportamentos tendo em conta o quadro de referências do terapeuta.

A ausência de julgamento externo estimula o cliente perante uma maior independência e auto-responsabilidade, não se confinando ao que os outros pensam e esperam, mas a própria experiência do indivíduo torna-se a base principal das escolhas e decisões. Segundo Rogers (1986), desenvolve-se a partir desta liberdade mútua, de expressar os sentimentos reais, positivos e negativos, um clima de confiança mútua. Cada membro caminha para uma maior aceitação do seu ser global – emotivo, intelectual e físico – tal como ele é, incluindo as suas potencialidades.

O cliente sente que o terapeuta o valoriza coerentemente através da sua relação, apesar do facto de ele não se valorizar a si próprio e mesmo quando o terapeuta não gosta ou aprova todos os comportamentos.

A consideração positiva incondicional, traduz-se pela aceitação incondicional, pelo respeito, pela compreensão e aceitação total dos sentimentos de outra pessoa, sem juízos de valor ou críticas, *a priori* (Campos, 1982). Este processo de aceitação, deve acontecer, não porque o comportamento da pessoa é semelhante ao nosso, mas pelo facto de se tratar de uma pessoa e isso, por si só, constituir motivo de aceitação, mesmo que a sua conduta não seja a ideal.

No que diz respeito à importância desta atitude terapêutica, Rogers (1942) refere que o cliente que tenha sido criado sob “condições de valor” opressivas terá aprendido que apenas tem valor, se se comportar em concordância com as expectativas das pessoas significativas.

O *olhar positivo incondicional* da parte do terapeuta em torno do seu cliente é importante porque este olhar elimina directamente qualquer condição de valor, desta

forma a pessoa sente-se livre para olhar dentro de si sem defesas e, gradualmente reconhecer e admitir o seu Eu mais real, os seus modelos de infância, sentimentos de agressividade e ambivalências bem como os seus impulsos maduros e exterior racionalizado.

Rogers (1951) na descrição da sua teoria da personalidade descreveu o desajustamento como emergindo de um conflito ou inconsistência entre a auto-imagem da criança como ser amado ou “amável” e a sua percepção de que algumas das suas experiências satisfatórias são experienciadas negativamente por aqueles que a amam.

O cliente ausente de comportamentos de auto-aceitação reflecte as seguintes atitudes (Wyatt, 2001):

- Não espera que os outros o valorizem, por isso a sua relação com eles é auto-protectora ou defensiva
- Pode parecer fraco, inapropriadamente agressivo, não emocional ou tende a desistir do contacto social

Estes comportamentos são aceites com medo, da parte dos outros, podendo levar ao afastamento dos mesmos. O cliente considera-se não amado e incapaz de amar. A Aceitação Positiva Incondicional, quebra este ciclo assim que o terapeuta se recusa a declinar perante o comportamento defensivo do cliente e oferece uma aceitação consistente do seu mérito intrínseco

Esta é uma das condições terapêuticas que, juntamente com a empatia e a congruência, dizem respeito ao terapeuta (Wyatt, 2001).

O terapeuta mostra consideração incondicional positiva, pelo cliente ao aceitar cada aspecto da experiência deste como se fosse seu. O cliente assim aceite, sente-se seguro, e livre para expressar e aceitar as suas experiências. Trata-se de uma atitude que deve ser demonstrada ao cliente de forma constante, independentemente do comportamento que o cliente adopta.

A consideração positiva incondicional deve incluir também uma compreensão empática, captar o mundo particular do cliente como se fosse o próprio, permitindo-lhe maior liberdade para explorar sentimentos internos.

4.1.5. A tomada de consciência do cliente das atitudes do terapeuta

A tomada de consciência do cliente das atitudes do terapeuta é uma das condições para que a terapia centrada no cliente funcione, segundo Carl Rogers. Para o autor, trata-se de uma condição importante, não só em contexto de relação terapêutica mas também em qualquer contexto de vida (afectivo, de interacção, profissional, entre outros). Esta condição pode ser influenciada por factores internos ou externos.

Corresponde à experiência que o cliente tem da relação com o terapeuta. É muito importante, neste processo de mudança, que o cliente perceba a empatia, a aceitação positiva incondicional e a autenticidade por parte do terapeuta. Sem a percepção destas atitudes, está inviabilizado o processo terapêutico, na medida em que o cliente irá manter o seu estado de incongruência inicial.

Segundo (Barrett-Lennard, 2002), o critério final para ser um bom terapeuta é que ele revele a habilidade para comunicar ao cliente a compreensão que tem dele. O cliente precisa saber que o terapeuta é autêntico, que se preocupa consigo, que o ouve e compreende, para isso, é necessário que o terapeuta seja claro a fazê-lo. Desde que esta relação entre terapeuta e o cliente seja estabelecida, o cliente fica preparado para a mudança.

Existe, portanto uma tríade indissociável de atitudes que deverão estar presentes tanto na intervenção individual como grupal e que se estiverem presentes no processo de terapia poderão realmente facilitar a mudança.

4.2. Tendência actualizante e tendência formativa

Segundo Lagrée (2003), a pessoa humana não se compreende senão na articulação de três planos distintos mas ligados; o plano biológico do indivíduo, do seu programa genético e dos seus mecanismos inatos; o plano relacional do seu ser com outrem, da sua afectividade e da sua história; o plano simbólico da inscrição numa cultura, numa língua, numa tradição e o enquadramento da sua vida num discurso. Num fundo, e inseridos na Perspectiva da *Abordagem Centrada na Pessoa*, o indivíduo é um ser singular que se constrói e desenvolve capacidades através da força ou tendência natural do seu organismo, denominada por tendência actualizante, num processo activo e libertador, formado para desenvolver potencialidades.

Ao considerarmos a teoria da personalidade preconizada por este modelo, surgem dois conceitos chave, que iremos descrever, a tendência actualizante e a tendência formativa.

Rogers (1980) definiu a tendência actualizante como uma característica de um organismo vivo, constituindo uma tendência para se conservar a si mesmo e mover-se no sentido da maturidade. Para este autor, os indivíduos têm em si mesmo vastos recursos para a auto-compreensão e para a modificação dos seus auto-conceitos, atitudes e do seu comportamento autónomo. Desta forma, a mudança opera segundo um processo de actualização das capacidades do indivíduo.

A capacidade de auto-regulação do organismo actua segundo um sistema de avaliação das experiências, sendo que as que são percebidas como actualizantes do organismo são valorizadas positivamente.

A mudança terapêutica ocorre quando são criadas as condições facilitadoras, na relação com o terapeuta, considerado fonte externa, que fornece estímulo para a transformação da pessoa. Este processo ocorre segundo quatro princípios (Marques-Teixeira, 2000):

- Interacção entre os estímulos e os símbolos;
- Reconstituição do processo experiencial;

- Simbolização verbal dos conteúdos da experiência;
- Hierarquização da simbolização da experiência.

Tendência formativa é a tendência que existe no universo que pode ser observada em qualquer nível. Isto é, os múltiplos sistemas do universo tendem a organizarem-se em conjuntos delimitados de um fundo geral, através de uma maior complexidade da organização subjacente. A esta maior complexidade da organização correspondem novas singularidades no seio da multiplicidade de opções. Esta tendência tem um carácter universal, que não só se verifica nos seres humanos mas nos organismos vivos, em geral. O universo, complexo sistema de sistemas, possuiu uma interacção entre a ordem e a desordem, dando origem a novas organizações mais complexas que obedecem ao princípio generativo da auto-organização (Fadiman & Frager, 1986; Marques-Teixeira, 1995).

Marques-Teixeira (1995) afirma que a tendência formativa opera segundo o princípio de auto-organização, que permite ao indivíduo avaliar as suas acções e experiências em função do seu sistema de valores pessoal, ou seja do seu quadro de referências interno. Por sua vez, a tendência actualizante opera segundo o princípio da realização, ou seja é a fonte de energia e acção para o indivíduo, englobando em si a possibilidade de actualização potencial. A tendência à realização constituiu um princípio geral enquanto a actualização de potencialidades constitui uma das operacionalizações desse princípio.

Rogers evidencia o aspecto holístico da tendência actualizante. Aspectos diferentes de uma pessoa assumem relações de base conforme os objectivos específicos da pessoa e das exigências do meio. A este respeito, Brodley (1998), apresenta algumas características relativas ao conceito de tendência actualizante. Segundo esta autora, trata-se de um conceito individual e ao mesmo tempo universal, à medida que se manifesta em cada indivíduo de forma particular, e ao mesmo tempo se verifica em todos os indivíduos, por isso universal. É também um processo selectivo, porque é direccional e construtivo. O processo direccional dominante da tendência actualizante é o do aumento de tensão no sentido da expansão, do crescimento e desenvolvimento das

capacidades inatas. É uma tendência orientada para a autonomia da pessoa e sensível às condições do meio, manifestando-se ao nível do *self* (Rogers, 1980).

Barret-Lenard (2001), afirma que a tendência actualizante é o princípio motivacional do comportamento humano, acompanhado por outro que designa por tendência para a homeostasia⁴.

Carl Rogers considera que o desenvolvimento harmonioso do indivíduo resulta da articulação entre as suas forças impulsionadoras para a organização complexa e as condições do seu meio envolvente. Rogers introduz, assim, uma nova concepção de desenvolvimento, em que o centro é deslocado do intrapsíquico, para o intersubjectivo, bem como, deslocado do estímulo e resposta proposto pelo Behaviorismo para uma estrutura que passa pela intencionalidade orientada para um mundo envolvente Rogers (1986).

Para Rogers (1986), se se considerar que o indivíduo possui esta capacidade actualizante, apenas se torna necessário, fornecer ao cliente, as condições relacionais que promovam a mudança e ou o crescimento pessoal, mesmo em situações de grande sofrimento. Estes agentes devem estar conscientes da sua função como uma função facilitadora, com uma forte implicação do indivíduo, como descreveremos em pormenor, no capítulo sobre grupos de encontro.

Quanto mais um indivíduo se sente compreendido e aceite, maior é a sua tendência para abandonar as defesas e adoptar atitudes construtivas (Rogers & Kinget, 1977). Trata-se, em nossa opinião, da função primordial da psicoterapia. O terapeuta acredita na capacidade do próprio indivíduo para actualizar as suas potencialidades, necessitando apenas proporcionar-lhe um ambiente de aceitação e compreensão que naturalmente favorece a emergência da tendência actualizante, promovendo a mudança e o desenvolvimento.

⁴ Homeostasia, é um conceito que se refere ao equilíbrio dinâmico dos sistemas na sua relação com o meio.

4.3. A Reformulação como Técnica de Compreensão

A reformulação é uma resposta compreensiva empática, isto é, uma comunicação discreta e calorosa, sob a forma de asserção, daquilo que o terapeuta compreendeu do que a pessoa exprimiu ou tentou exprimir (Brodley, 1977). É uma intervenção do entrevistador que consiste em tornar a dizer de outra forma e de modo mais conciso ou explícito o que o cliente acaba de expressar e de tal forma que obtenha a concordância do sujeito.

A Reformulação é a comunicação da compreensão do terapeuta relativamente à pessoa, num movimento permanente de ajustamento/clarificação. Trata-se do modo de intervenção verbal e não verbal mais importante de que dispõe o psicoterapeuta. Através da reformulação o terapeuta procura esclarecer, sem instruir, estimular a auto-descoberta e auto-compreensão, sem conduzir ou parcializar essa compreensão.

A técnica da reformulação pressupõe que o ser humano é capaz de orientar o seu comportamento, em função do que for mais conveniente para si. Pressupõe a capacidade do ser humano para a reflexão, a relação social e a auto-regulação, que já aqui referimos e constitui um dos princípios fundamentais da teoria rogeriana.

Estudos de Quinn, descritos por Rogers (1961) referem que um número considerável de clientes apontam como uma atitude significativa para o sucesso da terapia, o facto de o terapeuta reformular de forma clara, aquilo que a pessoa transmite de forma vaga ou hesitante. Esta é uma forma do cliente reflectir melhor sobre o seu estado, tomando uma maior consciência do que disse, ao mesmo tempo que se sente compreendido e aceite.

Antunes (2009), refere que a reformulação centra-se sobre a vivência afectivo-existencial e não sobre o saber, o conhecimento e a explicação racional, deve centrar-se na pessoa e não no seu problema. Não se trata de uma resposta em espelho, mas de uma comunicação altamente individualizada e pessoal. É um momento de um acto de comunicação recíproca, que visa transmitir empatia, valorização incondicional e a presença do terapeuta.

Segundo Mucchielli (1994), em contexto terapêutico, a reformulação consiste na intervenção do facilitador, que utiliza termos diferentes, de modo mais conciso ou explícito, daquilo que o indivíduo expressou.

Segundo Rogers, os princípios da reformulação, permitem ao facilitador/terapeuta certificar-se de que não introduz nada propriamente seu, na comunicação com o técnico de saúde/cliente. Por outro lado, esta técnica permite ao cliente reconhecer-se na reformulação efectuada pelo facilitador/terapeuta, ao mesmo tempo que comprova que é ouvido e compreendido no que foi dito por si.

A técnica da reformulação pressupõe que o ser humano é capaz de orientar o seu comportamento, em função do que for mais conveniente para si. Pressupõe a capacidade do ser humano para a reflexão, a relação social e a auto-regulação, que já aqui referimos e constitui um dos princípios fundamentais da teoria rogeriana.

De acordo com Mucchielli (1994), Carl Rogers apresenta-nos três tipos de reformulações: a) a reformulação-reflexo; b) a reformulação como reversão da figura fundo; c) a reformulação-clarificação.

a) A Reformulação-reflexo consiste em parafrasear ou reflectir a comunicação que o cliente acaba de fazer. O facilitador retoma as ideias expressas no fim de um período, reformulando-as para que o indivíduo se situe em relação ao que foi dito por si. Dirige-se ao conteúdo estritamente manifesto da comunicação, quando a comunicação do cliente é descritiva e sem “substância emocional” significativa.

Antunes (2009) descreve-a como geralmente breve, consistindo em resumir a comunicação do cliente; assinalar um elemento relevante; facilitar a continuação da narrativa; preparar e facilitar a tomada de consciência, o clima de confiança e a redução da defensividade (ampliação do campo de percepção). O valor específico é essencialmente de ordem afectiva não tanto cognitiva (o cliente sente-se acompanhado, respeitado, confirmando a sintonia do terapeuta).

b) A Reformulação como reversão da figura-fundo é um tipo de reformulação baseado na teoria da *gestalt*. Na reformulação, a mudança da figura-fundo nada adiciona ou tira àquilo que é apresentado pelo profissional de saúde/cliente, mas, de repente, algo que estava latente emerge na sua consciência. Quer dizer, a reformulação dá ao técnico de saúde/cliente a possibilidade de perceber uma figura sobre um fundo ou um fundo de uma figura. Por vezes, o profissional de saúde/cliente, só vê a figura ou o fundo do problema. O papel do facilitador/terapeuta é ajudar o técnico de saúde/cliente a ver a outra dimensão da *gestalt*. O que se torna possível, através da técnica da reformulação.

Antunes (2009) salienta que através deste tipo de reformulação ocorre a evolução da “figura” no sentido da amplificação, diferenciação ou correcção da percepção emocional (reduzindo a sua fugacidade).

c) A Reformulação-clarificação é um tipo de reformulação em que o que o técnico de saúde/cliente diz é a expressão daquilo que ele experimenta, com o que isso implica de latente, de não organizado ou de confuso. Este tipo de reformulação é, ao mesmo tempo, o aspecto mais difícil e mais eficaz da reformulação. A reformulação-clarificação, consiste efectivamente em trazer à luz e reenviar ao técnico de saúde o sentido exacto daquilo que ele disse ou pretendeu dizer.

Para Antunes (2009) visa tornar evidentes sentimentos e atitudes que não decorrem directamente das palavras do cliente, mas que estão implícitas na comunicação do mesmo.

A reformulação revela-se, portanto, como mais um factor muito importante que possibilita um refinamento dos processos de comunicação, veículo que se constitui de grande relevância em contextos problemáticos e carentes de compreensão, como são os contextos hospitalares. Pretende-se que através dela seja possível aceder de forma mais fácil ao mundo interno do indivíduo, no sentido de lhe permitir, por sua vez, comunicar mais eficazmente consigo com os seus doentes/familiares e a equipa de trabalho.

4.4. Grupos de encontro

4.4.1. O grupo como lugar de encontro

Rogers (1978), considera que o trabalho com grupos de encontro é um instrumento privilegiado não só para o desenvolvimento pessoal como também para a educação, para a saúde, gestão e resolução de conflitos.

Este autor refere que este tipo de grupos possui um clima de segurança psicológica que encoraja a expressão de sentimentos dos elementos do grupo, abrangendo o envolvimento afectivo, como um todo. O modo como se dá o desenvolvimento do grupo nem sempre é previsível, mas segue um percurso auto-regulador e auto-dirigente no sentido de atingir um objectivo terapêutico, ligando todos os indivíduos. Como referem Fadiman & Frager, (1986, p.243) "quando o material afectivo significativo emerge, as pessoas começam a expressar umas às outras os seus sentimentos imediatos, tanto positivos quanto negativos". Quanto mais expressões emocionais surgem, maior é o desenvolvimento da capacidade auto-reguladora terapêutica do grupo. Sem se darem conta, os elementos do grupo têm atitudes que se tornam facilitadoras da tomada de consciência da experiência própria, para os outros, ao mesmo tempo que se dilui qualquer tipo de sentimento ameaçador.

Para Rogers (1970, cit in Schmid, 2007, p. 9) o grupo é “provavelmente a invenção social mais potente do século”. E certamente, a Abordagem Centrada na Pessoa foi desde o seu início, uma abordagem social e uma abordagem de grupo. “Desde os seus inícios a Terapia Centrada no Cliente foi buscar esferas mais amplas de influência, para além do indivíduo, tratando de explorar a relevância das suas ideias em contextos mais amplos que a Terapia Individual Tradicional e procurando buscar a sua abordagem a contextos sociais mais amplos” (Wexler & Rice, 1974, cit in Schmid, 2007, p. 313).

O grupo é o lugar por excelência no qual as pessoas experimentam como *self-relation*, funciona como intermediário entre o indivíduo e a sociedade. Assim sendo, é o lugar para o encontro pessoal e para o intercâmbio mútuo em sociedade. Segundo Wood

(1988, cit in Shmid, 2007, p. 245), o indivíduo cria o grupo e este, por sua vez, cria o indivíduo.

Neste sentido, como refere Rogers (1972), o ser humano é e converte-se em pessoa dentro das relações interpessoais, onde actualiza a sua humanidade, por outras palavras, é dentro dos grupos que um ser humano se converte em pessoa. O grupo é o espaço adequado para que a pessoa se encontre consigo mesma. Os problemas surgidos nas relações interpessoais podem ser entendidos relacionalmente e superados através das relações interpessoais. É, portanto, assumida a visão relacional do grupo, que permite considerar que recriando o contexto onde muitos problemas surgem, o grupo é o ambiente mais frutífero para enfrentar esses problemas satisfatoriamente.

Como já foi referido anteriormente, as teorias Humanistas, nomeadamente, a Teoria Centrada no Cliente, a Teoria *Gestalt* e a Experiencial, referem que o ser humano tem uma tendência inata em torno do crescimento que lhe permite beneficiar da terapia.

Lietaer (2001) que examinou as premissas comuns entre estas diferentes terapias, realçou que a auto-actualização é um tema importante na literatura da terapia de grupo, que deve ser conceptualizado como forma de relato dos aspectos positivos e negativos de direcção humana. Para levar a cabo eficazmente a terapia de grupo, o terapeuta tem que confiar nas capacidades dos membros do grupo para se ajudarem mutuamente a crescer em direcções positivas. Excepto se esse for o caso, o terapeuta pode tentar exercer mais controle sobre o processo de grupo, mas isso não parece ser útil. Quando isto acontece, funciona contra o potencial terapêutico do grupo, que opera mais efectivamente quando os membros do grupo são livres para se ajudarem uns aos outros e determinar as suas direcções de crescimento.

Segundo Guerra e Lima (2005), o processo terapêutico só pode ser compreendido quando é paralelamente analisado com a atitude desenvolvida pelo terapeuta o qual tem que incluir genuinidade (congruência), empatia e aceitação positiva incondicional. Estas atitudes devem ser facilitadas a todos os membros em situação de grupo para que possam experienciar o efeito terapêutico na relação interpessoal.

Existe, portanto, uma tríade indissociável de atitudes que devem estar presentes na intervenção grupal e que, através desta presença no processo de terapia, poderão realmente facilitar a mudança.

Bozhart (1986), concluiu que existem três premissas básicas na terapia centrada no cliente que identificam que esta abordagem assenta sobre um paradigma terapêutico diferente de outras. Para ele, a tendência actualizante é o principal pilar desta terapia e a sua força motivacional primária, que o indivíduo (cliente) é sempre o melhor *expert* e autoridade na sua vida e que o papel do terapeuta é, apenas e tão somente, aquele que implementa certas qualidades atitudinais.

Nos grupos de encontro segundo um racional humanista e centrado na pessoa, os objectivos são estabelecidos pelo próprio grupo, seguido de uma liderança de não-directividade. Estes podem ser denominados por grupos de treino de sensibilidade das capacidades de relacionamento humano e de crescimento pessoal. Procura-se que, através deste tipo de grupos, os indivíduos sejam capazes de se compreender a si próprios, e obtenham maior capacidade para lidar com situações interpessoais difíceis. O grupo tem assim a vantagem de poder oferecer a atitude terapêutica, não só da parte do facilitador, como também da de todos os membros do grupo a partir da possibilidade de treino no relacionamento pessoal, opondo o conceito de entropia ao aumento da capacidade de criação.

O grupo é entendido como dotado de um potencial holístico orgânico que envolve as capacidades, necessidades e sentido de cada um e do conjunto de seus participantes.

O processo de encontro, entre as pessoas num grupo, permitirá aos seus membros a capacidade de desenvolver os processos ajustados a eles próprios e de resolverem os conflitos dentro do próprio grupo, quando colocados em condições de facilitação. Nessa sequência não haverá temas e actividades pré-estabelecidas, para além dos próprios objectivos serem estabelecidos por cada grupo. Neste caso, o facilitador assumirá um papel de participante do grupo, não responsável pelo grupo, mas para com o grupo, o que proporcionará um ambiente livre para se auto-desenvolver, desde que seja criado

um clima de relacionamento que comporte autenticidade, aceitação condicional e empatia.

Na perspectiva de Dias (2004), partindo dos princípios da abordagem centrada na pessoa e de alguns instrumentos conceptuais das ciências sociais e humanas, existe um quadro de condições que poderão facilitar o funcionamento do grupo de encontro no que respeita às relações grupais e ao desenvolvimento humano.

São elas: (1) o contexto relacional que diz respeito ao ambiente próprio à comunicação grupal e à predisposição para criar o acolhimento necessário à acção; (2) a observação centrada por parte do facilitador, respeitando e considerando atentamente a comunicação e a expressão verbal e não-verbal do interlocutor; (3) a escuta activa, rectificando, assim, a efectividade da comunicação da pessoa; (4) a redução da ambiguidade, que consiste em tentar clarificar e aprofundar melhor o que foi proferido pelo elemento do grupo; (5) a dualidade aproximativa que requer um esforço por parte do facilitador por uma aproximação e, ao mesmo tempo, distanciação entre o sujeito que momentaneamente lhe capta a atenção e o grupo na sua totalidade que não deve escapar à sua atenção; (6) a atitude não avaliativa, não rotulante; (7) a aceitação positiva incondicional, sem julgamento; (8) a empatia, na tentativa permanente do facilitador em compreender o outro, individual ou grupal, à luz do seu quadro de referências e do contexto em que ocorre a interacção, sem no entanto deixar de ser quem é ou colocar em risco a sua perda de identidade; (9) a congruência que diz respeito ao carácter autêntico do facilitador na relação, aberto aos seus próprios sentimentos; (10) o *feedback* que se transmite através da reformulação, esta última considerada como sendo o aspecto mais “técnico” desta terapia e intimamente ligado ao conceito de compreensão empática.

4.4.2. As fases do grupo

Segundo Guerra e Lima (2005), através de estudos aprofundados do processo de grupo de encontro, foram-se detectando determinadas etapas, que vão surgindo na maioria dos grupos e que se relacionam com as interacções extremamente complexas

que emanam do decorrer das diferentes sessões. Estas fases não têm uma sequência perfeitamente definida, nem é obrigatório que todos os grupos passem ordenadamente por elas.

De seguida, passaremos a descrever, resumidamente, o que se passa nas 15 etapas de processo de grupo de encontro.

A **primeira fase**, que Rogers (1986), denominou de *hesitação, de andar em volta*, é caracterizada um pouco pela confusão, não se sabe que destino o grupo vai ter e os elementos esperam que o líder dê orientações. No entanto, o líder humanista não tenta conduzir o grupo directamente, porque cabe ao próprio grupo traçar os seus objectivos e o seu caminho. Desta forma, a postura do líder deve ser de paciência, aguardando que alguém tome a iniciativa, o que normalmente ocorre propondo aos membros que se apresentem e estabeleçam objectivos. Muitas vezes essa atitude de espera gera revolta nos participantes que aguardam a atitude dominadora e directiva do facilitador, mas ao invés, são eles próprios que tem de criar uma estrutura organizadora, criar um comando que esteja de acordo com todos e um clima onde as vivências possam ser iniciadas

A **resistência à expressão ou exploração pessoais** é a segunda fase do processo de grupo. Aqui, as pessoas apresentam-se com o seu *eu* social ou público, recusando-se a falar de aspectos pessoais que consideram ameaçadores. Este aspecto resulta do facto de ainda não haver um clima de confiança entre os elementos do grupo.

A **terceira fase** é caracterizada pela *descrição de sentimentos passados*. Nesta fase, a expressão de sentimentos começa efectivamente por abranger uma parte cada vez maior da discussão. Na tentativa de começar a abordar o seu *eu*, surge a descrição de sentimentos passados. A preocupação em revelar sentimentos muito íntimos e pessoais, acontece pela falta de confiança no grupo, receio de não ser aceite ou julgado pelo grupo.

Esta fase dá lugar a outra mais aprofundada, que se relaciona com a **expressão de sentimentos negativos**. Já é possível falar em sentimentos do “aqui e agora” que são normalmente dirigidos ao grupo e/ou ao facilitador. É uma via para avaliar o grau de confiabilidade e liberdade do grupo, é a forma utilizada para mediar a segurança ou não

do grupo. É um tipo de expressão menos comprometedora e perigosa do que expressar sentimentos positivos.

A ***expressão e exploração de material com significado pessoal*** assinala a **quinta fase** de processo de grupo. Após a verificação de que a expressão de sentimentos negativos não teve resultados dramáticos, tendo sido expressos e aceites ou assimilados sem resultados catastróficos, começa a desenvolver-se um clima de confiança. O grupo começa a compreender que ele é o que decidirem que seja. Nesta altura, podem aparecer partilhas sobre problemas pessoais

Até a este momento, o processo de desenvolvimento é mais pessoal, não havendo lugar a expressão de sentimentos aos elementos do grupo e ao presente. Então decorre a ***expressão de sentimentos interpessoais e imediatos ao grupo - sexta fase***. A expressão de sentimentos interpessoais aparece quando o clima de confiança torna-se, progressivamente, maior. Esses sentimentos são expressos de um membro em relação ao outro, ora positivos, ora negativos, são expressões de sentimentos experienciados no “aqui e agora” pelos membros do grupo.

Compreendendo, consequentemente, o verdadeiro sentido do processo terapêutico que Rogers (1978) propõe, o próximo passo é o ***desenvolvimento de uma capacidade terapêutica no grupo***, onde surge uma habilidade quase inata, dos membros do grupo preocuparem-se com os outros elementos, no sentido de os apoiar, compreender e ajudar.

A **oitava fase, *aceitação do eu e o começo da mudança***, caracteriza-se pela auto-aceitação e autenticidade do próprio indivíduo, reconhecendo as suas qualidades e defeitos como parte do seu *eu*, o que produz um “despir de máscaras” que o *eu* público e social normalmente comporta. As vivências do grupo no clima facilitador, favorecem com que as pessoas apresentem e aceitem o conhecimento do verdadeiro *eu*. Torna-se comum a sensação de autenticidade, por estar mais perto da sua verdadeira personalidade, sem impor limitações ao verdadeiro ser, com ânsia em mudar e melhorar a sua vida.

Com o tempo, o grupo torna-se mais maduro e verdadeiro, passando a “exigir” de cada membro a expressão de seu verdadeiro *eu* interior, pois há um clima facilitador que favorece este acontecimento. Encontramos, assim outra fase, *o estalar de fachadas*, em que se procura uma comunicação mais profunda, não se “admitindo” as fachadas dos seus membros. Estas sequências e fases entrelaçam-se e sobrepõem-se, no entanto sabe-se que uma das sequências é a impaciência crescente para as defesas. Com o decurso do tempo, o grupo considera intolerável que algum membro viva por detrás de uma máscara ou de uma fachada. A expressão de alguns membros do grupo tornou evidente que é possível um encontro mais profundo e essencial, e o grupo parece procurar intuitiva e inconscientemente esse objectivo.

Quando *o indivíduo é objecto de reacção (feedback) por parte dos outros* encontramos-nos na **décima fase** do processo de grupo de encontro, verificando-se que, juntamente com a consciencialização que a pessoa vai tendo de si própria, ela recebe dos outros membros do grupo uma leitura das suas atitudes e comportamentos que ajuda na clarificação não só da sua descoberta, como, também, no sentido de mudança.

O próximo passo poderia ser traduzido como um feedback intenso, positivo ou negativo, que se denomina **confrontação** e que solidifica a autenticidade que se vai instalando. São os momentos em que os indivíduos se confrontam uns com os outros, são reacções bem menos moderadas que os feedbacks, são mais agressivas e na maioria das vezes são confrontações negativas. É uma reacção mais directa e alterada, onde ocorrem questionamentos sérios e que dificilmente são confrontações positivas.

Até este momento foram atingidos os principais objectivos dos grupos, que continuam numa evolução; surgem então as **relações de ajuda fora das sessões de grupo**, como um processo de aprendizagem que ocorreu tornando, por um lado, cada pessoa mais disponível para ouvir e compreender os outros e, por outro, uma capacidade de ser genuíno numa comunicação aberta. Muitas pessoas possuem uma inacreditável capacidade terapêutica, necessitando apenas de se sentirem livres para a proporcionar e a experiência num grupo de encontro parece tornar isto possível.

O encontro básico traduz, operacionalmente, a empatia quando um membro de um grupo consegue compreender verdadeiramente o outro, tendo muitas vezes como consequência, a vivência de um contacto mais próximo do que ocorreria fora o contexto terapêutico do grupo, traduzido por uma expressão emocional forte.

A expressão de sentimentos positivos e intimidade consolidam o encontro básico, conduzindo às **mudanças de comportamento no grupo**, que é a **última etapa**. Com a continuação dos encontros, a confiança e a capacidade de ajuda aumentam e assim, ocorrem mais pensamentos verdadeiros que são aceites pelo grupo. O grupo sente-se dentro de um clima de aceitação e liberdade de expressão, tornando-se mais íntimo e com sentimentos positivos relacionados aos outros. O não julgamento ao outro, a aceitação, torna possível uma ajuda verdadeira e um conforto para a reestruturação do organismo.

Por fim, na última etapa – **as mudanças de comportamento no grupo** – parece poder concluir que se verificam, no próprio grupo, muitas alterações no comportamento. Mudam-se os gestos, transforma-se o tom das vozes de forma menos artificial e com mais sentimento. Os indivíduos mostram uma espantosa capacidade de solicitude e ajuda uns com os outros. Este produto final é conseguido pela mudança individual operada em termos de auto-conhecimento, com implicação do feedback e atitudes terapêuticas (empatia, congruência e aceitação incondicional positiva) assumidas pelo líder e pelos outros membros.

Carl Rogers (1978) propôs, desta forma, uma sequência desenvolvimental para o crescimento individual e grupal, facilmente compreensível.

Segundo Barret-Lenard (1998), este crescimento realiza-se a 5 níveis distintos: (1) *interpessoal*, onde há o aumento da sensibilidade ou empatia, maior expressividade, abertura aos outros e comunicação interpessoal; (2) *intrapessoal*, aumento do auto-conhecimento, percepção do self, aumento da congruência, abertura à experiência, alterações no auto-conceito podem também ocorrer através da escuta, do feedback e da experiência pessoal de acção responsável e expressiva no processo grupal; (3)

consciência do processo e nível de perícia, ocorre variavelmente, é a tomada de consciência de como a aprendizagem experiencial ocorre relativamente aos elementos que facilitam (ou dificultam), no crescimento pessoal, nas relações, na coesão do grupo e na identidade; (4) *nível de acção valorizada*, ocorre especialmente em pessoas que se preocupam com a ajuda e serviços humanos. Procuram preparar-se para providenciar condições para outros estarem na experiencia grupal; (5) *Social*, impacto na comunidade de subsistemas da vida de cada elemento que realizou o processo de grupo de encontro.

4.4.3. Estudos empíricos em contexto de grupo

Ao longo da evolução da terapia centrada no cliente surgiram estudos empíricos, cuja finalidade foi compreender o impacto do processo de grupo de encontro em vários contextos, incluindo intervenções em indivíduos com problemáticas clínicas.

Tabela 3. Estudos sobre Intervenções de Grupo

Autore(s)	População-alvo	Resultados
Truax (1968):	clientes psiquiátricos	Exploração do self
Dircks et al (1982):	pessoas com cancro	↑ actividade social, relações familiares e interpessoais efectivas, ↓ da ansiedade, esperança no futuro.
Westermann et al (1983):	clientes neuróticos	85% deles melhorou e 89% expressaram satisfação em relação ao processo.
Grimm, et al (1992):	grupo de desempregados	Mudanças de nível psicológico, psicossomático e psicossocial.
Braaten (1990):	Dificuldades de coesão.	Nível de coesão forte através do desenvolvimento de momentos de escuta e de empatia

Segundo Lietaer et al. (2001), os grupos centrados no cliente promovem mudanças efectivas em clientes com problemas de álcool, clientes psiquiátricos hospitalizados, clientes com cancro e clientes em grupos de *counseling*. Eles referem ainda que a tarefa do facilitador é criar uma atmosfera favorável em que os elementos se sintam livres para explorar as suas percepções e atitudes e revelarem situações pessoais que, muitas vezes, podem não ser aceites socialmente. O terapeuta deve proporcionar um *setting* em que os seus membros se sintam seguros para se envolverem no crescimento pessoal. O processo de crescimento grupal realiza-se na facilitação da tendência actualizante dos seus membros, ocorrendo quando eles conseguem ter maior consciência de si próprios e dos outros no grupo e como lidam com situações pessoais e interpessoais que limitam a sua auto-estima.

4.4.4. Elementos comuns aos grupos

Como características comuns, os grupos de encontro revelam um clima de segurança psicológica que encoraja a expressão dos sentimentos imediatos, com resposta subsequente por parte dos membros do grupo e um aumento progressivo da intensidade emocional e da capacidade de tolerância, entre os elementos do grupo, à medida que este prossegue.

Quando os elementos do grupo, começam a expressar os seus sentimentos, o mais frequente é que sejam expressões negativas. Os sentimentos profundos positivos são mais difíceis e perigosos de exprimir do que os sentimentos negativos. Mas logo que são expressos, cria-se um clima de confiança e os elementos do grupo assumem riscos reais. As vivências significativas emergem, as pessoas expressam umas às outras os seus sentimentos, quer sejam positivos ou negativos.

Rogers (1986) refere que, quanto mais expressões emocionais se manifestam no grupo, maior vai sendo a capacidade terapêutica do mesmo, podendo observar-se atitudes de ajuda entre os elementos do grupo, bem como uma consciência da experiência própria, de uma forma não ameaçadora. Quanto mais o grupo demonstra que aceita e tolera os sentimentos negativos, não rejeitando a pessoa que os expressa,

mais os membros do grupo se tomam confiantes e abertos uns com os outros. Muitas pessoas relatam as suas experiências, em grupos, como sendo as experiências de aceitação mais positivas e empáticas da sua vida. A popularidade das experiências de grupo repousa tanto no calor emocional que geram, como na sua capacidade de facilitar o crescimento pessoal.

Síntese

Depois de percorrido todo este caminho de revisão bibliográfica da literatura no sentido de contextualizar o fenómeno de *burnout*, seguindo de uma óptica mais geral para o enquadramento do fenómeno na enfermagem oncológica, especificamente, em busca de estratégias de prevenção e de modelos de intervenção, sentimos necessidade de elaborar um resumo em jeito de síntese para a preparação da segunda parte deste projecto, a intervenção propriamente dita.

Sobre os primeiros estudos de *Burnout* conseguimos perceber que remontam a meados da década dos anos setenta, nos Estados Unidos, cuja primeira definição se deve a Freudenberger (1974 & Maslach, 1976). Para este psicanalista norte-americano, *burnout* refere-se a um estado de *stress* crónico a que o indivíduo está sujeito no seu local de trabalho e à complexa problemática dos trabalhadores que pertenciam ao serviço social, como uma 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.

Inicialmente encarado como um problema social, o fenómeno de *burnout*, como conceito, foi sujeito a algumas alterações. No primeiro momento como fase clínica e algum tempo depois como fase empírica e sistemática, cujo objectivo primordial se centra na avaliação do fenómeno.

É a Maslach (1993), que se deve a revolução significativa do conceito de *burnout*. A autora, interessada no estudo emocional provocado pelo trabalho, mais especificamente nas estratégias cognitivas desenvolvidas pelos indivíduos (afastamento e

desumanização), verifica existir uma relação entre a emoção e comportamentos do indivíduo no trabalho.

Foi nos finais dos anos 90, que os estudos se alargaram a todas as profissões, incluindo os longitudinais, em busca de um modelo explicativo e consistente sobre o fenómeno. O conceito evolui em 2001, para uma formulação que considera a síndrome como uma resposta prolongada a stressores crónicos, emocionais e interpessoais no trabalho e definíveis em 3 dimensões: Exaustão, Cinismo, Ineficácia (Maslach, Sahufeli & Leiter, 2001). Nesta altura o *burnout* assume-se já como um conceito multidimensional, pelo que é dentro das várias dimensões, que vão surgindo sinais e sintomas decorrentes desta vivência. Alvarez, (1993) com base nos trabalhos de Maslach e Pines (1977), Maslach (1982) e Cherniss (1980) , agrupa os sintomas de *burnout* em quatro áreas distintas, sintomas psicossomáticos, comportamentais, emocionais e defensivos.

No que respeita aos modelos que foram surgindo à medida que os trabalhos de investigação se foram realizando em busca de maior consistência na definição do conceito, dos principais antecedentes e consequentes e principais manifestações, destacamos o modelo de Marques-Teixeira (2002). Este autor reformula a interpretação do fenómeno, dando destaque à exaustão emocional como a primeira dimensão a ser despoletada pelos aspectos organizacionais, individuais e relações interpessoais. Esta dimensão é a mais destacada no modelo de sistema interactivo de *burnout*, razão pela qual o elegemos para base conceptual do nosso trabalho.

Para a definição dos factores desencadeantes e das principais consequências do fenómeno de *burnout*, destacamos os trabalhos de Jackson *et al.* (1986; Burke & Greenglass, 1988, 1995; Rose, *et al.*, 1991; Thomas & Williams, 1995; Cordes, *et al.*, 1997) que definirem os principais antecedentes e consequências da exaustão emocional, dimensão esta, considerada por, Bakker *et al.*, (2001) como a dimensão que mostra relações mais robustas e consistentes com os stressores laborais. Como principais factores desencadeantes da exaustão emocional, os autores definiram, os conflitos de papéis, a sobrecarga de trabalho, os conflitos interpessoais, a falta de autonomia e a falta de recompensas. Como consequências, destacaram a diminuição da satisfação no

trabalho, a diminuição da auto-estima, a diminuição da adesão à instituição e a vontade de mudar de trabalho.

Este fenómeno é vivido por muitos de formas diferentes, conduzindo a diferentes manifestações ou sintomas. Há indivíduos que atingindo alguns níveis de *burnout* elevados, tenderão a desistir dos seus empregos, ou a mudar de serviço em serviço dentro da organização, outros continuam persistentemente, sem se sentirem, no entanto, satisfeitos ou completos, a nível pessoal, social e laboral à quem do que as suas capacidades lhe proporcionaram se estivessem presentes outras condições.

São vários os autores que consideram o *burnout* como um fenómeno típico das profissões de ajuda. Nestas profissões ditas “de ajuda” em que o núcleo central do trabalho se situa nas relações humanas estabelecidas, verifica-se um aumento da tensão emocional crónica e esforço excessivo, devido ao contacto contínuo e exaustivo com outras pessoas, especialmente as que têm problemas ou são problemáticas. É portanto característico dos indivíduos que trabalham com pessoas (Maslach *et al.*, 1996; Pines & Aronson, 1989; Freudenberger, 1974; Garcia, 1992; Parraira, 1998; Sá, 2008).

De entre os diferentes estudos sobre a influência do *burnout* entre profissionais de saúde em geral, destacam-se os estudos com enfermeiros, em particular, considerados por vários autores como um grupo de profissionais que merece especial relevo devido à quantidade exagerada de exposição a agentes de *stress* em meio hospitalar. Para Martínez & Bergé (1996), a vulnerabilidade dos profissionais de enfermagem, não é um aspecto raro, já que a instituição “enfermagem” é atravessada por conteúdos historicamente determinados (abnegação, sacrifício, vocação própria para servir os outros), que a transfigura numa organização que coloca em marcha um sistema defensivo, primitivo e estruturado, pouco gratificante, incentivador de comportamentos individuais altamente perigosos para a saúde mental dos seus membros. Num estudo realizado por Ferreira e Ribeiro (2000) que tinha como participantes enfermeiros de todo o país, demonstrou um nível moderado de stress, que tinha na sua causa stressores como: a indisponibilidade de recursos; a incerteza de tratamentos; a incapacidade de responder às necessidades e expectativas dos doentes e suas famílias; e as alterações cronobiológicas resultantes acima de tudo do trabalho por turnos.

Existem alguns estudos portugueses a comprovar a existência de *burnout* entre os enfermeiros a trabalhar em oncologia, como é o caso de, Parreira (1998), Loreto (2000), Nunes (2000), entre outros. Por outro lado Wilkinson (1990), num estudo realizado na Inglaterra, com enfermeiros de um centro oncológico, conclui que a deficiente comunicação, a falta de preparação, a carência de pessoal e o confronto com a morte, são considerados os grandes factores causadores de stress.

Relativamente à influência da associação doente e doença oncológica como um factor acrescido de stress a maioria dos estudos revistos não são consensuais. Alguns defendem que os factores que mais contribuem para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* em enfermagem oncológica estão relacionados com questões organizacionais e de contexto, outros indicam estar mais relacionados com o contacto com a doença e sofrimento.

Um número substancial de estudos tem revelado que as necessidades dos cuidadores não são atendidas e que a prevalência de morbilidade psicossocial entre os cuidadores é já uma realidade. No entanto, e no sentido de fazer face ao problema o desenvolvimento e avaliação de intervenções baseadas em trabalhos de investigação focados na redução dos aspectos negativos da prestação de cuidados, tem sido negligenciada (McCorkle & Pasacreta, 2001; Yates, 1999; Harding & Higginson; Barg *et al.* 1998; Aoun, 2005).

Para Meier (2006), lidar com as exigências competitivas e seus efeitos nos cuidados paliativos é um dos maiores desafios dos programas deste tipo de cuidados. Além disso, é uma área que não tem recebido a atenção suficiente. A promessa de elevada satisfação no trabalho e profundas recompensas, atrai os profissionais mas não os mantém e não provoca mudanças nos programas, a atenção deve ser prestada à identificação e prevenção do *burnout*.

Segundo Leiter e Maslach (1998) prevenir o *burnout* é sinónimo de desenvolver e promover o compromisso com o trabalho. As estratégias para desenvolver esse compromisso envolvem o reforço da energia, do envolvimento, e da eficácia profissional. As intervenções podem enfatizar o tratamento do *burnout* depois de ele ter ocorrido ou promover a sua prevenção através da construção de um *setting* laboral que é

favorável a um compromisso produtivo com o trabalho. No mesmo sentido, Maslach *et al.* (2001) referem que o reforçar do envolvimento no trabalho permite o estabelecimento de uma forte aliança com a missão da organização. Uma das áreas referidas por estes autores, em que é urgente intervir, é na redução do conflito pessoal, resolver problemas interpessoais ou negociar competências podem ser recursos valiosos para lidar com a vida dentro do local de trabalho. As relações fortes e consistentes da exaustão emocional com o conflito pessoal no trabalho, indicam que a contribuição potencial de competências interpessoais pode controlar este aspecto do *burnout*. Criar estratégias de resolução de conflitos entre os membros da equipa e dotá-los de capacidade para comunicarem efectivamente e claramente são intervenções que podem contribuir para reduzir o conflito pessoal no trabalho.

Apontando para a necessidade de desenvolver um tipo de intervenção que vise a atenuação dos níveis de *Burnout* nos enfermeiros que lidam com o sofrimento do doente, pretende-se a criação de uma intervenção psicológica em formato de grupo, no sentido de encorajar os técnicos a comunicar o mais aberta e claramente possível as suas dificuldades, facilitando o estabelecimento de relações interpessoais e possibilitando a actualização das suas competências.

No sentido de escolher um modelo capaz de explicar, por uma lado, e treinar por outro as atitudes dos técnicos de saúde com vista a lidar de forma mais eficaz com as exigências emocionais do relacionamento interpessoal com os seus doentes, familiares, colegas e equipa de trabalho, propomos o **Modelo de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa (PCCACP)**, por ser um modelo experiencial que se centra na facilitação de um conjunto de condições atitudinais que permitem a actualização das potencialidades dos sujeitos envolvidos neste processo.

Neste sentido a ênfase deste projecto recairá, no capítulo a seguir, num primeiro momento sobre a compreensão do fenómeno do *burnout*, em várias dimensões, num grupo de enfermeiros que exercem a sua profissão em serviços de oncologia e num grupo de enfermeiros que exercem a sua profissão noutros serviços. Num momento posterior, iremos intervir num grupo de profissionais de enfermagem a exercer a sua profissão nos serviços de oncologia, centrados sobre os aspectos da relação entre o

técnico de saúde e o doente com vista a aumentar as competências do primeiro para lidar com a exaustão emocional.

Parte II

Parte II - Estudo Empírico

De encontro aos objectivos do presente projecto julgamos relevante dividir o mesmo em duas fases principais. Na primeira pretendíamos avaliar o nível de *burnout* de 155 enfermeiros, a percepção do seu ambiente de trabalho, do apoio social e da qualidade das suas relações interpessoais. Para a prossecução deste primeiro estudo, utilizámos como instrumentos de avaliação o Maslach *Burnout* Inventory – General Survey (MBI-GS) para avaliar os níveis de *burnout*, o Work Environment Scale (WES) para avaliar o ambiente laboral, Escala de Apoio Social (EAS) para o apoio social e finalmente, o Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard (IRI) para avaliar a qualidade das relações interpessoais.

Na segunda fase, seleccionamos um grupo de enfermeiros de oncologia que se voluntariaram para integrar um grupo de encontro com vista a aumentar as suas competências inter-relacionais e, com isso, aumentarem a sua capacidade de lidarem com o *burnout*. Esta fase compôs-se de três momentos: um primeiro momento de avaliação de 27 enfermeiros quanto aos níveis de *burnout*, através da aplicação do MBI-GS e avaliação da qualidade do relacionamento interpessoal, através da aplicação do IRI; um segundo momento de intervenção psicológica e um terceiro momento de avaliação do impacto do processo de grupo. Com o objectivo de avaliar o impacto do grupo, usamos o MBI-GS para avaliar os níveis de *burnout* e o IRI para avaliar a qualidade do relacionamento interpessoal e analisamos as transcrições das sessões. Este momento de avaliação também incluiu a aplicação de entrevistas semi-estruturadas a 10 enfermeiros voluntários que participaram no grupo, sendo seguidas pela respectiva análise de conteúdo.

A intervenção psicológica foi feita em grupo, segundo o Modelo de Psicoterapia Centrada no Cliente e facilitada pela a autora do trabalho.

Tabela 4- Organização das diferentes fases do estudo

	Fase de Avaliação	Momento de Intervenção	Fase da Intervenção	
			Fase A	Fase B
Objectivos	-Avaliar o Burnout; -Avaliar a Qualidade da Relação Interpessoal; - Avaliar o Suporte Social; - Avaliar o Ambiente Laboral;	-Intrevenção Psicológica em Formato de Grupo segundo a Psicoterapia Centrada na Pessoa e Abordagem Centrada no Cliente	Análise do processo de grupo;	Análise de aprofundada das vivências dos participantes do grupo;
Participantes	N= 209	N=27	N=27	N=10
Tipo de Análise dos Resultados	Análise Quantitativa	Intervenção	Análise Qualitativa	
Avaliação dos Dados	- MBI-GS- Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach - IRI- Inventário de Relações Interpessoais. - EAS- Escala de Apoio Social. - WES – Escala de Ambiente Laboral.	1ª fase de avaliação pré-teste - MBI - IRI	2ª fase de avaliação pós-teste - MBI - IRI	Recolha de dados assente nos registos das sessões; Análise dos resultados segundo o sistema de categorias. Construção do guião; Entrevista semi-estruturada; Transcrição das sessões; Análise das entrevistas segundo o sistema de categorias.
Calendarização	Abr 08 - Dez 08	Jan 09 - Dez 09	Fev 09 - Dez 09	Mar-10

1. Fase de Avaliação

1.1. Objectivo geral do Estudo

O objectivo deste estudo era a realização de um diagnóstico laboral e pessoal do fenómeno de *burnout*, num grupo de enfermeiros a exercer a sua actividade laboral em distintas especialidades.

Para realizar este diagnóstico, procuramos analisar determinadas variáveis, que como foi demonstrado nos primeiros capítulos da parte teórica, parecem influenciar o fenómeno *burnout*. Estas variáveis constituem, no plano social, o apoio social e o ambiente laboral. No plano profissional, foram analisados os dados profissionais dos participantes, no plano pessoal, as características pessoais dos participantes e no plano interpessoal, a qualidade do relacionamento interpessoal.

Definimos como guia orientador do momento de avaliação, um conjunto de objectivos específicos:

- Avaliar os níveis de *burnout*, numa amostra geral de enfermeiros, com actividade laboral, em várias especialidades;
- Comparar os níveis de *burnout* dos enfermeiros da oncologia com os enfermeiros de outras especialidades;
- Avaliar como é que os enfermeiros deste estudo, percebem o apoio social e o ambiente laboral e qual a percepção que têm sobre a qualidade do seu relacionamento interpessoal.

1.2. Material e Métodos

1.2.1. Amostra

A amostra do nosso estudo foi seleccionada a partir dos contactos com as direcções de duas unidades hospitalares na área de oncologia do Grande Porto. O hospital de dia e

o serviço de pediatria e obstetrícia, também da mesma Unidade Local de Saúde. A nossa amostra também inclui enfermeiros de vários serviços a frequentar cursos de pós-graduações na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave. A nossa amostra foi constituída por 209 enfermeiros, 111 do serviço de oncologia e 98 de outros serviços. Para definir a amostra incluimos:

A. As Características pessoais (Sexo, idade, estado civil, filhos)

Tabela 5: Características pessoais dos participantes

	N	%	Media	Desvio Padrão
Sexo				
Masculino	14	6,7	----	----
Feminino	194	92,8	----	----
Idade			33,68	8,56
Esta. civil				
Solteiro	97	46,4	----	----
Casado	88	42,1	----	----
União	6	2,9	----	----
Divorciado	15	7,5	----	----
Separado	1	0,5	----	----

B. Características Profissionais dos participantes (serviço de origem, especificidade do serviço, categoria profissional, situação contratual, regime de trabalho, tipo de horário, tempo de serviço na instituição, faltas dadas no ano e no mês, classificação do serviço).

Tabela 6: Características profissionais dos participantes

Serviço de Origem	N	%
Oncologia	111	53,1
Não Oncologia	98	46,9
Especificidade		
Internamento	31	14,8

	Ambulatório	80	38,3
	Não Oncologia	98	46,9
Categoria Profissional			
	Enfermeiro	92	44,0
	Graduado	87	41,6
	Especialista	28	13,4
Situação Contratual			
	Quadro	138	66,0
	Vínculo Precário	65	31,1
Regime			
	Normal	172	82,3
	Parcial	8	3,8
	Acrescido	25	12,0
Especificidade de Trabalho			
	Turnos	118	56,5
	Regime Normal	88	42,1
Faltas Anuais			
	Nunca	146	69,9
	Raramente	46	22,0
	Algumas vezes	8	3,8
	Bastantes vezes	7	3,3
Faltas Mensais			
	Nunca	146	69,9
	Raramente	46	22,0
	Algumas vezes	8	3,8
	Bastantes vezes	7	3,3
Classificação de Serviço			
	Menos Boa	8	3,8
	Satisfatória	38	18,2
	Boa	115	55,0
	Muito boa	45	21,5

Participaram no estudo 209 enfermeiros (14 do sexo masculino e 194 do sexo feminino; 1 participante não respondeu), dos quais 111 trabalham directamente com o serviço de oncologia e 98 trabalham noutros serviços. A idade dos participantes varia entre 22 e 53 anos sendo a sua média de 33.68 ($DP = 8.56$). A maioria dos participantes ou é solteira (46.4%) ou casada (42.1%).

Quanto ao percurso profissional, 111 trabalham no serviço de oncologia e 98 noutros serviços. Dos participantes que trabalham em serviços de oncologia 80 trabalham em regime de ambulatório e 31 em internamento. A maioria tem a categoria de enfermeiro (47,1%). Dos participantes do nosso estudo, a maioria (61, 3%) pertencem aos quadros da instituição em que trabalham, dos quais a maior parte trabalha em regime normal (78,1%) e por turnos (63,2%). Em média os participantes trabalham há 11.04 anos ($DP = 8.45$), com variação entre 1 e 33 anos de serviço, sem nunca dar faltas por anos (74,2%) e por mês (92,9%) e classifica o serviço, no que respeita à sua qualidade como bom (52,3%).

1.2.2. Variáveis

- A. *Burnout*;
- B. Ambiente Laboral;
- C. Apoio Social;
- D. Qualidade da Relação Interpessoal.

Consideramos o *burnout* como a única variável dependente. Desejávamos verificar como se posicionaria esta variável, face às três variáveis independentes: o ambiente laboral, o apoio social e a qualidade do relacionamento interpessoal. Controlamos estas três variáveis independentes, dado ter sido já demonstrado através da revisão da literatura, serem variáveis que influenciam os níveis de *burnout* dos trabalhadores.

- A. A variável dependente – *burnout*- e suas dimensões foram pontuadas de acordo com o modelo do MBI-GS: cálculo dos *scores* totais dos *itens* que compõem as três dimensões da escala, exaustão emocional e física, cinismo e eficácia profissional (Maslach *et al.*, 1996). Tomamos em consideração, para verificar os níveis de *burnout* dos participantes, as estratégias assumidas por Mota-Cardoso (2002) num estudo de larga escala realizado em Portugal, com 2018 professores. Neste estudo considera-se válido como limiar de *Burnout* em cada dimensão, o produto do número de questões de cada dimensão, pelo ponto médio do *score* total possível.

- B. O ambiente laboral, como variável independente, foi medido através da escala WES. Usamos a adaptação portuguesa do questionário segundo os critérios definidos pelos autores para o cálculo das suas 3 dimensões (Dimensão Relacionamento, Dimensão Desenvolvimento Pessoal e Dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança) e 10 subescalas (Envolvimento, Coesão entre os colegas, Apoio do Supervisor, Autonomia, Orientação para a Tarefa, Pressão no Trabalho, Clareza, Controlo, Inovação e Conforto físico) (Moos, 1986; Louro, 1995). O nível da medida é dicotómica e o máximo de pontos que cada indivíduo pode obter em cada subescala é de 9 e o mínimo é 0. A pontuação média pode ser calculada para todos os membros de cada grupo de trabalho e para cada subescala (Moos, 1986; Louro, 1995).
- C. O Apoio Social, outra variável independente utilizada, foi avaliado pelo EAS, na sua versão portuguesa. As suas 3 dimensões (Apoio informacional, Apoio Instrumental e Apoio Emocional), foram cotadas através de uma escala de *Likert*, variando entre 1 e 5. Segundo as sugestões das autoras, valores acima de 16 já descriminam indivíduos que percebem receber apoio social.
- G. A qualidade da relação interpessoal foi avaliada através do IRI. Usamos a versão traduzida para português por Hipólito (2002). As suas 4 dimensões (Consideração Positiva (CP), *Empatia* (E), *Aceitação Positiva Incondicional* (AI) e *Congruência* (C), com questões positivas e negativas são avaliadas através de uma medida escalar. Segundo os autores da escala, o sistema de resposta oscila entre 1 e 6 níveis de concordância, em que 1 assinala a discordância total e a resposta 6 a concordância total. Na versão usada neste estudo, as 4 subescalas são constituídas por itens de cotação directa e itens de cotação inversa, numa escala de 1 a 6, em que o 1 significa (discordo totalmente) e o 6 (concordo totalmente), desta forma a resposta 1 (toma lugar da -3) e a 6 (toma lugar da +3). O *score* total da escala é constituído pela soma dos itens de cada subescala identificando portanto as diferentes pontuações que assinalam níveis de qualidade de relacionamento interpessoal diferentes (Barrett-Lennard, 1978; Hipólito, 2002; Gouveia e Melo, 2003).

1.2.3. Instrumentos

O nosso protocolo de recolha de dados foi constituído por cinco partes:

- A - Questionário de caracterização sociodemográfica, profissional e profissional (AnexoI)
- B - Escala de avaliação do *burnout* (MBI-GS). (AnexoII)
- C - Escala de avaliação do Apoio Social (EAS). (AnexoIII)
- D - Escala de avaliação do Ambiente Laboral (WES). (AnexoIV)
- E - Inventário das Relações Interpessoais de Barrett-Lennard (IRI). (AnexoV)

1.2.3.1. MBI-GS : Maslach *Burnout* Inventory - General Survey

O *burnout* foi avaliado através do Maslach *Burnout* Inventory - General Survey (MBI-GS). O MBI-GS é a terceira versão proveniente da escala original, de auto-resposta desenvolvida por Maslach e Jackson (1996) com o intuito de explorar as dimensões subjacentes a este quadro. Consiste num instrumento com 16 itens que analisam três dimensões de *burnout*:⁵

Exaustão Emocional e Física (Itens, 1, 2, 3, 4, 5 ex. “Sinto-me usado/a ao fim de um dia de trabalho”). Este factor apresentou consistência interna elevada tanto no primeiro momento de avaliação (α de Cronbach = .82) como no segundo momento da intervenção (α de Cronbach = .86).

Cinismo (Itens, 8, 9, 13, 14 e 15 ex: “Eu só quero fazer o meu trabalho e que não me incomodem”). À semelhança do factor anterior, este também apresentou uma

⁵ Gostaríamos de salientar que a consistência interna das dimensões de burnout foram analisadas tendo em conta não só os participantes do estudo exploratório, mas também os participantes do estudo de intervenção. Neste último caso considerámos para esta análise as pontuações obtidas na medição do primeiro momento. Decidimos proceder desta forma porque considerámos que todos estes participantes estariam nas mesmas condições a nível metodológico.

consistência interna elevada em ambos os momentos (α de Cronbach = .82, .81, respectivamente).

Eficácia Profissional (Itens, 6, 7, 10, 11, 12 e 16 ex: “No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas”, nesta dimensão os itens são cotados de forma invertida). Este factor, apesar de apresentar uma consistência interna mais fraca no primeiro momento (α de Cronbach = .72), evidenciou-se mais robusto no segundo momento (α de Cronbach = .82).

Todos os *itens* são pontuados numa escala de frequência de 7 pontos desde 0 (nunca) a 6 (diariamente), (Maslach *et al.*, 1996), Solicitámos aos participantes que indicassem os sentimentos que já tivessem experimentado no seu contexto de trabalho, através da escala MBI-GS. Para o efeito, deveriam indicar a posição que melhor reflecte a sua experiência, por meio de uma escala de 7 pontos (0 = *Nunca*; 6 = *Todos os Dias*). A avaliação do *burnout* resulta da média dos 16 itens da escala MBI-GS (Anexo I).

O *Burnout* é conceptualizado como uma variável contínua, variando de grau “baixo” a “moderado” até ao “elevado” da experiência do sentimento. Os elevados valores de exaustão emocional e física, bem como cinismo e baixos valores de eficácia profissional são indicadores de *burnout*.

O MBI tem sido muito utilizado em estudos com profissionais de saúde e de ensino em Portugal (Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2000; Nunes, 1999; Parreira, 1998, Loreto; 2004; Queirós, 2005; Sá, 2006;2008). Estes autores usaram critérios diferentes dos propostos por Maslach para o cálculo do limiar de perturbação. Na verdade, e por analogia com outras escalas (SCL-90), recorreram ao cálculo do produto do número de *itens* de cada dimensão, pelo ponto médio do total possível. No nosso estudo usamos a versão traduzida e adaptada do MBI-GS realizada numa pesquisa com Enfermeiros e usamos a estratégia já descrita para a cotação (Nunes, 1999).

1.2.3.2. WES: Work Environment Scale – Forma R

O ambiente laboral foi avaliado através do Work Environment Scale- Forma Real. O WES- Forma R, é uma escala de auto-resposta, constituída por 90 itens, que se destina a avaliar o clima organizacional de vários tipos de unidade de trabalho, centrando-se nas relações entre empregados/empregados, empregados/supervisores e na unidade básica da estrutura organizacional e funcionamento. Pretende portanto, medir as percepções que existem acerca do local de trabalho de cada inquirido. Foi desenvolvida por Moos e Insel (1974), constituída por 90 itens dicotómicos, divididos em 3 dimensões, por sua vez, divididas por subescalas com 9 itens cada:

Dimensão Relacionamento (Subescala: envolvimento, coesão entre os colegas, apoio do supervisor, ex: “O trabalho é realmente desafiador”).

Dimensão Desenvolvimento Pessoal (Subescala: autonomia, orientação para a tarefa, pressão no trabalho. Por ex: “Os empregados têm muita liberdade para fazerem o trabalho como quiserem”).

Dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança (Subescala: clareza, controlo, inovação, conforto físico, ex: “As actividades são bem planeadas”).

Todos os *itens* são pontuados para cada subescala com pontuação máxima de 9 (assinando resposta verdadeira) e 0 (falsa). Os 90 itens são então, cotados, como 0 (resposta falsa) e 1 (resposta verdadeira), existem algumas respostas que são cotadas de forma invertida. Segundo Moos & Insel (1974; Louro, 1995), a pontuação média pode ser calculada para todos os membros de cada grupo de trabalho e para cada subescala Louro (1995), na leitura dos resultados do WES, conclui que a escala apresenta melhores resultados ao nível das subescalas do que ao nível das diferentes dimensões. Estes resultados vêm de encontro aos resultados do autor original Moos, que valoriza sobretudo as subescalas, fazendo referência às dimensões apenas no início do manual (Moos, 1974). Valores baixos de envolvimento, coesão entre os colegas, apoio do supervisor, orientação para a tarefa, autonomia, clareza, inovação e conforto físico, identificam uma boa percepção sobre o ambiente de trabalho, já em sentido contrário, valores elevados de pressão e controlo no trabalho, identificam uma percepção menos boa sobre o ambiente de trabalho.

A versão Portuguesa da WES, foi aplicada a uma amostra de 308 empregados de 20 grupos de trabalho, distribuídos por várias zonas geográficas de Portugal e regiões autónomas (Açores e Madeira) (Louro, 1995). Esta escala tem sido usada em vários contextos, para além dos Profissionais a exercerem a sua actividade em contextos sociais, tem sido usada igualmente em Profissionais de Saúde (Queirós, 2005).

1.2.3.3. EAS: Escala de Apoio Social

Para avaliarmos o apoio social recorremos a EAS, um instrumento de auto-avaliação com 16 itens avaliados segundo uma escala de *Likert*. Trata-se de um instrumento que permite 5 possibilidades de resposta para cada item, segundo níveis de concordância, variando entre “não concordo” (1) a “concordo muitíssimo”(5). Permite avaliar o apoio social percebido pelos inquiridos através de três dimensões: Apoio informativo, (*Itens*, 1, 6, 7, 8, 9 e 10, ex: “Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com alguns problemas”); Apoio Emocional, (*Itens*, 2, 3, 4, 5, 11, ex. Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas) e Apoio Instrumental. (*Itens*, 12, 13, 14, 15 e 16, ex. Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer).

As pontuações globais podem variar entre 16 e 80, sendo que quanto mais alto for o valor, maior é o apoio social percebido. A cotação da escala é feita através do somatório das pontuações obtidas em cada item, sendo que em relação aos itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16, a cotação é feita inversamente, pela forma como estão elaboradas as questões. Os dois primeiros factores apresentam consistência interna aceitável (α de Cronbach = .77 para ambos). No entanto, o factor de Apoio Instrumental apresenta robustez (α de Cronbach = .70)

A escala actual é a versão resultante de um estudo prévio, com mais *itens*, realizado pelas autoras e que após análise estatística e apuramento das características psicométricas deu origem à versão vigente (Matos & Ferreira, 1999).

1.2.3.4. IRI: Inventário das Relações Interpessoais de Barrett-Lennard

A qualidade de relacionamento foi avaliada através do IRI, um questionário de 40 *itens* de cotação directa e inversa, segundo uma escala de *Likert* de 1 a 6, em que o 1 significa “discordo totalmente” e o 6 significa “concordo totalmente”.

Os *itens* deste questionário são baseados nas atitudes necessárias e suficientes definidas por *Carl Rogers* na Terapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa (Rogers, 1951). São elas: Consideração Positiva (CP), Empatia (E), Aceitação Incondicional (AI) e Congruência (C), com questões positivas e negativas, como atitudes contempladas no sentido de avaliar a qualidade de uma relação interpessoal significativa.⁶

Como *itens* cotados positivamente, para a atitude Consideração Positiva (CP): “Respeito-os como pessoas”. Esta dimensão apresenta uma consistência interna que embora não seja robusta, é aceitável (α de Cronbach = .60).

Para a atitude Empatia (E): “Normalmente sinto ou percebo o que estão a sentir”. O factor Empatia apresenta uma consistência interna satisfatória (α de Cronbach = .77).

Para a atitude Aceitação Incondicional (UA), “Aceito-as como são, independentemente daquilo que me dizem sobre elas próprias”. À semelhança da dimensão Consideração Positiva (CP), a dimensão Aceitação Incondicional (AI) apresenta uma consistência interna aceitável (α de Cronbach = .66).

A atitude Congruência (C), “Sinto que sou genuíno com elas”. A dimensão Congruência apresenta também uma consistência aceitável (α de Cronbach = .66).

Os *itens* cotados negativamente, para a atitude Consideração positiva, “São-me

⁶ Também neste caso, e à semelhança do que aconteceu com a escala de burnout, a consistência interna das dimensões foi analisada tendo em conta as respostas dadas pela amostra do estudo exploratório, e as respostas dadas pelos participantes do estudo de intervenção, aquando da primeira aplicação (antes de serem submetidos ao programa de intervenção).

indiferentes”.

Para a atitude Empatia (E), “Oíço o que dizem, mas não consigo perceber o que sentem”.

Para a atitude Aceitação Incondicional (UA), “O interesse que tenho por eles (elas) depende das coisas que dizem ou fazem”.

A atitude Congruência (C), “Tenho tendência a pôr uma fachada quando estou com eles/as”.

No que à cotação dos dados do RI diz respeito, vários indicadores incluindo a consistência interna elevada e fiabilidade das escalas (Gurman, 1977), defende os seguintes códigos de resposta (+3, +2, +1, -1, -2 e -3). Na escala original, o sistema de resposta de cada item prevê “ três graus de respostas afirmativas de “sim” e três graus de respostas negativas “não” (Barrett- Lennard, 1962).

Na versão usada neste estudo, as 4 subescalas são constituídas por itens de cotação directa e itens de cotação inversa, numa escala de 1 a 6, em que o 1 significa (discordo totalmente) e o 6 (concordo totalmente), desta forma a resposta 1 (toma lugar da -3) e a 6 (toma lugar da +3). Para o autor da escala original, este sistema de resposta de “1-6” poderá ser mais compatível com um determinada “lógica” de vários níveis de concordância, de baixo a alto, mais do que fazer escolhas, que oscilam entre um forte sim para cima, e um não forte para baixo.

Este questionário foi desenvolvido com fins académicos e terapêuticos. Criado por Barrett-Lennard (1964) como primeira versão, de 64 itens, que seguidamente reformulou por outra versão com 40 itens (Barrett-Lennard, 1978). Cada uma com dois formatos diferentes: “*other towards self*” OS e “*myself to the other*” MO.

Neste estudo foi usada a versão com 40 questões, traduzida para a população portuguesa por Hipólito (2002), no formato MO, ou seja, o olhar de mim sobre os outros.

1.2.4. Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de informação decorreu entre os meses Abril de 2008 e Fevereiro de 2009. Tal como referimos anteriormente, participaram nesta fase do estudo 209 enfermeiros: do serviço de Oncologia 111 e em serviços que designamos de não Oncologia, 98 (Obstetrícia, Oftalmologia e Centros de Saúde, Cuidados Intensivos, Neonatologia, Medicina, Cuidados continuados, Cuidados Intermédios de Medicina, Unidade de Convalescença de longa e de longa e média duração, Urgências, Medicina no Trabalho, Cirurgia Vascular, Bloco Operatório, Ortopedia, Traumatologia, Intensivos Pediátricos Neonatais, Lares de idosos e Estabelecimentos Prisionais). Os participantes foram recrutados de Unidades de Oncologia e de outros serviços de outras Unidades Locais de Saúde, pertencentes a Hospitais do Grande Porto e alunos de Cursos de Especialização de Enfermagem de Escolas Superiores de Ciências da Saúde. Contactámos as instituições envolvidas com o objectivo de obter autorização para a recolha de dados. Reunimos com os Enfermeiros-chefes e pedimos colaboração na distribuição dos questionários.

De forma a não sobrecarregar os profissionais com pedidos de informação, já que estavam em curso, ao mesmo tempo, recolhas de dados de outras investigações, solicitámos aos chefes que os questionários fossem entregues apenas aos enfermeiros que voluntariamente mostrassem vontade de participar. Nas escolas de Enfermagem contactámos com os coordenadores dos cursos no sentido de distribuir os questionários pelos participantes, apelando ao carácter voluntário do envolvimento no estudo.

Todas as instituições onde se realizou a recolha de dados foram contactadas formalmente por carta. No pedido realizado, foi aportada informação acerca dos conceitos em análise, dos propósitos do estudo e a operacionalização da recolha de dados.

O nosso projecto foi sujeito à avaliação da comissão de ética das diferentes unidades de saúde, detendo um parecer positivo.

1.2.5. Racional analítico dos dados

Os dados recolhidos foram editados em suporte informático. Antes da sua codificação procedemos à verificação das condições do formulário. A informação considerada válida foi editada e analisada numa base de dados criada para o efeito no Programa *Satistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0 do Windows.

Foi feita uma estatística descritiva para as características de natureza sócio-demográfica e profissional.

Efectuámos análises correlacionais sempre que pretendíamos avaliar a associação entre as características da amostra e os dados das escalas, utilizando a correlação de *Pearson*. O valor de sinal de r indica-nos a força e a direcção com que duas medidas variam uma em função da outra. Este tipo de análise permite observar a associação ou interrelação entre duas variáveis, isto significa, a tendência com que as variações registadas numa se relacionam com as variações observadas na outra (Polit *et al.*, 2004).

Para avaliarmos diferenças entre dois ou mais grupos usamos testes paramétricos (*t-teste* e *One Way ANOVA*). Estes permitem avaliar o efeito de uma variável independente, de natureza nominal ou ordinal, numa variável dependente de natureza quantitativa (Polit & Hungler, 1997; Pestana & Gageiro, 2005).

Para o estudo da influência das dimensões da Qualidade da Relação Interpessoal (Avaliadas através do IRI), das dimensões de Apoio Social (Avaliadas através do EAS) e das dimensões da Qualidade do Ambiente de Trabalho (Avaliadas através do WES) no que respeita às dimensões do Burnout (Avaliadas através do MBI-GS), usamos a análise de Regressão Linear Múltipla (RML).

A regressão múltipla não implica apenas uma técnica, mas sim uma família de técnicas baseados nos princípios da correlação, muito embora com uma exploração mais sofisticada do relacionamento entre variáveis. A análise de regressão permite identificar três tipos de informação primordial, a saber: qual a possibilidade de uma série de variáveis prever um determinado resultado; qual a variável que representa o maior

contributo para o resultado; e ainda, a possibilidade de uma variável predizer um resultado quando o efeito de outra variável estar a ser controlado (controlo estatístico para novas variáveis introduzidas (Pallant, 2001).

1.3. Resultados

Os nossos resultados estão organizados em duas componentes de análise de dados:

1ª Componente: Comparamos o grupo da Oncologia e Não Oncologia, no que respeita ao *Burnout*, Apoio Social, Ambiente Laboral e Qualidade do Relacionamento Interpessoal; diferenciação de médias e análise. Para além disso, procedemos ainda à análise correlacional entre o *Burnout*, Apoio Social, Ambiente Laboral e Qualidade do Relacionamento Interpessoal e, finalmente, as características sócio-demográficas e profissionais e entre o *Burnout* e as diferentes variáveis, apoio social, ambiente laboral e relacionamento interpessoal.

2ª Componente: apresentamos todos os procedimentos efectuados no sentido de averiguar a eficácia do programa de intervenção implementado junto de um grupo de enfermeiros de oncologia. Para esse efeito, procedemos também a testes de diferenças e análises correlacionais.

1.3.1. Análise das diferenças entre o grupo da Oncologia e Não Oncologia, no que respeita ao *Burnout*.

Afim de compararmos o grupo dos enfermeiros de oncologia com o dos enfermeiros de outros serviços, realizámos um teste t para amostras independentes, para cada uma das dimensões do *burnout* (os grupos tinham dimensões semelhantes: $\chi^2 1 < 1^7$). Os resultados mostram que os dois grupos de enfermeiros apresentam níveis semelhantes

⁷ À semelhança do que fizemos para a análise da consistência interna das dimensões de burnout, também neste caso recorremos a ambas as amostras para a análise da diferença entre enfermeiros de oncologia e de outros serviços. As razões são as mesmas das apontadas anteriormente.

de *burnout* (t_{207} sempre ≤ 1.51 , *ns*). Assim, podemos dizer que os enfermeiros em geral, não se distinguiram entre si, tendo em conta o seu local de trabalho.

Tabela 7. Médias e Desvios Padrões dos níveis de *Burnout* dos Enfermeiros da Oncologia e dos Enfermeiros de não oncologia.

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Todos os Enfermeiros			
M	12,27	9,39	5,42
DP	6,53	6,92	4,42

Tendo em conta os critérios definidos por Mota-Cardoso (2002), para os pontos de corte que permitem atribuir *burnout* significativo aos respondentes (15 para Exaustão Emocional e Física, 15 para Cinismo e 18 para a Eficácia Profissional), podemos dizer que os participantes apresentam, em média, pontuações que indicam que segundo este critério não apresentam *burnout* significativo. No entanto, gostaríamos de salientar que o facto de não apresentarem *burnout* significativo não significa que não tenham algum nível de *burnout*, pois como dissemos, esta variável continua distribuída ao longo de um contínuo. Por outro lado, mais do que avaliar o *burnout* global, importa avaliar as suas dimensões (Maslach & Jackson, 1996). E depois de avaliarmos as diferentes dimensões, concluímos que a dimensão de Exaustão Emocional e Física será a componente mais preocupante e facilitadora de *burnout* (ver Tabela acima).

Análise das diferenças entre o grupo do Internamento e Ambulatório no que respeita ao *Burnout*.

Quando pretendemos comparar dentro do grupo dos enfermeiros da oncologia, os que trabalham em internamento e os que trabalham em ambulatório, verificámos que estes grupos não se distinguem em nenhum dos factores de *burnout* [p sempre *ns*]⁸.

1.3.2. Análise das diferenças entre o grupo da Oncologia e Não Oncologia, no que respeita ao Apoio social

Com o objectivo de verificarmos se existiam diferenças entre enfermeiros oncológicos e enfermeiros de outros serviços, realizámos testes Mann-Whitney, já que os grupos dos dois tipos de enfermeiros não são semelhantes em termos de dimensão. Os resultados evidenciam que os enfermeiros de oncologia ($M = 23.54$; $DP = 3.85$) tendem a considerar que têm menos apoio informativo do que os enfermeiros de outros serviços ($M = 24.69$; $DP = 3.63$, $Z(U) = 1.89$, $p = .059$). Para além disso, os mesmos enfermeiros ($M = 21.04$; $DP = 3.78$) consideram que têm menos apoio emocional do que os de outros serviços ($M = 22.43$; $DP = 2.85$, $Z(U) = 2.47$, $p = .014$). Quanto ao apoio instrumental, os enfermeiros de oncologia não se diferenciam significativamente dos enfermeiros dos outros serviços ($Z(U) = 1.41$, *ns*).

Tabela 8: Médias e Desvio Padrão do Apoio Social para os enfermeiros dos serviços de oncologia e dos demais serviços.

	Apoio Informativo	Apoio Emocional	Apoio Instrumental
Enfermeiros da Oncologia			
M	23.54	21.04	20.84
DP	3.85	3.78	3.47
Enfermeiros dos Outros Serviços			
M	24.69	22.43	22.19
DP	3.63	2.85	3.27

⁸ Uma vez que as dimensões dos grupos não são semelhantes ($\chi^2_1 = 21.63$, $p < .001$), as comparações foram realizadas com testes Mann-Whitney.

1.3.3. Apoio Social enquanto preditor do Burnout

Procedemos então, à análise de regressão múltipla, considerando as várias dimensões de *burnout* enquanto medidas dependentes das dimensões de apoio social. Começámos por realizar as correlações lineares Momento-Produto de Pearson entre as dimensões de *burnout* (Exaustão Emocional e Física, Cinismo e Eficácia Profissional) com as dimensões de apoio social (Apoio Informativo, Emocional e Instrumental).

Tabela 9: Análise de regressão múltipla das diferentes dimensões de *burnout* e as diferentes dimensões de Apoio Social

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Apoio Informativo	-.286***	-.219**	-.282***
Apoio Emocional	-.220**	-.080	-.309***
Apoio Instrumental	-.333***	-.253**	-.279***

Notas: (1) valores correspondentes a correlações r de Pearson; (2) * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Os resultados mostram que, praticamente todas as dimensões de apoio social se encontram relacionadas com as dimensões de *burnout*. Assim, quanto mais os participantes se mostraram apoiados em termos informativos, emocionais e instrumentais, menor o nível de *burnout* demonstrado. No entanto, há que sublinhar que não existe associação significativa entre apoio emocional e cinismo.

Posteriormente, e procurando encontrar quais as dimensões de apoio social que teriam um impacto significativo sobre o *burnout*, realizámos análises de regressão múltipla, uma para cada dimensão de *burnout* como medida dependente, tendo as dimensões de apoio social como preditores.

Tabela 10: Análises de regressão múltipla, uma para cada uma, das dimensões de *burnout* e e tomando as dimensões do apoio social como preditores

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Apoio Informativo	-.184*	-.221***	
Apoio Emocional		.180†	-.166†
Apoio Instrumental	-.263*	-.244**	-.146†

Notas: (1) valores correspondentes a correlações β ; (2) † $p \leq .10$ * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Os resultados de todas as regressões foram significativos (para Exaustão Emocional e Física: $R = .367$, $R^2 = .135$; $F_{3,151} = 7.83$, $p < .001$; para Cinismo: $R = .309$, $R^2 = .096$; $F_{3,151} = 5.33$, $p = .002$; para Eficácia Profissional: $R = .352$, $R^2 = .124$; $F_{3,151} = 7.11$, $p < .001$). Tanto o apoio informativo como o instrumental são fundamentais para, eventualmente, diminuir o *burnout* nas dimensões de exaustão emocional e física, e de cinismo. Já o apoio emocional, a par com o apoio instrumental, têm impacto significativo na percepção de eficácia profissional.

Apesar de não encontrarmos diferenças significativas entre os profissionais da oncologia e de outros serviços quanto aos índices de *burnout*, a verdade é que, tendo em conta os resultados encontrados acerca das dimensões de apoio social, podemos esperar que sejam os enfermeiros de oncologia os mais susceptíveis ao *burnout*. Com efeito, os enfermeiros de oncologia apresentam percepções de menor apoio social do que os enfermeiros de outros serviços. A análise de regressão mostra que a percepção de apoio social é, no global, preditor de *burnout* no sentido de, quanto mais os enfermeiros do nosso estudo percebem ter apoio social, menor é o nível de *burnout* que evidenciam.

1.3.4. Análise das diferenças entre o grupo da Oncologia e Não Oncologia, no que respeita ao Ambiente Laboral

Para testarmos as diferenças entre os grupos de enfermeiros (Oncologia vs. Não Oncologia), realizámos testes Mann-Whitney (a dimensão dos grupos não é semelhante) sobre as várias sub-dimensões da escala de ambiente laboral. Os resultados evidenciam que apenas para a Pressão no Trabalho ($p = .010$) existe uma diferença significativa entre os grupos. No entanto, quer a dimensão Controlo ($p = .072$) quer a dimensão Inovação ($p = .084$) apresentam uma tendência para a distinção entre os grupos. Estas diferenças reflectem a maior pressão no trabalho sentida pelos enfermeiros de oncologia, mas estes também referem que tendem a ter mais controlo e inovação no seu trabalho (ver Tabela 11). Estas diferenças reflectem-se na dimensão de desenvolvimento pessoal e sistemas de manutenção e mudança. Com efeito, os enfermeiros de oncologia ($M = 17.08$; $DP = 3.12$) evidenciam um maior desenvolvimento pessoal do que os enfermeiros de outros serviços ($M = 15.85$; $DP = 3.64$; $p = .053$). Nas restantes dimensões, não encontramos diferenças significativas.

Tabela 11: Médias e Desvio Padrão das sub-dimensões do Ambiente Laboral evidenciaram diferenças entre os serviços de oncologia e os dos outros serviços.

	Pressão no Trabalho	Controlo	Inovação
Enfermeiros da Oncologia			
M	6.26	6.12	4.26
DP	1.88	1.42	2.23
Enfermeiros dos Outros Serviços			
M	5.21	5.60	3.61
DP	2.26	1.61	2.32

1.3.5. Ambiente Laboral enquanto preditor do Burnout

Com o objectivo de verificarmos a relação entre as dimensões de Ambiente Laboral, realizámos correlações lineares Momento-Produto de Pearson (ver Tabela 12)

Tabela 12: Correlações lineares Momento-Produto de Pearson entre as dimensões do Ambiente Laboral e as dimensões do *Burnout*.

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Relacionamento	-.385***	-.428***	-.161*
Desenvolvimento Pessoal	-.214**	-.243**	-.129
Sistemas de Manutenção e Mudança	-.355***	-.335***	-.223**

Notas: (1) valores correspondentes a r ; (2) * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Os resultados mostram associações fortes e negativas entre todas as dimensões de ambiente laboral (Relacionamento, Desenvolvimento Pessoal e Sistemas de Manutenção e Mudança) com as dimensões de Exaustão Emocional e Física e de Cinismo. É de notar também que as dimensões, apesar de com menor intensidade, também apresentam padrões semelhantes de associação com a dimensão de Eficácia Profissional. Assim, quanto mais os participantes percebem que se relacionam positivamente com os seus colegas de trabalho, menos exaustão emocional e física demonstram, menor é a quantidade de cinismo demonstrada no seu trabalho e maior é a eficácia profissional percebida. O mesmo se passa com as dimensões de desenvolvimento pessoal e de sistema de manutenção e mudança. Parece que as características laborais são assim, fortes indicadores acerca das dimensões de *burnout* demonstrada pelos participantes.

Com base nestes resultados, e com o intuito de aferirmos em que medida é que as dimensões de ambiente laboral são preditoras das dimensões de *burnout*, realizámos três

regressões múltiplas, cada uma delas considerando separadamente as dimensões de *burnout* como medidas dependentes (ver Tabela 13).

Tabela 13: Regressões múltiplas entre cada uma das dimensões do Ambiente Laboral e as dimensões do *Burnout*.

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Relacionamento	-.288*	-.393***	
Desenvolvimento Pessoal			
Sistemas de Manutenção e Mudança	-.177†		-.215†

Notas: (1) valores correspondentes a β ; (2) † $p \leq .10$ * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Os resultados das regressões foram todos significativos (para Exaustão Emocional e Física: $R = .404$, $R^2 = .163$; $F_{3,151} = 9.82$, $p < .001$; para Cinismo: $R = .431$, $R^2 = .186$; $F_{3,151} = 11.48$, $p < .001$; para Eficácia Profissional: $R = .224$, $R^2 = .050$; $F_{3,151} = 2.65$, $p = .051$). No entanto, o que é interessante, é que os preditores não são os mesmos para as três dimensões de *burnout*. Enquanto que para a exaustão emocional física os preditores são o relacionamento e os sistemas de manutenção e mudança, para o cinismo o preditor é apenas o relacionamento. Já para a eficácia profissional o preditor tendencial são os sistemas de manutenção e mudança.

A dimensão de desenvolvimento pessoal não prediz assim, qualquer das dimensões de *burnout*. Esta era a única dimensão onde encontrámos diferenças significativas entre enfermeiros de oncologia e enfermeiros de outros serviços. Portanto, não podemos concluir que algum destes grupos de profissionais esteja mais susceptível a um elevado *burnout* devido ao seu real ambiente de trabalho. No entanto, não devemos esquecer que o relacionamento que os profissionais estabelecem com os colegas, assim como os sistemas de manutenção e mudança são preditores de *burnout*, o que nos leva a pensar que as características do ambiente laboral também deveriam ser contempladas numa possível intervenção.

Análise das diferenças entre o grupo da Oncologia e Não Oncologia, no que respeita à qualidade do relacionamento interpessoal

À semelhança dos procedimentos que realizámos anteriormente, decidimos proceder ao teste Mann-Whitney com o objectivo de comparar as respostas dadas pelos enfermeiros de oncologia com as dadas pelos enfermeiros de outros serviços, relativamente às dimensões de Relacionamento Interpessoal: Consideração positiva, empatia, aceitação incondicional e congruência. Os resultados evidenciam que os enfermeiros de ambos os grupos apresentam uma percepção de relacionamento interpessoal semelhante em todas estas dimensões (p sempre ns).

Relacionamento Interpessoal enquanto preditor do Burnout

Tabela 14: Correlações lineares Momento-Produto de Pearson entre as dimensões do relacionamento interpessoal e as dimensões do *Burnout*.

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Consideração Positiva	-.190*	-.185*	-.300***
Empatia	-.119	-.208**	-.381***
Aceitação Incondicional	-.105	-.229**	-.238**
Congruência	-.128	-.159*	-.356***

Notas: (1) valores correspondentes a r ; (2) * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Todas as dimensões de Relacionamento Interpessoal estão associadas de forma significativa e negativa com as dimensões de Cinismo e Eficácia Profissional do *burnout*. Apesar do padrão de associação não ser especialmente significativo quando associamos as dimensões de Relacionamento Interpessoal com a dimensão de Exaustão Emocional e Física, não podemos esquecer que o padrão negativo tende a manter-se.

Assim, quanto mais os profissionais se apercebem com Consideração positiva, empatia, aceitação incondicional e congruência, menos *burnout* registam.

Realizámos então regressões múltiplas considerando as dimensões de *burnout* como medidas dependentes e as dimensões de Relacionamento Interpessoal como variáveis independentes, afim de conhecermos os preditores de *burnout* (ver Tabela 15.)

Tabela 15: Análise de regressões múltiplas entre as dimensões de *Burnout* e as dimensões de Relacionamento Interpessoal.

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Consideração positiva			
Empatia			-.240*
Aceitação Incondicional		-.158†	
Congruência			-.214*

Notas: (1) valores correspondentes a β ; (2) † $p \leq .10$ * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Os resultados das regressões evidenciaram-se significativos apenas para as dimensões de Cinismo ($R = .261$, $R^2 = .068$; $F_{4,150} = 2.74$, $p = .031$) e para Eficácia Profissional ($R = .433$, $R^2 = .187$; $F_{4,150} = 8.65$, $p < .001$). A aceitação incondicional parece ser um preditor do nível de Cinismo relacionado com o *burnout*. Já no que diz respeito à Eficácia Profissional, são preditores a empatia e congruência evidenciados pelos profissionais. A dimensão de Exaustão Emocional e Física não tem qualquer preditor em termos de Relacionamento Interpessoal.

Assim, uma intervenção focalizada sobre as dimensões de Relacionamento Interpessoal deveria contemplar o treino das atitudes interpessoais, tais como a empatia, a aceitação incondicional e a congruência, uma vez que estas parecem ter impacto na redução do *burnout*.

Análise correlacional entre os níveis de *Burnout* e as características sociodemográficas e profissionais.

Quando correlacionámos as diferentes dimensões de *burnout* com as variáveis sócio-demográficas e profissionais métricas, verificámos que as variáveis de idade e de anos de serviço não estão relacionadas com nenhuma das dimensões de *burnout* (ver Tabela 16).

No entanto, a Exaustão Emocional e Física estão relacionadas com as faltas dadas por estes profissionais. Apesar de podermos incorrer numa generalização abusiva, parece que as faltas dadas por estes profissionais se devem à exaustão causada pelo trabalho e não por motivos particulares.

A qualidade de serviço está também relacionada com Exaustão Emocional e Física e com Cinismo, mas, ao contrário das variáveis relativas ao absentismo, está relacionada de forma negativa. Assim, quanto melhor a classificação atribuída, da parte dos enfermeiros do estudo acerca do seu trabalho, menos exaustão e cinismo evidenciam.

A Eficácia Profissional não se mostrou associada com nenhuma das medidas sócio-demográficas e profissionais.

Tabela 16: Análises correlacionais entre os níveis de *Burnout* e as variáveis *Sócio-Demográficas*

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Faltas no Ano	.177*	.130	.086
Faltas dadas no Mês	.179*	.087	.086
Qualidade de Serviço	-.405***	-.339***	-.067
Idade	.028	.070	-.059
Anos de Serviço	-.003	.027	-.057

Notas: (1) valores correspondentes a r ; (2) $\dagger p \leq .10$ * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Análise correlacional entre o apoio social e as suas dimensões, segundo as características sociodemográficas e profissionais.

A dimensão Apoio Informativo relaciona-se significativamente e de forma positiva com a qualidade do serviço. Quanto mais elevada é a percepção que têm acerca da qualidade de serviço que desempenham, mais consideram que têm apoio informativo. Isto dá-nos a indicação de que deveríamos prestar mais atenção a esta dimensão nos profissionais que classificação a sua actividade como pontuações inferiores.

Por seu lado, o Apoio Emocional está marginalmente associado à idade dos profissionais, sendo os mais velhos a declararem que obtêm menor apoio emocional. Esta dimensão também se associa com as faltas dadas tanto durante o ano como durante cada mês.

Finalmente, o Apoio Instrumental correlaciona-se positiva e tendencialmente com a classificação de serviço atribuída pelos profissionais. Quanto melhor é a classificação evidenciada pelos participantes, mais referem que têm apoio instrumental. Esta dimensão está também associada a idade e anos de serviço. Quanto maior a idade e a antiguidade no serviço, menor apoio instrumental manifestam.

Tabela 17: Correlações entre o Apoio Social e características Sócio-demográficas e Profissionais

	Apoio Informativo	Apoio Emocional	Apoio Instrumental
Faltas no Ano	-.126	-.134†	-.046
Faltas dadas no Mês	-.045	-.196*	.023
Qualidade de Serviço	.201*	.076	.182*
Idade	-.107	-.133†	-.206*
Anos de Serviço	-.070	-.116	-.192*

Notas: (1) valores correspondentes a r ; (2) † $p \leq .10$ * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Análise correlacional entre a qualidade do ambiente laboral e as características sociodemográficas e profissionais

Os resultados mostram que apenas a qualidade do serviço está forte e positivamente correlacionada com as dimensões de ambiente laboral. Quanto melhor é a classificação obtida, melhor é a qualidade do ambiente laboral percebida.

Neste caso particular, também podemos observar uma tendência para os participantes com mais anos de serviço evidenciarem uma percepção mais positiva do ambiente de trabalho.

Tabela18: Análise correlacional entre as diferentes dimensões da qualidade do ambiente laboral e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

	Relacionamento	Desenvolvimento Pessoal	Sistemas de Manutenção e Mudança
Faltas no Ano	.111	-.061	.031
Faltas dadas no Mês	-.122	-.128	-.040
Qualidade de Serviço	.343***	.293***	.263***
Idade	.111	-.019	.103
Anos de Serviço	.138†	.005	.135†

Notas: (1) valores correspondentes a r ; (2) † $p \leq .10$ * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Análise correlacional entre a Qualidade do Relacionamento Interpessoal e as características sociodemográficas e profissionais.

O Consideração positiva estabelece correlações negativas com: faltas dadas no mês e no ano. Ou seja, quantas mais faltas assinalaram que deram, menos consideram que têm um Consideração positiva sobre a relação com os outros. Esta dimensão também está relacionada com a qualidade de serviço, mas de forma positiva. Quanto mais elevada foi a classificação considerada relativamente ao seu trabalho, mais os profissionais do nosso estudo percebem ter Consideração Positiva.

A Empatia mantém correlações positivas com a qualidade de serviço. Quanto mais elevada é a classificação, mais empatia os profissionais revelam ter. O mesmo acontece com a Aceitação Incondicional, ou seja, também tende a relacionar-se de forma positiva com a qualidade de serviço.

A dimensão Congruência parece não estar relacionada com nenhuma das variáveis sócio-demográficas e profissionais.

Tabela19: Análises correlacionais entre a Qualidade de Relacionamento Interpessoal e as variáveis Socio-demográficas e Profissionais.

	Consideração positiva	Empatia	Aceitação Incondicional	Congruência
Faltas no Ano	-.175*	-.045	-.022	-.019
Faltas dadas no Mês	-.217**	-.083	-.093	-.075
Qualidade de Serviço	.232**	.201*	.151†	.101
Idade	-.141	.063	-.038	-.039
Anos de Serviço	-.122	.085	-.035	-.047

Notas: (1) valores correspondentes a r ; (2) † $p \leq .10$ * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Breve Discussão

No global, os resultados mostram, que existem vários aspectos a ter em conta. Primeiramente parece que, de todas as variáveis sócio-demográficas e profissionais, são as variáveis profissionais que parecem estar mais relacionadas com o *burnout*, nomeadamente a classificação do serviço que desempenham. Este aspecto é importante, uma vez que esta variável, não só se relaciona com o *burnout*, como com as dimensões de apoio social e ambiente laboral. Com efeito, parecem ser os profissionais que melhor classificam os seus serviços que têm uma atitude mais positiva e saudável em relação a todas as variáveis medidas relacionadas com o trabalho; ou vice-versa, ou seja, são aqueles com uma perspectiva mais positiva face a estas dimensões que melhor se adaptam às condições e exigências do trabalho. Assim, achamos que seria importante ter sempre esta variável em conta para qualquer intervenção possível sobre estes profissionais.

Por outro lado, observámos que existem outras dimensões a ter em conta para um possível programa de intervenção, para além das competências interpessoais para lidar com o *burnout*. Efectivamente, parece que existe a possibilidade de uma intervenção de carácter mais colectivo e preventivo que estaria mais ligado não só ao apoio social que estes profissionais recebem, como também às condições laborais a que estão sujeitos. Apesar deste trabalho se propor testar um programa de intervenção com o objectivo de desenvolvimento de características mais centradas nos profissionais (relacionamento interpessoal), não podemos descurar a ideia de que a implementação de um programa efectivo deva também passar por uma intervenção mais alargada, nomeadamente às redes de apoio e ao local de trabalho.

Finalmente, observámos que os enfermeiros não se distinguem em termos do seu local de trabalho (oncologia ou outro serviço) relativamente às dimensões de *burnout*. No entanto, pensamos que são os enfermeiros do serviço de oncologia os mais susceptíveis de virem a sofrer de *burnout*, uma vez que apresentam índices mais baixos de apoio no seu trabalho. E este apoio, como verificámos, é um preditor de *burnout*. Assim, considerámos que deveríamos realizar a intervenção junto destes profissionais (enfermeiros de oncologia), uma vez que, apesar de não evidenciarem um nível de *burnout* significativo, parecem trabalhar em condições mais susceptíveis a este facto.

2 - Fase de Intervenção

2.1. Objecto de Estudo

O ponto de partida da nossa investigação focou-se na realização de uma Intervenção Psicológica em Formato de Grupo de Encontro, segundo o Modelo de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa, num grupo de Enfermeiros sujeitos à Exaustão Emocional oriunda do exercício da sua Profissão em contextos de Oncologia.

O objecto de estudo é portanto aferir se através de um programa de intervenção psicológico aplicado aos enfermeiros que lidam com o sofrimento do doente oncológico, os níveis da exaustão emocional diminuem e melhora a qualidade do relacionamento interpessoal.

2.2. Objectivos

Na **Fase de Intervenção** do nosso estudo pretendíamos intervir num grupo de 27 enfermeiros a exercer a sua actividade em serviços de oncologia, através de uma intervenção Psicológica em formato de Grupo de Encontro, segundo a Abordagem Centrada na Pessoa e a Psicoterapia Centrada no Cliente. E para avaliar o efeito desta intervenção realizamos uma avaliação pré-teste e pós-teste sob as variáveis dependentes, nomeadamente os níveis de *burnout*. Para esta avaliação pretendíamos saber como é que os enfermeiros do nosso estudo percepcionaram os níveis de *burnout* antes e após a intervenção e como sentiam eles, a qualidade de relação interpessoal, antes e depois do grupo.

Definimos como guia orientador da fase de intervenção do nosso trabalho um conjunto de objectivos específicos que enumeramos:

- Conhecer, após o momento de intervenção, se houve efeito do mesmo sobre os níveis de *burnout*, nos 27 sujeitos que participaram na intervenção;
- No caso do efeito da intervenção sobre os níveis de *burnout* se verificar, conhecer que variáveis se comportaram como mediadoras.

2.3. Material e Métodos

2.3.1. Desenho da Investigação

Para a realização deste trabalho, propunhamo-nos intervir num grupo de 27 enfermeiros, divididos em 3 grupos, um grupo de 6 participantes, um grupo de 7 participantes e um grupo de 14 participantes. Esta divisão aconteceu por dois motivos: o primeiro, porque segundo o racional teórico dos grupos de encontro, Rogers sugeriu que estes grupos deveriam ser constituídos por um número de participantes entre 8 a 18, a partir desse limite, torna-se difícil a interacção entre os diferentes elementos, podendo comprometer os resultados. O 2º motivo deveu-se ao facto de que quando foi sugerida a proposta de realização dos grupos, esta foi dirigida a diferentes serviços, dentro de cada instituição em particular, pelo que os participantes de grupo que se voluntariaram tiveram que se organizar dentro dos diferentes serviços dos quais era oriundos.

Antes de levarmos a cabo esta intervenção, fizemos uma **avaliação pré-teste**, na qual incluímos as variáveis pessoais dos enfermeiros participantes, constituídas pelo conjunto de variáveis sociodemográficas e profissionais; as variáveis interpessoais, constituídas pela qualidade do relacionamento interpessoal, nas suas quatro dimensões, Consideração positiva, empatia, aceitação positiva incondicional e congruência e os níveis de *burnout*, mais especificamente nas suas três principais dimensões, exaustão emocional e física, cinismo e eficácia profissional.

Numa segunda fase, **pós-teste**, no sentido de analisar a eficácia da intervenção, pretendíamos conhecer qual o efeito da mesma sobre o *burnout* experienciado, entre os participantes sujeitos à intervenção de grupo. De seguida queríamos perceber que variáveis se associam à frequência do *burnout*, assumida nas suas três dimensões, a Exaustão Emocional e Física, Cinismo e Eficácia Profissional. Na fase final, pretendíamos levar a cabo o estudo das inter-relações ou associações entre as diferentes variáveis, as de carácter pessoal e interpessoal, num esforço contínuo para perceber como estas se associam com as diferentes dimensões do *burnout*.

Para a fase de intervenção, voluntariaram-se para participar no grupo, 27 participantes, e assim, de acordo com as possibilidades, organizamos um grupo de 6

elementos, já que 1 dos participantes, foi obrigado a mudar de serviço. Outro dos grupos foi constituído por 7 elementos, pertencentes a uma Unidade de Oncologia de um Hospital do Grande Porto e por fim um grupo de 14 elementos pertencentes ao mesmo Hospital. Paralelamente, seleccionamos 27 participantes, para o grupo de controlo. Para a constituição deste grupo, procuramos manter as mesmas características, sócio-demográficas, profissionais, aproximadamente, num esforço de manter a homogeneidade da amostra e evitar erros discriminativos.

No total de participantes ($N = 54$), inquirimos assim em duas fases (pré e pós-intervenção), os participantes do grupo experimental e os do grupo de controlo.

2.3.2. Instrumentos de avaliação (Fase pré-teste e pós-teste)

Foram aplicados para avaliar o *burnout* o MBI-GS e para avaliar a Qualidade das Relações Interpessoais o IRI de Barrett-Lennard, já descritos no momento da avaliação do nosso estudo.

2.3.3. Procedimento de Recolha de Dados e Intervenção

A recolha de informação pré-teste decorreu entre Janeiro de 2009 e Fevereiro de 2009. A partir desta dada, demos início à nossa intervenção em formato de grupo, que terminou em Dezembro do mesmo ano. As sessões de grupo realizaram-se quinzenalmente. Dado que, e como já tivemos oportunidade de referir, iniciamos a intervenção com 3 grupos diferentes, o início e o fim de cada grupo não foi coincidente, mas as datas dos três grupos, acontecerem dentro deste intervalo. Imediatamente após a última sessão, realizamos a avaliação pós-teste destes 27 sujeitos e do grupo não sujeito a intervenção. Apesar dos elementos sujeitos à intervenção não a terem vivenciado no mesmo grupo mas em grupos diferentes, já que eram oriundos de serviços diferentes, na avaliação dos resultados pré e pós teste e no aprofundamento do processo de grupo, consideramos os 27 elementos em conjunto, para facilitar a leitura dos resultados, dado

que se considerássemos cada grupo em particular, iríamos ficar com uma amostra muito reduzida, e portanto mais sujeita às fragilidades metodológicas decorrentes. Por outro lado, queríamos perceber como seria o efeito da implementação deste programa em vários serviços diferentes.

A facilitação destes grupos foi levada a cabo pela a autora deste trabalho, tendo por base a sua formação psicoterapêutica segundo o modelo da Abordagem Centrada e este processo de facilitação foi desenvolvido através da escuta empática e da criação das condições de aceitação incondicional positiva e congruência, como já referido no capítulo 4, consideradas condições necessárias e suficientes para que o processo de mudança ocorra.

No que respeita à intervenção de grupo, ela assumiu uma periodicidade quinzenal em dois dos grupos, num deles, devido aos horários dos participantes, que se realizavam por turnos e que por tal condicionava a presença de todos os membros ao mesmo tempo. No outro grupo, havia falta de recursos humanos, o que comprometia a presença de todos, os seja, enquanto decorria a sessão, alguém teria que ficar a supervisionar o serviço do hospital de dia, que ainda se encontrava em funcionamento, paralelamente à sessão do grupo.

No terceiro grupo realizámos sessões quinzenais, e contamos com a presença de 14 elementos, uma vez que, e por iniciativa da chefe de serviço, foi possível organizar as sessões como se de formação se tratasse, o que facilitou consideravelmente a criação de condições propícias ao desenvolvimento desta iniciativa.

As sessões realizaram-se no próprio serviço, geralmente numa sala destinada, pelos chefes do mesmo, à realização desta actividade. Normalmente tinham a duração aproximada de 90 minutos. Cientes da importância do estabelecimento de um *setting* terapêutico propício ao desenvolvimento deste tipo de actividades, o mais isento e neutro possível, fomos tentando ultrapassar as barreiras de ordem temporal e espacial, que por diversas razões se iam interpondo.

Ao longo do desenvolvimento das diferentes sessões procuramos criar um conjunto de condições, partindo dos princípios da abordagem centrada na pessoa, no sentido da facilitação do funcionamento do grupo de encontro no que respeita às relações grupais e ao desenvolvimento humano propostas por Dias (2004). Essas condições são:

(1) o contexto relacional que diz respeito ao ambiente próprio à comunicação grupal e à predisposição para criar o acolhimento necessário à acção;

(2) a observação centrada por parte do facilitador, respeitando e considerando atentamente a comunicação e a expressão verbal e não-verbal do interlocutor;

(3) a escuta activa, rectificando assim, a efectividade da comunicação da pessoa;

(4) a redução da ambiguidade, que consiste em tentar clarificar e aprofundar melhor o que foi proferido pelos elementos do grupo;

(5) a dualidade aproximativa que requer um esforço por parte do facilitador por uma aproximação e, ao mesmo tempo, distanciação entre o sujeito que momentaneamente lhe capta a atenção e o grupo na sua totalidade que não deve escapar à sua atenção;

(6) a atitude não avaliativa, não rotulante;

(7) a aceitação positiva incondicional, sem julgamento;

(8) a empatia, na tentativa permanente do facilitador em compreender o outro, individual ou grupal, à luz do seu quadro de referências e do contexto em que ocorre a interacção, sem no entanto deixar de ser quem é ou colocar em risco a sua perda de identidade;

(9) a congruência que diz respeito ao carácter autêntico do facilitador na relação, aberto aos seus próprios sentimentos;

(10) e o *feedback* que se transmite através da reformulação, esta última considerada como sendo o aspecto mais “técnico” desta terapia e intimamente ligado ao conceito de compreensão empática.

2.3.4. Variáveis da Intervenção

Para este momento fizemos uso do mesmo protocolo que havíamos usado no momento pré-teste e aplicamo-lo não só aos participantes de grupo, como ao grupo que designamos como não sujeito a intervenção.

No que respeita aos resultados do grupo sujeito à intervenção psicológica, foram posteriormente comparados com os do grupo semelhante do mesmo serviço, que mantinha as mesmas condições de trabalho, mas que não foram submetidos à intervenção psicológica em grupo.

O protocolo usado na recolha de dados (Anexo I) (já foi descrito no momento de avaliação do nosso estudo):

A- Escala de avaliação do *burnout* (MBI-GS).

B- Inventário das Relações Interpessoais de Barrett-Lennard (IRI).

Após este momento de avaliação pós-teste, de índole quantitativo, pretendíamos dar um sentido mais aprofundado à informação recolhida no mesmo, e por outro lado aprofundar o processo de grupo propriamente dito, na tentativa de aceder às vivências dos participantes, foi então que partimos para a projecção do momento seguinte da intervenção do nosso estudo, sobre o qual nos iremos ocupar no momento a seguir.

2.4. Resultados

Apresentamos neste capítulo os resultados a que chegamos no momento da intervenção no nosso estudo. Resumidamente, numa primeira fase, fazemos a descrição das características sociodemográficas e profissionais do grupo experimental e de controlo da amostra e analisamos os instrumentos de avaliação utilizados no nosso estudo. Apresentamos a variação dos resultados dos instrumentos, segundo as variáveis em análise.

No sentido de tornar mais perceptível a forma como apresentamos os nossos resultados, subdividimo-los em tópicos:

1. Apresentação das características sociodemográficas e profissionais da amostra;
2. Comparação dos níveis de *Burnout*, e da qualidade do relacionamento interpessoal, antes e depois da intervenção de grupo.

Características Sociodemográficas e Profissionais dos grupos experimental e controlo

Tabela 20: características sociodemográficas do grupo sujeito a intervenção (N1) e o grupo sem intervenção (N2)

		Grupo Intervenção		Grupo sem Intervenção	
		N1	%	N2	%
Sexo					
	Masculino	1	3,7	0	0
	Feminino	26	96,3	27	27
Estado Civil					
	Solteiro	11	40,7	13	48,1
	Casado	12	44,4	10	37
	União	1	3,7	2	7,4
	Divorciado	3	11,1	2	7,4

Quando comparamos as características pessoais dos participantes sujeitos a intervenção (N1) dos participantes sem intervenção (N2), podemos concluir que a média das idades de ambos os grupos não se diferencia significativamente ($t(48 < 1)$). A média de idades dos participantes é de 35.70 ($DP = 9.27$), com uma idade mínima de 23 e uma idade máxima de 53 anos. No que respeita ao estado civil no grupo N1 a maioria são casados em comparação com o grupo N2, cuja maioria são indivíduos solteiros.

Tabela 21: Características profissionais do grupo sujeito a intervenção (N1) e o grupo sem intervenção (N2)

	N1	%	N2	%
Especificidade				
Internamento	7	26	13	48,1
Ambulatório	20	74	14	51,9
Categoria Profissional				
Enfermeiro	10	37	9	33,3
Graduado	14	51,9	16	59,3
Especialista	3	11,1	2	7,4
Situação Contratual				
Quadro	23	85,2	22	81,5
V. Precário	4	14,8	5	18,5
Regime				
Normal- 35h	26	96,3	27	100
Parcial-20/24h	1	3,7	0	0
Especificidade no Trabalho				
Turnos	7	26	11	40,7
Regime Normal	20	74	16	59,3
Tempo de Serviço				
≥1	11	40,7	14	51,9
≥2	4	14,8	4	14,8
≥3	1	3,7	1	3,7
≥4	2	7,4	0	0
5-10	6	22,2	4	14,8
10-20	3	11,1	3	11,1
20-30	0	0	1	3,7
Faltas dados no ano				
Nunca	16	59,3	15	55,6
Raramente	9	33,3	10	37
Algumas vezes	1	3,7	2	7,4
Bastantes vezes	1	3,7	0	0
Faltas dados no mês				
Nunca	27	100	20	74,1
Raramente	0	0	5	18,5

	Algumas vezes	0	0	1	3,7
	Bastantes vezes	0	0	1	3,7
Classificação de serviço					
	Menos boa	0	0	1	3,7
	Satisfatória	6	22,2	4	14,8
	Boa	17	63	18	66,7
	Muito boa	4	14,8	4	14,8

Quanto às características de natureza profissional, verificámos que, no que respeita à especificidade do serviço de origem, a maioria dos participantes de ambos os grupos pertence ao serviço de ambulatório. Em ambos os grupos a maioria são enfermeiros graduados, pertencem aos quadros, trabalham 35h por semana e em regime normal e têm como tempo de serviço 1 ano ou mais. No que às faltas diz respeito, a maioria dos indivíduos de cada grupo dizem nunca faltar nem durante o ano nem durante o mês ao trabalho. Em ambos os grupos a maioria classifica a actividade do serviço como boa.

Comparação dos resultados pré-pós teste dos participantes sujeitos a intervenção com os participantes não sujeitos a intervenção, no que respeita ao *Burnout* e a qualidade do relacionamento interpessoal

Procedemos a uma análise de variância (Anova) do tipo 2 * 2 (grupo * dimensão). Os resultados mostraram que a intervenção não teve eficácia sobre os níveis de *burnout* ($F_{1,52}$ sempre ≤ 1.52 , *ns*) ou sobre os níveis de relacionamento interpessoal ($F_{1,52}$ sempre < 1). De facto, os grupos (com e sem intervenção) não se diferenciaram entre si quanto aos resultados obtidos entre o primeiro momento observado e o segundo.

Tabela 22. Comparação dos resultados, no pré-teste, entre o grupo experimental e o grupo controlo

		Pré-Teste	
		Grupo com intervenção	Grupo sem intervenção
MBI			
Exaustão	M	2.73	2.53
	(DP)	1.28	1.14
Cinismo	M	2.17	1.49

	(DP)	1.48	1.25
Eficácia Profissional	M	1.00	0.91
	(DP)	0.62	0.73
IRI			
Consideração positiva	M	5.00	5.22
	(DP)	0.59	0.57
Empatia	M	4.36	4.66
	(DP)	0.49	0.80
Aceitação Incond.	M	3.99	4.32
	(DP)	0.60	0.77
Congruência	M	4.21	4.28
	(DP)	0.72	0.56

Tabela 23: Comparação dos resultados, no pós-teste, entre o grupo experimental e o grupo controlo

		Pós-Teste	
		Grupo com intervenção	Grupo sem intervenção
MBI			
Exaustão	M	2.83	2.26
	(DP)	1.23	1.26
Cinismo	M	2.17	1.65
	(DP)	1.40	1.27
Eficácia Profissional	M	0.98	0.72
	(DP)	0.62	0.60
IRI			
Consideração positiva	M	5.03	5.16
	(DP)	0.55	0.76
Empatia	M	4.39	4.58
	(DP)	0.66	0.82
Aceitação Incond.	M	4.05	4.23
	(DP)	0.58	1.04
Congruência	M	4.24	4.19
	(DP)	0.61	0.69

No momento do pré-teste os resultados da ANOVA sugerem que, para as dimensões de *burnout*, o grupo com intervenção ($M = 2.17$, $DP = 1.48$) apresenta um nível de *Cinismo* tendencialmente superior ao do grupo de controlo ($M = 1.49$, $DP = 1.25$), $t(52) = 1.90$, $p = .063$. Em relação às outras dimensões, não encontramos diferenças significativas.

No que respeita às dimensões significativas da *Qualidade das Relações Interpessoais*, não se observaram diferenças entre os grupos.

Apesar de não termos encontrado um impacto do programa de intervenção sobre a redução de *burnout* ou sobre o desenvolvimento das competências interpessoais, decidimos realizar uma análise das associações entre os níveis de *burnout* e as dimensões de relacionamento interpessoal, no momento pós-teste, no sentido de procurarmos encontrar novos preditores de *burnout* no grupo experimental.

Relacionamento Interpessoal como Preditor de *Burnout* Após a Intervenção

Iniciámos as nossas análises com a realização de regressões múltiplas, tendo cada dimensão de *burnout* como variável dependente e as dimensões de relacionamento interpessoal como variáveis independentes. Realizámos separadamente as regressões, por grupo (Com intervenção vs. Sem intervenção) e por momento (Momento Pré-Teste vs. Pós-Teste).

Momento Pré-Teste

Tabela 24: Análise de Regressões múltiplas, por grupo (Com intervenção vs. Sem intervenção), no **Momento Pré-Teste**

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
<i>Com intervenção</i>			
Consideração positiva			
Empatia			
Aceitação incondicional			
Congruência			-.471*
<i>Sem intervenção</i>			
Consideração positiva			
Empatia			
Aceitação Incondicional	-.433*	-.451*	-.453*
Congruência			

Notas: (1) valores correspondentes a β ; (2) † $p \leq .10$ * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Quanto às regressões realizadas relativamente ao primeiro momento de medição (ver Tabela acima), encontramos regressões significativas (ou marginalmente significativas), apenas para o grupo controlo (Exaustão Emocional e Física: $R = .565$, $R^2 = .319$; $F_{4,22} = 2.58$, $p = .066$; Cinismo: $R = .571$, $R^2 = .326$; $F_{4,22} = 2.66$, $p = .060$; Eficácia Profissional: $R = .641$, $R^2 = .410$; $F_{4,22} = 3.83$, $p = .017$). Estes resultados evidenciam a atitude Aceitação Incondicional como um preditor fidedigno da diminuição de *burnout* para este grupo.

Apesar das regressões realizadas sobre o grupo Com Intervenção não serem significativas, uma vez que a dimensão do grupo era baixa, decidimos procurar preditores tendo em conta apenas a significância dos coeficientes de regressão. Os resultados evidenciam apenas um preditor – a congruência sobre o nível de eficácia profissional.

Posto isto, realizámos regressões semelhantes mas em relação ao segundo momento. Qualquer diferença evidenciada nos resultados (particularmente no grupo sujeito a intervenção) indicar-nos-ia um ponto de referência avaliativo em relação ao programa de intervenção.

Momento Pós-Teste

Tabela 25: Análise de Regressões múltiplas, por grupo (Com intervenção vs. Sem intervenção), no Momento Pós-Teste

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
<i>Com intervenção</i>			
Consideração positiva	-.550*		
Empatia			
Aceitação incondicional			
Congruência			-.482*
<i>Sem intervenção</i>			
Consideração positiva			
Empatia			
Aceitação Incondicional		-.457*	-.420†
Congruência			

Notas: (1) valores correspondentes a β ; (2) † $p \leq .10$ * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p < .001$.

Os resultados evidenciam regressões significativas apenas para o grupo sem intervenção, nas dimensões de Cinismo ($R = .695$, $R^2 = .483$; $F_{4,22} = 5.15$, $p = .004$) e de Eficácia Profissional ($R = .618$, $R^2 = .382$; $F_{4,22} = 3.40$, $p = .026$). Ao tentarmos explicar estes resultados, verificámos que é a característica Aceitação Incondicional que prediz significativamente os valores de Cinismo e Eficácia Profissional encontrados neste grupo. Estes resultados indicam que, quanto mais evidenciam aceitação incondicional, menor é o nível de cinismo e maior é a percepção de eficácia profissional.

No entanto, e à semelhança do que fizemos relativamente às análises sobre o primeiro momento, decidimos não ficar por estes resultados, uma vez que as regressões apresentam níveis baixos de significância, também por causa da dimensão dos grupos analisados ($N = 27$). Assim, focalizámos a nossa leitura nos coeficientes de regressão que emergiram como significativos. Apesar dos dados não poderem ser interpretados de forma tão robusta, podemos dizer que o grupo que foi submetido a intervenção apresenta a característica Consideração Positiva como um preditor significativo da dimensão Exaustão Emocional e Física. Este resultado é interessante, porque esta dimensão de *burnout* não tinha obtido qualquer preditor na amostra inicial (na amostra mais alargada) e nem neste grupo na fase pré-intervenção. Assim, para estes participantes, quanto mais evidenciam desenvolvimento ao nível do Consideração Positiva, menor é a Exaustão manifestada.

3 - Estudo qualitativo - Análise aprofundada das vivências dos participantes do grupo.

3.1. Introdução

Pelo facto do nosso trabalho se desenvolver em dois momentos distintos e complementares, surgiu a necessidade de recorrermos a métodos quantitativos e qualitativos, no sentido de compreender melhor o fenómeno *burnout* num grupo de enfermeiros de oncologia.

A opção de outro tipo de escolha de duas metodologias complementares, surge como uma oportunidade de responder a questões levantadas pela experiência de grupo. Neste capítulo, iremos aprofundar o estudo qualitativo.

3.2. Objectivos

Após a análise quantitativa do processo de grupo, passamos neste capítulo a analisar o domínio das vivências dos participantes do grupo. Para tal dividimos este momento, em duas fases, as fases A e B.

A **fase A** com o objectivo:

- Analisar o processo experiencial de grupo, na análise dos significados das vivências pessoais de cada elemento e da sua interacção em grupo, através do conteúdo expresso. (Foram analisados os principais temas que emergiram das diferentes sessões e as formas dialógicas de interacção entre os diferentes elementos e a facilitadora.)

A fase B com o objectivo:

- Analisar o processo de experienciação do grupo de encontro, vivido por 10 participantes, seleccionados voluntariamente entre o grupo de elementos, após 3 meses da sua participação na intervenção psicológica em formato de grupo. A opção de realizar esta parte do estudo, passados três meses da experienciação da intervenção psicológica em formato de grupo, teve como principais objectivos, por um lado permitir aos participantes a consolidação e a integração das suas vivências, e por outro permitir a distância necessária, para que os participantes pudessem reflectir e expressar as suas vivências já interceptadas por oportunidades de colocar em prática as diferentes actualizações pelas quais passaram, durante o grupo.

3.3. Metodologia**3.3.1. Enquadramento das Opções Metodologias**

No sentido de contextualizar a nossa opção metodológica de cariz qualitativo, recorreremos à análise das características basilares das pesquisas qualitativas na perspectiva de Denzin & Lincoln (1998). De acordo com estes autores, a pesquisa qualitativa não é considerada neutra, nem objectiva. As observações são sempre contextualizadas pela subjectividade dos observadores e observados. A escolha de uma determinada metodologia pressupõe um investigador particular, cuja biografia, comunidade científica e género, irão configurar determinado enquadramento conceptual, conduzindo à formulação de determinado tipo de questões que serão, também elas, exploradas de forma específica.

A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa do problema em questão, buscando um sentido para determinado fenómeno em termos do que ele significa para as pessoas (Denzin & Lincoln, 1998), reflectindo o sentido da perspectiva fenomenológica (Krahn & Eisert, 2000).

3.3.2. Procedimentos

Na **fase A** desta análise procedemos a:

- Elaboração dos registos efectuados no final de cada sessão de grupo;
- Análise das diferentes transcrições das sessões.

Na **fase B** procedemos a:

- Construção de um guião de orientação para a elaboração das questões a colocar aos participantes, cujo conteúdo tinha por base os temas encontrados no primeiro estudo quantitativo deste trabalho, bem como a maioria dos temas que surgiram nas sessões de grupo. Este guião foi aplicado no formato de entrevista semi-estruturada com vista a aceder às vivências dos participantes.

Ao longo da entrevista, apesar de nunca termos perdido de vista as questões estruturadas no guião, reconhecemos a necessidade de usar a flexibilidade na ordem e a forma como as questões eram formuladas, em função do ritmo e discurso próprios do entrevistado.

- Depois procedemos à transcrição na íntegra das entrevistas no sentido de as organizar, segundo o sistema de categorias, para finalmente procedermos à análise de conteúdo das mesmas.

3.3.2.1. Questões Éticas

Foi pedido aos participantes do grupo que dessem o seu consentimento em relação à participação nesta investigação, por escrito (anexo VI). Após constituídos os grupos, foi realizada uma sessão pré-grupo, que constituiu um momento de definição e explicação do *setting*, com realce ao sigilo profissional a que estariam reservadas as sessões; da definição da natureza do grupo de encontro; do tipo de intervenção não directiva e do papel da facilitadora. Foi acordada a regularidade da marcação das sessões e a necessidade da presença de um número ideal de participantes. Neste encontro foi

possível obter o compromisso verbal de todos os elementos acerca do sigilo profissional requerido para esta intervenção psicológica em particular e igualmente esclarecer algumas questões iniciais, dado que esta actividade iria realizar-se no contexto institucional e como tal, estaria condicionada por alguns requisitos.

Para a **fase B** do momento de intervenção do nosso estudo, também foi explicado aos participantes que seriam observados os registos das diferentes sessões e que as entrevistas realizadas pela facilitadora seriam gravadas em áudio (após a autorização dos participantes em relação à utilização do gravador).

Explicamos aos participantes que a sua identidade estaria protegida através da omissão dos nomes e ainda de todas as referências que de algum modo pudessem permitir a sua identificação (e.g., referência a locais, pormenores profissionais ou particularidades das suas partilhas ou narrativas), reforçando a garantia do seu anonimato.

Desta forma e no sentido de manter a confidencialidade dos conteúdos das entrevistas, não as disponibilizamos integralmente à comunidade científica (Wengraf, 2001; Veiga, 2005).

3.3.2.2. Questões a serem exploradas através das entrevistas

Tabela 26: Questões a serem exploradas acerca das vivências do grupo.

Questões de Investigação Fase A-	Q.1- Como vivenciaram, os enfermeiros participantes do nosso estudo, a experiência de grupo de encontro?
	Q.1.1. Quais os principais temas que emergiram deste processo
	Q.1.1.1. Temas laborais
	Q.1.1.1.1. Dinâmica grupal estabelecida
	Q.1.1.2. Temas pessoais
	Q. 1.1.2.1. Dinâmica grupal estabelecida
	Q.1.2. Intervenções da facilitadora
	Q.1.2.1. Reformulação ao <i>setting</i>

Q.1.2.2. Reformulação ao Conteúdo

Questões de Investigação – Fase B-

Q.4.- Como é que a Pessoa vivenciou o grupo?

Q.5.- Como é que o Outro vivenciou o grupo?

Q.6.- Gostava de voltar a vivenciar?

Q.7.- Qual o impacto da experiência de grupo no seu ambiente laboral?

Q.8.- Qual o impacto da experiência de grupo no contacto com os outros significativos?

Q.9.- Qual o impacto da experiência de grupo passados 3 meses?

3.3.2.3. Formulação das Questões Teóricas

De acordo com a metodologia sugerida por Wengraf (2001), depois de formuladas as Questões Centrais para esta fase do estudo (QCI), clarificando as dimensões que privilegiamos para a melhor compreensão do impacto do exercício da profissão nos enfermeiros a trabalhar em serviços de oncologia, deveremos partir para o enunciado das questões teóricas. As **Questões Teóricas** (QT) que delineamos, são especificações das grandes questões centrais, formuladas numa linguagem teórica.

De seguida apresentaremos as questões teóricas que formulamos:

Tabela 27: Questões contidas no Guião

Questões Teóricas	QT 1 - Como sentiu a experiência de grupo que vivenciou? QT 2 - Sentiu que os outros membros do grupo vivenciaram a experiência da mesma forma? QT 3 - Repetiria esta experiência? QT 3.1 - Que aspectos manteria? QT 3.2 - Que aspectos modificaria? QT 4 - Sentiu que produziu algum impacto no seu ambiente laboral? QT 5 - Sente que esta experiência poderá ter alguma influência no contacto com os outros significativos? QT 6 - Após 3 meses da vivência desta experiência, de que forma é que sente, hoje no seu trabalho, a importância e ter participado num grupo desta natureza?

3.3.2.4. - Sobre o Guião

Dada a especificidade do *setting* terapêutico se situar no próprio local de trabalho dos elementos participantes, é maior a exigência de uma ambiência de confiança e de confidencialidade capaz de fazer emergir o que de mais profundo existia dentro de cada um dos participantes, fomos levados a tomar determinadas decisões no sentido de abdicar das gravações das diferentes sessões. Este facto, em particular, inviabilizou o acesso mais adequado e rigoroso, assumido pela metodologia qualitativa. No entanto, e em prol da espontaneidade emergida de cada um dos participantes e das diferentes interações entre eles, optamos por observar os participantes nas diferentes sessões de grupo, das quais fazíamos registos, imediatamente após o final da sessão, e de seguida trabalhamos qualitativamente os diferentes registos.

Na segunda fase, usamos a entrevista semi-estruturada, no sentido de aceder às principais vivências do processo de grupo ocorrido três meses antes.

Antes de proceder às entrevistas destes 10 elementos, procedemos à construção de um guião da entrevista. A construção deste guião teve por base os principais conteúdos relativos à forma como o grupo de encontro teria sido vivenciado pelos elementos que nele participaram, incluindo a percepção que estes mesmos elementos teriam acerca da vivência dos colegas no grupo e as sugestões para mudar ou manter experiências semelhantes no serviço.

No sentido de conduzir a entrevista num clima de escuta activa, estávamos orientados pelo guião que mentalmente estruturava pistas e tópicos, respeitando a emergência de novos conteúdos, gerindo o seu aprofundamento, privilegiando determinado nível de compreensão emocional, respeitando as dificuldades do entrevistado e os silêncios. Recorremos às referências de Rubin & Rubin, (1995), acerca da especificidade da entrevista qualitativa, que consideram que este tipo de entrevista requer um acesso profundo ao que é dito pela pessoa, e um esforço sistemático para realmente ouvir e compreender o que a pessoa diz.

A Tabela 27a, abaixo apresentada, contém as questões que, surgiram com base numa atitude reflexiva, e que constituem, pistas ou tópicos a explorar.

QT1- Como sentiu a experiência de grupo que vivenciou?	
QT8- Sentiu que produziu algum impacto no seu ambiente laboral?	- Pessoal
	- Na interacção com os Colegas
	- Na interacção com os Doentes
	- Na interacção com as Chefias
	- Na interacção Familiar
QT9 - Sentiu que os outros membros do grupo vivenciaram a experiência da mesma maneira?	
QT10- Repetiria esta experiência?	- Que aspectos manteria?
	- Que aspectos modificaria?
QT11- Recomendaria esta experiência a algum amigo ou colega do seu trabalho? Com que regularidade?	- Semanal?
	- Quinzenal?

	- Mensal?
QT12- Sente que esta experiência poderá ter alguma influência no contacto com os outros significativos?	- Doentes
	- Família
	- Colegas de trabalho
	- Amigos
	- Chefias
QT13- Após 3 meses da vivência desta experiência, de que forma é que sente, hoje no seu trabalho, a importância e ter participado num grupo desta natureza?	-No contacto com os Doentes/Família
	-No contacto com os Colegas de trabalho
	- No contacto com as Chefias
	- No contacto com os amigos
	- No contacto pessoal

3.3.2.5. Amostra

No momento seguinte, no sentido de seleccionar uma amostra representativa dos elementos que tinham sido sujeitos à intervenção psicológica em formato de grupo, foi elaborada uma proposta a cada serviço. Voluntariaram-se 10 dos 27 participantes a serem entrevistados, tomando em linha de conta os requisitos de uma metodologia que previa a gravação das narrativas dos participantes, aproximando-se o mais fielmente possível ao discurso original dos mesmos.

3.3.2.6. Recolha de dados - Das Sessões de Grupo à Entrevista

Foram realizadas 12 sessões, estabelecidas como o número limite, no sentido de permitir o aprofundamento das relações interpessoais, entre os enfermeiros, a melhoria da capacidade de comunicação e a coesividade grupal capaz de produzir efeitos no exercício da profissão.

Após as sessões de grupo procedeu-se à análise das mesmas com a intenção de aceder às vivências de cada um e deste modo apreender o significado experiencial da intervenção no processo de grupo através do seguinte procedimento:

- Análise dos registos realizados pela facilitadora do grupo, imediatamente após a ocorrência de cada sessão;
- Análise categorial desse registo, segundo o programa NVivo8;
- Aprofundamento da análise e discussão da mesma.
- Compreensão do significado profundo destas vivências, reflexão sobre o processo de intervenção.

Recolha de Dados / A Entrevista

Na fase B da intervenção de grupo, pretendíamos:

- Aprofundamento das vivências de um grupo mais restrito de enfermeiros, que haviam participado nos grupos de encontro, através da elaboração de uma entrevista;
- Realização de 10 entrevistas gravadas em áudio, com a duração média de 30 minutos cada.
- Transcrição das entrevistas;
- Análise categorial das mesmas, segundo o programa NVivo8;
- Aprofundamento da análise e discussão das mesmas;

- Compreensão do significado profundo destas vivências para reflectir sobre o processo de intervenção.

3.3.2.7. Procedimento de análise e tratamento dos dados

Os dados provenientes das sessões de grupo foram submetidos a uma análise de cariz qualitativo em várias etapas. A primeira etapa constitui a transcrição integral em texto para posterior codificação. Esta fase não aconteceu desta forma no nosso estudo em particular, na medida em que a especificidade do *setting* em que ocorreram estas sessões não permitiu a gravação integral das mesmas, como já referimos.

Se por um lado a situação de **grupo de encontro** constitui, por si só, um momento em que a expressão das vivências implica a construção de alicerces plenos de confiança, em cada elemento do grupo em particular e na facilitadora, por outro a expressão destas vivências sobre e em contexto laboral, (as reuniões ocorriam em plena sala de reuniões dos respectivos serviços), torna-se uma tarefa morosa e exigente, pelo que e dadas as limitações temporais e contextuais, optamos por analisar as transcrições das sessões, elaboradas pela facilitadora, recuperando deste modo o papel de sujeito de grupo que a investigadora também desempenha.

Tivemos necessidade de fazer uma escolha entre a necessidade de criar um *setting* de confiança adequado à partilha de vivências e sentimentos, (grande parte das vezes silenciados no exercício da prática de enfermagem), sem a presença de uma câmara de vídeo que pudesse inviabilizar esta partilha e a inevitabilidade de introduzir subjectividade no discurso da facilitadora aquando da transcrição escrita das vivências de cada elemento em particular e das interacções ocorridas no grupo.

As transcrições das sessões foram realizadas pela facilitadora do grupo, que imediatamente no final de cada sessão, fazia um registo das mesmas, para evitar a introdução de um maior índice de subjectividade.

Nesta etapa morosa e complexa, tomamos contacto com o discurso dos enfermeiros participantes no grupo de encontro através da análise qualitativa das expressões orais. Na fase seguinte, a codificação da informação implica a divisão do texto em segmentos designados de unidades de texto (UT) que aludem a uma ideia que consideramos pertinente, e que podem ser palavras simples, expressões, ou frases completas. Progressivamente, o processo de categorização possibilitou a integração dos segmentos codificados em várias categorias. Assim, a necessidade de criar novas categorias e subcategorias numa constante verificação e reestruturação dos excertos (UT) anteriormente introduzidos, demarca um processo difícil, em que o objectivo é respeitar os dados e dar-lhes uma interpretação que não omita ou deturpe o significado atribuído pelos entrevistados.

Esta análise de conteúdo foi suportada pelo programa Nvivo, versão 8.0, que possibilita o cálculo e comparação das frequências dos temas evocados, que foram previamente categorizados, viabilizando uma análise do tipo categorial que perspectiva a categoria mais citada como mais relevante para o grupo estudado.

Tabela 28: Sistemas Geral de categorias referente à fase A do estudo qualitativo

3.4.1 Temas Laborais

-
3.4.1.1.	Natureza do trabalho
3.4.1.2.	Estrutura do trabalho
3.4.1.3.	Relacionamento e expectativas dos outros serviços que trabalham com o serviço de enfermagem
3.4.1.4.	Necessidades que surgem em contexto laboral
3.4.1.5.	Temas relacionados com o trabalho
3.4.1.6.	Dinâmica de grupo estabelecida
3.4.1.6.1.	Partilha ao grupo
3.4.1.6.2.	Resposta compreensiva e esclarecimento da situação
3.4.1.6.3.	Busca de Sugestões
3.4.1.7.	Intervenções da Facilitadora
3.4.1.7.1.	Reformulação ao <i>Setting</i>
3.4.1.7.2.	Reformulação ao Conteúdo
-

3.4.2 Temas Pessoais

3.4.3. Dinâmica de grupo estabelecida

- 3.4.3.1. Resistência em participar no grupo
 - 3.4.3.2. Esclarecimento ao grupo
 - 3.4.3.3. Pedido de apoio ao grupo
 - 3.4.3.4. Partilha ao grupo
 - 3.4.3.5. Impacto no grupo
 - 3.4.3.6. Resposta compreensiva e esclarecimento da situação
 - 3.4.3.7. Partilha ao grupo
-

Adoptamos o mesmo procedimento para a análise das entrevistas que realizamos a um grupo de enfermeiros que participaram na intervenção psicológica em grupo, a grande diferença é que transcrevemos na íntegra as entrevistas áudio que realizamos e que descreveremos à posteriori.

3.4. Resultados

A exposição dos resultados será feita em duas fases distintas, em função da opção que tomamos em dividir o momento de intervenção do nosso trabalho em duas fases.

Na **fase A** procederemos à exposição dos dados relativos à análise das sessões, assente no sistema de categorias e na segunda fase, a **fase B**, após a realização das entrevistas fazemos a transcrição na íntegra do material recolhido nas entrevistas áudio, de um grupo restrito de elementos que participaram na experiência de grupo com posterior análise do material, igualmente analisado segundo o sistema de categorias.

3.4.1. Fase A- Resultados relativos à análise dos registos das sessões de grupo (sistema de categorias)

Dado que a natureza dos grupos de encontro segundo um racional humanista e centrado na pessoa, segue um modelo de não-directividade, os objectivos são

estabelecidos pelo próprio grupo, logo os temas que emergiram em cada sessão não foram pré-definidos, e constituíram-se muito específicos de cada momento.

Tendo em conta estas particularidades procurar-se-á apresentar os principais temas que surgiram em cada sessão, revelando-se a posição que predomina na nossa amostra de enfermeiros, face aos temas centrais evocados (temas laborais e pessoais) não dispensando os sentimentos que acompanharam os temas partilhados.

Tivemos a preocupação de perceber as especificidades do relacionamento grupal, em termos de respostas dadas pela facilitadora e respostas dadas por vários elementos do grupo, em especial, nos momentos de partilha, assumindo uma postura de carácter exploratório.

Procura-se que através deste tipo de grupos, os indivíduos sejam capazes de se compreender a si próprios e obtenham maior capacidade para lidar com situações interpessoais difíceis, constituindo como principal vantagem de poder oferecer a atitude terapêutica, não só da parte do facilitador, como também da parte de todos os membros do grupo a partir da possibilidade de treino no relacionamento pessoal (Soares & Fernandes, 2009).

A Tabela abaixo pretende ilustrar alguns exemplos das subcategorias mais referenciadas pelos elementos que participaram nos grupos e a forma como foram agrupados os vários temas, no que respeita à categorias **Natureza do trabalho**.

Tabela 29: Categoria Natureza do Trabalho

Natureza do Trabalho				
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Sentimentos	Unidades Texto (UT)
Indiferenciação	Referência ao tipo de papel indiferenciado que as enfermeiras desempenham, um papel sem limites bem definidos.	refere que tinha já pensado em dar o nome ao seu papel que eram as “governantas”...que serviam para tudo...nós acabamos por fazer de tudo um pouco e todos esperam isso de nós.”	Desvalorização	15 (UT)

De seguida ilustraremos as diferentes subcategorias que surgiram quando agrupamos referências quanto à Categoria **Estrutura do trabalho**, seleccionaremos as que apresentaram uma maior quantidade de Unidades de Texto (UT).

Tabela 30: Categoria Estrutura do Trabalho

Estrutura do Trabalho				
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Sentimentos	Unidades Texto (UT)
Falta de Tempo	Referências a situações em que não existe tempo para desempenhar as diferentes tarefas	“... referiu que trabalhava num serviço em que tudo acontecia tão depressa, que não havia tempo para dar suporte à família, quer informacional quer emocional, e que constantemente a mesma família a bombardeava ao telefone, para fazer perguntas e obter o tal apoio...”	Pressão	20 (UT)

De seguida ilustraremos as diferentes subcategorias que surgiram quando agrupamos referências quanto a **Relacionamento e Expectativas de outros Serviços**

que trabalham o Serviço de Enfermagem, seleccionaremos as que apresentaram uma maior quantidade de Unidades de Texto (UT).

Tabela 31: Categoria Relacionamento e Expectativas dos outros Serviços

Relacionamento e Expectativas dos Outros Serviços				
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Sentimentos	Unidades Texto (UT)
Dificuldade de Comunicação com os outros serviços	Referência a situações laborais em que estão em causa problemas de comunicação com os outros serviços.	“...pessoal da farmácia que por vezes empurra para os outros e não é justo...” Falou de um fármaco para o alívio da dor que teria terminado na farmácia e que as pessoas da farmácia se estariam a desresponsabilizar, referindo que já não havia...resultando na falta de diligência para arranjar outro.	Injustiça	20 (UT)
Dependência de outros serviços	Referência a situações de algum conflito que surge devido à dependência que a Enfermagem tem de outros serviços.	A Enf. Z sentiu também alguma necessidade de se queixar...”o meu trabalho está mesmo dependente dos outros médicos, não tenho grandes hipóteses de fazer o que quer que seja para combater isso.	Impotência	17 (UT)
Falta de autonomia	Referências a vivências laborais em que está explícita a falta de autonomia no trabalho como Enfermeira.	Queixaram-se dos superiores hierárquicos que tomavam decisões e nunca pediam opinião dos enfermeiros que eram as pessoas que levavam a cabo as suas directrizes. A Enf Y referiu ” eu já tentei várias vezes pedir ajuda mas não me ouvem eu não sou ouvida nunca...é uma angustia enorme...	Angustia	11 (UT)
Expectativas erróneas da parte dos outros profissionais	Referência a situações que evocam expectativas irrealistas de outros serviços	A Enf W deu um exemplo da forma como tinha abordado um médico, quando este lhe pediu um copo de água e em que ela	Desrespeito	9 (UT)

referiu...”levantar-se o Sr. e vá buscar...” a partir daqui nunca mais me desrespeitou.

As **Necessidades no trabalho** constituem outra categoria que encontramos nas descrições mais frequentes da parte dos nossos grupos de enfermeiros, de seguida descreveremos as subcategorias que surgiram, depois de seleccionar as mais referidas.

Tabela 32: Categoria Necessidades no Trabalho

Necessidades no Trabalho				
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Sentimentos	Unidades Texto (UT)
Necessidade de Mudança	Referência a situações que evocam a necessidade de mudança e do cansaço explícito	“...pois é eu não sei se vale muito a pena falar as coisas nunca mudam...mas de facto as tarefas deviam ser distribuídas de outra forma, a gestão não é lá muito boa...mas também nunca somos ouvidas...”	Cansaço	9 (UT)
Falta de Espaços de Partilha	Referência a situações que evocam a necessidade de espaços de partilha	Também acabou por dizer que sentia falta de momentos de encontro entre as pessoas, de fazer reuniões de serviço e de poder estar com as pessoas	Privação	9 (UT)
Espírito de Equipa	Referência a momentos que evocam a existência de espírito de equipa e solidariedade entre os colegas	“...sim mas vamos dando conta do recado e fica tudo feito rapidamente...quando a equipa está toda não há paragens e tudo trabalha para o mesmo, que é para que o trabalho fique realizado e fica e com muito espírito de equipa...seja lá quem esteja a trabalhar...”	União	5 (UT)

Durante as sessões de grupo surgiram alguns temas relacionados com o trabalho realizado pelos enfermeiros com as famílias dos doentes. Para descrever estes temas

definimos como categoria principal os **Temas relacionados com a função**, cujas unidades de texto mais importantes agrupamos nas seguintes subcategorias.

Tabela 33: Categoria Temas Relacionados com a Função

Temas Relacionados com a Função				
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Sentimentos	Unidades Texto (UT)
Ausência de Sintonia quando Comunicam as más notícias	Referência a situações em que a comunicação das más notícias aos familiares dos doentes, não é encarada da mesma maneira, entre os diferentes enfermeiros	Refere: "...Eu prefiro dar más notícias pessoalmente, mas fico irritada quando não obtenho feedback que esperava da parte dos familiares:" às vezes parecem mesmo desligados, no mínimo tinham consideração pelas pessoas que morrem, eu não era capaz..."	Irritabilidade	3 (UT)
3.4.1.5.1. Ausência de Sintonia quando Comunicam as más notícias 3.4.1.5.2. Diversidade e exigência face à doença	Referência a situações em que é evocado o comportamento e exigência de alguns pacientes face à doença em momentos especiais.	Referiram que a forma como cada doente vive o Natal é muito diferente de pessoa para pessoa, uns sentem como uma época angustiante outros como uma forma de rever a família sempre à espera de ser a última vez..." que alguns até queriam esquecer que era Natal, pois lembrar - se - iam que podia ser o último." "...Mas é sempre muito triste..."	Tristeza	5 (UT)

3.4.1.1. Síntese dos Principais Resultados relativos aos Temas Laborais:

Dos temas laborais que surgiram dos participantes do grupo, destacam-se 5 grandes categorias. *A natureza do trabalho, a estrutura do trabalho, o relacionamento e expectativas dos outros serviços* que trabalham como o serviço de enfermagem, as

necessidades no trabalho e os *temas relacionados com a função* ou *tarefa* levada a cabo pelos enfermeiros. Quanto à natureza do trabalho, a grande subcategoria que surgiu, e que ocupou uma boa parte da discussão do grupo, foi a natureza *indiferenciada* (15 UT) com que os enfermeiros vivem a sua profissão, sentem-se a desempenhar um papel, *indiferenciado* sem limites definidos.

Este papel INDIFERENCIADO sentido pela maioria das enfermeiras, é vivido com sentimentos de *Desvalorização*.

Da categoria ESTRUTURA DO TRABALHO, a subcategoria que emergiu como mais referida pelos participantes foi a FALTA DE TEMPO. Alguns participantes do nosso estudo sentem que o tempo que têm para a execução das suas tarefas é muito reduzido, não permitindo dar à família do doente o apoio que consideram importante. Consequentemente, verifica-se uma insistência constante da parte desta no sentido de adquirir as respostas necessárias. Esta sensação de falta de tempo, foi acompanhada da expressão do sentimento de PRESSÃO, em que todas as tarefas têm de ser executadas seja de que forma for.

No que se refere à categoria RELACIONAMENTO E EXPECTATIVAS DOS OUTROS SERVIÇOS, emergiram várias subcategorias, sendo que a mais destacada foi a DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO COM OS OUTROS SERVIÇOS. Alguns participantes do grupo referiram que na decorrência dos problemas de comunicação com os outros serviços, muitas vezes surgem falhas no serviço de enfermagem, cujo principal afectado, em primeira linha, é o próprio doente e o enfermeiro que se vê privado de cumprir a sua tarefa, por falta de meios. Estas situações são vividas com sentimentos de INJUSTIÇA.

Ainda dentro desta categoria, uma subcategoria muito referenciada foi a subcategoria DEPENDÊNCIA DE OUTROS SERVIÇOS, vivida com sentimentos de IMPOTÊNCIA surgem as situações em que os enfermeiros do nosso estudo, referem que se sentem muito dependentes dos outros serviços para levarem a cabo o seu trabalho, nomeadamente o serviço médico.

De seguida surgem outras duas subcategorias, mas com menos unidades de texto, a saber: falta de autonomia e as expectativas erróneas da parte dos outros profissionais.

As NECESSIDADES NO TRABALHO foi outra das categorias criadas para englobar várias subcategorias mais específicas, dentro das mais referenciadas surge a subcategoria NECESSIDADE DE MUDANÇA e a subcategoria FALTA DE ESPAÇOS DE PARTILHA. A primeira, refere-se a situações que evocam uma profunda necessidade de mudança acompanhada de sentimentos de cansaço. E a segunda evoca situações que explicitam a vontade de usufruir de momentos de partilha e encontro entre os diferentes elementos do serviço, acompanhada de sentimentos de privação.

Outra subcategoria, um pouco menos referenciada, foi a subcategoria ESPÍRITO DE EQUIPA.

Na categoria TEMAS RELACIONADOS COM A FUNÇÃO, a subcategoria mais evocada foi a DIVERSIDADE E EXIGÊNCIA FACE À DOENÇA, na qual emergiram referências a situações em que é lembrado o comportamento diferente de cada doente perante a doença, em épocas especiais, por exemplo. Esta subcategoria foi explicitada com sentimentos de tristeza.

A outra subcategoria intitula-se AUSÊNCIA DE SINTONIA QUANDO COMUNICAM MÁS NOTÍCIAS.

Quanto à **interacção grupal** aquando da descrição dos **temas laborais**, fomos constituindo várias sub-categorias ilustrativas de toda a dinâmica estabelecida entre os participantes:

Tabela 34: Categoria Interação Grupal Tema Laboral

Interacção Grupal Tema Laboral			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)

Partilha ao Grupo	Referência a situações em que qualquer elemento do grupo toma a iniciativa de partilhar um assunto que considera para si de importância, relacionado com o trabalho, no sentido de o ver discutido no grupo.	Expressou muita angústia e falava não verbalmente, refere: “estou-me a sentir muito, muito cansada, o meu marido até goza comigo e refere que eles não me pagam para este cansaço, até diz estás cansada porque queres...”.	44 (UT)
3.4.1.6.2. Resposta compreensiva e/ou esclarecimento da situação	Referência a situações em que qualquer elemento do grupo toma a iniciativa de reagir à partilha de algum assunto importante da parte de outro elemento, no sentido de demonstrar compreensão.	Reagiu e disse, pois é “Este serviço actualmente está muito sobrecarregado, elas são 7 enfermeiras todas a trabalhar ali sem parar. De facto é muito complicado.	11 (UT)
3.4.1.6.3. Busca de sugestões	Procura de uma sugestão para o problema apresentado	Segundo a participante “...então se não tens tempo enquanto vês o doente, enquanto lhe fizeres exames tens tempo para abordar o doente, temos é que aproveitar esse tempo, nós temos é que ter tempo para o que é importante...”.	7 (UT)

No que respeita à **intervenção da facilitadora**, também se constituíram algumas categorias:

Tabela 35: Categoria Reformulação ao *Setting*

Reformulação ao <i>Setting</i>			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Metodologia	Referência a afirmações feitas pela facilitadora, nas primeiras sessões de grupo, no sentido de esclarecer os participantes acerca das principais características dos grupos desta natureza.	Foi-lhes explicado que não seria a facilitadora a escolher os temas das sessões mas sim os participantes decidiram falar do que considerassem mais importante.	6 (UT)

Objectivos	Referência a afirmações feitas pela facilitadora, nas primeiras sessões de grupo, no sentido de esclarecer os participantes acerca do propósito daquele espaço.	Foi-lhes explicado que não era um grupo psicoterapêutico, mas sim um espaço onde poderiam ser treinadas as relações interpessoais, porque não chamar um espaço de inter-ajuda.	5 (UT)

Tabela 36: Categoria Reformulação ao Conteúdo

Reformulação ao Conteúdo			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Reformulação ao Conteúdo do Grupo	Referência a reformulações levadas a cabo pela facilitadora, no sentido de dar uma resposta empática acerca da sua compreensão das vivências do grupo, em geral.	No final do grupo a facilitadora acabou por tentar dar um tema à sessão daquele dia..."A história do fósforo, que às vezes apaga..."Referiu que todos pareciam sentir um pouco isso, que às vezes ficavam sem força e apagavam, provavelmente porque já teriam dado todo o seu esforço quer aos seus doentes, quer aos familiares destes e por esse facto é que acabavam por apagar sem forças..."	32 (UT)
Reformulação ao Conteúdo Individual	Referência a reformulações feitas pela facilitadora, no sentido de dar um "feedback" acerca da sua compreensão das vivências de qualquer um dos elementos do grupo em particular.	A facilitadora referiu: "pois estou a sentir que está bastante desmotivada face às coisas que vão acontecendo neste país..."	36 (UT)

3.4.1.2. Síntese dos Principais Resultados dos Temas Laborais tendo em conta a Interação Grupal:

Ainda englobada pelos temas laborais surgiu a categoria referente à INTERACÇÃO GRUPAL, constituída por 3 diferentes subcategorias, que explicitam a forma como os diferentes elementos se foram posicionando face ao grupo, umas vezes

partilhando diferentes vivências, englobadas através da subcategoria PARTILHA AO GRUPO, outras vezes usando RESPOSTAS COMPREENSIVAS E ESCLARECIMENTOS DAS SITUAÇÕES com e por fim BUSCANDO SUGESTÕES. A primeira subcategoria é a mais evocada, diz respeito a diferentes situações em que qualquer elemento do grupo toma a iniciativa de partilhar um assunto que considera para si de importância, relacionado com o trabalho, no sentido de o ver discutido no grupo.

As outras duas subcategorias menos usadas pelos diferentes elementos do grupo, dizem respeito a situações em que qualquer elemento do grupo toma a iniciativa de responder de forma compreensiva a algum elemento que partilhou anteriormente, qualquer vivência e em que qualquer elemento, igualmente, busca sugestões com a intenção de ajudar o colega que partilhou uma situação. Estas situações, por vezes, foram acompanhadas de sentimentos bastante explícitos e significativos.

Acerca da interacção grupal, mas desta vez, no que respeita às intervenções da facilitadora, surgiram duas categorias, a categoria REFORMULAÇÃO AO SETTING e a categoria REFORMULAÇÃO AO CONTEÚDO. Da primeira, criaram-se duas subcategorias, a METODOLOGIA e a subcategoria OBJECTIVOS. Estas subcategorias foram construídas na decorrência das intervenções da facilitadora, no sentido de explicar aos elementos do grupo como iriam decorrer as sessões, no que concerne aos diferentes objectivos e metodologia.

Provenientes da segunda categoria, REFORMULAÇÃO AO CONTEÚDO, surgiram as duas subcategorias: REFORMULAÇÃO AO CONTEÚDO DO GRUPO e REFORMULAÇÃO AO CONTEÚDO INDIVIDUAL. A primeira subcategoria, refere-se às diferentes reformulações realizadas pela facilitadora, no sentido de dar uma resposta empática acerca da sua compreensão das vivências do grupo em geral, e normalmente estas situações surgiam no final de cada “discussão em grupo”, ao longo da sessão e no final de cada sessão. A segunda, trata-se das diferentes reformulações feitas pela facilitadora acerca das vivências expressas por qualquer um dos elementos do grupo, em particular.

De seguida apresentamos os principais temas pessoais que foram emergindo das interacções

Tabela 37: Categoria Temas Pessoais

Temas Pessoais				
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Sentimentos	Unidades Texto (UT)
Emigração	Referência a temas relacionados com o desejo de emigração dos participantes das vivências familiares dos mesmos.	Sobre este assunto referiu “eu tenho uma irmã que está a viver, actualmente, este drama, com o meu sobrinho, que está a fazer o curso de medicina já decidiu ir estudar para fora em erasmus e que está a ser muito duro para a minha irmã e está a afectar-me também...”	Preocupação	7 (UT)
Ocupação de Tempos Livres	Referência a formas diferentes de ocupação dos tempos livres	Partilhou que estava de férias e que tinha a sensação que era mt bom “ocupo o tempo como quero e não tenho que dar satisfações a ninguém...e referiu que gostava mt de ir à ginástica e de dormir muito...”.	Descontracção	7 (UT)
Características Pessoais dos Participantes	Referências a várias situações em que há partilha acerca das características de cada um	Aproveitou para partilhar que tinha uma dificuldade para expor ao grupo, que se prendia com a sua forma de ser...”Eu sou uma pessoa muito...os meus amigos até gozam bastante com isso eu às vezes até tenho receio que isso se reflita no trabalho”.	Receio	22 (UT)

Impacto pessoal dos acontecimentos laborais	Referência a várias situações que traduzem o impacto pessoal de várias situações que acontecem no trabalho	Explicou o seu problema, referiu que trabalhava muito bem com duas excelentes colegas que “equilibravam o serviço...eu estava no paraíso...” e que de um momento para o outro a chefia mobilizou uma delas para ir para outro local.”...eu que trabalhava no cantinho do céu...vi o meu projecto estagnar-se “...sei que estou a ser egoísta, mas está-me a custar bastante...”	Desamparo	6 (UT)
Gestão do tempo doméstico	Referência a várias situações que traduzem a forma como as participantes gerem o seu tempo em casa.	Refere “...eu não me preocupo nada se não há tempo para fazer as camas não se faz, tem é que se ter tempo para estar com as miúdas, não há stress nenhum...”	Despreocupação	9 (UT)
Relações com os filhos	Referências a várias situações que traduzem a forma como as participantes se relacionam com os seus filhos	“...eu que tenho um filho que é extremamente ligado a mim gosta sempre de estar ao meu lado: “è uma maravilha por ele a mãe só trabalhava em casa fora não, habituou-se a ter-me ali perto...”	Satisfação	8 (UT)
Estados de Saúde dos participantes e dos familiares	Referências a várias situações que traduzem os estados de saúde das participantes	Uma das participantes que esteve algum tempo ausente das sessões de grupo acabou por sentir necessidade de referir que “...eu estive internada e nunca pensei que pudesse correr mal, já que era uma simples cirurgia à garganta, mas que acabou por correr...”	Surpresa	6 (UT)

Partilha de diferenças e gostos em comum	Referências a várias situações em que houve momentos de partilha acerca dos gostos e das diferenças de cada um.	...Falaram também nos clubes de Futebol e nas diferenças entre Porto/Benfica...Surgiu o tema das diferenças entre as diferentes regiões, a pronuncia, os costumes...	Identificação	19 (UT)
Responsabilização pessoal	Referência a situações em que determinados membros do grupo se responsabilizaram por determinados comportamentos adoptados por os outros elementos.	Foi o primeiro a verbalizar o receio de avançar, Com as sessões de grupo, pois referiu:” Eu prefiro não começar do que depois vir a ter dificuldades...”	Responsabilidade	5 (UT)

Quanto à análise dos temas pessoais surgiram temas relacionados com a **dinâmica de grupo** estabelecida, no sentido em que explicam como os diferentes participantes se foram posicionando face ao grupo. Foram construídas as seguintes categorias:

Tabela 38: Categoria Temas Relacionados com a dinâmica de grupo

Temas Relacionados dinâmica com a do Grupo			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Resistência em participar no grupo	Referência a situações em que está implícita a resistência em participar no grupo.	Referiu que tinha alguma curiosidade com os grupos, mas que também tinha muito receio em participar...”Estou um pouco apreensiva...”.	20 (UT)
Dificuldade em gerir o silêncio inicial	Referência a situações em que está implícita a dificuldade em gerir o silêncio inicial vivido pelo grupo.	Esta sessão custou um pouco a iniciar e uma das participantes fez este comentário...”não nos deixe aqui em silêncio se não adormeço...”	3 (UT)

Esclarecimento ao grupo	Referência a várias situações em que alguns participantes intervinham no sentido de fazer um esclarecimento ao grupo.	Referiu que se dava bem com as pessoas e que se sentia sempre muito à vontade com os outros...”identifico-me como facilitadora da comunicação, com as pessoas...eu com pouco me sinto à vontade...”. “acho importante esta possibilidade de fazermos estes grupos pois é bom partilhar e trocar ideias...”	12 (UT)
Pedido de apoio ao grupo	Referência a situações em que aconteciam pedidos explícitos de ajuda ao grupo.	refere pois é eu também ando desanimada:” ooh colega tens que me dizer como é que fazes para te sentires bem...será que tem que ver com a idade? ...pois as coisas com o meu namorado também não andam muito bem...”.	12 (UT)
Impacto no grupo	Referência a momentos de partilha feitos por determinados participantes, com impacto significativo nos outros.	Referiu” pois eu de facto estou descontente pois vivi uma situação muito complicada e de muito aperto, quando foi o período de crise, as prestações da casa subiram muito e esse facto provocou muito desequilíbrio no orçamento, as pessoas ficaram mal...”.	45 (UT)
Resposta Compreensiva e esclarecimento da situação	Referência a respostas compreensivas que surgiam depois de um momento de partilha.	Sentiu-se implicada, e referiu “... toda a gente devia ter um espaço para si, onde pudesse usufruir dele como quisesse...”	14 (UT)
Pedido de ajuda à facilitadora	Referência a intervenções não verbais e verbais que funcionaram como um pedido de ajuda à facilitadora.	Verbalizou “...que não gostei daquilo que se passou e fiquei desiludida por ninguém me ter avisado que a sessão tinha sido adiada...”.	6 (UT)

3.4.1.3. Síntese dos Principais Resultados relativos aos Temas Pessoais:

O conjunto dos temas pessoais foi outra das grandes categorias desenvolvidas. Esta por sua vez dividiu-se em diferentes subcategorias: EMIGRAÇÃO, OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES, CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DOS PARTICIPANTES, IMPACTO PESSOAL DOS ACONTECIMENTOS LABORAIS, GESTÃO DO TEMPO DOMÉSTICO, RELAÇÃO COM OS FILHOS, ESTADOS DE SAÚDE DOS PARTICIPANTES E DOS SEUS FAMILIARES, PARTILHA DE DIFERENÇAS E GOSTOS EM COMUM E RESPONSABILIZAÇÃO PESSOAL. Destas diferentes categorias as mais referenciadas foram as subcategorias, CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DOS PARTICIPANTES e PARTILHA DE DIFERENÇAS E GOSTOS EM COMUM. A primeira subcategoria diz respeito à partilha por parte dos diferentes elementos do grupo das suas características pessoais. Esta partilha era algumas vezes acompanhada pelo sentimento de RECEIO, em busca de aprovação por parte dos outros membros do grupo.

A subcategoria PARTILHA DE DIFERENÇAS E GOSTOS EM COMUM, é constituída pelas referências acerca das principais diferenças e gostos em comum, quer em clubes de futebol, regiões, referências às diferentes actividades que cada um realiza. Estas situações foram verbalizadas com sentimentos de IDENTIFICAÇÃO ou procura de validação da parte dos diferentes elementos, evidenciando uma vontade de conhecer os outros elementos e de se dar a conhecer de forma mais aprofundada.

Ainda englobada na categoria temas pessoal, surgiu outra categoria, relativa à dinâmica de grupo estabelecida, que classificamos de TEMAS RELACIONADOS COM A DINÂMICA DE GRUPO. Nesta categoria, incluímos as diversas formas de cada um dos participantes se expressarem em grupo, a saber: RESISTÊNCIA EM PARTICIPAR NO GRUPO, DIFICULDADE EM GERIR O SILÊNCIO INICIAL, ESCLARECIMENTO AO GRUPO, PEDIDO DE APOIO AO GRUPO, IMPACTO NO GRUPO, RESPOSTA COMPREENSIVA E ESCLARECIMENTO DA SITUAÇÃO E PEDIDO DE AJUDA À FACILITADORA. Das diferentes subcategorias referidas aquelas que emergiram mais vezes, foram a subcategoria IMPACTO NO GRUPO e a subcategoria RESISTÊNCIA EM PARTICIPAR NO GRUPO. A primeira engloba referências a momentos de partilha, realizados por diferentes elementos, com um

importante impacto sobre os outros. A outra subcategoria, RESISTÊNCIA EM PARTICIPAR NO GRUPO, encerra diferentes referências a situações em que está explícita ou mesmo implícita a ideia de receio ou resistência em participar no grupo. Estas referências, muitas vezes são acompanhadas da expressão de vários sentimentos, como poderemos observar (Cf Tabela 38)

3.4.1.4. Conclusões:

Dado que a autora deste trabalho, no seu papel de investigadora também foi sujeita ao processo de grupo, tendo em conta que os investigadores contribuem para a análise expressando as suas vivências (Marques-Teixeira, 2004), pretende-se neste momento e em jeito de síntese, caracterizar o processo vivencial, quer do ponto de vista do grupo, quer do ponto de vista de cada elemento.

Quanto ao processo vivencial, a facilitadora sentiu que a maioria dos elementos do grupo revelaram uma grande dificuldade em participar, especialmente nas primeiras sessões. Cientes que naquele espaço estavam reunidos diferentes elementos, que numa primeira análise, só teriam uma característica comum que era a de pertencerem ao mesmo local de trabalho. Por outro lado, dado que, como temas emergidos nas diferentes sessões, os elementos identificaram como necessidades no trabalho, a falta de espaços de partilha e a necessidade de mudança, tínhamos consciência de que a oportunidade de partilhar diferentes vivências com intimidade e confiança era uma oportunidade que estes elementos não estariam habituados a vivenciar, especialmente no próprio local de trabalho, pelo que, esperaríamos que houvesse uma grande resistência inicial. Rogers (1986) refere-se a esta resistência inicial como uma fase que é característica dos grupos de encontro, denominada fase de hesitação, de andar em volta. Esta fase é caracterizada por uma indefinição do grupo e por uma expectativa dos participantes relativamente às orientações que esperam do facilitador. No entanto, o facilitador humanista não tenta conduzir o grupo directamente, porque cabe ao próprio grupo traçar os seus objectivos e o seu caminho. Na decorrência do que acabamos de referir, progressivamente, os diferentes elementos do grupo foram partilhando as suas vivências.

Inicialmente, o conteúdo das verbalizações era de cariz iminentemente laboral, mas posteriormente foi substituído por um discurso com conteúdo de carácter pessoal, tal como se pode observar na descrição dos temas pessoais, referidos anteriormente.

Sobre a evolução dos grupos, Rogers, refere que numa fase inicial surge uma grande resistência à expressão ou exploração pessoais, e as pessoas apresentam-se com o seu *eu* social ou público, recusando-se a falar de aspectos pessoais que consideram ameaçadores. Para o autor, este aspecto resulta do facto de ainda não haver um clima de confiança entre os elementos do grupo (Rogers, 1986).

Como vivências de ordem laboral, e quanto à categoria que emergiu, NATUREZA DE TRABALHO revelou-se a natureza de trabalho INDIFERENCIADA, expressa através de sentimentos de desvalorização. Como expressão da estrutura de trabalho, surgiu a subcategoria mais referenciada, FALTA DE TEMPO, manifesta com sentimentos de PRESSÃO. No que respeita às expressões de relacionamento e expectativas que os participantes teriam dos outros serviços, surgiram, as DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO COM OS OUTROS SERVIÇOS, expressas através de sentimentos de injustiça. Como principais temas relacionados com a função de enfermagem, surgiu a subcategoria, DIVERSIDADE E EXIGÊNCIA FACE À DOENÇA expressa com sentimentos de TRISTEZA. A interação grupal, que estabeleceu em torno dos conteúdos laborais, possibilitou inúmeras interações, constituiu um momento de grande partilha dado que foram várias as referências transcritas pela facilitadora, da qual emergiu uma subcategoria que denominamos PARTILHA AO GRUPO. Para além desta também emergiu outra subcategoria, intitulada RESPOSTA COMPREENSIVA E/OU ESCLARECIMENTO DA SITUAÇÃO, dado que surgiram várias referências a situações nas quais se verificou o “feedback” de um elemento, relativamente ao que outro colega teria dito.

A BUSCA DE SUGESTÕES constitui outra forma dialógica que identifica a procura de uma sugestão ou a reformulação realizada por algum elemento ao que outro elemento terá dito. De encontro a este facto salientamos outra característica dos grupos de encontro, que diz respeito ao carácter facilitador dos outros membros do grupo. O grupo tem a propriedade de poder oferecer a atitude terapêutica, não só da parte do facilitador, mas de todos os elementos do grupo, emanando a vantagem de que cada elemento pode ser compreendido e aceite por todos os membros do grupo (Rogers, 1986).

A evolução progressiva do grupo deu origem à partilha de vivências de carácter pessoal, tendo sido os temas mais referenciados os relativos às CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DOS PARTICIPANTES e PARTILHA DE DIFERENÇAS E GOSTOS EM COMUM. Sentimos que a expressão destas vivências, acompanhadas de sentimentos DE RECEIO e IDENTIFICAÇÃO, respectivamente, emanaram da confiança já estabelecida entre os diferentes elementos e de uma procura de aceitação da parte do grupo. Este facto, vai de encontro ao que é assumido por alguns autores como mais uma característica do grupo, que constitui a capacidade do contexto do grupo que possibilita autoconhecimento, por um lado e a emergência de um sentimento terapêutico social - compreensão dos outros e melhoria da comunicação efectiva com os outros - com benefícios potenciais (Rogers, 1986). Também este momento de partilha de temas laborais foi acompanhado de um formato dialógico específico, sendo de destacar o IMPACTO NO GRUPO como a subcategoria mais referenciada.

Em jeito de conclusão, sentimos que o grupo foi evoluindo, embora cada elemento em particular tivesse evoluído de formas muito diferentes, de acordo com as particularidades de cada um. A facilitadora sentiu que, não obstante terem ocorrido mudanças importantes, às quais nos iremos referir num momento à posteriori, o número de sessões foi insuficiente, dado que estes profissionais não convivem diariamente com momentos de partilha exclusivos e sem temas definidos, o que à partida se evidenciou como ameaçador. Sentimos este processo, quase como uma sensibilização a programas que devem ser proporcionados a estas equipas.

No que se refere ao processo vivencial individual, a facilitadora sentiu que os diferentes elementos vivenciaram esta experiência, de formas muito dispare e por conseguinte com níveis de exposição e partilha também eles muito diferentes. Enquanto determinados elementos aproveitaram a oportunidade para se desenvolver e treinar as suas capacidade interrelacionais, outros não chegaram a arriscar. Tínhamos bem presente que o custo da sua exposição, e o “despir” das suas máscaras profissionais teria custo muito elevados para o seu ambiente laboral. Este facto levou a facilitadora a realizar muitas reformulações ao conteúdo individual, dado que por vezes diferentes elementos partilhavam vivências que não provocavam qualquer impacto no grupo.

3.4.2. Fase B- Resultados relativos à análise dos registos das entrevista (sistema de categorias)

A fase B apresentava o seguinte objectivo:

- Analisar de uma forma aprofundada, dando voz a dez elementos sobre o processo de experiencição do grupo de encontro, que se voluntariaram para ser entrevistados.

De seguida passamos a descrever os resultados da fase B, da intervenção, desta vez recolhidos através de entrevistas individuais levadas a cabo a 10 enfermeiros que já haviam participado no grupo de encontro e que se voluntariaram para reflectir e expressar o conteúdo dessas vivências, em entrevistas de 30 m, em média, por pessoa. Após a transcrição na íntegra do material recolhido nas entrevistas áudio, passamos à análise posterior do material, igualmente analisado segundo o sistema de categorias.

Através desta análise pretendíamos compreender as principais vivências oriundas dos contextos laborais de cada participante, por um lado, e por outro espelhar as vivências de cada um no grupo de encontro e da percepção que cada um tinha dos outros participantes do grupo. Tentamos abarcar as principais vivências através do sistema de categorias, escolhemos para exemplificar, as que melhor expressavam o conteúdo verbal das mesmas.

3.4.2.1. Análise Final dos Dados dos Resposta às Questões de Investigação - Sistemas de Categorias

Fomos desenvolvendo as categorias que emergiram dos dados em função dos diferentes objectivos englobando as diferentes unidades de texto nas mesmas categorias.

Tabela 39: Sistema Geral de categorias Referente à Entrevista

1.	Como é que a Pessoa viveu o Grupo?
1.1.	Aspectos positivos
1.2.	Sentimentos positivos
1.3.	Aspectos negativos
1.4.	Sentimentos negativos
2.	Como é que os Outros vivenciaram a situação de Grupo?
2.1.	Vivências dos Outros participantes
3.	Repetiria a experiência?
3.1.	Aspectos a manter
3.2.	Aspectos a alterar
4	Qual o impacto da experiencia do grupo no seu ambiente laboral?
4.1.	As principais vivências
4.2.	Os principais sentimentos
5.	Qual o impacto da experiencia do grupo no contacto com os outros significativos?
5.1.	Influência no contacto com os outros
6.	Qual o impacto da experiencia do grupo após 3 meses?
6.1.	Principais vivências
6.2.	Principais sentimentos

Procuramos, neste momento, perceber como é que tinham vivenciado a experiência de grupo em que tinham participado. Para isso, fomos criando categorias em funções dos objectivos da investigação, desta vez, direccionados para as vivências do grupo dos nossos participantes. Segundo Fernandes e Maia (2001), o processo que transporta os conceitos às categorias conceptuais assenta na alternância entre o questionamento e a comparação. Segundo as sugestões de Strauss e Corbin (1990) no sentido de proceder ao processo de categorização conceptual, optamos por questionar cada um dos conceitos, ou seja “como viveu a experiência de grupo”, identificando relações de similaridade e contribuindo para a construção de categorias abstractas. Foi desta forma que percebemos que as vivências de grupo, teriam sido vivenciadas pelos nossos participantes, de duas formas, oscilando entre vivências mais agradáveis, acompanhadas por sentimentos de satisfação e prazer e experiências menos agradáveis, e portanto, experiências um pouco distantes das expectativas. Neste sentido, e com o objectivo de dar resposta à questão de investigação criada para este momento do estudo, a saber:

QT1. Como é que a Pessoa viveu o grupo?

Construímos as seguintes Categorias:

- **Aspectos positivos;**
- **Sentimentos Positivos;**
- **Aspectos Negativos;**
- **Sentimentos negativos;**

Tabela 40: Categoria Aspectos Positivos

Aspectos Positivos			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Experiência interessante	Referência a forma como foi vivenciada a experiência de grupo.	“...foi muito interessante, ver as pessoas inicialmente assim como o rato e o gato, mas depois lá se foram abrindo (eu manteria o grupo)...”	12 (UT)
Existência de uma linguagem transversal ao grupo	Referência à presença de uma linguagem comum a todos os elementos.	“...perceber uma linguagem universal que permitiu cumplicidade, foi interessante...”	4 (UT)
4.2.1.3. Conhecer-me através dos outros	Referência a situações em que os membros se vão conhecendo uns através dos outros.	“...e foi importante ver que as coisas que eu sentia, aqui nos cuidados, eu pensava demasiado nas coisas, foi importante perceber que os outros também sentiam isso, que também para eles as coisas tocam e também se irritam...”	7 (UT)
4.2.1.4. Partilha de sentimentos comuns	Referência à vivência da partilha de sentimentos transversais a cada um.	“...há elementos que eu encontrava e olhava para eles de outra forma, e que agora depois de conhecer a experiência de vida pessoal que algumas conseguiram partilhar, consegui compreendê-las...”	15 (UT)
4.2.1.5. Respeito pela Individualidade dos outros	Referência a situações em que o respeito surgiu através do grupo.	“...aprendi a respeitar mais o tempo dos colegas, e percebi que estes às vezes fazem as coisas de outra forma de mim...”	5 (UT)
4.2.1.6. Vivência autêntica isenta de papéis profissionais	Referência à forma autêntica como foi vivenciada a experiência de grupo sem a influência de papéis profissionais.	“...o que estavam ali a ver era a mim a L., como eu era um elemento do grupo (era o meu objectivo) vivi as coisas sem ter o peso do meu cargo...”	5 (UT)

4.2.1.7. Experiência nova	Referência ao facto da experiência de grupo ter sido vivenciada como uma experiência inovadora.	“...e por ter sido feita pela primeira vez e a um grupo difícil, mais difícil do que aparentemente parecia, há pessoas ali muito complicadas e com relações muito difíceis...”	7 (UT)
4.2.1.8. Oportunidade de mudança	Referência a situações em que o grupo foi vivido como uma oportunidade de mudança.	“...Saldo foi muito positivo porque foi bom....mudou alguma coisa em mim, porque acho que em todas as sessões tirei sempre alguma coisa...”	11 (UT)
4.2.1.9. Reflexão acerca dos temas	Referência a situações em que se verifica reflexão acerca dos temas discutidos no grupo, pelos participantes.	“...e pessoalmente ajudou-me a lidar melhor com algumas situações stressantes e a pensar melhor...”	3 (UT)
4.2.1.10. Oportunidade de conhecer os outros serviços	Referência à vivência do grupo como uma oportunidade de conhecer os serviços onde trabalham os diferentes participantes	“...e ficamos a conhecer a realidade dos serviços em questão...”	4 (UT)
4.2.1.11. Oportunidade de conhecer os participantes	Referência à vivência do grupo como uma oportunidade de conhecer os participantes.	“...em relação às que gosto e às que não tinha a certeza se gostava ou não, para mim foi uma novidade, tive surpresas agradáveis com elas...”	6 (UT)
4.2.1.12. Criar laços de amizade	Referência à vivência do grupo como uma oportunidade de criar laços de amizade entre os participantes.	“...e por outro lado travar amizades e conhecimento...”	2 (UT)
4.2.1.13. Criaram-se pontes de ligação	Referência à vivência do grupo como uma oportunidade de criar pontes de ligação e comunicação.	“...Agora quando encontro a Enf Y (então como estás) agora existe outra relação, porque simultaneamente ao conhecer a realidade dos outros serviços, também compreendemos melhor a atitude que eles têm para connosco e isso foi muito positivo, criaram-se pontos de ligação...”	6 (UT)

4.2.1.14. Excedeu as expectativas	Referência à vivência do grupo como uma experiência com resultados superiores ao que eram esperados.	“...Inicialmente até pensava que me ia aborrecer ou incomodar ou qualquer coisa que me podia intimidar, ou ser aborrecido, mas não foi isso, não me custou nada, até estive bem...”	5 (UT)
4.2.1.15. Partilha de pessoas com idades diferentes	Referência à vivência do grupo como uma oportunidade de vivenciar momentos de partilha entre pessoas de idade diferentes.	“...Foi muito bom as diferenças entre as faixas etárias...”	2 (UT)

As vivências de grupo trouxeram consigo diferentes sentimentos que passamos a descrever:

Tabela 41: Categoria Sentimentos Positivos

Sentimentos Positivos			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Cumplicidade	Referência a presença de sentimentos de cumplicidade que surgiram durante a vivência do grupo.	“...podia não ter cumplicidade e agora temos cumplicidade entre nós e isso repercute-se na forma como lidamos uns com os outros e isso não se esquece...”	7 (UT)
Agradável	Referência à presença de sentimentos agradáveis durante a vivência do grupo.	“...através do grupo tive surpresas agradáveis...”	7 (UT)
Intimidade	Referência à intimidade sentida entre as pessoas que participaram no grupo.	“...principalmente o facto de ter conhecido aquelas pessoas, são mais intimas para mim, dou-me bem, hoje com elas...”	8 (UT)
Positivo	Referência a sentimentos positivos e afirmativos após a vivência do grupo.	“...O balanço foi muito positivo...”	16 (UT)

Grande Valia	Referência a um sentimento de grande valor que emana da participação no grupo.	“...partilhar experiências além de ser positivo é uma mais valia...”	10 (UT)
Surpresa	Referência a um sentimento de surpresa que emana da participação no grupo.	“...Eu sai de lá com um conhecimento a mais de cada um, e surpreendida por algumas pessoas terem conseguido verbalizar algumas coisas...”	8 (UT)
Confiança	Referência a um sentimento de confiança que emana da participação no grupo.	“...também não é meu hábito confiar assim nas pessoas, também não havia nada de mal, nada que me compromettesse, mas isso aconteceu no grupo...”	5 (UT)
Renovação	Referência à presença de um sentimento de renovação.	“...houve muitos dias em que as coisas surgiram, e trouxeram luz, de pessoas que vieram refrescar o ambiente, pelo facto de serem mais novas, de terem outra visão mais fresca, menos recalcada, se calhar às vezes precisamos desse resfriar, que nos é difícil fazer pela própria idade, porque perdemos aquela ingenuidade...”	4 (UT)
Enriquecedor	Referência à presença de um sentimento que enriquece, como resultado da participação no grupo.	Para mim foi enriquecedor porque permitiu que conseguisse compreender as pessoas noutra dimensão e não em dimensões respeitantes ao trabalho.	3 (UT)

Ainda dentro da questão, no que respeita às vivências do grupo, os enfermeiros do nosso estudo identificaram **aspectos negativos** que passaremos a descrever:

Tabela 42: Categoria Aspectos Negativos

Aspectos Negativos			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Horários Incompatíveis	Referência à presença de horários incompatíveis.	“...As questões de horário não facilitaram a forma com todo o processo de grupo decorreu...”	3 (UT)
Exploração Superficial dos temas	Referência à forma menos séria e superficial como os membros do grupo vivenciaram a experiência	“...as coisas foram muito direccionadas para alguns problemas profissionais e não houve muito tempo para vir o verdadeiro eu ao de cima, foi por aí...”	6 (UT)
Longe das expectativas	Referência à vivência de grupo distante de aquilo que se tinha como expectativas.	“As pessoas não aproveitaram, estava com expectativas, eu sei que se podia ter feito mais, aproveitar a oportunidade para tirar outras elações ou partilhas...”	4 (UT)
Necessidade de uma exploração mais aprofundada dos temas	Referência às expectativas sentidas por alguns membros de uma exploração mais profunda dos temas.	“...e que se calhar não era isso que se pretendia, se calhar era uma reflexão mais aprofundada e isso eu senti...”	4 (UT)
Não partilha	Referência a situações em durante as sessões de grupo podia ter havido mais partilha.	“...houve gente que teria muito mais para dizer e para partilhar, mas como havia ali muitos conflitos latentes entre algumas pessoas, o mecanismo usado foi o não partilhar...”	4 (UT)
Controle das emoções	Referência ao controle das emoções das pessoas em situação de grupo.	“...as pessoas controlaram-se, não foi pela minha presença ou a da enfermeira T., acho que nós aqui estamos habituadas a controlar-nos.	3 (UT)

Curto temporalmente	Referência a situações em que a vivência do grupo se revelou curta no tempo.	“...se se prolongasse no tempo podia ter resultados marcantes e isto foi apenas uma introdução. Há coisas que estão diferentes até hoje, mas queria mais...”	3 (UT)
Falta de autenticidade pela vivência de papéis profissionais	Referência a situações em que as vivências no grupo foram pouco autênticas devido à influência dos papéis profissionais.	“...consegui estar no grupo embora com algum auto-control, e que era assim eu era um elemento do grupo, mas ao mesmo tempo com alguma responsabilidade que o grupo crescesse...”	7 (UT)
Relações interpessoais difíceis	Referência a situações em que a relação entre as pessoas foi difícil.	“...há pessoas ali muito complicadas e relações muito difíceis, as pessoas que estavam são muito difíceis, e só se viu a ponta do iceberg, não sei se foi bem ou mal...”	3 (UT)
Imaturidade	Referência à vivência do grupo com imaturidade.	“...Sinceramente acho que ainda têm de crescer muito pessoal e profissionalmente...”	3 (UT)
Perda de uma oportunidade de aprendizagem	Referência à vivência de grupo com algumas oportunidades perdidas.	“...Todos nós achamos que era importante e quando tiveram a oportunidade as pessoas não agarraram como deviam, foi confuso...”	5 (UT)
Dificuldade em abdicar no nosso tempo	Referência a situações em que se torna bastante difícil dar-mos tempo que vá para além do horário laboral..	“...temos que dar algum tempo do nosso e isso torna-se mais complicado, pois para vir tinha que se passar a barreira de deixar o que está lá fora...”	3 (UT)
Influência de acontecimentos externos ao grupo	Referência à existência de acontecimentos que interferem com a vivência do grupo.	“...mas também tem haver com a instabilidade do momento, o grupo fica mais vantajoso, (as fontes externas influenciam muito)...”	2 (UT)

Foram vários os sentimentos vivenciados pelos participantes do nosso estudo, aquando da experiencia de grupo, ainda dentro desta questão passamos a descrever os sentimentos dos nossos participantes.

Tabela 43: Categoria Sentimentos Negativos

Sentimentos Negativos			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Desilusão	Referência à presença de um sentimento de desilusão face ao grupo.	“...Pensando que era uma equipa muito jovem pensava que iria haver mais espírito de equipa (grupo) e não houve (tinha essa expectativa e fiquei triste) isso desiludiu-me...”	5 (UT)
Desmotivação	Referência a situações em que está explícita a desmotivação sentida.	“...mas comecei a perceber que havia pessoas que não se esforçavam como eu ...(pois exige-se das outras pessoas da mesma medida em que se dá...) e isso desmotivou-me.”	4 (UT)
Descontinuidade	Referência a situações em que o sentimento de descontinuidade, ou interrupção esteve bem presente.	“...mas depois ia porque era dia de ir e tinha que ser feito, a continuidade que se pretendia inicialmente, perdeu-se e fez com que isso perdesse o valor...”	3 (UT)
Falha	Referência a sentimentos de falha	“...senti-me um pouco falhada, pois como percebeu houve gente que teria muito mais para dizer e para partilhar...”	3 (UT)
Receio	Referência a situações em que o sentimento de receio esteve presente.	“...o grande receio das pessoas é darem-se a conhecer...”	7 (UT)

Síntese dos Principais Resultados que Surgem como Resposta à Questão de Investigação: “Como é que a Pessoa Viveu o Grupo?”

No sentido de dar resposta à próxima questão de investigação: **“Como é que a Pessoa vivenciou o grupo?”** foram criadas várias categorias: ASPECTOS POSITIVOS, SENTIMENTOS POSITIVOS, ASPECTOS NEGATIVOS E SENTIMENTOS NEGATIVOS.

A categoria ASPECTOS POSITIVOS, encerra diferentes subcategorias, de entre as mais referenciadas destacam-se: EXPERIÊNCIA INTERESSANTE, PARTILHA DE SENTIMENTOS COMUNS, OPORTUNIDADE DE MUDANÇA, EXPERIÊNCIA NOVA e CONHECER-ME ATRAVÉS DOS OUTROS.

A subcategoria EXPERIÊNCIA INTERESSANTE refere-se às referências no que concerne à forma como foi vivenciada a experiência de grupo (Cf. Tabela 40).

A PARTILHA DE SENTIMENTOS COMUNS foi outra das subcategorias, construída com as referências às vivências de partilha de sentimentos transversais a cada um dos elementos.

Sobre a subcategoria OPORTUNIDADE DE MUDANÇA surgem referências a situações em que o grupo foi vivido, para alguns elementos, como uma oportunidade de mudança.

A subcategoria EXPERIÊNCIA NOVA aponta para as referências ao facto da experiência de grupo ter sido vivenciada como uma experiência inovadora.

Outra das subcategorias mais referenciadas foi CONHECER-ME ATRAVÉS DOS OUTROS, que compreende alusões a situações em que os membros se vão conhecendo uns através dos outros.

De entre a categoria SENTIMENTOS POSITIVOS, destacam-se como as subcategorias mais referenciadas, as seguintes: POSITIVO, GRANDE VALIA, SURPRESA e INTIMIDADE (Cf. Tabela 41).

A subcategoria POSITIVO encerra referências a sentimentos positivos e afirmativos após a vivência do grupo, como exemplificado.

A subcategoria GRANDE VALIA compreende referências à expressão de sentimentos de grande valor que emana da participação no grupo, tal como o referido.

A expressão de sentimentos de surpresa foi o motivo da criação da subcategoria SURPRESA.

A outra subcategoria criada referenciou sentimentos de INTIMIDADE, denominada da mesma forma.

Ainda dentro das principais vivências em grupo, alguns elementos do mesmo, evidenciaram ASPECTOS NEGATIVOS, como a própria categoria indica. E dentro da mesma, surgiram diferentes subcategorias como mais referenciadas, destacando-se as subcategorias, FALTA DE AUTENTICIDADE PELA VIVÊNCIA DE PAPÉIS PROFISSIONAIS, EXPLORAÇÃO SUPERFICIAL DOS TEMAS e PERDA DE UMA OPORTUNIDADE DE APRENDIZAGEM. A primeira diz respeito, à expressão de referências a situações em que as vivências no grupo foram pouco autênticas devido à influência dos papéis profissionais.

A subcategoria EXPLORAÇÃO SUPERFICIAL DOS TEMAS compreendeu referências à forma menos séria e superficial como os membros do grupo vivenciaram a experiência.

PERDA DE UMA OPORTUNIDADE DE APRENDIZAGEM como outra das subcategorias, evoca referência à vivência de grupo com algumas oportunidades perdidas.

Esta categoria motivou a expressão de sentimentos que englobamos noutra categoria que denominamos PRINCIPAIS SENTIMENTOS. Dentro desta surgiram duas subcategorias como as mais referenciadas, DESILUSÃO e RECEIO.

A primeira subcategoria alude à presença de referências sobre um sentimento de desilusão, face ao grupo.

A presença de um sentimento de receio é referenciado por alguns elementos, facto que motivou a segunda subcategoria RECEIO.

Após o aprofundamento das vivências manifestadas por alguns dos participantes do grupo, sentimos necessidade de perceber como cada participante teria percepcionado a vivência grupal dos outros membros. Para isso pensamos na seguinte questão:

QT2. Como sente que os Outros membros do grupo Vivenciaram a situação de grupo?

Tabela 44: Categoria Vivência dos Outros Participantes

Vivência dos Outros Participantes			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Vivências Diferentes	Referência à percepção diferente da vivência dos outros participantes no grupo.	“...houve pessoas que disseram que estavam à espera que fosse outra coisa, talvez algo mais teórico (alguém fazer uma formação teórica) e isso tivemos ainda há pouco um workshop...”	6 (UT)
Vivências Semelhantes	Referência à percepção semelhante da vivência dos outros participantes no grupo.	“...Os outros viveram a experiência de forma semelhante à minha...”	4 (UT)

De seguida, foi nossa intenção perceber se os nossos participantes estariam dispostos a repetir uma experiência de grupo, da mesma natureza, e para isso colocamos uma questão fechada do sentido de perceber a opinião dos enfermeiros entrevistados,

QT3- Repetiria a experiência?

Os 10 participantes foram unânimes ao afirmar que estariam dispostos a repetir a experiência, pelo que prosseguimos para a exploração de outros aspectos.

Também tínhamos necessidade de perceber melhor que aspectos da vivência de grupo teriam sido melhor aceites pelos nossos participantes e que sugestões é que os mesmos participantes estariam dispostos a manifestar no sentido de alterar a experiência.

- **Que aspectos manteria?**

- **Que aspectos modificaria?**

Tabela 45: Categoria Aspectos a Manter

Aspectos a Manter			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Frequência Quinzenal	Referência a opiniões em manter o grupo com uma frequência quinzenal.	“...talvez quinzenal fosse o ideal...”	5 (UT)
Os membros do grupo	Referência à importância de manter os mesmos membros do grupo.	“...manteria o grupo...”	3 (UT)
Não directividade	Referência à necessidade de manter uma dinâmica não-directiva.	“...o facto de nos dar liberdade de pudermos escolher o tema foi positivo...”	8 (UT)

Os aspectos a **alterar** estão descritos na tabela a baixo:

Tabela 46: Categoria Aspectos a Alterar

Aspectos a Alterar			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Necessidade de as sessões de grupo se realizarem noutra local	Referência ao local onde as sessões de grupo decorreram.	“...se calhar devia ser noutra sítio que não aqui, cá parecia uma continuação do serviço (não havia distancia do trabalho) e isso interrompia o pensamento do grupo...”	3 (UT)
Acrescentar mais participantes	Referência à importância de acrescentar mais elementos ao grupo.	“...E é injusto porque somos 62 enfermeiras e só 17 é que tiveram o privilégio de vivenciar esta experiência...”	6 (UT)
Existência de Temas	Referência à necessidade de a facilitadora propor temas.	“...quando não surgia nenhuma situação, optaria por sugerir um tema, porque poderíamos não começar logo a falar...”	4 (UT)
Frequência bi-semanal	Referência à necessidade de fazer duas sessões de grupo por semana.	“...2 vezes por semana...”	3 (UT)
Prolongar no tempo	Referência à necessidade de prolongar no tempo o processo de grupo.	“...se possível mais prolongado no tempo...”	4 (UT)
Diminuir o nº de elementos por grupo	Referência à diminuição do nº de participantes por grupo.	“...A proposta era então fazer grupos mais pequenos...”	3 (UT)

Motivar a presença das pessoas	Referência a situações em que é manifesta a vontade de motivar a presença de todas as pessoas, a estarem presentes, em todas as sessões.	“...Tentaria persuadir mais pessoas a virem, para podermos assegurar que não faltariam participantes em cada sessão, pois nós tínhamos um número muito reduzido de pessoas...”	2 (UT)
Alterar os Horários	Referência à possibilidade de alterar os horários	“...mudava os horários devia ser obrigatório...”	1 (UT)
Experiência obrigatória	Referência à possibilidade de tornar a experiência de grupo obrigatória.	“...devia ser obrigatório as pessoas passarem para ver como era...para terem uma opinião e não deixarem de ir pelo desconhecido...”	1 (UT)
Frequência semanal	Referência à possibilidade do grupo se reunir semanalmente.	“...Manteria nem que fosse uma vez por semana ajudaria muito...”	3 (UT)
Sessões orientadas para um fim	Referência à possibilidade que as sessões fossem mais orientadas para um objectivo definido fora do grupo.	“...Eu gostava que as sessões fossem um pouco mais orientadas, notei que eram um pouco abertas à espera que alguém falasse...”	1 (UT)
Presença de uma coordenadora	Referência à possibilidade dos grupos serem orientados por uma coordenadora.	“...eu achava que devia haver alguém que coordenasse e nos levasse a determinado caminho, para temas mais fluentes e definidos por essa pessoa...”	1 (UT)
Receber propostas alternativas na tomada de decisão	Referência à possibilidade de ter alguém que proponha alternativas para as nossas decisões.	“...pudéssemos dizer que aconteceu isto e aquilo e ter alguém que nos propusesse alternativas, para algo que nos ajudasse a superar...”	1 (UT)

Síntese dos Principais Resultados que Surgem como Resposta à Questão de Investigação: “Como é que o Outro Viveu o Grupo?”

Sentimos necessidade de perceber como cada participante percepcionou a vivência grupal dos outros membros. Pensamos na seguinte questão de investigação: **“Como é que o Outro vivenciou a intervenção”**. Para isso constituímos uma Categoria que intitulamos, VIVÊNCIA DOS OUTROS PARTICIPANTES. Desta categoria surgiram 2 subcategorias, as VIVÊNCIAS SEMELHANTES e as VIVÊNCIAS DIFERENTES. A maioria ficou com a percepção que os Outros vivenciaram o grupo de forma diferente (Cf. Tabela 44).

À questão de investigação: **“Se gostava de voltar a vivenciar a experiência do grupo?”** Os 10 participantes foram unânimes ao afirmar que estariam dispostos a repetir a experiência, pelo que prosseguimos para a exploração de outros aspectos.

Também ambicionávamos perceber melhor que aspectos da vivência de grupo, teriam sido melhor aceites pelos nossos participantes e que sugestões, é que os mesmos participantes estariam dispostos a manifestar no sentido de alterar a experiência. Então construímos duas questões que constaram do Guião elaborado e que se transformaram nas duas grandes categorias, deste tópico, QUE ASPECTOS MANTERIA? E QUE ASPECTOS MODIFICARIA?

Da primeira categoria, emergiram 2 subcategorias como as mais referenciadas, a NÃO DIRECTIVIDADE e FREQUÊNCIA QUINZENAL. Sobre a subcategoria de NÃO DIRECTIVIDADE ela encerra referências à necessidade de manter uma dinâmica não-directiva.

A subcategoria de FREQUÊNCIA SEMANAL alude às opiniões manifestadas no sentido de manter o grupo com uma frequência quinzenal.

Sobre a categoria QUE ASPECTOS MODIFICARIA? As subcategorias que surgiram como mais referenciadas foram: ACRESCENTAR MAIS PARTICIPANTES e PROLONGAR NO TEMPO.

A primeira compreende referência à importância de acrescentar mais elementos ao grupo. A subcategoria PROLONGAR NO TEMPO evidencia a referência à necessidade de prolongar no tempo o processo de grupo. A EXISTÊNCIA DE TEMAS é uma

subcategoria que compreende referências à necessidade da facilitadora propor temas, conforme exemplo

Tendo necessidade de perceber qual seria a opinião que os enfermeiros do nosso estudo tinham acerca do impacto da experiência de grupo no ambiente laboral, foi elaborada a seguinte questão:

QT3. Qual o impacto da experiência de grupo no seu ambiente laboral?

- As principais vivências
- Os principais Sentimentos

Tabela 47: Categoria Principais Vivências

Principais Vivências			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Mudança de Serviço	“...referência a situações em que algumas enfermeiras mudaram o local de trabalho, após a vivência de grupo...”	“...houve alterações de algumas pessoas que estavam tristes no grupo porque estavam infelizes no lugar que ocupavam aqui no hospital, a Enf. W, e conseguimos resolver o problema...”	5 (UT)
Meio facilitador de tomadas de decisão	Referência a situações em que o grupo funcionou como um veículo facilitador de tomadas de decisão.	“...Acho que o grupo foi um meio facilitador de algumas tomadas de decisão...”	7 (UT)
Tornar claras as vivências de cada um	Referência a situações em que as vivências se tornaram mais claras após o grupo.	“...e o grupo serviu para tornar mais claras essas vivências, serviu para as pessoas mostrarem mais viamente o que sentem, e não é só o problema de não quererem estar ali...”	6 (UT)

Percepção da vivência dos outros	Referência a situações em que ficou mais clara a percepção que os membros do grupo ficaram acerca dos problemas uns dos outros.	“...fiquei sensível aos serviços dos outros e aos problemas dos outros...”	5 (UT)
Tornaram os participantes mais próximos	Referência a situações em que os membros do grupo se sentiram mais próximos após a experiência.	“...aproximou-nos mais, sem dúvida que isso se reflecte no trabalho em equipa, nos turnos de trabalho.	8 (UT)
Actualização das experiências	Referência a situações em que as experiências dos participantes foram actualizadas durante a vivência de grupo.	“...ajuda-nos a reflectir, a ouvirmos os outros, vamos actualizando as nossas experiências....	7 (UT)
Aprender através dos outros	Referência a situações em que houve um processo de aprendizagem através dos participantes na experiência de grupo.	“...facto de falar com colegas mais velhas, sobre como lidar com o stress, a doença e a família, partilhar experiências é muito positivo e uma mais valia é sempre um processo de aprendizagem...”	7 (UT)

Estas vivências foram acompanhadas com sentimentos que passaremos a descrever na tabela a baixo:

Tabela 48: Categoria Principais Sentimentos

Principais Sentimentos			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Tranquilidade	Referência a situações acompanhadas pelo sentimento de tranquilidade.	“...nalgumas delas senti um outro equilíbrio e tranquilidade...”	4 (UT)

Compreensão	Referência a situações em que esteve presente o sentimento de compreensão vivido pelos participantes do grupo. “...consegui compreender algumas reacções que até aí tinham e foi bom, embora tinha sido confidencial...”	8 (UT)
Respeito	Referências a situações em que esteve presente o sentimento de respeito entre os membros do grupo. “...aprendi a respeitar e a aceitar mais o tempo dos colegas, estes às vezes fazem as coisas de outra forma de mim...”	6 (UT)

Síntese dos Principais Resultados que Surgem como Resposta à Questão de Investigação: “Qual o impacto da experiência de Grupo no Ambiente Laboral?”

Duas foram as categorias que surgiram: A Categoria PRINCIPAIS VIVÊNCIAS e a Categoria PRINCIPAIS SENTIMENTOS. Destas categorias, por sua vez, emergiram, várias subcategorias e como as mais referenciadas são, TORNARAM OS PARTICIPANTES MAIS PRÓXIMOS, MEIO FACILITADOR DE TOMADAS DE DECISÃO, ACTUALIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS e APRENDER ATRAVÉS DOS OUTROS.

A subcategoria TORNARAM OS PARTICIPANTES MAIS PRÓXIMOS, é constituída pelas diferentes referências a situações em que os membros do grupo se sentiram mais próximos após a experiência de grupo. Um MEIO FACILITADOR DE TOMADAS DE DECISÃO foi outra das subcategorias que evoca diferentes situações em que o grupo funcionou como um veículo facilitador de tomadas de decisão, tal como podemos verificar.

A ACTUALIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS foi outra das subcategorias que emergiram da experiência de grupo que encerra a referência a situações em que as experiências dos participantes foram actualizadas durante a vivência de grupo.

APRENDER ATRAVÉS DOS OUTROS é outra das subcategorias, constituída por referências a situações em que houve um processo de aprendizagem através dos participantes na experiência de grupo.

No que respeita à categoria SENTIMENTOS surgiram duas subcategorias como as mais referenciadas COMPREENSÃO e o RESPEITO. A COMPREENSÃO referencia situações em que esteve presente o sentimento de compreensão vivido pelos participantes do grupo, a saber: O RESPEITO referencia situações em que esteve presente o sentimento de respeito entre os membros do grupo.

Paralelamente à percepção dos nossos enfermeiros acerca do impacto da experiência de grupo no ambiente laboral, também pretendíamos aceder à percepção que tinham sobre as mudanças no contacto com os Outros significativos. Criamos, então, esta questão.

QT4. Qual o impacto da experiência de grupo no contacto com os outros significativos?

Tabela 49: Categoria Impacto da Experiência do Grupo

Impacto da Experiência do Grupo com os Outros Significativos			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Reflexo no cuidado com o doente e na organização do serviço	Referência ao impacto que esta actividade teve no cuidado com os doentes e na organização do serviço.	“...melhorou as relações entre nós e indirectamente com os doentes, com a equipa, o serviço e connosco mesmos...”	9 (UT)

Dado que a experiência de grupo foi vivida, por um lado como uma experiência nova e, por outro, como uma vivência muito intensa, procuramos saber igualmente, qual seria o impacto no ambiente laboral que teria ainda hoje, momento da entrevista, passados 3 meses após o grupo. Para isso pensamos na seguinte questão?

QT5. Qual o impacto da experiência de grupo, passado 3 meses da mesma vivência?

- Principais vivências;
- Principais Sentimentos.

Tabela 50: Categoria Principais Vivências

Principais Vivências			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Relacionamento melhorou	Referência a situações que mostram que o relacionamento entre os colegas melhorou.	“...Há contactos com pessoas que nos aproximaram, de pessoas mais novas, pessoas com quem eu converso, porque as conheci, passei a conhecer de outra maneira, é importante saber que conheço aquela colega, do serviço X, que muda tudo (houve uma aproximação...”.	13 (UT)
Necessidade de fazer outro grupo	Referência à necessidade de se criar outro espaço formal de partilha.	“...Há coisas que estão diferentes até hoje, mas queria mais, era importante fazer outro grupo...”.	6 (UT)
Vejo as coisas de outra forma	Referência a situações em que ocorreu mudança.	“...Na relação com os outros, quer os que participaram, quer com os doentes, foi uma boa recordação e foi vantajoso, hoje encaro as coisas de outra forma...”.	5 (UT)

Melhor percepção dos outros	Referência à existência de uma outra percepção dos outros.	“...Para mim foi enriquecedor porque permitiu que conseguisse compreender as pessoas noutra dimensão e não em dimensões respeitantes ao trabalho...”	6 (UT)
Aumentar a distância entre o trabalho e a vida pessoal	Referência a situações em que a distância entre o trabalho e a vida pessoal se tornou maior.	“...pessoalmente ajudou-me a lidar melhor com algumas situações stressantes e a pensar melhor...eu às vezes tento sempre não estar a pensar no IPO, às vezes lá transparece alguma coisa que nos marcou...”	1 (UT)

Estas vivências foram acompanhadas de sentimentos que passaremos a descrever na tabela a baixo.

Tabela 51: Categoria Sentimentos Principais

Sentimentos Principais			
Subcategorias	Descrição	Exemplos	Unidades Texto (UT)
Útil	Referência à presença de situações vividas com sentimentos de utilidade.	“...foi útil para a nossa profissão...”	6 (UT)
Positivo	Referência a um sentimento de mais valia e positividade que acompanha a vivências de determinadas situações laborais.	“...Achei positivo, porque alguns de nós não se conheciam, e ficamos a conhecer as pessoas e a realidade dos serviços em questão...”	6 (UT)
Necessário	Referência à presença de um sentimento de que algo necessário aconteceu durante a vivência de grupo.	“...foi muito importante terem participado, porque elas estavam a precisar disso, foi uma forma de ajudar a fluir, a libertar e a desabafar aquela pressão...”	8 (UT)

Acompanhado	Referência a situações em que o sentimento presença existe.	“...quando fico mais cansado, lembro-me que os outros também se sentem da mesma forma, faz-me sentir acompanhado nisso...”	3 (UT)
Tolerância	Referência à vivência de situações acompanhadas de sentimentos de tolerância.	“...já tolero porque partilhei mais intimidade que em contexto de trabalho não era possível...”	2 (UT)

Síntese dos Principais Resultados que Surgem como Resposta à Questão de Investigação: “Qual o impacto da experiência de grupo passados 3 meses?”

Para esta última questão construímos as categorias PRINCIPAIS VIVÊNCIAS E SENTIMENTOS PESSOAIS. Da categoria PRINCIPAIS VIVÊNCIAS surgiram como subcategorias mais referenciadas pelos diferentes elementos RELACIONAMENTO MELHOROU, MELHORIA DA PERCEPÇÃO DOS OUTROS e a NECESSIDADE DE FAZER OUTRO GRUPO.

A primeira subcategoria encerra referências a situações que mostram que o relacionamento entre os colegas melhorou.

A subcategoria MELHORIA DA PERCEPÇÃO DOS OUTROS, evidencia referências à existência de uma outra percepção dos outros.

NECESSIDADE DE FAZER OUTRO GRUPO como subcategoria, alude às referências acerca da necessidade de se criar outro espaço formal de partilha.

Acerca da categoria SENTIMENTOS PESSOAIS, surgiram três subcategorias como as mais referenciadas, NECESSÁRIO, ÚTIL e POSITIVO. Da subcategoria NECESSÁRIO emergem referências à presença de um sentimento de que algo necessário aconteceu durante a vivência de grupo.

A subcategoria ÚTIL evidencia referência à presença de situações vividas com sentimentos de utilidade. A subcategoria POSITIVO compreende a referência à

presença de sentimentos de mais valia e positividade que acompanha a vivência de determinadas situações laborais.

3.4.2.2. Conclusões

Através da análise qualitativa, foi possível dar resposta à questão “Como é que a Pessoa viveu o grupo”, bem como, observar a vivência dos participantes de forma distinta. Como ASPECTOS POSITIVOS mais referenciados, surgiu a possibilidade de PARTILHA DE SENTIMENTOS COMUNS e uma OPORTUNIDADE DE MUDANÇA. Estes aspectos foram vividos com sentimentos POSITIVOS, sentimentos de INTIMIDADE e sentimentos de CUMPLICIDADE.

Dos ASPECTOS NEGATIVOS da vivência de grupo evidenciadas pelos participantes, destacaram-se como os mais referidos a EXPLORAÇÃO SUPERFICIAL DOS TEMAS e a FALTA DE AUTENTICIDADE PELA VIVÊNCIA DOS PAPÉIS PROFISSIONAIS. Estes aspectos negativos foram vivenciados maioritariamente com sentimentos de RECEIO.

Ao questionamos os participantes do grupo sobre a percepção que tinham das VIVÊNCIAS DOS OUTROS ELEMENTOS DO GRUPO, constatamos que alguns salientaram que os colegas teriam vivido a experiência de uma forma semelhante à sua, outros sentiram que a teriam vivido de forma diferente. Todos os participantes foram unânimes em considerar que repetiriam a experiência de grupo, salientando aspectos a manter e outros a alterar. Como aspectos a manter, referiram-se à realização das sessões com uma FREQUÊNCIA QUINZENAL. No que se refere à dinâmica, foi valorizada a não directividade, assumida pela facilitadora, que levou a emergência de uma subcategoria denominada de NÃO DIRECTIVIDADE.

Ao questionarmos os participantes do grupo, acerca dos aspectos que gostariam de modificar, as subcategorias que se evidenciaram como mais referidas foram a subcategoria intitulada, ACRESCENTAR MAIS PARTICIPANTES E PROLONGAR A INTERVENÇÃO NO TEMPO. Estas referências destacam a necessidade da parte dos participantes de prolongarem esta iniciativa no tempo e a alargarem a outras pessoas.

Acerca da opinião dos participantes no que diz respeito ao impacto da experiência de grupo no seu ambiente laboral, surgiram duas categorias que evidenciaram as

vivências e os sentimentos expressos pelos participantes. Das vivências mais referenciadas destacaram-se as seguintes subcategorias, MEIO FACILITADOR DE TOMADAS DE DECISÃO, ACTUALIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS, TORNARAM OS PARTICIPANTES MAIS PRÓXIMOS e APRENDER ATRAVÉS DOS OUTROS. Estas vivências foram acompanhadas por sentimentos de COMPREENSÃO.

No que diz respeito à questão colocada aos participantes sobre o impacto da experiência de grupo, nos outros significativos, emergiu uma subcategoria REFLEXO NO CUIDADO COM O DOENTE E NA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO, que explicita o impacto positivo decorrente desta experiência. Após 3 meses da experientiação em grupo, os participantes evidenciaram como principais vivências que o RELACIONAMENTO MELHOROU, evidenciando que o relacionamento entre os colegas melhorou. Por outro lado, estas vivências foram sentidas com sentimentos de necessidade, retratado pela subcategoria NECESSÁRIO, evidenciando a o carácter essencial deste tipo de programas.

| **Parte III**

Parte III – Discussão dos Resultados

1. Discussões

1.1. Sobre o Burnout

Análise das diferenças entre o grupo da Oncologia e Não Oncologia

Para este trabalho e como já referimos, tínhamos a intenção de verificar, num momento inicial, os níveis de *burnout* dos enfermeiros de oncologia e dos enfermeiros dos demais serviços. Da análise que efectuámos, verificámos que os resultados obtidos nos dois tipos de enfermeiros, revelam níveis semelhantes de *burnout*. Estes resultados parecem permitir-nos concluir que o tipo de serviço não influencia o nível de *burnout* dos enfermeiros.

Após considerarmos a amostra destes dois grupos, mas desta vez com a introdução das estratégias, propostos por Mota-Cardoso (2002), para o cálculo do limiar de *burnout*, podemos dizer que os participantes apresentam, em média, pontuações que indicam que não se apresentam *burnout* significativo. No entanto, o facto de não terem *burnout* significativo não significa que não tenham algum nível de *burnout*, pois tal como dissemos esta variável encontra-se distribuída ao longo de um contínuo. Por outro lado, e seguindo as sugestões de Maslach, 1996, mais do que avaliar o *burnout* global, julgámos importante avaliar as suas dimensões e, nesse sentido, foi a componente de Exaustão Emocional e Física, que apresentou médias mais elevadas, facto que nos leva a considerar que deveremos tomar esta dimensão em consideração como a mais preocupante e facilitadora de *burnout*.

Acerca destes resultados, numa primeira análise, tínhamos a expectativa de encontrar, no grupo de oncologia, níveis de *burnout* significativamente superiores aos enfermeiros dos demais serviços, no entanto estes resultados apontam noutro sentido. Tal como tivemos oportunidade de escrever no capítulo III, têm sido controversos os

resultados encontrados pelos diferentes autores. Se, por um lado, é assumido por alguns autores, que a especificidade da tarefa, decorrente do exercício da enfermagem oncológica, fomenta grandes dificuldades ao técnico de saúde, que inevitavelmente tem que lidar com o sofrimento e a morte do seu doente (Gomes, 1996; Loff, 2000; Parreira, 1998; Loreto, 2000; Meier, 2006; Aoun, 2005; Keidel, 2006; Sá, 2006). Por outro lado, Ablett & Jones (2006) concluíram que os enfermeiros que trabalham nos cuidados paliativos revelam níveis mais baixos de angústia psicológica, do que os enfermeiros que trabalham noutras especialidades. E de uma forma ainda mais surpreendente, tomando em consideração os dados obtidos através de um estudo com profissionais de saúde a trabalhar em cuidados paliativos, estes apuraram que o contacto com a morte dos doentes e as suas famílias revelou-se a maior fonte de satisfação laboral (Grunfeld *et al.*, 2005). Também Levinson (1990) e Ablett e Jones, (2006) sugerem que o confronto com a mortalidade é a tarefa que pode conduzir a uma maior realização.

Ainda no que respeita aos resultados apurados no nosso estudo acerca da exaustão emocional, não podemos deixar de salientar o facto de nos últimos anos ter sido grande a polémica instalada em torno da relativa importância das diferentes dimensões do *burnout*. Algumas das pesquisas mais recentes na área, vieram apontar para a possibilidade de transformar os resultados das três dimensões num único resultado. Alguns críticos limitam a concepção multidimensional do *burnout* à exaustão emocional (Sá, 2008). Maslach (2000) e Marques-Teixeira (2002) por exemplo, consideram que no modelo multidimensional de *burnout* a exaustão emocional é a qualidade central e a manifestação mais evidente desta complexa síndrome. Além disso a noção de exaustão emocional pressupõe um estado prévio de elevado desgaste e sobrecarga. Estas considerações vêm dar ênfase aos resultados encontrados no nosso estudo que apesar de não encontrarmos níveis de *burnout* acima do ponto de corte, manifestaram elevação desta dimensão, comparativamente às outras, nos enfermeiros do nosso estudo.

Tentamos avaliar, igualmente, os níveis de *burnout*, nas suas diferentes dimensões, quando comparamos os enfermeiros participantes a trabalhar em regime de internamento e os enfermeiros a trabalhar em regime de ambulatório. Verificámos que estes grupos não se distinguem em nenhuma das dimensões de *burnout*. Os diferentes estudos realizados em Portugal e que incluem nas suas hipóteses de trabalho a

comparação dos níveis de *burnout* entre os diferentes participantes a exercer a sua actividade em regime de internamento e ambulatório, revelam que os resultados não são conclusivos. De encontro aos nossos resultados vão os de Loreto (2000) que no seu estudo testou a hipótese, segundo a qual os enfermeiros a trabalhar no internamento, teriam níveis de *burnout* superiores aos enfermeiros que exerciam a sua profissão em regime de ambulatório, tendo concluído que os níveis de *burnout* são semelhantes nos dois tipos de serviços. No entanto Parreira (1998), após a realização de um estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia, encontrou níveis mais elevados de *burnout* no grupo de enfermeiros do internamento. Schaufeli (1999), por seu turno, sugere, após a comparação de 16 estudos, que ao contrário daquilo que se esperava, os factores desgastantes comuns relacionados com o trabalho, não se prendiam tanto com a especificidade da tarefa, mas sim de factores relacionados com as condições relativas ao trabalho, tais como, excesso de trabalho, a falta de tempo, a falta de pessoal, ou a presença de conflitos emergentes das funções dos profissionais.

Era nosso objectivo correlacionar, igualmente, os níveis de *burnout* com as variáveis sociodemográficas e profissionais. Desta forma, verificamos que a Exaustão Emocional e Física estão relacionadas com as faltas dadas por estes profissionais. O absentismo é um factor que surge identificado como um dos factores mais associados ao *burnout*. Já Schaufeli, Malach e Marck (1993), nas suas reflexões sobre os estudos mais completos e rigorosos de *burnout*, se referiam ao fenómeno como desencadeador de sintomatologia física, absentismo e *turnover* no trabalho. Também Alvarez, Blanco, Aguado, Ruíz, Cabaço, Sánchez, Alonso, e Bernabé (1993), com base nas suas investigações realizadas na década de 80 sobre *burnout*, salientam o carácter preocupante dos resultados encontrados, referindo que, dadas as consequências endémicas dos sintomas de *burnout*, dentro das quais se destacam fadiga, as baixas por doença, desmotivação e o absentismo, se estimaria que esta síndrome poderia provocar importantes perdas de recursos humanos e económicos para as administrações, sobretudo educativas e sanitárias. De forma concordante sugerem Maslach, Jackson e Leiter (1996), ao descreverem o seu Modelo Geral de *Burnout*, no qual propõem como resultado de *burnout* a diminuição do empenho organizacional, do absentismo e do *turnover* e da presença de doença física.

Outra variável que se verificou correlacionada com *Burnout* foi a qualidade de serviço. Pedimos as participantes do nosso estudo que classificassem a actividade que desempenham no serviço onde trabalham, como menos boa, satisfatória, boa ou muito boa e verificámos que a qualidade de serviço varia em sentido inverso no que respeita às dimensões exaustão emocional e física e cinismo. Estes resultados apontam no sentido de um estudo realizado por Arikson, Koksa e Gokçe (2007), com enfermeiras de hemodiálise, através do qual concluíram que a presença de elevados níveis de satisfação profissional protege as enfermeiras do abandono dos seus empregos, conduzindo os autores a considerar que o baixo nível de satisfação profissional tem sido reconhecido como um importante factor desencadeador de *burnout*.

Em jeito de conclusão e no que diz respeito ao *burnout*, podemos concluir que o tipo de serviço (oncologia/outros serviços) e o regime (internamento/ambulatório) não parece influenciar os níveis de *burnout* apresentados pelos enfermeiros do nosso estudo. Apesar dos participantes do nosso estudo não manifestarem pontuações de *burnout* significativas, a exaustão emocional e física, foi a dimensão que apresentou médias mais elevadas. Por outro lado, também é esta dimensão que se correlaciona com o absentismo manifestado pelos enfermeiros do nosso estudo. Estes resultados apontam para a necessidade de tomar em consideração esta dimensão como a mais preocupante e facilitadora de *burnout*. Também a variável qualidade de serviço se correlacionou de forma negativa com o *burnout*.

1.2. Sobre o Apoio Social

Análise das diferenças entre o grupo da Oncologia e o grupo de Não Oncologia

No que respeita aos resultados encontrados quando analisamos as diferenças entre o grupo da oncologia e não oncologia, no que respeita à variável **Apoio Social**, os resultados evidenciam que os enfermeiros de oncologia têm a percepção de que recebem menos apoio informativo e menos apoio emocional do que os enfermeiros de outros serviços. Outro dos resultados apurados quando procuramos conhecer quais as dimensões de apoio social que teriam um impacto significativo sobre o *burnout*, foi o de que tanto o apoio informativo, como o apoio instrumental são fundamentais para

(eventualmente) diminuir o *burnout* nas dimensões de exaustão emocional e física, bem como de cinismo. Já para o apoio emocional, em paralelo com o apoio instrumental, estes revelaram ter impacto significativo na percepção de eficácia profissional. Estes resultados, por outro lado, permitiram-nos, ainda, extrapolar outro raciocínio. Apesar de não encontrarmos diferenças significativas entre os profissionais da oncologia e de outros serviços quanto aos índices de *burnout*, a verdade é que, tendo em conta os resultados encontrados acerca das dimensões de apoio social, podemos esperar que sejam os enfermeiros de oncologia os mais susceptíveis de virem a sofrer de *burnout*.

Estes resultados vão na linha de Maslach (2000) que, identifica, de entre os factores particularmente críticos e que devem ser tidos em conta num modelo de atribuição causal do *burnout*, o suporte social, como um factor de grande importância. Igualmente Loreto (2000), no seu trabalho com 126 profissionais da área, encontrou correlações negativas entre o apoio social, sobretudo apoio social no local de trabalho e o *burnout*. Já Cordes & Dougherty (1993), ao considerar os antecedentes de *burnout*, identificava, como englobada nas características pessoais, o apoio social e adiantava que esta variável tem sido considerada como tendo efeitos positivos no bem-estar do indivíduo, estando positivamente relacionada com a saúde física e psicológica do mesmo. No mesmo sentido, quer Marques-Teixeira (2002) quer Queirós (2005), assumem a importância do suporte social no sentido de prevenção de *burnout*, quer se trate do suporte social organizacional, quer se trate do suporte social pessoal. Para estes autores a disponibilidade deste importante recurso pode moderar o *burnout* ao nível de três processos em interacção: a relação entre os stressores laborais e a exaustão emocional; esta dimensão e a despersonalização; e a última com os sentimentos de auto-ineficácia. E acrescentam ainda que o suporte social, em geral, conduz o indivíduo a perceber que os outros podem e fornecem os recursos necessários para lidarem com o sucesso nas suas interacções.

Alguns autores, vão mais longe e referem que o suporte informacional, em particular, quer de colegas, quer dos supervisores pode ajudar a balizar as percepções que os indivíduos têm dos seus recursos para lidar com as situações (Leiter, 1988; Leiter e Maslach, 1988; Leiter, 1991).

Também Alvarez *et al.*, (1993) quando sintetiza as associações entre o *burnout* e as variáveis do posto de trabalho e da Organização, salienta a dimensão social, pertencente à categoria das variáveis extrínsecas, destacando a importância da rede de relações do profissional, onde se incluem os utentes, chefes, ou supervisores. E refere ainda que esta dimensão, em conjunto com as variáveis intrínsecas ou individuais se relaciona com o desgaste profissional.

Leiter (1988, 1990, 1991) e Parreira (1998) descrevem a análise dos efeitos directos das várias facetas do suporte social. Estes estudos, sugerem 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*. E adiantaram, ainda, que as fontes pessoais e profissionais de suporte social são largamente influentes.

No que respeita à existência de correlações entre os níveis de Apoio Social e as suas dimensões e características sociodemográficas e profissionais, os nossos resultados revelam que a dimensão Apoio Informativo relaciona-se significativamente e de forma positiva com a qualidade do serviço. Quanto mais elevada é a percepção que têm acerca da qualidade de serviço que desempenham, mais consideram que têm apoio informativo. Estes dados corroboram os resultados, encontrados por Garcia (1990) que se refere à importância do apoio social nas suas várias vertentes. Para além da importância do papel da família, do grupo de amigos, e dos colegas, é referido o papel de grupos de apoio internos e externos à organização e que ajudam a avaliar correctamente as situações. No que concerne ao apoio informativo, ao apoio emocional e apoio instrumental, estas dimensões correlacionam-se negativamente, com faltas dadas no ano e no mês e com a idade. No sentido de explicar estes resultados podemos realçar a importância do Apoio Social como uma variável, assumida por Leiter e Maslach (1998) na busca de estratégias, no plano interpessoal, de prevenção do *burnout*, adiantando que são vários os autores que salientam o suporte social, em geral, como medida preventiva e como consequente prevenção do absentismo. No que respeita ao apoio instrumental, em particular, os nossos resultados evidenciam que quanto maior a idade e a antiguidade no serviço, menos apoio instrumental manifestam. Sobre estes resultados, e não obstante não termos encontrado referências a estudos que o provem, pareceu-nos poder adiantar a seguinte reflexão, que adveio do convívio realizado por

nós directamente com os serviços onde realizámos a investigação em causa. Desse convívio pudemos constatar que a maioria das enfermeiras mais velhas, com o decorrer do tempo foram alcançando cargos de grande responsabilidade, obrigando-as a terem que tomar decisões, a todo o momento, na maioria das vezes sós, no sentido de providenciar apoio aos mais novos, à sua equipa, privando-se do papel que tinham anteriormente, ou seja de receptoras de apoio quer emocional, quer instrumental. O seu papel de chefes de serviço, “roubou-lhes” tempo, oportunidade e ofício, conforme podemos constatar pela análise qualitativa dos dados referenciados por alguns enfermeiros.

Os nossos resultados dão ênfase à variável “Apoio Social” como uma variável a ter em linha de conta na prevenção do *burnout*, e especificamente, nas suas dimensões apoio informativo e instrumental que são fundamentais na diminuição do nível de exaustão emocional e cinismo e nas suas dimensões apoio emocional e instrumental revelam ter um impacto significativo na percepção de eficácia profissional. Por outro lado, são os enfermeiros da oncologia que evidenciam menos apoio informacional e emocional relativamente aos enfermeiros dos outros serviços. Os nossos resultados apontam para a consideração das variáveis profissionais, tais como a qualidade de serviço e o absentismo, como correlacionadas, com o Apoio Social.

1.3. Sobre o Ambiente Laboral

Análise das diferenças entre o grupo da Oncologia e o grupo de Não Oncologia

Quando reflectimos sobre a análise das diferenças entre o grupo de oncologia e o grupo dos demais serviços verificamos a presença de uma maior pressão, controlo e inovação, sentida pelos enfermeiros de oncologia, no seu trabalho. Se nos debruçarmos sobre as dimensões em causa, verificamos que os enfermeiros de oncologia identificam maior pressão no trabalho e mais controlo do que os enfermeiros dos outros serviços. Considerando a especificidade do papel de enfermagem em serviços de oncologia, (Kubler-Ross, 1969; Parreira, 1998), destacam-se alguns problemas particulares, como a falta de informação acerca do que o doente sabe sobre a sua doença e da informação que

o médico lhe transmitiu, o sentimento de impotência perante a morte, a preocupação pelo desconforto que atinge os familiares destes doentes e maior dificuldade em evitá-los, do que qualquer outro técnico de saúde, o embaraço em responder às perguntas que os utentes fazem acerca do seu futuro e o carácter “contagioso” que podem ter algumas emoções dos doentes terminais. Todos estes problemas são susceptíveis de causar pressão junto dos enfermeiros dos serviços de oncologia e como consequência, parecem-nos estarem reunidas as condições necessárias para que estes enfermeiros percepcionem, igualmente maior controlo não só da parte dos profissionais, de quem acabam por depender, como de forma indirecta, da parte dos familiares que esperam que os enfermeiros realizem o seu trabalho da forma mais eficaz possível e da parte dos supervisores que esperam dos seus trabalhadores os melhores resultados.

No que respeita à subescala inovação, englobada na dimensão sistemas de manutenção e mudança da escala de ambiente laboral (Moos, 1986; Louro, 1995) os resultados do nosso estudo apontam para a existência de uma diferença entre o grupo dos enfermeiros de oncologia e o grupo dos demais serviços. Tendo em conta que esta dimensão em particular avalia o grau de importância atribuído à variedade e à mudança (Ibidem, 1986; 1995), estes resultados podem levar-nos a concluir que os enfermeiros do serviço de oncologia estarão mais preparados para mudar e variar, comparativamente com os enfermeiros dos outros serviços. Estes resultados vão na linha dos estudos de Meier (2006) que se refere aos profissionais a desempenhar cuidados oncológicos como um grupo que se confronta com grandes desafios por trabalhar de forma próxima e intensa com os doentes e as suas famílias, sujeitos a momentos de elevadas carga emocional e de grande stress. Por vezes estas interacções exigentes, porque ocorrem em torno de grandes conflitos, exigem grande flexibilidade da parte dos profissionais e capacidade de adaptação à mudança, dado que surge a necessidade de redefinirem objectivos de cuidado mais realistas associados à necessidade de tomarem decisões a todo o momento acerca dos tratamentos que mantêm a vida e o confronto com a morte eminente.

A análise do ambiente laboral, sugere que os enfermeiros de oncologia apresentam um maior desenvolvimento pessoal do que os enfermeiros de outros serviços. E em particular, as dimensões relacionamento e sistemas de manutenção e mudança emergem

como preditores do *burnout*. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Bakker *et al.* (2001) que se referem à dimensão exaustão emocional como uma dimensão que apresenta relações robustas e consistentes com os stressores laborais. Já Cherniss (1980) e Queirós (2005) numa perspectiva centrada na organização, apontam diferentes aspectos susceptíveis de provocar stress: sobrecarga e trabalho; orientação e hierarquização; isolamento social; objectivos da instituição; autonomia; tipo de liderança e supervisão; estimulação e contacto com os utentes. No mesmo sentido apontam as indicações de Cordes & Dougherty, (1993) que sugerem como antecedentes de *burnout* dentro das características do trabalho e do desempenho, o papel das relações interpessoais, a sobrecarga no trabalho, a ambiguidade e o conflito de papéis.

No que respeita à análise correlacional entre o ambiente laboral e as características socio-demográficas e profissionais, os nossos resultados mostram que apenas a qualidade do serviço está fortemente e positivamente correlacionada com as dimensões de ambiente laboral. Quanto melhor é a classificação sobre o serviço que desempenham, melhor é a qualidade do ambiente laboral percebida. Estes resultados vêm de encontro a um estudo realizado por (Oliveira, 2008) que nos recorda que a presença de diferentes indicadores permitem perceber, por parte das organizações, se os indivíduos estão em *burnout* ou em risco do mesmo. Estes indicadores manifestam-se, entre diferentes manifestações, pela diminuição da qualidade assistencial e baixa satisfação laboral, absentismo laboral elevado, diminuição do interesse e esforço na realização de tarefas laborais, aumento dos conflitos interpessoais com colegas, utentes e supervisores e, por último, uma diminuição da qualidade de vida profissional dos trabalhadores (Gil-Monte, 2003). Para Guevara (2004), o *burnout* contribui para aumentar a dificuldade de trabalhar em grupo, diminuir o nível de satisfação profissional, entre outras.

As características laborais emergem como fortes indicadores de *burnout*, particularmente nas suas dimensões relacionamento e sistemas de manutenção e mudança. São os enfermeiros da oncologia, no que respeita ao seu ambiente laboral, que identificam maior pressão, controlo e inovação, relativamente aos enfermeiros dos outros serviços. Por outro lado, são também estes que evidenciam um maior desenvolvimento pessoal relativamente aos enfermeiros dos outros serviços. No que respeita às correlações entre esta variável e as características socio-demográficas e

profissionais, os resultados sugerem que quanto melhor é a classificação sobre o serviço que desempenham, melhor é a qualidade do ambiente laboral percebida pelos participantes do nosso estudo.

1.4. Sobre a Qualidade do Relacionamento Interpessoal

Análise das diferenças entre o grupo da Oncologia e o grupo de Não Oncologia

Outra variável que pretendíamos avaliar refere-se à qualidade do relacionamento interpessoal dos enfermeiros do nosso estudo. Marques-Teixeira (2002), na descrição do seu modelo interactivo de *burnout*, que assumimos como base conceptual do nosso trabalho, salienta o papel de algumas dimensões qualitativas e quantitativas das relações interpessoais como hipoteticamente responsáveis pela exaustão emocional. Também Maslach e Leiter (1997) ao destacarem as fontes de *burnout* responsáveis pela erosão do envolvimento, destacam a fragmentação das relações interpessoais, salientando que se trabalha isoladamente e atribuem grande importância a esta variável.

No nosso estudo quando comparamos a qualidade do relacionamento interpessoal e as suas dimensões no grupo dos enfermeiros de oncologia e do grupo dos demais serviços, os resultados sugerem que os enfermeiros de ambos os grupos apresentam uma percepção de relacionamento interpessoal semelhante em todas estas dimensões. Por outro lado, quanto mais os profissionais percebem ter um “cuidado”, empatia, aceitação incondicional e congruência, para com e sobre os outros, neste caso enfermeiro-doente, menores são os níveis de *burnout* registados.

Sobre estes resultados pensamos poder concluir, tal como o fez Loff (1996) que é característico da profissão de enfermagem, ou pelo menos como parte da expectativa social acerca da profissão, uma atitude, de dedicação e de entrega e até de sacrifício para com os outros. Espera-se de um bom enfermeiro que tenha uma permanente preocupação com os outros, bem como cuidado e aperfeiçoamento permanente dos canais de comunicação e contenção dos sentimentos pessoais. Estes dados permitem-nos constatar que constituiria um grande custo para os participantes do nosso estudo

admitirem que em determinadas situações têm dificuldade em manter a qualidade do relacionamento especial correspondendo às expectativas sociais que prevalecem relativamente ao papel do enfermeiro. Não resistimos a interpretar estes dados à luz da sugestão de Delbrouck (2006) segundo a qual é necessário compreender a particular exaustão profissional dos enfermeiros em instituições, relacionando com o facto de aquela ocorrer em indivíduos munidos de um ideal do ego elevado, que os faz desenvolver uma imagem desfasada das suas verdadeiras personalidades. Para além disso um outro aspecto relativo à relação de ajuda, o facto de “gerar e sustentar a ambição de fazer bem”, reforçando, deste modo; a necessidade de se ser útil ou mesmo indispensável. Estes aspectos levam-nos a pensar que teria custos muito elevados para cada um deles, assumir a possibilidade de, em determinadas situações, estas atitudes interpessoais de “cuidado”, aceitação, congruência e a empatia sobre os utentes poderem estar comprometidas perante a presença de emoções negativas.

Também, quanto mais os profissionais têm um “cuidado”, empatia, aceitação incondicional e congruência, para com os seus doentes, menores são os níveis de *burnout* registados. Quando procuramos, através desta variável, conhecer que dimensões se constituíam preditores do *burnout*, a dimensão aceitação incondicional emergiu como um preditor do nível de Cinismo relacionado com o *burnout*. Já no que diz respeito à Eficácia Profissional, foram as atitudes de empatia e a congruência que se manifestaram seus preditores. Estes resultados estão na linha sustentada por Maslach (2000); que no seu modelo multidimensional destaca a dificuldade de integração no grupo como factor de desajustamento ou a incongruência. Assim, quando a pessoa se revela desajustada, incongruente e em *burnout* há uma quebra de sentimento de grupo, que ocorre quando a pessoa perde o sentido de uma relação positiva, com os outros, no local de trabalho.

Por outro lado, no sentido de conhecermos quais as atitudes do relacionamento interpessoal que predizem o *burnout*, verificámos que a atitude de aceitação incondicional emerge como um preditor do nível de Cinismo relacionado com o *burnout*. Verificámos, também, que a empatia e a congruência emergem como preditores da Eficácia Profissional.

No que respeita à análise correlacional entre a Qualidade do Relacionamento Interpessoal e as características sociodemográficas e profissionais, os nossos estudos parecem apontar no sentido dos resultados que conseguimos apurar, nos quais, o “cuidado” correlaciona-se de forma negativa com as faltas dadas no mês e no ano e de forma positiva com a qualidade de serviço. Da mesma forma se posiciona a empatia e a aceitação positiva, que mantêm correlações positivas com a qualidade de serviço percebida pelos enfermeiros do nosso estudo.

Depois de reflectirmos sobre estes resultados, que emergem como inovadores, pudemos concluir que as atitudes do relacionamento interpessoal se revelam como atitudes essenciais no sentido de prevenir o *burnout*. Dito de outra forma, quanto mais os profissionais percebem ter um “cuidado”, empatia, aceitação incondicional e congruência, para com e sobre os outros, neste caso enfermeiro-doente, menores são os níveis de *burnout* registados. Por outro lado, é a atitude de “cuidado” com o outro, que se correlaciona de forma negativa com as faltas dadas no mês e no ano e de forma positiva com a qualidade de serviço. E é a empatia e a aceitação positiva e incondicional que se correlaciona positivamente com a qualidade de serviço.

Neste sentido julgamos de extrema importância, ajudar os enfermeiros a desenvolver estas atitudes, como principais competências facilitadoras do compromisso com o trabalho, evitando estados iniciais ou mais avançados de *burnout*.

1.5. Sobre a Intervenção

Em função dos resultados obtidos no momento da avaliação do nosso estudo, tornou-se para nós bastante claro que os enfermeiros do nosso estudo, não se distinguem em função do seu local de trabalho, no que respeita às dimensões do *burnout*. Os enfermeiros de oncologia manifestam-se mais susceptíveis de virem a sofrer de *burnout*, uma vez que evidenciaram níveis mais baixos de apoio social, variável esta, que se manifestou preditora do *burnout*.

Estas conclusões levaram-nos a considerar a participação dos enfermeiros da oncologia numa intervenção psicológica em formato de grupo, com vista à facilitação do desenvolvimento de atitudes interrelacionais positivas.

Não tendo encontrado efeitos significativos sobre o *burnout* expresso pelos sujeitos, como resultado da intervenção, verificamos que o principal efeito deste programa foi o desenvolvimento da atitude interpessoal *consideração positiva* face ao outro. Na verdade, esta atitude emergiu como um preditor significativo da dimensão Exaustão emocional e Física do *burnout*. Estes resultados permitem-nos sugerir que a atitude de *consideração positiva* face ao outro é uma atitude a treinar junto dos técnicos de saúde já que pode ser um factor de protecção em relação ao qual é considerada como o motor das outras dimensões de *burnout*. Isto mesmo foi verificado através da análise das entrevistas.

A atitude de *consideração positiva* face ao outro manifesta-se como uma atitude de respeito, estima, consideração, preocupação e uma forma de “amor” para com o outro (Rogers, 1951). Na verdade, do momento da entrevista que realizámos a alguns dos participantes do programa de intervenção, emergiram categorias referentes às vivências do grupo, que espelham o desenvolvimento de várias competências interpessoais, incluindo esta.

Pensamos ser esta a altura certa para a autora do trabalho reflectir acerca do seu papel de investigadora por um lado e portanto com capacidade de análise sobre o processo de grupo e por outro, ao mesmo tempo sujeito do próprio grupo e dessa forma participante. Neste sentido vão as considerações de Marques-Teixeira (2004) acerca da especificidade da investigação em Psicoterapia Centrada no Cliente, reflectida por alguns autores da área, que sublinham “...a existência de um processo complexo, no qual o terapeuta necessita perceber o que o cliente está a sentir, entrar imaginariamente no seu mundo, tentar compreender as suas comunicações e envolver-se num processo complexo de compreender o que será para aquela pessoa ser aquela pessoa...este processo é simultaneamente, um processo experiencial e conceptual (Marques-Teixeira, 2004, p. 30). Também assim a autora deste trabalho tentou estar, no e para o processo de grupo. Neste sentido e em jeito de conclusão, pensamos poder adiantar que este

programa de intervenção constitui uma mais valia para os enfermeiros que nele participaram com um impacto importante no serviço, no contacto com os outros colegas, doentes, familiares, bem como na rede individual de apoio.

Como síntese do processo vivencial do grupo e sem querer repetir os comentários realizados no capítulo da análise qualitativa, salienta-se que o processo de grupo foi vivido, numa fase inicial como um momento difícil que activou alguma resistência em partilhar. Esta resistência foi se esvaindo e o grupo foi evoluindo na partilha de situações e vivências referentes ao trabalho, considerado por nós como momentos de partilha de conteúdo menos ameaçadores. De seguida e em sequencia da confiança que se foi estabelecendo entre os diferentes elementos emergiram temas de carácter pessoal, cuja expressão implicava já alguma segurança no grupo. Também assim acontece na fase classificada por Rogers (1986), como a fase *de expressão e exploração de material com significado pessoal* na qual após a verificação de que a expressão de sentimentos negativos não teria resultados dramáticos, dado que teriam sido expressos e aceites ou assimilados sem resultados catastróficos, começaria a desenvolver-se um clima de confiança. O grupo começa a compreender que é o que decidirem que seja. Nesta altura, podem aparecer partilhas sobre problemas pessoais. Também assim sucedeu, nos diferentes grupos constituídos por nós. As diferentes interacções grupais, à medida que o processo de grupo ia evoluindo, tomaram vários formatos dialógicos, emergidos com forma de *partilha ao grupo*, nalguns casos, *resposta compreensiva e/ou esclarecimento da situação*, noutros e assim se foram processando as interacções. Sentimos o carácter facilitador, não só ocupado pelo papel de quem o tinha, mas de uma forma transversal e mesmo terapêutica dos vários elementos dos grupos, que através da experiência dos seus colegas, aproveitavam a oportunidade para crescerem com eles.

Através da análise qualitativa, foi ainda possível, identificar como teria cada elemento vivenciado a situação de grupo. Dada a heterogeneidade de pessoas que participaram no grupo, apenas tendo em comum a profissão, sentimos os diferentes elementos desfasados no que respeita ao seu desenvolvimento pessoal. Desta forma e como o grupo arrancou, com pessoas com níveis de desenvolvimento diferentes, também o processo de evolução atingiu metas diferentes. Sendo assim, houve elementos que partilharam as suas vivências de uma forma plena e confiante naquele espaço e que

aproveitaram a oportunidade para se desenvolverem ainda mais como Pessoas. Outros elementos, porém pouco evoluíram, mantendo resistências do início ao fim, chegando mesmo nas últimas sessões, a manifestar comportamentos de não pertença. Foi desta forma díspar que também as expressões das vivências do grupo, salientaram aspectos diferentes. Vividos por uns como uma possibilidade de partilha de sentimentos comuns e uma oportunidade de mudança, acompanhada de sentimentos de intimidade e cumplicidade. Para outros, pelo contrário, como uma experiência que não passou da exploração superficial dos temas e da vivência da experiência como inautêntica, sem o desligar dos papéis profissionais, acompanhada de sentimentos de receio. A percepção dos diferentes elementos acerca das vivências dos outros, não foi a mesma, uns identificavam as experiências dos outros como transversal à sua, outros pelo contrário, como diferente. Apesar dos aspectos menos “bons” todos os participantes identificaram esta experiência como uma experiência a repetir, alterando alguns aspectos e modificando outros. Nos que respeita, aos aspectos a manter, foi salientada a frequência quinzenal, das sessões e a especificidade não directiva da facilitação deste tipo de grupos. Sobre os aspectos a modificar salientou-se a necessidade de alargar esta experiência a outros elementos e a aumentar a duração de cada grupo, manifestando desejo de prolongar as sessões no tempo. Sobre o impacto da experiência de grupo, no ambiente laboral dos diferentes elementos, foi referido que esta experiência constituiu um meio facilitador de tomadas de decisão, uma forma de actualizar as experiências e de aprender através dos outros, vivenciadas com sentimentos de compreensão. Esta iniciativa revelou ter um impacto significativo no cuidado do doente e na organização de serviço e após 3 meses foi considerada como uma oportunidade de melhorar o relacionamento com os colegas tendo decorrido um sentimento de necessidade de implementação do mesmo programa na dinâmica dos serviços.

Em jeito de síntese, consideramos que este estudo veio realçar a importância da inclusão de programas de intervenção em formato de grupo, com profissionais, envolvidos em tarefas que os tornam mais susceptíveis a níveis elevados de *burnout*. Ainda que os níveis de *burnout* não sofram uma mudança substancial com a intervenção, o que os resultados sugerem é que os profissionais adquirem uma maturidade experiencial que os defende mais em relação às variáveis indutoras de *burnout*.

| **Conclusões**

Conclusões

Encerramos este trabalho referindo-nos às principais conclusões que emergiram deste estudo, baseados não só na evidência do que lemos dos nossos resultados, mas também na revisão bibliográfica realizada.

O *Burnout* é considerado “uma síndrome de cansaço físico e emocional que conduz a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso”. É devido essencialmente ao stress crónico associado à falta de condições no trabalho e às exigências das tarefas, surgindo mais frequentemente nos profissionais de ajuda (Maslach, Jackson & Leiter, 1996, p.4).

Este fenómeno decorre na sequência de uma exposição prolongada no tempo, a uma carga elevada de *stress* ocupacional crónico. Tem sido alvo de atenção por parte dos investigadores a nível mundial, destacando-se o seu impacto em inúmeras profissões, sobretudo aquelas que implicam relações de ajuda (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outras).

Dos estudos mais recentes, encontrados na literatura, é unânime a opinião, de que os enfermeiros constituem um grupo profissional sujeito ao grande desafio de trabalharem de forma próxima e intensa com os doentes e as suas famílias, estando portanto mais susceptíveis a uma elevada carga emocional e de grande *stress* podendo conduzir a situações de *Burnout* (Meier & Beresford, 2006; Aoun, Kristjanson, Currow & Hudson, 2005; Keidel, 2006; Sá, 2008).

Um número substancial de estudos tem revelado que as necessidades dos cuidadores não são atendidas e que a prevalência de morbilidade psicossocial entre os cuidadores é real. Apesar disso, o desenvolvimento e avaliação de intervenções baseadas em trabalhos de investigação, com vista à redução dos aspectos negativos da prestação de cuidados, tem sido negligenciada (McCorkle & Pasacreta, 2001; Yates, 1999; Harding & Higginson, 2003; Barg *et al.* 1998; Aoun, 2005).

No sentido de preencher esta lacuna delineamos um projecto com vista a recair numa primeira etapa sobre a compreensão do fenómeno do *burnout*, em várias dimensões, num grupo de enfermeiros, que exercem a sua profissão em serviços de oncologia e num grupo de enfermeiros que exercem a sua profissão noutros serviços. Numa etapa posterior, almejávamos intervir num grupo de profissionais de enfermagem a exercer a sua profissão nos serviços de oncologia, centrados sobre os aspectos da relação entre o técnico de saúde e o doente com vista a aumentar as competências do primeiro para lidar com a exaustão emocional.

Apontando para a necessidade de desenvolver um tipo de intervenção que visasse a atenuação dos níveis de *Burnout* nos enfermeiros que lidam com o sofrimento do doente oncológico, pretendeu-se a criação de uma intervenção psicológica em formato de grupo, no sentido de encorajar os técnicos a comunicar o mais aberta e claramente possível as suas dificuldades, facilitando o estabelecimento de relações interpessoais e possibilitando a actualização das suas competências. Esperava-se que, desse modo, aumentassem as suas competências individuais para lidarem com os factores indutores de *burnout*.

Escolhemos a Psicoterapia Centrada no Cliente e a Abordagem Centrada na Pessoa, como modelo conceptual para a intervenção psicológica em formato de Grupo de Encontro, que realizámos, no sentido de minimizar a potencial exaustão emocional nos enfermeiros que lidam com os doentes.

No que respeita ao Diagnóstico de *Burnout* e suas variáveis pessoais, interpessoais e laborais emergiram vários resultados:

Dos 2 grupos de enfermeiros que avaliámos, da oncologia e dos outros serviços, constatámos que os enfermeiros não se distinguem em termos do seu local de trabalho (oncologia ou outro serviço) e regime (serviço de internamento ou ambatório) relativamente às dimensões de *burnout*; No entanto, pensámos que são os enfermeiros do serviço de oncologia os mais susceptíveis de virem a sofrer de *burnout*, uma vez que apresentam índices mais baixos de apoio no seu trabalho. E este apoio, como verificámos, manifestou-se um preditor de *burnout*.

Das variáveis sócio-demográficas e profissionais estudadas, apontaram ser as variáveis profissionais as mais relacionadas com o *burnout*; nomeadamente a variável classificação de serviço. Esta variável não só se relacionou com o *burnout*, como com as dimensões de apoio social e ambiente laboral;

Com efeito, pareceram ser os profissionais que melhor classificaram os seus serviços que têm uma atitude mais positiva e saudável em relação a todas as variáveis medidas, relacionadas com o trabalho; ou vice-versa, ou seja, são aqueles com uma perspectiva mais positiva face a estas dimensões que melhor se adaptam às condições e exigências do trabalho.

Estes resultados permitiram reflectir acerca dos aspectos que deveríamos ter em conta no planeamento do programa de intervenção.

Considerámos que deveríamos realizar a intervenção junto dos profissionais (enfermeiros de oncologia), uma vez que, apesar de não evidenciarem um nível de *burnout* significativo, parecem trabalhar em condições mais susceptíveis a este facto.

Os resultados indicaram-nos, igualmente, que um programa de intervenção deveria contemplar as dimensões interpessoais para lidar com o *burnout*, facto que nos levou a implementar as atitudes terapêuticas, tais como a empatia, aceitação positiva incondicional, a congruência e a consideração positiva face ao outro, consideradas como atitudes a desenvolver no sentido de aumentar o desenvolvimento pessoal de cada profissional.

Os nossos resultados apontaram para a importância de organizar um programa de intervenção de carácter mais colectivo e preventivo, que estaria mais relacionado não só com o apoio social que estes profissionais recebem, como também às condições laborais a que estão sujeitos.

Acerca do impacto do programa de intervenção nos níveis de *burnout* e na qualidade do relacionamento interpessoal, não tendo encontrado efeitos significativos sobre o

burnout expresso pelos sujeitos, como resultado da intervenção, verificamos que o principal efeito deste programa foi o desenvolvimento da atitude interpessoal *consideração positiva* face ao outro. Na verdade, esta atitude emergiu como um preditor significativo da dimensão Exaustão emocional e Física do *burnout*. Estes resultados permitem-nos sugerir que a atitude de *consideração positiva* face ao outro é uma atitude a treinar junto dos técnicos de saúde já que pode ser um factor de protecção em relação ao qual é esta dimensão é considerada como o motor das outras dimensões de *burnout*.

Sobre o trabalho qualitativo, que permitiu explorar as vivências subjectivas do processo de grupo, salientámos que esta experiência foi vivida por uns como uma possibilidade de partilha de sentimentos comuns e uma oportunidade de mudança, acompanhada de sentimentos de intimidade e cumplicidade. Para outros, pelo contrário, como uma experiência que não passou da exploração superficial dos temas e da vivência da experiência, como inautêntica, sem o desligar dos papéis profissionais, acompanhada de sentimentos de receio.

Apesar dos aspectos menos “bons” todos os participantes identificaram esta experiência como uma experiência a repetir, alterando alguns aspectos e modificando outros. Nos que respeita, aos aspectos a manter, foi salientada a frequência quinzenal, das sessões e a especificidade não directiva da facilitação deste tipo de grupos. Sobre os aspectos a modificar, salientou-se a necessidade de alargar esta experiência a outros elementos e a aumentar a duração de cada grupo, manifestando desejo de prolongar as sessões no tempo.

Sobre o impacto da experiência de grupo, no ambiente laboral dos diferentes elementos, foi referido que esta experiência constituiu um meio facilitador de tomadas de decisão, uma forma de actualizar as experiências e de aprender através dos outros, vivenciadas com sentimentos de compreensão.

Esta iniciativa revelou ter um impacto significativo no cuidado do doente e na organização do serviço e após 3 meses foi considerada como uma oportunidade de melhorar o relacionamento com os colegas tendo, inclusivamente, emergido um

sentimento de necessidade de implementação do mesmo programa na dinâmica dos serviços.

Em jeito de síntese, consideramos que este estudo veio realçar a importância da inclusão de programas de intervenção em formato de grupo, com profissionais, envolvidos em tarefas que os tornam mais susceptíveis a níveis elevados de *burnout*. Ainda que os níveis de *burnout* não sofram uma mudança substancial com a intervenção, o que os resultados sugerem é que os profissionais adquirem uma maturidade experiencial que os defende melhor em relação às variáveis indutoras de *burnout*.

| Limitações

Limitações

Principais Limitações Metodológicas da Fase de Avaliação

Não obstante, termos presente que a inclusão de diferentes variáveis no momento de avaliação do nosso estudo, poderia ter implicações na quantidade de informação a recolher, na possibilidade da fraqueza das respostas recolhidas e na complexidade da análise de informação, pretendíamos perceber o fenómeno de *burnout* através do cruzamento entre as suas variáveis de índole organizacional, pessoal e interpessoal, que de outra forma retiraria a riqueza e o contributo para a compreensão aprofundada desta problemática. Para avaliar as características organizacionais e sociais optamos pela aplicação do WES (Escala de Ambiente Laboral) e pelo EAS (Escala de Apoio Social); para avaliar as características interpessoais usamos o IRI (Inventário de Relacionamento Interpessoal) para avaliar as características individuais recorremos ao Questionário de características socio-demográficas, profissionais e clínicas e finalmente utilizámos o MBI-GS (Inventário de *Burnout* de Maslach) para avaliar o *burnout*. Usámos instrumentos sobejamente conhecidos internacionalmente e cuja validação para o contexto nacional já está consolidada.

Em jeito de reflexão, não podemos deixar de referir que consideramos as respostas dadas pelos participantes ao MBI-GS e ao IRI (instrumentos utilizado para a avaliação do *burnout* e a qualidade das relações interpessoais) também influenciadas pelas dificuldades em admitir pelos próprios profissionais, os aspectos negativos da prestação de cuidados. Verifica-se a interferência de uma variável incontroável denominada “desejabilidade social”. Ribeiro (1999) define esta variável como a tendência para as pessoas responderem concordantemente com as respostas socialmente desejadas. Desta forma, apesar das tentativas de controlo desta variável, através da instrução dos enfermeiros no sentido de serem verdadeiros e autênticos nas suas respostas e de se assegurar o carácter anónimo e sigiloso dos dados, foi-nos impossível verificar a sua influência ao nível dos resultados da amostra.

Quanto ao desenho do estudo, a maioria das pesquisas sobre *burnout* recorre a desenhos de tipo transversal, em que a modalidade de recolha de dados de referência é a utilização de questionários e a análise é de tipo quantitativo. Quanto ao preenchimento dos questionários, nalguns casos são levados a cabo no próprio local de trabalho (Sá & Fleming, 2008; Parreira, 1998; Mota-Cardoso, et al. 2000; Loreto, 2000; Oliveira & Guerra, 2004; Queirós, 2005; Sá, 2006; 2008). Parece-nos, por esse motivo, que a recolha de dados no local onde os participantes exercem a sua actividade, se adequa e vai ao encontro do que é praticado por outros investigadores noutros países.

Relativamente à análise dos dados, a maioria dos investigadores, recorre a metodologias quantitativas, com excepção de Queirós (2003) que efectuou um estudo exploratório, de análise qualitativa, contando com a presença de 181 enfermeiros, esperando identificar quais as percepções dos enfermeiros acerca dos principais indutores de *stress*. No nosso estudo optamos por combinar dois tipos de metodologia, a quantitativa e qualitativa, de áreas díspares, mas que consideramos complementares no sentido de vir a consolidar os dados. Dado que no nosso projecto contemplamos um momento de intervenção, de cariz iminentemente experiencial, considerámos de grande importância acedermos às principais vivências e sentimentos dos indivíduos em estudo. Como refere Denzin & Lincoln, 1998, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa do problema em questão, buscando um sentido para determinado fenómeno em termos do que ele significa para as pessoas e Krahn & Eisert, 2000, reflectindo o sentido da perspectiva fenomenológica. Também Conrad, 1990; Ablett e Jones, 2006, para estudarem a competência pessoal dos enfermeiros da oncologia para lidar com o stress particular dos serviços onde trabalham, recorreram a uma metodologia qualitativa, pelo facto de permitir uma maior percepção das vivências dos indivíduos no seu contexto.

Quando os autores optam por usar metodologias quantitativas, as análises mais comuns são as de associação entre os diferentes conceitos estudados e análises das diferenças entre os grupos correspondentes às variáveis em estudo. As metodologias que usamos são similares às de outros investigadores, em termos de método de recolha de dados e análise dos mesmos. A grande diferença prende-se com o facto de incluirmos no nosso estudo, a variável qualidade do relacionamento interpessoal, cuja utilização

não se tem verificado, nos principais estudos de *burnout*, em Portugal. Atendendo à sua natureza multidimensional, optámos por um modelo de análise de interacção entre as diferentes variáveis no que se refere à variação do *burnout* e da identificação da diferença entre os resultados dos enfermeiros a trabalhar nos serviços de oncologia e dos enfermeiros a trabalhar nos demais serviços, que classificamos de não oncologia.

Este modelo pareceu-nos o mais adequado para responder aos principais objectivos, do momento de avaliação do nosso estudo, no sentido de fazer um “diagnóstico” de *burnout*, observando a interacção das diferentes variáveis e perceber qual o grupo mais necessitado de uma intervenção psicológica, no que respeita especialmente aos níveis de exaustão emocional, se seriam os enfermeiros a trabalhar directamente na oncologia ou se os enfermeiros a trabalhar nos demais serviços.

Principais Limitações Metodológicas do Momento de Intervenção

No que respeita às limitações referentes à implementação do programa de intervenção, reflectimos acerca de determinados aspectos. Como já referimos no capítulo da metodologia, à medida que fomos implementando o programa de intervenção, fomos deparando com várias limitações temporais e espaciais. O número limitado de sessões pareceu constituir um dos principais determinantes da falta de impacto da intervenção, sobre os níveis de *burnout* e sobre a qualidade das relações interpessoais. Não obstante termos conseguido realizar um número médio de 12 sessões por grupo, número considerado adequado no processo de promoção da mudança (Rogers, 1986), no caso do nosso estudo, este número de sessões não se revelou suficiente. Tal como pudemos constatar, pela análise das subcategorias que surgiram na decorrência dos aspectos vivenciais dos grupos constatamos que estes consideraram a necessidade de prolongar as sessões por mais tempo. Ao inquirimos alguns enfermeiros do nosso estudo acerca dos aspectos que deveriam ser alterados, uma das subcategorias que emergiu foi a necessidade de o grupo se prolongar no tempo. Quanto às limitações espaciais, estas também se manifestaram significativas, ou seja o facto das sessões de grupo se terem realizado nos próprios serviços onde decorria o trabalho, se por um lado, se verificava mais útil, do ponto de vista de economia de tempo, por outro revelou-se condicionante, dado que alguns elementos manifestaram sentir este espaço

como mais uma tarefa relativa ao trabalho, facto que inviabilizava a entrada num *setting* supostamente terapêutico. Esta dificuldade materializou-se com a criação de uma subcategoria intitulada, Necessidade de as sessões de grupo se realizarem noutro local. Ainda sobre a vivência temporal do grupo, alguns elementos sugeriram que a frequência das sessões pudesse ser alterada para uma frequência semanal ou bi-semanal e não quinzenal, tal como estavam a ser realizadas.

Outra limitação que consideramos importante referenciar, prende-se com o número limitado de participantes, por grupo, no momento da intervenção. Tal como é referido por Rogers (1986) o número de elementos de grupo que se adequa à realização deste tipo de intervenção varia entre 8 a 18 elementos. Para o nosso estudo e, não obstante, um dos grupos que constituímos ter sido representado por 14 elementos, nos outros dois grupos contamos com a presença de 6 elementos num dos grupos e de 7 noutro ainda. Para colmatar esta limitação pretendemos alargar o nosso estudo a outros Hospitais, possibilitando o aumento do tamanho da amostra, ou seja o número de enfermeiros participantes, não por grupo, mas considerando um grande grupo constituído pelo nº total de enfermeiros a vivenciar este programa de intervenção. Não foi possível concretizar esta proposta.

Através da implementação de um programa de intervenção pensamos ter contribuído para aprofundar o conhecimento acerca das vantagens da adopção deste tipo de programas, por esses serviços de saúde fora, no sentido de possibilitar o treino das competências interpessoais, para reduzir e evitar o *burnout*. E no sentido de melhorar a eficácia do programa, sugerimos, tal como apontam os nossos resultados, a inclusão de medidas, de carácter laboral, no sentido de promover um ambiente de trabalho mais adaptado e desta forma menos vulnerável ao *burnout*.

| **Referências Bibliográficas**

Referências Bibliográficas

Ablett, J. R. & Jones, R.S.P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16, 733-740.

AESST. (2002). *Contra o stresse no trabalho, trabalhe contra o stresse*. Luxemburgo: União Europeia: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho.

AESST. (2002). O assédio moral no local de trabalho, *FACTS* 23. Bélgica: União Europeia: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho.

Allen, J., & Mellor, D. (2002). Work Context, Person Control, and Burnout amongst Nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 24(8), 905-917.

Alvarez, C. Blanco, J., Aguado, M., Ruíz, A., Cabaço, A., Sánchez, T., Alonso, C. & Bernabé, J. (1993). Revisión teórica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docência. *CEASURA- Revista Crítica das Ciências Sociais e Humanas*. 2, 47-65.

Antunes, S. (2009). *A Reformulação*. Comunicação pessoal. Porto.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. London: Jossey-Bass.

Arikan, F., Koksa, C.D., & Gokçe, Ç. (2007). Work Related-Stress, Burnout, and Job Satisfaction of Dialysis Nurses in Association with Perceived Relation with Professional Contact [Electronic Version]. *Dialysis & Transplantation*. Acesso em 20 de Outubro, 2008, em <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/114212355/PDFSTART>.

Aoun, S., Kristjanson, L., Currow, D. & Hudson, P. (2005). Caregiving for the terminally ill: at what cost? *Palliative Medicine*, 19, 551-555.

- Bakker, A., Schaufelli, W., Sixman, H. & Bosveld, W. (2001). Bournout contagion among general practitioners. *Social e Clinical Psychology*, 20(1), 82-98.
- Barbour, L.S. (2008). Professional-Patient Boundaries in Palliative Care. *Fast Facts and Concepts*. Wisconsin. Palliative Care Center of Medical College of Wisconsin.
- Barg, F., Pasacrete J., Nuamah, I., Robinson, K., Angeletti, K. & Yasko, J. (1998). A description of a psychoeducational intervention for family caregivers of cancer patients. *Journal of Family Nursing*, 4, 394-413.
- Barlett, EE., Grayson, M., Barker, R., Levine, DM., Golden, A. & Libber, S. (1984). The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall and adherence. *Journal of Chronic Disease*, 37, 765-772.
- Barrett-Lennard, G-T. (1964). The relationship Inventory form- OS-M-64 and OS-F-64 Form MO-M-64 and Mo-F-64. Australia:University of New England.
- Barrett-Lennard, G-T. (1978). The relationship Inventory: Laster Development and Applications. *JSAS: Catalog of Selected Documents. I Psychology*, 8, 68 (Ms. N°1732, pp-55).
- Barrett-Lennard G. T. (1998). *Carl Rogers' Helping System: Journey & Substance*. London: Sage.
- Barrett-Lennard, G-T. (2002). Perceptual Variables of the Helping Relationship: A measuring system and its fruits. In G. Wyatt (Eds.), *Contact and Perception*, (pp. 25-50). United Kingdom: PCCS Books.
- Barrett, M. (2000). Pratical and ethical issues in planning research. In G. Breakwell, S. Hammond & C. Fife-Schaw (Eds.), *Research Methods in Psychology*, (pp. 25-50) London: Sage publications.

Bénony, H.& Chahraoui, K. (2002). *A Entrevista Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Braaten, L. (1990): The different patterns of group climate critical incidents in high and low cohesion sessions of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 477-493.

Brodley, B. (1977). The empathic understanding response. Unpublished manuscript, University of Illinois at Chicago.

Brodley, B. (1998). Criteria for making empathic responses in client- centred therapy. *The Person-Centred Journal*, 3 (1), 477-497.

Brodley, B. T. & Schneider, C. (2001): Unconditional positive regard in the verbal behaviour of client-centred therapy. In P. wilkens and J. Bozarth (eds.), *Unconditional Positive Regard: Rogers` Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice*, (pp. 155-72). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.

Bozhart, J. D. (1986), The Basic *Encounter* Group: An alternative view. *The journal for specialists in Group Work*, 11, (4), 23-27.

Burger, A. (1995). Burnout – What is at stake? *European Journal of Palliative Care*, 2, (1), 33-34.

Burisch, M. (1993). In Search of Theory: Some ruminations on the nature and atiology 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. & Greenglass, E.R. (1988). Career orientations and psychological *burnout* in teachers. *Psychological Reports*, 63, 107-116.

Campos, A.(1982). *La Psicoterapia No Directiva*. Barcelona: Editorial Herder S.A.

Castro, J. A., Paredes, M., & Vilória, H. (2004). Definição del Síndrome del *Burnout*. *Resumos do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde” A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança”*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

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

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

Conrad, P. (1990). Qualitative research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development. *Social Science & Medicine*, 30, 1257-1263.

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

Correia, A. (1997). *O Burnout nos Profissionais dos Centros de Atendimento Toxicodependentes: Causas e Consequências*. Tese de mestrado não publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Cullen, A. (1955). *Burnout: Why do We blame the nurse?* *American Journal of Nursing*, 23-27.

Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Manuais Universitários. Lisboa. Climepsi Editores.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (1998). Introduction: entering the field of qualitative research. In Denzin e Yvonna Lincoln (Eds.), *The landscape of qualitative research: Theories and issues*. Sage publications.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (2000). Introduction: the discipline and practice of qualitative research. In Denzin e Yvonna Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Sage Publications.

Dias, F. N. (2004). *Relações Grupais e Desenvolvimento Humano*. Lisboa: Instituto Piaget.

Dircks, P., Grimm, F., Tausch, A. M. & Wittern, J. O. (1982). Promotion of the mental health of cancer patients through person- centered group counselling. *Praxis*, 11, 241-252.

Edet, I., Nion, N. & Métrot, M. T. (1994). L' Épuisement professionnel des infirmières d'un service de maladies infectieuses et tropicales, *La revue de l'infirmière*, 3, 53-56.

Einarsen, S., Mathiesen, S.B. & Skogstad, A. (1998). Bullying, Burnout and Well-Being among assistant nurses. *Journal of Occupational Health and Safety*, 46(6), 563-568.

Elloy, D.F., Terpening, W. & Kohls, J. (2001). A causal model of *burnout* among self-managed work team members. *Journal Psychology*, 135(3), 321-34.

Dirkx, J. (1991). Recent research on nightwork for women: a review. In W. Singleton, & J. Dirkx (Eds.), *Ergonomics, health and safety: perspectives for the nineties* (pp. 45-51). Leuven: Leuven University Press.

Fadiman & Frager (1986). *Teorias da Personalidade*. S. Paulo: Editora Harbra.

Fallowfield, L., Jenkins, V. Farewell, V., Saul, J., Duffy, A. & Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK Communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*, 359, 650-656.

Farrell, G. (1999). Aggression in clinic settings: nurses' views – a follow up study. *Journal of Advanced Nursing*, 29,(3), 532-541.

Fawzi, I., Fawzy, N. & Pasnau, R. (1991). Burnout in the health professions. *Handbook of studies on general hospital psychiatry*. Oxford: Elsevier Science Publishers.

Ferreira, T. & Pais-Ribeiro, J. (2000). A Saúde de Quem Trabalha em Saúde: Enfermeiros e Stress no Trabalho em Toxicodependência. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. R.

Dias (Eds). *3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 723-737). Lisboa. ISPA.

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

Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Grounded Theory: In E. Fernandes & L. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 49-75). Braga: Universidade do Minho, Centro de estudos em Educação e Psicologia.

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

Gaylin, N. L. (1993). Person-centered family therapy. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers: Towards a psychotherapy for the 21st century*, (pp. 181-200). London: Constable.

Glaser, B.& Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Godin, I.M. (2004). Bullying, Worker's health, and labor instability [Electronic Version]. *Journal of Epidemiology Community Health*, 58, 258-259.

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

Gomes, I. (1995). *Burnout – Uma abordagem empírica*. Monografia de final de curso não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

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

Gouveia e Melo C., (2003). *A Relação de Ajuda com doentes com uma doença grave, evolutiva ou terminal – compreender as dificuldades do doente e o burnout no profissional de saúde, ilustrado com um estudo de investigação com doentes com SIDA, no Hospital Curry Cabral*. Tese não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Graham, J., Ramirez, AJ., Cull, A., Finlay, I., Hoy, A. & Richards, MA.(1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative Medicine*, 10, 185-194.

Grimm, G., Dircks, P., & Langer, I. (1992). Process and consequences of person-centered group counselling with unemployed In M. Behr, U.Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer, & R. Tausch (Eds.), *Person-centered psychology psychotherapy* (pp. 116-131). Germany: GwG-Verlag.

Groenstijn, E., Buunk, B.& Schaufeli, W. (1992). The danger of burnout contagion: The role of social comparison processes. *Social psychology*, 2 , 88-103.

Grunfeld, E., Zitzelsberger, L, Coristine, M., Whelan, T., Aspelund, F., Evans, W. (2005). Job stress and job satisfaction of cancer care workers. *Psycho-Oncology*, 14, 61-69.

Guerra, M. P. (1992). Conceito de auto-actualização, elaboração de uma escala e avaliação das suas qualidades psicométricas. *Psychologica*, 7, 95-109.

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005), *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.

Guevara, C.A., Henao, D.P. & Herrera, J.A. (2004). Síndrome de desgaste profissional en médicos internos Y residentes. *Colombia Médica*, 35, 4, 173-178.

- Gysels, M., Richardson, A. & Higginson, I. (2005). Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods. *Support Care Cancer*, 13, 356-366.
- Hallsten, L. (1993). Burning out: A Framework. Professional burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek, (Eds.), *Recent development in theory and research* (pp. 95-113). Washington: Taylor & Francis.
- Harding, R., & Higginson, I. (2003). What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine*, 17, 63-74.
- Harvey, S. & Raider, M. (1984). Administrator Burnout: The dimensions of the problem. *Administration in Social Work*, 8, (2), 81-89.
- Haugh, S. (2001). Roger's Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. In S. Haugh & T. Merry (Eds), *Empathy* (pp. 72- 85). United Kingdom: Ross -on-Wye, PCCS Books.
- Hudson, P., Aranda, S. & Kristjanson, L. (2004). Supportive information provision for palliative care families: moving toward evidence based practice. *European Journal Palliative Care*, 11, 153-57.
- 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.
- Jackson, S., Schwab, R., & Schuler, R. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71,(4), 630-640.
- Jiménez, B.M., & Puente, C.P.(1999). *El estrés asistencial en los servicios de salud*. In M.A. Simón (Ed). Manual de Psicología de la Salud- Fundamentos, Metodología e Aplicaciones, (p. 739-756). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-121.
- Keidel, G.C. (2006). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19 (3), 200-205.
- Kivimaki, M. , Elovainio, M., & Vahtera, J. (2000). Workplace Bullying and Sickness absence in hospital staff. *Journal of Occupational Environment Medicine*, 57, 656-660.
- Krahn, G. & Eisert, D. (2000). Qualitative Methods in Clinical Psychology. In Droter (Ed.), *Handbook of research in Pediatric and Clinical Psychology: practical strategies and methods*. New York: Plenum Pub.
- Lagrée, J. (2003). *O Médico, o Doente e o Filósofo*. Coimbra. Gráfica de Coimbra.
- Leal, M.F.P. (1996). *Stress e Burnout. Saúde Pública e Saúde Ocupacional*. Manuscrito não publicado, Universidade de Coimbra.
- Lee, R., & Ashforth, B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81,2, 123-133.
- Leiter, M. (1988). Burnout as a function of communication patterns. *Group & Organization Studies*, 13, 111-128.
- 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. (1991). Coping patterns as predictors of burnout : The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12,123-144.
- Leiter, M. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Occupational Behavior*, 8 ,297-306.
- Leiter, M., & Maslach, C. (1998). Burnout. *Encyclopedia of Mental Health*,1, 347-357.

Levinson, DJ. (1990). A theory of life structure development in adulthood. In CN. Alexander, EG. Langer (eds), *Higher Stages of Human Development Perspectives on Adult Growth*. Oxford: New York.

Levinson, W., Roter DL, Mullooly, JP, Dull, V., Frankel, R. (1997). Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of American Journal Association*, 277, 553-559.

Lietaer, G., & Dierick, P. (1996). Client-centered group psychotherapy in dialogue with other orientations: Commonality and specificity. In R. Hutterer, G.Pawlowsky, P. F. Schmid, & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 563-583). Frankfurt: Peter Lang. Neigger.

Lietaer, G. (2001). . *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice*. In J.D. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional Positive Regard* (pp.89-108). United Kingdom: Ross-On-Wye, PCCS Books.

Loff, A.M. (1996). *Co-Dependência nos Enfermeiros*. Coimbra: Formação e Saúde Lda.

Loreto, D. (2000): *Síndrome de burnout em enfermeiros da oncologia*. Tese de Mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.

Louro, C. (1995): *Tradução e adaptação da Work Environment Scale à população portuguesa*. Monografia não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Kandolin, I. (1993). *Burnout* of female and male nurses in shiftwork. *Ergonomics*, 36, 141-147.

Keidel, G.C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19, 3, 200-205.

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.

Marques-Teixeira, J. (1995). *Tendência Formativa e Tendência Atualizante. Reflexões à luz das teorias do caos e da complexidade*. Porto: Universidade do Porto.

Marques-Teixeira, J. (2000). *O fenómeno de adoecer psíquico*. Comunicação pessoal. Porto.

Marques-Teixeira, J. (2002). Burn-out ou a Síndrome de Exaustão. *Saúde Mental*, 4,2, 10-19.

Marques-Teixeira, J. (2004). Research in psychotherapy. The example of Client-Centred Therapy. *Saúde Mental*, 1, 26- 34.

Martín, A.D.F., (1994). Estudio de la morbilidad psiquiátrica en personal sanitario. *Actas Luso-Espanholas de Neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines*. 22,2, 71-76.

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

Maslach, C. & Pines, A. (1977). Burnout in the mental health professionals. *Resource Center on Child abuse and neglect in proceeding of the second ann*, p.239-45.

Maslach, C. (1978). The client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 34(4), 111-125.

Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-111.

Maslach, C.(1982 a). *Burnout: The cost of Caring*. Englewood Cliffs. 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. In W. Paine (Ed.), *Job Stress and Burnout* (pp. 12-29). Beverly Hills: Sage.
- Maslach, C. M. & Jackson, S.E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851.
- Maslach, C. (1987). Burnout research in the social services: A critique. *Burnout among social workers*. Gillespie. New York: Haworth Press.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. (1993). Historical and conceptual development of *burnout*. In W.B. Schaufeli, C. Maslah, & T. Marck (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 1-16). Washington: Taylor & Francis.
- Maslach, C.; Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3^a ed). California: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Maslach, C. (2000). A Multidimensional Theory of *Burnout*. In C.L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 68-85). Oxford: Oxford University Press.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of Caring*. Cambridge: Malor Books.
- Maslach, C., & Leiter, M. (1997). *The truth about . How organizations Cause Personal Stress and What to do about it*. San Francisco: Jossey-Boss Publishers.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 52, 379-422.

- Matos, A.; Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento de uma escala de Apoio Social: Alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.
- Maisons, L. (1994). “Gestion du stress” pour le personnel soignant . *Revue de L’Infirmière*, 1, 45-52.
- Martínez, O. V. & Bergé, M.E.N. (1996). Identidad enfermera: *Perspectiva psicoanalítica*. 217, 27-31.
- Matthiesen, S. B. (2006). *Bullying and work antecedents and outcomes*. University of Bergen, Bergen, Norway.
- McCorkle, R. & Pasacrete, J. (2001). Enhancing caregiver outcomes in palliative care. *Cancer Control*, 8, 36-45.
- McIntyre, T., (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: os que Tratam Também Sofrem. *Análise Psicológica*. 2 (3), 193-200.
- McMillan, M. (2004). *The Person-Centered approach to therapeutic change*. London: Sage Publications.
- Meier, D. & Beresford, L. (2006). Preventing Burnout. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (5), 1045- 1048.
- Melo, B.T.; Gomes, A.R., e Cruz, J.F.A. (1997). Stress organizacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Mendonça, R.M. (1993): Enfermagem – profissão de desgaste. Parte II. *Nursing: Revista Técnica de enfermagem*, 5, (61), 12-21.
- Mearns, D. & Thorne, B.D. (1999). *Person Centred Counselling in Action (Second Edition)*. London: Sage.

- Mikkelsen, E.G., & Einarsen, S. (2002). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organisational Psychology*, 11 (1), 87-111.
- Monroe, M. & Oliviere, D.(2006). Resilience in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 13(1), 22-24.
- Moos, RH & Shaeffer, J.A. (1997). Health care work environments. In A. Baum, D. Newman, R. West & C. MacManus (eds), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge. University Press: Cambridge.
- Moreno, B., Oliver, C. & Aragoneses, A. (1991). El “burnout”, una forma específica de estrés laboral. In G. Buela Casal & V.L. Caballho (eds.). *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 271-284). Madrid: Siglo XXI.
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R.C., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2000). *O stress nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Mucchielli, R. (1994). *A Entrevista Não-Directiva*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Neimeyer, R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning – narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, 24(2), 27-30.
- Newman, T. & Blackburn, S. (2002). *Transitions in the lives of children and young people: resilience factors*. Summary .(Interchange 78). Edinburgh: Scottish Executive Education Department.
- Nunes, R. (1990). As alterações psicológicas induzidas pelo stress profissional nos enfermeiros. Monografia não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Nunes, R., (2000). Career Burnout and Couple Burnout – A cross cultural perspective – the portuguese reality. Manuscrito não publicado, Universidade Lusofona, Lisboa.

Oliveira, M.M., (2008). *Burnout e Emoções: Estudo Exploratório em médicos de um Hospital do Porto*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Porto.

Pallant, J. (2001). *SPSS- Survival manual*. London: St. Edmundsbury Press.

Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 396-405.

Payne, T. & Ehrlich, F. (1998). Coping at home: carers` use and non-use of community services. *Carers NSW Inc*.

Parreira, P.M. (1998). *Contacto com a Morte e Síndrome de Burnout: Estudo Comparativo com Três Grupos de Enfermeiros da Oncologia*. Tese de Mestrado não publicado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Pereira, J. (1992). *Síndrome de Burnout: Impacto em Fisioterapeutas Hospitalares*. Monografia não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Perlman, B., Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations*, 35,4, 283-305.

Pestana, M.H. & Gagueiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª Edição), Lisboa: Edições Sílabo.

Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New york: Free Press.

Pines, A.M., & Aronson, E. (1989). *Career burnout: Causes and Cures*. New York. Free Press.

Pines, A. (1993). *Burnout: an existential perspective*. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. March, (Eds). *Professional burnout – recent development in theory and research*, (pp.33-51). Washington: Taylor & Francis.

Pines, A. (1996). *Couple Burnout: Causes and Cures*. New York and London: Routledge.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1997). *Investigacion Cientofica en Ciencias de la Salud* (5 ed.). México: McGraw-Hill.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (5 ed). Porto Alegre: Artmed.

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.

Oliveira M, Guerra M., (2004). *Burnout* nos profissionais de saúde mental: Expectativas, auto-actualização e outras variáveis associadas. *Saúde Mental*, 6(1),15-2.

Orr, E. & Westman, M. (1990). Does hardiness moderate stress, and how? A review. In M. Rosenbaum (ed.), *Learned Resourcefulness: On Coping Skills, Self-control, and Adaptive Behaviour*. Springer: New York.

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

Quine, L. (2001). Workplace Bullying in Nurses. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 73-84.

Quintas, J. (2006). *Regulação Legal do Consumo de Drogas: Impacto da Experiência Portuguesa de Descriminalização*. Dissertação de doutoramento não publicada, Faculdade de Direito da Universidade do Porto.

- Ramirez, A.J.,Graham, J.,Richards, M.A., Cull, A.& Gregogory, W.M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347, 724-8.
- Ramirez, A., Addington-Hall, J. & Richards, M. (1998). ABC of palliative care: the carers. *British Medical Journal*, 316, 208-11.
- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S, Durieux, J-F., Farvacques, L. & Dubus, L. (2002). Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomized study. *British Journal of Cancer*, 87, 1-17.
- Rennie, D.L.(1998). Grounded theory methodology: The pressing need for a coherent logic of justification. *Theory and Psychology*, 8, 101-119.
- Ribeiro J. A. (1997). *Processo Psicoterapeutico: Perspectiva Autopoiética*. Manuscrito não publicado.
- Ribeiro, J. L (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi
- Rodrigo, M.L. (1995). Estrés de los profesionales de enfermería: Sobre qué o quién repercute? *Revista Rol de Enfermería*, (201), 65-68.
- Rogers, C. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1951). *Client Centred Therapy: Its Current Prattice, Implications and Theory*. London. Constable and Robinson.
- Rogers, C. (1959). A theory of Therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S.Koch (Ed.), *A study of a science: study 1. Conceptual and systematic* (pp.184-256). New-York: MacGraw Hill.
- Rogers, C. (1961). *Tornar-se Pessoa*, Lisboa, Editores Moraes.

- Rogers, C. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counselling Psychologist*, 5 (2).
- Rogers, C. (1978). The formative tendency. *Journal of Humanistic Psychology*, 18.
- Rogers, C. (1979). *Psicoterapia e Consulta Psicológica*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C.(1980). *Um Jeito de Ser*. São Paulo: Edições E.P.U.
- Rogers, C. (1983). *A Terapia Centrada no Paciente*. Lisboa.: Moraes Editores.
- Rogers, C. (1986). *Grupos de Encontro*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. & Kinget, M.(1977). *Psicoterapia e Relações Humanas*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Roger, D. & Nash, P. (1993). Taking Control. *Nursing Times*, 89 (29), 44-46.
- Rubin, H. & Rubin, I. (1995). *Qualitative Interviewing. The art of hearing data*. Sage Publications.
- Rutter, M.(1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sá (2002). *Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica. Estudo correlacional*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina do Porto.
- Sá (2008). *O Assédio Moral e o Burnout na Saúde Mental dos Enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento em saúde mental não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Sá, L.,& Fleming, M. (2008). Bullying, Burnout, and Mental Health Amongst Portuguese Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29 (4), 411- 426.

Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.

Schaufeli, W., Maslach, C., & Marck, T. (1993). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washinton: Taylor & Francis.

Schaufeli, W.(1999). Burnout. In J. Firth-Cozens & R. Payne (Eds.), *Stress in Health Profissionals: Psychological and Organisational Causes and Intervention* (pp. 17-33). New York: John Wiley & Sons Ltd.

Schwab, R. (1995). Process research on group therapy: Considerations in relation to empirical outcomes for groups and individuals. In J. Eckert (Ed.), *Research on client-centered psychotherapy: Current approaches and results* (pp. 151-165). Koln, Germany: GwG.

Seidman, I. (1991). *Interviewing as qualitative research. A guide for researchers in education and the social sciences*. Teachers College Press.

Seltzer, J., & Numerof, R.E. (1988). Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of Management journal*, 31 (2), 439-449.

Shirom, A. (1989). Burnout in Work Organizations. C. Cooper & I. Robertson (Eds), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp.25-48). New york: John Willey & Sons.

Shlien, J. (1998). Empatia em Psicoterapia. In *A Pessoa Como Centro, Revista de Estudos Rogerianos, 1*.

Silverman, D. (2000). *Doing Qualitative Research. A practical handbook*. London: Sage Publications.

Smith, J.A. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. In J. Smith, R.Harré & L. van Langenhove (Eds.), *Rethinking Methods in Psychology* (pp.24-42). London: Sage Publications.

Smith, J.A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology Health*, 11, 261-271.

Schmid, P. F. & M. O'Hara (2007), "Group Therapy and Encounter Groups" In M. Cooper, M.pilkO'Hara P. F. Smith e G. Wyatt (eds.), *The handbook of Person-Centered Psychotherapy and Counselling*. Houndmills: Palgrave.

Sterwart, M.A. (1996). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1423-1433.

Strauss, A. & Carbin, J.(1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. London. Sage.

Tengland, P. (2001). Empathy: its meaning and its place in a theory of therapy. In S. Haugh & T. Merry (Eds), *Empathy* (pp. 72- 85). United Kingdom: Ross -on-Wye, PCCS Books.

Truax, C.B. (1968). Therapist Interpersonal reinforcement of client self-exploration and therapeutic outcome in group psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 225-231.

Westermann, B., Schwab, R.& Tausch, R.(1983). Outcomes and processes of person-centered group psychotherapy with, 164 clients. *Praxis*, 12, 273- 292.

Wyatt, G. (2001). Rogers' Six Conditions. In G. Wyatt (Ed), Vol 3. *Unconditional Positive Regard* (pp. 35-48).United Kingdom: PCCS Books.

Wyatt, G. (2001). Congruence. In G. Wyatt (Ed.), *Congruence* (pp.229-237). United Kingdom: PCCS Books.

Whippen, D. & Canellos, G. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologist. *Journal of Clinic Oncology*, 9, 1916-1920.

Wilkinson, S., Roberts, A. Aldridge, J. (1998). Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, 12, 13-22.

Vieitas, M. P., (1995). Intervenção Psicológica num Serviço de Oncologia. In T.M. McIntyre, & C. Vila-Chã, *O Sofrimento do doente : Leituras Multidisciplinares*: Porto: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Vives, J. (1994). Resposta Emocional al estrés laboral. *Revista Rol de Enfermeria*, 186, 31-29.

Wall, TD., Bolden, RJ. & Borril, CS.(1997). Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *British Journal Psychiatry*, 171, 519-523.

Walker, LG. (1996). Communications skills: when, not if, to teach. *European Journal of Cancer*, 32, 1457-1459.

Wilkinson, S., Roberts, A. & Albridge, J. (1998). Nurse-patient communication in palliative care: an evolution of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, 12, 13-22.

Yates, P. (1999). Family Coping: issues and challenges for cancer nursing. *Cancer Nursing*, 22, 63-71.

Protocolo de Avaliação

“Exaustão Emocional dos Cuidadores dos Doentes Oncológicos – Eficácia de uma Intervenção em Grupo”.

Responsáveis pelo Projecto de Investigação:

Dra. Joana Isabel Tavares da Luz Soares

Prof. Dr. Marques-Teixeira (**Orientador**)

Prof. Dra. Vera Almeida (**Co-Orientadora**)

NºQuestionário: _____

Data: ____ / ____ / ____

Estamos a realizar um estudo, que tem por objectivo avaliar os níveis de exaustão emocional aos cuidadores que lidam com o sofrimento do doente oncológico, bem como a eficácia de uma intervenção em grupo. Salientamos que esta investigação é fundamental para a definição de estratégias futuras que visem ajudar aqueles que vivem esta problemática no seu contexto profissional, aquando do contacto frequente com este tipo de doenças.

Não existem respostas certas ou erradas, ou seja qualquer resposta que for dada está correcta. As respostas serão apenas utilizadas para fins de investigação, sendo confidenciais.

Ficha Sócio-Demográfica e Profissional

(J. Marques-teixeira & J. Soares, 2008)

US:	Hospital:	Data: / /
Centro de Saúde:	Serviço:	

Dados Sócio – Demográficos

1. N° Identificação: Enfermeiro/a	2. Sexo: M ☐ F ☐
3. Idade	
4. Estado Civil:	4.1 Solteiro ☐ 4.2 Casado ☐ 4.3 União de Facto ☐
	4.4 Divorciado ☐ 4.5 Separado ☐ 4.6 Viúvo ☐

Dados Profissionais

5. Anos de serviço como enfermeiro: Número de anos
6. Anos de serviço nesta instituição? Anos no Serviço?
6.1 Situação contratual? Do Quadro ☐ Vínculo precário ☐
6.2 Categoria Profissional: Enfermeiro ☐ Enfermeiro Graduado ☐ Enf. Especialista ☐ Enf. Chefe ☐ Enf. Supervisor ☐
6.3 Regime de Trabalho: Parcial (20-24h/sem) ☐ Normal (35h/Sem) ☐ Acrescido (42h /sem) ☐
6.4 Trabalho por turnos: Sim ☐ Não ☐
6.5 Acumula esta função com outras? Sim ☐ Não ☐ Qual?
6.6 Está neste serviço por opção? Sim ☐ Não ☐
6.7 No último ano faltou ao serviço: Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ Bastantes Vezes ☐
6.8 No último mês faltou ao serviço: Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ Bastantes Vezes ☐
6.11 Como classificaria a actividade que desempenha neste serviço? Menos Boa? ☐ Satisfatória? ☐ Boa? ☐ Muito Boa? ☐
6.14 Que aspecto lhe tem custado mais no exercício da sua profissão?
6.15 Que aspecto lhe tem gratificado mais no exercício da sua profissão?

MBI – GS (Shaufelli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996; Nunes, 1999)**Instruções**

Em seguida existem afirmações sobre sentimentos relacionados com o trabalho. Leia cada afirmação cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho. Se nunca apresentou esse sentimento coloque uma cruz no 0. Se já teve indique a frequência que melhor descreve (de 1 a 6).

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Algumas vezes por semana
0	1	2	3	4	5	6

1. No meu trabalho sinto-me exausto/a emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
2. Sinto-me usado/a ao fim de uma dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
3. Sinto-me cansado/a quando me levanto de manhã e tenho que ir trabalhar	0	1	2	3	4	5	6
4. Trabalhar com pessoas todo o dia causa-me stress	0	1	2	3	4	5	6
5. O meu trabalho deixa-me exausto	0	1	2	3	4	5	6
6. Eu consigo resolver eficazmente os problemas que aparecem no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
7. Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para os objectivos da minha instituição	0	1	2	3	4	5	6
8. Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar	0	1	2	3	4	5	6
9. Eu estou a ficar com menos entusiasmo sobre o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
10. Na minha opinião, eu sou bom naquilo que faço	0	1	2	3	4	5	6
11. Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
12. No meu trabalho, eu tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena	0	1	2	3	4	5	6
13. Eu só quero fazer o meu trabalho e que não me incomodem	0	1	2	3	4	5	6
14. Eu estou a ficar mais céptico se o meu trabalho contribui para alguma coisa	0	1	2	3	4	5	6
15. Eu duvido do significado do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
16. No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas	0	1	2	3	4	5	6

Escala de Apoio Social

(Matos, A.P. & Ferreira, A.P., 1999)

Gostaríamos de lhe colocar várias questões acerca do seu relacionamento com as pessoas com quem costuma conviver. Interessa-nos, especialmente, saber qual o apoio social que, habitualmente recebe, quer a nível emocional quer a nível de resolução dos seus problemas de vida.

Leia cuidadosamente cada questão e coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor se adapta ao seu caso.

Responda verdadeira, rápida e espontaneamente a cada questão.

Lembre-se que não existe respostas certas ou erradas, deve responder de acordo com o seu caso.

Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo moderadamente	Concordo Muito	Concordo muitíssimo
1	2	3	4	5

2. Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo.	1 2 3 4 5
3. Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente.	1 2 3 4 5
4. Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas.	1 2 3 4 5
5. Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos...sei que alguém me ouviria com prazer	1 2 3 4 5
6. Não tenho ninguém, a quem possa demonstrar que estou aborrecida, nervosa ou deprimida.	1 2 3 4 5
7. As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e de bem-estar.	1 2 3 4 5
8. Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado/a com algum problema	1 2 3 4 5
9. Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas.	1 2 3 4 5
10. Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios.	1 2 3 4 5
11. Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência	1 2 3 4 5

-
12. Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependem de mim), quando quero sair por algum tempo ou divertir-me.	1	2	3	4	5
13. Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4	5
14. Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por exemplo tomar conta do correio, etc.)	1	2	3	4	5
15. Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém “Quem me estenda a mão”.	1	2	3	4	5
16. Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias sei a quem recorrer.	1	2	3	4	5
17. Quando me sinto sobrecarregado/a com tarefas domésticas, não tenho quem me ajude.	1	2	3	4	5

WES – Escala de Ambiente Laboral (Moos, 1986 & Louro, 1995)

Instruções:

As afirmações seguintes são acerca do local onde trabalha. As afirmações têm como objectivos aplicaram-se a todos os ambientes de trabalho. Contudo, algumas palavras podem não estar perfeitamente adaptadas para o seu ambiente de trabalho. Por exemplo, o termo supervisor pode referir-se ao seu chefe ou à pessoa ou pessoas a quem o empregado reporta.

Decida quais as afirmações que são verdadeiras para o seu ambiente de trabalho e quais as que são falsas.

Se pensa que a afirmação é verdadeira ou a maior parte das vezes é verdadeira para o seu ambiente de trabalho, faça um X por cima da letra V. O mesmo para a letra F.

Por favor certifique-se que respondeu a todas as afirmações.

- V F 1. O trabalho é realmente desafiador.
- V F 2. As pessoas fazem os possíveis por ajudar um novo empregado a sentir-se mais à vontade.
- V F 3. Os supervisores tendem a falar com superioridade para os empregados.
- V F 4. Poucos empregados têm funções de responsabilidade.
- V F 5. As pessoas prestam muita atenção para realizarem o trabalho.
- V F 6. Existe uma pressão constante para os empregados permanecerem a trabalhar.
- V F 7. Por vezes, as coisas estão bastante desorganizadas.
- V F 8. Dá-se rigorosa importância ao cumprimento das políticas e regulamentos.
- V F 9. É valorizado o modo diferente de fazer as coisas.
- V F 10. Às vezes está demasiado calor.
- V F 11. Não existe grande espírito de grupo.
- V F 12. O ambiente é um tanto impessoal.
- V F 13. Os supervisores geralmente elogiam o empregado que faz alguma coisa bem.
- V F 14. Os empregados têm muita liberdade para fazer o trabalho como quiserem.
- V F 15. Muito tempo é desperdiçado devido à ineficiência.
- V F 16. Parece haver sempre urgência para tudo.
- V F 17. As actividades são bem planeadas.
- V F 18. As pessoas enquanto trabalham, podem vestir-se de modo extravagante, se quiserem.
- V F 19. As ideias novas e diferentes são sempre postas à prova.
- V F 20. A iluminação é extremamente boa.
- V F 21. Muitas pessoas parecem estar apenas a fazer tempo.
- V F 22. As pessoas interessam-se pessoalmente umas pelas outras.
- V F 23. Os supervisores tendem a desencorajar as críticas dos empregados.
- V F 24. Os empregados são encorajados a tomar as suas próprias decisões.
- V F 25. As coisas raramente são deixadas para amanhã.

- V F 26. As pessoas não se podem dar ao luxo de relaxar.
- V F 27. As normas e os regulamentos são um tanto vagas e ambíguas.
- V F 28. Espera-se que as pessoas sigam as normas estabelecidas, enquanto trabalham.
- V F 29. Este local de trabalho seria um dos primeiros a experimentar uma ideia nova.
- V F 30. O espaço de trabalho é demasiado pequeno para o número de pessoas que lá trabalham.
- V F 31. As pessoas parecem sentir orgulho na organização.
- V F 32. Os empregados raramente fazem coisas juntos depois do trabalho.
- V F 33. Os supervisores geralmente dão pleno crédito às ideias dos empregados.
- V F 34. As pessoas podem usar a sua própria iniciativa para fazer coisas.
- V F 35. Este local é altamente eficiente e orientado para o trabalho.
- V F 36. Ninguém trabalha demasiado.
- V F 37. As responsabilidades dos supervisores estão claramente definidas.
- V F 38. Os supervisores vigiam atentamente os empregados.
- V F 39. A variedade e a mudança não são particularmente importantes.
- V F 40. Este local de trabalho tem uma aparência moderna e com estilo.
- V F 41. As pessoas esforçam-se bastante naquilo que fazem.
- V F 42. As pessoas são geralmente sinceras em relação aquilo que sentem.
- V F 43. Os supervisores criticam muitas vezes os empregados por coisas de pouca importância.
- V F 44. Os supervisores encorajam os empregados a confiarem em si próprios quando surge um problema.
- V F 45. Ter muito trabalho feito é importante para as pessoas.
- V F 46. Não existe pressão pelo tempo.
- V F 47. Os detalhes dos trabalhos atribuídos aos empregados, são-lhes geralmente explicados.
- V F 48. As normas e regulamentos são rigorosamente cumpridos.
- V F 49. Os mesmos métodos são utilizados há muito tempo.
- V F 50. O local de trabalho precisava de uma nova decoração interior.
- V F 51. Poucas pessoas se oferecem voluntariamente.
- V F 52. Os empregados almoçam muitas vezes juntos.
- V F 53. Os empregados sentem-se geralmente à vontade para pedir aumento.
- V F 54. Os empregados geralmente não tentam ser únicos e diferentes.
- V F 55. Dá-se ênfase “Ao trabalho antes da brincadeira”.
- V F 56. É muito difícil acompanhar a carga de trabalho.
- V F 57. Os empregados estão muitas vezes confusos sobre o que é exactamente suposto fazerem.
- V F 58. Os supervisores estão sempre a controlar os empregados e a supervisioná-los com muita atenção.
- V F 59. Novas soluções para as coisas são raramente experimentadas.
- V F 60. As cores e a decoração tornam o local acolhedor e alegre para se trabalhar.

- V F 61. É um local de trabalho animado.
- V F 62. Os empregados que se diferenciam muito dos outros na organização não se dão bem.
- V F 63. Os supervisores esperam demasiados dos empregados.
- V F 64. Os empregados são encorajados a aprender coisas, mesmo que estas não estejam relacionadas com o seu trabalho.
- V F 65. Os empregados trabalham demasiado.
- V F 66. Pode-se trabalhar calmamente e ainda assim realizar o trabalho.
- V F 67. Os benefícios adicionais são integralmente explicados aos empregados.
- V F 68. Os supervisores muitas vezes não cedem perante a pressão dos empregados.
- V F 69. As coisas tendem a manter-se quase sempre na mesma.
- V F 70. Às vezes há bastantes correntes de ar.
- V F 71. É difícil conseguir pessoas para fazer qualquer trabalho extraordinário.
- V F 72. Os empregados falam muitas vezes uns com os outros sobre os seus problemas pessoais.
- V F 73. Os empregados discutem os seus problemas pessoais com os supervisores.
- V F 74. Os empregados funcionam razoavelmente, independentemente dos supervisores.
- V F 75. As pessoas parecem ser bastante ineficientes.
- V F 76. Existem sempre prazos para ser cumpridos.
- V F 77. As normas e políticas estão constantemente a mudar.
- V F 78. Espera-se que os empregados se submetam rigorosamente às normas e costumes.
- V F 79. Existe uma atmosfera fresca e nova no local de trabalho.
- V F 80. O equipamento está geralmente bem adaptado.
- V F 81. O trabalho é geralmente muito interessante.
- V F 82. As pessoas criam, muitas vezes, problemas por falarem dos outros pelas costas.
- V F 83. Os supervisores defendem realmente o seu pessoal.
- V F 84. Os supervisores encontram-se regularmente com os empregados para discutirem os seus futuros objectivos de trabalho.
- V F 85. Existe uma tendência para as pessoas chegarem tarde ao trabalho.
- V F 86. As pessoas têm de fazer muitas vezes trabalho extraordinário para terem o seu trabalho pronto.
- V F 87. Os supervisores encorajam os empregados a serem limpos e arrumados.
- V F 88. Se um empregado chega tarde, pode compensar o trabalho ficando até mais tarde.
- V F 89. As coisas parecem estar sempre a mudar.

Inventário de Relações Inter-pessoais de Barrett-Lennard

Segue uma lista de várias afirmações que está relacionada com a forma como uma pessoa pode sentir ou comportar-se em relação a outra pessoa (doentes e/ou colegas de trabalho).

No lado direito da folha, ponha uma cruz para cada afirmação se corresponde à verdade ou não, tendo em conta que a escala vai de 1 a 6, sendo:

1 = discordo totalmente e 6 = concordo totalmente

Este questionário é anónimo. É importante para este projecto, que responda a todas as perguntas e de forma sincera, evitando respostas “socialmente correctas”.

		DISCORDO TOTALMENTE						CONCORDO TOTALMENTE					
1	Respeito-os como pessoas	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
2	Normalmente sinto ou percebo o que estão a sentir	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
3	O interesse que tenho por eles (elas) depende das coisas que dizem ou fazem.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
4	Tenho tendência a pôr uma fachada quando estou com eles.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
5	Gosto deles (delas)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
6	Oíço o que dizem, mas não consigo perceber o que sentem.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
7	O que sinto por eles (elas), não é afectado pelo facto de eles (elas) se sentirem felizes ou infelizes com eles (elas) próprios (as).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
8	Não evito lidar com assuntos que sejam importantes para manter a qualidade do nosso relacionamento	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
9	São-me indiferentes.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
10	Quase sempre percebo exactamente o que querem dizer	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
11	A minha atitude perante eles/elas depende do comportamento deles (delas).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
12	Sinto que sou genuíno(a) com eles (elas).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
13	Sinto que lhes dou valor e os estimo como pessoas.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
14	Na altura, não percebo o quanto são sensíveis a certas coisas que falamos	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
15	Aceito-os/as como são, independentemente daquilo que me dizem sobre eles (elas) próprios (as).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
16	Não comunico com eles (elas) as minhas verdadeiras impressões ou sentimentos	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

17	Acho-os monótonos (as) e sem interesse	1	2	3	4	5	6
18	Percebo aquilo que querem dizer, mesmo quando têm dificuldade em exprimir-se	1	2	3	4	5	6
19	Gostaria que fossem um determinado tipo de pessoa e tento moldá-los/as	1	2	3	4	5	6
20	Estou disposto(a) a dizer o que penso, incluindo aquilo que sinto em relação a nós e ao nosso relacionamento.	1	2	3	4	5	6
21	Preocupo-me com eles (elas)	1	2	3	4	5	6
22	Tenho uma atenção selectiva e não dou conta de alguns dos sentimentos deles (delas)	1	2	3	4	5	6
23	Se se mostram impacientes ou zangados(as), fico magoado/a ou zangado/a com eles (elas) também.	1	2	3	4	5	6
24	Consigo ser eu mesmo(a) com eles (elas) sem esconder as minhas vulnerabilidades.	1	2	3	4	5	6
25	Sinto que as/os reprovos.	1	2	3	4	5	6
26	Normalmente consigo sintonizar e compreender tudo o que querem dizer	1	2	3	4	5	6
27	Aceito os pensamentos e sentimentos que exprimem, sejam eles bons ou maus e isso não interfere nos sentimentos que tenho para com ele(a)s.	1	2	3	4	5	6
28	Às vezes, sinto que não estou confortável com eles (elas), mas continuo como se nada fosse, ignorando o problema.	1	2	3	4	5	6
29	Sou amável e carinhoso com eles (elas).	1	2	3	4	5	6
30	Não consigo realmente compreendê-los	1	2	3	4	5	6
31	O que sinto por eles (elas) não depende daquilo que eles (elas) sentem por mim.	1	2	3	4	5	6
32	Acho que sei exactamente o que sinto em relação a eles (elas); não sinto nada que seja difícil de encarar e de admitir para mim própria(o).	1	2	3	4	5	6
33	Apenas os/as tolero.	1	2	3	4	5	6
34	Percebo perfeitamente de como as coisas que sentem os (as) tocam	1	2	3	4	5	6
35	Às vezes sinto que lhes dou mais valor como pessoa, que noutras vezes.	1	2	3	4	5	6
36	Às vezes a minha reacção exterior é bem diferente da maneira como me sinto interiormente.	1	2	3	4	5	6
37	Sou impaciente com eles (elas)	1	2	3	4	5	6
38	As respostas que dou são um pouco automáticas e nem sempre percebo o que eles (elas) estão a sentir.	1	2	3	4	5	6
39	Sinto que lhes dou liberdade para se exprimirem, e não penso que qualquer coisa que digam ou façam modifique de facto aquilo que sinto.	1	2	3	4	5	6
40	Fico pouco à vontade quando perguntam ou falam de certas coisas.	1	2	3	4	5	6

Joana Isabel Tavares da Luz Soares
Rua da Fartinha, nº 279, 1º Esq./C,
4410-418 Arcozelo – V.N.Gaia
Tele: 919473554

Consentimento Informado

Estando neste momento a realizar um trabalho de investigação, no âmbito do Doutoramento em Psicologia Clínica, acerca do Burnout dos Cuidadores de Doentes Oncológicos, em Unidades de Oncologia, vimos, neste sentido, pedir a sua colaboração para participar neste estudo.

Gostaríamos de salientar que este trabalho de investigação foi aprovado pela Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação do Porto, pela Direcção da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE e pelo Director do Centro de Ensino e Formação do IPO. Será constituída por várias fases, uma de intervenção psicológica e outra de avaliação (administração de questionários), antes e depois da intervenção.

A participação nesta investigação é voluntária, podendo desistir se assim o desejar. Garantimos a confidencialidade e o anonimato de todos os dados obtidos. Se pretender obter os resultados no final do estudo, por favor escreva o seu endereço nesta folha para que lhes possamos enviar. Agradecemos a sua importante colaboração e mostramo-nos disponíveis para qualquer esclarecimento.

Dra. Joana Isabel Tavares da Luz Soares

Prof. Doutor João Marques-Teixeira

Declaro que tomei conhecimento e que concordo em participar
