



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde: Causas, Consequências, Prevenção e Tratamento

Cristiana Rodrigues Martins

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo Vitória

Covilhã, junho de 2017

“Estou cansada, cada vez mais incompreendida e insatisfeita comigo, com a vida e com os outros. Diz-me, porque não nasci igual aos outros, sem dúvidas, sem desejos de impossível? E é isto que me traz sempre desvairada, incompatível com a vida que toda a gente vive...”

Florbelá Espanca

Dedicatória

À minha irmã, Nidia,

Fizeste-me acreditar que tudo é possível quando não se perde a fé.

Ao meu namorado, César,

O meu companheiro de todas as lutas.

Agradecimentos

Este trabalho representa mais uma etapa na minha formação acadêmica, mas acima de tudo o concluir de um ciclo de profundo crescimento e aprendizagem e o início de outro caminho que ainda há de vir. Deixo aqui o meu sincero agradecimento a quem me acompanhou neste percurso e me auxiliou nesta jornada.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Paulo Vitória, que aceitou o meu pedido para colaborar neste trabalho e cujo empenho e dedicação tornaram isto possível.

Aos amigos que me apoiaram e não me deixaram desmotivar. As vossas palavras de carinho e confiança foram essenciais.

Ao César, por ter sido o meu porto seguro e a minha fonte de motivação durante todo este percurso. Obrigada pela tolerância e compreensão que sempre tiveste comigo.

À minha irmã, Nídia, por acreditar sempre em mim. Obrigada por me fazeres sentir que vou conseguir tudo pelo que luto e pela tua amizade incondicional.

Aos meus pais, Humberto e Isabel, pelo apoio incondicional, por me encorajarem sempre e pelo vosso carinho.

A todas as pessoas envolvidas em geral e a cada uma destas em particular, quero dirigir os meus sinceros agradecimentos.

Resumo

Introdução: A saúde mental e emocional dos trabalhadores tem merecido crescente interesse de investigadores e profissionais de saúde. Os estudos publicados procuram caracterizar o problema, as suas causas e consequências e desenvolver estratégias para prevenir e tratar estas perturbações nos trabalhadores. As suas conclusões indicam que o trabalho tem efeito na saúde mental e emocional dos trabalhadores, que estas perturbações têm impacto no trabalho e que o meio laboral é um contexto favorável para a sua prevenção e tratamento. A síndrome de burnout é uma das mais relevantes perturbações de saúde mental, especificamente relacionada com o trabalho. Os profissionais de saúde têm um risco elevado desta síndrome.

Objetivos: Os objetivos desta monografia são investigar a síndrome de burnout nos profissionais de saúde, nomeadamente, conhecer os fatores relacionados, as consequências na saúde e no seu desempenho profissional e as estratégias para a prevenir ou tratar. Pretende-se ainda resumir o estado da arte do estudo da síndrome de burnout nos profissionais de saúde em Portugal.

Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados PubMed, Cochrane Library, B-on e Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) com base nos seguintes conceitos: “profissionais de saúde”; “burnout”; “médicos e enfermeiros”; “health care professionals”; “portuguese hospitals”; “profissionais de saúde portugueses”. Foram incluídos ensaios clínicos, estudos observacionais, meta-análises e revisões sistemáticas num total de 46 referências.

Resultados/Desenvolvimento: Os estudos sobre síndrome de burnout têm investigado teorias explicativas, fatores relacionados (de risco e protetores, individuais e organizacionais), escalas de avaliação (por ex. MBI), impacto da síndrome de burnout na saúde e no desempenho profissional e estratégias para prevenir e tratar a síndrome de burnout.

A síndrome de burnout nos profissionais de saúde tem sido descrita como um fenómeno complexo, resultado da interação de diversas variáveis e com influência negativa nos profissionais, nas organizações de saúde e nos próprios utentes/comunidade.

Os estudos efetuados em Portugal sobre a síndrome de burnout em médicos e enfermeiros não são representativos (as amostras são reduzidas e abrangem apenas parte dos serviços, das regiões ou dos profissionais da área). Destaca-se o estudo da Ordem dos Médicos, cujos resultados indicam que 21,6% dos profissionais de saúde apresentam síndrome de burnout moderada e 47,8% elevada. A falta de condições de trabalho foi o principal preditor identificado.

Conclusões: A síndrome de burnout nos profissionais de saúde portugueses é uma realidade. É necessário investigar mais este problema para o conhecer melhor e para aumentar a efetividade das medidas para o prevenir e tratar, reduzindo o seu impacto nos profissionais e nos serviços de saúde.

Palavras-Chave

Saúde Mental e Trabalho; Perturbações Mentais; Síndrome de Burnout; Profissionais de Saúde; Fatores de Risco da Síndrome de Burnout; Consequências da Síndrome de Burnout; Prevenção da Síndrome de Burnout; Tratamento da Síndrome de Burnout

Abstract

Introduction: The mental and emotional health of workers has received increasing interest from researchers and health professionals. The published studies seek to characterize the problem, as its causes and consequences and the development of strategies to prevent and treat these disorders in workers. As their findings indicate that work has an effect on the mental and emotional health of workers, that these disruptions have impact on work and environment and a favorable context for prevention and treatment. Burnout Syndrome is one of the most relevant mental health disorders, specifically work related. Health professionals are at high risk for burnout syndrome.

Objectives: The objectives of this monograph are to investigate the burnout syndrome in health professionals, namely, to know the related factors, the health consequences of these professionals and their professional performance and the strategies to prevent or treat them. It is also intended to summarize the state of the art of the burnout syndrome study in health professionals in Portugal.

Methods: A systematic review of the literature was performed in the PubMed, Cochrane Library, B-on and Open Access Scientific Repository (RCAAP) databases based on the following concepts: “profissionais de saúde”; “burnout”; “médicos e enfermeiros”; “health care professionals”; “portuguese hospitals”; “profissionais de saúde portuguesas”. Clinical trials, observational studies, meta-analyses and systematic reviews were included.

Results/Development: The burnout syndrome studies have been done in order to investigate explanatory theories, related factors (individual and organizational), assessment scales (eg MBI), burnout syndrome impact on health and professional performance, and strategies to prevent and treat it. The burnout syndrome in health professionals has been described as a complex phenomenon, resulting from the interaction of several variables and with negative influence on professionals, health organizations and the users / community.

The studies carried out in Portugal on burnout syndrome (in doctors and nurses) are not representative (samples are reduced and only cover part of the services, regions or professionals of the area). It is worth noting the study of the “Ordem dos Médicos”, whose results indicate that 21.6% of health professionals has moderate BS and 47.8% elevated burnout syndrome. A lack of working conditions was main predictor.

Conclusions: The Burnout Syndrome in Portuguese health professionals is a reality. It is necessary to further investigate this problem in order to better understand it and to increase the effectiveness of measures to prevent and treat it, reducing its impact on professionals and health services.

Key-words

Mental Health and Work; Mental Disorders; Burnout Syndrome; Health Professionals; Risk Factors; After effect; Prevention of Burnout Syndrome; Burnout Syndrome Treatment

Índice

Dedicatória.....	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Palavras-Chave	x
Abstract.....	xi
Key-words	xii
Índice	xiii
Lista de Figuras.....	xv
Lista de Tabelas.....	xvii
Lista de Acrónimos.....	xix
1. Introdução.....	1
2. Métodos.....	3
3. Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde: Contextualização Teórica	5
3.1 Definição da Síndrome de Burnout e Modelos Conceptuais.....	5
3.2 Relação entre Stress e Síndrome de Burnout	7
3.3 Dimensões da Síndrome de Burnout	7
3.4 Classificação como Doença.....	10
3.5 Escalas de Avaliação da Síndrome de Burnout	12
4. Causas e Fatores Relacionados com a Síndrome de Burnout	14
4.1 Modelos Teóricos Explicativos da Síndrome de Burnout	14
4.2 Fatores Relacionados com a Síndrome de Burnout.....	17
4.2.1 Fatores de Risco	17
4.2.1.1 Variáveis Pessoais	18
4.2.1.2 Variáveis do Contexto Laboral	20
4.2.2 Fatores Protetores	23
5. Consequências da Síndrome de Burnout	25
6. Prevenção e Tratamento da Síndrome de Burnout.....	28

7. Enquadramento da Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde em Portugal	31
7.1 Fatores Relacionados com a Síndrome de Burnout Específicos dos Médicos	31
7.1.1 O Trabalho Médico - Carga Física e Mental	32
7.1.2 Formação	33
7.1.3 Representação Social	33
7.1.4 Condições de Trabalho	34
7.1.5 Organização do Trabalho	34
7.1.6 O Médico	35
7.2 Estudos relativos à Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde em Portugal	36
Conclusões	39
Bibliografia.....	41
ANEXOS	45
ANEXO I - ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE BURNOUT	47
ANEXO II - ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR A SÍNDROME DE BURNOUT	53

Lista de Figuras

Figura 1 - Dimensões da Síndrome de Burnout	9
Figura 2 - Modelo de Interação dos Impactos	27
Figura 3 - Áreas de atuação na Síndrome de Burnout	30

Lista de Tabelas

Tabela 1. Fatores Relacionados com a Síndrome de Burnout.....	24
---	----

Lista de Acrónimos

MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey</i>
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
CID	Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados
OMS	Organização Mundial de Saúde

1. Introdução

A atividade laboral constitui para uma grande parte da população um domínio de grande satisfação, contudo, pode apresentar-se como uma fonte de experiências menos positivas. (1)

Atualmente assiste-se a uma transformação socioeconómica que obriga os trabalhadores a confrontarem-se e a adaptarem-se a novos paradigmas e formas de trabalho. Dessas alterações resultam modificações profundas no modo de gerir as pessoas e as instituições.

A área da saúde tem sido marcadamente influenciada por fatores sociopolíticos, avanços científicos e tecnológicos, ambiente organizacional altamente competitivo, recessão e diminuição do valor intrínseco do trabalho, levando à busca de recompensa extrínseca, exercendo forte influência na sociedade e no cenário laboral com consequências individuais para os trabalhadores que atuam nesta área e para os que dela dependem. (2)

A procura da excelência dos cuidados de saúde, gera nos sistemas de saúde uma sobrecarga de atenção centrada no profissional, potenciando muitas vezes o stress laboral, o qual, por sua vez, pode condicionar os normais procedimentos, e, conseqüentemente, gerar entropia no próprio sistema. (3)

Das principais patologias que afetam os profissionais de saúde destacam-se a síndrome de burnout e as doenças ocupacionais, sendo que, estas últimas são muitas vezes uma somatização da primeira. (4)

Reconhece-se que os profissionais de saúde são particularmente atingidos por este fenómeno, visto o seu trabalho ser caracterizado pela peculiar dimensão do ato de cuidar, levando muitas vezes a um estado de exaustão emocional. O desgaste pessoal advém tanto da exigência física que a própria profissão requer, como pela natureza do bem em causa. (5,6)

A síndrome de burnout nos profissionais de saúde é uma realidade e um problema, uma vez que leva ao comprometimento da qualidade do serviço prestado ao utente e à rede social envolvida. (7)

Mais recentemente tem-se verificado uma maior preocupação por parte das organizações relativamente ao significado e à repercussão do trabalho sobre o trabalhador, assim como os efeitos desta relação na organização. Tem sido demonstrado, que o desequilíbrio na saúde do profissional leva a consequências na qualidade dos serviços prestados e na produção, afetando também os resultados, tendo em conta que os custos aumentam devido ao absentismo, baixas médicas, substituição temporária de trabalhadores, acidentes, conflitos, novos processos de recrutamento e seriação. Estas e outras consequências têm incitado a investigação e investimento na qualidade de vida do trabalhador. (8)

A síndrome de burnout destaca-se como um dos riscos psicossociais resultantes do trabalho, demonstrando a sua relevância neste contexto ao explicitar as consequências do impacto das atividades laborais no trabalhador e deste na organização. (8)

Para Maslach e Jackson a síndrome de burnout pode ser definido como um cansaço emocional, que leva à perda de motivação profissional, podendo transformar-se em sentimentos de inadequação e fracasso. (9)

No presente estudo pretende-se investigar a problemática da síndrome de burnout nos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), mais concretamente, procurar conhecer os fatores envolvidos no problema, as consequências na saúde destes profissionais, na prestação de cuidados de saúde e noutras áreas do seu desempenho profissional e as estratégias para a prevenir ou tratar. Para além disto, pretende-se ainda resumir o estado da arte em Portugal relativamente ao estudo da síndrome de burnout nos profissionais de saúde. Neste sentido, de uma forma geral, pretende-se que o presente trabalho contribua para consciencializar os profissionais e os responsáveis organizacionais para esta temática.

A nível estrutural a presente monografia encontra-se dividida em capítulos nos quais se vão explanando os conhecimentos e resultados obtidos através da revisão bibliográfica. O capítulo inicial apresenta uma contextualização teórica, através da qual se apresenta a caracterização do conceito e escalas de avaliação. No capítulo seguinte procede-se à exposição das causas e fatores relacionados com a síndrome; seguido de uma explanação das consequências e, posteriormente, aborda-se a prevenção e tratamento da síndrome de burnout. Em seguida, apresenta-se o enquadramento da síndrome de burnout em Portugal, nomeadamente, através de uma descrição de fatores de risco associados a profissionais de saúde no contexto nacional e procede-se, ainda, a uma breve resenha sobre o estado da arte em Portugal no que diz respeito aos estudos desenvolvidos nesta área.

Por fim, apresentam-se os tópicos mais significativos abordados no trabalho e as respetivas conclusões.

2. Métodos

Inicialmente, o processo de pesquisa bibliográfica sistemática foi efetuado a partir das bases de dados eletrónicas: PubMed (www.pubmed.gov), Cochrane Library (<http://www.cochranelibrary.com>), B-on (<http://www.b-on.pt>). As palavras-chave usadas para a pesquisa foram: “profissionais de saúde + burnout”; “médicos e enfermeiros + burnout”; “burnout + health care professionals”, “burnout + health care professionals + portuguese hospitals”, “burnout + profissionais de saúde portugueses”. Numa primeira fase os critérios de inclusão foram: (a) estudos de natureza empírica: ensaios clínicos, estudos observacionais e meta-análises, (b) população da amostra: médicos e enfermeiros, (c) publicações nos últimos 5 anos, (d) documentos em Inglês, Espanhol, Português; (e) artigos disponíveis em formato integral.

Seguidamente, reformularam-se os critérios de inclusão, retirando-se a restrição de espaço temporal da publicação e incluíram-se revisões sistemáticas sobre o tema.

Deste modo, foram incluídos 13 artigos na pesquisa, selecionados a partir da relevância do título do estudo e do abstract. Excluíram-se os artigos cujo título ou o abstract não se enquadravam no trabalho ou quando a população estudada não era referente a profissionais de saúde, nomeadamente, médicos e enfermeiros, mantendo-se, contudo, amostras populacionais mesmo que não fossem estudos portugueses.

Foi ainda pesquisada literatura “cinzenta” no “Google Académico” (<https://scholar.google.pt>) e no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal “RCAPP” (<https://www.rcaap.pt>), de onde se incluíram mais 27 artigos.

Por fim, foi realizada uma pesquisa manual da bibliografia dos estudos citados em trabalhos já identificados, selecionando-se inicialmente 16 artigos, contudo, foram excluídos 10 por não se adequarem à temática.

O processo de recolha de informação e pesquisa de estudos decorreu desde o janeiro 2016 a fevereiro de 2017.

3. Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde: Contextualização Teórica

3.1 Definição da Síndrome de Burnout e Modelos Conceptuais

A síndrome de burnout tem sido definida como um estado de espírito e sentimento negativo constante, resultante do trabalho, e é caracterizada principalmente pela exaustão, que é acompanhada pelo sofrimento, redução de eficácia, bem como, diminuição da motivação e desenvolvimento de atitudes disfuncionais em contexto profissional. É uma condição psicológica que se vai desenvolvendo gradualmente, podendo passar despercebida por um longo período de tempo para as pessoas afetadas (processo de negação). Muitas vezes resulta de um desajuste entre as próprias expectativas e a realidade no trabalho. A síndrome acaba por se ir perpetuando quando as estratégias utilizadas para enfrentar o problema são inadequadas. (10)

A síndrome de burnout tem sido relacionada com o trabalho, e, desde o seu aparecimento, têm surgido diversas formas de a descrever, sendo que na literatura existente, subsiste uma infindável lista de conceitos para o mesmo fenómeno. (11)

O conceito surge nos anos 60 do séc.. XX nos EUA e começa a ser discutido na Europa Ocidental por volta da década de 80. Nos anos 90 o estudo desta síndrome ganha uma nova dimensão alargando-se a outros países e continentes, transformando-se num fenómeno global. (12)

O termo *burn-out* ou síndrome de burnout é proveniente do inglês e significa ‘queimar até à exaustão’. (13) Foi usado pela primeira vez na década de 1960 para descrever os efeitos nefastos do abuso de drogas ilícitas. Herbert J. Freudenberger, através da publicação do seu artigo *Staff Burn-out* no ano de 1974, veio alertar a comunidade científica para as dificuldades a que os profissionais que trabalhavam em profissões de ajuda aos outros estavam expostos. Mais tarde, usa o mesmo termo para descrever a condição gradual de exaustão emocional, a perda de motivação e compromisso, dos voluntários na Clínica São Marcos em *East Village* de Nova Iorque, afetados pelas experiências negativas vividas em contexto de trabalho, apresentando uma quebra emocional e de empenho, com manifestações de sintomas mentais e físicos e evolução para exaustão. (12) Freudenberger observou que no início da atividade os profissionais eram idealistas, dedicados e empenhados em ir de encontro às necessidades dos utentes. Porém, num curto espaço de tempo, demonstraram um aumento no nível de exaustão, exibindo sinais depressivos, manifestando uma atitude displicente e menos preocupada com os utentes. Com o avançar do tempo esses sintomas tenderam a piorar, ficando mais acentuados e associados a sentimentos de culpa bem como diminuição da autoestima. Com base nos seus estudos, este autor, associou algumas características individuais a uma maior propensão a esta síndrome, nomeadamente, indivíduos extremamente dedicados e de elevado comprometimento com os utentes, que

trabalhavam muitas horas por uma pequena compensação financeira e que ignoravam as suas próprias necessidades em benefício do trabalho. Subsequentemente, o mesmo autor, focou-se em descrever a síndrome de burnout relacionando-a com o indivíduo e as capacidades psicológicas deste em lidar com um ambiente *stressante* do trabalho. (11) Por conseguinte, das análises efetuadas, Freudenberger descreveu a síndrome de burnout como um “(...) estado de fadiga ou de frustração motivado pela consagração a uma causa, a um modo de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas”. (14, p.54)

Os trabalhos de investigação desenvolvidos por este autor são largamente autobiográficos e o seu impacto foi realçado no decorrer do ano de 1999, recebendo a Medalha de Ouro na prática de Psicologia na Convenção APA, em Boston. (15)

Como foi inicialmente referido, importa realçar que a evolução do conceito de síndrome de burnout foi pouco consensual, não existindo à partida uma definição base, mas sim uma grande diversidade de análises relativas à temática. (12)

A síndrome de burnout começa por se instalar tendo como base o stress das diferentes vivências no trabalho, onde o indivíduo se depara com um desfasamento entre as suas expectativas e motivações pessoais e profissionais e os recursos disponibilizados para as satisfazer. (16) Para tentar solucionar a crescente dificuldade de adaptação às tarefas diárias do trabalho, o indivíduo pode aumentar e direccionar todos os seus esforços na busca de uma melhoria, levando-o a uma sobrecarga, o que fomenta o aparecimento da síndrome de burnout. (16)

Um dos primeiros a descrever a síndrome de burnout, relacionando-a com o trabalho que envolve pessoas, foi Cherniss, definindo-o como “*uma resposta psicológica ao excessivo stress ou insatisfação provocada pelo trabalho*”. Para este autor, o apoio da organização é um fator preponderante na redução dos efeitos da síndrome de burnout provocada pelo contexto profissional destes serviços. (11, p.2)

Da mesma forma, a abordagem psicossocial releva-se com Maslach e Jackson no ano de 1981, tendo estas investigadoras realçado a incidência da síndrome em profissionais cuja atividade laboral assenta no contacto com pessoas. (12) Para Maslach, Jackson e Leiter, a síndrome de burnout é uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal. (17) Nos seus estudos, as autoras salientam igualmente a complexidade da síndrome, que tem um impacto negativo tanto a nível físico como a nível psíquico.

Os primeiros trabalhos sobre síndrome de burnout referiam-se exclusivamente a profissões relacionadas com a assistência às pessoas. (13) No fim dos anos 80, alguns investigadores começaram a defender que a síndrome de burnout podia ocorrer em serviços e profissões diversificados e não apenas nos que estavam relacionados com a ajuda a pessoas em dificuldades. (17) Atualmente, sabemos que atinge um espectro alargado de profissionais e de profissões de ajuda como professores, polícias, bombeiros, entre outras, assim como outras atividades, como estudantes universitários. (13) Neste contexto, a síndrome de burnout foi definida como “um estado de exaustão em que se é cínico sobre o valor da própria ocupação e se tem dúvidas da nossa capacidade de realização”. (17, p.205) No entanto,

apesar de se tratar de um fenômeno complexo que condiciona diferentes vetores do bem-estar dos profissionais de diferentes áreas, verifica-se ainda uma maior incidência naqueles que trabalham na área da saúde e noutras atividades profissionais que lidam diariamente com pessoas. (18)

3.2 Relação entre Stress e Síndrome de Burnout

Tendo por base que os conceitos de stress e síndrome de burnout aparecem frequentemente associados na bibliografia, considerou-se pertinente esclarecer a sua interação.

No quotidiano todos os indivíduos estão expostos a estímulos externos, fontes ou fatores de stress, que são um desafio à própria homeostasia. Estímulos que exigem adaptações da pessoa são inerentes à própria vida. Entre o estímulo e a resposta está o próprio indivíduo, nas suas circunstâncias pessoais, com o tipo de avaliação que faz da situação, os recursos que apresenta para lidar com ela e os mecanismos de *coping* que usa para responder às exigências e mediar as consequências finais. (19)

O conceito de stress deriva do latim *strictus* (“aperto/construção”) e é tão antigo quanto a existência humana visto estar intrinsecamente ligado à sobrevivência da espécie.

Sendo um mecanismo de adaptação a sua existência é essencial, pelo que, quando há um nível ótimo de estímulos, este permite um funcionamento positivo, motivação para viver e trabalhar, rendimento e realização pessoal. “Denomina-se eustress essa fase ascendente, desejada e positiva. Superado o ponto culminante de boa adaptação, entra-se na fase de declínio ou negativa em que, paulatinamente, se instala a fadiga, a irritabilidade, o pessimismo, a falta de motivação, a pouca concentração e incapacidade de decidir, a depressão, as doenças, a ineficácia, os acidentes e a baixa de produtividade. A esta fase indesejável chama-se distress.” (19, p.437) No âmbito das profissões de saúde, o conceito de síndrome de burnout é usado como equivalente à última fase do distress.

3.3 Dimensões da Síndrome de Burnout

A síndrome de burnout é um fenômeno complexo e multifacetado, associada ao stress prolongado e crónico em que as estratégias de *coping* falharam ou não foram suficientes, que afeta os aspectos do bem-estar dos trabalhadores da saúde e a qualidade do atendimento prestado. (18)

Segundo Maslach e Jackson, e tal como já foi referido anteriormente, a síndrome de burnout assenta em três dimensões: Exaustão Emocional (ou exaustão, caracterizada como uma resposta individual ao stress, como sensação de esgotamento), Despersonalização (ou cinismo, referente à reação negativa com os outros e o trabalho) e diminuição da Realização Pessoal (ou ineficácia profissional, entendida como uma avaliação negativa das próprias realizações no trabalho). (13,18)

De uma forma mais detalhada apresentam-se em seguida as três dimensões acima referidas.

- **Exaustão Emocional**

A exaustão emocional representa o componente básico individual do stress na síndrome de burnout. (20) Aponta para um esgotamento mental e físico, onde o sentimento de se ter chegado ao limite das capacidades se apodera do indivíduo. Esta exaustão provoca um distanciamento emocional e cognitivo dos trabalhadores relativamente ao seu trabalho, assim como alterações à forma como estes lidam com as exigências diárias. (12) Eles carecem de energia suficiente para gerir mais um dia, ou qualquer situação que tenham que enfrentar. As principais fontes implicadas nesta dimensão são a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal no trabalho. (20)

A exaustão emocional abrange sentimentos de desespero, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia, sensação de baixa energia, fraqueza, preocupação, aumento da suscetibilidade para doenças, cefaleias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono. (20)

- **Despersonalização**

A despersonalização representa a componente do contexto interpessoal na síndrome de burnout. (20) É considerada uma dimensão típica da síndrome e um elemento que permite distingui-la do distress. (21) Está relacionada com o fato de o indivíduo apresentar alterações na relação interpessoal, que se traduzem no contacto impessoal e distante para com os clientes/utentes e os seus pares no trabalho, dando lugar ao desenvolvimento de atitudes de indiferença e cinismo. (12)

Geralmente desenvolve-se como resposta à sobrecarga de exaustão emocional, sendo inicialmente uma defesa inconsciente da carga emocional que decorre do contacto direto com o outro, mas com o tempo, os indivíduos desenvolvem atitudes insensíveis em relação às pessoas nas funções que desempenham, isto é, o profissional em sofrimento cria uma barreira para não permitir o impacto nocivo dos problemas e sofrimentos alheios. (21) Sendo que, à medida que a despersonalização se vai estabelecendo, os profissionais deixam de tentar fazer o melhor, passando a fazer o mínimo necessário. (20)

- **Reduzida Realização Pessoal**

Por último, a diminuição da realização pessoal representa o componente de autoavaliação na síndrome de burnout. (20) A baixa satisfação com o trabalho pode, ainda, ser descrita como uma sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é realizado não tem valor. (20) Assenta em sentimentos de diminuição de competências e produtividade em contexto de trabalho, de baixa autoeficácia, desmotivação, levando o profissional a

querer abandonar o trabalho. (12) Isto pode ser acentuado por falta de recursos laborais, bem como, falta de apoio social e de oportunidades de desenvolvimento profissional. (20)

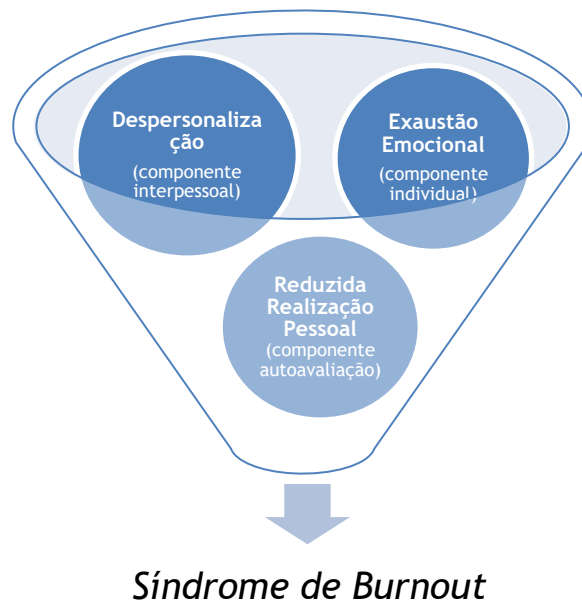


Figura 1 - Dimensões da Síndrome de Burnout

Considerando ainda este contexto dimensional da síndrome de burnout, estão descritas fases do desenvolvimento da mesma. Frasquilho em 2005 (21) descreve quatro fases da síndrome (idealismo, insatisfação, alheamento e exaustão), que são abaixo explanadas, e em 2015 publica um conjunto de sinais de alerta, descritos em 12 etapas, por forma a consciencializar os profissionais sobre esta temática (ver ANEXO I) (22).

- Fases da Síndrome de Burnout:

“Fase de lua-de-mel/IDEALISMO” – inicialmente a atividade laboral é vista como algo perfeito, exigente, mas entusiasmante. Estabelecem-se muitas expectativas de sucesso e as vicissitudes são encaradas como condicionantes superáveis. O profissional apresenta-se dedicado, com alta produtividade e cooperação interpessoal. Demonstra atitudes positivas e construtivas quanto à tarefa, aos colegas de trabalho, aos clientes, à instituição. Esta representa a fase positiva de eustress. (21)

“Fase do despertar/INSATISFAÇÃO” – quando as expectativas estabelecidas não correspondem à realidade e o empenho laboral não apresenta o retorno esperado surgem sentimentos de desilusão, de insatisfação e de ressentimento. O entusiasmo inicial com o trabalho diminui, perdem a imagem idílica dos colegas e da instituição e os utentes parecem menos merecedores de dedicação. Geralmente, nesta fase, o profissional dedica-se ainda mais ao trabalho na expectativa do “justo reconhecimento”. Com o tempo, tornam-se

evidentes a fadiga física e mental, o pessimismo, a desmotivação, a fragilização do autoconceito e a presença de sintomas físicos inespecíficos, relacionados à ansiedade por frustração de expectativas. Começam a surgir conflitos nas equipas de trabalho. (21)

“Fase de chamuscado/*brownout*/ALHEAMENTO” – o empenho inicial e a persistência secundária são substituídos pela fadiga crónica. As manifestações de sintomas físicos, emocionais e relacionais, dificultam a realização do trabalho, havendo repercussões na produtividade e maior propensão a erros. As tarefas laborais vão sendo efetuadas com o recurso a um esforço ativo racional que contraria a auto-perceção de incapacidade. O profissional começa a ter atitudes de isolamento, de irritabilidade, criticismo fácil, conflito expresso, negativismo, distress evidente, com sintomas ansiosos e depressivos e possíveis doenças somáticas. Podem ainda apresentar comportamentos “de escape”, como o aumento do consumo de tabaco e álcool, drogas, alterações alimentares (*binge eating*), da sexualidade, entre outros. Nesta fase, os indivíduos passam a projetar toda a culpa pelas dificuldades nos outros (colegas, chefes, instituição, sistema). Face a estas manifestações pode surgir uma “tentativa de reparação através da criação de novos fatos motivadores, alheios àquele trabalho, ou mesmo à profissão (dedicar menos tempo ao trabalho)”. (21, p.93)

“Fase de calcinação/*Burnout*/EXAUSTÃO” – nesta fase predomina o desespero. Há uma sensação de falha generalizada naquele trabalho. “Surgem sentimentos de vazio, de que nada poderá ser feito para alterar a situação e de que ninguém poderá ajudar”. Esta fase caracteriza-se pelo aparecimento de depressão, pelo evitamento de tudo e de todos os que se relacionam com a profissão, pelo «não querer saber», pela alienação, pelo pessimismo, absentismo e improdutividade. Alguns indivíduos acabam mesmo por abandonar o local de trabalho ou mesmo a profissão. “O suicídio, AVC e coronariopatias são potenciais riscos neste estágio final, que começara com otimismo e paixão”. (21, p.91)

Em suma, constata-se que os modelos explanados (de Maslach e Jackson e de Frاسquilho) são complementares, visto que o primeiro se debruça especialmente na estrutura e definição do conceito em si e o segundo enfatiza o processo inerente à evolução das componentes integrantes da síndrome.

3.4 Classificação como Doença

A síndrome de burnout tem apresentado uma prevalência crescente nas sociedades modernas, tendo por isso recebido uma atenção especial, tanto dos profissionais, como dos investigadores, desde que foi inicialmente descrita. (23)

No que concerne ao estabelecimento da síndrome de burnout como uma doença verifica-se que continua a ser um tema altamente debatido nas esferas científica e médica. (23) Embora seja atribuída ao stress ocupacional, a exaustão emocional tem uma base

multifatorial (com variáveis individuais, familiares e sociais), não sendo contemplado numa categoria distinta no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-5. (24,45) Apesar disso, foi estabelecido como justificação legítima para a baixa médica por doença em vários países, tal como, na Suécia. (23)

Por outro lado, na Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados - CID-10, da Organização Mundial de Saúde (OMS), a síndrome de burnout é referida no âmbito dos “problemas relacionados com dificuldades de gestão da vida” (código Z73.0 - “esgotamento”) denotando o crescente reconhecimento de que esta síndrome influencia o estado de saúde e contacto com os serviços de saúde. Desde 2010, a lista de doenças profissionais da Organização Internacional do Trabalho (OIT), passou a incluir as perturbações mentais. (24)

Salienta-se que alguns autores assumem uma posição contra a inclusão da síndrome de burnout no *status* de categoria nosológica nos sistemas de classificação. Os mesmos enumeram quatro razões para tal. Em primeiro lugar, a base sobre a qual a síndrome de burnout se constrói é ténue. Em segundo lugar, a síndrome de burnout substancialmente sobrepõe-se à depressão. Em terceiro lugar, a estrutura tridimensional da síndrome de burnout é irrealista. Em quarto lugar, o mero fato de se definir a síndrome de burnout como relacionado ao trabalho não é discriminatório nosologicamente. (23)

Por outro lado, há países que integraram facilmente esta síndrome no âmbito dos diagnósticos em saúde. Assim, na Suécia, o diagnóstico de síndrome de burnout da CID-10 foi introduzido em 1997, tornando-se, logo após, um dos cinco diagnósticos mais comuns e o que apresentou o maior aumento, particularmente no sector público. (25)

No sistema de diagnóstico CID-10, a síndrome de burnout (código Z73.0) ao ser colocada na categoria “problemas relacionados com dificuldades de gestão da vida” e vagamente descrito como “um estado de exaustão vital”, sem mais elaboração, deixa muito espaço para interpretações subjetivas. Por esse motivo, em 2005, o Conselho Nacional Sueco de Saúde e Bem-Estar acrescentou o “distúrbio de exaustão” à versão nacional da CID-10 (código F43.8). Os critérios determinantes são: sintomas fisiológicos ou mentais de exaustão por pelo menos duas semanas, falta essencial de energia psicológica e sintomas como dificuldades de concentração, diminuição da capacidade de lidar com o stress, irritabilidade ou instabilidade emocional, distúrbios do sono, dor muscular, tonturas ou palpitações. Estes sintomas têm de ocorrer todos os dias durante um período de duas semanas e devem causar sofrimento significativo com capacidade de trabalho prejudicada. Finalmente, os sintomas não devem estar relacionados a outros diagnósticos psiquiátricos, abuso de substâncias ou diagnóstico médico. (25)

De um modo semelhante, na Holanda, na década de 1990, foram publicadas pela *Royal Dutch Medical Association* diretrizes práticas para avaliar e tratar distúrbios relacionados com o stress nos cuidados de saúde ocupacionais e primários. A classificação diagnóstica destas diretrizes distingue três níveis de distúrbios relacionados com o stress:

1. distress (isto é, sintomas relativamente ligeiros que conduzem apenas a um funcionamento ocupacional parcialmente deteriorado);
2. “colapso nervoso” (isto é, sintomas de distress graves e perda temporal do papel ocupacional);
3. *burnout* (ou seja, neurastenia relacionada com o trabalho e perda a longo prazo do papel ocupacional), sendo este um estágio final. (25)

Assim, a definição de síndrome de burnout é variável em diferentes contextos e conforme as intenções daqueles que usam o termo. Neste sentido, profissionais com *background* em psicologia tendem a ver síndrome de burnout como um fenómeno contínuo, enquanto que, profissionais com *background* médico tendem a ver a síndrome de burnout de uma forma dicotómica. Para os primeiros, a síndrome de burnout é uma forma de angústia crónica que resulta de um ambiente de trabalho altamente stressante e frustrante, para os últimos é uma condição médica. (25)

3.5 Escalas de Avaliação da Síndrome de Burnout

A necessidade de operacionalizar e mensurar a síndrome de burnout e o grau em que esta pode afetar o indivíduo, levaram à elaboração de instrumentos para a sua avaliação.

Vários instrumentos têm sido descritos na literatura (12), tais como:

- SBS-HP (*Staff Burnout Scale for Health Professionals*) de Jones (1980);
- MBI (*Maslach Burnout Inventory*) de Maslach e Jackson (1981);
- JBI (*Job Burnout Inventory*) de Ford, Murphy e Edwards (1983);
- TAS (*Teacher Attitude Scale*) de Farber (1984);
- TBS (*Teacher Burnout Scale*) de Seidman e Zager (1986-1987);
- BM (*Burnout Measure*) de Pines e Aronson (1988);
- CBB (*Cuestionario Breve del Burnout*) de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana e Miralles (1997);
- CBP-R (*Cuestionario del Burnout para Profesores - Revisado*) de Moreno-Jiménez, Garrosa e González (2000);
- CDPE (*Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería*) de Moreno-Jiménez, Garrosa e González (2000).

Mais recentemente surgiram ainda outros instrumentos, tais como:

- *Oldenburg Burnout Syndrome Inventory* de Demerouti e colaboradores (2002);
- *Copenhagen Burnout Syndrome Inventory* de Kristensen e colaboradores (2005).

Contudo, o MBI é o que surge com maior realce na literatura científica e mantém-se o “*gold standard*” na avaliação da síndrome de burnout. (25) A versão original surgiu em 1981 e denominava-se MBI-HSS (*Maslach Burnout Syndrome Inventory - Human Services Survey*), uma vez que foi nesta área que se denotou inicialmente uma maior preocupação com a exaustão e

que se desenvolveu o estudo desta síndrome. Em 1986 foi desenvolvida uma versão do mesmo instrumento, designando-se MBI-ES (*Maslach Burnout Syndrome Inventory - Educators Survey*), destinada aos profissionais que exerciam as suas funções em contextos educativos.

Recentemente, foi desenvolvida uma versão geral do MBI, o MBI-GS (*Maslach Burnout Syndrome Inventory - General Survey*) adaptada para qualquer atividade profissional. (26)

O MBI foi traduzido em diversas línguas e é o instrumento mais frequentemente usado internacionalmente nos estudos sobre a síndrome de burnout (13) (visto que a maioria das pesquisas científicas utiliza a descrição tridimensional da síndrome de burnout - Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal no trabalho - que são avaliadas por este instrumento). (12)

Até ao final da década de 1990 foi utilizado em 93% dos artigos científicos e dissertações sobre a síndrome de burnout. (12) Atualmente há indicação de ser usado em 95% dos estudos elaborados sobre a temática, (13) o que pode indicar que se mantém atual e adequado para a obtenção de resultados. Esta observação é consistente na realidade portuguesa em que o MBI, traduzido e validado em 1995, também tem sido muito utilizado em estudos com profissionais de saúde. (12, 27)

A versão portuguesa do MBI apresenta 22 questões que refletem as dimensões da síndrome de burnout: “exaustão emocional (composta por nove itens por ex. ‘Item 1: O meu trabalho deixa-me emocionalmente esgotado’); descrença/despersonalização (composta por cinco itens por ex. ‘Item 5: Sinto que trato alguns dos meus clientes de forma impessoal’) e realização profissional (composta por oito itens por ex. ‘Item 9: Sinto que influencio positivamente a vida das pessoas através do meu trabalho’)”. (13, p.26)

“O formato de resposta é ordinal com sete pontos, sendo atribuídos graus de intensidade crescente: 1 (nunca/nenhuma vez), 2 (algumas vezes por ano), 3 (uma vez por mês), 4 (algumas vezes por mês), 5 (uma vez por semana), 6 (algumas vezes por semanas) e 7 (sempre/todos os dias)”. (13, p.26)

Em cada subescala do instrumento a classificação obedece aos critérios de Maslach. Assim, no que diz respeito à exaustão emocional considera-se: alto nível - valor igual ou maior do que 27; nível médio - entre 19 e 26; e nível baixo - igual ou menor do que 18. Relativamente à despersonalização: alto nível - igual ou maior do que 13; nível médio - entre sete e 12; e nível baixo - igual ou menor do que seis. Para a realização pessoal: alto nível - igual ou maior do que 40; nível médio - entre 34 e 39; e nível baixo - igual ou menor do que 33. (27)

Neste contexto, considera-se que um indivíduo apresenta síndrome de burnout se revelar simultaneamente um nível alto para a dimensão de exaustão emocional, alto para a despersonalização e baixo para a dimensão de realização pessoal e profissional. (14)

4. Causas e Fatores Relacionados com a Síndrome de Burnout

4.1 Modelos Teóricos Explicativos da Síndrome de Burnout

Acentuando a premissa de que há dificuldade em estabelecer um consenso entre vários autores quanto à definição e modelos explicativos da síndrome de burnout, Carlotto em 2001, aponta a subdivisão das concepções teóricas em quatro grandes grupos, nomeadamente: a clínica, a psicossocial, a organizacional e a sócio histórica. (28)

Entende-se que as quatro perspetivas não se excluem mutuamente e objetivam-se segundo determinadas premissas, a referir: (21)

- A clínica - síndrome de burnout como resultado do excessivo empenho profissional no desenvolvimento da sua atividade com expectativas de sucesso irrealistas (variável pessoal). Nesta concepção, a síndrome de burnout é caracterizada por um conjunto de sintomas (fadiga física e mental, sentimento de impotência e inutilidade, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida e baixa autoestima), que podem propiciar o aparecimento de depressão e, em casos extremos, o suicídio. Freudenberger é o autor na base da concepção clínica, visto que, define a síndrome de burnout como um estado e não como um processo, decorrente da atividade profissional, mas dependente de características pessoais. (12)

- A psicossocial - síndrome de burnout como resultado de fatores determinantes relativos à atividade laboral. Nesta concepção aliam-se os aspetos individuais às variáveis psicossociais (condições e relações no trabalho), o que potencia o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome de burnout. Christina Maslach e Susan Jackson, defensoras desta perspetiva, contribuíram para a estruturação da síndrome em dimensões. (12)

- A organizacional - enfatiza as características organizacionais como desencadeantes de síndrome de burnout. Cherniss em 1980 refere como principais agentes neste processo os *stressores* organizacionais, defendendo que as dimensões da síndrome de burnout (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal) são mecanismos de *coping*. Golembiewski et al. defendem que a síndrome de burnout resulta de um desajuste entre as necessidades do indivíduo e os interesses da instituição. (29)

- A sócio histórica - defende que o atual modelo de sociedade é o principal fator de risco para síndrome de burnout, visto ser baseado principalmente em valores individualistas. (21) Nesta concepção salienta-se o papel *major* da sociedade em detrimento dos fatores pessoais ou institucionais. Neste sentido, as profissões orientadas para a prestação de serviços e auxílio ao próximo são incompatíveis com os valores que predominam na sociedade atual. (12)

Com base nas várias concepções, surgem diferentes modelos explicativos da síndrome de burnout com o objetivo de tentarem compreender a etiologia da mesma. Como exemplo de modelos que contribuíram para uma melhor compreensão da etiologia da síndrome de burnout, descrevem-se sumariamente apenas alguns dos modelos descritos na bibliografia, enfatizando o modelo geral explicativo visto ser o mais difundido.

- O Modelo da Síndrome de Burnout de Cherniss

Segundo este modelo a síndrome de burnout desenvolve-se ao longo do tempo. A pessoa interage com as fontes de stress no ambiente de trabalho, conseguindo, ou não, efetuar uma utilização adequada das estratégias de resolução dos problemas. Quando as técnicas não são eficazes iniciam-se mudanças negativas de atitude, onde se reduz o objetivo de trabalho, a responsabilidade pessoal pelos objetivos, o idealismo, etc. Considera-se como um processo de adaptação ao stress de forma individual. Autores como Gil-Monte e Peiró partilham igualmente da ideia desta alteração do “eu” em consequência dos fenómenos potenciadores do stress. (15)

- Modelo por Fases de Golembiewski, Munzenrider e Stevenson

Estes autores desenvolveram um modelo que apoia que as diferentes dimensões emergiam de uma forma interligada, resultando em oito fases diferentes de síndrome de burnout. (30) O aparecimento destas etapas segue uma sequência progressiva no decorrer do tempo. Este modelo apresenta a despersonalização como a primeira fase da síndrome de burnout, sendo seguida pela falta de realização pessoal e por fim surge a exaustão emocional, contrariamente ao que defende o modelo de Maslach, Jackson e Leiter, onde surge primeiramente a exaustão emocional que leva posteriormente à despersonalização e, conseqüentemente, à falta de realização pessoal. Neste sentido, verifica-se que este modelo difere do de Maslach na ordem de aparecimento da exaustão emocional. No entanto, ambos defendem que a realização pessoal é influenciada pela despersonalização. (30)

Salienta-se ainda, uma distinção sustentada por estes autores, nomeadamente, de *Burnout Crónico* (onde, de acordo com os mesmos, o seu modelo tem maior enquadramento) que tem origem com maior probabilidade no ambiente de trabalho e o *Burnout Agudo* que terá origem em acontecimentos de vida inesperados, como a morte de uma pessoa significativa (onde se enquadram melhor os modelos de Leiter e Maslach). (15)

- Modelo de Leiter

Trata-se de um modelo misto, simultaneamente sequencial e paralelo. Defende que o aparecimento da exaustão emocional pode ser consequência do ambiente que envolve o indivíduo, referenciando a despersonalização como mecanismo de defesa para uma exaustão aumentada, e que paralelamente a este processo há uma diminuição da realização pessoal devido ao ambiente de trabalho. (15)

- Modelo Existencial de Pines

Para Pines “a característica que diferencia a síndrome de burnout de outros conceitos, como o stress do trabalho, alienação, fadiga, depressão e crise existencial, é que aquele é sempre o resultado de um processo gradual de desilusão na busca de um significado existencial através do trabalho”. (14, p.38) Atualmente é possível observar que o trabalho ocupa um lugar predominante na vida dos indivíduos, e quando há o sentimento de falha, potencia-se o aparecimento de síndrome de burnout. É nesta base que se sustenta o modelo de Pines, acreditar que a vida tem sentido (modelo existencial) e mediante algum tipo de motivação (modelo motivacional) poder-se-á desenvolver ou não a síndrome de burnout.

Assim, perante um ambiente provocador de stress, com características negativas, onde as expectativas e os objetivos não foram atingidos, surge a síndrome de burnout (“sensação que por mais que se tente não se consegue”). Por sua vez, num ambiente com características positivas (autonomia, recursos de apoio) é possível atingir os objetivos, obter sucesso e conseqüente significado existencial. (15)

- Modelo Expandido de Meier

Neste modelo defende-se a interação entre componentes ambientais e individuais no desenvolvimento da síndrome de burnout. Nos fatores individuais salientam-se aspetos cognitivos e comportamentais.

Meier define a síndrome “como um estado que resulta de experiências nas quais os indivíduos têm: 1) baixas expectativas acerca da presença de reforços positivos e altas expectativas acerca da presença de punições no seu meio de trabalho; 2) baixas expectativas no que diz respeito à maneira de controlar os reforços presentes no meio; 3) baixas expectativas sobre a competência pessoal para executar os comportamentos adequados para controlar o reforço. O quarto elemento deste modelo é o processamento de informação contextualizado, que determina a forma como as expectativas são apreendidas e modificadas. O processamento de acontecimentos ambientais como, por exemplo, pensar acerca do emprego pode ser influenciado, quer por processos inerentes ao indivíduo (por ex. os processos da memória), quer por processos inerentes à organização (por ex. as normas de grupo)”. (15, p.23)

- O Modelo Multidimensional de Maslach, Jackson e Leiter

A pesquisa desenvolvida por Maslach baseou-se em dois conceitos primários, nomeadamente, o descomprometimento interessado (associação do humanismo com o distanciamento emocional), e a autodefesa por desumanização (tratar o outro como um objeto dando forma à autoproteção perante situações emocionais mais exigentes). Neste sentido, e considerando que estes conceitos estavam implicados à área da saúde, a investigadora efetuou entrevistas exploratórias a médicos e enfermeiros, das quais obteve algumas conclusões. (15)

Assim, observou-se que as experiências emocionais eram determinantes, tanto as positivas (por ex. recuperação dos doentes), como as negativas (por ex. conflito com superior hierárquico), pois alguns profissionais não se conseguiam distanciar a nível psíquico destas situações, ficando emocionalmente afetados/exaustos. (15)

Tendo por base que o descomprometimento interessado é um conceito praticamente impossível de assumir na prática, observou-se igualmente que ao longo do tempo a autodefesa dos profissionais de saúde levava ao sentimento de desinteresse pelos doentes.

Concluiu-se ainda, que os profissionais de saúde questionavam as suas próprias competências quando não davam resposta às exigências emocionais. (15)

Maslach apercebeu-se da necessidade de alargar este estudo a outras profissões em que a relação de ajuda e o fornecimento de serviços a pessoas com necessidades estavam patentes (por ex. professores, padres), tendo levado a conclusões muito semelhantes. Associou questionários às entrevistas, conseguindo alargar as amostras, pois desenvolveu técnicas sistemáticas de avaliação, o que permitiu estudar a síndrome de burnout num contexto situacional. Desenvolveu um instrumento padronizado de medida: o *Inventário de Burnout de Maslach 5,10 (MBI)*, dividido em três subescalas (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal). (15)

As investigações efetuadas corroboraram uma versão sequencial da síndrome de burnout: a exaustão emocional ocorre inicialmente, seguindo-se a despersonalização, enquanto a diminuição da realização pessoal se desenvolve separadamente. (15)

Assim, Maslach, Jackson e Leiter apresentaram a síndrome de burnout como resultado das exigências profissionais, sendo a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal as exigências principais. O resultado deste processo, segundo este modelo, traduz-se pela diminuição do empenho na organização, aumento do absentismo, aumento da rotatividade e doença física. (12)

4.2 Fatores Relacionados com a Síndrome de Burnout

Sendo a síndrome de burnout um processo gradual, complexo e multifacetado, importa compreender as dinâmicas que estão na sua base, nomeadamente no que concerne aos fatores causais predisponentes do mesmo, assim como, os fatores que se podem demonstrar como protetores.

4.2.1 Fatores de Risco

Os profissionais de saúde têm sido sujeitos à crescente pressão externa, o que contraria as expectativas de autonomia e dignidade laboral, para garantir adesão técnica à normatização de condutas e procedimentos e alcançar maior produtividade. (27)

Compreende-se assim, que no cotidiano do trabalho, coexistem fatores que atuam como condicionantes da síndrome de burnout, abrangendo aspetos individuais (idade, sexo, tempo de profissão, centralidade do trabalho, rede de apoio social) e organizacionais (sobrecarga, riscos e perigos, conflitos interpessoais, desempenho dos papéis, capacitação, participação na decisão, recompensas, suporte informacional e social no trabalho). Destacando-se o suporte organizacional como um dos principais preditores da exaustão emocional. (27)

Importa fazer a ressalva que diferentes indivíduos expostos ao mesmo fator de stress (por ex. excesso de trabalho) podem experienciar níveis de síndrome de burnout distintos, o que leva a presumir a influência de variáveis individuais, como a personalidade, na propensão à síndrome. (31)

Gil-Monte e Peiró (1997) classificam os fatores antecedentes da síndrome de burnout em “desencadeantes (*stressores* com um carácter crónico que ocorrem no ambiente de trabalho) e facilitadores (características pessoais dos indivíduos que ampliam a suscetibilidade do indivíduo)”. (12, p.28)

Em seguida apresentam-se as variáveis pessoais e as variáveis do contexto laboral relacionadas com a síndrome de burnout.

4.2.1.1 Variáveis Pessoais

- Fatores Sociodemográficos

Dos estudos efetuados foi possível obter um perfil de risco tipicamente associado à síndrome de burnout, nomeadamente, indivíduos jovens, sexo feminino, solteiros, trabalhadores por turnos laborais, e, no que diz respeito às características de personalidade, são otimistas, idealistas, com expectativas altruístas elevadas. (32)

Apesar do perfil supracitado referir o sexo feminino como tendo maior suscetibilidade à síndrome de burnout, há estudos que apresentam resultados diferentes, referindo o sexo masculino como fator de risco. (33) Da meta-análise efetuada por Alarcon et al, sobre as diferenças de género e a síndrome de burnout, observou-se que o sexo feminino tem maior propensão a desenvolver exaustão emocional, (31) pois respondem de forma mais emotiva a situações de stress laboral, enquanto que, o sexo masculino se associa a maior probabilidade de desenvolver despersonalização. A elevada exaustão emocional nas mulheres pode relacionar-se com o trabalho duplo, profissional e doméstico, a que a maioria está sujeita. (12)

Observam-se assim discrepâncias nos vários estudos efetuados sobre a influência do género na síndrome, pelo que se pode concluir, que este não tem sido descrito como um forte preditor da síndrome de burnout. (34)

Relativamente à idade, esta é a variável sociodemográfica com maior associação à síndrome de burnout. O nível de síndrome de burnout é descrito como sendo superior nos

indivíduos mais jovens comparativamente àqueles com mais de 30 ou 40 anos de idade. (35,36) Esta ideia é corroborada por outros autores. (30,37)

Por vezes a idade é confundida com experiência, visto que a síndrome de burnout parece ocorrer com maior probabilidade no início da carreira. Tal constatação é atribuída à falta de experiência profissional, o que pode gerar maior insegurança na realização do trabalho. (12,37)

Contudo, estes resultados devem ser analisados com alguma reserva, devido ao problema do viés de permanência na profissão, pois aqueles que desenvolvem a síndrome de burnout no início das suas carreiras poderão abandonar a profissão, permanecendo os mais velhos que, conseqüentemente, apresentam menores níveis de síndrome de burnout. (12,30)

No que concerne à escolaridade, alguns estudos apontam que os indivíduos com maior nível de escolaridade são os que apresentam níveis de síndrome de burnout superiores. (33,35) A explicação para esta evidência não é clara, contudo, os autores defendem que, por norma, os indivíduos com grau académico superior têm profissões com maior responsabilidade e apresentam expectativas mais elevadas quanto à profissão, o que leva à maior propensão para o aparecimento de síndrome de burnout. (30,35)

No que diz respeito ao estado civil, existem alguns estudos que encontram uma associação desta variável com a síndrome de burnout. Alguns autores verificaram que indivíduos solteiros e os divorciados apresentavam maiores níveis de síndrome de burnout do que os casados, especificamente na dimensão exaustão emocional. (30) Os solteiros evidenciam níveis ainda mais elevados do que os divorciados. (26,35) “A relação conjugal pode, então, funcionar como suporte emocional, uma vez que a responsabilidade com a casa, filhos, cônjuge, entre outras, contribui para se lidar melhor com os problemas que possam ocorrer, protegendo, assim, de síndrome de burnout”. (37, p.52) Contudo, estudos demonstraram que indivíduos casados se sentem menos realizados pessoalmente e manifestam maiores níveis de ansiedade e depressão. O que leva a concluir que, se por um lado, este acumular de funções sociais é benéfico, pois cria um suporte social que permite uma melhor gestão do stress no trabalho, por outro lado, devido às exigências laborais, as responsabilidades familiares podem ser descuidadas, o que diminui os momentos de lazer e descanso. (37)

- Caraterísticas da Personalidade

Importa considerar as características individuais da personalidade por forma a compreender porque é que alguns indivíduos apresentam maior suscetibilidade para síndrome de burnout. (31)

Semmer (1996) refere que “baixos níveis de personalidade resistente, assim como um locus controlo externo e estratégias de *coping* de fuga/evitamento influenciam a ocorrência da síndrome”. (12,p.31)

A personalidade tipo A é referida como a mais suscetível ao stress. Caracteriza indivíduos extremamente competitivos, bastante ativos, com baixa tolerância perante a lentidão e com objetivos pouco realistas. Há autores que relacionam este tipo de personalidade com a dimensão exaustão emocional da síndrome de burnout. (35)

O neuroticismo, que caracteriza indivíduos com traços de ansiedade, hostilidade, depressão, autoconsciência, é outra variável associada à exaustão emocional, visto que, estes sujeitos tendem a ser emocionalmente instáveis e a perceber o contexto laboral como fonte de ameaça. (30)

Outras investigações têm evidenciado a “associação da síndrome de burnout com variáveis como a falta de assertividade, baixa autoestima, dependência”. (30, p.40)

Relativamente ao locus de controlo (outra variável da personalidade), quando os indivíduos manifestam um locus de controlo externo este pode estar associada à síndrome de burnout, isto é, quando atribuem a causas dos acontecimentos a outros ou ao acaso, contrariamente ao locus de controlo interno, em que associam os acontecimentos a si mesmos, ao esforço desenvolvido ou competência. (30)

No que diz respeito à variável *coping*, a literatura tem apontado para a sua associação com a síndrome de burnout. (30) O *coping* trata-se de um processo essencialmente cognitivo e comportamental, em que o indivíduo tenta lidar com uma ameaça, através da avaliação dos recursos disponíveis, independentemente da sua eficácia. (38) O *coping* tem duas funções *major*: “lidar com o problema que está a causar sofrimento (*coping* focalizado no problema) e controlar as emoções (*coping* focalizado na emoção)”. Pelo que, sob o ponto de vista cognitivo surgem duas estratégias: o *coping* centrado no problema e o *coping* centrado nas emoções. (12, p.32)

Tamayo e Tróccoli, em 2002, referem que “a utilização de estratégias de *coping* de controlo ou centradas no problema previne a ocorrência da síndrome de burnout, enquanto que, as estratégias de fuga, evitamento ou centrada nas emoções provocam a ocorrência desta síndrome”. (30, p.40)

4.2.1.2 Variáveis do Contexto Laboral

Tal como já foi sendo referido, as profissões que envolvem ajuda ou assistência em geral, como é o caso dos profissionais de saúde, apresentam maiores índices de síndrome de burnout. (29)

As variáveis profissionais têm sido amplamente estudadas pelas repercussões que têm nos trabalhadores e pela associação à síndrome de burnout. As correlações entre stress, satisfação no trabalho e síndrome de burnout reiteram a preponderância dos fatores organizacionais face aos pessoais. (27)

O suporte organizacional percebido diz respeito às crenças que o trabalhador tem sobre a valorização que a organização laboral dá à sua contribuição e o quanto se preocupa em relação ao seu bem-estar. (11) O nível de perceção que o trabalhador tem sobre o suporte

organizacional é influenciado por fatores como a justiça, apoio dos superiores hierárquicos, recompensas organizacionais e condições de trabalho. (11) Assim, este tem sido descrito como uma variável fortemente ligada à síndrome de burnout, sendo que a falta de suporte organizacional percebido se associa a níveis de síndrome elevados, (30) especificamente, na dimensão da exaustão emocional. (27)

Maslach e Leiter identificaram seis fatores envolvidos na síndrome de burnout: sobrecarga de trabalho, controlo, comunidade, recompensa, justiça e valores. Estes são em seguida desenvolvidos, assim como outras variáveis descritas na bibliografia. (16)

A sobrecarga refere-se à quantidade e qualidade excessiva de tarefas que excedem a capacidade de desempenho, quer por insuficiência técnica, de tempo ou de infraestrutura organizacional. Geralmente é esta a componente que mais se relaciona com a exaustão emocional da síndrome de burnout. (12,30)

O trabalho dos profissionais de saúde é extremamente desgastante também devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos. Vários estudos têm demonstrado que o trabalho por turnos, para além de se associar a manifestações físicas (queixas de fadiga crónica e alterações gastrointestinais), também implica consequências emocionais devido às alterações dos ritmos circadianos, do ciclo sono-vigília, do sistema termorregulador e do ritmo de excreção de adrenalina. Isto pode culminar na diminuição da capacidade mental com influência negativa no rendimento profissional, especialmente nos serviços que exigem maior concentração. (12)

No que concerne ao número de horas de trabalho por semana, alguns autores observaram uma associação entre o número de horas de trabalho e os níveis de síndrome de burnout. (30) Ao contrário destes autores, Queirós, no seu estudo, não observou diferenças estaticamente significativas entre os indivíduos que trabalham mais horas relativamente aos que trabalham menos horas. (36)

Em relação ao tempo de profissão, alguns autores apontam a síndrome de burnout como um processo de deterioração e desgaste progressivo ao longo dos anos de profissão. No entanto, outros descrevem uma incidência superior em indivíduos mais jovens, considerando a pouca experiência profissional ou mesmo o pouco tempo de trabalho na organização. (12)

Freudenberger, nos seus estudos iniciais, observou que a síndrome de burnout começa a manifestar-se logo após o primeiro ano na organização. (12)

As condições adversas de trabalho (por ex. como calor, ruído e frio) podem igualmente estar na origem desta síndrome. (30)

A falta de controlo sobre acontecimentos ou atividades no próprio trabalho e a baixa participação na tomada de decisões, geralmente, relacionam-se com a baixa realização pessoal e associam-se a maiores níveis de stress. (35)

Outros autores reiteram esta associação ao considerarem que a oportunidade que o contexto profissional oferece ao indivíduo, para utilizar e desenvolver as próprias competências, é um fator que tanto influencia o bem-estar do profissional como pode levar ao desenvolvimento de situações de stress ocupacional. Se as oportunidades forem demasiado

escassas ou, por outro lado, se forem excessivas, podem converter-se numa fonte causadora de stress. (12)

De acordo com alguns autores, o fato da pessoa sentir que não tem uma recompensa justa pelo seu trabalho, que não é reconhecida quer financeira, quer socialmente e que o seu empenho é desvalorizado ou ignorado pelos outros, potencia o aparecimento da síndrome de burnout, estando associada a sentimentos de ineficácia. (35)

A ausência de sentimento de comunidade é outro fator implicado na síndrome de burnout. O trabalho pode levar ao isolamento das pessoas e pode provocar o conflito, que se for perpetuado, leva ao aumento dos sentimentos de frustração, ansiedade, raiva, desrespeito e suspeição, diminuindo o sentimento de entreaajuda entre colegas em situações de dificuldade. (17)

A ausência de *feedback*, tanto da parte dos utilizadores dos serviços, como dos superiores hierárquicos, tem também sido conotada como elemento potenciador da síndrome de burnout (29) e consistentemente relacionada com as suas três dimensões. (35)

A justiça e o respeito entre colegas são igualmente fundamentais para o sentimento de comunidade e para um ambiente agradável de trabalho. A falta de justiça leva ao desgaste emocional e a um sentimento de despersonalização para com o local de trabalho. (35)

A presença de um sentimento de injustiça e de desigualdade (direitos e deveres distintos na mesma atividade profissional, salários diferentes para o mesmo cargo, ascensão profissional por formas ilícitas) são fatores associados ao desenvolvimento da síndrome de burnout. (12)

No que refere ao relacionamento entre colegas, alguns autores apontam também o tipo de relacionamento no local de trabalho como mediador no início da síndrome de burnout. (12) Nas relações que se estabelecem entre profissionais, a perceção de um sentido de união, bem como, de um ambiente de respeito e consideração pelo trabalho desenvolvido, poderão ser um contributo para diminuir a probabilidade do trabalhador vir a desenvolver a síndrome de burnout. (35)

O conflito de valores que resulta do antagonismo entre os requisitos da profissão e os princípios e valores do indivíduo são outro fator para o aparecimento de síndrome de burnout. (30) Quando o trabalho desenvolvido não vai de encontro às expectativas do indivíduo, situação que pode surgir devido, por exemplo, à insegurança ou informação insuficiente sobre a função a desempenhar, dá-se o conflito que, por sua vez, aumenta a probabilidade de desenvolvimento da síndrome de burnout. (29,35) Os autores acrescentam que o conflito de papéis (“quando existe um impacto entre as informações e as expectativas do trabalhador sobre o seu desempenho”) e a ambiguidade de papéis (“ocorre quando as normas, direitos e métodos estão pouco delimitados e claros por parte da instituição”) apresentam associação moderada a alta com a síndrome de burnout. (11,30)

Quanto à relação com o doente, as principais dificuldades associam-se com o tipo de problemas que o doente apresenta e as interações que se criam, tal como com a posição em que se colocam o profissional e o doente. (12) As principais dificuldades descritas são o

contacto com doentes agressivos, depressivos, grupos de risco, situações de sofrimento e morte. (12)

Maslach refere que as três dimensões da síndrome de burnout se relacionam com as variáveis do contexto laboral de distintas formas. De acordo com a autora, a exaustão emocional e a despersonalização tendem a resultar do conflito social e da sobrecarga de trabalho, enquanto a baixa realização pessoal emerge da falta de recursos para desempenhar o trabalho com qualidade. A mesma autora refere ainda que elevados níveis de conflito pessoal se associam a elevados níveis de exaustão emocional e, por sua vez, níveis de realização pessoal elevados se associam com a participação ativa na tomada de decisões, relações interpessoais de apoio e aumento de competências profissionais. (30)

4.2.2 Fatores Protetores

No que concerne aos fatores protetores do aparecimento da síndrome de burnout descritos na bibliografia, é possível observar que, para além das variáveis supracitadas que podem ser protetoras quando adequadamente apresentadas e experienciadas, há igualmente variáveis descritas na bibliografia como protetoras.

Quanto maior a satisfação na atividade ocupacional, menor a probabilidade de síndrome de burnout. (12) Vários outros autores reiteram a satisfação no trabalho como um fator de proteção contra a síndrome de burnout. (27) “Quanto maior o nível de participação nas decisões, maior a satisfação no trabalho e por conseguinte menor a probabilidade de ocorrência da síndrome de burnout”. (35, p.399)

Linzer et al salientam que o apoio entre pares e o apoio familiar são fatores que podem auxiliar o indivíduo a gerir situações negativas. (21)

No que concerne às características da personalidade, há autores que referem que indivíduos que se caracterizam pelo compromisso (identificação com o trabalho), pelo controlo (pensam e agem de acordo com as suas próprias convicções, prevendo as situações de stress por forma a evitá-las/alterá-las) e desafio (encaram as situações de stress como uma oportunidade de crescimento pessoal) estão associados a níveis elevados de realização pessoal, a baixos níveis de exaustão emocional e a atitudes de distanciamento. Assim, descrevem a relação entre a autoeficácia e baixos níveis de exaustão emocional e os níveis elevados de realização pessoal. (33)

Tabela 1. Fatores Relacionados com a Síndrome de Burnout.

Fatores de risco	
Individuais	Profissionais/Organizacionais
<p>Idades mais jovens (12,30,33,37,39)</p> <p>Sexo feminino (exaustão emocional) (31)</p> <p>Sexo masculino (despersonalização) (31)</p> <p>Solteiros (12,30,33,37)</p> <p>Trabalhadores por turnos (12,30,33,37)</p> <p>Grau acadêmico superior (12,33)</p> <p>Caraterísticas de personalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otimistas, idealistas, expectativas altruístas elevadas (30) - Personalidade resistente (12) - Locus controlo externo (12) - Estratégias de <i> coping </i> de fuga/evitamento (12) 	<p>Exigências laborais/Sobrecarga de Trabalho: (10,21,27,31,33,37)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multiplicidade de intervenções - Excesso de horas de trabalho - Decisões sob pressão de tempo - Insuficiência de tempo para efetuar tarefas - Trabalhar individualmente - Trabalhar por turnos <p>Falta de reconhecimento (40)</p> <p>Escassez de Recursos/Condições de trabalho inadequadas (33,40)</p> <p>Relações Socioprofissionais: (33,40)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de autonomia - Falta de integração no ambiente de trabalho - Falta de apoio dos superiores - Comunicação insatisfatória - Conflitos com os colegas <p>Complexidade relações humanas e de trabalho (por ex., ter que lidar com a morte) (10,20,33)</p> <p>Fraco vínculo Profissional-Paciente (27)</p> <p>Conflitos de Papéis (10,27)</p> <p>Desvalorização Social (27)</p> <p>Inexperiência (27,39)</p> <p>Insegurança quanto ao vínculo de trabalho/ascensão na carreira (21,27)</p> <p>Remuneração Insatisfatória (21,33)</p>
Fatores Protetores	
Individuais	Profissionais/Organizacionais
<p>Personalidade (compromisso, controlo e desafio) (11)</p> <p>Autoeficácia (33)</p>	<p>Relações interpessoais eficazes (21)</p> <p>Satisfação no trabalho (10,27,33)</p>

5. Consequências da Síndrome de Burnout

Gil-Monte considera que a síndrome de burnout é um problema de saúde pública tendo por base as suas implicações na saúde física e mental, comprometendo assim a qualidade de vida do indivíduo. (13) Neste contexto, segundo a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (2002), a síndrome de burnout tem consequências nocivas físicas, emocionais e comportamentais tanto a nível das relações interpessoais como no campo profissional, e apresenta-se hoje como um dos grandes problemas psicossociais e económicos. (21)

Vários estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de esclarecer as manifestações e consequências relativas à mesma.

De acordo com alguns autores, a síndrome de burnout apresenta-se através de manifestações de natureza física, emocional e atitudinal (12) que são, em seguida, descritas.

- Manifestações de natureza física:

Constata-se que os indivíduos podem apresentar: estado de fadiga crónico, cefaleias, alterações frequentes do sono e do peso, distúrbios gastrointestinais (gastrites até úlceras), alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão), respiratórias (crises de asma, bronquite, dispneia), afeções da pele (prurido, alergias, queda de cabelo), imunológicas (maior frequência de infeções, alergias), alterações sexuais (diminuição da libido, dispareunia/anorgasmia em mulheres, ejaculação precoce ou impotência nos homens), alterações menstruais nas mulheres e dores musculares ou osteomusculares (na nuca e ombros, na região das colunas cervical e lombar). (11, 12, 13, 16, 27, 31, 41)

- Manifestações de natureza emocional:

Em relação ao psiquismo, podem manifestar: falta de concentração, alterações de memória (evocativa e de fixação), lentificação do pensamento, impaciência, sentimento de impotência, labilidade emocional, diminuição da autoestima, sentimentos de fracasso, desilusão, falta de esperança e de significado no trabalho e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Podem apresentar igualmente, agressividade, dificuldade para relaxar e aceitar mudanças, perda ou diminuição da iniciativa, consumo de substâncias nocivas (álcool, café, fumo, tranquilizantes, substâncias ilícitas), comportamentos de risco e até suicídio. (11, 12, 13, 16, 27, 31, 41, 42)

- Manifestações de natureza atitudinal:

Atitudes negativas, cinismo, hostilidade, atitudes de indiferença e de afastamento em relação ao trabalho, aos colegas e à própria instituição, bem como deterioração da vida familiar e social devido ao alastramento do stress e síndrome de burnout profissionais para o

casamento e família. (12,41,42) Estão igualmente descritos indicadores comportamentais como agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor e irritabilidade. (12,31)

Por outro lado, Maslach menciona que as consequências da síndrome de burnout se observam em três níveis: individual, organizacional e social. (12)

- Para o indivíduo:

A nível individual, as consequências passam pelo desgaste emocional excessivo, fadiga e afastamento psicológico com o desinteresse e falta de satisfação na atividade profissional. (12,31)

- Para a organização:

A síndrome de burnout é cada vez mais alvo de preocupação das organizações, visto que afeta a qualidade da *performance* do trabalhador. (16)

“O abandono psicológico e físico do trabalho pelo indivíduo acometido por síndrome de burnout leva a prejuízos de tempo e dinheiro para o próprio indivíduo e para a instituição que tem sua produção comprometida”. (13, p.46) O impacto económico desta condição é elevado e pode ser inferido através da informação sobre o absentismo e diminuição da produtividade. Mais de 10% das queixas totais de doenças ocupacionais estão relacionadas com o stress laboral. (10)

A síndrome de burnout tem sido relacionada com a diminuição do interesse por práticas inovadoras, contribuindo como fator impeditivo na disseminação de condutas baseadas em evidência e atualização do estado da arte. Os profissionais de saúde com síndrome de burnout, geralmente, apresentam uma redução da qualidade do desempenho profissional, maior predisposição a acidentes devido a faltas de atenção e concentração com maior probabilidade de erro, maiores taxas de absentismo, maior ocorrência de baixas médicas, tendência ao abandono do posto de trabalho ou da própria organização, menor compromisso com a função e com o empregador, redução do esforço e interesse na realização de tarefas, diminuição da satisfação no trabalho, maior sofrimento pessoal, aumento dos conflitos interpessoais com colegas, utentes, supervisores e família, abuso de álcool e outros psicotrópicos e menores níveis de atividades de vida saudáveis. (11,12,13,16)

Ocorre igualmente diminuição na qualidade do atendimento ao utente com maior predisposição a procedimentos equivocados, negligência e imprudência. (41,42)

- Para a sociedade:

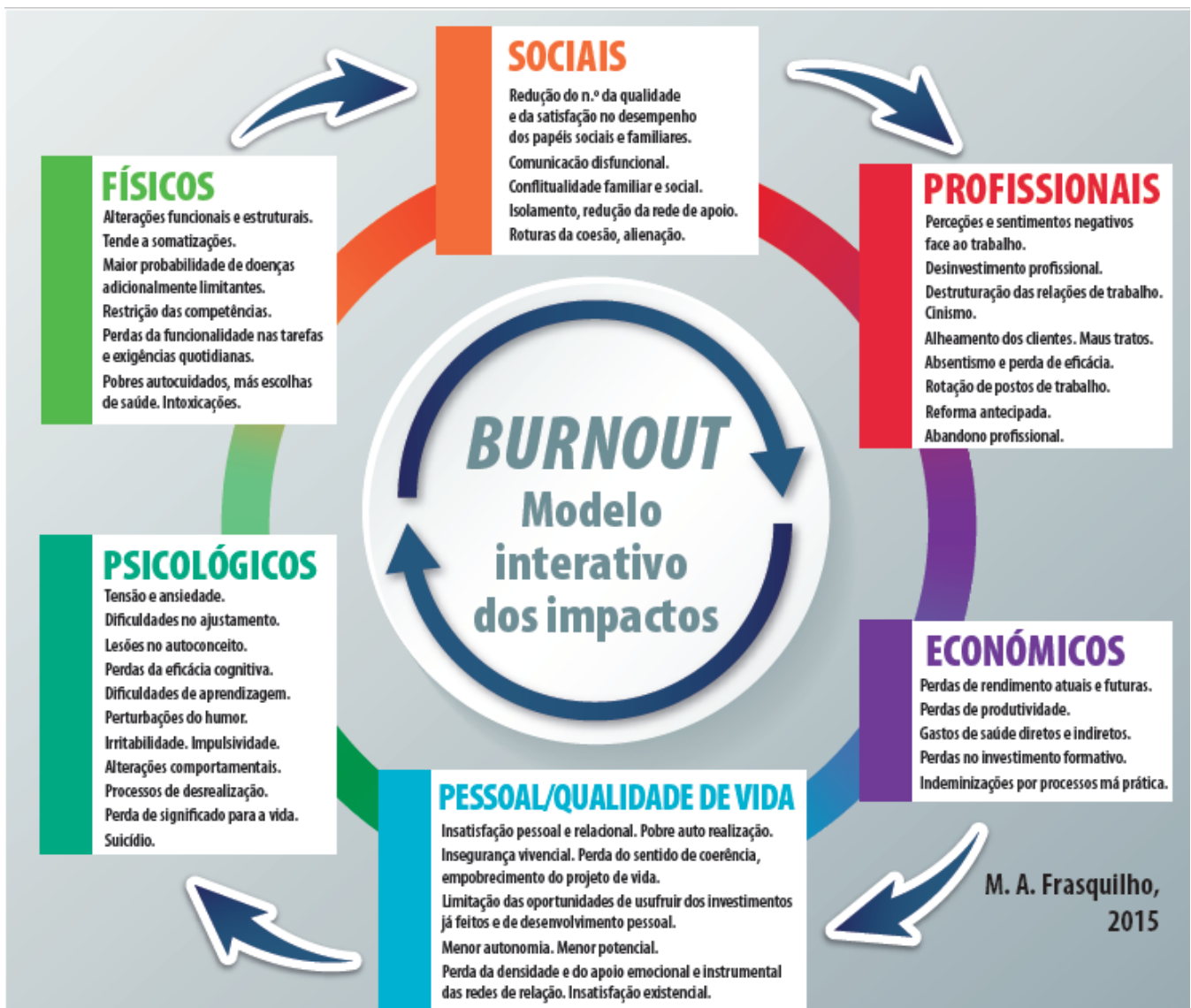
O indivíduo com síndrome de burnout pode adotar uma atitude de distanciamento dos familiares, até filhos e cônjuge (défice na comunicação, hostilidade, rutura familiar, isolamento social). A diminuição da qualidade do seu desempenho profissional pode resultar numa prática clínica com resultados pouco eficazes e que pode mesmo pôr em causa a segurança dos utentes (problemas de comunicação efetiva e em tomar decisões; erros relacionados com o trabalho). (16,41) Por sua vez, os utentes mal atendidos acarretam com

prejuízos emocionais, físicos e financeiros que se podem estender aos familiares e até ao seu ambiente de trabalho. (37, 41)

Neste contexto, reproduz-se em seguida um quadro resumo que salienta as dimensões que sofrem impacto com a síndrome de burnout.

Figura 2 - Modelo de Interação dos Impactos

Tabela retirada do artigo “Um modelo de intervenção integrada em situações de Burnout”, Fraquilho 2015, publicado na revista *Fatores de Risco* (46)



6. Prevenção e Tratamento da Síndrome de Burnout

De forma a permitir o estabelecimento de relações terapêuticas adequadas entre o profissional e o utente, a prevenção do stress e síndrome de burnout integra as principais recomendações feitas pelo *National Guideline Clearinghouse* às organizações. (41)

Um contexto de trabalho salutar acarreta benefícios a todos os intervenientes. “O projeto «Hospitais Promotores da Saúde», segundo a declaração de Budapeste, traduz este objetivo: «fazer do hospital [alargue-se a filosofia aos centros de saúde] um modelo quanto a serviços e locais de trabalho saudáveis». Concretizando: (a) melhoria do ambiente físico e psicossocial; (b) melhoria das condições de trabalho; (c) informação, clareza de comunicação, previsibilidade, participação e autonomia com responsabilização, reconhecimento e prática das competências específicas, adequação entre estatuto e papel desempenhado, possibilidade de desenvolvimento na carreira, são algumas das medidas organizacionais a implementar (WHO, 1991)”. (21, p.95)

Contudo, este projeto assenta no conceito de promoção de saúde (o processo de habilitar as pessoas a terem controlo e a melhorarem a sua saúde física, emocional e social), sendo este o obstáculo quando se trata de profissionais de saúde. (21)

Tem sido descrito que os profissionais de saúde, em particular os médicos, têm alguma relutância na procura de auxílio e modificação de hábitos apesar de terem facilidade em aceder às informações relativas ao assunto. Neste sentido, considerando que “o colega médico é um caso difícil, trabalhoso e com especificidades de intervenção”, implementaram-se em alguns países programas de saúde específicos para médicos. (21, p.95)

O processo passa por sensibilizar os profissionais a refletirem sobre a ideologia profissional que se tem perpetuado (“os médicos são imunes a qualquer dano”, “nunca há tempo para si mesmo”, “os bons médicos aguentam ou resolvem os seus problemas”) e como ela tem tido consequências negativas. (21)

Considerando que a formação inicial tem responsabilidade no incremento destes disfuncionamentos, é a este nível que se deve intervir prioritariamente. Assim, compreende-se a necessidade da implementação de programas de qualidade, visando aperfeiçoar o sistema de capacitação profissional. “As sessões devem focar: comunicação, competências relacionais, assertividade, gestão do conflito e compaixão, gestão do tempo, planeamento de vida, priorizar e decidir, discernimento sobre as crenças irracionais e sua substituição, gestão das expectativas e das emoções, proximidade e distanciamento, envolvimento e indiferença e toda a dinâmica da relação médico/doente/família, o aprimorar o trabalho em equipa, o apoio interpares e fomentar opções por estilos de vida saudáveis.” (21,p.95)

Outro ponto na gestão do stress médico é a promoção de comportamentos saudáveis por forma a diminuir o impacto dos *stressores* pessoais. Assim, o “desenvolvimento do humor e do otimismo (Bennet, 2003), das redes de socialização (Buunk e Verhoeven, 1991), a

construção de uma «farmácia» de pensamentos positivos e relaxantes (Weiss, 2004), a opção por vida saudável – alimentar, não uso de tóxicos, higiene do sono, desenvolvimento de hobbies, o lazer, o exercício físico regular, a prática de relaxamento, o desenvolvimento da sensibilidade humanística e da espiritualidade –, tal como o investimento nos afetos e no apoio familiar são importantes tampões quanto ao distress (Lehrer e Woolfolk, 1993)”. (21, p.96)

Se os profissionais de saúde não assumem o papel de doente, este também lhes é dificilmente conferido pelos seus pares, especialmente no que concerne ao âmbito da saúde mental. Desta forma, percebe-se a importância de existir um serviço particularizado para este grupo de utentes, com cuidados especiais quanto à confidencialidade (pois a sua quebra poderia levar a alterações do elo de confiança entre profissional de saúde-doente) e particularidades no acesso. “Em Portugal foi concebido o PAIM (Programa de Ajuda Integral ao Médico), que se destina ao tratamento de todos os problemas de saúde, incluindo a saúde mental dos médicos. Do grupo fazem parte dois psiquiatras, um internista e uma neurologista.” No entanto, o programa encontra-se atualmente suspenso por falta de apoios estruturais. (21, p.96)

Na literatura tem vindo a ser consistentemente descrito que a existência de conflitos interpessoais é um fator de risco para o desenvolvimento de síndrome de burnout. Neste sentido, a gestão de conflitos pode assumir um papel importante na prevenção de síndrome de burnout (14) sugerindo-se, desta forma, a estimulação da comunicação e articulação entre os vários profissionais.

Outras medidas preventivas da síndrome de burnout foram descritas, numa abordagem coletiva e organizacional, nomeadamente, a redução do horário laboral, condições de trabalho atrativas e gratificantes, o reconhecimento da necessidade de formação permanente, o investimento no aperfeiçoamento profissional, o fornecimento de suporte social às equipas e incentivo na sua participação nas decisões. (37) Outros autores esclarecem, particularmente, a necessidade dos líderes receberem formação para melhor gerirem os seus colaboradores e para que aprendam a dar *feedback* adequado e construtivo, assim como, a estabelecer metas objetivas e alcançáveis.

Alguns estudos desenvolvidos na área da psicologia têm demonstrado a eficácia do uso de técnicas diretivas, como a terapia cognitivo-comportamental, *traumatic incidente reduction*, *life stress reduction*, e de técnicas que promovem a diminuição dos níveis de ansiedade (técnicas de relaxamento, respiração e meditação). (43) Outra intervenção terapêutica que se tem demonstrado eficaz na recuperação de estados de desgaste emocional é a terapia de dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR). Trata-se de uma técnica de neuroimagem, desenvolvida em 1989, pela psicóloga americana Francine Shapiro, inicialmente dirigida para o tratamento da ansiedade, fobias e stress pós-traumático, que promove a sincronização dos dois hemisférios cerebrais pela estimulação bilateral, possibilitando a substituição de pensamentos negativos por outros mais adaptativos. (24)

Em suma, há autores que descrevem as três áreas principais que foram identificadas como potenciadoras de ajudar a gerir o stress e prevenir a síndrome de burnout:

- Mais tempo - maior controlo sobre o seu tempo - para as coisas que são mais importantes para os profissionais, tal como, para a sua vida pessoal e interesses;
- Mais oportunidades de autocuidado, tais como, exercício e atividades de saúde e bem-estar.
- Mais suporte na ajuda que lhes é conferida, para conseguirem lidar efetivamente com o stress e síndrome de burnout nas suas vidas. Não apenas através do *coaching*, *mentoring* e suporte na formação, oportunidades educacionais e iniciativas de saúde e bem-estar, mas também através de suporte, respeito e reconhecimento por parte da organização dos seus esforços e contributos. (42)

Assim, observa-se que as estratégias devem ter como foco duas vertentes de atuação, a vertente individual (que inclui um componente de formação/educação e um componente comportamental) e a vertente organizacional (inclui estratégias direcionadas para a própria instituição e para a gestão de situações de síndrome de burnout com recurso a técnicas direcionadas).

Apresenta-se em anexo (ver Anexo II) uma descrição pormenorizada de estratégias de gestão da síndrome de burnout, elaboradas por Frasilho, direcionadas para: os *stressores* externos, a ideologia profissional, o suporte social, a auto-perceção, a alteração comportamental e desenvolvimento pessoal. (46)

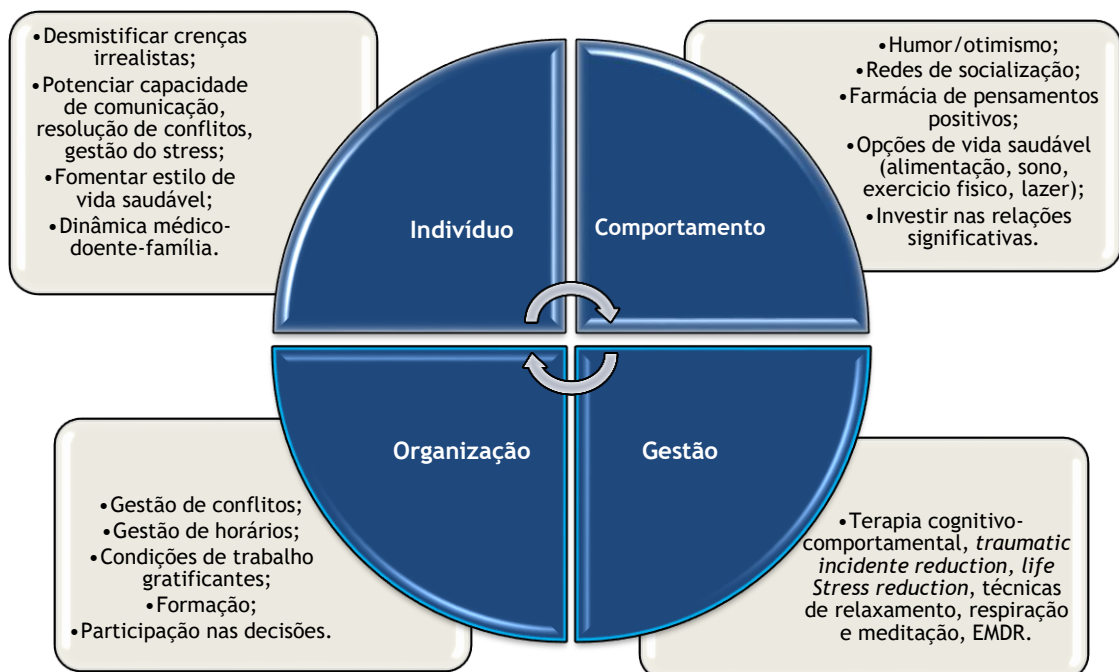


Figura 3 - Áreas de atuação na Síndrome de Burnout

7. Enquadramento da Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde em Portugal

A constatação de que a síndrome de burnout é uma problemática que afeta o bem-estar dos trabalhadores tornou-se uma realidade. Este fenómeno complexo com implicações nefastas na condição holística do indivíduo deve ser valorizado e deve ser dada uma resposta atempada e consistente ao mesmo.

Neste sentido, debruçamo-nos sobre o estado de arte em Portugal relativo a esta temática no âmbito da área da saúde. Assim, em seguida apresentam-se os fatores relacionados com a síndrome de burnout, específicos dos médicos portugueses, e numa segunda secção os estudos mais ilustrativos do impacto da síndrome de burnout nos Serviços de Saúde Portugueses.

7.1 Fatores Relacionados com a Síndrome de Burnout Específicos dos Médicos

O estatuto que o médico tem é influenciado pela sua atividade profissional, uma vez que esta lhe dá acesso a uma determinada rede social considerada de nível elevado, estabelecendo assim a sua própria identidade e favorecendo a sua autoestima.(16) Por outro lado, o trabalho de um médico tem seguramente várias fontes de stress, levando o profissional à insatisfação, onde a quebra de motivação se estabelece, conduzindo a um desmoronamento emocional e onde o objetivo fundamental do trabalho começa a estar em segundo plano. É sabido que as altas expectativas e ilusão, quando confrontadas com uma realidade diferente, podem conduzir a elevados níveis de frustração. (16)

A principal causa de síndrome de burnout no médico é a exaustão emocional, estando patente através da perda de recursos e energia que a situação socioprofissional provoca nestes profissionais. Assim, as características da organização onde o médico está inserido e os pacientes, que para além das patologias que possam apresentar, muitas vezes padecem de uma carência emocional excessiva, surgem como fatores fundamentais para o desenvolvimento da síndrome de burnout. Desta forma, poder-se-á estabelecer uma análise de que quanto mais altas forem as exigências dos doentes, bem como nível de dependência do trabalho médico, maior será a probabilidade de aparecimento de síndrome de burnout no profissional. (16)

Esta síndrome tem sido considerada como sendo um problema de saúde ocupacional, de grande importância nos profissionais de saúde. Estes indivíduos, quando se encontram em síndrome de burnout, usualmente, apresentam uma diminuição da qualidade do desempenho profissional, aumentando assim a probabilidade de erro médico, incrementando as taxas de

absentismo, diminuindo o compromisso com a função e com o empregador, assim como, a satisfação no trabalho, maior sofrimento pessoal e aumento dos conflitos interpessoais envolvendo pares e chefias, bem como a família. O abuso de álcool e de outros psicotrópicos e os menores níveis de exercício físico ou de outras atividades de vida saudáveis são também uma norma. (13)

7.1.1 O Trabalho Médico - Carga Física e Mental

A relação médico-doente é, à partida, dispar na sua génese: o primeiro cuida e o segundo é cuidado. (16) Após a ação cuidadora, o reconforto psicológico do profissional médico é sustentado pelo alívio da dor e do sofrimento, pelo diagnóstico correto, pela cura que pode advir da sua intervenção, ou mesmo pela prevenção de doenças, pela salvação de vidas, bem como pela atitude de ensinar, aconselhar, educar e pelo simples fato de receber reconhecimento e gratidão. (19)

É um fato que, muitas vezes, o médico enfrenta limitações no serviço prestado que acabam por dificultar o sucesso da terapêutica. Estas tendem a respeitar as eventualidades políticas, financeiras, psicológicas e culturais que determinam o sucesso do cuidado ao doente e que acabam por trasvazar o sistema de saúde. Contudo, quando o insucesso tem lugar, é o médico o primeiro responsável. Por vezes, este interioriza a culpa de algo que não é responsável pois muitas situações de vida/morte não dependem especificamente da terapêutica adotada, sendo que o profissional acaba por ter sentimentos destruidores de inadequação e falta de autoconfiança. (16) Isto acontece porque a grande maioria dos estudantes de medicina iniciam as suas carreiras convictos de que vão curar. Dar-se conta das suas próprias limitações e da incapacidade que terão de ser bem-sucedidos em todos os seus atos médicos surge como um dos primeiros revezes do jovem médico. (16)

Lidar com o sofrimento e a morte dos doentes é, em si, um importante fator de stress, assim como a dependência criada pelo doente na relação com o médico e, igualmente, o fato de muitas vezes os familiares exigirem do médico o impossível. (16)

A Medicina não é uma ciência exata e não é passível de seguir com total precisão um protocolo científico que garanta o sucesso terapêutico.

No passado, as ações do médico estavam bem delimitadas e as suas preocupações recaíam no diagnóstico e prescrição. Hoje em dia, a consulta está envolta em atos burocráticos que exigem do médico uma ação fora daquilo que deveria ser a sua área de atuação. Pede-se, portanto, ao clínico que intervenha na gestão financeira do ato médico, contabilizando os custos das suas intervenções, rentabilizando as instalações, planeando e contribuindo para a implementação de novos modelos organizacionais na prestação de cuidados de saúde. (19)

A conciliação de várias funções pode constituir dificuldades na identidade profissional, agravando o seu descontentamento profissional. Concomitantemente é exigido

ao médico que mantenha uma disponibilidade inabalável e tranquila apesar da inquietação interna existente. (16)

7.1.2 Formação

É cada vez mais consensual a ideia de que quando médico inicia o internato (ano comum e especialidade) está longe de compreender o grau de complexidade e incerteza da prática médica, para o qual não foi devidamente preparado. (16)

O desenvolvimento da carreira médica assenta em incontáveis etapas de altíssimo grau de exigência que requerem sacrifícios pessoais e emocionais para ser alcançado o desígnio intelectual a que cada médico se propôs. (16) O período formativo condiciona ainda a realização de projetos pessoais e de autorrealização de cada um que acabam por ser sucessivamente adiados. (16)

Para além do acima descrito, os modelos transgeracionais que vigoram na prática médica, e que se sustentam na ideiação que a “medicina é de excelência e os médicos obrigatoriamente serão excelentes”, potenciam a cultura médica da dedicação extrema e exclusiva à prática médica por forma a alcançar o reconhecimento e mestria. Contudo, estes modelos não acompanharam as mudanças socioculturais ao longo dos tempos, não sendo por isso a sua aplicação compatível com a realidade atual e estando, assim, na base da síndrome de burnout. (19)

7.1.3 Representação Social

O profissional médico vive permanentemente numa situação distinta relativamente à representação social, isto é, muitas vezes é “sacralizado” e outras “demonificado”. Esta dicotomia de posições é consolidada pelo mito ancestral de detenção do poder sobre a morte, sendo visto como capaz de preservar a vida. (16)

Porém, a idealização da medicina tem vindo a perder relevância no panorama social. As mudanças na sociedade têm-se refletido na diminuição do estatuto do profissional médico, tendo como consequência o aumento de denúncias por má prática, em que esta, muitas vezes, é definida por pessoas que não têm as competências necessárias para avaliar se se trata mesmo de erro médico ou, simplesmente, se a situação foge ao controle do próprio profissional.

O confronto médico-paciente tem aumentado e, conseqüentemente, a violência (agressão verbal e física) sobre os médicos, apresentando-se esta situação como mais um importante fator de stress. (16)

Numa pesquisa efetuada pela Direção Geral de Saúde, em 2004, verificou-se que 81% das Unidades Hospitalares e 77% dos Centros de Saúde revelaram casos de violência sobre profissionais de saúde, nos quais 66% das vítimas eram médicos. A maioria corresponde a ameaças e agressão verbal (93%), não obstante, a agressão física apresenta-se em 54% dos

casos, tal como os danos à propriedade privada (21%). Contudo, apenas uma pequena percentagem dos lesados apresenta queixa formal (2-4%). (19)

O mau funcionamento do sistema nacional de saúde tem também colocado os médicos numa situação que os penaliza, sendo estes profissionais cada vez mais um alvo de desvalorização pública, onde casos individuais de má conduta tendem a ser generalizados e extensíveis a toda a comunidade médica. (16)

7.1.4 Condições de Trabalho

Muitos dos locais de trabalho onde os médicos promovem a sua atividade profissional estão longe de ser o local com a dignidade necessária às tarefas que realizam.

Hospitais e Centros de Saúde, frequentemente são constituídos por adaptações à estrutura, sem as condições e organização necessárias e sem que as necessidades do ato médico sejam previstas. Para além das dificuldades relacionadas com o imóvel onde está inserida a unidade de saúde/hospital, escasseiam também os recursos materiais e humanos, sendo frequentes opções de recurso na tentativa de superar as insuficiências explícitas. (19)

A falta de recursos humanos tem sido superada através da utilização errónea dos formandos para mão-de-obra em áreas de elevada exigência como o serviço de urgência, criando, portanto, riscos acrescidos para o próprio e para a qualidade da prestação do cuidado de saúde. (19)

O distress médico, entre outras coisas, é também agravado pela agressividade dos utentes motivada pelas instalações desadequadas e pela sua sobrelotação. Acresce o fato de que, durante a consulta, a privacidade do utente, que é um dos pilares do ato médico, nem sempre existe, havendo locais onde vários médicos partilham o mesmo espaço. (16)

Os profissionais médicos estão ainda na primeira linha como os potenciais doentes devido a riscos infecciosos, biológicos e físicos, uma vez que poderão ser agredidos e o empregador não garante a sua efetiva proteção. (19)

7.1.5 Organização do Trabalho

O serviço nacional de saúde, as carreiras médicas, bem como a criação da nova gestão hospitalar, que assenta em novas lógicas produtivas, ambíguas e de difícil perceção, onde existe a subordinação do “Eu ao Capital”, do “Médico ao Administrador”, assim como a transformação do médico de família em médico assistente, entre outras, têm criado sentimentos mistos de traição e de incoerência externa e interna, levando a uma difícil perceção daquilo que está certo e do que deve ser evitado. (19)

Os limites apresentam-se ambíguos e levam o médico a uma dúvida permanente relativa à sua atitude e atividade, onde a insegurança e a ponderação dos benefícios face ao investimento acabam por ser uma constante. (16)

Atualmente, nos hospitais, grande parte da comunicação é contraditória ou enviesada, a responsabilidade é subjetiva e continua-se a perpetuar a indução de faltas e

culpas inexplicáveis aos médicos. (16) Esta incerteza cria conflitos internos entre os diferentes polos de como ser e agir: autoritário-democrático; comunicação-contensão; decisão-ação; autonomia-dependência; conflito-consenso; competição-proteção; promoção-estagnação; pessoal-público; fantasia-realidade. (19) Porém, o stress laboral é atenuado por questões como uma liderança eficaz, boas relações sociais e a consistência da supervisão. (16)

O trabalho por turnos, bem como a jornada contínua de 24h, que são importantes fatores de stress, constituem uma sobrecarga de trabalho e demonstram o ritmo violento da profissão médica atualmente. (16)

A aplicação da lei geral do trabalho, bem como das orientações de saúde ocupacional, no que concerne por ex. às folgas após horas de trabalho noturno e locais de descanso entre turnos, têm falhado sistematicamente na sua aplicação. (16)

Por outro lado, existe ainda a permanente corrida de afirmação social por parte dos profissionais médicos em resposta a um estatuto idealizado, levando estes profissionais a acumularem horários de trabalho, quer no setor público quer no setor privado, prescindindo de tempo precioso para o descanso, lazer e família. (16)

Assim, verifica-se que as variáveis organizacionais têm uma relevância *major* na situação de síndrome de burnout.

7.1.6 O Médico

A negligência da proteção pessoal por parte da classe médica apresenta-se como uma das vulnerabilidades destes em situações de stress, onde os riscos externos são permanentemente negados assim como as suas fragilidades pessoais, na demanda do sublime. (19)

Tendo por base alguns estudos realizados acerca dos traços de personalidade partilhados pela classe médica, estes mostram que os médicos têm uma falha narcísica, isto é, um “*self* idealizado” em colisão com uma ambivalência quanto à dependência e um autoconceito impregnado de dúvida, ansiedade e autocriticismo, que se traduz em controlo desmesurado e perfeccionismo (compulsividade ao trabalho), supressão da hostilidade (pouca assertividade e comportamentos não pró-ativos) e estoicismo (perseguição da excelência à custa do autossacrifício). (19)

As estratégias de *coping* utilizadas têm sido ineficazes, uma vez que têm sido realizadas através da repressão de emoções (exceto inusitadas explosões de hostilidade), evitamento e idealização, traduzindo-se em estratégias passivas com menor impacto direto na saúde mental. (19) Por vezes, muitos médicos rendem-se à dependência do trabalho, perpetuando o adiamento dos interesses para além dos profissionais, dando lugar a um isolamento na própria profissão, que muitas vezes se traduz em frustração e sentimentos de depressão. (16)

7.2 Estudos relativos à Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde em Portugal

Na pesquisa efetuada sobre a temática constatou-se a existência de um número reduzido de estudos efetuados em Portugal sobre a prevalência e impacto da síndrome de burnout nos serviços de saúde, considerando como amostra médicos e enfermeiros. Assim, há alguns artigos que apresentam a amostra pretendida, contudo, geralmente só se debruçam sobre um serviço de assistência em específico (por ex. serviço de urgência). Desta forma, em seguida são apresentados alguns dos estudos publicados que melhor traduzem a realidade nacional no âmbito desta temática.

Dos artigos pesquisados sobressai um estudo efetuado pela Ordem dos Médicos em 2016 que se intitula: “Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional”. Trata-se de um estudo abrangente que reporta a prevalência da síndrome de burnout em profissionais de saúde portugueses (médicos e enfermeiros de Portugal continental e regiões autónomas dos Açores e Madeira). Para a execução do mesmo, os autores recorreram à escala de MBI-HSS por forma a avaliarem os níveis de síndrome de burnout. A amostra foi constituída por 1262 enfermeiros e 466 médicos com médias de idade de 36,8 anos e 38,7 anos, respetivamente. Os participantes foram provenientes de todos os distritos nacionais (com maior representação de Lisboa - 35% - e Porto - 18%) e a executarem funções em meio hospitalar (54%), centros de saúde (unidade de saúde familiar - 30%; unidades de cuidados de saúde primários - 8%) e outras instituições públicas/privadas (8%). (13)

Dos resultados obtidos observou-se que a nível nacional, entre 2011-2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram síndrome de burnout moderada e 47,8% síndrome de burnout elevada. Ambas as categorias profissionais apresentaram níveis moderados a elevados de síndrome de burnout, não havendo diferenças significativas entre as duas profissões. Vila Real é a região onde se evidenciou maiores níveis de síndrome de burnout, enquanto que a região da Madeira apresentou os níveis mais baixos. Os distritos do Norte e do Centro apresentam a maior concentração de síndrome de burnout elevado em enfermeiros. (13)

Relativamente ao tipo de instituições onde os profissionais exercem as suas funções, não se evidenciou diferenças significativas dos níveis da síndrome de burnout. Os profissionais com maior tempo na função são menos acometidos por síndrome de burnout, não se observando associação significativa com a duração da jornada de trabalho. Não se observaram diferenças significativas nos níveis médios de síndrome de burnout entre profissionais do género masculino e do género feminino. A má qualidade das condições de trabalho evidenciou-se como o principal preditor da ocorrência de síndrome de burnout. (13)

Estes resultados alertam para a necessidade de se desenvolverem intervenções para melhorar as condições de trabalho e formação inicial dos profissionais de saúde, por forma a potenciar o bem-estar dos profissionais e a garantir a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. (13)

Dias publicou o seu estudo intitulado “Síndrome de Burnout: um estudo comparativo entre enfermeiros e médicos portugueses” que teve como objetivo comparar a prevalência e os níveis de síndrome de burnout numa amostra de 164 profissionais de saúde portugueses (98 enfermeiros e 66 médicos) a desempenhar funções no serviço de urgência de uma instituição hospitalar do distrito do Porto, através da aplicação do MBI-HSS. (44) Nos resultados obtidos verificaram-se diferenças significativas entre estas classes de profissionais, sendo que os enfermeiros apresentaram uma maior prevalência da síndrome de burnout, com maior exaustão emocional e despersonalização comparativamente aos médicos. (44)

A autora refere como uma possível explicação para esta diferença o perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais de saúde envolvidos neste estudo. “Nesse sentido, este grupo de enfermeiros apresenta, segundo a literatura, um perfil de risco para o experienciar do stress e da síndrome de burnout, uma vez que é constituído essencialmente pelo género feminino, profissionais jovens, solteiros, sem filhos, com uma carga horária elevada, com regime de trabalho por turnos, a desempenharem funções com condições de trabalho adversas, e que atuam nos serviços de urgência”. (44)

Outro estudo similar foi efetuado em 2014 no âmbito dos cuidados paliativos, com os objetivos de caracterizar a síndrome de burnout em médicos e enfermeiros de cuidados paliativos em Portugal e saber quais os fatores associados a esta síndrome nestes profissionais. (14) Para tal, os autores efetuaram um estudo multicêntrico, de cariz quantitativo com aplicação de questionários (questionários de caracterização sociodemográfica, questionário de caracterização de experiências vivenciadas em contexto de trabalho e o MBI).

Relativamente aos resultados, de um total de 142 profissionais apenas 88 devolveram o questionário devidamente preenchido, sendo que, destes somente 3% se encontravam em síndrome de burnout e 13% em alto risco de desenvolver esta síndrome. No que concerne aos fatores envolvidos, professar alguma religião e possuir formação pós-graduada em cuidados paliativos estavam significativa e inversamente associados à síndrome de burnout, respetivamente. Por sua vez, a existência de conflitos com outros profissionais estava significativamente associada com o desenvolvimento da síndrome de burnout. (14)

De acordo com os autores, estes resultados são confluentes com os que se encontram na literatura, em particular, nos estudos comparativos dos serviços de cuidados paliativos com outros serviços. “A este propósito emerge, pois, uma nova questão que se prende com os fatores protetores que poderão existir nas unidades de cuidados paliativos e que, eventualmente, contrabalançam os fatores de risco existentes, evitando que esta síndrome se desenvolva.” (14) No entanto, os autores concluem que apesar de ser baixa a percentagem de profissionais com altos níveis de síndrome de burnout em cuidados paliativos, há fatores de risco que podem ser otimizados por forma a promover uma melhor qualidade de vida destes indivíduos.

Em suma, observa-se uma escassez de estudos que integrem enfermeiros e médicos em diferentes serviços e instituições. Tal fato, provavelmente, poderá ser explicado pelos

custos temporais e financeiros associados à elaboração de tal estudo, assim como, a possibilidade de existir ainda algum constrangimento associado à temática.

Conclusões

O desenvolvimento desta monografia permitiu aprofundar o conhecimento acerca de um assunto presente na atualidade científica, através da compreensão do fenómeno da síndrome de burnout em profissionais da saúde. Procurou-se igualmente compreender quais os sintomas mais comumente presentes na síndrome de burnout e as suas repercussões para o profissional, para a organização e para a relação profissional-utente, assim como os fatores associados, uma vez que o consenso na literatura ainda não foi encontrado.

A síndrome de burnout tem sido sistematicamente descrita como um fenómeno complexo, resultado da interação de diversas variáveis e com influência negativa para os prestadores de cuidados, para as organizações de saúde e para os próprios utentes e comunidade recetora de cuidados. Vários autores têm-se debruçado sobre a temática explorando teorias explicativas, fatores predisponentes, escalas de avaliação e impacto da síndrome de burnout.

Considerando a atual conjuntura socioeconómica, compreende-se que cada vez mais os profissionais de saúde estejam sujeitos à pressão externa, por forma a potenciar uma maior produtividade. Assim, observa-se a existência de fatores que condicionam o desenvolvimento da síndrome de burnout, quer do âmbito da própria organização (sobrecarga, riscos e perigos, conflitos interpessoais, desempenho dos papéis, capacitação, participação na decisão, recompensas, suporte informacional e social no trabalho), quer aspetos individuais (idade, sexo, tempo de profissão, centralidade do trabalho, rede de apoio social). Neste sentido, importa que haja uma consciencialização e conhecimento dos mesmos, por forma a facilitar o desenvolvimento de estratégias de prevenção e atuação perante a síndrome de burnout.

A síndrome de burnout é cada vez mais alvo de preocupação das organizações, visto que afeta a qualidade da performance do profissional. O trabalhador diminui significativamente o seu desempenho, ocorre diminuição na qualidade do atendimento ao utente com maior predisposição a procedimentos equivocados, a ser menos cuidadoso e menos criativo na resolução de problemas. Os utentes, por sua vez, acarretam prejuízos emocionais, físicos e financeiros que podem estender-se aos seus familiares e até ao seu ambiente de trabalho. A nível individual, as consequências passam pelo desgaste emocional excessivo, fadiga e afastamento psicológico com o desinteresse e falta de satisfação na atividade profissional.

Acarreta ainda manifestações do foro físico (fadiga crónica, alterações do sono, alterações cardiovasculares, entre outras) e psíquico (sintomatologia depressiva, consumo de substâncias, entre outras). Assim, as consequências e os danos da síndrome de burnout irão repercutir-se negativamente na organização, no trabalhador, nos utentes, mas também na qualidade de vida pessoal.

A prevenção da síndrome de burnout constata-se essencial, tanto para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais como para prevenir o dano para o paciente, melhorando a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Considerando que a formação inicial dos profissionais é basilar na incorporação do constructo ideológico profissional, é neste campo que se deve atuar por forma a que se desenvolva uma cultura de gestão de stress/conflitos/tempo adequada e com estratégias de *coping* assertivas. Reconhece-se igualmente a necessidade de intervenções que promovam a melhoria das condições de trabalho, gestão de horários, formação e autocuidado. Assim, recomenda-se que gestores e trabalhadores se mobilizem conjuntamente para criar estratégias de melhoria da organização e condições laborais, a fim de desenvolverem medidas que reduzam o sofrimento e promovam as fontes de prazer no trabalho.

Compreende-se, neste contexto, que as instituições devam estar atentas à baixa realização pessoal dos seus trabalhadores, de modo a implementarem medidas tanto preventivas como de reparação perante as primeiras manifestações de síndrome de burnout, que se traduzem em elevada exaustão emocional e despersonalização.

Relativamente aos estudos efetuados em Portugal sobre a síndrome de burnout em médicos e enfermeiros, salienta-se que a maioria das amostras são pouco significativas e são direcionados para um serviço de saúde em particular.

Na construção deste projeto foram surgindo algumas dificuldades, sobretudo relacionadas com a pesquisa e seleção de informação pertinente. Constatou-se igualmente escassez de estudos de investigação desenvolvidos no âmbito nacional em que seja considerada como amostra médicos e enfermeiros a desempenhar funções nas diversas instituições de saúde, a qual poderá ser explicada essencialmente pelos custos financeiros implicados na realização de um estudo dessa abrangência.

Bibliografia

1. Martins V. O stress e a exaustão no trabalho: satisfação profissional e burnout. *J do Cent Hosp Lisboa Ocident*. 2006;8:10-1.
2. Santos F, Lima D. Mudanças no trabalho e o adoecer psíquico na educação. *Universia*. 2005;1-4.
3. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(4):517-25.
4. Christofolletti G, Pinto C, Vieira N. Análise das condições físico-mentais de funcionários do setor de pediatria do hospital das clínicas de goiânia. 1:7-10.
5. Oostrom, Valk. Burnout in the medical profession - Causes, consequences and solutions. *Occup Heal Work*. 2007;3:1-5.
6. Peterson U. *Stress and Burnout in Healthcare Workers*. 2008.
7. Rosa C, Carlotto MS. Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Rev da SBPH [Internet]*. 2005;1-15. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-8582005000200002&script=sci_arttext
8. Benavides-Pereira A, Moreno-Jiménez B. O burnout e o profissional de psicologia. *Rev Eletrônica Interação Psy*. 2003;1(1):68-75.
9. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced Burnout. *J Occup Behav [Internet]*. 1981;2(2):99-113. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>
10. Ruotsalainen J, Verbeek J, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4):152.
11. Carolina DS. Correlates of Job-related burnout in nurse managers working in hospitals. 2010.
12. Sousa L. Síndrome de burnout em profissionais de saúde. 2011;1-93B.
13. Maroco J, Maroco AL, Leite E, Bastos C, Vazao MJ, Campos J. [Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level]. *Acta Med Port*. 2016;29(1):24-30.
14. Pereira M, Margarida C, António M, Sofia A, Pereira SM, Teixeira CM, et al. Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal Burnout in physicians and nurses: a multicentre quantitative study in palliative care units. 2014;55-64.
15. Cavaleiro RMD. Burnout nos profissionais de saúde dos serviços de psiquiatria, paliativos, dermatologia. 2010;
16. Costa M. Burnout nos médicos: Perfil e Enquadramento destes doentes. *J Gen Intern Med [Internet]*. 2009;88(12):435-42. Available from:

- [http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=0000188820130300000029%255Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24515493%255Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(09\)614240%255Cnhttp://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2](http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=0000188820130300000029%255Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24515493%255Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/S01406736(09)614240%255Cnhttp://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2)
17. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Evaluating stress: A Book of Resources, 1997. (1) 97: 191-218.
 18. Dalmolin L, Lunardi L, Barlem D, et al. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014;22(1):35-42. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2s2.084894082493&partnerID=tZOtx3y1>
 19. Frasquilho MA. Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Med Port*. 2005;18(6):433-44.
 20. Schmidt RC, Paladini M, Biato C, et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(1):13-7.
 21. Frasquilho MA. Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos : prevenção e tratamento. *Saúde Ment*. 2005;23:89-98.
 22. Frasquilho MA. Afunda-se no burnout? Há 12 degraus antes da queda fatal. *J Factores de Risco*. 2015. [cited Jul-Set 2015].37: 12-16.
 23. Bianchi R, Schonfeld S, Laurent E. Is it Time to Consider the “Burnout Syndrome” A Distinct Illness? *Public Health* [Internet]. 2015;3(June):158. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2015.00158%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4459038&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26106593%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/arti>
 24. Soares C. EMDR como ferramenta de ação no tratamento do Burnout. *J Factores de Risco*. 2015. [cited Jul-Set 2015].37: 82-87.
 25. Schaufeli W, Leiter M, Maslach C, et al. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int* [Internet]. 2009;14(3):204-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1108/13620430910966406%5Cnhttp://www.emeraldinsight.com/10.1108/13620430910966406>
 26. Maslach C. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Curr Dir Psychol Sci*. 2003;12(5):189-92.
 27. Lima S, Souza A, Galindo H, Feliciano V. Vulnerabilidade ao burnout entre os médicos de hospital público do Recife. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2011;18(4):1051-8.
 28. Bezerra L, Gianasi S, Oliveira C. A síndrome de burnout e suas representações entre profissionais de saúde. *Psicologia Social*. 2014;756-72.
 29. Pereira B. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do psicólogo. 2002. p. 21-72.

30. Miranda C. Stress Ocupacional , Burnout e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental. *Filosofia* [Internet]. 2011;141. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.14/8796>
31. Cañadas-De la Fuente A, Vargas C, San Luis C, et al. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):240-9.
32. Guevara C, Henao D. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colomb Med*. 2004;35 (4):173-8.
33. Ebling M, Carlotto S. Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends Psychiatry Psychoter*. 2012;34(2):93-100.
34. Moreno B, Gutiérrez J, Garrosa E, et al. Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas / Sociodemographic variables in the nursing burnout process. *Rev Enferm*. 2002;25(11):738-46.
35. Maslach C, Leiter M. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
36. Queiros C, Carlotto S, Kaiseler M, et al. Predictores de burnout en enfermeras: Un enfoque interaccionista. *Psicothema*. 2013;25(3):330-5.
37. Oliveira V, Pereira T. Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: impacto do trabalho por turnos. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2012;3(7):43-54. Available from: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000200005&script=sci_arttext&tlng=pt
38. Folkman, S.; Lazarus S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980;21:219-39.
39. Panunto R. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros Método. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(3):3-10.
40. Dal D, Petri J. Contexto de trabalho , prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. 2015;36(2).
41. Trigo TR, Chei TT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(5):223-33.
42. Rosenstein AH. Physician stress and Burnout : Prevalence , Cause , and Effect. *Am Acad Orthop Surg*. 2012; 6(8).
43. Brito B. Psicoterapia de apoio a profissionais de saúde com a síndrome de Burnout. *J Factores de Risco*. 2015. [cited Jul-Set 2015].37: 74-80.
44. Dias S. Síndrome de burnout : um estudo comparativo entre enfermeiros e médicos portugueses. *Rev da Soc Psicol do Rio Gd do Sul*. 2012;12:35-41.
45. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5, American Psychiatric Association, 2013.
46. Frasquilho MA. Um modelo de intervenção integrada em situações de Burnout. *J Factores de Risco*. 2015. [cited Jul-Set 2015].37: 58-67.

ANEXOS

**ANEXO I - ESTADIOS DE
DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE
BURNOUT**

Tabela adaptada do artigo “Afunda-se no *Burnout*? Há 12 degraus antes da queda fatal”, de Frasquilho, 2015, publicado na revista *Fatores de Risco* (22)

	Estadio	Descrição	Narrativa Típica
1	Necessidade imperiosa de se afirmar ou de provar ser o mais e sempre capaz	É a fase do enamoramento pela profissão e da conquista em que o perfeccionismo é a marca.	«Estou ciente que este trabalho poderia ser feito muito melhor, sei que vou trabalhar tão bem que vou fazer a diferença». «É mesmo fundamental destacar-me». «O antes não me interessa, comigo as coisas vão mudar». «Sei que sou a pessoa certa, tenho competências e vontade, isso basta para o êxito». «Quero e posso, nada me irá deter».
2	Dedicação intensificada	Perante as primeiras dificuldades resiste, insiste, dedica-se excessivamente. Como a maioria dos colegas não tem o mesmo ritmo, forja-se a necessidade de fazer tudo sozinho (omnipotência) e a qualquer hora do dia (imediatismo). O que tem início com satisfação e prazer, termina quando esse desempenho não é reconhecido. O que antes executava com prazer passa a ser feito como uma luta sofrida. As acções transformam-se em obstinação.	«Há demasiados incompetentes, tenho de acumular o serviço deles». «Nem que caia para o lado, não sou como os outros, hei-de conseguir». «Trabalho dia e noite se for preciso. Os meus doentes/clientes/alunos são a minha razão de existir». «Haja o que houver persistirei até ter êxito». «Maiores as dificuldades, maior a minha abnegação».
3	Desleixo com as necessidades pessoais	Neste momento é como se a paixão laboral cegasse, embora sinta que não há justa compensação pelo seu investimento profissional. Comer, dormir, sair com os amigos começam a perder a oportunidade e o sentido. O lazer deixa de ser cotado	«Chego tardíssimo, já se deitaram todos». «Se tirar uma hora para o almoço posso estar a perder uma boa oportunidade». «Eu ponho o trabalho em primeiro lugar». «Já nem dou conta das horas, nem me lembro que há que dormir». «Sair com amigos? Nem pensar, há tanto que fazer».

		como importante.	«O meu trabalho é tão absorvente que não deixa lugar para mais nada». «Ultimamente já me desabituei de descanso, divertimento e feriados, no fundo o trabalho é um dever e um sofrer». «Precisam de mim na totalidade, devo pensar nos meus doentes antes de tudo».
4	Recalque do conflito	Como o retorno nunca é o esperado as dificuldades acentuam-se. Nota que algo não vai bem, mas não enfrenta o problema real. É quando ocorrem as manifestações físicas. São comuns insónias, dores, mal-estar, cansaço, queixas de memória, raciocínio, concentração, sensação de doença geral. Podem ocorrer perturbações digestivas, urinárias, respiratórias, alterações do ritmo cardíaco, hipertensão arterial, aumento da frequência respiratória, sensação de peso no peito, maior propensão a alergias e doenças infecciosas, e outras. Porém, o próprio não as relaciona com fatores emocionais nem com o desgaste resultante dos comportamentos laborais. Algumas vezes procura o médico de clínica geral ou outras especialidades médicas, mas resiste se o encaminham para especialistas de saúde mental.	«Quero é que me dê solução para esta situação (física), nada mais». «Repensar o estilo de vida? Não há nada a fazer, é assim e pronto». «Não tenho frustrações, não tenho conflitos». «Posso estar debaixo de stress mas não é nada que eu não possa resolver sozinho». «Realmente o trabalho é excessivo e duro, mas não há nada fazer, é aguentar».
5	Reinterpretação dos valores	Surge um nítido isolamento, fuga dos conflitos. Desvaloriza aquilo a que antes dava valor (lazer, família, amigos) e a única medida da autoestima é	«As questões de trabalho é que me deitam abaixo, o resto nem interessa». «Entro em casa e não consigo desligar da firma. Não tenho paciência para os filhos». «Se tiver sucesso nos meus projectos

		<p>o desempenho e o estatuto no trabalho.</p> <p>A vida é vivida apenas em função do trabalho.</p>	<p>profissionais sinto-me excelente.</p> <p>Nada vale tanto».</p> <p>«O que me assusta não é que os meus familiares e conhecidos me critiquem, o que me assusta é que não me avaliem bem no trabalho».</p> <p>«Faço tudo para não ter conflitos laborais, se for preciso até me torno invisível».</p>
6	Negação de problemas pessoais	<p>Agrava-se a frustração pessoal, sente que todos os dias são maus, mas nesta fase projecta todos as contrariedades fora de si. São terceiros os que são completamente desvalorizados, tidos como incapazes, nefastos ou com desempenho que o prejudica e é fonte da sua própria insatisfação. Critica as políticas, a organização, as chefias, os colegas e os subordinados. Os contactos sociais são de cinismo e agressão.</p> <p>Coloca em causa os serviços da instituição na qual trabalha.</p>	<p>«Vejo-me rodeado de fracos, desleixados...».</p> <p>«Se nesta instituição fossem todos como eu não havia problemas».</p> <p>«Aqui não há amigos, nem colaboradores sequer... Tomaria eu que houvesse um profissional confiável para além de mim».</p> <p>«Ah!, se eu revelasse o que sei, ninguém entrava por esta porta...».</p> <p>«De incompetência e vigarice enchi eu aqui».</p> <p>«Posso agradecer ter aprendido nesta instituição tudo o que não deve ser feito».</p>
7	Auto centração, exaustão	<p>Eis o patamar em que se perderam as ilusões e se tenta defender do esgotamento ao evitar a socialização, o diálogo.</p> <p>Desenvolve aversão a reuniões e dá prioridade aos contactos virtuais.</p>	<p>«Estou farto, tenho é de pensar em mim a ver se me safo».</p> <p>«Não confio em ninguém, é entrar mudo e sair calado».</p> <p>«Daqui só saem informações por escrito, senão deturpam tudo».</p> <p>«Nem saio do gabinete, é tudo por email».</p> <p>«Cuide eu de mim que estou por um fio».</p>
8	Mudanças evidentes de comportamento	<p>Chegou aos limites e tem consciência do sofrimento.</p> <p>Está irritável tem dificuldade em aceitar certas brincadeiras com bom senso e bom humor.</p> <p>O sarcasmo matiza as referências ao local de trabalho.</p>	<p>«Tive de erguer uma barreira firme, senão dão cabo de mim».</p> <p>«Não estou para graças, à mínima levam um valente troco».</p> <p>«O saco já está a transbordar, não falta que rebente com tudo».</p> <p>«Ai que bom que isto é, ai que bom que isto vai ser... Foge!».</p>

9	Despersonalização	Fase marcada por uma mudança profunda no Ser, não se reconhece, está indiferente, tomado de cinismo, frieza.	<p>«Mudei, quero lá saber dos doentes, dos velhinhos, dos meninos...».</p> <p>«Não faço nem farei mais do que a obrigação mínima. Eles não merecem».</p> <p>«Porque é que tenho de ser diferente dos outros? Como está é que está bem, se quem manda não se importa...».</p> <p>«Eu até aqui preocupado com o bem estar deles (os clientes), e eles a tramarem-me. Agora quero que se danem».</p>
10	Desmotivação, Diminuição da realização pessoal	Cresce um vazio interior, uma perda de significado para o exercício profissional e a sensação de que tudo é complicado, difícil e desgastante.	<p>«Estou sem resistência, mesmo que queira não consigo».</p> <p>«São demasiados obstáculos, são intransponíveis».</p> <p>«Perdi as capacidades, perdi o interesse».</p> <p>«Estou desmoralizado(a), sem mais energia».</p>
11	Depressão	Instalam-se o desânimo, a desesperança, a tristeza, agravam-se as marcas de indiferença. A vida perde o sentido.	<p>«Nada vale a pena».</p> <p>«Isto não tem solução».</p> <p>«Nem eu nem ninguém pode fazer nada».</p>
12	Colapso físico, mental e profissional	Percepção de derrota. Opção por abandono. Pode demitir-se, abandonar completamente a profissão, abandonar a família, o país. Por vezes suicida-se.	

ANEXO II - ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR A SÍNDROME DE BURNOUT

Tabela retirada do artigo “Um modelo de intervenção integrada em situações de *Burnout*”, de Frاسquilho, 2015, publicado na revista *Fatores de Risco* (46)

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DO BURNOUT	
Stressores externos Minorar riscos	<p>Reconheça quais são os seus stressores, as origens e dimensione-os.</p> <p>Reporte os riscos organizacionais que identificou.</p> <p>Combata os stressores que estiverem sob o seu controlo e participe nos planos organizacionais de prevenção dos riscos psicossociais, físicos, químicos e biológicos.</p> <p>Priorize a ação na base da importância do stressor e da concreta possibilidade de mudança. Analise as suas opções de mudança.</p> <p>Faça lobby para melhorar as condições de trabalho e para dispor de programas de deteção e controlo dos riscos.</p> <p>Sensibilize e envolva as organizações profissionais para a defesa da boa prática e da boa saúde no trabalho.</p> <p>Diminua a exposição aos riscos.</p> <p>Pratique uma boa gestão do tempo.</p> <p>Faça pausas.</p> <p>Simplifique. Coloque limites que o protejam.</p> <p>Diversifique a atividade (tarefas, rotinas, métodos), mas de modo fácil.</p> <p>Não seja indiferente à erosão dos valores e da dignidade profissional. Marque desde logo posição.</p> <p>Crie alianças e negocie.</p> <p>Seja crítico pela positiva, participativo nas mudanças.</p> <p>Não seja um stressor adicional para os seus colegas.</p> <p>Colabore com os restantes profissionais da organização.</p> <p>Dedique-se mais ao que o satisfaz e menos ao que o esgota.</p> <p>Minimize elementos stressantes do seu posto de trabalho.</p> <p>Melhore o lidar com as contingências, o sofrimento e a perda.</p> <p>Mantenha uma «distância saudável» dos clientes.</p> <p>Mantenha uma cidadania ativa na defesa e promoção da qualidade de trabalho e de vida.</p>
Ideologia profissional Vulnerabilidades	<p>Reconheça os seus limites profissionais e os dos outros. Exercer a sua profissão não significa «vida de sacrifício».</p> <p>A perfeição é só um rumo.</p> <p>Não é insubstituível, delegue.</p> <p>Não pode resolver problemas insolúveis. A saúde não depende só de si.</p> <p>O conflito faz parte da vida, só tem que geri-lo. Mas não aceite agressões e abusos.</p> <p>Seja mais tolerante à ambiguidade.</p> <p>Seja compassivo com as dificuldades dos outros.</p> <p>A boa prática não é corolário de reconhecimento ou progressão na carreira.</p> <p>Não tem de «estar sempre à prova».</p> <p>Equilibre autonomia e poder.</p> <p>A fama e o status são efémeros.</p> <p>Há vida para além da profissão. Viva-a.</p>
Suporte Social Vulnerabilidades	<p>Evite exercer isolado.</p> <p>Desenvolva um sentido de comunidade.</p> <p>Ajude e deixe que o ajudem.</p> <p>«Nenhum indivíduo é uma ilha», socialize, participe.</p>

<p>Auto-percepção. Vulnerabilidades</p>	<p>Não denegue as dificuldades e as vulnerabilidades. Não denegue as suas necessidades: todo o profissional é uma Pessoa. Evite o impulso de grandiosidade. Partilhe tarefas e responsabilidades. Ajuste a sua atitude. Aceite a possibilidade de falhar. Afaste o hipercontrolo e o perfeccionismo. Evite o criticismo exagerado e o negativismo. Redescubra e valorize os aspetos prazerosos do seu trabalho. A falta de adesão do cliente não é um «golpe» contra si. Para se sentir válido não é necessário que os outros dependam de si. O lúdico e o humor são compatíveis com a boa prática. As dificuldades/conflitos são oportunidades. Esteja atento aos seus sinais de sofrimento. Pedir ajuda não é fraqueza.</p>
<p>Alteração comportamental Vulnerabilidades</p>	<p>Seja seletivo nas escolhas quanto ao uso do seu tempo. Reserve um tempo diário inviolável para si. Não permita interrupções desnecessárias. Desenvolva técnicas de escuta ativa. Seja assertivo e firme. Desenvolva competências de liderança e supervisão. Não ceda aos impulsos. Confronte os problemas, não fuja deles. Aprenda mais sobre as dinâmicas relacionais. Desenvolva competências de lidar com as incertezas. Personalize o seu ambiente de trabalho, torne-o mais confortável. Explore diferentes formas de relaxamento e pratique-as. Faça adequada alimentação, repouso e sono. Resista a estimulantes e calmantes – reduza nicotina, cafeína, atenção ao tipo de uso do álcool. Faça exercício aeróbico regular. Conviva. Não recorra a automedicações. Consulte um profissional especializado. Pratique um hobby diferente da profissão. Programe a reforma ao mesmo tempo que programa a carreira.</p>
<p>Desenvolvimento pessoal Resiliência</p>	<p>Acredite na mudança, prepare-a. Desenvolva o autodiscernimento. Promova a boa autoestima e boa autoeficácia. Seja confiante. Seja autónomo, ativo mas flexível. Seja sociável mas não dependente ou subjugado. Comprometa-se adequadamente com o trabalho. Pense tanto a curto prazo como a longo termo, mas execute agora. Atenção às expectativas, distinga entre ideal e possível. Contorne dificuldades. Aprenda a ceder algo, negocie. A partilha afetiva é fundamental. Não reprima emoções. Cuide dos seus outros papéis (pai, filho, irmão, amigo, companheiro, marido, cidadão, etc.). Desenvolva em contínuo o autoconhecimento. Desenvolva a literacia emocional e social. Seja positivo, o humor é um bom remédio. Invista na espiritualidade, qualquer que seja a forma. Dê primazia a motivadores internos atingíveis. Seja otimista e perseverante. Preencha a vida com prazer no dia-a-dia.</p>