

# **Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica**

Inês Guimarães Rento

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
Medicina  
(Mestrado Integrado)

Orientador: Professor Doutor Paulo Vitória  
Coorientador: Professora Doutora Célia Nunes

maio de 2020



## **Dedicatória**

Aos meus pais, avó e irmão.

Por serem a minha vida e por saber ser a deles.



## Agradecimentos

À Covilhã, por ser a casa do meu coração, e, hoje, o meu sinónimo de saudade.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior pelos ensinamentos formativos e pessoais.

Ao Professor Doutor Paulo Vitória, por ter aceite embarcar no mundo que foi esta investigação, pela motivação, empenho, paciência, prontidão e ajuda incansável que sempre teve para mim.

À Professora Doutora Célia Nunes, pelo tempo, dedicação (e sobretudo paciência), pela ajuda absolutamente imprescindível que foi à conclusão desta investigação.

À Doutora Cristina Morais, do IPO do Porto, que propulsionou e intermediou a participação desta instituição na nossa investigação – e que, mesmo durante uma pandemia, não me deixou sem uma palavra.

Aos familiares e amigos que são bem mais do que isso – a representação do apoio incondicional e a minha sorte grande.

Aos Caríssimos Amigos Tunantes, por me provarem que os amigos da faculdade são realmente amigos de Uma vida, pelas Noites que viraram dias, por Algumas das Melhores histórias que um dia terei para contar, e por serem incríveis como aspiro Um dia a Ser.

Aos *momentos que passam e histórias que ficam*, aos brindes e acordes. Aos projetos, reuniões e assembleias. A tudo o que vivi, tudo o que fiz e tudo o que não fiz, e a tudo o que tudo isso me ensinou e fez crescer.

Finalmente, ao João, por ter olhado.



## Resumo

**INTRODUÇÃO:** O Burnout é uma síndrome biopsicossocial associada à exposição crónica ao stress no trabalho. Foi definido por Maslach com base em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuída realização pessoal. Interfere com o bem-estar, diminui a produtividade e aumenta o risco de perturbações emocionais e ideação suicida. É, portanto, relevante avaliar o estado dos profissionais, nomeadamente os médicos da área oncológica, que diariamente lidam com situações de grande sofrimento, fim de vida ou patologia grave, e estão constantemente sob pressão para se manterem atualizados e não cometerem erros. As estratégias de coping utilizadas pelos profissionais para lidarem com estas situações e as medidas aplicadas pelas instituições para a prevenção ou tratamento do burnout são muito importantes para os outcomes em saúde. Decidimos avançar com uma investigação que visa avaliar a ocorrência de burnout nos médicos da área oncológica, bem como estratégias de coping utilizadas e medidas adotadas pelas instituições, e correlacioná-los entre si e com as características sociodemográficas da população em estudo.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo observacional tipo transversal, descritivo e correlacional. Entre fevereiro e março de 2020 foi aplicado aos médicos do IPO do Porto um questionário com quatro partes: caracterização sociodemográfica, Oldenburg Burnout Inventory, Brief COPE, e questões sobre a perceção pessoal do burnout e estratégias adotadas pelas instituições e entidades gestoras para a sua prevenção e tratamento.

**RESULTADOS:** Responderam ao questionário 29 médicos (taxa de resposta de aproximadamente 7%), dos quais 69% eram do sexo feminino, 55,2% tinham idade inferior a 40 anos, 55,2% eram solteiros ou divorciados e 96,6% tinham nacionalidade portuguesa. Eram Médicos Especialistas 72,4% dos participantes, 65,5% trabalhavam mais de 40 horas por semana, e tinham 10 ou menos anos de experiência na profissão 48,3%, na área da oncologia 58,6% e na instituição 58,6%. Obteve-se uma média global de burnout de 3,16 ( $\pm 0,74$ ), com uma média na dimensão “Distanciamento” de 2,99 ( $\pm 0,86$ ), e na dimensão “Exaustão” de 3,31 ( $\pm 0,77$ ). Uma parte considerável dos participantes (13,8%) referiu ter faltado ao trabalho no último semestre por sentimentos de esgotamento emocional.

Verificou-se que os médicos que admitem ter faltado no último semestre por sentimentos de esgotamento emocional apresentam um valor significativamente maior de distanciamento. Observou-se que quem trabalha há mais tempo na área da oncologia tem

tendência para apresentar valores mais elevados de distanciamento, e, que os médicos mais jovens (<40 anos) têm tendência para apresentar valores mais elevados de exaustão.

As estratégias de coping mais utilizadas são planeamento e coping ativo, e as menos utilizadas desinvestimento comportamental e uso de substâncias. As estratégias de autculpabilização, desinvestimento comportamental e uso de substâncias apresentaram uma correlação significativa e positiva com o burnout e as suas dimensões.

A maioria dos profissionais considera que o stress a que estão sujeitos tem implicações na sua saúde, qualidade de vida, e qualidade de cuidados prestados, e que os órgãos de gestão da instituição estão conscientes destas implicações. Quem considera haver implicações do stress na sua saúde apresentou valores significativamente mais elevados de burnout (e distanciamento). Por outro lado, quem considera que as entidades gestoras estão cientes das mesmas implicações na saúde, qualidade de vida e qualidade dos cuidados prestados apresentou valores significativamente mais reduzidos de burnout (e distanciamento). Foram apontadas medidas adotadas pelos órgãos de gestão para a prevenção ou tratamento do burnout na instituição (como a otimização e organização de recursos humanos, ações formativas, entre outros).

**CONCLUSÃO:** A amostra parece estar consciente dos riscos do burnout para a sua vida pessoal e profissional, o que se traduz numa utilização mais frequente de estratégias de coping adaptativo, e em níveis mais baixos de burnout. A relação que encontramos entre a ocorrência de faltas no último semestre e o burnout na sua dimensão distanciamento sugere que o absentismo é uma das principais consequências do burnout, com implicações negativas para o profissional e para a organização. A utilização de algumas estratégias de coping maladaptativo está associada a níveis mais elevados de burnout e/ou das suas dimensões. Por último, a maioria dos profissionais considera que os órgãos de gestão estão conscientes da problemática do burnout, e estão a responder com medidas preventivas e curativas para o combater.

## **Palavras-chave**

Burnout; médicos; oncologia; estratégias de coping.

## Abstract

**INTRODUCTION:** Burnout is a biopsychosocial syndrome associated with chronic occupational stress exposure. It was defined by Maslach based in three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and low personal accomplishment. It interferes with one's well-being, diminishes productivity and increases the risk of emotional disturbs and suicide thoughts. Therefore, it is relevant to evaluate the state of professionals, especially oncology physicians that deal with suffering, end-of-life or serious conditions, and are constantly under pressure to be up to date and to not make mistakes. The coping strategies they use to deal with these situations, as well as the measures taken by institutions to prevent or deal with burnout are very important for health outcomes. We decided to investigate the occurrence of burnout in oncology physicians, as well as the coping strategies they use and any measures taken by the institutions to deal with it, and correlate them with each other and with the sociodemographic determinants.

**MATERIALS AND METHODS:** This is an observational, descriptive and correlational study. The questionnaire was composed of four parts: sociodemographic characteristics, Oldenburg Burnout Inventory, BriefCOPE, and some questions about the perception of burnout and strategies adopted by the institutions for its prevention and treatment. It was presented to physicians from Porto's IPO.

**RESULTS:** The questionnaire was answered by 29 physicians (answering rate of approximately 7%), from which 69% were females, 55,2% were under 40 years old, 55,2% were single or divorced and 96,6% were of Portuguese nationality. 72,4% of them were attending physicians, 65,5% worked more than 40 hours per week, and 48,3% had 10 or less years of professional experience, 48,3% had worked in oncology for less than 10 years and 58,6% worked on that institution for less than 10 years. We calculated an average burnout level of 3,16 ( $\pm 0,74$ ), an average distancing level of 2,99 ( $\pm 0,86$ ) and an average exhaustion level of 3,31 ( $\pm 0,77$ ). A relevant number of physicians (13,8%) referred having missed at least one workday due to emotional exhaustion in the last semester.

The physicians who admitted having missed at least one workday in the previous semester due to emotional exhaustion had a significative higher level of distancing. The ones that have worked longer in oncology present a tendency to have higher distancing levels, and the younger ones (<40) have a tendency to have lower exhaustion levels.

The most used coping strategies were “Planning” and “Active Coping”, and the least used were “Behavioral disengagement” and “Substance Use”. “Self-blame”, “Behavioral disengagement” and “Substance Use” had a significant correlation with burnout and its dimensions.

Most physicians considered that the stress levels they’re exposed to have consequences in their health, quality of life and quality of their services, and that the institutions’ administrations are aware of these consequences as well. The ones who agree that these stress levels have consequences in their health showed to have significant higher levels of burnout (and distancing). On the other hand, the ones who consider that the administrations are aware of these consequences to professionals’ health, quality of life and quality of their services showed to have significant lower levels of burnout (and distancing). Some physicians pointed out measures taken by the institutions to prevent or treat burnout (e.g., optimize and reorganize human resources, formative actions, etc.).

**CONCLUSION:** Our sample seems to be conscious of the consequences of burnout in their personal and occupational lives, which results in a frequent use of adaptive coping strategies and lower levels of burnout. The relation we found between missing workdays due to emotional exhaustion and burnout suggests that absenteeism is one of burnout’s major consequences and has a negative impact on physicians and the institution they work at. The use of some maladaptive coping strategies is associated with higher levels of burnout and/or its dimensions. Lastly, the majority of physicians considers that the administrations are aware of the problem burnout represents and are acting, using preventive and curative measures to fight it.

## **Keywords**

Burnout; physicians; oncology; coping strategies



# Índice

1	Introdução	1
1.1	Objetivos	4
2	Metodologia	5
2.1	Caracterização do estudo e procedimento	5
2.2	População em estudo e amostra	5
2.4	Método de recolha de dados	5
2.5	Questionários	6
2.6	Análise estatística	7
3	Resultados	9
3.1	Estatística descritiva dos dados em análise	9
3.1.1	Caracterização sociodemográfica	9
3.1.2	Caracterização das dimensões de burnout	10
3.1.3	Caracterização das estratégias de coping utilizadas pelos profissionais	10
3.2	Relação entre os dados sociodemográficos e os níveis de burnout	11
3.3	Relação entre os níveis de burnout e as estratégias de coping	14
3.4	Caracterização da perceção acerca das implicações e gestão do burnout	16
3.5	Relação entre as implicações e gestão do burnout percecionadas pelos profissionais e os níveis de burnout	17
4	Discussão	19

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

4.1 Discussão dos resultados	19
4.2 Limitações do estudo	26
4.3 Sugestões futuras	27
5 Conclusão	29
Bibliografia	31
Anexos	34
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da UBI	34
Anexo 2 – Autorização IPO Porto	35
Anexo 3 – Questionário	36
Anexo 4 – Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido	39
Anexo 5 – Análise descritiva dos dados	40
Anexo 6 – Verificação dos pressupostos inerentes à utilização da estatística paramétrica	46

## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Distribuição por tempo de profissão, tempo na área da oncologia e tempo na instituição

9

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de Davis para classificação da correlação entre variáveis (valores em módulo)	8
Tabela 2 – Resultados do OLBI e média da amostra	10
Tabela 3 – Resultado global do BriefCOPE	10
Tabela 4 - Relação entre a dimensão “Distanciamento” e os dados sociodemográficos	11
Tabela 5 - Relação entre a dimensão "Exaustão" e os dados sociodemográficos	12
Tabela 6 - Relação entre os níveis globais de burnout e os dados sociodemográficos	13
Tabela 7 - Correlação entre as estratégias de coping e as dimensões de burnout	14
Tabela 8 - Relação entre a dimensão "Distanciamento" e as implicações e gestão do burnout	17

## Lista de Siglas e Acrónimos

ICD-11	International Classification of Diseases, 11th Revision
OLBI	Oldenburg Burnout Inventory
IPO	Instituto Português de Oncologia
MBI	Maslach Burnout Inventory
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
ANOVA	Análise de Variância
IFE	Médicos Internos de Formação Específica
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ESMO	European Society of Medical Oncology

# 1 Introdução

O Burnout foi conceptualizado por Herbert Freudenberger em meados dos anos 70, como sendo uma condição que ocorre quando há um desequilíbrio entre o trabalho e as pressões a que um indivíduo está sujeito, e a capacidade de coping desse mesmo indivíduo, resultando em distress físico e mental - o stress é experienciado quando as exigências de uma situação excedem os recursos (internos e externos, reais e percetivos) disponíveis para lidar com a mesma, antecipando-se algum tipo de mal ou perda. Esta condição associa-se a um estado de exaustão profissional.(1-3)

Desde então, o conceito de burnout tem vindo a ser trabalhado, sendo a definição mais utilizada a descrita por Maslach e Jackson, para quem o burnout constitui uma síndrome multidimensional com três componentes: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho, que afetam a produtividade.(4,5) Apesar de, nas últimas décadas, terem sido propostas várias definições de burnout, todas o descrevem como um estado geral de fadiga e frustração, sentimentos de “vazio” e falhanço pessoal, e incapacidade para trabalhar.(6)

Nos serviços de saúde (e especialmente na área oncológica), é definido com uma síndrome ocupacional caracterizada por exaustão física e emocional, despersonalização (podendo haver desenvolvimento de uma atitude cínica e negativa perante os pacientes) e reduzida realização pessoal no trabalho - coincidindo com a definição proposta por Maslach e Jackson.(2,7)

Dada a sua importância e prevalência, apesar de não ser considerado por si uma doença psiquiátrica, está incluído no ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, publicado em abril de 2019) na categoria “problemas associados com o emprego ou falta dele”.(8,9)

É particularmente difícil caracterizar os seus sintomas por ser uma condição extremamente complexa sem critérios diagnósticos estabelecidos, e por a sua distinção de outras perturbações ser complicada - o burnout não equivale a stress ou depressão, é uma resposta a stressores interpessoais e emocionais relacionados especificamente com o trabalho (ocupacionais), que surgem e permanecem de forma crónica.(1,2,7) Para além disto, a sua incidência é difícil de estimar, tendo em conta que os sintomas iniciais de burnout, tanto físicos como emocionais, podem desenvolver-se lentamente, o que leva a que o sofrimento

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

psicológico seja muitas vezes expresso tardiamente, em fases mais avançadas, e já potencialmente com sintomas mais demarcados.(1,2)

Por se tratar de uma situação de stress, haverá um excesso de produção de hormonas como o cortisol e adrenalina, e estão descritos sintomas como aumento da pressão arterial média (com conseqüente aumento da massa ventricular esquerda, aumento do risco de desenvolvimento de hipertensão e doença coronária), ansiedade, agressividade, dores musculares, cefaleias, depressão, distúrbios alimentares, abuso de substâncias ou, em casos extremos, ideação suicida.(2,10) No entanto, é importante considerar os sintomas de burnout como tridimensionais, ao invés de um continuum de sintomas, podendo haver sobreposição de vários simultaneamente.(1)

Como já referimos, o burnout está invariavelmente associado ao trabalho - e reconhece-se que é mais prevalente em profissionais que desempenham atividades nas quais está implicado um grau elevado de contacto com outras pessoas, dos quais se destacam os profissionais de saúde, pois as suas tarefas exigem uma dedicação e contacto prolongados com pessoas que estão em situações de sofrimento, necessidade ou dependência.(4)

O burnout está, na maioria dos casos, associado a uma carga de trabalho elevada (da qual advém falta de tempo para lazer), falta de autonomia nas decisões relacionadas com as tarefas, desequilíbrio entre o esforço e o reconhecimento obtido (nomeadamente por parte dos superiores hierárquicos), falta de apoio social e comunicação insuficiente ou ineficaz. E, a estes fatores que podem ser considerados psicossociais, deve aliar-se a consideração de que o burnout depende também de fatores pessoais - baixa autoestima, diferentes contextos sociais ou familiares, solidão ou responsabilidades assumidas pelo sujeito podem ser fatores determinantes para o desenvolvimento desta síndrome.(2,11)

Para além disto, e tendo em conta o panorama atual, existem cada vez mais potenciais stressores a que os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, estão sujeitos, como: o aumento da regulamentação das suas atividades pelos governos, os processos judiciais por erros ou má prática, a diminuição dos tempos atribuídos a cada consulta aliada ao aumento da exigência clínica, a “comercialização” da medicina e a necessidade constante de atualização do conhecimento científico (uma vez que este está em constante mudança nesta área).(12) Estes “potenciais stressores” são exponenciados para os profissionais de saúde da área oncológica, onde não é requerido apenas um vasto conhecimento interdisciplinar da medicina e a capacidade de o aplicar da forma mais correta, mas também uma predisposição psicológica para acompanhar o paciente em sofrimento.(13)

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Este grupo de profissionais lida diariamente com um número cada vez maior de pacientes com patologia complexa e em estados extremos, muitas vezes terminais (e que, por isso, requerem um apoio emocional particular) ou nos quais a doença é incurável, supervisiona a administração de fármacos altamente tóxicos e lida com planos terapêuticos cada vez mais complexos, e está continuamente exposto à morte, sofrimento e dilemas éticos (relativamente a decisões terapêuticas, por exemplo).(11,12,14) Depois de anos de investimento na sua formação, estes profissionais veem-se a trabalhar numa realidade muitas vezes diferente da idealizada, e com particularidades específicas consequentes do grau de complexidade da patologia oncológica.(13)

Claro está que as consequências do burnout podem ser devastadoras para os profissionais e para as instituições. A nível pessoal, há uma redução na satisfação com o trabalho, que pode eventualmente levar a uma mudança de profissão ou reforma precoce, aumento do absentismo, afetação de papéis familiares, produtividade e saúde mental e física. (15) Para as instituições, o burnout poderá ter um efeito grave e direto na segurança dos doentes, por estar associado a maior incidência de erros médicos, má conduta profissional (e, consequentemente, diminuição da satisfação dos pacientes), absentismo, distanciamento e rotação (representados, por exemplo, por uma saída precoce dos departamentos oncológicos ou reforma antecipada).(4,6,7,9)

Relembremos que o stress advém de um desequilíbrio entre a pressão a que um sujeito está exposto e os recursos disponíveis para lidar com determinada situação - o que nos faz parecer óbvio que, de entre todos os fatores de risco para o desenvolvimento de burnout, um dos mais importantes seja a escassez dos recursos supracitados - as estratégias de coping adequadas.

O coping é definido como um esforço para minimizar uma ameaça prevista; a pobreza ou a inadequação nas estratégias de coping adotadas, aliada ao stress ocupacional crónico são os principais preditores do desenvolvimento de burnout. No entanto, não há uma estratégia de coping universal para a enorme variedade de stressores a que os profissionais estão expostos - a literatura indica-nos apenas que estratégias de coping diferentes resultam de forma mais ou menos eficaz, consoante diferentes stressores.(3,6)

Estas estratégias podem dividir-se em duas grandes categorias: coping adaptativo e maladaptativo. O coping adaptativo implica lidar com o problema com mudanças diretas e ativas no comportamento, enquanto que o coping maladaptativo pode aliviar temporariamente o stress, mas sem eliminar ou modificar a sua origem ou a capacidade para lidar com o stress.(6)

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Tendo em conta que a adoção de estratégias de coping adequadas potencia a diminuição da prevalência de exaustão e stress psicológico, torna-se imperativo que os profissionais se adequem à sua realidade, para melhorar a sua própria saúde e bem-estar, bem como que as próprias instituições as reconheçam como fator decisivo e providenciem tempo e oportunidades para o seu desenvolvimento.(5) Precisamente por isto, considerámos pertinente fazer uma investigação que relacionasse os níveis de burnout experienciados por uma das populações que a ele está mais sujeita (os profissionais médicos da área oncológica) com as estratégias de coping por estes utilizadas para lidar com os stressores a que diariamente estão expostos – de modo a percebermos se a incidência de burnout estará relacionada com estratégias de coping específicas, e de que modo poderão as instituições intervir para minimizar os efeitos que o burnout possa ter nos profissionais que emprega e que são responsáveis pelos cuidados que presta.

### **1.1 Objetivos**

Foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Avaliar os níveis de burnout nos profissionais médicos da área oncológica, bem como os das duas dimensões que o constituem, avaliadas pelo Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) – exaustão e distanciamento.
- Verificar a existência de relação entre os níveis de burnout, considerando cada uma das dimensões avaliadas pelo OLBI (exaustão e distanciamento) e o seu valor global, e os dados sociodemográficos da população em estudo;
- Estabelecer a relação entre o burnout, considerando as suas duas dimensões avaliadas pelo OLBI (exaustão e distanciamento) e o seu valor global, e as diferentes estratégias de coping adotadas pelos profissionais;
- Perceber se há um envolvimento ativo por parte dos profissionais e órgãos de gestão das instituições na problemática do burnout, suas consequências e implicações, e planos de ação/estratégias para o prevenir.

## **2 Metodologia**

### **2.1 Caracterização do estudo e procedimento**

Este estudo é observacional tipo transversal, descritivo e correlacional.

A recolha dos dados foi feita através da distribuição dos questionários via email institucional, através do serviço web do Google Forms, por todos os profissionais médicos da instituição.

Após a recolha de dados, procedeu-se à sua análise quantitativa.

### **2.2 População em estudo e amostra**

A população deste estudo é constituída pelos 395 médicos a exercer funções no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, composta por 299 Médicos Especialistas e 96 Médicos Internos de Formação Especializada.

Do total dos profissionais, 29 responderam ao questionário, obtendo-se uma taxa de resposta de cerca de 7%. Estes 29 casos constituem assim a amostra deste estudo.

### **2.4 Método de recolha de dados**

Primeiramente, elaborou-se um plano do projeto de investigação, que foi submetido para avaliação e aprovação pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (Anexo 1).

Após aprovação por esta entidade, foram contactadas as administrações dos IPOs do Porto, Coimbra e Lisboa para se dar início à recolha dos dados. A aprovação da recolha de dados nestas instituições careceu de submissão do projeto para apreciação pelas respetivas Comissões de Ética. Dado o carácter moroso da aprovação de projetos nestas instituições, e, posteriormente, o panorama imposto pela COVID-19, não foi possível obter autorização dos IPOs de Coimbra e Lisboa em tempo útil, obtendo-se apenas do IPO do Porto (Anexo 2). Os questionários foram aplicados entre os meses de fevereiro e março de 2020, tendo sido distribuídos via email institucional por todos os médicos em funções na instituição, e preenchidos com recurso à plataforma Google Forms.

## 2.5 Questionários

O questionário (Anexo 3) e declaração de consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo 4) foram ambos aprovados pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior. O preenchimento deste último era de carácter obrigatório para participação na investigação.

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica extensa para avaliar quais as questões pertinentes a incluir e averiguar quais os instrumentos validados mais adequados a utilizar. O questionário aplicado era de autorresposta, anónimo e individual, e constituído por quatro partes:

- Parte I: Caracterização sociodemográfica; construída pelos investigadores e que tem como principal objetivo caracterizar a população em estudo quanto à faixa etária, sexo, estado civil, categoria profissional, carga horária semanal, tempo de serviço, tempo na área da oncologia, tempo na instituição e ocorrência de faltas ao trabalho no último semestre por sentimentos de esgotamento emocional.

- Parte II: Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) – versão reduzida e adaptada para Português; constituída por 16 perguntas de escolha múltipla, com uma escala de resposta tipo Likert que varia de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente” (1-5 pontos). Esta escala avalia duas dimensões de burnout: “Exaustão” e “Distanciamento”, sendo constituída por 8 itens referentes a cada uma dessas dimensões, escritos com palavras positivas e negativas em igual número, o que é uma vantagem considerável relativamente a outros instrumentos. (15) Foi escolhida por parecer ser a melhor alternativa ao Maslach Burnout Inventory (MBI), que, por sua vez, engloba três dimensões (Exaustão, Despersonalização e Realização Pessoal no trabalho) – diferentes das do OLBI, cuja estrutura em duas dimensões foi já amplamente validada. (15) Nesta, a dimensão “Distanciamento” (constituída pelas questões 1, 3, 6, 7, 9, 11, 13 e 15) refere-se ao distanciamento do trabalho tanto em termos físicos (absenteísmo) como em termos de conteúdo (diminuição da concentração e produtividade), e ainda quanto ao desenvolvimento de atitudes e comportamentos negativos em relação ao trabalho. Por se referir ao trabalho no geral, incluir o cinismo e atitude negativa em relação a este, e não apenas ao distanciamento para com as pessoas envolvidas no trabalho, esta dimensão do OLBI pode ser considerada mais abrangente do que a “Despersonalização” do MBI. (16) Já a dimensão “Exaustão” (constituída pelas questões 2, 4, 5, 8, 10, 12, 14 e 16), refere-se à sensação de cansaço, necessidade de descansar e sentimentos de sobrecarga e vazio em relação ao trabalho, (15) o que, por incluir componentes físicos, transcende a componente de Exaustão Emocional avaliada no MBI. (17) Seguindo as orientações do estudo de adaptação transcultural do

OLBI para português, (15) o item 13 (“Este é o único trabalho que me imagino a fazer”) foi colocado no questionário mas não foi considerado na análise inferencial, por se ter demonstrado que a sua remoção aumentaria a consistência interna da dimensão “Distanciamento”. Para cada dimensão da escala, é calculada a média dos resultados obtidos, e é ainda calculada a média global de burnout.

- Parte III: BriefCOPE (adaptação para Português); constituída por 28 perguntas de escolha múltipla, com uma escala de resposta tipo Likert que varia de “Nunca faço isto” a “Faço sempre isto” (1-4 pontos). Este instrumento, que é uma abreviação da versão COPE original constituída por 60 escalas, é constituído por 14 escalas, com dois itens cada, sendo estas: Coping Ativo (itens 1 e 2), Planear (itens 3 e 4), Utilizar suporte instrumental (itens 5 e 6), Utilizar suporte social emocional (itens 7 e 8), Religião (itens 9 e 10), Reinterpretação positiva (itens 11 e 12), Autoculpabilização (itens 13 e 14), Aceitação (itens 15 e 16), Expressão de sentimentos (itens 17 e 18), Negação (itens 19 e 20), Autodistração (itens 21 e 22), Desinvestimento comportamental (itens 23 e 24), Uso de substâncias (itens 25 e 26) e Humor (itens 27 e 28). No final, são somados os resultados dos itens constituintes de cada escala, obtendo-se um perfil das estratégias de coping mais utilizadas pelos indivíduos. (18) No nosso trabalho, foi pedido aos profissionais que respondessem ao BriefCOPE baseando-se em eventos que ocorrem no seu dia-a-dia, e não num evento em específico – pelo que os resultados obtidos se referem às estratégias de coping habitualmente utilizadas pelos profissionais (como, aliás, já foi feito noutros estudos que utilizaram o mesmo instrumento). (19) Foi escolhida esta versão reduzida, uma vez que apresenta propriedades idênticas à versão original formulada por Carver, o que a torna adequada para a utilização em contextos de saúde.

- Parte IV: Implicações e gestão; constituída por 6 perguntas de escolha múltipla e 1 de resposta aberta simples, construída pelos investigadores, e que tem como principal objetivo avaliar se há consciência da problemática que o burnout representa tanto entre os profissionais como entre as entidades organizacionais e quais as estratégias implementadas para a sua prevenção e gestão.

## **2.6 Análise estatística**

Após o término do período de resposta ao questionário e encerramento do formulário correspondente, foi construída uma base de dados – inicialmente com recurso ao Microsoft Office Excel, que foi posteriormente adaptada e analisada com recurso ao Statistical

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Package for Social Sciences (SPSS) versão 25 para MacOS, onde se fez o tratamento estatístico dos mesmos. Foi considerada uma significância estatística de 5%.

Com a finalidade de descrever e sintetizar os dados, foi inicialmente feita uma análise descritiva dos mesmos. Para as variáveis qualitativas apresentou-se a frequência absoluta e relativa (em percentagem) e para as variáveis quantitativas as médias  $\pm$  desvio-padrão (Anexo 5).

Foram utilizados alguns métodos de estatística inferencial. Utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson para quantificar a correlação entre as dimensões do burnout (“exaustão”, “distanciamento” e burnout global) e as escalas de Coping, sempre que os seus pressupostos se verificaram (normalidade dos dados e existência de relação linear entre as variáveis). Quando tal não aconteceu, recorreu-se ao coeficiente de correlação rho de Spearman. Para a classificação da correlação, foi utilizado o seguinte critério (20):

Tabela 1 - Critérios de Davis para classificação da correlação entre variáveis (valores em módulo)

$r \geq 0,70$	Correlação muito forte
0,50 a 0,69	Correlação substancial
0,30 a 0,49	Correlação moderada
0,10 a 0,29	Correlação baixa
$r < 0,09$	Correlação negligenciável

Recorreu-se ao teste t com amostras independentes por forma a verificar a existência de relação entre as dimensões de Burnout e as variáveis sociodemográficas com duas categorias, sempre que os seus pressupostos se verificaram (normalidade dos dados). Quando estes não se verificaram, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Para relacionar as dimensões de Burnout e as variáveis sociodemográficas com mais de duas categorias recorreremos à ANOVA sempre que os seus pressupostos se verificaram (normalidade dos dados e homogeneidade das variâncias). Quando tal não aconteceu, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis.

Para verificar a normalidade dos dados, recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk, e a homogeneidade de variâncias foi analisada através do teste de Levene (Anexo 6).

## 3 Resultados

### 3.1 Estatística descritiva dos dados em análise

#### 3.1.1 Caracterização sociodemográfica

A análise descritiva dos dados sociodemográficos dos participantes do presente estudo encontra-se no Anexo 5, Parte I.

A amostra é constituída por 29 profissionais médicos do IPO do Porto. Destes, 69% são do sexo feminino (n=20), e 31% do sexo masculino (n=9). 55,2% dos profissionais (n=16) têm idade inferior a 40 anos (vs 44,8%, n= 13 com idade igual ou superior a 40 anos).

Relativamente ao estado civil, 55,2% dos profissionais são solteiros ou divorciados (n=16) e 44,8% são casados ou vivem em união de facto (n=13). A maioria dos profissionais é de nacionalidade portuguesa (96,6%; n=28), havendo apenas um profissional de nacionalidade não portuguesa (3,4%).

Quanto às questões relativas à atividade profissional, a maioria dos participantes neste estudo é Médico Especialista (72,4%; n=21), havendo também participantes que são Médicos Internos de Formação Específica (IFE) (27,6%; n=8). A maioria (65,5%; n=19) trabalha mais de 40 horas por semana, havendo apenas 24,4% (n=10) a trabalhar 40 ou menos horas por semana. Relativamente aos tempos de profissão, na área da oncologia e na instituição, verificou-se que a maioria dos participantes tem 10 ou menos anos de experiência em cada uma destas categorias (Figura 1).

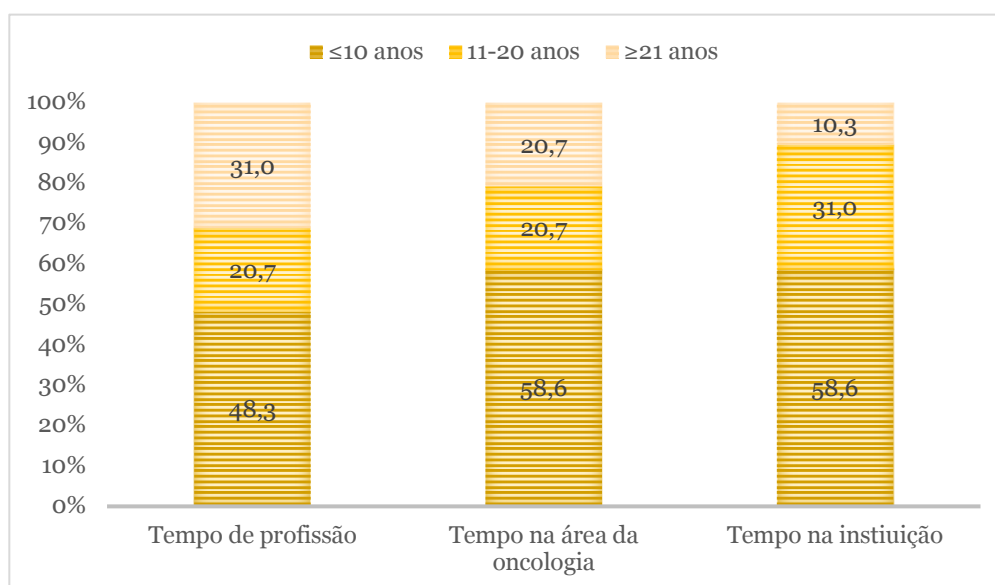


Figura 1 - Distribuição por tempo de profissão, tempo na área da oncologia e tempo na instituição

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Quando questionados se durante o último semestre alguma vez teriam faltado ao trabalho por se sentirem emocionalmente esgotados, apesar de a maioria (86,2%, n=25) ter respondido que não, 13,8% (n=4) dos participantes responderam afirmativamente.

### 3.1.2 Caracterização das dimensões de burnout

Da aplicação do Oldenburg Burnout Inventory obteve-se uma média de 2,99 ( $\pm 0,86$ ) na dimensão distanciamento e uma média de 3,31 ( $\pm 0,77$ ) na dimensão exaustão. Globalmente, os participantes apresentaram uma média de burnout de 3,16 ( $\pm 0,74$ ).

A análise descritiva dos dados relativos às respostas a cada um dos itens deste instrumento encontra-se no Anexo 5 (Parte II).

Tabela 2 – Resultados do OLBI e média da amostra

Dimensão	Média $\pm$ DP	Valor máximo	Valor mínimo
Distanciamento	2,99 $\pm$ 0,86	4,43	1,29
Exaustão	3,31 $\pm$ 0,77	5,00	1,63
Burnout (global)	3,16 $\pm$ 0,74	4,67	1,67

### 3.1.3 Caracterização das estratégias de coping utilizadas pelos profissionais

Da aplicação do BriefCOPE, obtiveram-se os resultados que organizámos na Tabela 3. Os dados relativos às respostas a cada um dos itens deste instrumento encontram-se descritos no Anexo 5 (Parte III).

Tabela 3 – Resultado global do BriefCOPE

Dimensão	Média $\pm$ DP	Valor máximo	Valor mínimo
Coping Ativo	6,00 $\pm$ 1,19	8,00	2,00
Planear	6,24 $\pm$ 1,21	8,00	4,00
Utilizar suporte instrumental	5,69 $\pm$ 1,44	8,00	3,00
Utilizar suporte social emocional	5,65 $\pm$ 1,84	8,00	2,00
Religião	4,03 $\pm$ 2,11	8,00	2,00
Reinterpretação Positiva	5,69 $\pm$ 1,17	8,00	4,00
Autoculpabilização	5,45 $\pm$ 1,15	8,00	3,00
Aceitação	5,83 $\pm$ 0,93	7,00	4,00

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Expressão de Sentimentos	5,65 ±1,34	8,00	2,00
Negação	4,41 ±1,55	8,00	2,00
Autodistração	5,59 ±1,24	8,00	2,00
Desinvestimento Comportamental	3,76 ±1,64	6,00	2,00
Uso de Substâncias	2,52 ±0,99	6,00	2,00
Humor	5,14 ±1,68	8,00	2,00

Pela análise da Tabela 3, podemos concluir que as estratégias de coping mais utilizadas pela amostra são planeamento (média=6,24 ± 1,21) e coping ativo (média 6,00 ±1,19), enquanto que as estratégias menos usadas são desinvestimento comportamental (média=3,76 ±1,64) e uso de substâncias (média 2,52 ±0,99)

### 3.2 Relação entre os dados sociodemográficos e os níveis de burnout

Tabela 4 - Relação entre a dimensão “Distanciamento” e os dados sociodemográficos

		Distanciamento	
		Média ± DP	p-value
Sexo	Masculino	2,97±0,84	0,913 <sup>#1</sup>
	Feminino	3,01±0,89	
Idade	<40 anos	2,85±0,84	0,317 <sup>#1</sup>
	≥40 anos	3,17±0,88	
Estado Civil	Solteiro ou Divorciado	2,95±0,90	0,787 <sup>#1</sup>
	Casado ou União de facto	3,04±0,84	
Categoria profissional	IFE	2,91±0,89	0,757 <sup>#1</sup>
	Médico Especialista	3,03±0,87	
Carga horária semanal	≤40h	3,17±0,53	0,350 <sup>#1</sup>
	>40h	2,90±0,99	
Tempo de profissão	≤10 anos	2,82±0,94	0,169 <sup>#3</sup>
	11-20 anos	2,74±0,79	
	≥21 anos	3,44±0,66	
Tempo na oncologia	≤10 anos	2,82±0,93	0,097 <sup>#3***</sup>
	11-20 anos	2,81±0,64	
	≥21 anos	3,67±0,55	
Tempo na instituição	≤10 anos	2,82±0,93	0,217 <sup>#3</sup>
	11-20 anos	3,06±0,75	
	≥21 anos	3,76±0,86	
Ocorrência de faltas no último semestre	Não	2,84±0,82	0,013 <sup>#1**</sup>
	Sim	3,96±0,36	

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

#1Teste t para amostras independentes; #2Teste de Mann-Whitney; #3ANOVA; #4Teste de Kruskal-Wallis;  
\*p≤0,01; \*\*p≤0,05; \*\*\*p<0,10

Da análise da Tabela 4, podemos concluir que apenas a ocorrência de faltas no último semestre (por “se sentir emocionalmente esgotado”) tem relação estatisticamente significativa com os níveis de distanciamento (p<0,05), sendo que a incidência positiva de faltas no último semestre “por se sentir emocionalmente esgotado” está associado um valor mais alto na dimensão distanciamento do burnout (3,96±0,36).

Podemos ainda concluir que, apesar de não significativa (p>0,05), parece haver uma tendência para a existência de relação entre os níveis de distanciamento e o tempo na área da oncologia (p=0,097<0,10), em que os primeiros são mais elevados para os profissionais que exercem há pelo menos 21 anos na área da oncologia.

Ainda assim, em relação às restantes variáveis sociodemográficas que não apresentam relação significativa com os níveis de distanciamento, julgamos importante referir que na nossa amostra encontramos níveis mais altos desta dimensão entre os profissionais com idade igual ou superior a 40 anos, entre os profissionais que trabalham 40 ou menos horas semanais, com mais tempo de profissão e com mais tempo na instituição – quando comparados com as outras categorias das variáveis respetivas.

Tabela 5 - Relação entre a dimensão "Exaustão" e os dados sociodemográficos

		Exaustão	
		Média ± DP	p-value
Sexo	Masculino	3,36±0,69	0,776 <sup>#2</sup>
	Feminino	3,29±0,81	
Idade	<40 anos	3,53±0,79	0,085 <sup>#1***</sup>
	≥40 anos	3,04±0,67	
Estado Civil	Solteiro ou Divorciado	3,41±0,84	0,464 <sup>#1</sup>
	Casado ou União de facto	3,19±0,68	
Categoria profissional	IFE	3,50±0,86	0,420 <sup>#1</sup>
	Médico Especialista	3,24±0,74	
Carga horária semanal	≤40h	3,31±0,43	0,990 <sup>#1</sup>
	>40h	3,31±0,90	
Tempo de profissão	≤10 anos	3,50±0,90	0,207 <sup>#3</sup>
	11-20 anos	2,83±0,75	
	≥21 anos	3,33±0,40	
Tempo na oncologia	≤10 anos	3,42±0,84	0,202 <sup>#3</sup>
	11-20 anos	2,81±0,74	
	≥21 anos	3,50±0,33	
Tempo na Instituição	≤10 anos	3,42±0,84	0,541 <sup>#3</sup>
	11-20 anos	3,07±0,71	

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

	≥21 anos	3,42±0,40	
Ocorrência de faltas no último semestre	Não	3,29±0,81	0,924 <sup>#2</sup>
	Sim	3,41±0,48	

<sup>#1</sup>Teste t para amostras independentes; <sup>#2</sup>Teste de Mann-Whitney; <sup>#3</sup>ANOVA; <sup>#4</sup>Teste de Kruskal-Wallis;

\*p≤0,01; \*\*p≤0,05; \*\*\*p<0,10

Da análise da Tabela 5, podemos concluir que não existe relação estatisticamente significativa entre os dados sociodemográficos e a dimensão exaustão do burnout ( $p > 0,05$ ). No entanto, quanto à idade, existe uma tendência para a existência de relação ( $p = 0,085 < 0,10$ ), sendo que as pessoas mais novas (<40 anos) apresentam maiores valores de exaustão.

Em relação às restantes variáveis sociodemográficas, julgamos ainda importante referir que na nossa amostra se verificam níveis mais elevados de exaustão entre os profissionais Internos de Formação Específica (comparativamente aos médicos especialistas) e entre os profissionais com mais anos de experiência na área da oncologia. Por outro lado, verificam-se níveis mais baixos de exaustão entre os profissionais com 11 a 20 anos de experiência profissional e 11 a 20 anos de experiência na instituição em causa.

Por último, relativamente à relação entre os níveis globais de burnout e os dados sociodemográficos, obtiveram-se os dados que organizámos na Tabela 6.

Tabela 6 - Relação entre os níveis globais de burnout e os dados sociodemográficos

		Burnout (global)	
		Média ± DP	p-value
Sexo	Masculino	3,18±0,68	0,945 <sup>#1</sup>
	Feminino	3,16±0,78	
Idade	<40 anos	3,21±0,76	0,697 <sup>#1</sup>
	≥40 anos	3,10±0,73	
Estado Civil	Solteiro ou Divorciado	3,19±0,81	0,797 <sup>#1</sup>
	Casado ou União de facto	3,12±0,67	
Categoria profissional	IFE	3,22±0,81	0,786 <sup>#1</sup>
	Médico Especialista	3,14±0,73	
Carga horária semanal	≤40h	3,25±0,39	0,593 <sup>#1</sup>
	>40h	3,12±0,87	
Tempo de profissão	≤10 anos	3,18±0,88	0,317 <sup>#3</sup>
	11-20 anos	2,79±0,62	
	≥21 anos	3,38±0,47	
Tempo na oncologia	≤10 anos	3,14±0,82	0,198 <sup>#3</sup>
	11-20 anos	2,81±0,66	
	≥21 anos	3,58±0,34	

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Tempo na Instituição	≤10 anos	3,14±0,82	0,442 <sup>#4</sup>
	11-20 anos	3,07±0,70	
	≥21 anos	3,58±0,08	
Ocorrência de faltas no último semestre	Não	3,08±0,75	0,145 <sup>#1</sup>
	Sim	3,67±0,41	

<sup>#1</sup>Teste t para amostras independentes; <sup>#2</sup>Teste de Mann-Whitney; <sup>#3</sup>ANOVA; <sup>#4</sup>Teste de Kruskal-Walis; \*p≤0,01; \*\*p≤0,05; \*\*\*p<0,10

Concluimos, da análise da Tabela 6, que não existe relação estatisticamente significativa entre os dados sociodemográficos questionados e os níveis de burnout dos participantes (p>0,05).

No entanto, na nossa amostra observam-se níveis de burnout ligeiramente mais elevados no sexo masculino, nos profissionais com menos de 40 anos de idade, solteiros ou divorciados, internos de formação específica e que trabalham 40 ou menos horas semanais (comparativamente às restantes categorias nas variáveis respetivas). Relativamente aos tempos de profissão, na área da oncologia e na instituição, encontramos níveis ligeiramente mais baixos de burnout entre os profissionais que exercem, em cada um dos casos, entre 11 a 20 anos. Por último, foram registados níveis ligeiramente mais elevados de burnout nos profissionais que, durante o último semestre, faltaram ao trabalho por se sentirem “emocionalmente esgotados”.

### 3.3 Relação entre os níveis de burnout e as estratégias de coping

Tabela 7 - Correlação entre as estratégias de coping e as dimensões de burnout

Variáveis		Coefficiente de correlação	p-value
Coping Ativo	Distanciamento	0,015 <sup>#6</sup>	0,938
	Exaustão	-0,240 <sup>#6</sup>	0,211
	Burnout (global)	-0,142 <sup>#6</sup>	0,463
Planear	Distanciamento	0,079 <sup>#6</sup>	0,685
	Exaustão	-0,054 <sup>#6</sup>	0,780
	Burnout (global)	-0,008 <sup>#6</sup>	0,966
Utilizar suporte instrumental	Distanciamento	0,234 <sup>#6</sup>	0,221
	Exaustão	0,067 <sup>#6</sup>	0,731
	Burnout (global)	0,138 <sup>#6</sup>	0,475
Utilizar suporte social emocional	Distanciamento	0,292 <sup>#6</sup>	0,124
	Exaustão	0,327 <sup>#6</sup>	0,084 <sup>***</sup>
	Burnout (global)	0,346 <sup>#6</sup>	0,066 <sup>***</sup>
Religião	Distanciamento	0,187 <sup>#6</sup>	0,331
	Exaustão	0,187 <sup>#6</sup>	0,332
	Burnout (global)	0,211 <sup>#6</sup>	0,271

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Reinterpretação positiva	Distanciamento	-0,091 <sup>#6</sup>	0,639
	Exaustão	-0,296 <sup>#6</sup>	0,119
	Burnout (global)	-0,211 <sup>#6</sup>	0,272
Autoculpabilização	Distanciamento	0,426 <sup>#6</sup>	0,021 <sup>**</sup>
	Exaustão	0,389 <sup>#6</sup>	0,037 <sup>**</sup>
	Burnout (global)	0,499 <sup>#6</sup>	0,006 <sup>*</sup>
Aceitação	Distanciamento	-0,041 <sup>#6</sup>	0,834
	Exaustão	-0,035 <sup>#6</sup>	0,856
	Burnout (global)	-0,098 <sup>#6</sup>	0,613
Expressão de sentimentos	Distanciamento	0,227 <sup>#6</sup>	0,236
	Exaustão	-0,038 <sup>#6</sup>	0,846
	Burnout (global)	0,095 <sup>#6</sup>	0,623
Negação	Distanciamento	0,103 <sup>#6</sup>	0,595
	Exaustão	0,243 <sup>#6</sup>	0,205
	Burnout (global)	0,209 <sup>#6</sup>	0,276
Autodistração	Distanciamento	0,083 <sup>#6</sup>	0,667
	Exaustão	0,061 <sup>#6</sup>	0,752
	Burnout (global)	0,062 <sup>#6</sup>	0,749
Desinvestimento comportamental	Distanciamento	0,420 <sup>#6</sup>	0,023 <sup>**</sup>
	Exaustão	0,464 <sup>#6</sup>	0,011 <sup>**</sup>
	Burnout (global)	0,539 <sup>#6</sup>	0,003 <sup>*</sup>
Uso de substâncias	Distanciamento	0,420 <sup>#6</sup>	0,023 <sup>**</sup>
	Exaustão	0,390 <sup>#6</sup>	0,037 <sup>**</sup>
	Burnout (global)	0,434 <sup>#6</sup>	0,019 <sup>**</sup>
Humor	Distanciamento	0,081 <sup>#5</sup>	0,675
	Exaustão	-0,059 <sup>#5</sup>	0,763
	Burnout (global)	0,012 <sup>#5</sup>	0,951

<sup>#5</sup>Coefficiente de correlação de Pearson; <sup>#6</sup>Coefficiente de correlação de Spearman; \* $p \leq 0,01$ ; \*\* $p \leq 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,10$

Pela análise da tabela anterior, concluímos que a correlação é significativa, sendo positiva moderada, entre a autoculpabilização e o distanciamento ( $p=0,021 < 0,05$ ;  $r=0,426$ ); entre a autoculpabilização e a exaustão ( $p=0,037 < 0,05$ ;  $r=0,389$ ) e entre a autoculpabilização e o burnout global ( $p=0,006 < 0,01$ ;  $r=0,499$ ).

A correlação também é significativa e positiva moderada entre o desinvestimento comportamental” e as dimensões distanciamento ( $p=0,023 < 0,05$ ;  $r=0,420$ ) e exaustão ( $p=0,011 < 0,05$ ;  $r=0,464$ ). A correlação é ainda significativa, sendo positiva substancial, entre o desinvestimento comportamental e o burnout global ( $p=0,003 < 0,01$ ;  $r=0,539$ ).

Verifica-se a existência de uma correlação significativa, sendo moderada positiva, entre todas as dimensões do burnout e o uso de substâncias ( $p < 0,05$ ;  $r=0,420$ ,  $r=0,390$  e  $r=0,434$ ).

Há, ainda, uma tendência para a existência de correlação significativa positiva entre a utilização de suporte social emocional e a exaustão e o resultado global de burnout ( $p < 0,10$  para ambos os casos).

### **3.4 Caracterização da percepção acerca das implicações e gestão do burnout**

A análise descritiva de todos os dados relativos à Parte IV (Implicações e gestão) do Questionário aplicado encontra-se no Anexo 5 (Parte IV).

Quanto à percepção pessoal dos profissionais relativamente às implicações que os níveis de stress a que estão expostos têm, 89,7% (n=26) considera que estes têm implicações na sua saúde, 96,6% (n=28) refere que estes têm implicações na sua qualidade de vida, e 72,4% (n=21) considera que estes têm implicações nos cuidados que presta. De notar que nenhum sujeito concordou que os níveis de stress a que está sujeito não têm qualquer influência na sua qualidade de vida.

Quanto à percepção dos profissionais de saúde relativamente à consciência dos órgãos de gestão no que diz respeito à problemática do burnout, 44,8% (n=13) considera que estes não estão conscientes dos riscos desta síndrome para a saúde e qualidade de vida dos profissionais, e 48,3% (n=14) considera que os órgãos de gestão não estão conscientes do impacto do burnout na qualidade dos serviços prestados.

No que concerne às estratégias adotadas pela instituição para gerir o burnout dos profissionais de saúde, embora 6 dos profissionais inquiridos tenham referido não haver qualquer ação prática e 13 profissionais não tenham respondido à questão, foram apresentadas pelos restantes participantes vários exemplos de medidas implementadas, tais como:

- Otimização e melhor organização de recursos humanos (contratação de mais pessoal e reformulação de horários e carga horária, com redução da carga assistencial e criação de grupos de *brainstorming*);
- Aumento da proximidade com os profissionais;
- Ações formativas;
- Promoção da atividade física no local de trabalho;
- Criação e promoção de gabinetes de apoio psicológico e sessões para grupos de risco.

### 3.5 Relação entre as implicações e gestão do burnout percebidas pelos profissionais e os níveis de burnout

Tabela 8 - Relação entre a dimensão "Distanciamento" e as implicações e gestão do burnout

		Média ± DP	p-value
Distanciamento	Implicações na saúde	Não/Não sei/Prefiro não responder	1,95±0,59
		Sim	3,11±0,81
	Implicações nos cuidados prestados	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,04±1,12
		Sim	2,98±0,77
	Perceção dos órgãos de gestão das implicações na saúde	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,24±0,80
		Sim	2,60±0,85
	Perceção dos órgãos de gestão das implicações na qualidade de vida	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,24±0,80
		Sim	2,60±0,85
	Perceção dos órgãos de gestão das implicações nos cuidados prestados	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,24±0,80
		Sim	2,60±0,85
Exaustão	Implicações na saúde	Não/Não sei/Prefiro não responder	2,50±0,50
		Sim	3,40±0,74
	Implicações nos cuidados prestados	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,19±1,08
		Sim	3,36±0,63
	Perceção dos órgãos de gestão das implicações na saúde	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,52±0,78
		Sim	2,96±0,62
	Perceção dos órgãos de gestão das implicações na qualidade de vida	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,52±0,78
		Sim	2,96±0,62
	Perceção dos órgãos de gestão das implicações nos cuidados prestados	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,52±0,78
		Sim	2,96±0,62
Burnout (global)	Implicações na saúde	Não/Não sei/Prefiro não responder	2,24±0,50
		Sim	3,27±0,69
	Implicações nos cuidados prestados	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,12±1,02
		Sim	3,18±0,63
	Perceção dos órgãos de gestão das implicações na saúde	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,39±0,70
		Sim	2,79±0,66
	Perceção dos órgãos de gestão das implicações na qualidade de vida	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,39±0,70
		Sim	2,79±0,66
	Perceção dos órgãos de gestão das implicações nos cuidados prestados	Não/Não sei/Prefiro não responder	3,39±0,70
		Sim	2,79±0,66

#1 Teste t para amostras independentes; \*p≤0,01; \*\*p≤0,05; \*\*\*p<0,10

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Através da análise da Tabela 8, verificamos a existência de relação estatisticamente significativa entre o distanciamento e o burnout global com o considerar que os níveis de stress a que estão expostos têm implicações na saúde ( $p \leq 0,05$ ), sendo que os participantes que consideram que há implicações para a sua saúde são os que apresentam valores mais elevados nestas dimensões.

Existe ainda uma relação estatisticamente significativa entre o distanciamento e o burnout global com o considerar que as entidades gestoras têm noção das implicações dos níveis de stress a que estão sujeitos na saúde, qualidade de vida e cuidados prestados pelos profissionais ( $p \leq 0,05$ ). Nestes casos, quem considera que as entidades gestoras estão cientes das implicações, apresenta valores significativamente mais baixos para estas dimensões.

Verifica-se, ainda, uma tendência para a existência de relação significativa entre a exaustão e estar consciente das implicações dos níveis de stress a que está sujeito na sua saúde ( $p = 0,051 < 0,1$ ), e entre esta dimensão e o considerar que os órgãos de gestão têm noção das implicações dos níveis de stress a que estão sujeitos nas três áreas avaliadas ( $p < 0,10$ ). Tal como para as outras dimensões, verificam-se níveis mais elevados de exaustão entre os profissionais que estão conscientes das implicações dos níveis de stress a que estão sujeitos na sua saúde, e níveis mais baixos de exaustão entre os profissionais que consideram que os órgãos de gestão estão cientes das implicações dos níveis de stress a que estão sujeitos na sua saúde, qualidade de vida e qualidade dos cuidados prestados.

## 4 Discussão

### 4.1 Discussão dos resultados

Tendo em conta que o coping, aliado ao stress ocupacional crónico, é um dos principais preditores do burnout, (6) é importante relacionar a utilização de determinadas estratégias com os níveis de burnout e de cada uma das suas dimensões – associação esta que ainda não está amplamente estudada. Um dos principais objetivos do nosso trabalho de investigação é, precisamente, relacionar as duas dimensões do burnout avaliadas pelo OLBI e o seu resultado global com algumas das estratégias de coping mais frequentemente utilizadas, avaliadas pelo BriefCOPE.

Esta investigação tem ainda como objetivos o estudo da relação entre o burnout e as suas dimensões e os dados sociodemográficos, e avaliar a perceção dos profissionais relativamente às consequências que os níveis de stress a que estão sujeitos podem ter para a sua saúde, qualidade de vida, para os cuidados por eles prestados, e ainda relativamente à perceção das entidades gestoras, sentida pelos profissionais, relativamente às consequências que os níveis de stress a que estão sujeitos possam ter para a sua saúde, qualidade de vida e qualidade dos cuidados prestados. Por último, pretende avaliar-se se existem estratégias em curso ou planeamento por parte das entidades gestoras para a prevenção ou tratamento do burnout junto dos seus profissionais.

Neste capítulo, pretendemos responder às questões inicialmente propostas, confrontando os resultados obtidos com a informação científica ao nosso alcance, analisar a utilidade dos mesmos e analisar perspetivas futuras.

1. Níveis de burnout, distanciamento e exaustão:

Começando pelos níveis globais de burnout: a média da nossa amostra situa-se nos 3,16 ( $\pm 0,74$ ), numa escala que varia entre 1 e 5 pontos. A comparação entre os níveis de burnout de amostras com contextos socioculturais diferentes é difícil, não só porque o burnout deve ser avaliado de uma forma tridimensional, mas também porque os instrumentos utilizados para a sua medição e classificação variam.(21) No nosso caso em específico, não existem valores de *cut off* para o OLBI em Portugal, pelo que escolher valores baseados noutras investigações, com amostras e contextos diferentes, poderá ser arriscado e inviabilizar as conclusões. Existem algumas metodologias para determinar *cut offs* para uma determinada amostra, nomeadamente utilizar o valor médio de burnout da amostra como referência para

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

estabelecer valores “acima” ou “abaixo” da média obtida, no entanto não permitem a comparação com a prevalência de burnout e de cada uma das suas dimensões de outros trabalhos.(22) Podemos dizer, apesar disso, que o burnout está presente numa variedade de especialidades médicas e cirúrgicas, e que os médicos da área oncológica estão especialmente suscetíveis ao seu desenvolvimento – quer comparativamente a outras áreas médicas quer a outros profissionais das equipas oncológicas multidisciplinares.(21,23) Há estudos que indicam uma prevalência de níveis elevados de burnout em oncologistas que varia de 20 a 70%.(21)

Quanto a cada uma das dimensões do burnout: as médias registadas foram de 3,31 ( $\pm 0,77$ ) para a exaustão e 2,99 ( $\pm 0,86$ ) para o distanciamento, também numa escala entre 1 e 5. Embora a comparação não seja possível, é importante saber que um estudo realizado em profissionais da área oncológica (não constituído exclusivamente por médicos) em Portugal encontrou nesta população níveis baixos a moderados de exaustão emocional e despersonalização (que podem ser relacionados com as dimensões exaustão e distanciamento apuradas pelo OLBI, uma vez que estas são até mais abrangentes) e altos de realização pessoal.(6)

### 2. Relação entre o burnout e os dados sociodemográficos:

Primeiramente, falaremos da relação entre os níveis globais de burnout e os dados sociodemográficos, e, de seguida, da relação entre cada uma das suas dimensões e os mesmos dados sociodemográficos.

Embora não tenhamos encontrado relações estatisticamente significativas entre os níveis globais de burnout e os dados sociodemográficos, consideramos importante destacar que estes eram ligeiramente mais elevados nos participantes do sexo masculino, nos profissionais com menos de 40 anos de idade, solteiros ou divorciados, internos de formação específica e nos que trabalham 40 ou menos horas semanais.

Quanto ao sexo, a bibliografia disponível não parece ser muito coerente, havendo trabalhos em que não foram encontradas diferenças significativas na incidência de burnout entre os sexos,(9) e outros em que parece haver uma tendência para o sexo feminino ser um fator de risco para o desenvolvimento de burnout,(7,21) o que contraria os nossos achados.

Relativamente ao número de horas de trabalho semanais, os nossos achados (níveis maiores de burnout entre os profissionais que trabalham 40 ou menos horas por semana) não parecem coincidir com a informação encontrada noutros trabalhos, que indicam que o

número de horas de trabalho semanais poderá ser um stressor importante com o qual os profissionais de saúde têm de lidar.(6,24)

Viver sozinho ou estar solteiro também parecem ser fatores de risco para o desenvolvimento de burnout (estar solteiro foi associado a níveis mais elevados de exaustão emocional noutros trabalhos), e há, inclusive, estudos que sublinham a importância do apoio de amigos, família, colegas e cônjuges na prevenção do burnout, o que poderá justificar os níveis ligeiramente mais elevados de burnout que encontramos entre participantes solteiros ou divorciados.(9,21,24)

Já quanto à relação entre o burnout e as camadas mais jovens, achado que consideramos particularmente importante, no nosso estudo encontramos níveis de burnout ligeiramente mais elevados entre os participantes com menos de 40 anos de idade e internos de formação específica, o que vai de encontro aos resultados de um estudo conduzido pela European Society for Medical Oncology (ESMO) de 2017, que apurou uma prevalência de burnout de 71% em oncologistas jovens ( $\leq 40$  anos), atingindo valores de 79,1% na região do sudoeste europeu, onde se inclui Portugal.(9) Nesta investigação, propôs-se que, para além de poder haver diferenças geográficas, também o equilíbrio entre a vida pessoal e ocupacional, acesso a serviços de apoio e tempo de férias terão influência no desenvolvimento de burnout nas faixas etárias mais baixas. Um outro estudo norte-americano demonstrou a existência de associação entre níveis mais elevados de burnout em oncologistas e idades mais jovens e maior carga horária semanal (que corresponde a um número maior de pacientes semanais – e cada hora adicional passada a ver pacientes por semana aumenta o risco de desenvolvimento de burnout em 2 a 4%).(11) Outro trabalho propõe, ainda, que o risco para o desenvolvimento de burnout não está presente apenas a partir do início da carreira médica, mas que é precedido por níveis elevados de burnout e taxas desproporcionais de depressão e suicídio ainda enquanto estudantes de medicina (estima-se que a ideiação suicida tenha uma prevalência de 11.2% a 20% entre os estudantes de medicina).(25)

Relativamente à comparação entre cada uma das dimensões de burnout e os dados sociodemográficos, encontramos uma relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de faltas no último semestre por sentimentos de “esgotamento emocional” e o distanciamento – o que poderá estar relacionado com a relação manifestamente conhecida entre o burnout e o absentéismo.(15) Para além disto, uma investigação francesa de 2019 concluiu que 60% dos profissionais participantes no projeto, num centro de pesquisa oncológica em Nice, não se sentiam felizes ao ir para o trabalho por a carga de trabalho ser demasiado elevada e pelas situações psicológicas difíceis de gerir inerentes à área

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

oncológica (2) – explicação que poderá relacionar-se com a ocorrência de faltas, que verificámos estar aliada ao distanciamento dos profissionais.

Encontrámos também diferenças, embora não estatisticamente significativas, entre os valores médios de exaustão e distanciamento, dependendo dos dados sociodemográficos. De destacar: parece haver uma tendência para a existência de relação entre níveis mais elevados de distanciamento e pelo menos 21 anos de experiência na área da oncologia, e também entre níveis mais elevados de exaustão e uma idade inferior a 40 anos. Encontrámos, portanto, valores médios mais altos de distanciamento entre os profissionais mais velhos e mais experientes, e níveis mais altos de exaustão entre os profissionais mais novos e com menos experiência (o que é ainda corroborado pela existência de níveis ligeiramente mais elevados, embora não estatisticamente significativos, de distanciamento entre os profissionais com idade igual ou superior a 40 anos, com mais tempo de profissão e mais tempo na instituição, e níveis ligeiramente mais elevados de exaustão entre os profissionais Internos de Formação Específica, que poderão coincidir com os profissionais mais novos).

Este facto poderá advir de, nos anos iniciais de profissão (nomeadamente nos anos de internato), a carga horária ser mais elevada – com um conseqüente número de pacientes semanal maior, e às exigências da profissão acrescerem as exigências inerentes à frequência da especialidade – provas de avaliação teórico-práticas e avaliação de currículo, que constituem fontes acrescidas de stress, e contribuem para a dimensão exaustão do burnout. Vários estudos encontraram associação entre níveis mais elevados de exaustão emocional e a idade, parecendo haver mais exaustão emocional entre os profissionais mais novos e com menos anos de serviço. Um destes apresenta a hipótese de mais anos de experiência poderem dar aos profissionais o tempo necessário para o desenvolvimento de estratégias de coping para lidar com os stressores ocupacionais, e, à medida que a idade avança, os profissionais poderem aumentar a sua confiança nas tarefas que desempenham, reduzindo, assim, a sua vulnerabilidade.(6,26)

Por outro lado, para os profissionais mais velhos e com mais anos de experiência, a exposição crónica a fatores precipitantes de burnout (como a necessidade de atualização constante de conhecimento, nomeadamente na atualização de terapêuticas cada vez mais complexas, associados a um menor entusiasmo e energia predominantes nesta faixa etária) pode resultar em níveis mais elevados de distanciamento.(26) Maslach colocou, inclusive, a hipótese de, na sua estrutura tridimensional já descrita, o burnout ocorrer numa ordem específica de exaustão emocional, seguida de despersonalização e, por último, diminuição da realização pessoal - o que poderá justificar em parte os níveis mais altos de exaustão

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

encontrados em profissionais mais jovens e em início de carreira, e níveis mais elevados de distanciamento sentidos pelos profissionais mais velhos e com mais tempo de serviço (embora as dimensões originalmente descritas por Maslach como “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” não coincidam totalmente com as dimensões exaustão e distanciamento avaliadas pelo OLBI).(27) Para além disto, parece haver uma associação entre a exaustão emocional e a vontade dos oncologistas de desistir ou mudar de contexto profissional, pelo que os grupos constituídos por profissionais mais velhos e com mais anos de experiência poderão já não incluir os profissionais com elevados níveis de exaustão (pois estes poderão já ter desistido ou mudado de contexto profissional).(28)

### 3. Relação entre o burnout e as estratégias de coping adotadas pelos profissionais

Na nossa amostra concluímos que, das estratégias de coping avaliadas pelo BriefCOPE, as mais frequentemente utilizadas pelos profissionais são o planeamento, coping ativo, aceitação, reinterpretação positiva, utilização de suporte instrumental, expressão de sentimentos e utilização de suporte emocional. As menos utilizadas incluem o uso de substâncias, desinvestimento comportamental, religião, negação, humor, autculpabilização e autodistração. Isto reflete uma utilização predominante de estratégias de coping adaptativo pela nossa amostra, que se poderá relacionar com uma incidência de burnout mais baixa.

Da relação entre os níveis globais de burnout e cada uma das suas dimensões e a utilização de determinadas estratégias de coping, destacamos a presença de uma relação significativa positiva entre a utilização de estratégias de autculpabilização, desinvestimento comportamental e uso de substâncias e as dimensões distanciamento e exaustão, e, consequentemente, o burnout global - o que significa que uma utilização frequente deste tipo de estratégias (que constituem estratégias de coping maladaptativo) se traduz num aumento da incidência de burnout na nossa amostra. Mais ainda, esta relação é substancial entre a utilização de estratégias de desinvestimento comportamental e os níveis globais de burnout. Outros estudos também indicam que a utilização de estratégias de coping maladaptativo, embora possa aliviar o stress, não atua na sua origem – e, tratando-se o burnout de uma consequência da exposição crónica ao stress, este tipo de estratégias não parece ser eficaz na sua prevenção, estando inclusive descritos níveis mais elevados de burnout em indivíduos que utilizam estratégias de coping maladaptativo, quando comparados com os indivíduos que utilizam estratégias de coping adaptativo.(3,6)

A bibliografia referente ao assunto indica-nos que a utilização de estratégias como a reinterpretação positiva, coping ativo e religião serão as formas mais funcionais de lidar

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

com o stress imposto pelo trabalho – o que coincide em parte com os nossos achados: embora não significativa, observou-se uma relação negativa entre o coping ativo e o burnout global (e a dimensão exaustão), e ainda uma relação negativa entre a utilização de reinterpretação positiva e o burnout (e ambas as dimensões).(28) Apenas na utilização da religião como estratégia de coping não se verificou uma relação negativa como seria expectável, o que poderá provir de diferenças culturais (tendo em conta que os estudos onde foi confirmada essa relação são norte-americanos).

Apesar de não significativa, encontramos também uma tendência para a existência de uma relação positiva entre a utilização de suporte social emocional e a dimensão exaustão do burnout e o nível global de burnout – o que significa que uma maior frequência de utilização desta estratégia se relaciona com uma incidência maior de burnout (nomeadamente devido à dimensão exaustão) na nossa amostra. Isto contraria resultados previamente obtidos noutras investigações: em 2020, um estudo acerca do papel das estratégias de coping no burnout entre profissionais de cuidados paliativos encontrou relação significativa entre todas as subescalas de coping avaliadas pelo BriefCOPE e o burnout, exceto a utilização de suporte social emocional.(28)

Um outro estudo identificou algumas estratégias de coping (diferentes das avaliadas pelo BriefCOPE) como protetoras, junto de uma amostra constituída por profissionais de cuidados paliativos de Singapura, impedindo ou diminuindo o desenvolvimento de burnout: bem-estar físico, variedade clínica, ter hobbies, meditação e reflexão, paixão pelo trabalho, ter expectativas realistas, lembrar os pacientes e atividades organizacionais – o que parece ir de encontro ao proposto de que a utilização de estratégias de coping adaptativo poderá ter uma influência positiva na prevenção ou combate ao burnout.(24)

4. Caracterização da perceção dos profissionais relativamente às implicações do burnout e estratégias aplicadas pelas entidades gestoras, e relação entre os níveis de burnout e a consciência das suas implicações na saúde, qualidade de vida e qualidade dos cuidados prestados

Relativamente a este último objetivo, é sobretudo importante realçar que nenhum dos inquiridos considerou que os níveis de stress a que está sujeito não tem qualquer implicação na sua qualidade de vida.

A grande maioria dos profissionais refere que os níveis de stress a que está sujeito tem implicações na sua saúde, qualidade de vida e nos cuidados por si prestados – o que poderá ser indicativo da problemática que o burnout representa para si próprios, para as

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

instituições e para os doentes. Para além disto, verificámos que os profissionais mais conscientes das implicações do burnout na sua saúde são também os que apresentam valores maiores de burnout, distanciamento e exaustão (embora a relação não seja estatisticamente significativa para esta última dimensão). Se a evidência já nos mostrava que o burnout nos médicos está associado a piores *outcomes* pessoais e profissionais, com o nosso trabalho verificamos que esta é uma ideia partilhada pela grande maioria dos profissionais da nossa amostra, e que se reflete nos níveis de burnout apresentados.(7) Isto vai, ainda, de encontro aos resultados descritos noutros estudos que avaliaram a perceção de burnout em médicos oncologistas, que revelam que esta tem vindo a aumentar ao longo do tempo e, em 2005, num estudo norte-americano, 62% dos médicos da área da oncologia inquiridos relatavam sentir-se em burnout.(29) Há ainda evidência (concordante com os nossos achados) de que o burnout está relacionado com a autoperceção, por parte dos profissionais, de erros médicos e cuidados subótimos.(30)

É interessante verificar que nesta amostra, constituída maioritariamente por profissionais conscientes de que os níveis de stress a que estão sujeitos têm consequências práticas nas suas vidas, as estratégias de coping mais utilizadas são adaptativas – o que nos permite colocar a hipótese de que profissionais mais conscientes tenderão a utilizar estratégias de coping tidas como mais eficazes a longo prazo.

Relativamente à perceção dos profissionais quanto à consciência dos órgãos de gestão da instituição no que diz respeito ao burnout, a maioria considera que os órgãos de gestão estão conscientes dos riscos e consequências que o burnout pode ter. No entanto, encontramos níveis significativamente mais altos de burnout e distanciamento (e níveis mais altos de exaustão, embora não estatisticamente significativos) entre os profissionais que não consideram que as entidades gestoras estão conscientes das implicações que os níveis de stress poderão ter para as suas vidas e qualidade dos cuidados prestados. Uma pior relação entre os órgãos de gestão e os profissionais, apontada como causa de burnout noutros trabalhos, poderá resultar no aumento do distanciamento e, conseqüentemente, do burnout, e poderá ser a justificação para que os profissionais com níveis mais elevados nestas dimensões sintam que os órgãos de gestão não estão cientes das consequências dos níveis de stress a que estão sujeitos.(2,3)

Tendo em conta que, noutros estudos, se demonstrou que as estratégias estruturais, organizacionais ou institucionais são, de uma forma geral, mais eficazes na redução do burnout do que as estratégias pessoais/individuais, é particularmente relevante que as entidades gestoras, responsáveis por instituir este tipo de estratégias, estejam conscientes

da sua pertinência e urgência, e as coloquem ao alcance de todos os profissionais, aumentando, assim, a proximidade com estes.(21,25)

Relativamente à questão de resposta aberta colocada no final do questionário, que pretendia apurar a existência de ações práticas estratégicas para prevenir ou combater o burnout na instituição, as respostas foram muito díspares – aproximadamente 20% dos inquiridos referiu não haver quaisquer ações práticas, apesar de, no mesmo contexto, terem sido apontados alguns exemplos por outros profissionais.

Verificamos que as estratégias apontadas como tendo sido adotadas pelos órgãos de gestão (descritas no capítulo “Resultados”) incidem sobretudo em medidas preventivas do aparecimento de burnout, sendo de destacar o aumento da proximidade com os profissionais (uma vez que sabemos que a falta de autonomia e de proximidade com as entidades gestoras é apontada por estes como sendo um dos principais precipitantes do burnout) e ainda a otimização e melhor organização de recursos humanos (uma vez que o desgaste provocado pela carga horária, menor tempo de consulta e excesso de trabalho são fatores de risco de extrema importância). Estão descritas também medidas “curativas”, sobretudo promotoras da utilização de estratégias de coping adaptativo (como a criação de gabinetes de apoio psicológico e sessões para grupos de risco).(2)

A implementação destas medidas parece indicar que não só as entidades gestoras estarão atentas à problemática do burnout, como também à solução que a promoção de estratégias de coping adaptativo representa. No entanto, atendendo ao não conhecimento destas medidas por alguns dos profissionais inquiridos, é importante perceber a forma como estarão a ser divulgadas e/ou praticadas na instituição, e avaliar a sua eficácia e pertinência.

### **4.2 Limitações do estudo**

Existem algumas limitações ao presente estudo, que devem ser levantadas uma vez que condicionam a validade e robustez dos resultados, e podem ser corrigidas numa futura replicação.

Em primeiro lugar, destaca-se a reduzida dimensão da amostra – manifestamente pequena para a validação dos resultados obtidos, e que condiciona em muito a capacidade de obter conclusões significativas. A distribuição online dos questionários não permitiu uma contextualização prévia relativa à relevância do trabalho e importância da participação dos profissionais, como inicialmente estava previsto, e que resultou numa adesão inicial

escassa, que se prolongou até ser incomportável o adiamento do tratamento estatístico dos dados, dado o panorama atual provocado pela COVID-19. Para além disto, previu-se que este trabalho incluisse os IPOs de Coimbra e Lisboa, o que, pelo atraso inerente aos processos burocráticos de aprovação do projeto aliado à pandemia que se instalou, não se pôde concretizar.

Em segundo lugar, trata-se de um estudo transversal, o que não permite definir a direção dos processos de influências das várias variáveis estudadas – estudo que seria interessante caso o tempo não fosse uma condicionante.

Em terceiro, os processos burocráticos inerentes à realização da investigação em várias instituições e a escassez do tempo necessário para a sua resolução não permitiram o envolvimento de mais do que uma instituição, o que poderá levar à existência de viés na distribuição dos dados e nas conclusões retiradas – uma vez que são restritas a uma única instituição.

Por último, deve destacar-se o facto de não haver uma ampla utilização dos instrumentos utilizados pelos investigadores, apesar de validados (nomeadamente o OLBI), o que provoca uma maior dificuldade na comparação dos resultados obtidos nesta investigação com os resultados obtidos noutras investigações com o mesmo tema.

### **4.3 Sugestões futuras**

Num futuro próximo, é objetivo deste trabalho de investigação informar as instituições dos dados relativos à prevalência de burnout entre os seus profissionais e quais nos parecem ser as áreas de atuação passíveis de melhoria, com recurso a ações formativas, educativas ou organizacionais que possam ser promovidas por forma a prevenir ou combater esta problemática.

Seria interessante prosseguir com a aplicação do questionário nas instituições em que a sua aprovação está pendente, para verificar se existe relação entre os níveis de burnout e estratégias de coping e o local de trabalho, e ainda para comparar ações levadas a cabo pelos diferentes órgãos de e quais parecem ser mais eficazes na prevenção ou combate ao burnout.

Com um termo de comparação e um estudo mais aprofundado e dirigido às ações levadas a cabo pelas entidades gestoras das instituições, poderia inclusive tentar-se relacionar a existência de determinadas ações com a prevalência maior ou menor de burnout, ou utilização mais ou menos frequente de determinadas estratégias de coping – o que poderia

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

ser, também, interessante, para avaliar se estas ações estão ou não a ter efeitos, e se estes são positivos.

Poderia ser, também, interessante avaliar a percepção dos estudantes de medicina relativamente à carreira na área da oncologia – principais medos e expectativas, para perceber se existirá algum tipo de relação entre estes e a escolha futura da especialidade, e se estes serão fundamentados pelos achados desta investigação.

## 5 Conclusão

Apesar dos níveis de stress a que estão sujeitos se traduzirem numa prevalência elevada de burnout, a maioria dos profissionais médicos da área oncológica mantém uma satisfação global positiva com o seu trabalho – num estudo global conduzido em 2019, encontrou-se uma satisfação baixa com o trabalho em apenas 20% dos oncologistas (o que é contrastante com as prevalências de burnout variáveis entre 20 e 70%).(14,21) Mais - num estudo conduzido pela ASCO (American Society of Clinical Oncology), apesar de a maioria dos profissionais médicos da área oncológica estar satisfeita com a sua carreira e especialidade, 44,7% destes foram diagnosticados com burnout.(9) Talvez isto se deva ao facto de haver alguns sentimentos positivos aliados à profissão médica, como a capacidade de aliviar a dor e o sofrimento, curar doenças e salvar vidas – o que se pode tornar gratificante.(4) No entanto, foi também proposto que profissionais altamente motivados, com um intenso investimento na sua profissão correm mais risco de vir a desenvolver burnout.(31)

Consideramos que esta deve ser uma das principais motivações para o investimento em estratégias que possam ajudar a prevenir ou combater o burnout numa comunidade que se mostra resiliente e satisfeita com um trabalho que, por si só, é um fator de risco para o desenvolvimento desta condição crónica e potencialmente incapacitante.

Em segundo lugar, consideramos que esta intervenção deve ser o mais precoce possível, uma vez que, de ano para ano, os estudos demonstram uma prevalência cada vez maior de burnout entre esta comunidade, bem como uma repercussão evidente na satisfação com o trabalho – que tem vindo a decrescer.(14) Para além disto sabe-se ainda que os médicos têm tendência a procurar ajuda profissional mais tardiamente, e uma probabilidade maior de se automedicarem ou pedir prescrição de antidepressivos a colegas. Apesar de, à partida, serem mais conscientes das repercussões destas ações, muitas vezes não se sentem vulneráveis ou temem perda de reputação junto dos pares.(7,32)

Torna-se, portanto, imperativo que os órgãos de gestão das instituições implementem medidas que tenham por base fundamentações teóricas fortes, como a proposta de Shanafelt e Noseworthy de “Nove estratégias para reduzir o burnout entre os médicos”, sendo estas: (21)

1. Reconhecer e enfrentar o problema;
2. Aproveitar o poder da liderança que têm;

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

3. Desenvolver e implementar intervenções alvo, de acordo com os problemas identificados;
4. Cultivar a ideia de comunidade no local de trabalho;
5. Usar, de forma ponderada, sistemas de recompensa e incentivos;
6. Alinhar valores e fortalecer a cultura;
7. Promover a flexibilidade e equilíbrio entre o trabalho e a vida fora deste;
8. Providenciar recursos que promovam a resiliência e autocuidado;
9. Facilitar e patrocinar a ciência organizacional.

As consequências do burnout para a saúde, qualidade de vida e cuidados prestados pelos profissionais podem ser gravíssimas, e não devem ser ignoradas – pelo contrário, devem ser implementadas iniciativas prioritárias para a sua prevenção e combate, e deve criar-se uma cultura de bem-estar físico e mental, partindo das entidades gestoras e dos próprios profissionais, de modo a que estes não fiquem doentes por causa do seu trabalho.

## Bibliografia

1. Hlubocky FJ, Back, Anthony L, Shanafelt TD. Addressing Burnout in Oncology: Why Cancer Care Clinicians. *ASCO Educ B*. 2016;271–9.
2. Bertrand AS, Iannessi A, Marcy PY, Cherikh F. Mental health status of cancer research center’s care givers: Should we worry? *Ann Palliat Med*. 2019;8(5):781–5.
3. Poulsen MG, Poulsen AA, Baumann KC, Mcquitty S, Sharpley CF. A cross-sectional study of stressors and coping mechanisms used by radiation therapists and oncology nurses: Resilience in cancer care study. *J Med Radiat Sci*. 2014;61(4):225–32.
4. Zanatta AB, De Lucca SR. Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Rev da Esc Enferm*. 2015;49(2):253–8.
5. Bany Hamdan A, Alshammary S, Javison S, Tamani J, AlHarbi M. Burnout Among Healthcare Providers in a Comprehensive Cancer Center in Saudi Arabia. *Cureus*. 2019;11(1):1–14.
6. Cumbe VFJ, Pala AN, Palha AJP, RP Gaio A, Esteves MF, Mari J de J, et al. Burnout Syndrome and Coping Strategies in Portuguese Oncology health providers. *Rev Psiquiatr Clin*. 2017;44(5):122–6.
7. Rath KS, Huffman LB, Phillips GS, Carpenter KM, Fowler JM. Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology Presented at the 45th Annual Meeting on Women’s Cancer, Society of Gynecology Oncology, Tampa, FL, March 22-25, 2014. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2015;213(6):824.e1-824.e9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.07.036>
8. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cited 2020 Apr 18]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
9. Banerjee S, Califano R, Corral J, de Azambuja E, De Mattos-Arruda L, Guarneri V, et al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 2017;28(7):1590–6.
10. Felton JS. Burnout as a clinical entity - its importance in health care workers. *Occup Med (Chic Ill)*. 1998;48(4):237–50.

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

11. Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, Satele D, Chew H, Horn L, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol*. 2014;32(7):678–86.
12. Paiva CE, Martins BP, Paiva BSR. Doctor, are you healthy? A cross-sectional investigation of oncologist burnout, depression, and anxiety and an investigation of their associated factors. *BMC Cancer*. 2018;18(1):1–11.
13. Nowakowski J, Borowiec G, Zwierz I, Jagodzinski W, Tarkowski R. Stress In An Oncologist's Life: Present But Not Insurmountable (Students Should Not Be Discouraged Choosing Oncology as Their Future Specialisation). *J Cancer Educ*. 2017;32(1):198–205.
14. Raphael MJ, Fundytus A, Hopman WM, Vanderpuye V, Seruga B, Lopes G, et al. Medical oncology job satisfaction: Results of a global survey. *Semin Oncol* [Internet]. 2019;46(1):73–82. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2018.12.006>
15. Sinval J, Queirós C, Pasian S, Marôco J. Transcultural adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for Brazil and Portugal. *Front Psychol*. 2019;10.
16. Sedlar N, Šprah L, Tement S, Sočan G. Internal structure of an alternative measure of burnout: Study on the Slovenian adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). *Burn Res*. 2015;2(1):1–7.
17. Reis D, Xanthopoulou D, Tsaousis I. Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Factorial invariance across samples and countries. *Burn Res* [Internet]. 2015;2(1):8–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2014.11.001>
18. Pais Ribeiro J, Rodrigues A. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicol Saúde e Doenças*. 2004;V(1):3–15.
19. Machado AV, Volchan E, Figueira I, Aguiar C, Xavier M, Souza GGL, et al. Association between habitual use of coping strategies and posttraumatic stress symptoms in a non-clinical sample of college students: A Bayesian approach. *PLoS One*. 2020;15(2):1–17.
20. Carter LF, Davis JA. *Elementary Survey Analysis*. Soc Forces. 1973;
21. Murali K, Makker V, Lynch J, Banerjee S. From Burnout to Resilience: An Update for Oncologists. *Am Soc Clin Oncol Educ B*. 2018;(38):862–72.

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

22. Kogoj TK, Cebašek-Travnik Z, Zaletel-Kragelj L. Role of stress in burnout among students of medicine and dentistry--a study in Ljubljana, Slovenia, Faculty of Medicine. *Coll Antropol* [Internet]. 2014;38(3):879–87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25420369>
23. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, et al. Prevalence of burnout in medical and surgical residents: A meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):1–22.
24. Koh MYH, Chong PH, Neo PSH, Ong YJ, Yong WC, Ong WY, et al. Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study. *Palliat Med*. 2015;29(7):633–42.
25. Hlubocky FJ, Rose M, Epstein RM. Mastering Resilience in Oncology: Learn to Thrive in the Face of Burnout. *Am Soc Clin Oncol Educ B*. 2017;37:771–81.
26. Salem R, Akel R, Fakhri G, Tfayli A. Burnout among Lebanese oncologists: Prevalence and risk factors. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2018;19(8):2135–9.
27. Probst H, Griffiths S, Adams R, Hill C. Burnout in therapy radiographers in the UK. *Br J Radiol*. 2012;85(1017):760–5.
28. Ercolani G, Varani S, Peghetti B, Franchini L, Malerba MB, Messina R, et al. Burnout in Home Palliative Care: What Is the Role of Coping Strategies? *J Palliat Care*. 2020;35(1):46–52.
29. Allegra CJ, Hall R, Yothers G. Prevalence of Burnout in the U.S. Oncology Community: Results of a 2003 Survey. *J Oncol Pract*. 2005;1(4):140–7.
30. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: A systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(6).
31. Bressi C, Manenti S, Porcellana M, Cevalles D, Farina L, Felicioni I, et al. Haemato-oncology and burnout: An Italian survey. *Br J Cancer*. 2008;98(6):1046–52.
32. Leong LA. Achieving physician well-being: The best physicians are well physicians. *JNCCN J Natl Compr Cancer Netw*. 2014;12(8):1196–8.

## Anexos

### Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da UBI



comissaodeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

#### Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2019-044:ID1429

Na sua reunião de 15 de outubro de 2019 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto ***“Burnout e estratégias de coping adotados pelos profissionais médicos da área oncológica”***, da proponente **Inês Guimarães Rento**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2019-044.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 22 de outubro de 2019

O Presidente da Comissão de Ética



Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira  
Professor Emérito

## Anexo 2 – Autorização IPO Porto

 **EPOP** <epop@ipoporto.min-saude.pt>  
para mim, Cristiana ▾

16/01/2020, 10:17   

**Burnout e estratégias de Coping em Profissionais da Área Oncológica**  **teste** 

**Exma. Senhora**  
**Dra. Inês Rento.**

Agradecemos a escolha da nossa Instituição para o desenvolvimento do seu projeto.  
Em resposta ao pedido de desenvolvimento do projeto "Burnout e estratégias de Coping em Profissionais da Área Oncológica" no IPO-Porto, informamos que este está devidamente autorizado.

Para agilizar o processo, deve contactar a Dra. Cristiana Moraes, elo de ligação, através do email: [cmorais@ipoporto.min-saude.pt](mailto:cmorais@ipoporto.min-saude.pt).

Atentamente;

**José Carneiro**  
Ass. Técnico

**EPOP** – Escola Portuguesa de Oncologia do Porto  
**IPO-Porto**



  
**SNS +** Os primeiros passos  
do SNS do futuro  
[www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)

Rua Dr. António Bernardino de Almeida | 4200-072 Porto | Portugal  
Tel. 225064100 | Fax. 225084022  
[www.ipoportor.pt](http://www.ipoportor.pt)

## Anexo 3 – Questionário

BURNOUT E ESTRATÉGIAS DE COPING EM PROFISSIONAIS MÉDICOS DA ÁREA ONCOLÓGICA

Parte I. Caracterização Socio-demográfica

1. Sexo  
Masculino \_\_\_ Feminino \_\_\_
2. Idade  
≤29 anos \_\_\_ 30-39 anos \_\_\_ 40-49 anos \_\_\_ 50-59 anos \_\_\_ 60-69 anos \_\_\_  
≥70 anos \_\_\_
3. Estado Civil  
\_\_\_
4. Nacionalidade  
Portuguesa \_\_\_ Outra \_\_\_
5. Categoria profissional  
Médico Especialista \_\_\_  
Médico Interno de Formação Específica \_\_\_  
Médico Interno de Formação Geral \_\_\_
6. Carga horária semanal:  
<35h \_\_\_ 35-40h \_\_\_ >40h \_\_\_
7. Há quanto tempo exerce a profissão?  
≤ 5 anos \_\_\_ 6-10 anos \_\_\_ 11-15 anos \_\_\_ 16-20 anos \_\_\_ 21-25 anos \_\_\_ ≥26 anos \_\_\_
8. Há quanto tempo exerce na área da oncologia?  
≤ 5 anos \_\_\_ 6-10 anos \_\_\_ 11-15 anos \_\_\_ 16-20 anos \_\_\_ 21-25 anos \_\_\_ ≥26 anos \_\_\_
9. Há quanto tempo exerce na instituição?  
≤ 5 anos \_\_\_ 6-10 anos \_\_\_ 11-15 anos \_\_\_ 16-20 anos \_\_\_ 21-25 anos \_\_\_ ≥26 anos \_\_\_
10. Durante o último semestre, alguma vez faltou ao trabalho por se sentir emocionalmente desgastado pelo trabalho?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Parte II. Oldenburg Burnout Inventory - versão reduzida e adaptada para Português

Assinale com um X a resposta que considera mais adequada à sua realidade:

	Demanda substantiva	Demanda emocional	Uma outra alternativa	Condição substantiva
Encontro com frequência assuntos novos e interessantes no meu trabalho				
Há dias em que me sinto cansado antes mesmo de chegar ao trabalho				
Cada vez mais falo de forma negativa do meu trabalho				
Depois do trabalho, preciso de mais tempo para me sentir melhor e relaxar do que precisava antigamente				
Consigo aguentar bem a pressão do meu trabalho				
Ultimamente tenho pensado menos no meu trabalho e faço as tarefas de forma quase mecânica				
Considero que o meu trabalho é um desafio positivo				
Durante o meu trabalho, muitas vezes sinto-me emocionalmente esgotado				
Com o passar do tempo, sinto-me desilgado do meu trabalho				
Depois do trabalho, tenho energia suficiente para as minhas atividades de lazer				
Às vezes, sinto-me farto das minhas tarefas no trabalho				
Depois do trabalho sinto-me cansado e sem energia				
Este é o único tipo de trabalho que me imagino a fazer				
De uma forma geral, consigo gerir bem a quantidade de trabalho que tenho				
Sinto-me cada vez mais empenhado no meu trabalho				

Quando trabalho, geralmente sinto-me com energia				
--	--	--	--	--

Parte III. Brief COPE

Assinale com um 'X' a resposta que considera mais adequada à sua realidade:

	Nunca Fico tão fatigado	Fico tão fatigado frequentemente	Fico tão fatigado algumas vezes	Fico sempre tão fatigado
Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação				
Pego conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
Pego conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos,...)				
Procuro o conforto e compreensão de alguém				
Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
Rezo ou medito				
Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer				
Faço críticas a mim próprio				
Culpo-me pelo que está a acontecer				
Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
Tento aprender a viver com a situação				
Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções)				

Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
Tenho dito para mim próprio: "isto não é verdade"				
Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo				
Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar ou ir às compras				
Decido de me esforçar para obter o que quero				
Simplemente deisto de tentar atingir o meu objetivo				
Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc) para me sentir melhor				
Uso álcool ou outras drogas para me ajudar a ultrapassar os problemas				
Entrento a situação levando-a para a brincadeira				
Entrento a situação com sentido de humor				

Parte IV

Responda adequadamente às questões colocadas:

1. Considera que os níveis de stress a que está sujeito têm implicações na sua saúde?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Não sei/Não respondo \_\_\_
2. Considera que os níveis de stress a que está sujeito têm implicações na sua qualidade de vida?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Não sei/Não respondo \_\_\_
3. Considera que os níveis de stress a que está sujeito têm implicações nos cuidados por si prestados aos utentes?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Não sei/Não respondo \_\_\_
4. Na sua perspectiva, os órgãos de gestão da instituição em que trabalha estão conscientes dos riscos associados ao burnout para a saúde dos profissionais?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Não sei/Não respondo \_\_\_

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

5. Os órgãos de gestão da instituição em que trabalha estão conscientes dos riscos associados ao burnout para a qualidade de vida dos profissionais?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Não sei/Não respondo \_\_\_
6. Os órgãos de gestão da instituição em que trabalha estão conscientes do impacto do burnout na qualidade dos serviços prestados?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Não sei/Não respondo \_\_\_
7. Pode indicar estratégias adotadas pelos órgãos de gestão da instituição em que trabalha para gerir o burnout dos profissionais de saúde?

## Anexo 4 – Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com esta proposta, por favor, assine este documento.*

Inês Guimarães Rento, aluna do quinto ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Prof. Doutor Paulo Vitória, vem solicitar a sua colaboração.

O presente estudo tem como objetivo avaliar os níveis de Burnout e estratégias de coping adotadas pelos médicos da área oncológica nos IPOs de Porto, Coimbra e Lisboa, bem como analisar as estratégias adotadas pela organização na gestão deste problema.

O preenchimento é de carácter voluntário, e pode desistir a qualquer momento. Não existe qualquer tipo de financiamento do estudo nem custos para quem nele participa. Não existem quaisquer riscos ou benefícios diretos para o participante.

É garantida a confidencialidade e anonimato dos inquiridos. Os dados recolhidos serão para uso exclusivo do presente estudo.

Grata pela sua atenção e colaboração,  
Inês Guimarães Rento  
Estudante do 5º Ano - Mestrado Integrado em Medicina  
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior  
Contactos: 913806759  
a32932@fcsaude.ubi.pt

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Declaro ter lido e compreendido a informação presente neste documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela autora do estudo. No caso de não ter compreendido alguma informação, solicitei à aluna/investigadora uma explicação, tendo esta esclarecido todas as dúvidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.*

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Anexo 5 – Análise descritiva dos dados**

## PARTE I – Caracterização Sociodemográfica

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	9	31,0
	Feminino	20	69,0
Idade	<40 anos	16	55,2
	≥40 anos	13	44,8
Estado Civil	Solteiro ou Divorciado	16	55,2
	Casado ou União de facto	13	44,8
Nacionalidade	Portuguesa	28	96,6
	Outra	1	3,4
Categoria Profissional	Médico Interno de Formação Geral	0	0,0
	Médico Interno de Formação Específica	8	27,6
	Médico Especialista	21	72,4
Carga horária semanal	≤40h	10	34,4
	>40h	19	65,5
Há quanto tempo exerce a profissão?	≤10 anos	14	48,3
	11-20 anos	6	20,7
	≥21 anos	9	31,0
Há quanto tempo exerce na área da oncologia?	≤10 anos	17	58,6
	11-20 anos	6	20,7
	≥21 anos	6	20,7
Há quanto tempo exerce nesta instituição?	≤10 anos	17	58,6
	11-20 anos	9	31,0
	≥21 anos	3	10,3
Durante o último semestre alguma vez faltou ao trabalho por se sentir emocionalmente esgotado?	Não	25	86,2
	Sim	4	13,8

## PARTE II – Burnout

As perguntas foram reordenadas de modo a que as primeiras 8 aqui apresentadas correspondam à dimensão distanciamento, e as seguintes à dimensão exaustão.

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

		n	%	Média	DP
Encontro com frequência assuntos novos e interessantes no meu trabalho	Concordo totalmente	5	17,2	2,4138	±1,05279
	Concordo	13	22,8		
	Nem concordo, nem discordo	6	20,7		
	Discordo	4	13,8		
	Discordo totalmente	1	3,4		
Cada vez mais falo de forma negativa do meu trabalho	Concordo totalmente	2	6,9	3,2069	±1,04810
	Concordo	12	41,4		
	Nem concordo, nem discordo	6	20,7		
	Discordo	8	27,6		
	Discordo totalmente	1	3,4		
Ultimamente tenho pensado menos no meu trabalho e faço as tarefas de forma quase mecânica	Concordo totalmente	4	13,8	3,1034	±1,26335
	Concordo	8	27,6		
	Nem concordo, nem discordo	8	27,6		
	Discordo	5	17,2		
	Discordo totalmente	4	13,8		
Considero que o meu trabalho é um desafio positivo	Concordo totalmente	8	27,6	2,2759	±1,16179
	Concordo	12	41,4		
	Nem concordo, nem discordo	3	10,3		
	Discordo	5	17,2		
	Discordo totalmente	1	3,4		
Com o passar do tempo, sinto-me desligado do meu trabalho	Concordo totalmente	3	10,3	2,9310	±1,19317
	Concordo	7	24,1		
	Nem concordo, nem discordo	7	24,1		
	Discordo	9	31,0		
	Discordo totalmente	3	10,3		
Às vezes, sinto-me farto das minhas tarefas no trabalho	Concordo totalmente	9	31,0	3,8276	±1,10418
	Concordo	11	37,9		
	Nem concordo, nem discordo	5	17,2		
	Discordo	3	10,3		
	Discordo totalmente	1	3,4		
Este é o único tipo de trabalho que me imagino a fazer	Concordo totalmente	2	6,9	3,2069	±1,29227
	Concordo	10	34,5		
	Nem concordo, nem discordo	2	6,9		
	Discordo	10	34,5		
	Discordo totalmente	5	17,2		
Sinto-me cada vez mais empenhado no meu trabalho	Concordo totalmente	1	3,4	3,2069	±1,01346
	Concordo	7	24,1		
	Nem concordo, nem discordo	8	27,6		
	Discordo	11	37,9		
	Discordo totalmente	2	6,9		
Há dias em que me sinto cansado antes mesmo de chegar ao trabalho	Concordo totalmente	7	24,1	3,7241	±1,22172
	Concordo	15	51,7		
	Nem concordo, nem discordo	2	6,9		
	Discordo	2	6,9		
	Discordo totalmente	3	10,3		

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Depois do trabalho, preciso de mais tempo para me sentir melhor e relaxar do que precisava antigamente	Concordo totalmente	8	27,6	3,9310	±0,96106
	Concordo	15	51,7		
	Nem concordo, nem discordo	2	6,9		
	Discordo	4	13,8		
	Discordo totalmente	0	0,0		
Consigo aguentar bem a pressão do meu trabalho	Concordo totalmente	1	3,4	2,6552	±0,93640
	Concordo	14	48,3		
	Nem concordo, nem discordo	10	34,5		
	Discordo	2	6,9		
	Discordo totalmente	2	6,9		
Durante o meu trabalho, muitas vezes sinto-me emocionalmente esgotado	Concordo totalmente	6	20,7	3,6207	±1,04928
	Concordo	12	41,4		
	Nem concordo, nem discordo	5	17,2		
	Discordo	6	20,7		
	Discordo totalmente	0	0,0		
Depois do trabalho, tenho energia suficiente para as minhas atividades de lazer	Concordo totalmente	1	3,4	3,2414	±1,15434
	Concordo	9	31,0		
	Nem concordo, nem discordo	5	17,2		
	Discordo	10	34,5		
	Discordo totalmente	4	13,8		
Depois do trabalho sinto-me cansado e sem energia	Concordo totalmente	6	20,7	3,4138	±1,18072
	Concordo	9	31,0		
	Nem concordo, nem discordo	6	20,7		
	Discordo	7	24,1		
	Discordo totalmente	1	3,4		
De uma forma geral, consigo gerir bem a quantidade de trabalho que tenho	Concordo totalmente	1	3,4	3,0000	±1,03510
	Concordo	10	34,5		
	Nem concordo, nem discordo	8	27,6		
	Discordo	8	27,6		
	Discordo totalmente	2	6,9		
Quando trabalho, geralmente sinto-me com energia	Concordo totalmente	0	0,0	2,8966	±0,90019
	Concordo	12	41,4		
	Nem concordo, nem discordo	9	31,0		
	Discordo	7	24,1		
	Discordo totalmente	1	3,4		

### PARTE III – Estratégias de Coping

		n	%	Média	DP
Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	Nunca faço isto	1	3,4	3,1379	±0,63943
	Faço isto raramente	1	3,4		
	Faço isto algumas vezes	20	69,0		
	Faço sempre isto	7	24,1		

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação	Nunca faço isto	1	3,4	2,8621	±0,69303
	Faço isto raramente	6	20,7		
	Faço isto algumas vezes	18	62,1		
	Faço sempre isto	4	13,8		
Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	Nunca faço isto	1	3,4	3,1379	±0,69303
	Faço isto raramente	2	6,9		
	Faço isto algumas vezes	18	62,1		
	Faço sempre isto	8	27,6		
Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	Nunca faço isto	0	0,0	3,1034	±0,67320
	Faço isto raramente	5	17,2		
	Faço isto algumas vezes	16	55,2		
	Faço sempre isto	8	27,6		
Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	Nunca faço isto	1	3,4	2,9310	±0,75266
	Faço isto raramente	6	20,7		
	Faço isto algumas vezes	16	55,2		
	Faço sempre isto	6	20,7		
Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	Nunca faço isto	3	10,3	2,7586	±0,83045
	Faço isto raramente	5	17,2		
	Faço isto algumas vezes	17	58,6		
	Faço sempre isto	4	13,8		
Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos,...)	Nunca faço isto	2	6,9	2,8276	±0,92848
	Faço isto raramente	9	31,0		
	Faço isto algumas vezes	10	34,5		
	Faço sempre isto	8	27,6		
Procuo o conforto e compreensão de alguém	Nunca faço isto	3	10,3	2,8276	±0,96618
	Faço isto raramente	7	24,1		
	Faço isto algumas vezes	11	37,9		
	Faço sempre isto	8	27,6		
Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	Nunca faço isto	13	44,8	2,0690	±1,16285
	Faço isto raramente	6	20,7		
	Faço isto algumas vezes	5	17,2		
	Faço sempre isto	5	17,2		
Rezo ou medito	Nunca faço isto	13	44,8	1,9655	±1,05162
	Faço isto raramente	7	24,1		
	Faço isto algumas vezes	6	20,7		
	Faço sempre isto	3	10,3		
Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	Nunca faço isto	0	0,0	2,8621	±0,58089
	Faço isto raramente	7	24,1		
	Faço isto algumas vezes	19	65,5		
	Faço sempre isto	3	10,3		
Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer	Nunca faço isto	0	0,0	2,8276	±0,65841
	Faço isto raramente	9	31		
	Faço isto algumas vezes	12	55,2		
	Faço sempre isto	4	13,8		
Faço críticas a mim próprio	Nunca faço isto	0	0,0	3,2069	±0,49130
	Faço isto raramente	1	3,4		
	Faço isto algumas vezes	21	72,4		

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

	Faço sempre isto	7	24,1		
Culpo-me pelo que está a acontecer	Nunca faço isto	6	20,7	2,2414	±0,87240
	Faço isto raramente	12	41,4		
	Faço isto algumas vezes	9	31,0		
	Faço sempre isto	2	6,9		
Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	Nunca faço isto	0	0,0	2,7586	±0,51096
	Faço isto raramente	8	27,6		
	Faço isto algumas vezes	20	69,0		
	Faço sempre isto	1	3,4		
Tento aprender a viver com a situação	Nunca faço isto	0	0,0	3,0690	±0,65088
	Faço isto raramente	5	17,2		
	Faço isto algumas vezes	17	58,6		
	Faço sempre isto	7	24,1		
Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções)	Nunca faço isto	1	3,4	2,8621	±0,69303
	Faço isto raramente	6	20,7		
	Faço isto algumas vezes	18	62,1		
	Faço sempre isto	4	13,8		
Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	Nunca faço isto	2	6,9	2,7931	±0,72601
	Faço isto raramente	5	17,2		
	Faço isto algumas vezes	19	65,5		
	Faço sempre isto	3	10,3		
Tenho dito para mim próprio: “isto não é verdade”	Nunca faço isto	4	13,8	2,3103	±0,80638
	Faço isto raramente	14	48,3		
	Faço isto algumas vezes	9	31,0		
	Faço sempre isto	2	6,9		
Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo	Nunca faço isto	7	24,1	2,1034	±0,85960
	Faço isto raramente	14	48,3		
	Faço isto algumas vezes	6	20,7		
	Faço sempre isto	2	6,9		
Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação	Nunca faço isto	2	6,9	2,6897	±0,71231
	Faço isto raramente	7	24,1		
	Faço isto algumas vezes	18	62,1		
	Faço sempre isto	2	6,9		
Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar ou ir às compras	Nunca faço isto	1	3,4	2,8966	±0,72431
	Faço isto raramente	6	20,7		
	Faço isto algumas vezes	17	58,6		
	Faço sempre isto	5	17,2		
Desisto de me esforçar para obter o que quero	Nunca faço isto	10	34,5	1,9655	±0,82301
	Faço isto raramente	10	34,5		
	Faço isto algumas vezes	9	31,0		
	Faço sempre isto	0	0,0		
Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo	Nunca faço isto	14	48,3	1,7931	±0,86103
	Faço isto raramente	7	24,1		
	Faço isto algumas vezes	8	27,6		
	Faço sempre isto	0	0,0		
	Nunca faço isto	21	72,4	1,3448	±0,61388
	Faço isto raramente	6	20,7		

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc) para me sentir melhor	Faço isto algumas vezes	2	6,9		
	Faço sempre isto	0	0		
Uso álcool ou outras drogas para me ajudar a ultrapassar os problemas	Nunca faço isto	25	86,2		
	Faço isto raramente	3	10,3	1,1724	±0,46820
	Faço isto algumas vezes	1	3,4		
	Faço sempre isto	0	0		
Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	Nunca faço isto	5	17,2		
	Faço isto raramente	7	24,1	2,5172	±0,91107
	Faço isto algumas vezes	14	48,3		
	Faço sempre isto	3	10,3		
Enfrento a situação com sentido de humor	Nunca faço isto	3	10,3		
	Faço isto raramente	9	31,0	2,6207	±0,86246
	Faço isto algumas vezes	13	44,8		
	Faço sempre isto	4	13,8		

### PARTE IV- Implicações e Gestão

		n	%
Considera que os níveis de stress a que está sujeito têm implicações na sua saúde?	Não	2	6,9
	Sim	26	89,7
	Não sei/Prefiro não responder	1	3,4
Considera que os níveis de stress a que está sujeito têm implicações na sua qualidade de vida?	Não	0	0,0
	Sim	28	96,6
	Não sei/Prefiro não responder	1	3,4
Considera que os níveis de stress a que está sujeito têm implicações nos cuidados por si prestados?	Não	7	24,1
	Sim	21	72,4
	Não sei/Prefiro não responder	1	3,4
Na sua perspetiva, os órgãos de gestão da instituição em que trabalha estão conscientes dos riscos associados ao burnout para a saúde dos profissionais?	Não	13	44,8
	Sim	11	37,9
	Não sei/Prefiro não responder	5	17,2
Os órgãos de gestão da instituição em que trabalha estão conscientes dos riscos associados ao burnout para a qualidade de vida dos profissionais?	Não	13	44,8
	Sim	11	37,9
	Não sei/Prefiro não responder	5	17,2
Os órgãos de gestão da instituição em que o trabalha estão conscientes do impacto do burnout na qualidade dos serviços prestados?	Não	14	48,3
	Sim	11	37,9
	Não sei/Prefiro não responder	4	13,8

## Anexo 6 – Verificação dos pressupostos inerentes à utilização da estatística paramétrica

### PARTE I – Burnout e Dados Sociodemográficos

1. Sexo		
		Teste de Shapiro-Wilk <i>p-value</i>
Distanciamento	Masculino	0,925
	Feminino	0,662
Exaustão	Masculino	0,018**
	Feminino	0,427
Burnout (global)	Masculino	0,180
	Feminino	0,259

\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$

Pela análise da tabela concluímos que se verifica a normalidade para todas as situações, à exceção para “Exaustão” no que respeita ao sexo masculino ( $p = 0,018 < 0,05$ )

2. Idade		
		Teste de Shapiro-Wilk <i>p-value</i>
Distanciamento	<40 anos	0,300
	≥40 anos	0,253
Exaustão	<40 anos	0,916
	≥40 anos	0,141
Burnout (global)	<40 anos	0,582
	≥40 anos	0,107

\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$

Para todas as dimensões de burnout, os dados são normalmente distribuídos para todas as categorias etárias. ( $p > 0,05$ )

3. Estado Civil		
		Teste de Shapiro-Wilk <i>p-value</i>
Distanciamento	Solteiro ou Divorciado	0,822
	Casado ou União de facto	0,341
Exaustão	Solteiro ou Divorciado	0,593
	Casado ou União de facto	0,462
Burnout (global)	Solteiro ou Divorciado	0,935
	Casado ou União de facto	0,241

\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$

Verifica-se a normalidade para todas as situações ( $p > 0,05$ ).

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

5. Categoria Profissional		
		Teste de Shapiro-Wilk <i>p-value</i>
Distanciamento	IFE	0,207
	Especialista	0,488
Exaustão	IFE	0,446
	Especialista	0,334
Burnout (global)	IFE	0,610
	Especialista	0,702

\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$

Para todas as dimensões de burnout, os dados são normalmente distribuídos para ambas as categorias profissionais ( $p > 0,05$ )

7. Carga horária semanal		
		Teste de Shapiro-Wilk <i>p-value</i>
Distanciamento	$\leq 40h$	0,747
	$> 40h$	0,217
Exaustão	$\leq 40h$	0,199
	$> 40h$	0,902
Burnout (global)	$\leq 40h$	0,329
	$> 40h$	0,572

\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$

Para todas as dimensões de burnout, os dados são normalmente distribuídos para ambas as opções de carga horária semanal. ( $p > 0,05$ )

8. Há quanto tempo exerce a profissão?			
		Teste de Shapiro-Wilk <i>p-value</i>	Teste de Levene <i>p-value</i>
Distanciamento	$\leq 10$ anos	0,583	0,575
	11-20 anos	0,955	
	$\geq 21$ anos	0,556	
Exaustão	$\leq 10$ anos	0,527	0,061
	11-20 anos	0,745	
	$\geq 21$ anos	0,297	
Burnout (global)	$\leq 10$ anos	0,974	0,136
	11-20 anos	0,462	
	$\geq 21$ anos	0,493	

\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$

Para todas as dimensões de burnout, os dados são normalmente distribuídos para todas as opções de tempo de serviço ( $p > 0,05$ ) e verifica-se a homogeneidade das variâncias ( $p > 0,05$ ).

9. Há quanto tempo exerce na área da oncologia?			
		Teste de Shapiro-Wilk <i>p-value</i>	Teste de Levene <i>p-value</i>
Distanciamento	$\leq 10$ anos	0,523	0,327
	11-20 anos	0,121	
	$\geq 21$ anos	0,625	

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Exaustão	≤10 anos	0,508	0,209
	11-20 anos	0,887	
	≥20 anos	0,152	
Burnout (global)	≤10 anos	0,949	0,075
	11-20 anos	0,397	
	≥21 anos	0,448	

\*p<0,01; \*\*p<0,05

Para todas as dimensões de burnout, os dados são normalmente distribuídos para todas as opções de tempo de serviço na área oncológica ( $p>0,05$ ) e verifica-se a homogeneidade das variâncias ( $p>0,05$ )

10. Há quanto tempo exerce nesta instituição?			
		Teste de Shapiro-Wilk	Teste de Levene
		<i>p-value</i>	<i>p-value</i>
Distanciamento	≤10 anos	0,523	0,257
	11-20 anos	0,548	
	≥21 anos	0,463	
Exaustão	≤10 anos	0,508	0,442
	11-20 anos	0,380	
	≥21 anos	0,298	
Burnout (global)	≤10 anos	0,949	0,084
	11-20 anos	0,845	
	≥21 anos	<0,001**	

\*p<0,01; \*\*p<0,05

Verifica-se a normalidade e homogeneidade das variâncias para todas as situações, à exceção para “Burnout (global)” para a faixa etária dos ≥21 anos ( $p<0,001$ ).

11. Incidência de faltas no último semestre			
		Teste de Shapiro-Wilk	
		<i>p-value</i>	
Distanciamento	Não	0,709	
	Sim	0,911	
Exaustão	Não	0,854	
	Sim	0,018**	
Burnout (global)	Não	0,953	
	Sim	0,126	

\*p<0,01; \*\*p<0,05

Os dados são normalmente distribuídos para todas as situações, à exceção para “Exaustão” no que respeita à resposta “Sim” ( $p=0,018<0,05$ ).

## PARTE II: Burnout e Estratégias de Coping

BURNOUT		Teste de Shapiro-Wilk
		<i>p-value</i>
Distanciamento		0,521
Exaustão		0,594
Burnout (global)		0,826

\*p<0,01; \*\*p<0,05

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

O distanciamento, a exaustão e a média global do Burnout são normalmente distribuídos ( $p\text{-value}>0,05$ ).

ESTRATÉGIAS DE COPING		Teste de Shapiro-Wilk
		<i>p-value</i>
Coping Ativo		0,001*
Planear		0,004*
Utilizar suporte instrumental		0,010*
Utilizar suporte social emocional		0,020*
Religião		<0,001*
Reinterpretação positiva		0,001*
Autoculpabilização		0,031*
Aceitação		<0,001*
Expressão de sentimentos		<0,001*
Negação		0,036*
Autodistração		0,004*
Desinvestimento comportamental		<0,001*
Uso de substâncias		<0,001*
Humor		0,053

\* $p\leq 0,01$ ; \*\* $p\leq 0,05$

Pela análise da tabela, concluímos que não se verifica a normalidade dos dados a não ser para “Humor” ( $p\text{-value}=0,053>0,05$ ).

### PARTE III: Burnout e consciência das implicações e gestão dos níveis de stress

1. Considera que os níveis de stress a que está sujeito têm implicações na sua saúde?		
		Teste de Shapiro-Wilk
		<i>p-value</i>
Distanciamento	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,463
	Sim	0,331
Exaustão	Não/Não sei/Prefiro não responder	1,000
	Sim	0,400
Burnout (global)	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,253
	Sim	0,839

\* $p\leq 0,01$ ; \*\* $p\leq 0,05$

Verifica-se a normalidade dos dados para todas as situações ( $p>0,05$ ).

3. Considera que os níveis de stress a que está sujeito têm implicações nos cuidados por si prestados aos utentes?		
		Teste de Shapiro-Wilk
		<i>p-value</i>
Distanciamento	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,483
	Sim	0,577
Exaustão	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,480
	Sim	0,294
Burnout (global)	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,266
	Sim	0,821

\* $p\leq 0,01$ ; \*\* $p\leq 0,05$

## Burnout e Estratégias de Coping em Profissionais Médicos da Área Oncológica

Verifica-se a normalidade dos dados para todas as situações ( $p > 0,05$ ).

4. Na sua perspetiva, os órgãos de gestão da instituição em que trabalha estão conscientes dos riscos associados ao burnout para a saúde dos profissionais?		
		Teste de Shapiro-Wilk
		<i>p-value</i>
Distanciamento	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,640
	Sim	0,669
Exaustão	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,573
	Sim	0,411
Burnout (global)	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,994
	Sim	0,186

\* $p \leq 0,01$ ; \*\* $p \leq 0,05$

Verifica-se a normalidade dos dados para todas as situações ( $p > 0,05$ ).

5. Os órgãos de gestão da instituição em que trabalha estão conscientes dos riscos associados ao burnout para a qualidade de vida dos profissionais?		
		Teste de Shapiro-Wilk
		<i>p-value</i>
Distanciamento	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,640
	Sim	0,669
Exaustão	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,573
	Sim	0,411
Burnout (global)	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,994
	Sim	0,186

\* $p \leq 0,01$ ; \*\* $p \leq 0,05$

Verifica-se a normalidade dos dados para todas as situações ( $p > 0,05$ ).

6. Os órgãos de gestão da instituição em que trabalha estão conscientes dos riscos associados ao burnout para a qualidade dos serviços prestados?		
		Teste de Shapiro-Wilk
		<i>p-value</i>
Distanciamento	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,640
	Sim	0,669
Exaustão	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,573
	Sim	0,411
Burnout (global)	Não/Não sei/Prefiro não responder	0,994
	Sim	0,186

\* $p \leq 0,01$ ; \*\* $p \leq 0,05$

Verifica-se a normalidade dos dados para todas as situações ( $p > 0,05$ ).