

Cláudia Conceição Sá de Castro Ribas

**SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE
SAÚDE: UMA ABORDAGEM BIOÉTICA NUM ESTUDO
PRELIMINAR**

Dissertação de Mestrado em Bioética
Apresentada à Universidade do Porto

Universidade do Porto

2010

Cláudia Conceição Sá de Castro Ribas

**SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE
SAÚDE: UMA ABORDAGEM BIOÉTICA NUM ESTUDO
PRELIMINAR**

Dissertação de Mestrado em Bioética
Apresentada à Universidade do Porto

Âmbito: VII Mestrado de Bioética

Regente: Professor Doutor Rui Nunes

Orientadora: Professora Doutora Cristina Prudêncio

Co-Orientadora: Professora Doutora Guilhermina Rego

Universidade do Porto

2010

Agradecimentos

À Professora. Doutora Cristina Prudêncio, Professora Coordenadora da Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto (ESTSP), pelo apoio, estímulo, disponibilidade e revisões, as quais foram fundamentais para o desenvolvimento desta dissertação.

À Professora Doutora Guilhermina Rego, Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Coordenadora da Unidade de Ética e Gestão na Saúde do Serviço de Bioética e Ética Médica, pela revisão cuidada e pelos pertinentes comentários com que me inspirou na orientação da linha programática deste projecto.

O trabalho de recolha de dados sob o qual esta dissertação assentou, foi gentilmente cedido pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de S. João, EPE, no Porto, que na pessoa do Director do Serviço, Professor Doutor Nuno Montenegro, facultou o acesso aos Recursos Humanos no Serviço de Urgência de Obstetrícia para a implementação dos instrumentos aplicados.

À Dra. Marina Moucho pela importante colaboração no aliciamento dos colegas para a adesão ao projecto e sem a qual seria difícil a sua implementação.

À Dra. Cláudia Camila Dias e ao Dr. Luís Filipe Ribeiro Azevedo do Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina do Porto, agradeço a preciosa orientação, comentários e sugestões.

À Sofia Pereira pelo constante apoio, disponibilidade e pelas importantes ajudas e pelos aditamentos pertinentes que foi formulando ao longo deste tempo.

Ao meu marido Jorge e aos meus filhos Gustavo e Maria pelo carinho, apoio e encorajamento que sempre me deram e da forma como sempre estiveram presentes.

A todos muito obrigado.

Resumo

Introdução: No presente estudo, usando como referência a área da Bioética, pretende-se delinear uma reflexão crítica no que diz respeito ao síndrome de *burnout* e a sua relação com determinadas variáveis sócio-demográficas, bem como o papel da Bioética no exercício profissional dos colaboradores do serviço de urgência de Obstetrícia do Hospital de S. João EPE no Porto.

Metodologia: O estudo realizado é do tipo observacional/transversal. A amostra utilizada no presente estudo é do tipo aleatória simples, constituída por 31 profissionais do Serviço de Urgência de Obstetrícia do Hospital de S. João, sendo composta por 2 enfermeiros gerais, 16 enfermeiros especialistas, 8 médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia, 4 auxiliares de acção médica e 1 da área administrativa. Foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados: a versão portuguesa do *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI- HSS), um questionário para as variáveis sócio-demográficas e um questionário para avaliar algumas questões de carácter Bioético, ambos construídos originalmente para este estudo.

Resultados: Os resultados obtidos apontam globalmente para um nível de *burnout* baixo e para uma valorização dos princípios orientadores da actividade profissional assentando nos cinco pilares da Bioética. Adicionalmente salienta-se a obtenção de valores médios altos na sub escala de realização pessoal da avaliação do nível de *burnout*, podendo esta apontar para bons níveis de satisfação profissional.

Conclusão: Sabendo que os recursos humanos devem ser considerados como um dos principais factores para a melhoria da qualidade nas organizações, urge reflectir acerca do contributo da Bioética na definição das políticas organizacionais e sociais, podendo a humanização de um serviço ser definida pelos procedimentos dos seus recursos humanos e como estes interagem com os utilizadores na procura da excelência dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Bioética, Síndrome de *Burnout*, Humanização dos serviços de Saúde

Abstract

Introduction: In the present study, having the Bioethics area as reference, the aim is to outline a critical reflection on the burnout syndrome and its connection to certain socio-demographics variables and also the Bioethics role in the practice of the professionals of the Obstetrics emergency service at the S. João EPE Hospital in Oporto.

Method: This is an observational/transversal study. The chosen method was a simple random sample, including 31 professionals of the Obstetrics emergency service at the S. João EPE Hospital, 2 of them being general nurses, 16 specialized nurses, 8 gynecological and obstetric doctors, 4 medical assistants and 1 administrative. The following methods were used to obtain the data: the Portuguese version of the *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI- HSS), a questionnaire for the socio-demographic variables and a questionnaire to evaluate some Bioethics subjects, both the questionnaires being originally developed for this study.

Results: The obtained results globally indicate a low burnout level and a valorization of the professional orientation principles based on the five Bioethics pillars. Additionally remarkable is the high median values obtained in the subscale of the self-fulfillment in the evaluation of the burnout, what might be an indicator of good professional satisfaction levels.

Conclusion: Assuming the human resources should be considered as one of the main factors to the quality improvement in organizations, it is essential to think over the Bioethics contribution to the definition of the organizational and social policies, and the humanization of a service might be defined by the procedures of its human resources and how they interact with the users in search of excellence in the provision of health care services.

Keywords: Bioethics, *Burnout* syndrome, Humanization of Health Services

Índice

Agradecimentos.....	IV
Resumo.....	V
Abstract.....	VI
Índice.....	VII
Índice de figuras e de gráficos.....	IX
Índice de tabelas.....	X
Siglas e abreviaturas.....	XI
Índice de anexos.....	XII
CAPITULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	1
1.1- <i>Introdução</i>	1
1.2- <i>Objectivos do Trabalho</i>	6
1.3- <i>Prioridades em Saúde</i>	7
1.4- <i>Humanização</i>	14
1.5- <i>Saúde/Stress Ocupacional</i>	18
1.6- <i>Doenças Ocupacionais</i>	20
1.7- <i>Síndrome de Burnout</i>	24
1.7.1- <i>Definição de Burnout</i>	24
1.7.2- <i>Dimensões do Burnout e sua Instalação</i>	25
1.7.3- <i>Causas do Burnout e seus Factores de Risco</i>	28
1.7.4- <i>Sintomas do Burnout</i>	32
1.7.5- <i>Consequências do Burnout</i>	34
1.7.6- <i>Medidas Preventivas e Tratamento de Burnout</i>	35
1.7.7- <i>Avaliação do Síndrome de Burnout</i>	37
1.7.8- <i>Burnout e Outros Conceitos</i>	40
1.7.8.1- <i>Burnout/Stress</i>	40
1.7.8.2- <i>Burnout/Depressão</i>	42
1.7.8.3- <i>Burnout/Fadiga</i>	43
1.7.8.4- <i>Burnout/Insatisfação com o Trabalho</i>	44
1.8- <i>O Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde</i>	45
	49

CAPITULO 2 – MATERIAL E MÉTODOS.....	
2.1- <i>Tipo de Estudo</i>	49
2.2- <i>Procedimentos Metodológicos e Duração do Estudo</i>	50
2.3- <i>Seleção dos Participantes</i>	51
2.4- <i>Instrumentos de Colheita de Dados: Questionários</i>	52
2.5- <i>Tratamento da Informação</i>	56
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS.....	57
3.1- <i>Caracterização Sócio-demográfica da Amostra</i>	57
3.2- <i>Avaliação de Questões de Carácter Bioético Associadas ao Desempenho Profissional</i>	60
3.3- <i>Avaliação do Burnout, pelo Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI- HSS)</i>	63
CAPITULO 4 – DISCUSSÃO.....	71
CAPITULO 5 – CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS	77
Bibliografia.....	79

Índice de Quadros, Figuras e de gráficos

Quadro 1: Distribuição das doenças profissionais por agentes causais (2001-2006).	21
Quadro 2: Distribuição das doenças profissionais certificadas por género (2001-2006).....	21
Quadro 3: Distribuição das doenças crónicas profissionais sem incapacidade por ano (2003-2006).....	22
Figura 1: Questionário Versão Portuguesa do MBI.....	51
Figura 2: Questionário de Variáveis Sócio-demográficas.....	53
Figura 3: Questionário para as Afirmções Bioéticas.....	55
Gráfico 3.1: Distribuição da amostra pelas três sub escalas que compõem o Síndrome de <i>Burnout</i> (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal).....	62

Índice de tabelas

Tabela 1.1 Factores de risco para o <i>burnout</i> : situacionais e individuais.....	27
Tabela 1.2. Resumo Esquemático da Sintomatologia do <i>burnout</i>	31
Tabela 2.1: Categorização dos Scores do MBI para Profissionais	52
Tabela 3.1: Distribuição da amostra por sexo dos inquiridos.....	56
Tabela 3.2: Distribuição da amostra por estado civil.....	56
Tabela 3.3: Distribuição da amostra por Habilitações Académicas.....	57
Tabela 3.4: Distribuição da amostra por profissão.....	57
Tabela 3.5: Avaliação de algumas questões de carácter bioético relacionadas com o desempenho profissional.....	59
Tabela 3.6: Distribuição da amostra por Exaustão Emocional.....	61
Tabela 3.7: Distribuição da amostra por Despersonalização.....	61
Tabela 3.8: Distribuição da amostra por Realização Pessoal.....	62
Tabela 3.9: Sub escalas por sexo.....	63
Tabela 3.10: Sub escalas por idade.....	64
Tabela 3.11: Sub escalas por estado civil.....	64
Tabela 3.12: Avaliação de algumas questões de carácter bioético relacionadas com a Exaustão.....	65
Tabela 3.13: Avaliação de algumas questões de carácter bioético relacionadas com a Despersonalização.....	66
Tabela 3.14: Avaliação de algumas questões de carácter bioético relacionadas com a Realização Pessoal.....	67

Siglas e abreviaturas

OMS – Organização Mundial de Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

EE – Exaustão Emocional

DP – Despersonalização Pessoal

RP – Realização Pessoal

Índice de anexos

Anexo 1- Questionário Versão Portuguesa do *Maslach Burnout Inventory* –
Human Services Survey (MBI- HSS)

Anexo 2- Questionário de Variáveis Sócio-demográficas

Anexo 3- Questionário para as Afirmações Bioéticas

CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Cláudia Ribas¹

1.1 Introdução

A actividade laboral constitui para uma grande parte da população um domínio de grande satisfação, muito embora seja simultaneamente uma fonte de experiências menos positivas (Truchot, 2004; Martins, 2006).

Actualmente, a área da saúde tem sido influenciada por elementos significativos de mudança, como factores sociopolíticos, avanços científicos e tecnológicos, ambiente altamente competitivo, recessão e diminuição do valor intrínseco do trabalho, dando lugar à procura de recompensa extrínseca. Estes factores exercem fortes influências na sociedade e no cenário profissional, com consequências pessoais para os profissionais que actuam nestas áreas e para os que dela dependem (Santos e Lima, 2005).

A actividade laboral não significa apenas um meio de sobrevivência, mas também uma forma de manter contacto com outras pessoas, de ter uma ocupação, de se reconhecer como parte integrante de um grupo ou da sociedade. Representa ainda uma importante oportunidade de desenvolvimento das potencialidades humanas, actuando como uma importante fonte de auto-realização, de experiências psicossociais e de sentido de vida (Dejours, 2004).

O trabalho possui um significado que ultrapassa as necessidades, os valores e a subjectividade daquele que trabalha. A importância do trabalho, actua como elemento administrador do ser social, como um dos grandes alicerces da constituição psíquica do sujeito e confirma-se, sobretudo na sua ausência (Albini *et al.*, 2010).

Actualmente, existe uma maior preocupação com a saúde dos indivíduos que exercem funções nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. (Rosenberg-Yunger *et al.*, 2008)

A resposta ao aumento da procura por parte das populações e o excesso da oferta por parte dos agentes de saúde condiciona os gastos em saúde e a competitividade na excessiva maximização da oferta e na minimização dos recursos aplicados. Este aumento enquanto suportado mesmo que parcialmente pelos Estados, levou estes a encontrar a priorização como forma de minimizar o impacto da seriação de cuidados mantendo o mais possível a génese do sistema (Irvine *et al.* 2006).

¹ Hospital de S. João

Os sistemas de saúde regem-se por critérios importantes que contribuem para minimizar o efeito da priorização e da escassez de recursos humanos, no entanto os sistemas tendem a encontrar na humanização a melhoria dos procedimentos dos recursos humanos e a interação destes com os utilizadores, na procura da excelência do serviço prestado(Backes *et al.*, 2006).

A demanda da excelência dos cuidados de saúde gera nos sistemas de saúde, uma sobrecarga de atenção centrada no profissional de saúde, acarretando muitas vezes o stress laboral. Esta manifestação pode condicionar os normais procedimentos e consequentemente gerar entropia no próprio sistema(Elias e Navarro, 2006).

À medida que a população portuguesa e europeia envelhece, os efeitos sociais, económicos e políticos da integração na Comunidade Europeia começam a sentir-se, desaparecem as empresas industriais e aumenta o sector terciário, do qual faz parte os serviços de saúde. Concomitantemente, reduz-se o número de trabalhadores expostos aos tradicionais factores de risco físico e químico e aumentam os expostos a factores psicossociais (Martins, 2006).

A associação entre condições de trabalho e a ocorrência de doenças físicas e mentais tem vindo a ser mais estudada a partir da segunda metade do Século XX, mas o reconhecimento clínico de tal relação é pequeno (Vieira *et al.*, 2006).

O ambiente hospitalar e em particular um serviço de urgência faz com que os seus recursos humanos, principalmente os profissionais de saúde sejam submetidos a cargas excessivas de stress, promovendo um declínio da saúde física e mental e favorecendo uma menor qualidade de vida do profissional (Christofoletti, 2008).

O trabalho desenvolvido nas organizações hospitalares requer que todos os profissionais tenham experiência clínica e maturidade suficiente que lhes permita a tomada de decisões difíceis, normalmente com implicações éticas e morais, sendo responsáveis por limiares de *stress* elevados com impacto na qualidade de vida (Shanafelt, 2010).

Nas principais patologias que afectam os profissionais de saúde são de destacar o síndrome de *burnout* e as doenças ocupacionais, sendo estas últimas muitas vezes somatizadas pela primeira. (Christofoletti, 2008).

O *burnout* ou síndrome do esgotamento profissional que será abordado adiante, resulta da tensão produzida pela vida moderna, afectando negativamente a relação subjectiva com o trabalho (Vieira *et al.*, 2006). Foi Freudenberguer em 1980, quem inicialmente introduziu o termo *burnout* na literatura científica para descrever um

síndrome que ele considerava ser frequente nos profissionais de saúde, como consequência da tensão emocional e dos esforços elevados resultante do contacto directo e continuo com pessoas, especialmente quando estas têm problemas (Pires *et al.*, 2004).

Segundo Carlotto *et al.*, (2006), a definição de *burnout* mais utilizada e aceite na comunidade científica é a fundamentada na perspectiva social-psicológica, sendo entendida como um processo e constituída por três dimensões: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP) e Baixa realização profissional (RP).

A Exaustão Emocional refere-se a sentimentos de excessivo stress emocional originada pelo contacto com os utilizadores. A Despersonalização manifesta por uma atitude insensível e indiferente na execução dos cuidados de saúde, face ao utilizador (doente). A redução na capacidade profissional, acompanhada do sentimento de incompetência na actividade laboral, caracteriza a Baixa Realização Pessoal (Poghosyanl *et al.*, 2009).

O *burnout* origina uma série de problemas tanto para os profissionais de saúde, utilizadores, quer para as organizações prestadoras de cuidados de saúde diminuindo o estado de Saúde dos seus profissionais e em virtude desse aspecto elevados índices de absentismo (Zoni *et al.*, 2009).

O síndrome de *burnout* no sector da saúde está associado a um baixo nível de segurança do utilizador, aumentando o encargo económico e diminuindo a qualidade do serviço prestado (Kowalski, 2010).

As consequências do *burnout*, podem ser múltiplas e variadas podendo manifestar-se a nível organizacional, pessoal e social (Gil-Monte, 2003; Pires *et al.*, 2004)

Sabe-se hoje que os profissionais de saúde, são particularmente atingidos por este fenómeno, sendo o seu trabalho caracterizado pela peculiar dimensão, o acto de cuidar, levando muitas vezes a um estado de exaustão emocional. O desgaste pessoal é elevado, quer pela exigência física que requer, quer pela natureza do bem em causa (Sousa, 1998; Valk e Oostrom, 2007; Peterson, 2008)

Para além disso, estes profissionais, apresentam na maioria dos casos uma sobrecarga de trabalho que é inversamente proporcional ao salário auferido, bem como uma relação humana intensa com os seus utilizadores, marcada por uma enorme dependência emocional e física (Valk e Oostrom, 2007).

As doenças ocupacionais que mais afectam os profissionais de saúde estão relacionadas com o sistema músculo-esquelético, devido à sobrecarga da musculatura estática por períodos ortostáticos prolongados e ao excesso de força sobre os músculos paravertebrais, exigidos em tarefas laborais específicas (Christofolletti, 2008).

A disfunção músculo-esquelética de que é exemplo a lombalgia é reconhecida como a maior causa de morbilidade nos profissionais de saúde, o que daí advêm uma importante causa de absentismo laboral (Yoong *et al.*, 2008; Dolan *et al.*, 2001). Este tipo de lesão pode ser responsável pelo aumento de stress nos profissionais de saúde em particular dos elementos que trabalham em serviços de urgência (Mohseni-Bandpei *et al.*, 2006).

A auto-percepção do estado de saúde está relacionada com a morbilidade e é um factor de previsão de mortalidade a curto prazo. Num estudo do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde de 2000, num Centro de Saúde, foi efectuado a 178 profissionais com 89% de taxa de resposta, a pergunta “ Em geral, diria que a sua saúde é...”, os dados revelaram uma auto-percepção de sua saúde que se situava na opção entre “razoável” para 32,7% dos profissionais e para 9,2% na opção “fraca”, as duas mais negativas da escala de cinco classes, o que indica a auto-percepção de um estado de saúde débil (Martins *et al.*, 2003).

Todos estes aspectos e muitos outros tornam os profissionais de saúde altamente susceptíveis ao desenvolvimento do síndrome de *burnout* (Tourangean *et al.*, 2010).

Os estudos sobre bem-estar profissional no sector da saúde são limitados. A pouca informação sobre o síndrome de *burnout* nestes profissionais e os factores negativos que dele advêm sugere que esta área merece uma atenção urgente justificando a escolha deste tema.

A humanização hospitalar como expressão da ética requer que a filosofia da instituição concorra para a construção de estratégias que contribuam para a humanização profissional mediante o estímulo à participação e à comunicação efectiva (Backes *et al.*, 2006).

A verdadeira gestão das organizações passa pela existência de estratégias que promovam o bem-estar dos profissionais que estarão mais aptos a responder com eficiência e qualidade (Yoong *et al.*, 2008; Dolan *et al.*, 2001).

Neste contexto começamos por abordar um breve enquadramento teórico que apresenta os objectivos do presente trabalho ao que se segue uma abordagem das prioridades e humanização em saúde, stress ocupacional e o síndrome de *burnout*.

1.2 *Objectivos do Trabalho*

- Avaliar as dimensões do síndrome de *burnout* numa equipe de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de S. João, EPE Porto.
- Avaliar a relação entre as dimensões do *burnout* e as características sócio-demográficas da amostra.
- Avaliar a relação entre algumas questões /princípios Bioéticos e os níveis de *burnout* no exercício profissional

1.3 Prioridades em Saúde

Actualmente, os decisores de todo o mundo focam a atenção na sustentabilidade, inovação e prioridades dos sistemas de saúde (Rosenberg-Yunger *et al.*, 2008; Youngkong *et al.*, 2009).

É a partir dos anos 70 que se inicia a reflexão sobre o estabelecimento de prioridades e de racionamento dos cuidados de saúde nos vários níveis da prestação, utilizando diversas técnicas e instrumentos de racionamento dos recursos e dos custos com vista à sustentabilidade dos sistemas de saúde (Fortes, 2008).

Este facto, deve-se sobretudo ao aumento das doenças crónico-degenerativas, ao envelhecimento da população, às novas concepções sobre o processo saúde – doença, ao aumento do consumo da medicalização da sociedade, à universalização dos cuidados de saúde, às mudanças do estilo de vida e ao crescente avanço tecnológico (Fortes, 2008).

Priorização em saúde significa que, as necessidades de saúde são mais amplas que os recursos disponíveis, obrigando à definição de políticas e de opções, sendo necessário, estabelecer limites e critérios para priorizar o que se oferece e a quem os serviços e os cuidados de saúde serão oferecidos (Olusanya, 2008).

Esta problemática prende-se com a escassez de recursos e a necessidade de racionalizar e priorizar os cuidados de saúde. No entanto apesar do problema não ser exclusivo do sector da saúde, este assume um cariz especial por se tratar do bem saúde, com todas as implicações inerentes, nomeadamente a qualidade de vida dos indivíduos e a promoção da igualdade de oportunidades na sociedade. (Rubinstein *et al.*, 2009)

Nenhuma sociedade possui recursos em montante suficiente que permita prestar todos os cuidados de saúde a todos aqueles que os reclamam (Nunes e Rego, 2002).

A priorização em saúde acontece nos vários níveis do sistema de saúde, constituindo um dos mais importantes dilemas na execução das políticas dos cuidados de saúde do século XXI (Martins *et al.*, 2003)

A problemática reside no desejo dos decisores, por um lado, investirem na inovação biotecnológica e por outro assegurarem a sustentabilidade do sistema de saúde (Rosenberg-Yunger *et al.*, 2008).

Segundo Sibbald *et al.*, (2009) a elaboração das prioridades, também conhecida como o racionamento ou a afectação de recursos é um problema de elevada complexidade e dificuldade, com o qual todos os decisores se confrontam, abrangendo

os vários níveis dos sistemas de saúde, incluindo macro (decisores), meso (autoridades de saúde regionais, hospitais) e micro (programas clínicos) (Baerøe, 2009).

A sustentabilidade dos sistemas de saúde em todo o mundo é ameaçada pela crescente procura de serviços e pelo elevado custo de inovação tecnológica (Garrafa *et al.*, 2010). Os decisores lutam, perante este cenário, por estabelecer as prioridades apropriadas sendo a dificuldade sentida na falta de consenso acerca dos valores que devem conduzir as suas decisões (Michelsen, 2010). Uma das formas de conciliar os diversos intervenientes neste problema é determinar o quanto é relevante para os *stakeholders* a percepção da importância da elaboração de um plano de prioridades (Sibbald *et al.*, 2009).

O sucesso de um plano de prioridades em saúde é o objectivo dos decisores, contudo não há concordância numa definição de um plano de prioridades com sucesso, pelo que torna-se difícil de averiguar se a organização atinge este objectivo (Bruni *et al.*, 2010).

Um plano de prioridades é extremamente complexo pois deverá ser o resultado da aglutinação entre a ética e a vertente economicista dos custos em saúde (Clingerman e Fowles, 2010).

Diferentes disciplinas, oferecem as suas perspectivas na elaboração das prioridades, contribuindo para a priorização em saúde, tendo como critérios de base a eficiência, a equidade e a justiça (Anderson *et al.*, 2009).

O contributo das disciplinas específicas, ajudam os decisores a estabelecer prioridades, por um lado, os economistas da saúde enfatizando o critério da eficiência, os políticos a legitimidade, procurando todos, com base no conhecimento baseado na evidência, o objectivo comum, a eficácia (Buchan *et al.*, 2010).

Daniels e Sabin criaram o termo *accountability*, ou seja, “prestar contas a” com o chavão da legitimidade e da justiça, defendendo que estes devem ser os principais objectivos na elaboração de um plano de prioridades em saúde (Sibbald *et al.*, 2009).

Menon *et al.*, (2007), descreve os critérios de elaboração de um plano de prioridades em quatro passos: identificação das necessidades dos cuidados de saúde; afectação de recursos; comunicação das decisões aos *stakeholders* e gestão do *feedback* dos vários intervenientes.

No entanto, apesar das diversas propostas e teorias, continua a não haver consenso quanto ao modelo correcto que deve ter por base a concepção e definição de um plano de prioridades (Tomlinson *et al.*, 2009).

Os critérios normativos são necessários, pois ajudam a identificar valores importantes e a perceber as prioridades assumidas, contudo sozinhos são insuficientes, sendo uma peça isolada para a definição de um plano de prioridades de sucesso.

O problema reside na prioridade que por sua vez envolve adjudicação entre os diversos valores relevantes, nos quais as pessoas discordam na escolha dos que devem distinguir-se, e por isso não há consenso quanto às normas para solucionar o pomo da discórdia (Sibbald *et al.*, 2009).

O aumento do número de doentes, que sofrem mais do que uma patologia, a importância do aumento das equipas multidisciplinares, assim como a coordenação entre os cuidados de saúde primários e secundários, integram o leque de factores que conduzem ao dilema da priorização na prestação de cuidados de saúde, sendo este a chave do sistema de saúde (Rechel *et al.*, 2009).

A priorização dos cuidados de saúde é realizada mediante escolhas hierarquizadas, entre as alternativas dos cuidados disponíveis, dentro dos limites dos recursos dos sistemas orientados por critérios determinados. A dificuldade do mundo contemporâneo em decidir eticamente sobre a distribuição de recursos escassos constitui uma das características mais marcantes do século XXI, convivendo com um pluralismo moral, na qual já não são aceites valores considerados absolutos, coexistindo diferentes princípios e valores que muitas vezes se tornam incompatíveis entre si, como por exemplo o individualismo e a solidariedade (Fortes, 2008).

A priorização necessita de assentar o seu modelo nos indicadores de qualidade, tais como, a humanização dos cuidados de saúde e no *marketing* interno, nos recursos humanos de excelência promovendo a sustentabilidade das organizações. Actualmente estamos na era do conhecimento, que se caracteriza pela incerteza da sociedade contemporânea e obriga as organizações a estarem atentas às ameaças e/ou oportunidades de mercado (Vital e Alves, 2010).

Os indicadores de qualidade desenvolveram-se por toda a Europa, em primeiro lugar em hospitais, mas também e cada vez mais, para os serviços de cuidados de saúde primários (Shaw, 2000).

A justificação para a introdução de indicadores de procedimentos, parte do princípio de que a sua utilização numa organização permitirá reforçar uma modificação na qualidade dos procedimentos dessa organização, que produzirá melhores *outcomes* tanto ao nível da população, como ao nível da poupança de recursos (Kruger *et al.*, 2010).

No sector da saúde, os indicadores de processo têm a vantagem de ser mais sensíveis do que os indicadores de *outcome*, no estabelecimento das diferenças na qualidade dos serviços prestados (Giraldes, 2008).

A implementação de indicadores de qualidade como instrumento de auxílio na melhoria da qualidade exige estratégias de comunicação efectivas e a supressão de obstáculos (De Vos, 2009).

Os indicadores de qualidade têm por objectivo detectar os níveis de cuidados considerados sub-otimizados, seja na estrutura, no processo ou nos resultados. Pode ser utilizado como instrumento para a orientação da melhoria do processo e para a qualidade nos cuidados de saúde (Lombarts *et al.*, 2009).

O *Optimizing Health Care Quality* tem por objectivo estabelecer uma relação quantitativa entre a qualidade dos cuidados prestados e o custo/efectividade. Este modelo consiste em identificar indicadores de qualidade (*benchmarking*) e em implementar planos para medir a qualidade dos cuidados prestados (Giraldes, 2008).

As principais características dos indicadores de saúde são: aceitabilidade e a possibilidade de pôr em prática a confiabilidade e a validade. A aceitabilidade dos indicadores depende da medida na qual estes são aceites por aqueles cuja actividade esteja a ser avaliada. Por outro lado a possibilidade de pôr em prática, sendo que a informação sobre a qualidade dos serviços é frequentemente avaliada, segundo a disponibilidade dos dados, mais do que por considerações clínicas ou epidemiológicas. As medidas de qualidade não podem ser realizadas sem sistemas de informação precisos e consistentes. A confiabilidade por sua vez diz respeito aos indicadores que devem ser usados para comparar organizações ou profissionais em igualdade de circunstâncias, devido ao facto do meio ambiente em que a organização opera afectar os cuidados prestados. As sensibilidades à mudança pressupõem que as medidas de qualidade devem ser capazes de detectar modificações na qualidade dos cuidados, com vista a discriminar entre indivíduos e medições relativas a um mesmo indivíduo. Por ultimo a validade sobre a qual tem existido pouca investigação metodológica, sobretudo os seus métodos de consenso (De Vos, 2009). Os indicadores de *outcome* apresentam diversas limitações no desempenho em cuidados de saúde uma vez que há diferenças nos utilizadores sendo facilmente apontados o factor idade, género, co-morbilidade, severidade e situação sócio-económica da população alvo (Giraldes, 2008).

O *Medical Outcomes Study*, publicado em 1989, utilizou pela primeira vez, os indicadores subjectivos, baseados na avaliação dos utilizadores, como um importante indicador de *outcome* (Giraldes, 2008).

Os indicadores clínicos são aqueles que têm maior associação com os *outcomes*.

Existem poucos estudos realizados sobre o efeito de indicadores de gestão nos *outcomes*, sendo que a maior parte reflectem normas relacionadas com o local de trabalho (Giraldes, 2008).

Os factores determinantes mais sujeitos à mudança no sector da saúde capazes, segundo as decisões políticas são, os factores sociais e económicos da sociedade. Estes determinantes contrastam com os factores biológicos, os quais não são facilmente alterados, dependendo do potencial genético individual, do estilo de vida e do meio ambiente (Wismar *et al.*, 2007)

As mudanças nos factores sociais e económicos poderão ser o resultado da introdução de decisões, alterações e/ou renúncias de políticas, assim como de programas ou projectos. As alterações induzidas pelos decisores políticos podem resultar em modificações significativas em toda a saúde da população (Wismar *et al.*, 2007).

A estratégia mais utilizada para a melhoria e avaliação das organizações no sector da saúde na Comunidade Europeia, consiste na avaliação externa dos hospitais, na qual o registo dos indicadores é feito pelo utilizador. No entanto a avaliação externa das instituições é ainda uma prática pouco utilizada (Lombarts, 2009).

Os indicadores de qualidade variam de país para país, utilizando diferentes indicadores sendo necessário tornar a sua implementação uma séria realidade (Lombarts, 2009).

Numa grande parte dos países da União Europeia (U.E.) existem modelos de avaliação da qualidade externa nos cuidados de saúde. No entanto a implementação dos modelos está dependente do consentimento, da capacidade das organizações, dos utilizadores e da standardização dos modelos, com vista ao planeamento de um futuro comum na U.E. (Shaw, 2000).

A Comissão Europeia propôs recentemente legislação que reforça os valores e princípios da segurança, assim como uma elevada qualidade nos serviços de saúde que sustentem e protejam os Sistemas de Saúde Europeus (Lombarts, 2009).

Actualmente, com muita frequência, hospitais de vários países monitorizam e analisam indicadores com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados (De Vos *et al.*, 2009)

Na Europa há poucos modelos convincentes acerca do efectivo plano de profissionais e há muitas dificuldades em assegurar que os sistemas de saúde tenham o número certo de profissionais qualificados, com as competências certas e devidamente distribuídos (Shaw, 2000).

A prestação de cuidados de saúde é um trabalho intenso, e os profissionais de saúde são o cerne e o *modus operandi* responsáveis por qualquer alteração preconizada no sistema (Rechel *et al.*, 2009).

O reflexo desta afirmação é a grande preocupação das organizações ao procurar encontrar o número certo de profissionais, cujas competências sejam diversificadas, o *skill mix*, e um bom rácio de profissionais de saúde/utilizador (Rechel *et al.*, 2009).

Aos profissionais de saúde são exigidas constantemente, a aquisição de novas competências para a execução das suas tarefas, da qual é exemplo a formação actualizada sobre tecnologia de informação uma vez que, os registos dos doentes são cada vez mais informatizados (Masnick eMcDonnell, 2010).

No futuro, os avanços tecnológicos vão exigir um maior número de profissionais de saúde especializados. Uma grande especialização poderá ser esperada em áreas tais como: cirurgia, imagiologia, cardiologia invasiva, transplantação, oncologia e genética. Anão obstante assistimos a um número crescente de especialistas, os quais particularmente focados nas patologias ou disfunções agudas e portanto vocacionados para os hospitais de medicina aguda (Rechel *et al.*, 2009). A especialização e a sub-especialização nas diferentes categorias profissionais pode ser vista como um indicador de qualidade sendo mais fácil por parte dos recursos humanos o processo de inovação, implementação e sustentação do modelo profissional na prática clínica tendo como fim a excelência dos cuidados de saúde (Lyons, 2008). Por outro lado, um especialista não será sempre a melhor opção para o doente, uma vez que o factor doença é multifacetado (Rechel *et al.*, 2009).

O papel da equipa multidisciplinar tende a aumentar, o qual exige novas competências, atitudes na colaboração e mecanismos para dar continuidade aos cuidados de saúde (Lyons *et al.*, 2008).

A evidência sugere que as auditorias e o *feedback* da análise do indicador podem ser efectivas nas mudanças de prática dos profissionais de saúde (Giraldes, 2008).

A monitorização da qualidade no sector da saúde torna a organização mais transparente para os profissionais de saúde, para as instituições e para os utilizadores. A monitorização dos indicadores de qualidade podem ajudar a melhorar iniciativas

específicas de qualidade tais como, programas educacionais e o desenvolvimento de protocolos. O objectivo da monitorização dos indicadores de qualidade é promover a melhoria da mesma, fundamentalmente na prestação dos cuidados de saúde (De Vos, 2009).

Actualmente no que diz respeito aos recursos humanos da saúde, defrontamo-nos com a necessidade de planear, com o intuito de determinar as necessidades apropriadas para a construção de um sistema de saúde dinâmico, constituído por um misto de competências técnicas e pessoais que promovam o *feedback* entre os decisores e a implementação das orientações por parte dos profissionais (Masnick, 2010).

Os profissionais de saúde são a chave central do sistema e qualquer tentativa para aumentar o investimento de capital no sector da saúde necessita de tomar em conta a produtividade, segurança e bem-estar destes profissionais (Rechel *et al.*, 2009).

O aumento da esperança média de vida da população Europeia está a originar um aumento do desgaste profissional, em particular dos profissionais de saúde e simultaneamente verificamos uma menor afectação de recursos humanos. Este desequilíbrio é também facilitado, pelos movimentos migratórios através da União Europeia, enviesando os planos nacionais das forças de trabalho (Lyons, 2008)).

Hospitais bem concebidos e sustentáveis devem promover a saúde e o bem-estar dos seus profissionais dentro das organizações, resultando no recrutamento de um *staff* de excelência, na sua retenção e na sua boa performance. É importante considerar como coordenar o investimento no capital com o investimento nas pessoas. (Rechel *et al.*, 2009).

Em Portugal, tal como no resto da Europa, o tema racionalização ou priorização dos cuidados de saúde ganha importância crescente à medida que o maior rigor orçamental impõe que se defina "O que financiar e/ou quem tratar?" e "A que renunciar?"(Santos e Lima, 2005)

1.4 Humanização

A humanização hospitalar como expressão da ética requer, em suma, a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas que considerem os seres humanos e os seus direitos. Este facto significa valorizar a humanidade no profissional, favorecendo o desenvolvimento da formação contínua e respectivas competências, com mudanças nas práticas profissionais, de modo a reconhecer a singularidade dos utilizadores, encontrando junto deles, estratégias que facilitem a compreensão e a aceitação do momento vivido (Backes *et al.*, 2006).

A humanização num sentido amplo, além de promover a melhoria da prestação de cuidados, dir-se-ia que se trata de incentivar, por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, não discriminando os diferentes níveis hierárquicos, assim como a organização para a participação activa e militante dos utilizadores nos processos de prevenção, cura e reabilitação (Nunes e Brandão, 2007).

Humanizar não é apenas suavizar a convivência em saúde, mas sim uma grande oportunidade de intervenção para a organização, na luta contra a falta desta (Simões, 2008).

Em muitos locais a falta de condições técnicas, seja de competências, seja de materiais, torna desumanizante o atendimento e a prestação de cuidados (Nagahama e Santiago, 2008).

Humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do utilizador como aos profissionais de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que planeie e promova as acções, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (Behruzi *et al.*, 2010).

A humanização de um serviço pode ser definida pelos procedimentos dos seus recursos humano e também pela forma como estes interagem com os utilizadores, na procura da excelência do serviço (Oliveira, 2006).

A verdadeira gestão das organizações passa pela existência de estratégias que promovam o bem-estar dos profissionais que estarão mais aptos a responder com eficiência e qualidade (Yoong *et al.*, 2008; Dolan *et al.*, 2001).

Actualmente argumenta-se que as organizações ao actuarem de forma ética e preocupada com o seu meio envolvente, desenvolvem valores e práticas com efeitos

positivos sobre a sua cadeia produtiva e os seus colaboradores, otimizando resultados (Guedes, 2000).

A responsabilidade social apresenta-se como um tema cada vez mais importante no comportamento das organizações, exercendo impacto nos objectivos, estratégias e no próprio significado da organização (Marinescu, 2007).

A importância da introdução da dimensão social na gestão das organizações é grandemente difundida no conceito moderno, e a gestão empresarial que tenha como referencia apenas os interesses dos seus sócios e accionistas (*shareholders*) revela-se insuficiente no contexto actual. A responsabilidade social de uma organização deve também considerar todas as relações e práticas existentes entre as chamadas partes interessadas, ligadas à organização (*stakeholders*) (Grajew, 2001).

As partes interessadas (*stakeholders*) são qualquer grupo dentro ou fora da organização que tem interesse no seu desempenho. Cada parte interessada tem um critério diferente de reacção porque tem interesses diferentes na organização.

Uma organização exerce plenamente a sua responsabilidade social empresarial quando possui uma gestão eficaz de responsabilidade social em relação ao seu público interno (beneficiários internos), *versus* externo (beneficiários externos). A responsabilidade social interna concentra-se no público interno da organização, ou seja, nos seus profissionais e agregado familiar, ou seja, os beneficiários internos da organização sem os quais esta não pode sobreviver (Goetzel *et al.*, 2007).

No entanto, uma organização socialmente responsável deve ir além do simples cumprimento das leis laborais, procurando acertar os seus objectivos estratégicos aos interesses dos seus profissionais. Desta forma, deve-se investir no desenvolvimento individual dos colaboradores, na melhoria das condições de trabalho, no relacionamento interno e no incentivo à participação destes nas actividades da organização, respeitando a cultura, as crenças, a religião e os valores de cada um. A responsabilidade social com o seu público interno promove um ambiente de trabalho saudável que resulta num aumento da produtividade, responsabilidade e motivação laboral. Por outro lado, a organização aumenta a sua capacidade de recrutar e manter talentos, factor chave para o seu sucesso numa época em que a criatividade e inteligência são recursos cada vez mais valiosos (Goetzel e Ozminkowski, 2008).

A organização socialmente responsável reforça também o trabalho do *endomarketing* por ganhar a admiração do seu público interno – profissionais e colaboradores (Guedes, 2000).

A flexibilidade e a necessidade de pensar e instaurar novas formas de gestão são uma realidade imperiosa e o factor humano é tido como principal recurso de qualquer organização (Mendes, 2007).

Pletcher (2000), refere que o papel dos colaboradores é de extrema importância para o sucesso de uma organização, pois a satisfação dos colaboradores vai influenciar a satisfação do cliente.

As pessoas fazem a diferença de qualquer organização, mas para haver esta diferença torna-se importante a sua participação no poder de decisão. Deste modo, sentem-se importantes e assumem a responsabilidade por uma produção de qualidade (Varey e Lewis, 1999).

A teoria das Relações Humanas tem a sua origem com Elton Mayo (1880-1949), que enfatiza e analisa o comportamento humano no trabalho. Após várias experiências e análise das mesmas, este autor chegou à conclusão que a produtividade dos trabalhadores estava directamente relacionada com a condição psicológica, dando destaque à motivação, liderança, comunicação e dinâmica de grupos (Maximiano, 2004).

As preocupações com o factor humano das organizações tiveram a sua origem na Escola das Relações Humanas que está directamente relacionada com a experiência de Hawthorne realizada nos finais dos anos 20 e década de 30 do século XX. A experiência de Hawthorne surge da necessidade de compreender a deterioração do factor humano nas empresas industriais, uma vez que devido à crise da civilização industrial houve uma desintegração a nível social e psicológico dos operários nas empresas industriais (Chiavenato, 1983).

Por sua vez, o objecto de estudo da teoria instrumental de *Stakeholders* foi o desenvolvimento da dimensão instrumental bem como uma gestão de *Stakeholders*. A gestão de *Stakeholders* deve ter como chave da sua actuação a confiança mútua e a cooperação entre os *Stakeholders*, podendo estes princípios serem um mecanismo eficiente de redução de custos com a monitorização do trabalho executado com cada parte, repercutindo-se numa vantagem competitiva das organizações (Guedes, 2000).

A unidade de análise dos *Stakeholders* é que todas as partes estão envolvidas no desempenho económico e social de uma empresa tendo por base dois objectivos fundamentais: as relações entre *Stakeholders* e os princípios éticos, tendo este último como meta, a confiança mútua e a cooperativismo (Guedes, 2000).

O *endomarketing* é considerado um conceito vasto que define uma estratégia de gestão e tem como principal objectivo desenvolver uma organização centrada no cliente, com a capacidade de compreender o próprio negocio e produtos, bem como, estabelecer um relacionamento de qualidade com os seus clientes. Deste modo, o *endomarketing* é uma ferramenta vital para a sobrevivência de qualquer organização, incluindo as organizações prestadoras de cuidados de saúde (Vital e Alves, 2010).

A filosofia de gestão da empresa deve estar bem presente para que o *endomarketing* funcione. Devem existir vários elementos no *endomarketing*, tais como: apoio de gestão, a formação, a comunicação interna, a gestão de recursos humanos e a comunicação externa (Vital e Alves, 2010).

De acordo com o citado anteriormente torna-se necessário alterar o modo de gestão dos recursos humanos nas empresas, devendo estes ser encarados como os primeiros clientes das mesmas, sendo, esta alteração alcançada através de processos de marketing voltados para o interior da empresa, marketing interno ou *endomarketing*, devendo este preceder todo e qualquer processo de marketing externo.

Tendo em consideração o que atrás foi exposto, o *endomarketing* é uma ferramenta vital para a sobrevivência de qualquer organização. Este pode ser definido como um processo de informação, de educação, e de desenvolvimento organizacional, especificamente estruturado para a obtenção das metas estipuladas para uma dada organização, vendo os seus clientes internos como uma vantagem competitiva que lhes permite alcançar os seus objectivos (Guedes, 2000)

As mudanças hospitalares envolvem uma mudança cultural. Os responsáveis das organizações hospitalares são confrontados com as necessidades devendo antecipar sempre as linhas de orientação e o impacto destas no desenvolvimento de competências, motivação e bem-estar dos profissionais. Os decisores são responsáveis por desenvolver programas que promovam este processo de adaptação, perante a necessidade de aquisição de mudanças comportamentais dos profissionais saúde (Vital e Alves, 2010).

1.5 Saúde/Stress Ocupacional

O stress ocupacional tornou-se a grande causa de doença laboral com consequências desastrosas quer do ponto de vista individual, da organização e da saúde pública. Este stress ocorre quando as exigências e condições externas não correspondem às necessidades individuais, às suas expectativas ou ideias ou excede a sua capacidade física, competência ou conhecimentos para uma correcta execução laboral (Noblet e La Montagne, 2006).

O stress é utilizado para definir reacções físicas e/ou psicológicas, a circunstâncias que requerem ajustamentos e adaptações comportamentais (Nakao, 2010).

A existência do factor stress está associado a vários domínios/dimensões, incluindo o trabalho, a família, a condição financeira, social e o estado de saúde do indivíduo, sendo que o stress crónico relacionado com o trabalho está associado a um estado de saúde débil e vulnerável traduzindo condições tais como a depressão e a ansiedade, a hipertensão, problemas músculo-esqueléticos, dependência do álcool, etc. (Limm *et al.*, 2010).

Os problemas de saúde associados ao stress laboral estimam que sejam responsáveis por 50 a 60% do total de dias de absentismo laboral (WHO, 2004). De facto na União Europeia estima-se que se percam 350 milhões de dias de trabalho devido ao stress laboral, resultando num encargo económico de aproximadamente 20 biliões de euros por ano (Fourth European Working Conditions Survey, 2007). Só nos Estados Unidos, 300 biliões de dólares perdem-se no volume de negócios anualmente, como resultado de baixos índices de produtividade, absentismo laboral e custos de saúde relacionados com o stress (Fischer e Thayer, 2006).

Em Portugal não existem dados nacionais que nos permitam avaliar directamente a prevalência de stress e os seus factores de risco. No entanto e relativamente ao resto da Europa, em Portugal, as mulheres consomem três vezes mais medicamentos indutores do sono (<http://www.dgsaude-min-saude.pt>).

De acordo com a pesquisa bibliográfica efectuada as profissões mais susceptíveis de desenvolver stress ocupacional crónico, de que é exemplo o síndrome de *burnout* adiante abordado no capítulo 1 (sub item 1.7) são as que interagem directamente com o público e em particular os profissionais de saúde (Hilton e Whiteford, 2010).

Os profissionais de saúde, em geral, têm razões especiais para se constituírem como grupo profissional particularmente afectado pelo stress. Na origem deste, encontram-se três classes de variáveis: os factores de stress laboral, a fadiga e as consequências no estado de saúde do profissional (Thouteinsson e Brown, 2009).

Entende-se por factores de stress laboral todos aqueles que estão relacionados com as condições de trabalho e que possam ter impacto na saúde e bem-estar do colaborador (carga laboral, excesso de responsabilidade, pressão e relações de conflito) (Maghout-juratli *et al.*, 2010).

A fadiga traduz as reacções físicas e psicológicas tais como: ansiedade depressão, alterações de humor, hipertensão, *burnout*, aumenta a produção de hormonas de stress nomeadamente, o cortisol e a catecolaminas. Os efeitos adversos no estado de saúde são evidenciados pela presença de estados como a depressão e a hipertensão (Albini *et al.*, 2010).

Tendo em conta a definição de estado de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) esta pode ser a expressão das condições sociais, culturais e históricas da sociedade, na qual o trabalho desempenha um papel crucial (Dejours, 2004).

A transformação ocorrida nas últimas décadas no mundo laboral tem-se repercutido na saúde dos indivíduos e restante sociedade de forma marcante. A introdução crescente da robótica, associada a um novo e complexo conjunto de inovações organizacionais alterou profundamente a estrutura produtiva dos países, provocando mudanças profundas na organização, nas condições e nas relações de trabalho (Elias e Navarro, 2006).

1.6 Doenças Ocupacionais

A saúde ocupacional é um conceito moderno, subscrito pela generalidade da comunidade científica e pelos organismos internacionais de referência, como a OMS e a Organização Internacional de Trabalho (OIT). Engloba a totalidade das intervenções médicas, técnicas e outras, que visam a protecção e a promoção da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho (ILO, 2001).

A doença ocupacional pode ser definida como uma doença que resulta de um acontecimento relacionado com o trabalho ou uma simples exposição no ambiente que pode conduzir à morte, absentismo, tratamento médico, restrição laboral ou transferência para outra actividade (Holder *et al.*, 1999)

As relações entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores são cada vez mais reconhecidas e, particularmente, os seus efeitos negativos estão hoje tipificados e quantificados com algum rigor (Caruso e Waters, 2008).

A OIT estima que ocorram 2,3 milhões de mortes de homens e de mulheres por ano, dos quais 360 mil por acidentes e 1,95 milhões por doenças relacionadas com o trabalho (ILO, 2009).

Em termos concretos, calcula-se que, por dia, 1 milhão de trabalhadores sofram um acidente no local de trabalho e 5 mil e quinhentos morram de acidente ou de doença relacionada com o trabalho (<http://www.dgsaude-min-saude.pt>).

Economicamente é estimado que o custo anual com acidentes de trabalho e doenças relacionadas com o trabalho ultrapasse os 4% do Produto Interno Bruto Global, incluindo nesse número os gastos com o tratamento, o absentismo laboral e a interrupção da produção (<http://www.dgsaude-min-saude.pt>).

Nos profissionais de saúde, as afecções músculo-esqueléticas são consideradas a maior causa de morbilidade, tal como as raquialgias. Uma grande parte desta população atribui a disfunção músculo-esquelética à prática laboral em particular às posturas durante a actividade profissional

Vários estudos (Turnbull *et al.*, 1992; Engels *et al.*, 1996), indicam que 50% dos profissionais de saúde sofrem de dor músculo-esquelética relacionada com a actividade laboral.

Outros estudos efectuados em Enfermeiros no Reino Unido, Noruega e Irão (Mohseni-Bandpei *et al.*, 2006) relatam uma prevalência de raquialgias de 50% tendo

sido atribuída aos factores relacionados com o trabalho tais como, a posição ortostática prolongada e ao movimento de transferências de utilizadores (Holder *et al.*, 1999).

Tem sido demonstrado que o risco ocupacional nas instituições de saúde em particular nos profissionais de saúde é elevado (Holder *et al.*, 1999)

A proporção de lesão em profissionais que trabalham em ambiente hospitalar tem sido estimada como sendo o dobro da que poderá ser encontrada noutra sector da indústria. As actividades que envolvem o contacto dos profissionais de saúde com os utilizadores estão correlacionadas com elevados níveis de lesões ocupacionais (Hilton e Whiteford, 2010).

Estudos efectuados em profissionais de saúde com o objectivo de analisar as doenças ocupacionais verificaram que 6% a 67% dos profissionais tinham referido lesão ocupacional (Holder *et al.*, 1999)

Um dado relevante na análise dos efectivos existentes nos serviços de saúde, é a taxa de absentismo pelo seu impacto na capacidade de resposta dos serviços e sobrecarga nos restantes profissionais (Martins *et al.*, 2003).

Os factores de risco relacionados com a actividade laboral que potenciam a lesão músculo-esquelética têm sido descritos pela literatura como sendo, os factores biomecânicos (movimentos e posturas de risco que caracterizam a carga fisiológica durante a actividade laboral) e os psicossociais (pressão no trabalho, baixo salário, baixa autonomia, competitividade, trabalho nocturno), os mais comuns e determinantes no aparecimento da doença (Gärtner *et al.*, 2010).

Vários estudos demonstram que é elevada a ocorrência de sintomas músculo-esqueléticos nos profissionais do sector da saúde, em particular na Enfermagem sendo de realçar a dor lombar como o principal factor de absentismo laboral (Albini *et al.*, 2010).

Em Portugal, o fardo das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho é muito relevante, ainda que subavaliado. Os dados estatísticos nacionais estão longe de corresponder às necessidades de um diagnóstico com rigor e falham na garantia de continuidade e oportunidade para avaliar os resultados das políticas que têm sido definidas (<http://www.dgsaude-min-saude.pt>).

Em Portugal efectuou-se um estudo em 1999, entre os trabalhadores do Ministério da Saúde em que registou-se uma taxa geral de absentismo (por todas as causas) de 8,02%, com a maior expressão ao nível dos centros de saúde com 10,95%. A taxa de absentismo por doença foi de 2,98%, sendo novamente nos centros de saúde que

se registou o maior valor (5,76%). A taxa de absentismo por doença é cerca de metade da geral com a exceção dos hospitais em que é menos de um terço (Martins *et al.*, 2003)

Adicionalmente as doenças profissionais reconhecidas em Portugal têm progredido de forma continuada (2001- 2006) ganhando especial relevo as provocadas por agentes físicos (em que se incluem as lesões músculo-esqueléticas), como se comprova no Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição das doenças profissionais por agentes causais (2001-2006)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Doenças provocadas por Agentes Químicos	21	17	10	25	12	12
Doenças do aparelho Respiratório	494	217	254	403	257	232
Doenças Cutâneas	135	132	128	132	109	145
Doenças provocadas por Agentes Físicos	644	1.810	1.564	2.578	3.176	3.129
Doenças Infecciosas e Parasitárias	6	15	11	18	23	36
Outras Doenças (atípicas)	20	8	8	32	47	23
Total	1.320	2.199	1.975	3.188	3.624	3.577

Fonte: Instituto de Informática; Departamento de Gestão da Informação, MTSS.2008

Na distribuição por género, a partir de 2004, o reconhecimento das doenças profissionais no sexo feminino ultrapassa, de forma clara, a até aí preponderante prevalência do sexo masculino (*cf.* Quadro 2), o que, tudo indica, terá a ver, entre outras razões, com a evolução da natureza das doenças profissionais reconhecidas, isto é, com um acréscimo relevante das doenças músculo-esqueléticas (Quadro 1)

Quadro 2: Distribuição das doenças profissionais certificadas por género (2001-2006)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Homens	867	1.124	1.161	1.439	1.396	1.590
Mulheres	453	1.075	804	1.749	2.230	1.987
Total	1.320	2.199	1.975	3.188	3.624	3.577

Fonte: Instituto de Informática; Departamento de Gestão da Informação, MTSS.2008

Nas doenças profissionais sem incapacidade são dominantes as lesões musculoesqueléticas, seguidas da surdez sonotraumática.(Quadro 3)

Quadro 3: Distribuição das doenças crónicas profissionais sem incapacidade por ano (2003-2006)

	2003	2004	2005	2006
Dermites de contacto	5	3	11	3
Hipoacúsia bilateral por lesão coclear irreversível devido a traumatismo sonoro	425	324	428	386
Paralisias	69	324	428	386
Tendinites, tenosinovites e miotendossinovites crónicas, periartrite da escapulo-humeral, condilite e epicondilite, estilóidite	296	662	1274	1103
Fibrose bronco pulmonar ou lesões pleurais consecutivas à inalação de poeiras de amianto	5	3	0	0
Brucelose	6	5	11	10
Dermites traumáticas	4	0	0	0
Outras	13	20	38	23
Total	823	1165	2110	1766

Fonte: Instituto de Informática; Departamento de Gestão da Informação, MTSS.2008

A exemplo do sector privado, em 2006 são as lesões músculo-esqueléticas no sexo feminino com 173 casos que apresentaram a manifestação clínica dominante na função pública comparativamente com o sexo masculino que apenas referiu 65 casos.

O conhecimento da estrutura empresarial e da distribuição da população activa constituem elementos essenciais para definir as orientações para a acção, que se pretendem ajustadas e efectivas. É nos locais de trabalho e com os agentes do mundo do trabalho, trabalhadores e empregadores, que qualquer política proactiva tem de contar para uma acção concertada e participada de que todos podem beneficiar.

1.7 Síndrome de Burnout

1.7.1 Definição de Burnout

O síndrome de *burnout* não tem uma definição unânime mas sim consensual, considerando-se como sendo um estado que aparece no indivíduo como resposta ao stress laboral (Silva, 2000).

O conceito de *burnout* surgiu nos Estados Unidos em meados dos anos 70, para dar explicação ao processo de deterioração nos cuidados e atenção profissional nos trabalhadores de organizações (Silva, 2000).

Foi Freudenberger (1974), quem inicialmente introduziu o termo *burnout* na literatura científica para descrever um síndrome que ele considerava ser frequente nos profissionais de saúde, como consequência da tensão emocional e do esforço elevado, resultante do contacto directo e continuo com pessoas, especialmente quando estas estão doentes e vulneráveis. Define-o como um estado de fadiga ou frustração, sentido como resultado da dedicação excessiva a uma tarefa ou trabalho, em que o individuo se confronta com a não realização das expectativas esperadas. É em geral, acompanhado de sentimentos de sobrecarga e perda de motivação para o trabalho.

Ao longo dos anos este síndrome de “queimar-se” tem sido considerado como uma resposta ao stress laboral crónico integrado por atitudes e sentimentos negativos, no qual os profissionais permanecem expostos por um longo período de tempo (Barboza e Beresin, 2007; Valk e Oostrom, 2007).

Em Português, *burnout* significa algo como “perder o fogo, perder a energia” ou “queimar” (para fora) completamente” (Codo, 1999). Este termo faz referência a um tipo de stress profissional e institucional gerado nos profissionais que mantêm uma relação constante e directa com outras pessoas, sendo mais evidente nas profissões assistenciais (Profissionais de saúde, auxiliares e administrativos e professores), sendo que a sua origem tem como base a forma como estes profissionais interpretam e manifestam os seus sentimentos frente a situações difíceis de lidar (Pines e Aronson, 1989; Maslach e Leiter, 1997; Mendes, 2002; Formighier, 2003; Truchot, 2004).

Na sequência deste estado, os profissionais podem sentir raiva, embaraço, medo ou desprezo, isto verifica-se porque as soluções para os problemas dos utilizadores (físicos, psicológicos ou sociais), nem sempre são óbvias ou facilmente obtidas, aumentando a ambiguidade e a frustração (Vara, 2007).

O conceito foi evoluindo com o contributo de vários autores, porém a definição mais consolidada parece ser a de Maslach e Jackson que o definem como “ um cansaço físico e emocional que leva a uma perda de motivação para o trabalho, que pode evoluir até ao aparecimento de sentimentos de inadequação e de fracasso (Maslach *et al.*, 1996; Maslach e Leiter, 1997).

De acordo com o exposto, é enfatizada a importância dos factores organizacionais em relação aos pessoais, na determinação do stress, satisfação e *Burnout* nos profissionais de saúde.

O *burnout* combina o físico, o emocional e o mental e é um estado do qual é difícil de sair. Não será possível dizer “ hoje estou *burnout*” e amanhã estar com entusiasmo. É necessário alterar os factores desencadeantes de forma a sair do *burnout*, como nos pontos seguintes se abordará, não bastando simplesmente o passar do tempo.

1.7.2 Dimensões do Burnout e sua Instalação

Com já referido anteriormente o síndrome de *burnout* é considerado um processo patológico, adaptativo e crónico, associado as exigências psicossociais de trabalhar directamente com pessoas, instalando-se com o passar do tempo e de forma gradual (Pines e Aronson, 1989).

O *burnout* aparece, portanto, quando o stress laboral é muito intenso e a satisfação pessoal muito básica (Martins, 2006).

Em 1981, Maslach e Jackson consideraram que o *burnout* tem uma configuração multidimensional e é por isso constituído por três fases ou dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.

A exaustão emocional, ocorre quando a pessoa percebe nela mesma a impressão de que não dispõe de recursos suficientes para dar aos outros. Surgem sintomas de cansaço, irritabilidade, propensão a acidentes, sinais de depressão, sinais de ansiedade, aparecimento de doenças, principalmente de adaptação ou psicossomáticas (Maslach e Leiter, 1997; Sousa, 1998, Silva, 2000, Formighieri, 2003; Truchot, 2004; Valk e Oostrom, 2007).

A despersonalização, por sua vez, é consequência directa da primeira e corresponde ao desenvolvimento por parte do profissional de saúde de atitudes negativas e insensíveis em relação as pessoas com as quais trabalha, tratando as como objectos. (Maslach e Leiter, 1997; Silva, 2000; Formighieri, 2003; Silva, 2006; Valk e Oostrom, 2007). Segundo Truchot em 2004, a despersonalização representa a dimensão interpessoal do *burnout* e pode exprimir-se através de atitudes e comportamento de rejeição, estigmatização e de má educação.

De acordo com Schaufeli e Enzmann (1998), este termo pode causar alguma confusão, uma vez que quando usado na psiquiatria denota pessoas alienadas consigo mesmas e com o mundo que as rodeia. Um ponto-chave para diagnóstico é evidentemente a mudança de atitude de prestador de cuidados que, no início da carreira era muito motivado, empático e que progressivamente, adopta um “*look* desumanizado”.

Por fim a diminuição da realização e produtividade profissional que é consequência dos sub escalas anteriores e que normalmente conduz a uma avaliação negativa e baixa de si mesmo provocando uma diminuição das expectativas sobre si mesmo (Silva, 2000; Delbrouck, 2003; Truchot, 2004; Pires *et al.*, 2004).

O indivíduo julga-se incapaz de cumprir a sua função e surge um sentimento de inadequação no trabalho (Silva, 2006; Vara, 2007).

Assim segundo Maslach e Jackson (1981), a exaustão é a primeira a ocorrer promovendo o desenvolvimento do cinismo (despersonalização), que por sua vez conduz à ineficácia (falta de realização pessoal). Segundo Silva em 2006, estas três fases podem aparecer associadas, mas também devem ser consideradas independentes.

Por sua vez, Gil-Monte (2003) citado por Silva (2000), considera que aquando da instalação do *burnout*, no primeiro momento, o indivíduo percebe a evidencia de uma tensão, o stress. No segundo momento, aparecem sintomas de fadiga e esgotamento emocional, concomitantemente a um aumento do nível de ansiedade e finalmente o indivíduo desenvolve estratégias de defesa, que utiliza de maneira constante. Essas estratégias consistem em mudanças de atitudes e comportamentos que incluem indiferença e distanciamento emocional do trabalho.

1.7.3 Causas do Burnout e seus Factores de Risco

O síndrome de *burnout*, pode ocasionar-se tanto por um excessivo grau de exigências como por escassez de recursos.

Vários autores foram então indicando uma série de possíveis factores de risco associados ao desenvolvimento do *burnout*, factores esses que Maslach *et al.*, 2001 dividiu em situacionais e individuais (Tabela 1.1).

Tabela 1.1 Factores de risco para o *burnout*: situacionais e individuais. Adaptado de Maslach *et al.*, (2001)

Factores Situacionais	Características laborais
	Demasiado Trabalho para o tempo disponível
	Conflito de papéis (o individuo tem que efectuar acções conflituosas entre si)
	Ambiguidade de papéis (há falta de informação adequada; o individuo não sabe o que esperam dele)
	Falta de suporte social
	Falta de suporte por parte dos superiores hierárquicos
	Falta de <i>feedback</i> pelo trabalho desenvolvido
	Falta de participação nas tomadas de decisão
	Falta de autonomia
	Características ocupacionais
Problema na interacção com os clientes	
Contacto frequente com pacientes crónicos ou em fase terminal	
Confrontação com a morte	
Características organizacionais	
Violação do contrato psicológico (que se traduz por uma falta de reciprocidade do empregador perante o esforço do empregado. Isto é, se por um lado os empregados têm que despende mais tempo, têm de se esforçar mais e têm de ser flexíveis, por outro lado, têm menos oportunidades de promoção na carreira e menos segurança no trabalho).	
Características demográficas	
Juventude (empregados jovens têm níveis mais elevados de <i>burnout</i> do que aqueles acima dos 30 ou 40 anos)	
Sexo masculino (têm tendência a apresentar valores mais elevados de despersonalização)	
Sexo feminino (têm tendência a apresentar valores mais elevados de exaustão emocional)	
Solteiros (em especial os homens)	
Níveis académicos elevados	
Características de personalidade	
Níveis baixos de vigor	
Pessoas que tem uma forma de atribuição de responsabilidade externa	
<i>Coping</i> defensivo e passivo	
Tendências neuróticas	
Atitudes perante o trabalho	
Indivíduos idealistas, com expectativas altas	

Segundo Ramos (2001) citado por Vara (2007), as fontes de stress que podem conduzir ao *burnout* podem ser divididos em três grupos. O primeiro grupo diz respeito a factores relacionados com o trabalho, o segundo está relacionado com factores externos ou não relacionados com o trabalho, e o último grupo que refere as características individuais ou pessoais.

No que diz respeito aos factores relacionados com o trabalho, podem considerar-se cinco níveis (Maslach *et al.*, 2001):

Organizacional - cultura da empresa, estrutura organizacional, clima laboral e características do posto de trabalho;

Grupal – relações interpessoais negativas, falta de participação e colaboração, rivalidade interdepartamental e escasso trabalho em equipa;

Individual – ambiguidade e conflito de papéis, desenvolvimento da carreira profissional, trabalho limitado, trabalho monótono, desemprego e reforma, assim como o medo de errar, baixo salário, trabalhar com pessoas pouco ou nada colaborantes;

Físico – temperatura e ruídos inaceitáveis, luz ou ventilações insuficientes, material ou equipamentos obsoletos e condições/estado dos utilizadores e tipo de cuidados;

Utilizações de novas tecnologias – a informática, a robótica entre outras, estão em renovação contínua e exigem de nós um esforço de adaptação.

Nos factores não relacionados com o trabalho, os mais significativos são: problemas conjugais, problemas com a família, doenças, mudanças, problemas económicos, estilo de vida pouco saudável.

De acordo com o mesmo autor, o último grupo diz respeito às características individuais ou pessoais. Assumindo que todos os indivíduos são diferentes, irão com certeza responder de forma também diferente às fontes de stress.

Segundo Delbrouck em 2003, são candidatas à exaustão, os profissionais que apresentem como factores internos ansiedade, espírito de empreendimento, desejo de agradar a toda a gente, sentido de autocrítica demasiado severo, o “querer fazer tudo sozinho”, a mentalidade de salvador, entre outras.

Em suma, podemos descrever um perfil de risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, como tratando-se de pessoas idealistas, optimistas, com excesso de trabalho e expectativas bastante elevadas. É mais frequente no sexo feminino, em pessoas solteiras ou com pouco apoio familiar, sendo os jovens estão geralmente mais susceptíveis ao *burnout* e durante os primeiros anos de exercício profissional. É mais

comum em profissionais de saúde particularmente os que estão em constante interacção com os utilizadores sobretudo os que apresentam problemas físicos, mentais ou sociais (Hilton e Whiteford, 2010).

Por outro lado, pode-se falar dos traços de personalidade que protegerão o aparecimento do *burnout*. Assim, características como a afabilidade, estabilidade, optimismo e extroversão, serão factores protectores nas escalas de exaustão emocional e despersonalização (Cebria e Corbella, 2001).

Um estudo epidemiológico sobre o stress nos Professores, realizado em Portugal e citado por Fidalgo de Freitas (1999), apontou no sentido de que a vulnerabilidade para tal teria a ver fundamentalmente com factores de ordem pessoal, nomeadamente das características da personalidade. Contudo, a evolução da investigação nesta área aponta no sentido de causas múltiplas e mesmo multifactoriais, nomeadamente de tipo social, de natureza do trabalho e mesmo de tipo organizacional, para além das pessoais.

Entretanto, Maslach *et al.*, (2001), actualizou a organização dos factores predisponentes do *burnout*, de maneira a integrarem de forma mais explícita quer os factores situacionais, quer os individuais. Desta forma, o *burnout* seria o resultado de uma incompatibilidade entre o trabalho e a pessoa, tendo por base seis áreas:

Carga de trabalho: uma incompatibilidade entre a carga de trabalho e a pessoa;

Controlo: surge frequentemente quando os indivíduos não têm a autonomia para realizar o seu trabalho da forma que entendem ser a melhor. Este aspecto relaciona-se com a falta de realização pessoal;

Recompensa: há falta de recompensas adequadas pelo trabalho desenvolvido, que podem ser de âmbito financeiro ou social. Relaciona-se com a falta de realização pessoal;

Comunidade: esta incompatibilidade surge quando as pessoas perdem um sentimento de união com os outros, no local de trabalho;

Justiça: esta sensação pode advir de uma iniquidade de pagamento ou carga de trabalho, quando comparado como os outros colegas, bem como de avaliações e promoções realizadas inapropriadamente;

Valores: em certos casos, as pessoas podem sentir-se forçadas pelo trabalho, a fazer coisas que não consideram éticas, ou que não estão de acordo com os seus valores (Maslach e Leiter, 1997; Schaufeli e Enzman, 1998; Maslach, *et al.*, 2001; Maslach e Leiter, 2008).

A todas estas acrescenta-se a globalização da economia que faz pesar sobre todos os profissionais uma forte exigência de flexibilidade de horários sem garantias de que o emprego será perene (Truchot, 2004).

1.7.4 Sintomas do Burnout

Segundo Silva (2006) citando Benevides-Pereira (2003), pode-se subdividir os sintomas em físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos (tabela 1.2)

Tabela 1.2. Resumo Esquemático da Sintomatologia do *burnout*. Adaptado de Silva, 2006

Sintomatologia do <i>burnout</i>	
Sintomas Físicos Fadiga; Dores musculares ou esteomusculares; Distúrbios do sono; Cefaleias e enxaquecas; Perturbações gastrointestinais; Imunodeficiência; Transtornos cardiovasculares; Distúrbios do sistema respiratório; Disfunções sexuais; Alterações menstruais nas mulheres;	Sintomas Comportamentais Negligência ou escrúpulo excessivo; Irritabilidade; Incremento da agressividade; Incapacidade para relaxar; Dificuldade na aceitação de mudanças; Perda da iniciativa; Aumento do consumo de substâncias e comportamento de alto risco; Suicídio;
Sintomas Psíquicos Falta de atenção e concentração; Lentificação do pensamento; Sentimento de alienação; Sentimento de solidão; Impaciência; Sentimento de impotência; Labilidade emocional; Dificuldade de auto-aceitação e baixa auto-estima; Astenia, desânimo, disforia, depressão; Desconfiança paranóica.	Sintomas Defensivos Tendência para o isolamento; Sentimento de onnipotência; Perda de interesse pelo trabalho ou lazer; Absentismo; Ímpetos de abandonar o trabalho; Ironia; Cinismo.

Segundo este autor, um profissional com síndrome de *burnout* não deve necessariamente, ter que denotar todos estes sintomas. O grau, o tipo e o número de

manifestações apresentadas dependerá da configuração de factores individuais, factores ambientais e da etapa em que a pessoa se encontra no processo de desenvolvimento do síndrome. Pode-se também notar que vários destes sintomas também são característicos dos estados de stress, no entanto, os que se referem aos distúrbios defensivos são os mais frequentes no processo de *burnout*.

Segundo Schaufeli e Enzmann (1998) os sintomas de síndrome de *burnout* podem ser classificados como: afectivos (ansiedade, irritabilidade, baixa satisfação no trabalho, mudanças comportamentais, exaustão emocional,...); cognitivos (preocupações consigo próprio, ideias suicidas, dificuldade para se concentrar, hostilidade, pessimismo, desumanismo,...); físicos (náuseas, nervosismo, distúrbios do sono, fadiga crónica, tiques nervosos, tendência para mudança de peso,...); comportamentais (hiperactividade, impulsividade, olhar para o relógio frequentemente, isolamento, agressividade,...) e por fim os sintomas motivacionais onde pode ocorrer perda do interesse de trabalho, perda do idealismo, resignação, desapontamento, desencorajamento entre outros.

De acordo com Truchot (2004) certos autores utilizam a expressão “sintomas de *burnout*” para fazer referência às três dimensões do Maslach Burnout Inventory, que será abordado no capítulo 1.7.7, a exaustão emocional, a despersonalização e a falta de realização profissional,

1.7.5 Consequências do Burnout

Segundo Valk e Oostrom (2007), cada vez mais se reconhece que o stress no trabalho tem consequências indesejáveis para a saúde dos trabalhadores, bem como das empresas em que trabalham.

As consequências do stress são por vezes tão graves que podem desencadear transtornos físicos (motores, dores, etc.), psicológicos (ansiedade, depressão, agressividade, etc.) e profissionais ou de conduta (fraca qualidade de cuidados, abandono da profissão, etc.).

Como se pode verificar, a exposição a factores de stress no trabalho está significativamente relacionada com a deterioração da saúde (Pines e Aronson, 1989; Gil-Monte, 2003).

Segundo Vara (2007), tendo em conta um relatório da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho em 2000, pensa-se que o stress relacionado com o trabalho afecta milhões de trabalhadores europeus em todos os ramos de actividade, sendo que no total são perdidos por ano cerca de 600 milhões de dias de trabalho devido a doenças relacionadas com o trabalho. Esta situação constitui um importante motivo de preocupação e um desafio devido não só aos seus efeitos sobre os trabalhadores de forma individual mas também sobre as empresas e respectivos custos sociais para os países.

Também para as empresas ligadas à saúde há consequências nefastas, uma vez que é causa de absentismo e redução da produtividade, com a diminuição inevitável da qualidade assistencial (Bruguera, 2001).

Para além disso, há na opinião de Mariné (2001), um alto risco de “contágio”: por um lado, a sensação de fracasso gera depressão e por outro, profissionais “queimados” influenciam o clima laboral e a imagem da própria instituição.

Na mesma linha de raciocínio está Silva (2000), que afirma que “ a síndrome de *burnout* contagia-se entre os profissionais, através de mecanismos de modelo e aprendizagem por conservação durante os processos de socialização laboral”. Também Ballone (1999), fala do fenómeno de contaminação emocional, através do qual, os indivíduos que interagem directamente com a pessoa que sofre de stress, passam também eles a sentirem-se ansiosos. A convivência com estes indivíduos fica, assim, seriamente comprometida, tanto no lar como no emprego.

1.7.6 Medidas Preventivas e Tratamento de Burnout

As intervenções para resolver o *burnout* e/ou preveni-lo recomendam focalizar as soluções tanto no trabalhador quanto no local de trabalho, com a finalidade de desenvolver um processo que permita recuperar o equilíbrio, entre as expectativas do indivíduo e as exigências do seu trabalho (Maslach e Leiter, 1997; Garneau, 2000; Cebria e Corbella, 2001; Delbrouck, 2003; Truchot, 2004; Valk e Oostrom, 2007).

Os programas de prevenção e intervenção devem incluir cada um dos elementos envolvidos no processo de *burnout*. Estes, são factores antecedentes, de origem laboral e organizacional, assim como as variáveis de personalidade (Maslach e Leiter, 1997).

Segundo Garneau (2000) na prevenção do *burnout* o centro do problema é o indivíduo identificar as suas necessidades e ser capaz de satisfazê-las.

Para Truchot (2004) é possível distinguir três tipos de prevenção: a prevenção primária, secundária e terciária.

Através da prevenção primária, ocorre a identificação e eliminação das fontes do problema no ambiente de trabalho.

Por prevenção secundária designam-se as intervenções destinadas a eliminar as tensões que o trabalho origina, neste caso o *burnout* que já está instalado.

A prevenção terciária consiste no tratamento da pessoa com *burnout*, por isso não fala propriamente de um tipo de prevenção.

Estes três tipos de intervenção vão actuar a nível individual, sobre o indivíduo/organização e sobre a organização.

Existem três vertentes essenciais para o confronto com o *burnout*: confrontação individual, suporte social e métodos organizacionais (Gil-Monte, 2003).

Na confrontação individual, questões como o realizar actividades fora do trabalho, como a leitura, actividades físicas, relaxamento e outras, servem não só para restaurar a componente física e a psicológica mas também, para permitir o desenvolvimento e maturação pessoal (Sousa, 1998).

A manutenção da auto-estima, expectativas moderadas e realistas da sua actividade, pensamentos positivos face ao trabalho e separação da vida profissional da vida pessoal, são outros métodos de confrontação individual, utilizados na tentativa de prevenção, redução ou supressão do *burnout* (Sousa, 1998; Gil-Monte, 2003).

Em relação ao suporte social, o mesmo autor, distinguiu cinco funções diferentes: escuta, suporte técnico, apoio emocional, reptos emocionais e participação

na realidade social. Nestas cinco funções diferentes de suporte social, estão ideias como a importância de haver alguém que escute, o reconhecimento das capacidades e competências do profissional (*feedback* positivo), existência de chefias que permitam a criação de novos desafios, permitindo um desenvolvimento constante das capacidades individuais e o apoio emocional daqueles que fazem parte da esfera de amigos, colegas ou familiares (Sousa, 1998; Gil-Monte, 2003).

Finalmente os métodos organizacionais, nos quais, as chefias têm o poder de promover climas de trabalho que podem reduzir os sentimentos de tensão entre os seus colaboradores (Sousa, 1998; Gil-Monte, 2003).

Formighieri (2003) considera que a oportunidade para permanecer algum tempo ausente do contacto com utilizadores para a realização de trabalhos teóricos, investigação, poderá contribuir para o aumento da autoconfiança.

Desta forma é importante que a prevenção e o tratamento do *burnout* sejam abordados como problemas colectivos e organizacionais e não como um problema individual (Peterson, 2008).

Todas as medidas preventivas deverão aumentar os desafios e satisfação no trabalho e qualquer que seja o método utilizado para a resolução do síndrome de *burnout*, o primeiro passo terá de ser o reconhecimento da sua própria existência e consequentemente a elaboração de estratégias para prevenir e/ou tratar (Sousa, 1998; Silva, 2006; Valk e Oostrom, 2007).

1.7.7 Avaliação do Síndrome de Burnout

Um dos instrumentos mais frequentemente utilizados na avaliação do *burnout* é o Maslach Burnout Inventory, elaborado por Cristina Maslach (Schaufeli e Enzmann, 1998; Gil-Monte, 2003). Este instrumento que foi selecionado como instrumento base para o presente estudo foi introduzido nos anos oitenta (Maslach e Jackson, 1981), a segunda edição foi publicada cinco anos mais tarde (Maslach e Jackson, 1986), e mais recentemente surgiu a terceira edição (Maslach *et al.*, 1996). O MBI é um questionário constituído por 22 itens que são estados de sentimentos relatados no trabalho, para ser respondido por meio de uma escala de frequência de sete pontos que vai de 0 (nunca) até 6 (sempre). Estes itens apresentam-se divididos em três sub escalas: exaustão emocional (EE), despersonalização (DE), e reduzida realização profissional (rRP). A EE consiste em nove itens (1;2;3;6;8;13;14;16;20) e refere-se ao esgotamento tanto físico como mental, ao sentimento de haver chegado ao limite das possibilidades, enquanto a DE corresponde a cinco itens (5;10;11;15;22) e consiste em alterações das atitudes dos indivíduos ao entrar em contacto com os usuários dos seus serviços, passando a demonstrar um contacto frio e impessoal ao sofrimento. Por fim a rRP a oito (4;7;9;12;17;18;19;21), mensurando a percepção da influencia dos outros, o bem-estar com o trabalho, bem como a relação do profissional com os seus problemas, evidenciando o sentimento de insatisfação (Maslach *et al.*, 1996).

Assim sendo, quando se obtiver altas pontuações em EE e DE associados a baixos valores em RP, poderá ser concluído que o indivíduo apresenta a síndrome de *burnout* (Glass *et al.*, 1993; Pires *et al.*, 2004; Barboza e Beresin, 2007).

Este questionário possui três versões aplicadas a categorias profissionais específicas: MBI- HSS (Human Services Survey), para as áreas de saúde/cuidadores ou serviços humanos/sociais; MBI-ES (Educator's Survey) para educadores e MBI-GS (General Survey), para profissionais que não estejam necessariamente em contacto directo com o publico alvo do serviço. É auto-aplicável e demora cerca de 7 minutos a ser respondido (Maslach *et al.*, 1996; Schaufeli e Enzmann, 1998; Vieira *et al.*, 2006).

O MBI é uma escala com uma consistência interna bastante satisfatória com coeficientes entre 0,73 a 0,91 (Maslach *et al.*, 1996). Contudo, no que concerne à despersonalização, os valores são mais reduzidos (inferior a 0,7). Duas razões podem explicar esta situação, por um lado este valor é sensível ao número de itens, sendo que a despersonalização é o que apresenta menos itens, por outro lado, a despersonalização

inclui uma grande variedade de aspectos, como a hostilidade, a rejeição, entre outros (Schaufeli e Enzman, 1998; Truchot, 2004).

Em relação à sensibilidade, à mudança, os coeficientes de correlação são superiores a 0,91 e é possível verificar uma boa estabilidade dos *scores* através do tempo, o que vem demonstrar que o *burnout* tende a ser um estado durável, onde as mudanças parecem ser passíveis de ser avaliadas (Truchot, 2004).

De referir ainda que a primeira edição do MBI-HSS de 1981, tinha duas dimensões de resposta: frequência e intensidade. Todavia, a versão actual apresenta apenas a dimensão de frequência (Maslach *et al.*, 1996).

Como antes referido o MBI-HSS avalia os 3 aspectos da síndrome de *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal, sendo que cada aspecto é medido por uma escala separada (Maslach *et al.*, 1996). Para as sub-escalas de exaustão emocional e de despersonalização, valores médios elevados correspondem a níveis altos de *burnout*. Contrariamente às outras duas sub escalas, valores médios baixos na sub escala de realização pessoal, correspondem a níveis elevados de *burnout*, tratando-se assim de uma sub escala independente das outras duas, mas que não pode ser vista como uma oposição (Maslach *et al.*, 1996).

Desta forma, o *burnout* é uma variável contínua que pode variar entre a baixa, moderada ou alta. Assim:

Um grau alto de *burnout* exige uma alta pontuação nas sub-escalas de EE e DP e uma baixa pontuação na sub escala de RP;

Um grau médio de *burnout* pressupõe valores médios nas três sub escalas;

Um grau baixo de *burnout* surge quando os valores da sub escala EE e DP são baixos e os valores da sub escala RP são altos (Maslach *et al.*, 1996).

Para Mariné (2001), uma das dificuldades da categorização do síndrome de *burnout*, reside no facto do seu diagnóstico estar basicamente condicionado a um instrumento de medida, o MBI. Para além disso, não se conhece a sequência evolutiva, ou seja, qual é o factor de início e como variam as três dimensões do *burnout* nos casos mais graves.

Por fim, para este autor, não há acordo se realmente os três factores que o MBI avalia, são os mais relevantes da síndrome, para além de ser difícil discriminar as circunstâncias anteriores.

No entanto, não se pense que o MBI é o único instrumento de medição de *Burnout* existente. De facto existem outros instrumentos: *Staff Burnout Scale*;

Indicadores del Burnout; Emener-Luck Burnout Scale; Tedium Measures (Burnout Measure); Burnout Scale; Teacher Burnout Scale; Energy Depletion Index; Matthews Burnout Scale for Employees; Efectos Psiquicos del Burnout; Escala de variables predictoras del Burnout; Cuestionário de Burnout del Profesorado; Holland Burnout Assesment Survey; Rome Burnout Inventory (Silva, 2006).

Todavía, o MBI é actualmente reconhecido como o instrumento líder na medição do *burnout*, tendo sido considerado fidedigno, valido e fácil de administrar (Maslach *et al.*, 1996). Todas estas características levaram à selecção deste instrumento neste estudo.

1.7.8 *Burnout e Outros Conceitos*

1.8.8.1 *Burnout/Stress*

Nem todos os autores estão de acordo quanto à definição entre *burnout* e outros conceitos, como stress, considerando, alguns autores, o *burnout* como um tipo de stress ou depressão (Bakker *et al.*, 2005).

Os autores que consideram o *burnout* um síndrome diferente do stress, apresentam várias definições onde explicam que as diferenças existem entre os vários conceitos.

Assim, relativamente à distinção entre o stress e *burnout*, Maslach e Schaufeli (1993), consideram o *burnout* como o prolongamento do stress no trabalho, sendo o resultado de um processo de longa duração, no qual o profissional sente que os seus recursos para lidar com as exigências que o trabalho lhe colocam, estão esgotados. Considerando o *burnout* como um processo que se desenvolve ao longo do tempo e que resulta do stress crónico no trabalho. Verifica-se então, que os dois conceitos estão intimamente ligados embora sejam diferentes.

Outra característica que distingue stress de *burnout* prende-se ao facto de o stress em geral ter efeitos positivos e negativos na vida do indivíduo, enquanto o *burnout* apenas terá efeitos negativos (Ramos, 2001; Vara, 2007).

De acordo com Vara (2007), existe uma série de afirmações que permitem uma rápida diferenciação dos dois conceitos.

O *burnout* é uma defesa caracterizada pelo distanciamento enquanto o stress é caracterizado por empenho exagerado;

O *burnout* leva à desmoralização enquanto O stress leva à desintegração;

O *burnout* pode ser melhor compreendido como uma perda de ideias e esperança enquanto o stress pode ser melhor compreendido com perda de combustível e energia física;

A depressão no *burnout* é causada pela perda de ideias e esperança enquanto a depressão no stress é produzida pela necessidade do corpo se proteger e conservar a energia;

O *burnout* produz despersonalização e desapego enquanto o stress produz pânico, fobia e desordens de ansiedade;

O *burnout* pode não matar mas pode fazer com que sinta que não vale a pena viver enquanto o stress pode matar prematuramente e não dar tempo para acabar o que se começou.

Desta forma pode-se concluir que o *burnout* não é sinónimo de stress profissional, antes é uma das consequências mais marcantes. *Burnout* surge então como uma reacção à tensão emocional crónica, gerada a partir do contacto directo, excessivo e stressante com o trabalho, especialmente se o trabalhador não é capaz de alterar a sua situação (Ballone, 1999).

1.7.8.2 *Burnout/Depressão*

Relativamente ao conceito de depressão, Gomes (1999), citado por Vara (2007), diz-nos que apesar de partilharem algumas características (exaustão emocional no *burnout* é semelhante à tristeza e fadiga na depressão), o *burnout* ocorre como consequência do trabalho, enquanto a depressão é um fenómeno mais amplo e pode surgir noutros contextos da vida do indivíduo (Ramos, 1999 citado por Vara, 2007).

Apesar desta diferença, vários sintomas do *burnout* podem também ser típicos de depressão, incluindo a fadiga, distanciamento, irritabilidade, dificuldade em relaxar do trabalho e sentimentos de menor entusiasmo. Por isso, algumas questões têm sido levantadas no que diz respeito à distinção entre *burnout* e depressão (Schaufeli e Buunk, 1996 citado por Vara, 2007).

Em contraste com o *burnout*, a depressão é usualmente uma reacção a um grave acontecimento e com o qual o indivíduo não consegue lidar de forma adequada. Este acontecimento pode ocorrer no contexto familiar, nas relações pessoais ou no trabalho. Os sintomas da depressão abrangem a fadiga, isolamento social e sentimentos de incapacidade (Beck *et al.*, 1988 citado por Vara, 2007).

Por conseguinte, não é surpresa que as investigações mostrem que as medidas de depressão e *burnout* estejam correlacionadas (Glass *et al.*, 1993).

1.7.8.3 Burnout/Fadiga

Outro conceito que surge associado ao *burnout* e que pode confundir-se com este é o conceito de fadiga. No entanto, *burnout* e fadiga distinguem-se na medida em que o sujeito rapidamente recupera de uma fadiga, mas não do *burnout* (Pines e Aronson, 1989).

Os autores citados reforçam ainda que o esforço físico causa uma fadiga que é acompanhada de sentimentos de realização pessoal em ocasiões de êxito, enquanto o síndrome de *burnout* evidencia-se numa experiência negativa que se faz acompanhar de um profundo sentimento de fracasso.

1.7.8.4 *Burnout/Insatisfação com o Trabalho*

Um outro conceito que tem gerado alguma discussão por parte dos investigadores é o conceito de satisfação ou insatisfação com o trabalho.

Segundo Gomes (1998) citado por Vara (2007), os dados relativos ao modelo multidimensional de Maslach indicam correlações negativas de exaustão emocional e da despersonalização (duas dimensões modelo) com a satisfação no trabalho, assim como baixas correlações entre a realização pessoal e a satisfação.

Outros autores, referem que a realização pessoal e a satisfação constituem apenas um factor, o que leva a concluir que, apesar de se aceitar que *burnout* e satisfação são conceitos distintos, falta ainda definir a natureza desta relação (Maslach e Schaufeli, 1993).

Para diferenciar o *burnout* de outros constructos, convém não esquecer que se trata de um conceito multidimensional e que surge como um processo progressivo e contínuo, dentro do contexto laboral.

Estas particularidades do síndrome tornam-no significativamente diferente da fadiga, stress, depressão, etc., que podem ser considerados apenas como estados do indivíduo (Gil-Monte e Peiró, citado por Vara:2007).

1.8 O Síndrome de *Burnout* nos Profissionais de Saúde

A urgência e a emergência do ambiente hospitalar fazem com que os profissionais de saúde sejam submetidos a cargas excessivas de stress, causando um declínio da qualidade de vida e da saúde física e psicológica do profissional (Christofolletti, 2008). Dentro das principais doenças que afectam os profissionais de saúde, devem ser destacadas a síndrome de *burnout* e as doenças ocupacionais, muitas vezes somatizadas pela primeira.

O profissional de saúde que actua nas instituições hospitalares está exposto a diferentes níveis de stress ocupacionais afectando directamente o seu bem-estar.

De acordo com a pesquisa bibliográfica efectuada são vários os factores apontados sendo de salientar, os longos turnos de trabalho, número insuficiente de profissionais, a falta de reconhecimento profissional, a alta exposição do profissional a riscos químicos e físicos, assim como o contacto constante com o sofrimento, a dor e muitas vezes a morte. O desempenho destes profissionais envolve uma serie de actividades que necessitam de um maior controlo mental e emocional quando comparado com outras profissões (Blais *et al.*, 2010; Muecke, 2005).

Vários estudos têm demonstrado que o *burnout* incide principalmente nos que prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento ou pelo cuidado dos outros (Hilton e Whiteford, 2010).

A Associação Médica Canadiana em 2003, verificou que 45.7% dos médicos Canadianos demonstraram estados avançados de *burnout*, resultados similares foram encontrados em Alberta (Blais *et al.*, 2010).

Estudos efectuados em vários países tem demonstrado que a existência de *burnout* situado entre os 19% a 47% em médicos especialistas e 76% nos médicos que frequentam o internato medico (Adám *et al.*, 2009).

O síndrome de *burnout* está associado a uma débil condição física, a problemas de ordem pessoal, particularmente problemas conjugais e ao consumo de substancias psicotrópicas. Este estado pode conduzir à perda da satisfação laboral, aos erros clínicos e baixos índices de satisfação dos utilizadores (Crane, 1998; Mirvis, 1999). Os médicos que se encontram emocionalmente exaustos ou insatisfeitos com o seu trabalho estão mais susceptíveis de reduzir as suas horas de trabalho e mesmo abandonar a pratica clínica (Grunfeld, 2000; Landon, 2006).

No entanto o problema do *burnout* não atinge o profissional de forma individual mas todos aqueles que o rodeiam, dentro e fora da organização, tais como as suas famílias, os utilizadores e o sistema de prestação de cuidados de saúde (Shanafelt *et al.*, 2010).

No que diz respeito à organização a literatura aponta essencialmente para a quantidade de horas de trabalho e a satisfação laboral (Keeton *et al.*, 2007).

Os aspectos pessoais nomeadamente a idade, o género e o número de filhos assim como, a dimensão familiar (tarefas domésticas e suporte nas actividades da vida diária) são apontados como factores que podem contribuir para aparecimento de *burnout* (Linzer, 2001; Maranda, 2006). Num estudo efectuado por Nédic *et al.*, (2010) verificou-se uma forte associação em mulheres médicas em desenvolver hipertensão e distúrbios emocionais associadas ao stress ocupacional potenciando o risco físico e psicológico e consequentemente o desenvolvimento do *burnout*.

De acordo com a pesquisa bibliográfica efectuada as especialidades médicas mais atingidas por este síndrome e em concreto na dimensão exaustão emocional, são os clínicos de saúde mental, reabilitação, cirurgia geral e obstetrícia e ginecologia, sendo de realçar, que este problema afecta mais os médicos que frequentam o internato médico da especialidade de cirurgia geral (Prins, 2010). Num estudo realizado por Adám *et al.*, (2009), constatou-se a existência de elevados índices em médicos do internato geral realçando a dimensão da despersonalização.

No que respeita aos restantes profissionais de saúde nomeadamente a enfermagem e a fisioterapia os factores mais descritos na literatura para o desenvolvimento do *burnout* são a sobrecarga do sistema músculo-esquelético, o trabalho por turnos e excesso carga horária e baixo salário (Silva, 2006; Christofolletti, 2008).

As instituições de saúde, confrontam-se diariamente com a redução dos seus recursos tanto humanos como físicos. Como resultado desta realidade os serviços têm que justificar continuamente o seu *staff* e os seus custos, criando um conflito entre a política económica rigorosa das instituições e os valores pessoais e profissionais dos colaboradores. Não são só as implicações a nível pessoal que preocupam mas também as repercussões que podem surgir no local de trabalho com o aumento do absentismo, mudanças de emprego ou profissão, desgaste e outros comportamentos de afastamento profissional. Todos estes factores afectam a qualidade dos serviços prestados aos utilizadores. (Noblet e La Montagne, 2006).

As lesões músculo-esqueléticas tais como as raquialgias são consideradas a maior causa de mortalidade nos profissionais de saúde, sendo que, a grande parte da população que padece deste tipo de lesão atribui-a à prática laboral (Yoong, 2008). Estes dados são consistentes com os apresentados por Dolan *et al.*, (2001) que refere que as raquialgias representam a maior causa de doença, incapacidade e absentismo laboral.

Por outro lado vários estudos epidemiológicos demonstraram que a prevalência das raquialgias na população era de 38-56% e que 50% dos profissionais de saúde relatam sofrer ou padecer de dor músculo-esquelética, relacionada com o trabalho (Yoong, 2008).

Ainda estudos efectuados para analisar o risco ocupacional *backage* em enfermeiros apresentam uma prevalência de raquialgias significativamente superior do que na população em geral, sendo esta atribuída a factores relacionados com o trabalho tais como as transferências dos utilizadores e a posição ortostática prolongada (Dolan *et al.*, 2001).

Uma outra pesquisa realizada por Caruso *et al.*, (2008) enfatiza a ideia de que as características do trabalho no sector da saúde potenciam o aparecimento e desenvolvimento das lesões músculo-esqueléticas considerando como principais factores de risco: pouco tempo para descansar e para se restabelecer novamente para o trabalho, pouco tempo para estar com a família e para actividade de lazer.

No sector da saúde, os turnos de trabalho prolonga-se muitas vezes para além das oito horas por dia e mais de quarenta por semana. A pouca idade dos profissionais de enfermagem assim como de outros grupos da saúde favorecem o prolongamento das horas de trabalho muitas vezes para colmatar as ausências férias de outros profissionais (Albini *et al.*, 2010).

Assim vários estudos efectuados na área da saúde ocupacional demonstram a forte associação entre as características laborais e o estado de saúde do trabalhador evidenciando os riscos psicológicos, gastrointestinal e cardiovascular. Por outro lado os profissionais tem pobres hábitos comportamentais e estilo de vida pouco saudáveis tais como o consumo de álcool, drogas e tabaco e pouca actividade física (Caruso *et al.*, 2008).

Nos profissionais de saúde tal evidência, de um estilo de vida pouco saudável, é demonstrado num estudo realizado por Orgi *et al.*, (2002) numa unidade com médicos e enfermeiros de obstetrícia e ginecologia relatou-se que metade dos médicos se auto-

medicavam e ingeriam álcool para combater o stress laboral, assim como apresentavam problemas de pele, distúrbios do sono e lesões por agulha.

Os dados existentes relativos à prevalência de raquialgias ocupacionais em médicos, em particular os ginecologistas apresenta valores na ordem dos 76%, de igual forma constatou-se 54% nos oftalmologistas, 80% nos ecocardiografistas e valores de prevalência de dor músculo-esquelética de 65% nos dentistas (Dolan *et al.*, 2001).

A prática clínica da obstetrícia e ginecologia caracteriza-se pela adoção de posturas incómodas. O exame pélvico e abdominal é responsável pela adoção de posturas de flexão com rotação de tronco, assim como a postura estáticas e prolongadas durante a assistência ao parto vaginal e na cirurgia vaginal (Dolan *et al.*, 2001; Yoong, 2008).

CAPÍTULO 2: MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Tipo de Estudo

O estudo realizado é do tipo observacional/transversal

2.2 Procedimentos Metodológicos e Duração do Estudo

A amostra utilizada no presente estudo é do tipo aleatória simples, constituída por 31 profissionais do Serviço de Urgência de Obstetrícia do Hospital de S. João, sendo composta por 2 enfermeiros gerais, 16 enfermeiros especialistas, 8 médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, 4 auxiliares de acção médica e 1 da área administrativa.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados: a versão portuguesa do *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI- HSS), um questionário para as variáveis sócio-demográficas construído de novo no presente estudo e um questionário para avaliar algumas questões de carácter Bioético também construído de novo no âmbito do presente estudo. Os questionários utilizados foram entregues pessoalmente aos profissionais a desempenhar funções em Outubro de 2008.

O preenchimento do questionário foi efectuado na presença do investigador.

2.3 Selecção dos Participantes

Todos os participantes exerciam a actividade profissional à mais de seis meses e não tinham estado de licença ou afastados do trabalho há menos de dois meses aquando a recolha de dados.

Nos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos todos os profissionais a exercer funções no Serviço de Urgência de Obstetrícia do Hospital de S. João, no Porto, EPE e foram excluídos todos os profissionais que não exerciam funções no Serviço de Urgência de Obstetrícia, no Porto, EPE

2.4 Instrumentos de Colheita de Dados: Questionários

Foi utilizada a versão Portuguesa do MBI (anexo A e figura 1) validada pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional em 1999. O MBI é um instrumento de auto-avaliação, construído por Maslach e Jackson em 1981, sendo constituído na versão actual por 22 questões tipo *likert*, com sete níveis que vai de 0 (nunca) a 6 (todos os dias).

Figura 1: Questionário Versão Portuguesa do MBI

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

Comporta três sub-escalas que correspondem a três dimensões que avaliam possíveis manifestações de *burnout*, “Exaustão profissional”, “Despersonalização” e “Realização Profissional”, esta última inversamente relacionada com o síndrome. A primeira é avaliada pela soma de nove *itens*, a segunda por cinco e a terceira por oito (Maslach *et al.*, 1996).

Para a classificação de cada uma das três dimensões do *burnout*, que o MBI avalia e do próprio síndrome *burnout*, vão-se utilizar os valores de referencia norte-americanos, estabelecidos para os profissionais, e que se apresentam na tabela 2.1, uma vez que estes dados ainda não existem para a população portuguesa.

Tabela 2.1: Categorização dos Scores do MBI para Profissionais Adaptado de Maslach *et al.*, 1996

Subescalas do MBI	Nível de <i>burnout</i>		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	≤19	19-26	≥27
Despersonalização	≤5	6-9	≥10
Realização Pessoal	≥40	39-34	≤33

Para a recolha dos dados sócio-demográficos e laborais, elaborou-se de novo um questionário com cinco perguntas fechadas (anexo B e figura 2). Os dados sócio-demográficos recolhidos foram: sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, profissão, número de filhos.

Figura 2: Questionário de Variáveis Sócio-demográficas

Questionário Sócio-demográfico aos Profissionais 2008

As más posturas profissionais apresentam-se actualmente como um grave e emergente problema de saúde pública. O movimento é um dos factores que previne o aparecimento de doenças e dor nas articulações. As doenças ocupacionais e o síndrome de *burnout* constituem as principais patologias que afectam os profissionais de saúde. É importante que responda com sinceridade, expressando as suas opiniões pessoais e não da forma como julga que deveria responder. A confidencialidade das suas respostas está assegurada.

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

Coloque uma cruz no quadrado correspondente aos seus dados de identificação

1 – Sexo e idade		
Feminino,		Masculino
(anos)	,	
2- Estado Civil		
Solteira(o)	Divorciada(o)	Viúva(o)
Casada(o) ou União de facto		
3 – Grau académico (indicar o grau académico <u>mais elevado</u>)		
1º ciclo	2º ou 3º ciclo	12º ano
Bacharelato	Licenciatura	
Pós-Graduação	Especialidade	
Mestrado	Doutoramento	
4 – Sexo e Idade do(s) filho(s)		
Feminino		Masculino
(anos)	,	
Feminino		Masculino
(anos)	,	
Feminino		Masculino
(anos)	,	
5 – Profissão: _____		

De modo a poder avaliar algumas questões de natureza bioética, analisadas no presente trabalho foi construído de novo um questionário. Assim, os dados de carácter bioético avaliados no exercício das funções dos profissionais foram: o princípio da Beneficência, a experiência profissional, o nível de competências e os conflitos entre a competência técnica e legal. Avaliadas pelo nível de concordância com as afirmações (anexo C e figura 3).

Não foi possível no âmbito do trabalho validar este instrumento o que se pretende efectuar futuramente. No entanto este instrumento foi avaliado por um painel de especialistas sendo assim aplicado como um estudo piloto.

Figura 3: Questionário para as Afirmções Bioéticas

+

Questionário de opinião em bioética aos Profissionais 2008

As más posturas profissionais apresentam-se actualmente como um grave e emergente problema de saúde pública. O movimento é um dos factores que previne o aparecimento de doenças e dor nas articulações. Avaliação da dimensão bioética no exercício profissional. É importante que responda com sinceridade, expressando as suas opiniões pessoais e não da forma como julga que deveria responder. A confidencialidade das suas respostas está assegurada.

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

Coloque uma cruz no quadrado correspondente à sua opinião

6- Por favor diga, a sua opinião relativamente às seguintes afirmações:		
Na minha actividade é crucial, o sentido de conduzir a favor do bem presumido do OUTRO.	concordo	não concordo
A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno da profissão.	concordo	não concordo
Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, para o desempenho das minhas competências.	concordo	não concordo
Os conflitos provocados pelas inovações entre a competência técnica e a ordem legalmente estabelecida podem ser indutores de stress.	concordo	não concordo
Na minha prática profissional posso vir a ter dificuldade em lidar com dilemas bioéticos / de decisão Bioética, o que poderá ser indutor de stress.	concordo	não concordo
A interpercepção nas relações pessoais, a preocupação e a solicitude em relação aos outros são competências fundamentais ao exercício do profissional de saúde.	concordo	não concordo

2.5 Tratamento da Informação

Na análise descritiva da amostra, foram aplicadas estatísticas de sumário apropriadas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas.

O tratamento e análise dos dados foram feitos através de tratamento estatístico apropriado utilizando o programa informático SPSS[®] Versão 16.0 (Statistical Package for Social Sciences) para o Windows.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS

3.1 Caracterização *Sócio-Demográfica da Amostra*

O presente estudo, pretendeu avaliar as dimensões do síndrome de *burnout* numa equipe de Urgência de Obstetrícia do Hospital de S. João EPE, assim como avaliar a relação entre as dimensões do *burnout* e as características sócio-demográficas da amostra e ainda avaliar a relação entre algumas questões/princípios Bioéticos e os níveis de *burnout* no exercício profissional.

Como referido anteriormente a amostra do presente estudo é composta por 31 profissionais que exercem actividade no Serviço de Urgência de Obstetrícia no Hospital de. João EPE no Porto.

Desta amostra, a maior parte pertencia ao sexo feminino, mais concretamente 28 elementos, equivalente a 90% do total da amostra (Tabela 3.1). A restante percentagem (10%) foi composta por indivíduos do sexo masculino (3 casos). Em média os profissionais de saúde têm 39 anos de idade com um desvio padrão de 9 anos.

Tabela 3.1: Distribuição da amostra por sexo dos inquiridos

	Frequência	Percentagem
	n	%
Masculino	3	10
Feminino	28	90
Total	31	100

No que respeita ao estado civil, observa-se que a maioria 71%, são casados ou vivem em união de facto 19 % são solteiros, 10% são divorciados e 0% dos inquiridos assinalou a condição de viúvo (Tabela 3.2).

Tabela 3.2: Distribuição da amostra por estado civil

	Frequência	Percentagem
	n	%
Casados / União de facto	22	71
Solteiro	6	19
Divorciado	3	10
Viúvo	0	0
Total	31	100

Em relação às habilitações académicas, 21 dos inquiridos tem uma especialidade o que corresponde a 68% do total, 4 dos elementos são apenas licenciados o que corresponde a 13% do total, 3 possuem o 12º Ano (10% do total), 2 elementos o 2º e o 3º ciclo (6%) e apenas 1 dos inquiridos é doutorado (3%).

Tabela 3.3: Distribuição da amostra por Habilitações Académicas

	Frequência	Percentagem
	n	%
1º Ciclo	0	0
2º/3ºCiclo	2	6
12ºAno	3	10
Bacharelato	0	0
Licenciatura	4	13
Pós-graduação	0	0
Especialidade	21	68
Mestrado	0	0
Doutoramento	1	3
Total	31	100

Relativamente ao nº de filhos, com mediana (P₂₅-P₇₅), 1 filho por profissional.

No que concerne à profissão desempenhada no serviço alvo, 16 eram Enfermeiros Especialistas (52%), 8 Médicos (26%), 4 Auxiliares de acção médica 13%) 2 Enfermeiros (6%) e por ultimo 1 Administrativo (3%).

Tabela 3.4: Distribuição da amostra por profissão

	Frequência	Percentagem
	n	%
Enfermeiro	16	52
Enfermeiro Especialista	2	6
Médico	8	26
Auxiliar de Acção Médica	4	13
Administrativo	1	3
Total	31	100

3.2 Avaliação de Questões de Carácter Bioético Associadas ao Desempenho Profissional

No que diz respeito às afirmações que permitiram uma avaliação da dimensão Bioética e exercício profissional, relativamente à afirmação 1 todos os inquiridos responderam positivamente na sua relação com a actividade profissional e o bem presumido do outro (Tabela 3.5).

Em relação à afirmação 2, no que diz respeito à experiência profissional e à satisfação plena laboral dos 31 inquiridos, 22 encontravam-se não satisfeitos (71%) e 9 satisfeitos (29%). Quanto ao nível de preparação e desempenho das competências, afirmação 3, 24 elementos estavam satisfeitos (77%) e 7 não satisfeitos (23%).

A questão dos conflitos provocados pelas inovações e a indução de stress, avaliada pela afirmação 4, 28 inquiridos (90%) concordavam com a afirmação e as restantes 3 elementos (10%) não concordavam.

Quanto à questão dos dilemas bioéticos, na prática profissional, e a indução de stress, afirmação 5, 29 elementos (94%) responderam afirmativamente e os restantes 2 elementos (6%) negativamente.

Finalmente relativamente em relação à interpretação, preocupação e solicitude, na relação profissional de saúde/utilizador, analisada pela afirmação 6, todos os inquiridos, 31 elementos (100%) foram unânimes em concordar como sendo competências fundamentais no exercício de funções do profissional de saúde.

Tabela 3.5: Avaliação de algumas questões de carácter bioético relacionadas com o desempenho profissional

	n	%
Afirmção 1 – Na minha actividade é crucial, o sentido de conduzir a favor do bem presumido do Outro		
Concordo	31	(100)
Não concordo	0	(0)
Afirmção 2 – A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno da profissão		
Concordo	22	(71)
Não concordo	9	(29)
Afirmção 3 – Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, para o desempenho das minhas competências		
Concordo	24	(77)
Não concordo	7	(23)
Afirmção 4 – Os conflitos provocados pelas inovações entre a competência técnica e a ordem legalmente estabelecida podem ser indutores de stress		
Concordo	28	(90)
Não concordo	3	(10)
Afirmção 5 – Na prática profissional posso vir a ter dificuldade em lidar com dilemas bioéticos/de decisão Bioética, o que poderá ser indutor de stress		
Concordo	29	(94)
Não concordo	2	(6)
Afirmção 6 – A interpercepção nas relações pessoais, a preocupação e a solicitude em relação aos outros são competências fundamentais ao exercício do profissional de saúde		
Concordo	31	(100)
Não concordo	0	(0)

Como já referido anteriormente não foi possível, no âmbito do presente trabalho, validar este questionário pelo que estes resultados deverão ser interpretados como indicativos, sujeitos a confirmação posterior em instrumento validado.

3.3 Avaliação do Burnout, pelo Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI- HSS)

Relativamente à avaliação do *burnout* segundo o MBI-HSS forma contabilizados os totais para cada uma das três dimensões que o MBI contempla, em cada um dos questionários, procedeu-se à análise global desses valores. De referir que a contabilização de cada uma das dimensões, foi feita seguindo a grelha que acompanha o manual de instruções do MBI apresentada na tabela (Maslach *et al.*, 1996). É ainda de referir que a contabilização para a escala de realização pessoal é diferente, quando mais alto for o resultado menor é o nível de *burnout* apresentado e maior será a realização pessoal.

Em relação à sub-escala Exaustão Emocional (EE), a maioria dos profissionais de saúde apresentaram uma EE baixa (15-48%). Dos restantes 9 apresentaram uma EE média e 7 uma EE alta.

Tabela 3.6: Distribuição da amostra por Exaustão Emocional

	Frequência	Percentagem
	n	%
Baixo	15	48
Médio	9	29
Alto	7	23
Total	31	100

No que se refere à Despersonalização (DP), a grande maioria dos inquiridos apresentaram um nível baixo de DP (18-58%). Os restantes, 7 apresentaram um grau médio (23%) e 6 tiveram um nível alto de DP (19% do total) (Tabela 3.7).

Tabela 3.7: Distribuição da amostra por Despersonalização

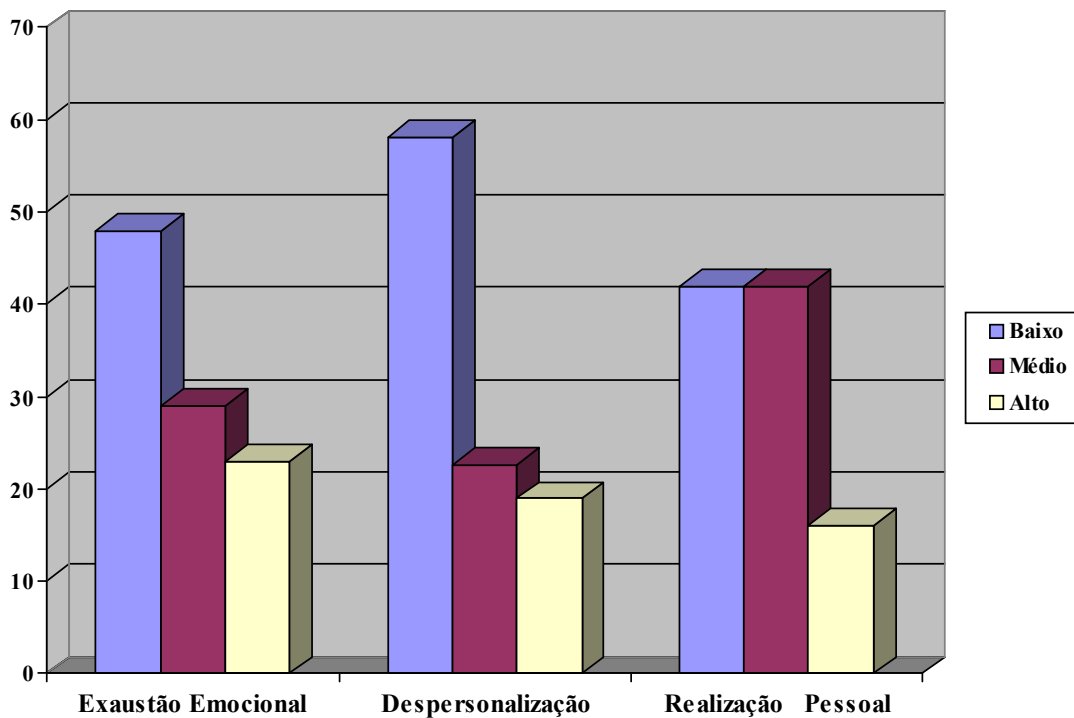
	Frequência	Percentagem
	n	%
Baixo	18	58
Médio	7	23
Alto	6	19
Total	31	100

A sub-escala Realização Pessoal (RP) apresentou valores de baixo nível de *burnout* com 42%, ou seja, ostentaram uma RP alta. O equivalente a 16% (5 elementos) exibiram resultados menos positivos e enunciaram uma baixa RP (alto nível de *burnout*). Os restantes 42% (13 elementos) exibiram resultados médios de RP (Tabela 3.8).

Tabela 3.8: Distribuição da amostra por Realização Pessoal

	Frequência n	Porcentagem %
Baixo	13	42
Médio	13	42
Alto	5	16
Total	31	100

Gráfico 3.1: Distribuição da amostra pelas três sub escalas que compõem o Síndrome de *Burnout* (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal)



Relativamente ao gráfico 3.1 destacam-se que baixos níveis de *burnout* conferem uma exaustão emocional e despersonalização baixa e uma alta realização pessoal.

No que diz respeito à variável sexo e à relação com as sub escalas (EE, DP, RD) verificou-se baixos níveis de *burnout* para ambos os sexos, excepto na DP em que 67% do sexo masculino referiram um alto nível de *burnout* (Tabela 3.9).

Tabela 3.9: Sub escalas por sexo (n=31)

	Feminino		Masculino	
	(n=28)		(n=3)	
Sub escalas, n (%)				
Exaustão, mediana (P25-P75)				
	20	(13-24)	6	(5-27)
Baixo	13	(46)	2	(67)
Médio	9	(32)	0	(0)
Alto	6	(21)	1	(33)
Despersonalização, mediana (P25-P75)				
	3	(1-7)	12	(0-17)
Baixo	17	(61)	1	(33)
Médio	7	(25)	0	(0)
Alto	4	(14)	2	(67)
Realização pessoal, mediana (P25-P75)				
	39	(35-42)	38	(26-48)
Baixo	12	(43)	1	(33)
Médio	12	(43)	1	(33)
Alto	4	(14)	1	(33)

Em relação à variável idade foi possível constatar que os níveis de *burnout*, correspondentes à EE, DP e à RP situaram-se nos valores médios e com idades compreendidas entre 34 e os 47 anos (Tabela 3.10).

Tabela 3.10: Sub escalas por idade (n=31)

	Idade	
Sub escalas, n (%)		
Exaustão, mediana (P25-P75)		
Baixo	36	(30-46)
Médio	39	(34-40)
Alto	38	(37-47)
Despersonalização, mediana (P25-P75)		
Baixo	38	(34-44)
Médio	39	(34-47)
Alto	36	(30-47)
Realização pessoal, mediana (P25-P75)		
Baixo	38	(35-40)
Médio	40	(34-47)
Alto	35	(25-38)

Tendo em conta a variável estado civil verificou-se que os níveis de *burnout* em relação às sub escalas centraram-se em níveis baixos, com maior representação para os profissionais casados ou em união de facto com excepção da sub escala RP em que o *burnout* atingiu níveis médios (Tabela 3.11).

Tabela 3.11: Sub escalas por estado civil (n=31)

	Solteiro/Divorciado (n=9)	Casado/União de facto (n=22)
--	--------------------------------------	---

Sub escalas, n (%)				
Exaustão, mediana (P25-P75)	20	(16-25)	19	(11-22)
Baixo	4	(44)	11	(50)
Médio	3	(33)	6	(27)
Alto	2	(22)	5	(23)
Despersonalização, mediana (P25-P75)	7	(0-10)	3	(1-7)
Baixo	4	(44)	14	(64)
Médio	2	(22)	5	(23)
Alto	3	(33)	3	(14)
Realização pessoal, mediana (P25-P75)	36	(35-42)	39	(35-42)
Baixo	4	(44)	9	(41)
Médio	3	(33)	10	(45)
Alto	2	(22)	3	(14)

Ainda no decurso do presente estudo, procedeu-se à avaliação da relação da dimensão Bioética e as sub escalas do *burnout*. Neste enquadramento aferiu-se que os resultados globais do *burnout* expostos anteriormente (Nível Baixo) estavam em consonância com os que se obtiveram quando relacionados com as afirmações em causa, atingindo valores médios baixos de *burnout* representados nas tabelas 3.12, 3.13, 3.14.

Tabela 3.12: Avaliação de algumas questões de carácter bioético relacionadas com a Exaustão

	Exaustão					
	Baixo		Médio		Alto	
Afirmção 1 – A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno da profissão						
Concordo	10	(45)	7	(32)	5	(23)
Não concordo	5	(56)	2	(22)	2	(22)
Afirmção 1 – Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, para o desempenho das minhas competências						

Concordo	14	(58)	7	(29)	3	(13)
Não concordo	1	(14)	2	(29)	4	(57)
Afirmção 1 – Os conflitos provocados pelas inovações entre a competência técnica e a ordem legalmente estabelecida podem ser indutores de stress						
Concordo	12	(43)	9	(32)	7	(25)
Não concordo	3	(100)	0	(0)	0	(0)
Afirmção 1 – Na prática profissional posso vir a ter dificuldade em lidar com dilemas bioéticos/de decisão Bioética, o que poderá ser indutor de stress						
Concordo	13	(45)	9	(31)	7	(24)
Não concordo	2	(100)	0	(0)	0	(0)

Tabela 3.13: Avaliação de algumas questões de carácter bioético relacionadas com a Despersonalização

	Despersonalização					
	Baixo		Médio		Alto	
Afirmção 1 – A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno da profissão						
Concordo	12	(55)	6	(27)	4	(18)
Não concordo	6	(67)	1	(11)	2	(22)
Afirmção 1 – Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, para o desempenho das minhas competências						
Concordo	15	(63)	4	(17)	5	(21)
Não concordo	3	(43)	3	(43)	1	(14)

Afirmação 1 – Os conflitos provocados pelas inovações entre a competência técnica e a ordem legalmente estabelecida podem ser indutores de stress

Concordo	15	(54)	7	(25)	6	(21)
Não concordo	3	(100)	0	(0)	0	(0)

Afirmação 1 – Na prática profissional posso vir a ter dificuldade em lidar com dilemas bioéticos/de decisão Bioética, o que poderá ser indutor de stress

Concordo	16	(55)	7	(24)	6	(21)
Não concordo	2	(100)	0	(0)	0	(0)

Tabela 3.14: Avaliação de algumas questões de carácter bioético relacionadas com a Realização Pessoal

	Realização Pessoal					
	Baixo		Médio		Alto	
Afirmação 1 – A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno da profissão						
Concordo	9	(41)	9	(41)	4	(18)
Não concordo	4	(44)	4	(44)	1	(11)
Afirmação 1 – Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, para o desempenho das minhas competências						
Concordo	11	(46)	9	(38)	4	(17)
Não concordo	2	(29)	4	(57)	1	(14)
Afirmação 1 – Os conflitos provocados pelas inovações entre a competência técnica e a ordem legalmente estabelecida podem ser indutores de stress						

Concordo	11	(39)	13	(46)	4	(14)
Não concordo	2	(67)	0	(0)	1	(33)

Afirmação 1 – Na prática profissional posso vir a ter dificuldade em lidar com dilemas bioéticos/de decisão Bioética, o que poderá ser indutor de stress

Concordo	12	(41)	13	(45)	4	(14)
Não concordo	1	(50)	0	(0)	1	(50)

CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO

O mundo do trabalho, é um dos contextos onde as pessoas passam a maior parte da sua vida, e assim sendo, todos necessitamos de sentir o trabalho como uma fonte de desenvolvimento pessoal e profissional, o que nem sempre acontece, surgindo desta forma o stress laboral o qual pode conduzir ao desenvolvimento de um estado crónico denominado de síndrome de *burnout* (Vara *et al.*, 2007).

Sendo este fenómeno muito associado às profissões assistências (Hilton *et al.*, 2010; Blais *et al.*, 2010), em particular nos profissionais de saúde e em todos aqueles que trabalham em ambiente hospitalar (Christofoletti *et al.*, 2008), foi objectivo deste trabalho avaliar a existência de *burnout* assim como a sua associação com variáveis sócio-demográficas e a interacção deste síndrome com os dilemas bioéticos no exercício da profissão, nos profissionais do Serviço de Urgência de Obstetrícia do Hospital de S. João EPE no Porto.

Apesar de alguns autores referirem que a síndrome de *burnout* é relevante nos profissionais de saúde, apontando a área clínica de Ginecologia e Obstetrícia como uma das mais afectadas na classe médica (Prins e tal.2010; Muecke, 2005), tendo em conta os resultados obtidos neste estudo preliminar, podemos dizer que a interpretação destes exigem precaução por não respeitarem os critérios de indicação referidos por Maslach *et al.*, (1996) e apesar de não se enquadrarem segundo a classificação do MBI, os níveis de *burnout* para as sub escalas EE, DP e RP obtiveram valores médios de *burnout* baixos.

Desta forma e tendo em conta o facto de se tratar de um estudo preliminar, com uma amostra (n=31) que pode não ser representativa do universo dos profissionais de Serviço de Urgência de Obstetrícia, constituindo uma das limitações deste estudo não permite assim generalizar a classificação do síndrome de *burnout* aos profissionais do Serviço. No entanto, de acordo com os dados alcançados neste estudo, a obtenção de um *burnout* baixo pode ser devido ao grau académico e profissional sendo de realçar da Enfermagem que neste estudo é composto por dezasseis especialistas.

A especialização por parte dos profissionais de saúde assume um papel importantíssimo dado as exigências impostas pela inovação tecnológica e pelo conhecimento científico. A consciencialização social acerca do bem saúde impõe nova política organizacional levando à implementação de modelos de gestão, que visam a maximização dos resultados mas também a adaptação dos profissionais a novos desafios.

Um *staff* devidamente equipado das suas competências estará mais apto auxiliando na implementação de novas políticas de gestão, como mais habilitado para fazer frente às mudanças sociais (Noblet e La Montagne, 2006).

Outro factor que influencia a diminuição do *stress* ocupacional e ajuda na implementação de novas estratégias de gestão é a protocolização dos procedimentos nos cuidados de saúde tendo como principais objectivos a tomada de decisão baseada na evidência, a uniformização dos resultados fomentando a responsabilidade profissional e a melhoria na prestação de cuidados de saúde. Tratando-se de um Serviço de Urgência de Obstetrícia em que os imprevistos e riscos clínicos se intensificam, a existência de protocolos de Medicina Materno-Fetal elaborados e publicados pela Direcção do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de S. João EPE no Porto poderá ser um factor decisivo para obtenção destes resultados (Campos *et al.*, 2008).

A este propósito parece-nos relevante que, das três dimensões a RP é alta, tendo em conta a análise das tabelas 3.13, 3.14, e 3.15, tal situação poderá ser explicada pelo grau de satisfação no trabalho que está associada à saúde dos profissionais. Assim, Herzberg na sua teoria da Higiene-motivação (1959) considerou existir dois tipos de factores de trabalho: intrínsecos (factores de motivação que promovem a satisfação profissional) e extrínsecos (factores higiénicos que impedem a satisfação profissional). Considerou como factores intrínsecos do trabalho a realização de tarefas, o reconhecimento por essa realização, a natureza do próprio trabalho, a responsabilidade envolvida e o crescimento proporcionados. Considerou como factores extrínsecos do trabalho a política e administração da organização, a supervisão as relações interpessoais, as condições de trabalho, o salário e a segurança (Hespanhol, 2008).

Os factores higiénicos, quando satisfeitos, tendem a eliminar a insatisfação mas pouco motivam o indivíduo para melhorar o desempenho e aumentar a capacidade no trabalho. Os factores de motivação permitem contudo, ao indivíduo crescer e desenvolver e muitas vezes aumentar as suas próprias capacidades. Assim os factores higiénicos afectam a boa vontade do indivíduo enquanto que os motivadores afectam a capacidade do indivíduo (Hespanhol, 2008).

Maslow (1954) defende na sua teoria da Motivação e de hierarquia de necessidades humanas que quando as necessidades de auto-estima estiverem de alguma forma satisfeitas, as necessidades de auto-actualização ficam a dominar e a motivar o comportamento do indivíduo. A auto-actualização é a necessidade que os indivíduos

têm de maximizar o seu próprio potencial, ou seja elevando a sua realização profissional (Hespanhol, 2008).

Foi também objectivo deste trabalho e tendo em atenção ao número reduzido da amostra (n=31) propôs-se relacionar as dimensões que constituem o síndrome de *burnout* (EE, DP e RP) com as variáveis sócio-demográficas como o sexo, a idade, o estado civil e as categorias profissionais. Perante os resultados preliminares obtidos tentaremos interpreta-los à luz de outros estudos.

No que diz respeito à idade podemos verificar que nos indivíduos mais velhos (39-40 anos) os níveis de *burnout* para as sub escalas EE, DP e RP situaram-se em valores médios, emergindo a faixa etária dos 34 anos, o valor de idade a partir do qual os níveis das Sub escalas tendem a aumentar. Neste sentido, os indivíduos com uma faixa etária entre os 25-38 anos de idade são os que têm valores médios baixos e EE e valores médios altos de RP.

No que concerne à bibliografia existente não se verifica consenso quanto à relação estabelecida entre a idade e o aparecimento de *burnout*.

Assim os estudos que documentam os resultados similares justificam que o factor idade faz-se sentir também em relação à dimensão fisiológica do stress, ou seja á medida que a idade aumenta, aumenta a vulnerabilidade e as complicações do estado de saúde do profissional/ individuo (Ramos, 2001). Também Benevides-Pereira (2003) verificou que á medida que aumentava a idade, aumenta o nível de EE. Em sentido contrário surgem estudos (Carlotto *et al.*, 2006; Adám *et al.*, 2009), realizados em estudantes universitários na área da saúde onde se verifica que quanto menor a idade dos indivíduos, maior são os níveis de EE e DP e menores os de RP. Apontam para este facto, a necessidade de jovens profissionais precisarem de lidar com as novas realidade da actividade laboral, necessitando de mais autonomia e responsabilidade.

Também para Maslach *et al.*, (2001), são os indivíduos mais jovens que apresentam maiores níveis de *burnout*, não especificando contudo a dimensão. De referir que uma das consequências de se apresentarem valores elevados enquanto jovens, será desistir-se precocemente da profissão (Cardoso; 2002) conclui no seu estudo que o nível de *burnout* nos jovens é maior, diminuindo o síndrome à medida que a idade avança.

Relativamente à variável sexo, o nível de *burnout* situa-se baixo para ambos os sexos sendo de realçar que dos três indivíduos do sexo masculino que constituem a amostra, dois deles apresentaram nível de DP alto.

De acordo com Maslach *et al.*, (2001), este concluiu que a variável sexo não influi no aparecimento do *burnout* no entanto à estudos que apontam o sexo feminino como as mais afectadas. No estudo realizado por Pereira (2007) no que diz respeito à variável sexo verificou-se uma diferença significativa na sub escala da EE, em que os elementos do sexo feminino apresentam níveis mais elevados, do que o sexo masculino. Gallegari (2000) afirma que a capacidade de adaptação ao stress é quase idêntica na mulher e no homem, já que uma situações favorecem o sexo feminino e outras o sexo masculino. Piko (2005), num estudo realizado nos dois maiores hospitais da Hungria em profissionais de saúde revelou que, as mulheres reportam maiores níveis de sintomas de *burnout* que os homens. Para Ramos (2001) e Truchot (2004), as mulheres são mais vulneráveis ao stress, pois estas, podem experimentar uma intensificação deste em função dos papéis – mãe, esposa, dona de casa e os estereótipos profissionais e sociais.

De facto, estudos realizados no desenvolvimento do stress relacionado com o síndrome de *burnout* e a depressão, apontam para uma desregulação na activação do eixo do hipotálamo-adenohipofise e consequentemente uma hiper ou hipo produção de cortisol. Os estudos experimentais referem diferentes respostas em função do sexo, apresentando para o sexo masculino uma maior produção de cortisol em resposta ao stress quando comparada com o sexo feminino. Esta poderá ser uma explicação para o facto do sexo masculino apresentar elevada prevalência de doenças cardio-vasculares e diabetes. Por outro lado, uma baixa produção de cortisol observada nas mulheres poderá estar associada a um maior risco de doenças auto-ímmunes assim como a depressão e a ansiedade tornando-as mais vulneráveis ao síndrome de *burnout* em particular na sub escala de EE (Kudielka *et al.*, 2005; Kowalski *et al.*, 2010; Nédic *et al.*, 2010).

Os valores médios de *burnout* obtidos nas sub escalas por estado civil foram baixos, quer para os indivíduos casados/união de facto, quer para os solteiros/divorciados provavelmente este deve-se ao facto da EE ser baixa na avaliação global. No entanto, a literatura aponta para níveis de *burnout* mais elevados nos indivíduos solteiros e em especial nos homens Maslach *et al.*, (2001). Os indivíduos casados apresentam melhores valores médios de *burnout* em particular na sub escala de DP (Poghosyanl *et al.*, 2009).

Apesar da literatura evidenciar as categorias profissionais em causa neste estudo (enfermeiros, obstetras e ginecologista, auxiliares e administrativos) como uma actividade laboral de risco para o desenvolvimento do síndrome de *burnout*, esta situação não se verificou salientando mais uma vez a importância da gestão

organizacional do serviço pela implementação de protocolos de actuação (Prins, 2010; Blais *et al.*, 2010; Adám *et al.*, 2009; Shanafelt, 2010;).

No que diz respeito à análise das questões bioéticas no exercício da actividade profissional e os níveis de *burnout*, estes parecem apontar níveis baixos em todas as sub escalas estando em conformidade com os valores médios obtidos na avaliação global do síndrome de *burnout*.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo piloto, parece haver uma relação entre a dimensão Bioética e o síndrome de *burnout*, podendo a primeira induzir um diminuição do *stress* ocupacional na prática clínica.

Relativamente à primeira afirmação evidencia-se o primado do reconhecimento da eminência da dignidade da pessoa humana como um marco axiológico fundamental não apenas nas questões éticas relacionadas com o exercício clínico/ a ética em cuidados de saúde, mas também tudo o que interfere com o fenómeno vital (Serrão *et al.*, 1999). Para resolver o conflito latente entre a deontologia e o utilitarismo na prestação de cuidados de saúde promovida pela assustadora evolução tecnológica biomédica tornou-se fundamental a idealização de um conjunto de princípios criados por Beauchamp e Childress (1994) que, em sua opinião seriam o pilar estrutural da ética nos cuidados de saúde.

A excelência da prática clínica deve pautar-se pela doutrina do melhor interesse do utilizador. Na esfera decisória, um meio de alcançar um consenso no que respeita às normas de actuação será, a aplicação dos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, uma vez que não é a existência de princípios formais, ainda que estatuidos em códigos de actuação profissional mas, a assunção desta responsabilidade (Fortes, 2008).

As afirmações dois, três, quatro e cinco evidenciam a importância da satisfação profissional, os conflitos intra e interpessoais na prática clínica que se caracterizam pela articulação de por vezes de valores contraditórios sobre o significado e o alcance da intervenção na área da saúde. Também aqui os níveis de *burnout* para a EE, DP e RP foram baixos, mais uma vez em consonância com o nível obtido na avaliação do síndrome.

Mais uma vez estes resultados parecem apontar para a importância da formação dos profissionais não só no domínio da técnica mas também na formação de valores éticos respeitando o utilizador como um ser único e auto-determinado, constituindo assim os pilares da relação contratual entre profissional de saúde/utilizador. A natureza

contratual da relação clínica é alicerçada na doutrina do consentimento informado e no respeito pela dignidade da pessoa que se encontra vulnerável (Nunes e Brandão, 2007).

No que respeita à afirmação seis, a unanimidade das respostas (100%) pode estar relacionada com o grau de consciência e formação dos profissionais relativamente às suas competências deontológicas e Bioéticas. Esta afirmação pode salientar a importância do equilíbrio na relação da vida profissional com a pessoal e a consciencialização dos valores éticos no exercício da actividade laboral com o utilizador e restante equipa profissional (Michelsem, 2010).

CAPÍTULO 5: CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Neste capítulo iremos proceder a uma reflexão crítica sobre os aspectos mais específicos, concretamente acerca dos resultados obtidos perante os objectivos que traçamos e delinearíamos algumas considerações gerais de modo a sintetizar os momentos mais relevantes no contexto do trabalho que levamos a cabo. Gostaríamos de alguma forma justificar a sua relevância no âmbito das mudanças que ocorrem actualmente nas políticas de gestão das organizações no sector da saúde e o impacto nos profissionais no âmbito da saúde ocupacional.

Ao contextualizar a temática em estudo procuramos abordar as prioridades em saúde, a humanização e a responsabilidade social das organizações como indicador de satisfação de profissionais no contexto do *stress* ocupacional salientando a prestação dos cuidados em saúde como um acto verdadeiramente ético e indissociável da competência técnica durante a actividade laboral.

Consideramos importante avaliar o nível de *burnout* dos profissionais de um serviço de urgência hospitalar e a relação com variáveis sócio-demográficas assim como, estabelecer a relação deste com o comportamento ético no exercício profissional.

O primeiro resultado obtido a partir do presente trabalho foi o nível de *burnout* nos profissionais do Serviço de Urgência de Obstetrícia do Hospital de S. João, EPE, que se situou num nível baixo reflectindo *stress* ocupacional crónico com baixo impacto na actividade laboral.

Os resultados globais alcançados apontam para níveis de *burnout* baixos mesmo quando relacionados com as variáveis sócio-demográficas do estudo.

Adicionalmente os resultados obtidos nas sub escalas de *burnout* (EE, DP e RP) quando relacionados com as afirmações de carácter bioético apontam para uma consonância de resultados salientando a importância da valorização dos princípios orientadores da actividade profissional, assentando nos cinco pilares da Bioética. Estes resultados podem ser indicadores da importância atribuídos pelos profissionais à formação em Bioética e no domínio tecnológico e científico podendo traduzir baixos níveis de *stress* ocupacional, conduzindo a elevados níveis de satisfação na relação profissional/utilizador confluindo nas reais necessidades da comunidade e exigências das organizações de saúde.

Fica em aberto, em jeito de perspectivas futuras não só aumentar o tamanho da amostra mas também relacionar novas variáveis sócio-demográficas nomeadamente o tempo de exercício profissional, a carga de horário de trabalho e a prática de actividades de lazer com o objectivo de identificar potenciais de risco no desenvolvimento do síndrome de *burnout*.

Fica em aberto saber qual a percepção do estado de saúde do profissional utilizando o instrumento genérico que avalia a qualidade de vida intitulado, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*. Dada a relevância deste indicador na manutenção da *performance* das organizações e o seu impacto no âmbito das doenças ocupacionais, estabelecendo relações entre a saúde e o bem-estar no local de trabalho e a sua relevância em saúde pública.

Finalmente importa reforçar que a promoção da saúde no local de trabalho é um investimento social e estratégico, uma vez que o futuro estado de saúde do país tem um forte impacto no seu desenvolvimento e influencia o grau de desigualdade económica e social entre os concidadãos.

BIBLIOGRAFIA

Revistas

Adám S, Tarzsa P, Gyorffy Z, Vörös, Kalabay L: Frequent high-level burnout among general practitioners and residents. *Orn Hetil* 150 n.7; 2009:317-323.

Albini E, Zoni S, Parrinello G, Benedetti L, Lucehini R: An Integrated Model for the Assessment of Stress related Risk, Factors in Health Care Professionals. *Ind Health*, 2010.

Anderson M, Rodney P, Reimer-Kirkham S, Browne J, Khan B, Lynam J: Inequities in health and healthcare viewed through the ethical lens of critical social justice: contextual knowledge for the global priorities ahead. *ANS Adv Nurs Sci* 32 n.4;2009: 282-294.

Backes D, Lunardi V, Lunardi W. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev Latino-Am Enfermagem* 14 n.1; 2006: 132-5.

Baerøe K: Priority-setting in healthcare: a framework for reasonable clinical judgments. *J Med Ethics* 35 n.8; 2009: 488-496.

Bakker A, Demerouti E, Euwema M: Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology* 10 n.2; 2005: 170-180.

Ballone G: Estress emgeral e no trabalho. *Psiweb Psiquiatria Geral* 4; 1999: 1-6.

Barbosa J, Beresin R: A síndrome de burnout em graduandos de enfermagem. *Eintein* 5 n. 3; 2007: 225-230.

Behruzi R, Hatem M, Frazer W, Goulet L, Li M, Misago C: Facilitations and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth* 10; 2010: 25.

Benavides-Pereira A, Moreno-Jiménez B: O burnout e o profissional de psicologia. *Revista Electrónica Inter Acção Psy* 1 n.1; 2003: 68-75.

Blais R, Edlich RF, Hudson MA, Buschbacher R M, Winters K L, Britt L D , Cose M J, Becker D G: Devastating injuries in healthcare Workers: description of the crisis and legislative solution to the epidemic of back injury from patient lifting. *J Long Term Eff Med Implants* 15 n. 2; 2005: 225-241.

Blais R, Safianyck C, Magnam A, Lapiere A: Enquête auprès de médecins ayant utilisé le Programme d'aide aux médecins du Québec. *Can Fam Physician* 56; n.10; 2010: 383-389.

Buchan A, Currie C, Lourey J, Duggan R: Australian clinical practice guidelines- a national study. *Med J Aust* 192 n.8; 2010:490-494.

Brugera M: La prevenció de la síndrome del Metge Cremat, una assignatura pendent. *Annals de Medicina* 84 n.2; 2001: 93-94.

Bruni R, Lampacis A, Levinson W, Martin D: Public views on a wait time management initiative: a matter of communication. *BMC Health Services Research* 10; 2010: 228.

Carlotto M, Nakamura A, Câmara S: Síndrome de burnout em estudantes universitários na área da saúde. *PSICO* 37 n.1; 2006:57-62.

Cebrià J, Corbella S: La síndrome del burnout: el pes de la personalitat. *Annals de Medicina* 84 n.2; 2001: 90-92.

Christofolletti G, Pinto S, Vieira A: Análise das Condições Físico-Mentais de Funcionários do Setor de Pediatria do Hospital das Clínicas de Goiânia. *Revista Movimenta* 1 n.1; 2008: 7-10.

Clingerman E, Fowles E: Foundations for social justice –based actions in maternal/infant nursing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 39 n. 3; 2010: 320-327.

Crane M: Why Burned- out doctors get sued more often. *Med Econ* 75 n.10; 1998: 210-212, 215-218.

De Vos M, Graafmans W, Koaistra M, Meijboon B Van Der Voort P, Westert G: Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care* 21 n. 2; 2009: 119-129.

Dolan L, Martin D: Backage in gynaecologists. *Occupational Medicine* 51; 2001: 433-438.

Elias M, Navarro V: A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negativamente e positivamente no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital escolar. *Ver Latino-Am Enfermagem* 14 n.4; 2006:5 17-525.

Fischer J, Thayer J: Invited Commentary: Tapping the Tip of the Iceberg. *Am J Epidemiol* 163; 2006: 888-890.

Formighieri V: Burnout em Fisioterapeutas: influência sobre a actividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2003: 7-37

Fortes P: Reflexão Bioética sobre a Priorização e o Racionamento de Cuidados de Saúde. *Cad Saúde Pública*, 24 n.3; 2008: 696-701.

Freitas F: O esgotamento (burnout) nos Professores. *Millenium- Revista di Instituto Superior Politécnico de Viseu* 15 n.4; 1999: 1-2.

Freudenberger H: Staff burnout. *Journal of Social Issues* 30 n.1; 1974: 159-165.

- Garneau J: Le burnout: Prévention et solutions. *La Lettre du Psy* 4 n.2 ; 2001 : 1-7.
- Garrafa V, Solbakk H, Vidal S, Lorenzo C: Between the needy and the greedy: the quest for a just and fair ethics of clinical research. *J Med Ethics* 36 n.8; 2010: 500-504.
- Gil-Monte P: El síndrome de quemarse por el trabajo em enfermeria. *Revista Electrónica Inter Ação Psy* 1 n.1; 2003: 19-33.
- Giraldes M: Eficiência Versus Qualidade no Serviço Nacional de Saúde. *Acta Med Port* 21 n.5; 2008: 397-410.
- Glass D, Mcknigh J: Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 n.1; 1993: 147-155.
- Grajew O: Evolução e perspectiva da responsabilidade social. *Jornal Valor económico*. Edição n.301:2001
- Grunfeld E, Whelan T, Zelsberger L, Willan A, Montesant B:Câncer care worker in Ontário: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 163n.2; 2000: 166-169
- Guedes R: Responsabilidade social e cidadania empresariais: novos conceitos estratégicos para as empresas face à globalização. São Paulo: PUC/SP, 2000.
- Goetzel R, Ozminkowski R: the health and cost benefits of work site health-promotion promotion programs. *Annu REV Public Health* 29; 2008; 303-323.
- Goetzel R, Shechter D, Ozminkowski R, Marnet P, Tabrizi M, Roemer E: Promising Pratices in efforts: findings from a benchmarking Stydy. *J Occup Environ Med* 49 n.2; 2007: 111-130
- Hilton M, Whiteford A: Interacting with the public as a rish factor for employee psychological distress. *B M C Public Helth* 10; 2010: 435.
- Irvine L, Elliott L, Wallace M, Crombie K: A review of major influences on current public health policy in develop countries in the second half of the 20th century. *J R Soc Promot Health* 126 n.2; 2006: 73-78
- Keeton K, Fenner D, Johnson T, Hayward R: predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstet Gynecol* 109 n.4; 2007:949-955
- Konteh F, Mannion R, Davies M: Undersing culture and culture management in the English NHS: a comparison of professional and patients perspectives. *J Eval Clin Prat* 2; 2010 In Press.
- Kowalski C, Driller E, Ernstmann N, Alich S, Karbach U, Ounmen O, Schulz-Nieswandt F, Pfaff H: Associations between emotional exhaustion, social capital workload, and latitude in decision- making among professionals working with people with disabilities. *Research in Developed Disabilities* 31; 2010: 470-479.

Kruger J, Morrel-Samuels S, Davis-Satterla L, Harris-Ellis B, Slonim A: Developing a cross-site evaluation tool for diverse health interventions. *Health Promot Pract* 11 n.4; 2010: 555-561

Kudielka B, Kirschbaum C: Sex differences in HPA axis responses to stress: a review. *Biological Psychology* 69; 2005 : 113-132.

Linzer M, Visser M, Oort F, Smets E, McMurray J, de Haes H: Predicting and preventing physician burnout: result from the United States and the Netherlands. *AM J Med* 111 n.2; 2001: 170-175

Limm H, Angerer P, Heinmueller M, Marten-Mittag B, Nater M, Guendel H: Self-perceived stress reactivity is an indicator of psychosocial impairment at the Workplace. *BMC Public Health* 10; 2010: 252.

Lombarts M , Rupp L, Vallejo P, Suñol R, Klazinga N: Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuLS project. *Qual Saf Health Care* 18 n.1; 2009: 28-37.

Lyons S, Specht J, Karlman S, Maas M: Everyday Excellence: A Framework for professional Nursing Practice in Long-Term Care. *Res gerontl Nurs* 1 n.3; 2008: 217-228.

Maghout-juratli S, Janisse J, Schwartz K, Arnetz B: The causal Role of Fatigue in the Stress-Perceived Health Relationship: a MetroNet Study.

Mariné A: Es possible prevenir el burnout? *Annals de Medicina* 84 n.2; 2001: 95-96

Marinescu L: Integrated approach for managing health risks at work – the role of occupational health nurses. *AAOHN J* 55 n.2; 2007:111-130.

Martin D, Singer P: A Strategy to Improve Priority Setting in Health Care Institutions. *Health Care Analysis* 11 n.1; 2003: 59-68.

Martins V: O stress e a exaustão no trabalho: satisfação profissional e burnout. *Jornal do centro Hospitalar de Lisboa Ocidental* n.8; 2006:10-11

Maslach C, Jackson S: The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 2; 1981: 99-113

Maslach C, Leiter M: Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology* 93 n.3; 2008: 498-512

Maslach C, Schaufeli W: Historical and conceptual development of burnout. In Schaufeli, MPB; MASLACH, C & MAREK, T. ED – Professional Burnout: Recent Development in Theory and Research . Taylor and Francis: Washington, 1993, 1-16

Maslach C, Schaufeli W, Leiter M: Job burnout anual revue of psychology 52; 2001: 397-422

Masnack K, McDonnell G: A model linking clinical workforce skill mix planning to health and health care dynamics. *Human Resources for Health* 8 n.11; 2010.

Mendes F: Incidência de burnout em professores universitários. Departamento de Engenharia de produção e sistemas, Programa de pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002: 17-42

Menon D, Stafinski T, Martin D: Priority-setting for health care: who, how, and is it far? *Health Policy* 84 n.2-3; 2007: 220-233.

Michelsen K: Health targets for health promotion in an area of conflict between individual freedom, state paternalism and common welfare. *Gesundheitswesen* 73 n.1; 2010: 41-47.

Mirvis D, Grany M, Kilpatrick A: Burnout among leaders of the department of Veterans Affairs medical center: Contributing factors as determined by a longitudinal study. *J Health Hum Serv Adm* 21 n.3; 1999: 390-412

Muecke S: Effects of rotating night shifts: literature review. *J Adv Nurs* 50 n. 4; 2005: 433-439.

Nagahama E, Santiago S: práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 24 n.8; 2008: 1859-1868

Nakao M: Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosocial Medicine* 4 n.4; 2010: 1-8.

Nédic O, Belkic, Filipovic D, Jovic N: Job Stressors among female physicians: relation to having a clinical diagnosis of hypertension. *Int J Occup Environ Health* 16 n.3; 2010: 330-340.

Noblet A, La Montagne A: The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health Promotion International*. 21 n.4; 2006: 346-353.

Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 14 n.2; 2006: 277-284.

Olusanya O: Global health priorities for developing countries: some equity and ethical considerations. *J Natl Med Assoc* 100 n.10; 2008: 1212-1217.

Peterson U: Stress and Burnout in healthcare worker. From the Department of Clinical Neuroscience section of personal injuries prevention, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden, 2008.

Piko B: Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*; 2005

Pires S, Mateus R, Camara J: Síndrome de Burnout nos Profissionais de saúde de um centro de atendimento a toxicodependentes. *Revista toxicodependências*, Edição IDT, V10 n.1; 2004: 15-23

Pletcher G: The Employee- Patient- Profit Chain in a traditional for-profit Hospital a longitudinal Case Study, PHD Dissertation. Capella University, 2000.

Poghosyan L, Aiken L, Sloan: Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross – sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies* 46; 2009: 894-902.

Prins J T, Hockstra-Weebers J E, Gazendam-Donofrio S M, Dillaingh G S, Bakker A B, Huisman M, Jacobs B, Heijden F M: Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Med Educ.* 44 n. 3; 2010: 236-247.

Pronovost J, Faden R: Setting priorities for patient safety: ethics. Accountability, and public engagement. *Jama* 302 n.8; 2009: 890-891.

Rosemberg-yunger Z, Daar A, Singer P, Martin D: Healthcare Sustainability and the challenges of innovation to biopharmaceuticals in Canada. *Health Policy*, 87 n.3; 2008: 359-368.

Rubinstein A, Pichon-Riviere A, Augustovski F: Development and implementation of health technology assessment in Argentina: Two steps forward and one step back. *Int J Technol Assess Health Care* 1; 2009: 260-269.

Santos F, Lima Filho D: Mudanças no trabalho e o adoecer psíquico na educação. *Universia*; 2005: 1-4

Shanafelt T, Balch C, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny P, Sloan J, Freischlag J. 252 n.4; 2010: 707

Shaw C: External quality mechanisms for health care: Summary of the expert project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *Int J Qual Health Care* 12 n.3; 2000: 169-175.

Sibbald S, Singer P, Upshur R, Martin D: Priority setting: What constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. *BMC Health Serv Res* 9 n.43; 2009.

Silva F: burnout: um desafio à saúde do trabalhador. *PSI Universidade Estadual Londrina* 2 n.1; 2000: 2-19-

Silva P: “ Percepção de Fontes de estresse Ocupacional, Coping e resiliência no Fisioterapeuta “ Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós- graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, Goiania, 2006:1-27.

Simões J: A prestação de cuidados de saúde em Portugal. *Acção Médica* 72 n.2; 2008: 95-106.

Sousa J: Impacto do stress ocupacional no bem-estar físico e emocional dos fisioterapeutas. *Fisionet jJornal* 1; 1998: 49-55

Thouteinsson E, Brown R: Mediators and moderators of the stressor –fatigue relationship in nonclinical samples. *J Psychosom Res* 66 n.1; 2009: 21-29

Tomlinson M, Swartz L, Officer A, Chan K, Rudan I, Sascena S: Research priorities for health of people with disabilities: an expert opinion exercise. *Lancet* 374 n.9704; 2009: 1857-1862.

Tourangean A, Craney L, Spence Laschinger K, Pachis J: Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care. *J NursManag* 18 n.8; 2010: 1060-1072.

Yoong W, Sanchez-Crespo J, Rob J, Parikh M, Melendez J, Pillai R, Opriou D: Sticks and stones may break my bones: work-related orthopaedic injuries sustained during obstetrics and gynaecology training. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 28 n.5; 2008: 478-481.

Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R: Setting priorities for health interventions in developing countries: a review of empirical studies. *Trop Med Int Health* 14 n.8; 2009: 930-939.

Varey R, Lewis B: A broadened conception of internal marketing. *European Journal of Marketing*. 33 n.9; 1999: 926-944.

Valk M, Oostrom C: Burnout in the medical profession- Causes, consequences and solutions. *Occupational health at work* 3 n.6; 2007: 1-5.

Vara N: Burnout e satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar. Mestrado em Psicologia de Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto; 2007: 19-39

Vieira I, Ramos A: Burnout na Clínica Psiquiátrica: relato de um caso. *Rev Psiquiatr RS* 28 n.3; 2006:352-356

Vital F, Alves H: the importance of welcoming new health care employees and its impact on work motivation and satisfaction. *Asia Pacific Journal of Business and Management* 1 n.1; 2010: 15-28.

Zoni S, Albin E, Benedetti L, Parrinello G, Lucchini R: Application of an integrated method for risk assessment of related work-stress in health care. *G Ital Med Law Ergon* 31 n.2; 2009: 217-220.

Livros:

Chiavenato I: Introdução à teoria geral da administração. 3ªed, São Paulo: McGraw-Hill do Brasil

Codo W: Educação: Carinho e trabalho: burnout a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Editora Vozes. Petrópolis 1999

Delbrouck M: Síndrome de exaustão (burnout). Manuais Universitários 1 n.47 Climepsi Editores 2003

Dejours C: O trabalho como enigma. In: Lancman S Sznelwar L (Orgs) Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho, Editora Paralelo 15/ Editora FisioCruz, Rio de Janeiro 2004

Gallegari A: Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão, Editora estampa, Lisboa , 2000

Maranda M, Gilbert M, Saint-Arnaud L, Vézina M: La détresse des médecins : un appel au changement. Quebec: Les Presses de l'Université Laval, 2006

Maslach C, Jackson S, Leiter M: Maslach burnout inventory manual. Palo Alto, CA, Consulting Phycologist Press, 3ª ed, California, 1996, 3-9

Maximiano A: Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital. Atlas, 2004

Mendes A: Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisas. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2007

Nunes R, Brandão C: Humanização da saúde. Associação Portuguesa de Bioética. Serviço de Bioética e Ética Médica (FMUP). Gráfica de Coimbra, Coimbra 2007.

Nunes R, Rego G: Prioridades na Saúde. Editora Mcgraw-Hill, Lisboa 2002

Pines A, Aronson E: Career burnout, causes and cures. Collier Macmillan Publishers, London 1989

Ramos M: Desafiar o desafio. Prevenção do stress no trabalho. Editora RH, Lisboa, 2010.

Rechel B, Wrigth S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M: Investing in hospitals of the future.

Schaufeli W, Enzmann D: the burnout companion to study and practice: a critical analysis. Taylor & Francis: London; 1998.

Serrão D, Nunes R: Ética em cuidados de saúde. Porto Editora, Porto 1999.

Truchot D: Épuisement professionnel et burnout – concepts, modèles, interventions. Dunod, Paris, 2004.

Anexos

Anexo 1

MBI – Malash Burnout Inventory

MBI – Maslach Burnout Inventory

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

INSTRUÇÕES:

Versão Portuguesa:

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

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

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

Com que frequência:

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

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

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

Anexo 2

Questionário Sócio-demográfico aos Profissionais



Questionário Sócio-demográfico aos Profissionais

2008

As más posturas profissionais apresentam-se actualmente como um grave e emergente problema de saúde pública. O movimento é um dos factores que previne o aparecimento de doenças e dor nas articulações. As doenças ocupacionais e o síndrome de *burnout* constituem as principais patologias que afectam os profissionais de saúde.

É importante que responda com sinceridade, expressando as suas opiniões pessoais e não da forma como julga que deveria responder. A confidencialidade das suas respostas está assegurada.

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

Coloque uma cruz no quadrado correspondente aos seus dados de identificação

1 – Sexo e idade

Feminino, Masculino

(anos) ,

2- Estado Civil

Solteira(o) Divorciada(o) Viúva(o)

Casada(o) ou União de facto

3 – Grau académico (indicar o grau académico mais elevado)

1º ciclo 2º ou 3º ciclo 12º ano

Bacharelato Licenciatura

Pós-Graduação Especialidade

Mestrado Doutoramento

4 – Sexo e Idade do(s) filho(s)

Feminino Masculino

(anos) ,

Feminino Masculino

(anos) ,

Feminino Masculino

(anos) ,

5 – Profissão: _____

Anexo 3

Questionário de Opinião em Bioética aos Profissionais



Questionário de opinião em bioética aos Profissionais

2008

As más posturas profissionais apresentam-se actualmente como um grave e emergente problema de saúde pública. O movimento é um dos factores que previne o aparecimento de doenças e dor nas articulações. Avaliação da dimensão bioética no exercício profissional.

É importante que responda com sinceridade, expressando as suas opiniões pessoais e não da forma como julga que deveria responder. A confidencialidade das suas respostas está assegurada.

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

Coloque uma cruz no quadrado correspondente à sua opinião

6- Por favor diga, a sua opinião relativamente às seguintes afirmações:

Na minha actividade é crucial, o sentido de conduzir a favor do bem presumido do OUTRO.	concordo <input type="checkbox"/>	não concordo <input type="checkbox"/>
A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno da profissão.	concordo <input type="checkbox"/>	não concordo <input type="checkbox"/>
Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, para o desempenho das minhas competências.	concordo <input type="checkbox"/>	não concordo <input type="checkbox"/>
Os conflitos provocados pelas inovações entre a competência técnica e a ordem legalmente estabelecida podem ser indutores de stress.	concordo <input type="checkbox"/>	não concordo <input type="checkbox"/>
Na minha prática profissional posso vir a ter dificuldade em lidar com dilemas bioéticos / de decisão Bioética, o que poderá ser indutor de stress.	concordo <input type="checkbox"/>	não concordo <input type="checkbox"/>
A interpercepção nas relações pessoais, a preocupação e a solicitude em relação aos outros são competências fundamentais ao exercício do profissional de saúde.	concordo <input type="checkbox"/>	não concordo <input type="checkbox"/>