



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA
PREVENÇÃO DO *BURNOUT* EM
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Um dever ético

Tese apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Doutor em Bioética

por

Ana Paula Lima Nunes

Instituto de Bioética

Julho de 2017



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA
PREVENÇÃO DO *BURNOUT* EM
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
Um dever ético

Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Bioética

Por Ana Paula Lima Nunes

Sob orientação de Professora Doutora Sandra Martins Pereira

Sob a co-orientação de Professora Doutora Ana Sofia Carvalho

Instituto de Bioética

Julho de 2017

APOIOS

Esta tese integra-se no Projecto “Quem cuida de quem cuida”, da responsabilidade do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, financiado pela Fundação Grunenthal e pela Fundação Merck, Sharp and Dohme.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sandra Martins Pereira pela prontidão com que aceitou assumir a orientação desta tese, pelas críticas construtivas e pela disponibilidade permanente. A sua orientação objectiva e metódica, a sua amizade e o seu encorajamento foram fundamentais para a tranquilidade com que este processo terminou. Será sempre um exemplo de dedicação e empenho. Agradeço a partilha dos dados do seu trabalho de investigação que permitiram construir todo o programa de intervenção.

À Professora Doutora Carla Teixeira colega do projecto “Quem cuida de quem cuida” pelo apoio, pelo incentivo e por ter partilhado os dados da sua tese, com os quais foi possível construir todo este trabalho.

Ao professor Doutor António Fonseca pelo convite para participar no projecto “Quem cuida de quem cuida” e pelas orientações dadas no início do processo de desenvolvimento desta tese.

À Professora Doutora Ana Sofia Carvalho pelas orientações dadas no início do processo de desenvolvimento desta tese.

A todos as colegas do doutoramento em psicologia do ISCTE, que de forma tão generosa partilharam referências bibliográficas e que dessa forma permitiram que este trabalho se socorre-se essencialmente de fontes primárias de informação.

Ao Professor Doutor José Vilelas colega e professor na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, por toda a paciência e pelas sugestões dadas na metodologia.

A todas as minhas colegas da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa que sempre compreenderam as minhas ausências.

À Mara Freitas, à Sandra Alves, à Maria João Santos e à Cíntia Águas, colegas de doutoramento, amigas e co-fundadoras do Centro de Bioética da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, pela partilha, pelo incentivo e pela motivação de fazermos da Bioética uma missão de vida pessoal e profissional.

Aos meus filhos que sempre compreenderam os meus momentos de indisponibilidade.

À família pelo apoio permanente e pelo respeito pela minha falta de tempo.

Ao meu marido agradeço tudo, porque não há palavras para exprimir toda a minha gratidão.

RESUMO

O contacto com situações clínicas complexas e o desgaste emocional a que os profissionais de saúde a trabalhar em Unidades de Cuidados Intensivos estão sujeitos e a probabilidade que estes têm de ser afectados pela síndrome de *burnout*, leva à responsabilidade ética de criar formas de a prevenir.

Os pressupostos éticos deste trabalho residem no facto de que consideramos que cuidar dos profissionais de saúde é de forma directa ou indirecta, melhorar a qualidade de cuidados prestados por estes. Este trabalho pretende construir um programa de intervenção para prevenção do *burnout* e desta forma precaver e diminuir os níveis de *burnout* dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros a trabalhar em Unidades de Cuidados Intensivos.

Esta tese de doutoramento está inserida no Projecto “Quem cuida de quem cuida” e privilegia a reflexão ética na área do cuidar dos profissionais de saúde. O programa de intervenção desenvolvido neste trabalho teve a sua sustentação num trabalho de investigação que identificou os níveis de *burnout*, os factores protectores e as estratégias de prevenção dos profissionais de saúde a trabalhar em Unidades de Cuidados Paliativos. Os resultados decorrentes dessa investigação foram usados para construir um programa de intervenção a ser aplicado a médicos e enfermeiros, neste caso a trabalhar em Unidades de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

Contact with complex clinical situations and the emotional stress that health professionals working in Intensive Care Units are submitted, and the probability that these have to be affected by burnout leads to ethical responsibility to create ways to prevent it.

Ethical assumptions of this study are that we believe caring of health professionals is directly or indirectly a way to improve the quality of care provided by these. This work aims to build an intervention program for the prevention of burnout and thus avoid and decrease burnout levels of health professionals, doctors and nurses working in Intensive Care Units.

This doctoral thesis is inserted into the project "Quem cuida de quem cuida" ("Who cares for the carers") and emphasizes the ethical reflection in the area of care for health professionals. The intervention program developed in this work had its support in a research that identified levels of burnout, protective factors and prevention strategies for health professionals working in Palliative Care Units. The outcomes of that research were used to construct an intervention program to be applied to doctors and nurses, in this case working in Intensive Care Units.

INDÍCE

INTRODUÇÃO - 13

Parte I

Capítulo 1

Introdução - 20

1- O conceito de *stress* - 22

2 - Fontes de *stress* - 25

3 - A neuropsicofisiologia do *stress* - 26

4 - Modelos teóricos da gênese do *burnout* - 29

5 - Evolução do conceito de *burnout* - 33

6 - Perspectivas do conceito de *burnout* - 37

6.1 - Perspectiva clínica - 37

6.2 - Perspectiva empírica - 38

6.3 - Perspectiva baseada em teoria - 40

6.4 - Perspectiva positiva - 41

7 - O *burnout* processo ou o *burnout* estado - 42

8 - Diferenças entre a definição de *stress* e a definição de *burnout* - 45

9 - O *burnout* no diagnóstico das doenças mentais - 46

10 - Investigação sobre *burnout* - 48

- 11 - Factores antecedentes de *burnout* - 52
 - 11.1 - Factores organizacionais como antecedentes de *burnout* - 53
 - 11.2 - Factores associados à actividade profissional como antecedentes de *burnout* - 54
- 12 - Causas e sintomas da síndrome de *burnout* - 55
- 13 - Consequências da síndrome de *burnout* - 57
 - 13.1 - Consequências do *burnout* para a saúde mental e física - 58
 - 13.2 - Repercussões do *burnout* nas organizações - 62
- 14 - Estratégias para a prevenção do *burnout* - 66
 - 14.1 - Estratégias individuais - 73
 - 14.2 - Estratégias organizacionais - 77
 - 14.3 - Estratégias combinadas - 90
- 15 - Os benefícios dos programas de intervenção - 93

Capítulo 2

- 1 - Caracterização das Unidades de Cuidados Intensivos - 97
- 2- Evolução das Unidades de Cuidados Intensivos - 100
- 3 - O *burnout* no contexto dos cuidados intensivos - 101
- 4 - Aspectos éticos nas Unidades de Cuidados Intensivos - 113

PARTE II

METODOLOGIA - 116

Introdução - 116

1 - Enquadramento ético do programa de intervenção e prevenção do *burnout* - 119

2 - Objectivos do programa de intervenção - 120

3 - Trabalhos de investigação que sustentam o programa de intervenção para prevenção do *burnout* - 122

4 - Procedimento para a construção do programa de intervenção - 127

5 - Justificação e fundamentação do programa de intervenção para prevenção do *burnout* - 128

6 - Abordagens teóricas no desenvolvimento de programas de intervenção - 136

7- Apresentação do programa de intervenção - 139

7.1 - Planeamento e componentes do programa de intervenção - 139

7.2 - Estrutura do programa de intervenção - 140

7.3 - Estrutura das sessões - 145

7.4 - Selecção dos participantes - 149

7.5 - Características do mediador/formador - 150

7.6 - Recursos materiais e espaço para a implementação do programa de intervenção - 153

- 7.7 - Avaliação do programa de intervenção - 154
- 7.8 – Síntese - 161
- 8 - Enquadramento teórico das metodologias do programa de intervenção - 162
 - 8.1 - Introdução - 162
 - 8.2 - Enquadramento teórico do conceito de emoções - 164
 - 8.3 - Enquadramento teórico do conceito de habilidades sociais - 174
 - 8.4 - Enquadramento teórico do conceito de inteligência emocional - 186
 - 8.5 - Enquadramento teórico do conceito de qualidade de vida profissional - 190
 - 8.6 - A importância da formação para o acompanhamento na morte - 191
 - 8.7 - Enquadramento teórico do conceito de assertividade - 206
 - 8.8 - A importância da comunicação em equipa - 214
 - 8.9 - Enquadramento do conceito de musicoterapia - 236
 - 8.10 - Enquadramento do conceito de relaxamento - 243
 - 8.11 - A importância da respiração - 248
 - 8.12 - A importância do humor - 252
 - 8.13 - A importância do autoconhecimento - 260
- 9 - Enquadramento aos métodos pedagógicos seleccionados para o programa de formação - 262
 - 9.1 - O conceito de formação - 263
 - 9.2 - Justificação da metodologia expositiva - 269
 - 9.3 - Justificação do método do *brainstorming* - 271
 - 9.4 - Justificação do método de *rolle-play* - 274

9.5 - Justificação da metodologia de grupo -	275
10 – Considerações e implicações éticas do programa de intervenção -	280
10.1 - O consentimento informado -	285
10.2 - Confidencialidade e anonimato -	286
10.3 - Protecção contra desconfortos -	287
10.4 - Direito a um tratamento justo e equitativo -	288
10.5 - Considerações éticas da relação mediador/ investigador/participante -	288
11 - Considerações finais e implicações éticas -	290
12 - Reflexão pessoal -	300
13 - Bibliografia -	303
14 - Apêndices -	348
Apêndice I - Programa de Intervenção para Prevenção do <i>Burnout</i> em Unidades de Cuidados Intensivos	
Apêndice II – Modelo do Programa de Intervenção para Prevenção do <i>Burnout</i>	
Apêndice III – Modelo das sessões do Programa de Intervenção para Prevenção do <i>Burnout</i>	

INTRODUÇÃO

A evolução social e profissional dos últimos séculos, conduziram ao aparecimento da síndrome de *burnout* que está directamente associada com o trabalho. Tendo-se verificado e comprovado a sua existência, as pesquisas científicas pretenderam estudar as suas causas e conseqüentemente a forma de as prevenir e tratar. As formas de intervenção decorrentes das investigações efectuadas, pretendem acima de tudo, melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e conseqüentemente, o bem-estar das organizações.

Os estudos realizados em contexto laboral demonstraram que as condições em que o trabalho é desempenhado, a adaptação das capacidades do individuo às exigências do cargo, as relações estabelecidas com os pares, a segurança com que o trabalho é realizado e a remuneração, entre outros factores, contribuem para o bem-estar dos trabalhadores, para o bem estar psicológico e para uma maior eficácia.

Sendo uma actividade que pode ser desenvolvida a nível individual ou colectiva, o trabalho requer uma serie de contribuições importante para a sua execução, como as habilidades, as aptidões, o tempo e o esforço. Cada individuo desenvolve o seu trabalho tendo em conta algumas compensações, sendo a principal e a mais esperada, a contribuição económica e material, mas espera também, compensações de ordem social, psicológica, segurança e auto-realização, que contribuem para o seu bem-estar (Peiró, 1993).

Contudo, os contextos de trabalho são muito diversificados e nem sempre existem condições de trabalho que proporcionam ao individuo bem-estar, segurança, auto-

estima ou auto-realização, não satisfazendo desta forma, as necessidades sociais e psicológicas dos indivíduos.

Neste sentido, consideramos importante identificar os factores de *burnout* no contexto de trabalho, a forma como este implicam com a qualidade de vida profissional e que estratégias adoptar para desenvolver a assertividade, as habilidades sociais e a inteligência emocional dos profissionais de saúde, de forma a tornar os profissionais mais competentes nas suas relações interpessoais.

Os profissionais de saúde têm sido ao longo dos anos objecto de vários trabalhos de investigação sobre o *stress* e o *burnout*, onde foram estudadas as abordagens fisiológicas, psicológicas, psicofisiológicas, sociais e antropológicas. Conhecer o fenómeno do *burnout* em alguns serviços de saúde portugueses contribuiu para o conhecimento científico sobre a temática, mas também para encontrar soluções práticas e exequíveis, numa tentativa da resolução do problema individual, grupal e organizacional.

Assim, temos como objectivo geral: construir um programa de intervenção para prevenção do *burnout* e melhorar a qualidade de vida profissional, de médicos e enfermeiros a trabalhar em Unidades de Cuidados Intensivos.

Consideramos que este trabalho irá aprofundar os conhecimentos teóricos já apresentados noutros estudos e contribuir para a prevenção dos problemas de *burnout* nos profissionais de saúde, enfermeiros e médicos.

Esta tese de doutoramento está inserida no Projecto “Quem cuida de quem cuida”, que é um projecto do gabinete de Investigação em Bioética do Instituto de Bioética

da Universidade Católica Portuguesa e é co-financiado pela Fundação Merck Sharp & Dohme e pela Fundação Grunenthal.

Este projecto privilegia a reflexão ética na área do cuidar e inclui três vertentes que foram estudadas por investigadores diferentes. Assim, no projecto “Quem cuida de quem cuida”, estão incluídos os trabalhos “ O *burnout* em cuidados paliativos”, “O *burnout* em cuidados intensivos”, e têm como principal objectivo, estudar a situação portuguesa relativamente à percepção, incidência e factores de risco de *burnout* nas Unidades de Cuidados Paliativos do país e Unidades de Cuidados Intensivos do norte do país. Os resultados destes estudos deram contributos significativos para a elaboração do “Programa de Intervenção para prevenção do *burnout*”. Os três trabalhos foram desenvolvidos no âmbito do Doutoramento em Bioética da Universidade Católica Portuguesa, enquadrados no grupo de Investigação I designado por Ética e Ciências da Vida.

Esta tese inclui literatura que pretendeu abordar o passado, o presente e o futuro do *burnout*. Foram consultados autores clássicos, que deram início ao desenvolvimento do conceito, assim como, autores que contribuíram para conceitos mais recentes. A pesquisa incluiu trabalhos de investigação e trabalhos de revisão sistemática da literatura. As fontes foram livros, periódicos impressos ou periódicos electrónicos, monografias, dissertações e teses impressas ou electrónicas. A pesquisa teve em conta a qualidade das fontes de informação, para tal foram tidos em conta vários critérios de fiabilidade (Correia e Mesquita, 2013): nas pesquisas na web, seleccionamos as fontes que apresentavam uma entidade responsável, as

qualificações dos autores, a data da publicação, a relevância da informação e trabalhos que apresentavam novas informações.

A revisão da literatura foi feita de acordo com uma metodologia de revisão descritiva, onde trabalhos individuais, métodos e resultados, foram sintetizados de uma forma sistemática (Petticrew e Roberts, 2009, In: Correia e Mesquita, 2013).

Os pressupostos éticos deste trabalho residem no facto de que cuidar dos profissionais de saúde é de forma directa ou indirecta, melhorar a qualidade de cuidados prestados por estes. Organizações de saúde que desenvolvem estratégias para prevenir e minimizar o *burnout* são organizações que assumem a sua responsabilidade social. Profissionais mais equilibrados estão mais motivados para trabalhar com pessoas e satisfazer todas as suas necessidades. Profissionais motivados têm noção de que o seu trabalho vai condicionar o bem-estar dos doentes e que esse bem-estar está indirectamente associado ao tempo de permanência nas instituições de saúde e que a diminuição dos tempos de internamento são formas de racionalizar os serviços de saúde. Quanto melhor for a racionalização dos recursos em saúde, melhor poderá funcionar cada organização, uma vez que não excede os orçamentos estabelecidos.

O reconhecimento da síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde das UCI, tornou-se decisivo para encontrar estratégias para o prevenir e minimizar (Teixeira, 2013). Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma:

Na Parte I, Capítulo 1 é feito um enquadramento teórico do *stress* e do *burnout*, assim como, a sua delimitação conceptual. Para uma melhor compreensão do

fenómeno do *burnout* apresentamos os modelos teóricos desenvolvidos ao longo destes anos de estudo e que estiveram na sua génese. Dada as manifestações físicas e psicológicas da síndrome de *burnout*, apresentaremos a neuropsicofisiologia do *stress* e do *burnout*, assim como as causas, os sintomas e as suas consequências para a saúde mental e física dos profissionais. Neste capítulo faremos uma apresentação das investigações mais significativas sobre *burnout*, principalmente aquelas que foram realizadas em UCI., e ainda uma breve referência à existência da síndrome em profissões não ligadas à saúde.

Tendo em conta que se trata de um fenómeno que é possível prevenir, apresentaremos estratégias para a sua prevenção ao nível individual, organizacional e estratégias combinadas. Reforçaremos a importância das estratégias relacionadas com a liderança e a importância de se desenvolverem organizações positivas.

O capítulo 1 da Parte II apresenta todos os aspectos que estão relacionados com o programa de intervenção. Assim, são apresentados os trabalhos de investigação nos quais nos baseámos para a construção do programa de prevenção. É feita uma apresentação da metodologia usada e a justificação e fundamentação do programa para prevenção do *burnout*.

Tendo em conta que são apresentadas várias propostas de intervenção, distribuídas pelas diversas sessões, faremos um enquadramento teórico das metodologias do programa de intervenção. Assim, o programa encontra-se estruturado de acordo com os níveis de intervenção propostos, primário, secundário e terciário. Dentro de cada um destes níveis de intervenção as propostas de intervenção, foram enquadradas em:

sessões para o grupo se conhecer, sessões para obter conhecimentos, sessões para desenvolver competências, sessões de reflexão e actividades que permitem bem-estar. Cada um destes aspectos encontra-se devidamente fundamentado, fazendo referência à pertinência da escolha dos conteúdos.

Neste capítulo, abordaremos ainda as questões relacionadas com a importância do desenvolvimento das habilidades sociais da inteligência emocional e da qualidade de vida profissional. Dada a importância do desenvolvimento da assertividade para o trabalho de equipa e para a prestação de cuidados, faremos um enquadramento teórico a cada um destes aspectos.

As várias estratégias usadas para melhorar as competências serão abordadas a partir de referências da psicologia positiva, a assertividade e trabalho de equipa.

Para as sessões de reflexão, são apresentados aspectos teóricos que fundamentam a importância da formação dos profissionais para o acompanhamento do processo de morte dos doentes e do luto dos familiares, assim como, aspectos relacionados com a bioética e a tomada de decisão.

Encontra-se também neste capítulo, a fundamentação teórica para a escolha dos métodos que permitem alcançar o maior bem-estar possível, como forma de prevenir o *burnout*, nomeadamente, a musicoterapia, o relaxamento e a respiração.

Tendo em conta que construímos um programa de formação que pretende ter uma aplicação prática, desenvolvemos do ponto de vista teórico a escolha e a pertinência dos diferentes métodos pedagógicos. Assim, apresentaremos uma justificação para a escolha das sessões teóricas onde vão ser apresentados os conteúdos teóricos, as

actividades de grupo e a importância do grupo, a técnica de *rolle-play* e o *brainstorming*.

Uma vez que o trabalho a ser desenvolvido no programa de intervenção tem que necessariamente ser desenvolvido com os profissionais de saúde, apresentaremos considerações éticas importantes para a implementação do programa de intervenção. Assim, neste documento são apresentadas todas as sessões, as estratégias a adoptar, o enquadramento aos vários temas e que servirão para a preparação do mediador, as folhas de registo para preenchimento nas sessões e os formulários para a avaliação das sessões.

Os documentos apresentados como textos de apoio para a formação ou esclarecimento do mediador, e que se encontram em apêndice são apresentados de forma individualizada para cada uma das sessões correspondentes. Outros textos com a mesma finalidade poderão ser retirados do enquadramento teórico desta tese, a saber: aspectos teóricos da síndrome de *burnout*, as causas, os sintomas e as consequências, os aspectos psicofisiológicos e as formas de intervenção para a sua prevenção, a justificação do programa de intervenção a formação para o acompanhamento na morte, a assertividade e estilos de comunicação, as emoções positivas e negativas, a importância do trabalho em equipa, a importância das actividades para uma vida saudável, as vantagens da musicoterapia, das técnicas de relaxamento, de uma respiração eficaz e do humor.

Julgamos que desta forma, apresentaremos um manual que permite de forma autónoma e independente ser usado por um formador com conhecimentos e experiência nesta área específica, que é a síndrome de *burnout*.

PARTE I

Capítulo 1

Introdução

O termo *stress* tem sido utilizado nos dias de hoje com tal amplitude, que já faz parte do senso comum. É uma ideia generalizada, que o trabalho gera stress e que este traz irremediavelmente consequências negativas para a saúde física e mental, aspecto este que leva a uma concepção de stress como uma experiência negativa e nociva para o indivíduo. Contudo, nem sempre é assim, já que, o stress é um fenómeno de adaptação, e constitui-se como um mecanismo de sobrevivência, que melhora o rendimento e torna o desempenho mais eficaz (Selye, 1959).

Apesar de o conceito de stress ser actualmente usado com mais frequência, este termo surgiu pela primeira vez no século XVII, para descrever sofrimento, opressão e aflição. O termo de origem inglesa *to burn out*, passou a ser usado como uma metáfora para designar e explicar o sofrimento perante o contexto de trabalho e a desmotivação e insatisfação decorrentes dessa exaustão (Shaufeli & Buunk, 2003).

Foi em meados dos anos setenta que Freudenberger (1974) e Maslach (1976) desenvolveram estudos nos EUA e explicaram o fenómeno de burnout como um fenómeno psicológico suficientemente importante para se configurar como um

campo de estudo científico. A crescente produção científica acerca do tema, levaram ao reconhecimento do burnout como um problema inicialmente individual, que se estende à organização e posteriormente à sociedade (Maslacha & Schaufeli, 1993). Este fenómeno foi reconhecido como tendo um impacto negativo na saúde dos indivíduos, podendo ser traduzido por ansiedade e depressão e um impacto negativo no desempenho profissional, levando ao absentismo e ao *turnover* (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Foram vários os autores que introduziram diferentes conceitos para designar o mesmo fenómeno psicológico, como ansiedade, fadiga crónica, *stress* no trabalho, neurastenia, exaustão vital, mas nenhum termo foi tão largamente empregue e consensualmente aceite como *burnout* (Schaufeli & Enzmann, 1998). O termo *burnout* difundiu-se de uma forma universal, quer a nível social quer a nível científico (Gold & Roth, 1993; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Ao longo da sua evolução como conceito científico, o *burnout* surge como uma definição de estado e como uma definição de processo. Para autores como Schaufeli & Enzmann (1998) e Maslach & Jackson (1986) o *burnout* é definido como um síndrome, próprio dos profissionais de ajuda, que se centra num conjunto de sintomas que surgem em simultâneo e que se configura como uma condição negativa.

Apresentaremos no enquadramento da síndrome de *burnout* aspectos que consideramos fundamentais para a sua compreensão, tal como o conceito de *stress* e a distinção entre este e o *burnout*, a evolução e as teorias da génese do *burnout*, as suas consequências e as estratégias para os prevenir. Temos consciência da extensão

do enquadramento teórico apresentado sobre a síndrome de *burnout*, contudo, este foi intencionalmente elaborado tendo em conta a sua utilidade para o mediador que irá implementar o programa de intervenção.

1 - O conceito de *stress*

Selye (1959), foi o primeiro autor a definir *stress* a partir da sua dimensão biológica. Para este investigador *stress* é um factor associado a todas as doenças, que produz alterações na composição química do organismo, assim como, na sua estrutura e que podem ser directa ou indirectamente observados e mensurados. Neste sentido, considera o stress um estado que designa por Síndrome Geral de Adaptação. Esta síndrome é caracterizada por Selye, como um conjunto de respostas não específicas, que o organismo desenvolve perante uma lesão e que inclui três fases: a fase de alarme, que apresenta uma sintomatologia aguda; a fase de resistência, onde já não há uma sintomatologia aguda; e a fase de exaustão, quando surgem de novo as manifestações agudas e a possibilidade de colapso do organismo. Para Selye as manifestações de *stress* apresentam-se de forma diferente ao longo do tempo, mas em qualquer das fases pode surgir *stress*. No seu conjunto, este Síndrome Geral de Adaptação manifesta-se por alterações fisiológicas como atrofia dos órgãos linfáticos, dilatação do córtex das glândulas supra-renais, alterações gastro-intestinais, perda de peso, entre outras. Para este autor a definição do conceito só tem significado quando aplicado a um sistema biológico.

Autores como Moreira & Filho (1992), fazem referência à importância do estado emocional do doente para a progressão da doença e definem stress como um conjunto de estímulos e de reacções que provocam alterações no equilíbrio do organismo, habitualmente com efeitos nocivos.

Rodrigues (1997), apresenta uma definição bio-psico-social do *stress*, pois considera que os estímulos que conduzem às situações de *stress* podem ser externos, como o trabalho, ou internos, como a angústia, a tristeza, as emoções e os pensamentos. Assim, para este autor *stress* é uma relação que se estabelece entre uma pessoa e o seu meio ambiente, que é percebida pelo próprio como uma ameaça, ou é sentida como algo que vai para além dos recursos pessoais, e que colide com o bem-estar.

Rodrigues (1997) afirma que a forma como cada indivíduo avalia o estímulo stressor, a forma como o enfrenta e a fragilidade orgânica que apresenta, vão aumentar ou diminuir a probabilidade do aparecimento da doença. Este autor faz referência ao Síndrome Geral de Adaptação tal como Selye, mas considera que o indivíduo tem uma participação activa no agravamento do estímulo stressor.

Rodrigues (1997) refere que a actividade mental do indivíduo, consciente ou inconsciente, condiciona a avaliação dos estímulos externos ou internos, e que essa avaliação vai determinar a forma como o indivíduo enfrenta a situação.

O que também determina a forma como o indivíduo enfrenta a situação stressante são as crenças, as experiências de vida passadas, a previsibilidade da situação ou a intensidade do acontecimento. Este autor apresenta igualmente duas formas de enfrentar as situações stressantes. Uma, que designa por *eustress* que leva o

indivíduo a ser mais positivo e criativo nas suas respostas de adaptação, e outra, o *distress*, que leva o indivíduo a apresentar respostas menos adaptativas e inadequadas.

Autores como Seley (1979) e Edwards (1988) também fazem referência ao *stress* utilizando dois termos diferentes: *eustress* e *distress*. O *eustress* diz respeito a experiências ou situações com consequências positivas, porque produz uma activação adequada para que os indivíduos atinjam resultados satisfatórios nas suas actividades, com pouco esforço pessoal. O *distress* refere-se a experiências ou situações com consequências negativas para o bem-estar físico e psicológico do indivíduo. Este é o aspecto que mais tem preocupado os investigadores, e por isso, tem sido utilizado de uma forma mais generalizada como *stress*.

Lipp (1984) apresenta uma abordagem cognitivo-comportamental e define *stress* como “uma reacção psicológica, com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos, a determinados estímulos que amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa” (p. 6). Este autor faz também referência ao *eustress* como necessário para um desempenho adequado do indivíduo, e o *distress* como os níveis de stress excessivo.

Simonton *et al* (1987), relaciona o *stress* a estados emocionais que o individuo enfrenta quando surgem mudanças significativas na sua vida. Para estes autores, o que é verdadeiramente significativo, é a forma como cada pessoa reage e enfrenta os estímulos stressores, quer sejam internos quer sejam externos, sendo este um factor decisivo para o aparecimento ou evolução de determinadas doenças.

Os factores que se constituem como stressores externos são todos os acontecimentos que ocorrem na vida de um indivíduo, que podem ser bons ou maus, como os exemplos apresentados na escala de Reajustamento Social de Holmes & Rahe (1967), como a morte de um familiar ou divórcio, mas também, o casamento as férias ou o Natal. Como factores stressores internos temos todo o universo cognitivo do indivíduo, os seus valores, as suas vulnerabilidades, a sua assertividade e o seu padrão de comportamento (Lipp & Malagris, 1995).

Para estes autores a manutenção da homeostase interna é fundamental para compreender os mecanismos do *stress*, uma vez que é a interrupção deste equilíbrio interno, devido a uma hiperestimulação do sistema nervoso simpático e a uma desaceleração do sistema nervoso parasimpático, que leva ao aparecimento do *stress*.

2 - Fontes de *stress*

São várias as fontes de stress, que os autores consideram determinantes para o mal-estar dos profissionais.

O ruído foi considerado a música do *stress* e do *burnout*. O ruído excessivo e constante afecta vários órgãos, nomeadamente, o funcionamento do cérebro, o aumento dos batimentos cardíacos e a tonicidade dos músculos estriados, provocando uma tensão desconfortável. Estes efeitos provocam fadiga e irritabilidade.

A OMS estabeleceu o limite sonoro em 65 decibéis (db) porque vários estudos têm mostrado que com um ruído constante de 80 db perde-se a audição e ao 120 db as lesões auditivas são irreversíveis. Trabalhos que submetem os trabalhadores a ruídos

intensos, agudos e constantes, provocam desorientação e dificuldade de concentração, com a conseqüente diminuição do rendimento no trabalho (Nieto, 2009).

Este é um cenário idêntico ao que se passa nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), com várias pessoas a falar ao mesmo tempo e ruídos continuados de aparelhos eléctricos, como os ventiladores e os monitores cardíacos, que cansam e desorientam os profissionais de saúde.

3 - A neuropsicofisiologia do *stress*

Tendo em conta que o programa de intervenção que propomos, apresenta vários tipos de estratégias que influenciam o bem-estar dos participantes, consideramos pertinente apresentar um sub-capítulo que mostra a influência do *stress* nos aspectos neurofisiológicos.

A reacção de defesa e fuga perante a presença de uma ameaça real como um predador, tão desenvolvida nos animais, estendeu-se nos seres humanos a outras dimensões, que podem muitas vezes não ser reais. Assim, situações que ameaçam a integridade psíquica e moral, a vida familiar e profissional e a situação económica ou afectiva, desencadeia nos seres humanos, respostas neuropsicofisiológicas idênticas à presença de um predador.

O local anatómico responsável pelas reacções a situações de ameaça, é a amígdala no sistema límbico. Outros responsáveis pelo desenrolar das reacções e das conseqüências psicofisiológicas do *stress*, é o sistema nervoso central, o sistema

nervoso vegetativo e o sistema endócrino (Seeley *et al.*, 2005; Jacob *et al.*, 1980 ; Tortora, 2000; Guyton, 1992).

Perante uma qualquer situação de ameaça, a informação vinda dos órgãos sensoriais chega ao tálamo, situado no sistema nervoso central. O tálamo faz passar a informação para o córtex sensorial e para o lóbulo frontal, que recebe a informação, processa-a, avalia-a e toma uma decisão. Por um caminho mais curto e necessariamente mais rápido, o tálamo envia a informação também para a amígdala, que desencadeia uma serie de reacções neuropsicofisiológicas, que preparam a pessoa para fugir ou defender-se da situação ameaçadora.

A comunicação entre a amígdala e o lóbulo frontal, fazem com que este último informe a amígdala das avaliações que fez da gravidade da ameaça e dos recursos disponíveis para a enfrentar. Esta troca de informações pode abrandar ou agravar as reacções fisiológicas de fugir ou lutar.

O estado emocional do individuo avaliado pela amígdala e comunicado ao lóbulo frontal, influenciam a avaliação que esta vai fazer da situação de perigo, e consequentemente as decisões que toma.

A amígdala classifica as sensações provocadas pelo estímulo ameaçador, como mais ou menos perigoso, e acciona o sistema nervoso vegetativo para lutar ou fugir. Este por sua vez põe em funcionamento uma série de mecanismos que permitem acrescentar êxito à fuga ou à luta. Assim, são mobilizados os músculos estriados para a fuga, a tensão arterial aumenta, os batimentos cardíacos aumentam para distribuir mais oxigénio e mais glicose, o sistema digestivo e imunológico alteram-se para garantir uma resposta adequada ao estímulo.

Concomitantemente, a amígdala dá informações ao hipotálamo e à hipófise, que comunicam por sua vez com o sistema nervoso vegetativo, que estimula as glândulas supra-renais.

O hipotálamo produz a hormona libertadora de corticotropina que por via sanguínea estimula a adenohipófise a libertar a hormona adenocorticotropina, que através do sistema nervoso simpático, chega às glândulas supra-renais. Estas produzem e libertam as hormonas directamente associadas aos estados de *stress* e de *burnout*, a adrenalina e o cortisol. Quando estas hormonas chegam ao tronco cerebral, mais especificamente num local anatómico designado por *locus coeruleus*, a noradrenalina produzida, estimula a amígdala, que vai estimular o hipotálamo a produzir mais corticotropina, que por sua vez vai estimular a hipófise a produzir mais adenocorticotropina, mantendo assim, o *feed-back* positivo da produção de mais adrenalina e cortisol pelas supra-renais (Seeley et al., 2005; Jacob et al., 1980 ; Tortora, 2000; Guyton, 1992)

Em situações agudas perante a presença de um estímulo real, a produção de adrenalina e de cortisol preparam o organismo para se defender. Contudo, situações crónicas, os efeitos nocivos deste *feed-back* positivo prejudicam o organismo pelas alterações físicas e emocionais que provocam.

O cortisol segregado pelas glândulas supra-renais é um glicocorticoide conhecido como a hormona do *stress*. Os efeitos desta hormona são habitualmente: altera o metabolismo do fígado para providenciar a produção constante de glicose, como forma de manter sempre energia disponível para os músculos; aumenta a pressão arterial, pela vasoconstrição que provoca nos vasos sanguíneos; diminui as defesas

do organismo pela inibição da produção de anticorpos; aumenta o tonús muscular levando a contracção dos grandes grupos musculares, provocando desconforto e cansaço; destrói neurónios do hipocampo, provocando alterações de memória a curto e longo prazo e alterações do pensamento tal como Jacobs e Nadel (1985) verificaram nos seus estudos; altera a concentração da atenção visual, uma vez que a situação *stress* faz com que haja uma deslocação do campo visual do centro para a periferia; aumenta a produção da enzima triptofano-oxigenase que destrói as moléculas de triptofano, provocando uma alteração do estado de ânimo, pois nestas circunstâncias menos serotonina é produzida; diminui a produção de noradrenalina pelo *locus coeruleus* que perturba a capacidade de atenção; nos estados de *burnout*, a diminuição persistente da produção de serotonina, afecta o humor e o sono (Seeley et al., 2005; Jacob et al., 1980 ; Tortora, 2000; Harrison, 2006; MacKay, 2005).

4 - Modelos teóricos da génese do *burnout*

A sistematização dos modelos teóricos de *burnout* realizada por Queirós (2005), permite-nos apresentar os modelos que se consideram mais significativos para a compreensão da síndrome de *burnout*. Um dos primeiros modelos a serem apresentados para explicar o *burnout* é o Modelo de House e Wells (1978), que refere que as características individuais e organizacionais, estão relacionadas com o aparecimento de *burnout*. Na sua abordagem cognitivo-perceptual, os autores apresentam a evolução do *burnout* em quatro fases: na fase 1 – a falta de aptidão e a discrepância entre o sujeito e o contexto de trabalho, podem conduzir ao *stress*; na

fase 2 – há percepção do *stress* e uma relação entre a personalidade do sujeito e as características organizacionais, estes dois aspectos em concomitância, determinam a evolução da fase 1 para a 2; na fase 3 – desencadeia-se uma clara resposta ao *stress*; na fase 4 – surge o burnout como resposta ao *stress* crónico.

Queirós (2005) apresenta as reflexões de Pereira (1992) e Gomes (1995), onde associam as dimensões do *burnout*, às categorias do *stress*. Assim, a exaustão emocional corresponde aos sintomas físicos; a exaustão emocional e a despersonalização estão associados aos aspectos afectivo-cognitivos, atitudes e sentimentos; a despersonalização e a redução da produtividade, estão associados com os aspectos do comportamento.

O Modelo de Cherniss (1980) baseia-se no seu estudo que incluía profissionais de áreas diferentes, enfermagem, saúde mental, direito e docência, mas que segundo o autor, apresentavam a mesma propensão para desenvolver *burnout*. Cherniss (1980), refere que o *burnout* é um processo, que se desenvolve com o tempo e que é uma consequência das adaptações sucessivas que o indivíduo tem que fazer no decurso do *stress*. O autor considera que o indivíduo pode experimentar vários níveis de *stress* no decurso da interacção das características individuais e as expectativas em relação ao trabalho.

O Modelo de Golembiewski e Munzenrider (1988) apresenta uma estrutura sequencial e evolutiva, e foi construído a partir dos resultados obtidos nas três dimensões do MBI – Maslach Burnout Inventory. Para estes autores elevados níveis de despersonalização, a primeira etapa do modelo, podem ter uma influência negativa na dimensão diminuição da realização pessoal. Níveis elevados nas

dimensões despersonalização e diminuição da realização pessoal, pode levar a níveis elevados de exaustão emocional.

Neste sentido o modelo apresenta oito fases de desenvolvimento do *burnout*: na fase I – a despersonalização, a diminuição da realização pessoal e exaustão emocional é baixa; na fase II – a despersonalização é alta e a diminuição da realização pessoal e exaustão emocional é baixa; na fase III – a despersonalização e a exaustão emocional é baixa e a diminuição da realização pessoal é alta; na fase IV – a despersonalização e a diminuição da realização pessoal é alta e a exaustão emocional é baixa; na fase V - a despersonalização e a diminuição da realização pessoal é baixa e a exaustão emocional é alta; na fase VI - a despersonalização e a exaustão emocional é alta e a diminuição da realização pessoal é baixa; na fase VII - a despersonalização é baixa e a exaustão emocional e a diminuição da realização pessoal é alta; na fase VIII - a despersonalização, a exaustão emocional e a diminuição da realização pessoal é alta.

O modelo apresenta as fases como progressivas, embora não necessariamente com uma sequência rígida e distingue uma forma aguda (da fase I à V) e uma forma crónica de *burnout* (da fase V à VIII).

O Modelo de fases de *burnout* de Leiter (1988) apresenta a dimensão exaustão emocional como o ponto central da sua explicação. Para este autor, a exaustão emocional está associada a elevados níveis de despersonalização e a baixos níveis de realização pessoal, factores que levam por sua vez, ao absentismo e à diminuição do compromisso profissional.

Leiter (1988) explica que perante situações de *stress*, relacionadas essencialmente com as solicitações do contexto de trabalho, os profissionais apresentam exaustão

emocional, que tem como consequência a falta de envolvimento, que o autor designa por despersonalização. A síndrome de *burnout* surge porque a perda de compromisso e de envolvimento com as questões laborais e a exaustão emocional, levam a uma percepção negativa da sua realização pessoal.

Assim, o modelo de Leiter (1988) apresenta na fase 1 – baixa exaustão emocional, baixa despersonalização e uma diminuição da realização pessoal, também baixa; na fase 2 – a exaustão emocional está baixa, a despersonalização está alta e a diminuição da realização pessoal, é baixa; na fase 3 – a exaustão emocional está alta, a despersonalização está baixa e a diminuição da realização pessoal está baixa; por fim na fase 4 - a exaustão emocional está alta, a despersonalização está alta e a diminuição da realização pessoal está alta.

O Modelo Geral Explicativo de *burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (1996) é definido a partir das suas três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição do desempenho pessoal, daí ser considerado multidimensional. Este é um modelo que parte do trabalho empírico e identifica o *burnout* como uma vivência de *stress*, contextualizada no âmbito das relações interpessoais.

A dimensão exaustão emocional é individual e basilar na passagem do *stress* ao *burnout*. O indivíduo em exaustão emocional sente-se sem energia, sente-se incapaz de ajudar, esgotou os seus recursos emocionais e físicos. A despersonalização, corresponde à dimensão interpessoal do *burnout*, onde o indivíduo apresenta uma atitude negativa, indiferente ou hostil em relação ao seu contexto de trabalho.

A diminuição de realização pessoal, está relacionada com a diminuição da percepção de competência e produtividade, diminuição da auto-estima e dificuldade de adaptação. Esta dimensão corresponde à auto-avaliação do *burnout*.

Para estes autores a sequência de desenvolvimento do *burnout* inicia-se com a exaustão emocional, depois com a despersonalização, apresentando a terceira dimensão, um desenvolvimento independente.

Os estudos empíricos realizados por Maslach e Goldberg (1998) permitiram identificar que os factores sobrecarga de trabalho e conflitos são os melhores preditores para o aparecimento da síndrome de burnout e são mais importantes que os factores individuais.

5 - Evolução do conceito de *burnout*

Ao longo da evolução do conceito de *burnout* surgiram duas correntes no seu campo de estudos. As teorias que se circunscreveram na psicologia clínica e as teorias da área da psicologia social e das organizações (Maslach *et al.*, 2001).

Numa fase inicial surgiram vários estudos na área da psicologia clínica, cuja abordagem se baseava na compreensão dos factores individuais e rapidamente despertou o interesse dos profissionais afectados pelo problema (Schaufeli & Bunnk, 1996). O interesse inicial sobre as questões do *burnout* centrava-se na descrição das manifestações e na intervenção, sem contudo, haver uma abordagem empírica ou um quadro conceptual pré-definido.

A exploração do conceito de *burnout* através dos estudos de natureza clínica, levou ao aparecimento da descrição de inúmeros sintomas, que Schaufeli e Enzmann (1998) ordenaram estes sintomas em cinco grandes categorias: os sintomas afectivos, os sintomas cognitivos, os sintomas físicos, os sintomas comportamentais e os sintomas motivacionais.

Na categoria dos sintomas afectivos os autores englobaram a irritabilidade, as alterações dos estados de humor, com tendência para o humor depressivo e a perda de controlo emocional; nos sintomas cognitivos fazem referência à dificuldade de concentração e de tomada de decisão, à baixa auto-estima profissional e a percepção cínica dos utentes que cuidam; nos sintomas físicos destacam as reacções fisiológicas, a fadiga crónica e os transtornos psicossomáticos; para categorizar os sintomas comportamentais os autores fazem referência aos comportamentos agressivos, tendência para o isolamento e hiperactividade; e finalmente nos sintomas motivacionais, apontam a falta de entusiasmo e motivação, assim como, a diminuição do envolvimento profissional.

Foi através da psicologia social e das organizações que os estudos sobre o *burnout*, já reconhecido como um problema individual e social, passaram a ser mais sistematizados, com uma metodologia mais estruturada e com medidas, como os questionários, que permitiram operacionalizar o conceito. Na década de oitenta quando o *burnout* passa a ter uma abordagem mais empírica, autores como Maslach e Schaufeli e respectivos colaboradores, caracterizam esta década apresentando algumas tendências que passaram a ser cruciais para o desenvolvimento do conceito, como:

- a crescente internacionalização, pois passou a despertar também o interesse dos investigadores europeus;
- metodologicamente os estudos passaram a ser mais rigorosos, graças ao contributo de questionários como o Maslach Burnout Inventory (Maslach, 1996), que nesta época foi utilizado em mais de 90% das pesquisas efectuadas (Schaufeli & Enzmann, 1998);
- apesar do estudo deste fenómeno ter sido alargado a vários tipos de profissões, foi nos profissionais de ajuda que as pesquisas mais se desenvolveram (Maslach & Schaufeli, 1993);
- e por último, as pesquisas centraram-se nos contextos sócio-profissionais dando importância a factores como o *stress* ocupacional, conflito de papeis, gestão do tempo, sobrecarga de trabalho, falta de apoio social (Schaufeli & Buunk, 2003) e os factores pessoais como factores demográficos e estrutura de personalidade (Maslach et al., 2001).

Após esta fase, em que o conceito de *burnout* foi estudado sem um enquadramento conceptual ou metodológico, nos anos noventa as pesquisas foram se desenvolvendo e crescendo, tentando solucionar os problemas que foram-se apontados na década anterior. Assim, as investigações efectuadas tiveram por base uma fundamentação teórica, tendo-se integrado o *burnout* em abordagens mais abrangentes e desenvolvido modelos conceptuais específicos (Pinto *et al*, 2008). Um dos aspectos que contribuiu para o desenvolvimento do tema foi a necessidade de aprofundar com rigor o processo em si do *burnout* (Lee & Ashforth, 1993; Gil-Monte, Peiró & Valcácer, 1998).

Para estudar o *burnout* como um processo, contribuiu o progressivo investimento nos estudos longitudinais, estes permitiram estabelecer uma relação entre os determinantes do *burnout* e as suas consequências individuais e organizacionais.

O alargamento das pesquisas a outras áreas profissionais, assim como, a redefinição do conceito, fizeram com que passasse a considerar o *burnout* como uma situação de crise no contexto de trabalho (Maslach e Leiter, 1997). Neste sentido, a expressão mais usada em trabalhos empíricos passa a ser a de Maslach e Jackson (1985), que referem que o *burnout* é um síndrome de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, que surge em indivíduos que trabalham com pessoas.

Mais tarde, Maslach *et al* (2001) passam a definir a síndrome de *burnout* como uma crise em relação ao trabalho e não em relação às pessoas envolvidas directamente com o trabalho. A exaustão emocional refere-se à fadiga que o individuo apresenta, seja qual for o motivo da exaustão, a despersonalização é apresentada pelos autores, como uma atitude indiferente em relação ao trabalho e não em relação às pessoas envolvidas nesse trabalho e a realização pessoal inclui os aspectos sociais e não sociais da realização com o trabalho.

Apesar da evolução do conceito, torna-se ainda necessário clarificar alguns aspectos metodológicos, nomeadamente, determinar as causas do *burnout*, as consequências para o individuo, para as organizações e para a sociedade em geral, como evolui o processo e quais as profissões que apresentam uma maior incidências e a sua contextualização organizacional e social (Maslach, 1999; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Mais tarde Schaufeli e Buunk (2003), tentam alargar os estudos sobre o *burnout* enquadrando-o numa “psicologia positiva” e fazendo referência aos aspectos positivos do *stress* e aos recursos que cada um tem para o enfrentar. É a partir desta altura que Schaufeli e colaboradores redefinem o conceito de *engagement* como um estado cognitivo e afectivo positivo, relacionado com a actividade profissional caracterizado pela energia e dedicação.

6 - Perspectivas do conceito de *burnout*

Independentemente de vários investigadores terem desenvolvido trabalhos que tinham como objectivo compreender a síndrome de *burnout* e desenvolver estratégias para o prevenir, não existe ainda um modelo unitário que explica na sua totalidade o processo de desenvolvimento do *burnout*. O *burnout* foi estudado em profissões diferentes, em contextos diferentes, com motivações diferentes, com métodos diferentes, e consequentemente, com resultados diferentes (Benevides-Pereira, 2002). Autores como Cox *et al.*, (1993) e Maslach *et al.* (2001) têm nos ajudado a reflectir que o desenvolvimento do conceito de *burnout* se tem delimitado a vários períodos e com duas perspectivas fundamentais, uma ligada à psicologia clínica e outra ligada à psicologia social e das organizações.

6.1 - Perspectiva clínica

O período que decorreu entre os anos setenta até aos anos oitenta do século XX foi marcado por uma inexistente abordagem empírica ou teórica. Quando o conceito foi introduzido por Freudenberg e Maslach, os estudos clínicos foram os que mais se destacaram, e a abordagem estava direccionada para a compreensão dos sintomas e para uma intervenção que fosse ao encontro do melhor bem-estar dos indivíduos.

Foi a perspectiva clínica e os estudos desenvolvidos nesta área que neste período, mais contribuíram para a identificação dos sintomas, chegando mesmo a haver autores como Schaufeli e Enzmann (1998) a identificar 132 sintomas presentes nas situações de *burnout*. Estes autores organizaram os sintomas identificados em categorias, no sentido evitar a dispersão. Assim, estabeleceram cinco categorias: 1 – sintomas associados à componente afectiva, como a irritabilidade e o humor depressivo; 2 – sintomas ligados a aspectos cognitivos como, incapacidade para se concentrar nas actividades profissionais, dificuldade em tomar decisões e percepção desumanizada em relação às pessoas que são o seu sujeito de cuidados; 3 – sintomas percebidos ao nível físico, como cansaço, hipertensão arterial, manifestações psicossomáticas e maior vulnerabilidade a agentes infecciosos; 4 – sintomas ligados ao comportamento, como menor produtividade no trabalho, hostilidade para com colegas e utentes e isolamento social; e, 5 – sintomas associados à falta de motivação e envolvimento profissional.

A perspectiva clínica tem até hoje dado contributos para a compreensão do *burnout*, principalmente, no que se refere aos factores individuais associados ao *burnout*.

6.2 - Perspectiva empírica

A perspectiva empírica consolidou a sua posição ao longo dos anos oitenta, quando apresentou formas de sistematizar a abordagem ao problema cada vez mais reconhecido do burnout. Durante esta década a psicologia social e das organizações, deu grandes contributos para o estudo do *burnout*, emprestando a sua metodologia e tornando o *burnout* uma área de estudo com carácter científico (Maslach e Schaufeli, 1993).

Esta fase foi apresentada por vários autores (Maslach e Schaufeli, 1993; Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli e Buunk, 2003; Schaufeli e Enzmann, 1998) como uma fase que se caracterizava pelo aparecimento de várias tendências. Assim, foi tido em conta que os estudos sobre o *burnout*, se desenvolveram graças a alterações introduzidas a partir da metodologia do uso de questionários. Surge neste momento um dos métodos mais usados que é o MBI – Maslach Burnout Inventory (Maslach *et al.*; 1996). Outra tendência foi a aplicação de questionários fora dos Estados Unidos da América, o que permitiu a internacionalização dos estudos e a compreensão do fenómeno noutras áreas geográficas (Maslach *et al.*, 2001).

Dos vários estudos realizados em diversos contextos laborais e a diversos grupos profissionais, foi no contexto dos profissionais que têm contacto com pessoas, - as designadas profissões de ajuda - que a maior parte dos estudos incidiu (Maslach e Schaufeli, 1993; Glass *et al.*, 1993). Esta tendência foi seguida por vários autores, e os profissionais como médicos, enfermeiros, professores, agentes de autoridade e psicólogos, têm sido até hoje os profissionais que mais preocupações têm despertado.

As concepções explicativas do *burnout* desenvolvidas pela psicologia social e das organizações, incidiram de uma forma muito marcada, nos aspectos do contexto de trabalho e nos aspectos socioprofissionais. Assim, as atenções passaram a estar dirigidas para a pressão exercida pelo trabalho associada a sobrecarga e a pressão do tempo, conflitos interpessoais, ausência de delimitação de papéis e falta de apoio social de uma forma geral e falta de apoio organizacional, de uma forma mais específica (Schaufeli e Buunk, 2003). Há nesta década uma tendência para desenvolver estudos sobre o *burnout*, que apontam também para as características pessoais como um factor importante. Surgem assim, as características da personalidade, os mecanismos de *coping* usados, a ansiedade e o *locus* de controlo, como factores a ter em conta (Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli e Buunk, 2003). Contudo, Maslach e Schaufeli (1993), reforçam a ideia, que os factores do contexto de trabalho se sobrepõem aos factores pessoais no desenvolvimento do *burnout*. No final dos anos oitenta, verifica-se que o problema da inexistência de uma teoria fundamentada e de uma metodologia coesa e coerente para explicar o *burnout*, persiste (Maslach e Schaufeli, 1993; Schaufeli *et al.*, 1993).

6.3 - Perspectiva baseada em teoria

Ao longo dos anos noventa, assiste-se a um desenvolvimento de estudos para a compreensão do *burnout* em vários países e com várias amostras e contextos. Os estudos realizados tentam integrar o conceito de *burnout* em várias abordagens teóricas ou a desenvolver modelos de compreensão mais específicos.

Surge também a necessidade de realizar trabalhos de investigação com uma metodologia longitudinal, como forma de compreender factores indutores, consequências e fase de desenvolvimento.

Os contributos de Maslach *et al.* (1996) através do questionário MBI – General Survey, permitiram desenvolver trabalhos noutras profissões, para além dos até então estudados profissionais de ajuda. Maslach e Leiter (1997) reforçam mais tarde, que o *burnout* é uma síndrome associada essencialmente à relação que o indivíduo estabelece com o seu contexto de trabalho e que tem como consequências, exaustão emocional, perda de produtividade e cinismo.

6.4 - Perspectiva positiva

Enquadrámos a evolução do estudo do *burnout* em três grandes momentos. Contudo, Pinto *et al.* (2008), acrescentam um quarto momento que designaram por abordagem positiva. Esta abordagem estende o conceito de *burnout* à psicologia positiva, que valoriza os aspectos positivos do *stress*, o mecanismo de *coping* e dos os recursos do indivíduo que o ajudam a superar as situações de *stress* e *burnout*. Nesta ordem de ideias, a psicologia positiva mais do que se centrar na vulnerabilidade e nas fragilidades do *burnout*, centra-se nas formas de prevenção e adaptação (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000).

Foram os estudos de Schaufeli *et al.* (2002a; 2002b) que consolidaram o conceito de *burnout* e de *engagement* no desenvolvimento metodológico e das investigações. Estes autores definem o *engagement* como um estado com aspectos cognitivos e

afectivos, de energia, vigor, resistência mental, capacidade de trabalho, entusiasmo, capacidade de concentração e dedicação ao trabalho.

Esta conceptualização não foi introduzida pela primeira vez por Schaufeli e colaboradores, uma vez que Maslach e Leiter (1997) já se tinham referido ao *engagement* como o pólo oposto ao *burnout*. Todavia, foi a construção de um questionário por Schaufeli *et al.* (2002a; 2002b) que permitiu operacionalizar o conceito. O questionário designado por *Student Engagement Inventory* (SEI) foi numa primeira abordagem aplicado a estudantes universitários e posteriormente foi aplicado a vários grupos profissionais, após a sua adaptação, passando a designar-se por *Utretch Work Engagement Scale* (UWES). Estes estudos colocaram numa outra dimensão da associação do *burnout* e do *engagement*, referindo que são um contínuo, embora em pólos opostos e correlacionados negativamente (Schaufeli e Bakker, 2004).

7 - O *burnout* processo ou o *burnout* estado

O *burnout* tem sido apresentado pela comunidade científica, com duas perspectivas: o estado de *burnout* e o processo de *burnout*.

As definições apresentadas pelos autores do *burnout* como um estado centram-se no *burnout* como uma síndrome e na identificação da etiologia, dos sintomas e suas implicações negativas (Schaufeli e Enzmann, 1998). Das conceptualizações do *burnout* como um estado a mais conhecida e divulgada é a de Maslach e Jackson (1986), que referem que o *burnout* é uma síndrome que afecta preferencialmente os

profissionais de ajuda. Quando em *burnout*, estes apresentam, exaustão emocional – que advém do esgotamento dos recursos emocionais, pelo contacto permanente com pessoas no seu local de trabalho; perda de realização pessoal – apontada como redução da percepção de eficácia e competência ligada à profissão; e despersonalização – caracterizada por relações interpessoais distantes do ponto de vista emocional, negativas e desumanizadas (Maslach, 1993).

Trabalhos de investigação posteriores permitiram uma redefinição do conceito de *burnout* e conseqüentemente, uma redefinição das três dimensões envolvidas. Assim, Maslach e Leiter (1997) apresentam como ponto central da definição de *burnout*, uma crise em relação ao trabalho. A dimensão da exaustão – refere-se à fadiga emocional e física, queixas psicossomáticas, ansiedade e em situações mais graves, depressão; a perda de eficácia profissional designada por realização pessoal, ou a perda desta, manifesta-se por uma diminuição de sentimentos de eficácia no trabalho; o cinismo anteriormente descrito como despersonalização, é manifestada por uma atitude de distanciamento em relação às pessoas do contexto de trabalho e ao próprio trabalho.

Autores como Demouriti *et al.* (2001) e Schaufeli e Buunk (2003) mostram a partir da aplicação da versão do MBI – GS, que o *burnout* pode surgir em qualquer contexto profissional e não só associado aos profissionais de ajuda. Schaufeli e Buunk (2003) e Schaufeli e Enzmann (1998) referem que Brill (1984) apresenta uma das melhores definições de *burnout*, quando refere que este é um estado “disfórico” que surge em profissionais que não apresentavam anteriormente sinais evidentes de psicopatologia, que conseguem manter níveis de desempenho adequados e que a

partir de uma certa altura a recuperação está dependente de ajudas externas ou alterações do contexto de trabalho. Brill (1984) refere igualmente que o *burnout* surge associado às expectativas que o indivíduo tem em relação ao trabalho.

Em síntese e de acordo com Maslach e Schaufeli (1993), Schaufeli e Enzmann (1998), o *burnout* é um problema relacionado com o contexto de trabalho, que afecta indivíduos sem problemas do foro mental, com elevada exigência profissional e com expectativas irrealistas em relação ao trabalho, que apresentam sintomas emocionais, comportamentos negativos em relação ao trabalho, exaustão emocional e diminuição do desempenho profissional.

Edelwich e Brodsky (1980) e Cherniss (1980) foram os autores que pela primeira vez fizeram referência ao *burnout* como um processo. Cherniss (1980) define o *burnout* como uma forma de *stress* profissional, conceptualizado em vários estádios: o 1º estádio é provocado por um desequilíbrio entre os recursos do indivíduo e as exigências laborais; o 2º estádio manifesta-se pela presença de fadiga e exaustão, que surge a curto prazo; o 3º estádio caracteriza-se pelas alterações do comportamento, como por exemplo, tratar as pessoas com distanciamento e excessivas preocupações com as necessidades do próprio.

Schaufeli e Buunk (1996) destacam outra definição de *burnout* enquanto processo, da autoria de Etzion, em que referem que os factores geradores de *stress*, como os desequilíbrios permanentes e continuados provocam uma “erosão psicológica” que persiste no tempo sem ser identificado. Para Etzion, o *burnout* é um processo que se instala de forma lenta, e que tem como factores indutores “*mini-stressors*”, que por surgirem de forma insidiosa, não desencadeiam mecanismos de *coping*.

De acordo com vários autores (Schaufeli e Buunk, 1996; Schaufeli e Buunk, 2003; Schaufeli e Enzmann, 1998) o *burnout* é identificado e definido como um processo que surge como resposta ao *stress* profissional. Entre os factores identificados pelos autores como potenciadores do processo de *burnout*, destacam-se a disparidade das expectativas profissionais e os contextos reais de trabalho. Os mesmos autores referem que o processo de construção do *burnout* pode advir de factores de *stress*, que se instalam de uma forma silenciosa e prolongada no tempo.

Embora complementares, são apresentadas várias críticas às duas definições de *burnout*, enquanto estado e enquanto processo. Contudo, e tendo em conta as limitações conceptuais do *burnout* como um estado, o *burnout* como um processo é cada vez mais aceite (Hallsten, 1993).

8 - Diferenças entre a definição de *stress* e a definição de *burnout*

As definições de *stress* e de *burnout* têm decorrido de uma evolução conceptual, mas têm sido criticadas por serem demasiado abrangentes e pouco precisas. O *stress* e o *burnout* estão relacionados, mas vários autores consideraram importante apresentar os factores que os distinguem. Assim, Maslach e Schaufeli (1993), Schaufeli e Buunk (2003) e Gil-Monte e Peiró (1997) consideram que:

a) o *stress* surge como uma adaptação temporária limitada no tempo e que o *burnout* é uma continuidade, surgindo quando os fenómenos de adaptação deixam de ser eficazes. O *burnout* surge pela permanência do *stress* profissional, levando a um disfuncionamento;

- b) o *stress* acciona mecanismos de *coping* que permitem diminuir o mal-estar e a sintomatologia associada. O *burnout* surge porque o *coping* disfuncional mediado pela despersonalização, agrava os sintomas de *burnout*;
- c) o *burnout* apresenta aspectos relacionados com o facto de ser conceptualizado em três dimensões, o que não acontece no *stress*. Assim, para além da exaustão emocional, comum em certas situações de *stress*, o *burnout* apresenta a dimensão despersonalização e diminuição da realização pessoal;
- d) o *stress* pode ser experienciado por todos os indivíduos em diferentes situações e tem consequências positivas e negativas, sendo que em muitos momentos se constitui como fundamental para a sobrevivência. O *burnout* tem sempre consequências negativas.

9 - O *burnout* no diagnóstico das doenças mentais

O *burnout* tem sido identificado como uma síndrome que tem origem essencialmente nos contextos profissionais (Maslach e Schaufeli, 1993) e tem marcado a sua presença unicamente nas obras da psicologia da saúde e da psicologia social e das organizações. Tal como Wiggins (1995), julgamos ser esta uma das explicações para não a encontrarmos nos sistemas e classificação e diagnóstico das doenças mentais (DSM da American Psychiatric Association e ICD – 10 da World health Organization). A classificação das perturbações psicopatológicas tem-se baseado em factores biológicos e psicodinâmicos e valoriza mais a componente endógena, que a componente exógena (Dejours, 1987). Contudo, conceptualizações mais recentes têm

tentado encontrar explicações para os fenómenos da saúde mental, articulando os aspectos organizacionais e laborais, com os aspectos clínicos (Kahn e Langlieb, 2003).

A inclusão do *burnout* na classificação das doenças mentais apresenta uma dualidade, que oscila entres vantagens e desvantagens. Como vantagens, salientamos a possibilidade dos profissionais que sofrem desta perturbação verem reconhecidos os seus direitos e terem acesso a tratamentos adequados, a “baixas” médicas e intervenções dirigidas (Maslach e Schaufeli, 1993; Schaufele e Enzmann, 1998). Não obstante, os mesmos autores consideram esta inclusão como uma desvantagem, pelo risco de estigmatização do *burnout* como uma doença mental.

Contudo, há vários autores que apresentam propostas de inclusão do *burnout* em classificações já existentes. Neste sentido, Grantham (1985) considera que o *burnout* pode ser incluído no DSM na subcategoria Perturbações Não-especificadas da Adaptação, com inibição laboral. Schaufele e Enzmann (1998) consideram que o *burnout* pode ser incluído no ICD – 10 na categoria Neurastenia, fazendo uma referência específica relacionada com o contexto laboral.

Mesmo correndo o potencial risco de estigmatização, consideramos que a classificação do *burnout* nos manuais de psicopatologia é um passo importante para que a organizações atribuam valor ao fenómeno e para que os profissionais que padeçam desta síndrome possam beneficiar de cuidados médicos, psicológicos, sociais e laborais.

10 - Investigação sobre *burnout*

Sousa e Pereira (1999) desenvolveram uma pesquisa, onde pretendiam determinar a influência do contacto intenso e repetido com doentes com doença terminal e com a morte e os níveis de *burnout* dos enfermeiros dos serviços de Radiologia, Cirurgia e Oncologia médica. Para a avaliação dos níveis de *burnout* os autores utilizaram o questionário Maslach Burnout Inventory, que aplicaram à totalidade dos enfermeiros (88 sujeitos). Dos resultados apresentados, verificamos que existem diferenças significativas entre os três serviços, para os factores Exaustão emocional e Despersonalização, sendo o serviço de Oncologia médica o serviço que apresenta índices mais elevados de *burnout*. Os autores confirmaram assim a sua hipótese de pesquisa, concluindo que nos serviços onde existe um maior contacto com doentes em fim de vida e com a morte, os profissionais estão mais expostos ao *stress* e ao *burnout*.

Lima *et al.* (2004) pretenderam no seu estudo avaliar a incidência da síndrome de *burnout* em médicos residentes de um hospital público universitário, utilizando o questionário Maslach Burnout Inventory, que foi aplicado a 120 médicos de ambos os sexos. Os autores concluíram que estes profissionais apresentavam classificações elevadas para a Exaustão emocional e Despersonalização e valores baixos para a Realização pessoal, tal como tinham sido definidos os critérios. Destaca-se assim que 20.8% dos participantes apresentam sinais de *burnout* e 78,4% estavam em risco. Os resultados mostram que as mulheres e os casados apresentam níveis mais elevados, sendo que os serviços onde se verifica níveis mais elevados são os serviços de

Ortopedia, Medicina, Cirurgia, Pediatria Ginecologia. Os autores sugerem que sejam desenvolvidas mais investigações sobre *burnout* nos contextos específicos da área da saúde e que se desenvolvam programas de prevenção do *burnout*, como forma de promoção da saúde.

Tal como outros autores, Rodrigues e Veiga (2006), consideram que a profissão de enfermagem é uma das profissões indutoras de *stress*, que coloca os profissionais sob tensão. Para avaliar esta dimensão desenvolveram um estudo que pretendia analisar se os alunos de enfermagem em estágio apresentavam sinais de *stress* e se esse factor condicionava a qualidade de prestação de cuidados ao doente. A amostra apresentada neste estudo incluía 200 alunos de enfermagem, a desenvolver um estágio em contexto hospitalar. Os instrumentos usados foram a escala de Avaliação do Stress em Estágios (ASE) construída e validada pelos autores e o Inventory Caring Dimensions (ICD) de Watson, Deary & Hoogbruin (2001). Os resultados mostraram que os alunos sentem *stress* perante a integração e supervisão em estágio, perante as condições de trabalho e nas relações interpessoais. Os autores concluíram assim, que quanto maior e o *stress* sentido menores são as competências técnicas na prestação de cuidados ao doente. Este estudo mostra a importância que tem a implementação de programas de formação sobre *stress*, como gerir e como reduzir, ainda durante a formação dos profissionais de saúde.

Ktze & Rodrigues (2008) realizaram um estudo descritivo e exploratório com técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalhavam numa Unidade Oncológica de um hospital, cujo objectivo principal era verificar se estes profissionais apresentavam *burnout*. Para esta pesquisa os autores utilizaram o Inventário de *Burnout* de Maslach

e Jackson e chegaram à conclusão que estes profissionais apresentavam nível de *burnout* elevados para as dimensões desgaste emocional, despersonalização e satisfação profissional. Estes autores corroboraram assim, os resultados de outros estudos, onde se verifica que o pertencer ao sexo feminino, o maior tempo na actividade e no mesmo serviço e o prestar cuidados num serviço que não se optou, são factores de vulnerabilidade que levam os profissionais a estarem mais expostos à síndrome.

Achkan, T. (2006) realizou um estudo de tipo exploratório e descritivo que apresentava como objectivo principal avaliar a presença e o nível da Síndrome de Burnout e da Qualidade de Vida Profissional e suas repercussões na percepção da Qualidade de Vida Profissional dos profissionais de enfermagem e médicos de um Hospital privado no Brasil. A amostra era constituída por 155 profissionais, enfermeiros (75,6%) e médicos (24,4%) a quem foi aplicado o Inventário de Burnout de Maslach (MBI) em versão validada, para uso no Brasil, por Tamayo (2003) e o Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35) (Cabezas-Peña, 1999) validado para uso no Brasil por Guimarães *et al.* (2004). Nos resultados a autora constatou que os profissionais de enfermagem e médicos que perceberam ter um baixo nível de Qualidade Vida Profissional têm um nível mais alto de Síndrome de *Burnout*. Os profissionais que trabalham entre 11 a 20 anos na mesma actividade, apresentaram uma mais baixa percepção de Qualidade Vida Profissional do que os que trabalham há menos ou há mais tempo. O nível da Síndrome de *Burnout* de médicos e enfermeiros apresenta resultados diferentes. Assim, os médicos apresentaram um nível mais “Alto” de Síndrome de Burnout na dimensão

“Despersonalização”, resultados médios para a “Exaustão Emocional” e “Diminuição da Realização Pessoal”. Relativamente à correlação efectuada entre os dois inventários utilizados (MBI e QVP) verificou-se que os profissionais que possuem um nível “Baixo” de Qualidade de Vida Profissional têm um nível mais “Alto” de Síndrome de *Burnout* e referem receber Pouco “Apoio Organizacional”. Os resultados obtidos no estudo apontam para a necessidade de acções preventivas e interventivas que possibilitem a detecção precoce nas alterações dos factores de risco psicossocial específicos para Síndrome de *Burnout* e a como forma de melhorar a Qualidade Vida Profissional.

Araújo *et al.* (2008) realizaram um estudo com 20 alunos do último ano do curso de licenciatura em enfermagem que trabalhavam como auxiliares numa Unidade de Cuidados Intensivos e que tinha como objectivo analisar o nível de stress desta população. O estudo é de natureza qualitativa e é descritivo, tendo sido utilizados como instrumentos a entrevista estruturada e o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). Os resultados do estudo mostram que 75% dos participantes apresentavam elevados níveis de *stress*, encontrando-se na fase de resistência e apresentando sintomas psicológicos e físicos. Os autores concluíram que o trabalho realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos é stressante e tem implicações para a saúde dos profissionais que aí trabalham. Além disso verificaram também falhas ao nível das instituições no que diz respeito à reduzida preocupação com a saúde e o bem-estar físico e psicológico dos profissionais. Face a estes resultados sugerem no seu estudo que proporcionar uma melhor qualidade de vida aos profissionais controla os níveis de *stress*.

Dias *et al* (2006) realizaram estudo que pretendia estudar as condições de trabalho de 75 enfermeiros de uma unidade hospitalar e identificar as principais causas de *stress* e a conseqüente desmotivação profissional. Foram utilizados como instrumentos um questionário com questões fechadas de múltipla escolha, que abordava aspectos como a satisfação profissional, a satisfação com o ambiente de trabalho, a sobrecarga de trabalho, a possibilidade de progressão na carreira e a satisfação financeira. Os autores concluíram que 86% dos profissionais de enfermagem trabalham nesta área porque é a que mais gostam contudo, apresentam níveis elevados de *stress* essencialmente pela sobrecarga de trabalho, o que conseqüentemente leva à desmotivação da equipa. A falta de prestígio profissional é referida pelos enfermeiros (96%) como sendo um dos factores de desmotivação profissional.

11 - Factores antecedentes de *burnout*

A multiplicidade de factores que podem ser indutores de *burnout* podem ir desde as características pessoais, como o tipo de personalidade, até às características das organizações (Benach *et al.*, 2002).

Leiter e Maslach (2000) apontam as características pessoais como factor importante para os antecedentes de *burnout*. Por sua vez, Moreno-Jiménez *et al.* (1997), referem o contexto organizacional e Queirós (1995) considera que trabalhos onde os profissionais são responsáveis por pessoas é um importante indutor de *stress* e *burnout*.

11.1 - Factores organizacionais como antecedentes de *burnout*

Segundo Browning *et al.* (2007), Queirós (1998) e Quirós-Aragón *et al.* (2007), as características do serviço onde os profissionais de saúde trabalham interfere de forma significativa com os níveis de *burnout*. Desta forma os autores identificam os serviços de urgência e as UCI como os locais onde os profissionais têm, de acordo com os trabalhos de investigação, os mais elevados níveis de *burnout*.

A imprevisibilidade da evolução das situações clínicas, a permanente responsabilidade pela preservação da vida dos utentes, as habilidades nos processos de comunicação da equipa multidisciplinar, a sobrecarga e o ritmo de trabalho, são considerados pelos autores factores antecedentes de *burnout*. Factores como pouca liberdade para tomar decisões, pouca valorização da criatividade dos profissionais, respostas inadequadas às necessidades dos profissionais são aspectos presentes em organizações excessivamente burocratizadas como as instituições de saúde (Moreno-Jiménez *et al.*, 2001).

Organizações com uma forma de gestão muito centralizada, que não permite a intervenção autónoma dos seus colaboradores, são consideradas instituições potencialmente geradoras de *stress* e de *burnout* (Ross e Altmaier, 1994; Robbin, 1998).

Vários estudos têm mostrado que a falta de apoio social e emocional por parte de colegas e líderes é um factor que condiciona o aumento de *burnout* (Constable e Russel, 1986; Garret & McDaniel, 2001; Gil-Monte *et al.*, 1996). Relações interpessoais disfuncionais ou fracas no local de trabalho, ausência de empatia entre

colegas, pouco apoio social e emocional e falta de coesão entre a equipa conduzem a situações de desconfiança e a sentimentos de ameaça, sendo por isso, considerados factores antecedentes de *burnout* (Ramos, 2001).

Dos factores antecedentes que permitem prevenir o *burnout* nas organizações, constam, a valorização da opinião dos profissionais nas tomadas de decisão, o relacionamento entre profissionais que trabalham juntos, ou seja, com um bom clima de trabalho, uma vez que este permite alcançar bem-estar, confiança e segurança emocional. O apoio social de colegas e superiores hierárquicos, nas situações de fracasso ou de êxito, a promoção da motivação e a partilha dos problemas, são também considerados factores protectores de *burnout* (Browning *et al.*, 2007), Queirós, 1998), Quirós-Aragón *et al.*, (2007), Constable e Russel, (1986), Garret e McDaniel (2001), Gil-Monte *et al.* (1996) e Moreno-Jiménez *et al.* (2001).

11.2 - Factores associados à actividade profissional como antecedentes de *burnout*

A actividade profissional desempenhada pode ter factores que condicionam de forma negativa o bem-estar dos profissionais e de forma positiva o aparecimento de *burnout*. Com efeito são vários os factores indutores de *burnout* associados à realização da actividade profissional, nomeadamente, apresentamos como exemplos, a sobrecarga de trabalho e de tarefas a serem realizados e o curto espaço de tempo para a sua realização, o ritmo intenso em que são realizadas as actividades solicitadas

e a autonomia e o controlo sobre a situação de quem realiza a actividade (Ramos, 2001; Karasek e Theorell, 1990; Ross e Altmaier, 1994).

A realização do trabalho por turnos, impossível de alterar no trabalho dos profissionais de saúde, tem implicações psicossomáticas crónicas, como insónias, alterações gastro-intestinais e cefaleias, quando o trabalho é realizado por grandes períodos de tempo (Gomes, 1998). Por outro lado, o trabalho realizado por turnos pode ser explorado pelos profissionais e pelas organizações de uma forma positiva, uma vez que impedem a rotina e permitem uma maior disponibilidade para actividades de lazer e sociais. A rotina e o trabalho monótono são considerados factor de *stress*. Para Karasek e Theorell (1990) o trabalho monótono assemelha-se à sobrecarga de trabalho, uma vez que não coloca desafios aos profissionais. Sendo que de acordo com Pines e Maslach (1980) a desilusão e a falta estímulo no contexto de trabalho são factores que contribuem para o desenvolvimento gradual de *burnout*.

12 - Causas e sintomas da síndrome de *burnout*

Para Benevides-Pereira (2002) são vários os sintomas que encontramos no síndrome de *burnout* e estes podem ser divididos em 4 grupos: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. As causas e os sintomas da síndrome não são universais, pois dependem das características da pessoa, das circunstâncias, dos contextos e do grau. Assim, temos os sintomas físicos: fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares e osteo-articulares, cefaleias, perturbações gastro-intestinais, imunodeficiência, transtornos cardio-vasculares,

distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações do ciclo menstrual. Como sintomas psíquicos, a autora apresenta: a falta de atenção e de concentração, alterações da memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, baixa auto-estima, labilidade emocional, astenia, desânimo, desconfiança e paranóia. Os sintomas comportamentais presentes são: negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade, aumento da agressividade, incapacidade para relaxar, resistência à mudança, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco e suicídio. Nos sintomas defensivos, a autora refere: tendência para o isolamento, sentimento de onipotência, perda de interesse pelo trabalho, perda de interesse pelo lazer, absentismo, ironia e cinismo.

Para Benevides-Pereira (2002), é fundamental os próprios profissionais saberem identificar estes factores, pois as consequências não são nocivas só para a pessoa, mas também para os utentes/doentes, para os elementos da equipa, para a família e para as organizações.

As causas do *burnout* não surgem de forma isolada, uma vez que é a confluência de múltiplas causas que podem desencadear o síndrome de *burnout*. Benevides-Pereira (2002) apresenta como aspetos facilitadores do aparecimento do *burnout*, as características pessoais, como a idade, o sexo, o nível educacional, ter ou não filhos, a personalidade, o nível de resiliência, os padrões de personalidade tipo A, as variáveis do *self*, as estratégias de enfrentamento, o neuroticismo, o perfeccionismo, o sentido de coerência, a motivação e o idealismo.

O aparecimento da síndrome está também dependente das características do trabalho, tendo assim como factores associados: o tipo de ocupação, o tipo de profissão, o tempo na instituição, o trabalho por turnos, a sobrecarga, o relacionamento entre a equipa, o assédio moral, as relações profissional-utente, a ambiguidade de papel, o suporte organizacional, a satisfação, o nível de autonomia e controle, a pressão, a possibilidade de progressão, o conflito com valores pessoais e a falta de *feed-back*.

As características organizacionais têm também um papel importante como facilitador do aparecimento do síndrome de *burnout*. Como características organizacionais Benevides-Pereira (2002) apresenta: o ambiente físico, as mudanças organizacionais, as normas institucionais, o clima, a burocracia, a comunicação, as recompensas e a segurança.

A ausência de suporte social e familiar, a cultura e o prestígio, são factores sociais que também contribuem para o aparecimento da síndrome de *burnout*.

13 - Consequências da síndrome de *burnout*

Autores como Braithwaite (2008) referem que sendo o *burnout* um problema real é necessário que sejam elaborados e implementados programas de intervenção para populações mais vulneráveis e em maior risco, como são os profissionais de saúde. Sendo um problema essencialmente associado ao contexto de trabalho, o *burnout* afecta outras áreas da vida dos profissionais como a vida pessoal e familiar (Maslach, 2000).

A exaustão emocional leva a situações de mal-estar físico com sintomatologia real, relacionada com fadiga persistente, insónias, hipertensão, cefaleias e alterações gastro-intestinais (Edwards e Burnard, 2003; Maslach e Leiter, 1997). A exaustão emocional reduz a produtividade, aumenta o absentismo e afecta as relações de trabalho com a equipa e o envolvimento profissional com os utentes. Estas situações podem levar ao desejo de maior rotatividade ou de abandonar o trabalho. Maslach e Jackson (1984) mostraram através dos seus estudos, que o desejo de rotatividade, principalmente em profissionais que trabalham com pessoais está relacionado com os níveis de *burnout*. A permanente exposição a situações indutoras de *stress* conduz a sentimentos de incompetência, ansiedade e depressão (Murcho *et al.* 2009).

13.1 – Consequências do *burnout* para a saúde mental e física

Os estudos desenvolvidos na área da anatomofisiologia, como os que foram apresentados anteriormente, e os estudos desenvolvidos na área da psicologia e da medicina, com avaliação e monitorização dos neurotransmissores (Guyton, 1992), mostram que o *burnout* provoca várias perturbações entre as quais: síndrome de ansiedade, perturbações depressivas, síndrome de esgotamento, doenças psicossomáticas, agravamento de neuroses latente, aparecimento de surtos psicóticos e toxicoddependência (Nieto, 2009).

O *stress* provoca várias emoções desagradáveis e desconfortáveis, entre as quais o medo. O *burnout* transforma o medo em ansiedade, que surge pelo desequilíbrio neurofisiológico. Esta situação de alarme constante, mas inespecífica, impede o

indivíduo de desfrutar e de perceber a vida com prazer, pois são vários os estímulos que podem ser sentidos como uma ameaça, real ou imaginária.

A ansiedade proveniente dos estados de *burnout* é vivida como uma sensação de alerta constante, de inquietação permanente, de preocupação contínua, de irritabilidade e de impaciência (Nieto, 2009). Nos casos mais graves de *burnout*, a ansiedade permanente transforma-se em angústia, que é uma forma grave de ansiedade, onde o indivíduo sente dificuldade em respirar, pela permanente sensação de sufoco. O *burnout* provoca também situações de pânico, vivenciadas na maior parte das vezes após situações de perda e que são acompanhadas por sensações desagradáveis como dor pré-cordial, enjoo, taquicardia, suores frios, secura da boca e calafrios (Nieto, 2009; Seeley *et al.*, 2005; Jacob *et al.*, 1980; Tortora, 2000; MacKay, 2005).

A depressão pode ser uma das situações clínicas presentes no síndrome de *burnout*. A perda de controlo sobre a vida, as alterações do humor e a dificuldade em ter prazer com a vida (anedonia), provocados pela diminuição da síntese de dopamina, são alguns dos sintomas presentes no quadro da depressão.

A depressão provoca alterações do pensamento, tristeza, auto-repreensão e desinteresse (Fernandez, 1993; Nieto, 2009). A síndrome de *burnout* provoca só por si, tristeza, pelas alterações neuroquímicas, mas a tristeza da depressão é profunda e constante. A depressão leva o indivíduo a isolar-se e a manifestar dificuldade em comunicar com os outros.

Fernandez (1993) faz referência a um tipo de depressão frequente no *burnout* associado ao contexto laboral, a depressão anérgica. A designação de anérgica tem

que ver com o facto de estarem presentes essencialmente, sintomas anérgicos, ou seja, associados a falta de energia. Alguns dos sintomas vivenciados são: dificuldade em seguir um raciocínio provocado pelas alterações do pensamento e pelas alterações da memória, dificuldade em tomar decisões, astenia e alterações no desejo sexual.

Fernandez (1993) considera que uma forma de combater este tipo de depressão é combater a fonte de *stress* que conduziu ao *burnout*, evitar a instabilidade de horários, aumentar a capacidade para manter relações assertivas, fazer exercício físico, ter actividades fora do contexto de trabalho, solicitar apoio da família, dos colegas e dos amigos. Este autor descreve o *burnout* como uma situação que agrava sintomas neuróticos, nos indivíduos que já sofrem desta perturbação psiquiátrica.

As pessoas neuróticas não têm alterações do pensamento, nem da realidade apenas vivem as situações do quotidiano com um exagero desproporcionado. O núcleo sintomático dos neuróticos é a ansiedade, que aumenta nas situações de *burnout*, agravando as obsessões, a hipocondria e as fobias.

O desequilíbrio provocado pela síndrome de *burnout* leva muitas pessoas a procurar outras compensações, adquirindo ou aumentando o comportamento aditivo. Assim, é comum o aumento do consumo do tabaco, das bebidas alcoólicas, do café, de psicofarmacos sem controlo médico e de estupefacientes. Outros comportamentos apresentados, mas sem consumo de drogas destaca-se, a bulimia, a anorexia, a hiperagia e o jogo Fernandez (1993).

O *burnout* provoca igualmente distúrbios psicossomáticos ao nível do sistema muscular, com lombalgias, cervicalgias e tensão muscular permanente; no sistema gastrointestinal, provoca dificuldade em deglutir pela presença de espasmos do

esófago, diarreia, náuseas, vômitos, alteração da digestão, obstipação, aerofagia, secura da boca e falta de apetite; no sistema imunológico, pela diminuição da produção de anticorpos, diminuindo desta forma a resposta a situações inflamatórias; registam-se alterações no aparelho fonatório, com afonia e no aparelho respiratório com hiperventilação; ao nível da pele podem surgir problemas como eczemas, seborreia, neurodermites, psoríase, rosácea e alopecia; no sistema cardiovascular, a situação mais preocupante é a hipertensão arterial essencial; ao nível da sexualidade, verifica-se desinteresse, disfunção erétil, ejaculação precoce e dispareunia; no sistema reprodutor, verifica-se uma diminuição do número e da mobilidade dos espermatozoides, amenorreia, dismenorreia e interrupção espontânea da gravidez; em termos gerais, verifica-se um estado geral de fadiga, cansaço e astenia que não desaparecem com o descanso Fernandez (1993).

A sobrecarga de trabalho, os problemas profissionais, os conflitos laborais e a falta de apoio das organizações, conduzem muitos profissionais à síndrome de *burnout*. Uma das consequências da síndrome é o consumo de drogas, para aliviar a ansiedade, para aliviar o mal-estar emocional e para permanecerem mais tempo acordados (Gauer *et al.*, 2006). A facilidade de acesso a psicofármacos leva ao consumo abusivo e às consequências deste consumo. Estes autores fazem que referencia ao facto de que os profissionais mais vulneráveis ao consumo de substâncias são os que trabalham em UCI e os anestesistas.

13.2 - Repercussões do *burnout* nas organizações

O trabalho tem sido ao longo dos tempos um aspecto importante na vida das pessoas. Com o desenvolvimento das tecnologias e com as modificações dos contextos de trabalhos, as implicações do trabalho na vida das pessoas são cada vez mais positivas ou mais negativas (Richardson e Rothstein, 2008).

Os aspectos positivos do que se pode conquistar com o trabalho é o facto de ser uma fonte de recursos financeiros, que permite a sobrevivência e a independência. O rendimento proveniente do trabalho, permite aos indivíduos terem mais bens, mais conforto, mais bem-estar e mais acesso a bens como a saúde, a cultura e o lazer. O trabalho permite aos indivíduos obter uma identidade profissional e determinado estatuto e prestígio social. A realização pessoal advém de uma actividade profissional que se desenvolve com prazer e motivação, e esta por sua vez, leva a um maior envolvimento e a um reconhecimento de competência. O meio laboral é também um local onde os indivíduos têm o maior número de relações interpessoais (Richardson e Rothstein, 2008).

Por outro lado, o contexto de trabalho também apresenta aspectos negativos que contribuem para o mal-estar e para a insatisfação dos profissionais. Quando os indivíduos não acompanham as novas tecnologias, pelo grau de dificuldade destas ou pela rapidez de instalação, quando não há motivação para o trabalho, quando o trabalho é feito sem segurança de vínculo, quando a equipa de trabalho é uma fonte

de conflitos, quando os superiores hierárquicos exercem a sua actividade de forma autoritária, quando a ascensão numa carreira é adiada por motivos organizacionais, o mal-estar instala-se, o descontentamento cresce, a exaustão surge e qualquer factor assume-se como um indutor de *stress* e *burnout* (Ross e Altmaier, 1994; Richardson e Rothstein, 2008).

Várias profissões apresentam vulnerabilidade a diferentes factores indutores de *burnout*. Nas profissões relacionadas com a saúde, principalmente nos profissionais que prestam cuidados, as relações interpessoais com os sujeitos de cuidados e com a equipa de trabalho e as condições físicas e psicológicas do trabalho, são apontadas como os mais importantes factores indutores de *burnout* nestes profissionais. Acresce ainda, a reduzida autonomia para a tomada de decisões, o reduzido ou ausente apoio dos líderes directos ou da organização e os conflitos com elementos da equipa multidisciplinar (Middaugh, 2007; Pilette, 2005).

O fenómeno do *burnout* tem sido descrito por diversos autores como um problema para o indivíduo que dele sofre, mas também, um problema para as organizações. Os problemas para os profissionais decorrentes do *burnout* são as perturbações emocionais, psicofisiológicas e comportamentais, que contribuem negativamente para o seu bem-estar. Para as organizações o problema é visível ao nível do absentismo e dos custos associados, da desmotivação e da baixa produtividade por problemas de desempenho (Pilette, 2005; Schultz e Edimngton, 2007).

Autores como Pilette (2005), Schultz e Edimngton (2007) fazem referência a um novo conceito designado por presenteísmo. Este fenómeno decorrente dos contextos de

trabalho, diz respeito aos profissionais que fazem as suas actividades profissionais sem envolvimento, com um mau desempenho e com uma reduzida produtividade, por problemas relacionados com a sua saúde mental ou física. Os problemas mentais que os autores apresentam, são essencialmente relacionados com o *stress*, o *burnout* e a depressão. Os problemas físicos são lombalgias, artrites, asma, gripe, entre outros.

O presenteísmo tem elevados custos (Goetzel *et al.*, 2002), razão porque deveria ser considerados seriamente pelas organizações no sentido de os prevenir (Aronson *et al.*, 2005; Burton *et al.*, 2004). A partir da análise dos trabalhos desenvolvidos por Goetzel *et al.* (2002) depreende-se que as organizações têm um importante papel e uma grande responsabilidade na prevenção de situações como o *stress*, o *burnout* e o presenteísmo.

As estratégias organizacionais que podem ser desenvolvidas para diminuir o fenómeno do *burnout* são segundo alguns autores (Cherniss, 1980; De La Gángara, 2002; Leòn, 1998; Maslach *et al.* 2001; Peiró e Salvador, 1993; Garrosa *et al.*, 2002; Gasparini, e Barreto, 2006; Batista e Bianchi, 2006; Medland *et al.*, 2004) as seguintes: incentivar a autonomia dos profissionais; proporcionar horários flexíveis e permitir que os profissionais possam ter preferência por alguns os turnos; encorajar a tomada de decisões; reduzir horas de trabalho semanal; permitir que as equipas trabalhem por objectivos; dar feed-back ao trabalho desenvolvido pelas equipas; e, fazer mudanças nos estilos de liderança.

Sintetizamos referindo que ao vivemos no contexto social e histórico actual, as organizações têm que valorizar os aspectos éticos e o capital humano das suas

instituições. Estas devem procurar sempre, o difícil mas possível equilíbrio, entre o indivíduo e a equipa multidisciplinar, otimizando o que cada vertente tem de positivo.

A tão falada responsabilidade social das empresas e que está voltada para o exterior, deve dar também lugar há construção de uma responsabilidade social e ética, voltada para o interior. Consideramos fundamental que sempre que surgem resultados de trabalhos de investigação que mostrem que um determinado contexto de trabalho apresenta profissionais em *burnout* ou em risco para o *burnout*, a hierarquia organizacional tenha conhecimento. A identificação destas situações implica uma maior atenção por parte das instituições, no sentido de providenciar recursos e desenvolver estratégias, de prevenção eficazes.

O desenvolvimento de trabalhos de investigação promovidos pelas organizações, no sentido de avaliar os níveis de *burnout* dos profissionais e posterior intervenção, é cada vez mais útil para as instituições, no sentido em que podem reduzir os custos humanos e financeiros desta síndrome.

Os trabalhos de investigações desenvolvidos pelas e para as organizações permitem identificar factores indutores de *burnout*, as consequências para os profissionais e para as equipas e desenvolver a partir daí, modelos de actuação dirigidos e personalizados. Julgamos que organizações sensibilizadas para estas questões constróem ambientes de trabalho saudáveis e revêem no aumento de satisfação dos trabalhadores e na produtividade, o seu investimento em saúde.

Consideramos assim, que os níveis de saúde dos profissionais, pode ser um indicador de sucesso ou de fracasso de uma organização.

14 - Estratégia para a prevenção do *burnout*

A identificação das causas e dos factores que provocam *stress* e as preocupações com o *burnout*, são cada vez maiores, pois os estudos já mostraram que este pode ter graves implicações para a saúde e a para a qualidade de vida dos profissionais. As intervenções que têm como objectivo prevenir o *stress* e o *burnout* são as que podem a curto e médio prazo trazer mais benefícios. Contudo, estas intervenções têm que envolver factores determinantes para a sua realização como a vontade das organizações, da política nacional e da conjuntura económica. Uma estratégia de intervenção para prevenção do burnout só resulta, segundo Gil-Monte (2002) se for feita em três frentes: a nível individual, a nível grupal e a nível organizacional.

Frasquinho (2003) refere que as intervenções mais eficazes para a prevenção do *burnout* são aquelas que são desenvolvidas no contexto de um grupo e ao longo do tempo. Os grupos podem ter uma estruturação formal ou informal, com ou sem um orientador, com objectivos delimitados e com reuniões frequentes. Contudo, vários autores como Frasquinho (2003), Miki (2002) e Skovholt (2001) referem que os programas de intervenção que apresentam uma metodologia previamente delineada, com objectivos bem definidos, com intervenções estruturadas, com um orientador competente e com encontros frequentes, são os que melhores resultados poderão obter.

Lipp (1984) refere que a forma como se enfrenta o *stress* pode ser feita através da aprendizagem que se tem perante as situações ou os estímulos stressores. Assim, apresenta uma forma de tratamento comportamental que inclui três fases: 1 – nesta

primeira fase instituem-se estratégias que permitem ao indivíduo aprender a interpretar os estímulos que conduzem ao *stress* – incluindo-se a identificação dos sintomas, físicos e mentais apresentados, a sua intensidade e frequência; 2 – na segunda fase, o indivíduo aprende a desenvolver estratégias para reduzir as reacções psicofisiológicas que conduzem ao mal-estar e discute-se também nesta fase o conceito de *stress* e as respostas; 3 – na última fase o indivíduo torna-se capaz de implementar técnicas adequadas para exprimir e utilizar respostas contra o *stress*, incluindo o desenvolvimento de relaxamento e métodos de resolução de problemas, actividades físicas adequadas aos sintomas encontrados e correcções alimentares.

Para Guido (2003) as intervenções que devem ser feitas para prevenir o *stress* e o *burnout* podem ser agrupadas em três vertentes: quanto aos trabalhadores, quanto às equipas e quanto às organizações.

O aparecimento de situações como o *burnout*, em profissionais que do ponto de vista do conhecimento sabem o que é o *burnout*, vai ao encontro do que alguns autores intitulam de síndrome de invulnerabilidade médica (Martins, 1990). Para Martins (1990) há nos profissionais de saúde em geral e nos médicos em particular, a convicção de que as situações clínicas e os distúrbios que tratam, não os afecta e por isso não têm necessidade de pedir ajuda. A autora refere ainda que a onipotência presente em alguns profissionais de saúde é uma forma de mascarar problemas de identidade.

As intervenções que permitem ajudar os profissionais a gerir o *stress*, a prevenir o *burnout* e a promover o bem-estar, podem segundo Richardson e Rothstein (2002) e

Silva e Marques-Pinto (2005) abordar aspectos que permitem desenvolver estratégias úteis e adaptadas às condições adversas do meio laboral.

Autores como Kahn e Byosiere (1991) apresentam como intervenções para prevenir ou eliminar o *burnout* as estratégias que alteram as condições do contexto de trabalho, as estratégias individuais onde os profissionais reduzem as respostas negativas às condições existentes no meio laboral, as estratégias que permitem aumentar a resistências dos profissionais às condições adversas e as que apostam na intervenção e no apoio social. Por sua vez, Peiró e Salvador (1993) consideram que a melhor intervenção é a prevenção. Assim, as estratégias apresentadas por este autores centram-se numa diminuição entre as exigências do contexto de trabalho e os recursos dos indivíduos para a suportar, ajustar as exigências aos profissionais, através dos processos de selecção e promoção na carreira, disponibilizar apoio social e preparar os profissionais para enfrentar as situações adversas do seu contexto de trabalho.

Berger *et al.* (2003) referem que as organizações devem assumir a responsabilidade de criar e implementar actividades ou acções que promovam a saúde dos seus profissionais. Estes autores consideram que para conseguir esta realização, as organizações devem estar sensíveis à saúde e à qualidade de vida dos seus colaboradores, como uma mais-valia para a própria organização, devendo valorizar os aspectos relacionados com a segurança e a higiene no trabalho, criar espaços de trabalho ergonomicamente adaptados, seguros e prazerosos.

Burton *et al.* (2005) consideram que é da responsabilidade das organizações criar programas que permitam sensibilizar os seus profissionais para a prática do exercício

físico e para hábitos de vida saudável. Colocar o profissional certo no local certo e adequar o tipo de trabalho às limitações dos profissionais, são aspectos apresentados pelos autores, como uma boa gestão de recursos humanos, que ajuda a boa gestão do *stress* e conseqüentemente à prevenção do *burnout*.

Turpin *et al.* (2004) e Budden e Sagarin (2007) consideram igualmente que adequar o local de trabalho ao profissional certo, atendendo às condições de saúde dos profissionais e desenvolvendo programas dentro das organizações que incentivem os hábitos de vida saudável, são formas de prevenir o *burnout* e são aspectos circunscritos à responsabilidade das organizações.

Autores como Silva e Marques-Pinto (2005), Turpin *et al.*, (2004), Budden e Sagarin, (2007) Peiró e Salvador (1993), são unânimes a constatar que sempre que as organizações dão apoio e desenvolvem acções junto dos seus colaboradores no sentido de promover a sua saúde e bem-estar, os profissionais sentem-se mais satisfeitos, identificam-se e partilham os objectivos institucionais, melhoram o compromisso e aumentam a produtividade.

As estratégias para prevenção do *burnout* são todas as actividades ou formas que os profissionais encontram para prevenir o aparecimento ou o desenvolvimento do *burnout*. Assim, Pereira (2011) no seu estudo em Unidades de Cuidados Paliativos distinguiu dois níveis de estratégias para prevenção do *burnout*: as estratégias desenvolvidas em equipa, e que englobam todas as intervenções planeadas e realizadas intencionalmente para prevenir o *burnout* e as estratégias desenvolvidas de uma forma individual, que englobam as intervenções intencionais ou não, que os

profissionais adoptam para prevenir o desgaste emocional que o seu contexto de trabalho provoca.

As estratégias realizadas em equipa, incluíram falar sobre as vivências, os problemas e as emoções com outros elementos da equipa. Tal como referem nos seus estudos Twycross (2003), Carvalho (2006) e Bernardo *et al.* (2010), a comunicação aberta, disponível e eficaz contribui para a prevenção da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde.

O convívio fora do contexto de trabalho, com a promoção das relações interpessoais, contribui para a união e coesão entre os elementos da equipa. A partilha de espaços fora do dia-a-dia de trabalho faz com que os elementos da equipa se conheçam para além da dimensão profissional, facilitando desta forma a compreensão da personalidade de cada um e reforçando o suporte social (Carvalho, 2006). Vachon (1997) refere que a realização de actividades conjuntas são uma das melhores formas de manter a coesão da equipa, facilitar os processos de entre ajuda e prevenir desta forma o *burnout* pela rede de apoio social que se desenvolve.

O apoio formal de um técnico da área de saúde mental, nomeadamente um psicólogo, onde os profissionais podem fazer a gestão emocional dos seus conflitos interiores, revelou-se como uma estratégia muito benéfica para prevenir o *burnout* (Meier e Baresford, 2006). Este autor considera que este apoio deve ser operacionalizado a partir da disponibilização de um local e de tempo pré calendarizado, para que os profissionais possam verbalizar e expor as suas vulnerabilidades, a um profissional fora da equipa com quem trabalham.

As reuniões de equipa assumidas pelos profissionais como um factor protector de burnout, podem ser usadas para abordar assuntos específicos relacionados com a prestação de cuidados, mas também de assuntos relacionados com a dinâmica da equipa (Pereira, 2011). As reuniões permitem estruturar intervenções e manter a coerências dessas intervenções.

Pereira (2011) apresenta na sua pesquisa, estratégias para prevenção do *burnout* recolhidas de sugestões dos profissionais a trabalhar em UCP. Assim, os profissionais sugerem a existência de apoio psicológico da equipa, para que o oriente nas estratégias para prevenir o *burnout* e sugerem um mediador para as reuniões de equipa, sempre que o objectivo seja a gestão emocional. Os profissionais sugerem ainda as massagens de relaxamento, como um factor de bem-estar, que os ajuda a prevenir o burnout.

Autores como Osswald (2008) consideram que as reuniões periódicas da equipa cujo objectivo é a prevenção do *burnout*, deve ser feita por um profissional da área de psicologia, mas externo à equipa. Também Pereira (2009) considera igualmente que supervisão clínica das actividades desenvolvidas pela equipa, que se constitui um factor protector de *burnout*, deve ser realizada por um mediador externo. Não obstante importa referir que a implementação de estratégias para prevenir o *burnout* que impliquem outros recursos humanos, necessitam da aceitação e autorização das organizações (Pereira, 2011).

Estudos experimentais realizados em situação de doença têm mostrado que intervenções ao nível do *stress* se mostram benéficas para a longevidade. Assim, Cohen e Herbert (1996) realizaram uma intervenção e um estudo longitudinal com

um grupo de controlo e um grupo experimental de doentes com melanoma, que consistia em sessões de 90 minutos, cuja intervenção se baseava na gestão do *stress*, desenvolvimento de mecanismos de *coping* e discussão. Após 6 meses da intervenção os grupos foram analisados e verificaram-se alterações ao nível do sistema imunitário. Assim, o grupo experimental apresentava um aumento de linfócitos, um aumento de células *natural killer* (NK) e uma diminuição de células T. Uma segunda avaliação seis anos depois, comprovou que os doentes do grupo experimental apresentavam uma taxa de sobrevivência maior.

Ivancevich *et al.* (1990) apresentam no seu trabalho aspectos considerados importantes na gestão do *stress* e na prevenção do *burnout* em contexto laboral. Assim, os autores referem que uma das primeiras medidas a adoptar é interromper o ciclo do *stress*. Neste sentido, apresentam as seguintes medidas: reduzir a intensidades dos factores indutores de *stress*; ajudar os profissionais a modificar a percepção das situações stressantes; e ajudar a desenvolver estratégias de *coping* para enfrentar as situações stressoras.

Powel e Enright (1990) apresentam várias estratégias que consideram ser as mais significativas para gerir o ciclo de *stress* e prevenir situações de *burnout*. Para estes autores uma das primeiras medidas é: a) melhorar o suporte social, uma vez que este ajuda a prevenir situações de *burnout*; b) outra medida é melhorar o controlo pessoal, uma vez que se os profissionais sentem que detêm o controlo da situação, mais capacidade têm para enfrentar as situações stressoras; c) organizar melhor o dia, através da gestão do tempo; d) reforçar estilos de vida saudável através da implementação da prática de exercício físico; e) providenciar uma alimentação

saudável adequada aos gastos energéticos e com alimentos dos vários grupos; f) dormir um número de horas necessárias para a actividade profissional que realizam; g) fazer meditação, uma vez que está comprovada os efeitos benéficos na gestão do *stress*; h) fazer treino de técnicas de relaxamento, como forma de reduzir a ansiedade e a tensão muscular; i) fazer dessensibilização sistemática, com recurso à imagética para associar situações positivas ou neutras às situações de *stress*; j) desenvolver treino de assertividade, uma vez que os processos de comunicação vão condicionar as relações interpessoais e o bem-estar ou mal-estar do profissional; k) aprender a controlar as situações de *stress* por modelagem; l) desenvolver técnicas de modificação do comportamento, nomeadamente, aprender padrões de comportamento que ajudam a controlar o *stress*.

Em síntese, a psicologia tem ao longo do tempo, desenvolvido inúmeras técnicas de intervenção, que se têm mostrado muito benéficas para a gestão do *stress* e para a prevenção do *burnout*. O que falta é uma estrutura organizacional que reconheça os prejuízos pessoais e organizacionais do *burnout* e promova uma intervenção adequada e adaptada a cada grupo de profissionais.

14.1 - Estratégias individuais

Para a prevenção ou controle dos aspectos emocionais diversas técnicas são propostas por diversos autores, entre as quais se valorizam as técnicas de relaxamento, as técnicas de resolução de problemas, técnicas cognitivas, treino da assertividade, técnicas de autocontrole que permitem o desenvolvimento das

habilidades para o enfrentamento do *burnout* (Cherniss, 1980; Gil-Monte e Peiró, 1997; Maslach *et al.*, 2001; Ojeda, Ramal, Calvo e Vallespin, 2001; Peiró e Salvador, 1993; Yela, 1996).

Outros autores como O'Brien (1998), referem que uma estratégia eficaz será ajudar os profissionais a reconhecer os factores de risco, que podem ser alterados e os que não podem ser alterados e os sintomas associados. Mickler e Rosen (1994) verificaram na intervenção que fizeram com profissionais de saúde, que a informação dada sobre os factores que conduzem ao *stress* e a forma de os enfrentar, atenuava os efeitos do *burnout*.

Já Arranz, Barbero, Barreto e Bayés (1997) referem que as situações de controlo do *burnout* estão muitas delas dependentes da intervenção individual. Contudo, há limites para o controlo individual, pelo que os autores fazem referência a factores organizacionais que o indivíduo não pode alterar. A aceitação da realidade e a adaptação a essa mesma realidade é um dos factores que ajuda os profissionais a desenvolver o seu trabalho.

Maslach *et al.* (2001) referem que as estratégias individuais de enfrentamento e de relaxamento são eficazes para prevenir ou aliviar a sintomatologia emocional. Todavia este tipo de estratégias não resulta nos outros aspectos, como por exemplo nos locais onde o profissional não tem possibilidades de controlar os factores *stress* do local de trabalho.

As intervenções dirigidas ao indivíduo, pretendem essencialmente, ajudar ou ensinar a lidar com as situações geradoras de *stress*, a partir das alterações da percepção da

situação ameaçadora (Ivanovich e Matteson, 1988), assim como, prevenir as respostas negativas associadas ao *stress* (Garrosa et al., 2002).

Os profissionais desvalorizam as suas necessidades e os recursos necessários para melhorar o seu bem-estar e conseqüentemente, o bem-estar profissional (Campos, 2005). As estratégias eficazes incluem formação sobre os factores de risco e suas conseqüências, alterações do comportamento, gestão das tarefas no tempo, aprendizagem de técnicas de relaxamento e estratégias de *coping*.

As estratégias de *coping* são definidas como “um esforço cognitivo e comportamental, realizado para dominar, tolerar ou reduzir as exigências internas e externas” (Rodrigues, 2006; Christofolletti, 2007). Os mecanismos de *coping* podem ser divididos em duas dimensões: o *coping* dirigido ao problema, onde se pretende definir o problema, as dificuldades a ele associados e procurar soluções para resolver o *coping* centrado nas emoções, que pretende encontrar valores positivos, para vivências ou situações negativas, de forma a diminuir o impacto emocional dos factores indutores de *stress* (Folkman e Lazarus, 1984).

A estratégia de *coping* adoptada é individual e está dependente das características de personalidade e do percurso de vida de cada pessoa. Neste sentido, é fundamental que estes aspectos sejam respeitados, para que a intervenção tenha sucesso. Não obstante, vários autores consideram que o *coping* centrado no problema é mais eficaz, porque tem uma maior probabilidade de reduzir o *stress* e o *burnout* (Sanzovo e Coelho, 2007).

Num estudo cuja amostra foram enfermeiros, os mecanismos de *coping* mais usados foram a resolução do problema e o suporte social (Rodrigues, 2006). Num estudo

idêntico realizado com psicólogos, os mecanismos de *coping* mais usado foi a prática de exercício físico e o suporte social (Sanzovo e Coelho, 2007). Verificamos que as estratégias adoptadas estão associadas a factores que dão bem-estar.

Parece ser consensual entre os diversos autores que estudaram o *stress* e o *burnout*, que ter hábitos de vida saudáveis, como a prática de exercício físico (moderado, mas regular), dormir um número de horas suficiente (para a maioria entre 7 a 8 horas), manter uma dieta equilibrada e variada e ter actividades de lazer, parecem diminuir os efeitos nocivos do *stress*, e previnem o *burnout* (Murta e Tróccoli, 2007; Rodrigues, 2006; Spindola e Martins, 2007; Christofolletti et al. 2007; Carvalho e Felli, 2006). As vantagens das estratégias individuais embora nem sempre simples de colocar em prática, dependem inteiramente do indivíduo que se disponha a realizá-las. As relações profissionais podem ser fontes indutoras de *stress*. Neste sentido, as intervenções a este nível, devem ser dirigidas à identificações dos mecanismos de interacção das equipas, gestão de conflitos, desenvolvimento de técnicas de assertividade e negociação.

É também da responsabilidade dos profissionais desenvolver estratégias individuais para a gestão do *stress* e prevenção do *burnout*. Dentro destas estratégias podemos destacar a criação de expectativas realistas em relação à sua vida profissional e pessoal, desenvolver acções que lhes permitam fazer face a situações de *stress*, como ter uma vida saudável com um número suficiente de horas de sono, alimentação equilibrada, praticar desporto, ter actividades recreativas, criar redes de apoio familiar, vigiar a saúde, organizar o tempo e fomentar amizades.

Independentemente dos estudos apresentarem o *burnout* dividido em três dimensões, individual, grupal e organizacional e com três tipos de sintomatologias, emocional, psicológico e comportamental, não podemos esquecer que este fenómeno deve ser analisado e intervencionado como um todo.

14.2 - Estratégias organizacionais

Actualmente as organizações de saúde, devido ao incremento de tecnologia sofisticada que os profissionais têm que dominar, à competitividade entre instituições e sectores, ao aumento de desemprego entre os profissionais de saúde e à instabilidade económica, criaram condições para o aparecimento e a intensificação de factores indutores de *burnout*. Assim, o contexto laboral nas áreas da saúde, e mais do que em qualquer outro momento, as organizacionais impõem exigências aos seus trabalhadores, que os torna particularmente vulneráveis a situações de mal-estar e de *burnout* (MacIntyre, 1998;. Maslach e Leiter, 2000; Martinez, 2006).

As rápidas transformações económicas e sociais que aconteceram no nosso país nos últimos anos, levaram a modificações no trabalho dos profissionais de saúde, que não têm sido adequadamente acompanhadas pelas organizações de saúde.

Independentemente dos trabalhos de investigações desenvolvidos nos últimos anos, que mostram o risco para o desenvolvimento do *burnout* nos profissionais de saúde, pouco se tem feito pela manutenção da saúde destes profissionais. A forma como os profissionais de saúde são pressionados actualmente, no sentido de uma produtividade cada vez mais eficiente resulta num estado de desequilíbrio físico e

emocional, que leva por sua vez a estados de doença e desmotivação com o trabalho (Benvides-Pereira, 2002; MacIntyre, 1998; Maslach e Leiter, 2000; Martinez, 2006).

Segundo Chiavenato (1995) uma organização é um sistema complexo de actividades desenvolvidas de uma forma coordenada, com objectivos determinados, que apresenta normas e valores, cujas actividades são realizadas por grupos de pessoas, idealmente equipas, que trabalham para atingir objectivos comuns.

As organizações de saúde são exemplos de estruturas organizadas, mas complexas, com pessoas que desenvolvem as suas actividades em situações emocionalmente esgotantes, como a doença e a morte. O objectivo mais importante de uma organização de saúde é prestar cuidados diferenciados aos utentes. A Missão das várias organizações de saúde nacionais, é a de prestar cuidados de saúde de qualidade, articulando as suas actividades com outros serviços de saúde e outros recursos da comunidade, investir na competência e motivação dos profissionais, concretizando a sua responsabilidade social de manter a qualidade com a mais elevada eficácia e eficiência. Faz também parte das responsabilidades de uma organização de saúde promover a formação dos seus profissionais, valorizar a investigação e aplicar os conhecimentos científicos na prestação de cuidados.

A criação recente de centros hospitalares veio acrescentar complexidade à já complexa organização dos serviços de saúde, uma vez que houve necessidade de se proceder a ajustamentos de índole diversa. Para o cumprimento das suas responsabilidades de missão, as organizações têm exigido aos seus profissionais mais quantidade e mais qualidades nas suas intervenções e mais conhecimento e operacionalização dos protocolos de actuação, mais exigências na racionalização dos

recursos humanos e materiais, menos segurança nos processos de contratação, mais adaptações e mais necessidade de mobilidade interna. De acordo com as vivências actuais dos profissionais de saúde, e considerando os condicionamentos apresentados e os trabalhos de investigação que se têm desenvolvidos nas últimas décadas, julgamos estarem reunidas as condições para surgirem níveis de *burnout* elevados. É fundamental ter em conta estes factores e desenvolver medidas que permitam minimizar os efeitos destes mesmos factores, de modo a prevenir situações que possam conduzir ao síndrome de *burnout* (Turner *et al.*, 2008).

Às organizações compete estabelecer com os seus profissionais um relacionamento hierárquico baseado em princípios éticos. Dentro das responsabilidades éticas das organizações, encontrar-se o assumir do controlo da gestão dos factores indutores de *burnout*, no empowerment dos seus profissionais e na avaliação do processo de adaptação às mudanças organizacionais.

O meio ambiente em geral e os contextos laborais em particular, são já há algum tempo, considerados factores que condicionam o bem-estar ou o mal-estar dos trabalhadores. A síndrome de *burnout* é mais um problema do local onde as pessoas trabalham, do que um problema das pessoas que trabalham (Medland *et al.*, 2004), daí ser tão importante a intervenção organizacional. O prejuízo para as organizações é grande, uma vez que a síndrome de *burnout* afecta o relacionamento e o compromisso que os profissionais têm com o seu contexto de trabalho. As situações de *burnout*, levam ao desgaste, à baixa produtividade e ao absentismo, prejudicando seriamente a qualidade dos cuidados prestados (Rodrigues, 2006).

Organizações pouco flexíveis, com uma excessiva valorização dos aspectos económicos e com desvalorização da intervenção dos profissionais, geram insatisfação, desajustamentos entre o trabalho e o profissional. Este tipo de organizações leva a que os profissionais apresentem problemas de saúde física e mental, comprometendo desta forma as relações psicossociais entre profissionais e utentes, entre profissionais e os pares e entre os profissionais e a organização (Fernandes *et al.*, 2006; Dejour, 1994).

São vários os investigadores que se dedicaram ao estudo do *burnout* e que recomendam às instituições melhorar as condições de trabalho, adequando essas condições às exigências de cada grupo profissional. Dentro destas condições estão melhorar as condições ergonómicas (Spindola e Martins, 2007), reforçar a actuação dos serviços de saúde ocupacional, numa tentativa de despistar precocemente e prevenir situações de *burnout* (Fernandes *et al.*, 2006), valorizar e alterar os processos de comunicação vertical entre os profissionais ou os seus representantes e os órgãos de direcção ou administração, reconhecer o mérito, o envolvimento e a disponibilidade dos profissionais para projectos institucionais ou outros (Borges *et al.*, 2002). É também reconhecida a necessidade de ajustar os recursos humanos, no sentido de colocar o profissional certo no lugar certo.

Sabendo que os riscos psicossociais relacionados com a actividade profissional no sector da saúde são a sobrecarga horária, a ambiguidade de papéis, as relações profissionais conflituosas e a dificuldade em conciliar uma vida profissional por turnos e a vida familiar, os investigadores têm vindo a reconhecer que a intervenção organizacional é fundamental, no sentido de alterar o que está a prejudicar os

trabalhadores e capacitando-os para enfrentar os factores indutores de *burnout* através de formação permanente (Gomes, 2006; Spindola e Martins, 2007). As intervenções dirigidas à organização devem centrar-se na promoção das condições de uma cultura organizacional saudável, para além da prevenção. Assim, a responsabilidade das organizações será a seguinte: implementar condições de trabalho que valorizem a higiene e a segurança no trabalho, flexibilizar horários, identificar os pontos mais vulneráveis da organização do trabalho e alterá-lo, aceitando as sugestões dos profissionais envolvidos, adaptar os profissionais aos locais de trabalho tendo em conta as suas competências pessoais e profissionais, organizar formações em serviço com carácter obrigatório para todos os profissionais, principalmente aqueles que trabalham em contextos mais adversos, como as UCI. As sugestões de formação para prevenção do *burnout*, devem englobar temáticas como a gestão de emoções, a gestão de conflitos, a gestão do *stress* e relações interpessoais. É também das organizações a responsabilidade de promover grupos de trabalho para projectos de investigação, regular através de normas e protocolos a prestação de cuidados, estimular o desempenho e a motivação, promovendo a elaboração de trabalhos multi e interdisciplinares como casos de estudo (Pelletier e Lutz, 1991).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002) refere que é da responsabilidade das organizações a prevenção do *burnout* relacionado com o trabalho. As orientações são claras quando referem que as entidades empregadoras são responsáveis pela prevenção da síndrome do *burnout*, no que diz respeito à sua identificação, avaliação e redução dos riscos, identificando grupos ou indivíduos mais vulneráveis e implementando estratégias adequadas à prevenção.

A redução do número de horas de trabalho parece ser à partida um dos factores a ter em linha de conta pelas organizações, para diminuir a sobrecarga dos profissionais de saúde. Contudo, vários estudos (Teixeira, 2013; Thomas, 2004) têm mostrado que este factor só por si, não reduz os níveis de *burnout*. Mais do que reduzir as horas de trabalhos, o tipo de trabalho e a melhor organização do trabalho (Kluger *et al.*, 2003) dos profissionais, parecem ser um dos factores que está directamente relacionado com a diminuição dos níveis de *burnout*.

As empresas do século XXI preocupadas com a sua rentabilidade e com a necessidade de atingir os objectivos propostos, têm valorizado uma gestão baseada numa economia ecológica, principalmente numa ecologia humana (Espada, 2009). Perante os sinais da crise económica mundial, é necessário reavaliar e reconstruir os valores humanos, no sentido das empresas assumirem a responsabilidade de serem locais de formação de valores e comportamentos éticos (Espada, 2009, p. 23).

Dentro da dinâmica e da cultura organizacional, temos de formar os líderes para que não sejam eles fontes indutoras de *stress* e de *burnout*. Se as instituições de saúde têm líderes que promovem o *stress*, por desvalorização da sua vida pessoal e emocional ou por exigências irrealistas de cumprimento de objectivos, vão em consequência disto desvalorizar as necessidades humanas dos seus colaboradores.

Onyett (2011) que considera que uma boa relação entre profissionais, um bom trabalho de equipa, uma liderança eficaz, uma boa gestão e apoio social aos profissionais, são factores protectores para prevenir o *burnout*.

Uma das estratégias organizacionais e políticas para prevenir o *burnout*, é permitir que os profissionais tenham estabilidade profissional, uma vez que os estudos

mostram que os profissionais que não pertencem ao quadro da instituição, encontram-se em maior risco de desenvolver *burnout* (Teixeira, 2013) e de apresentar perturbações psicológicas. Tal acontece, pelo facto de terem menos segurança na manutenção do trabalho, menos condições de trabalho e consequentemente menos satisfação no trabalho (Virtanen *et al.*, 2005).

Autores como Delaney e Godard (2001) consideram que o motor e o sucesso do desenvolvimento das organizações são os seus recursos humanos. Neste sentido, é fundamental que as organizações estabeleçam metas de capacitação dos seus profissionais de forma a tornar a sua actuação mais facilitada, mais competente, e consequentemente mais eficaz e eficiente. Para tal é necessário motivar e desenvolver uma cultura organizacional que melhore a satisfação profissional e pessoal, aumentando a produtividade. É fundamental que as organizações valorizem os aspectos atrás descritos, pois vários autores têm mostrado que a inadequação e o desajustamento entre os profissionais e o contexto de trabalho e as actividades desenvolvidas, maior é a probabilidade de desenvolver *burnout* (Maslach e Goldberg, 1998). Estes autores apresentam de forma concreta e objectiva, os factores e as situações que podem desencadear *burnout*, com todas as consequências que este tem para os indivíduos e para as organizações. Neste sentido, os factores que podem potenciar o aparecimento de *burnout* são a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo sobre o trabalho que realizam, recompensas monetárias ou emocionais reduzidas, isolamento dos elementos da equipa, sensação de injustiça por comportamentos contrários à equidade e conflito de valores, entre o que é solicitado pelo contexto de trabalho e os valores e princípios morais do profissional.

O reconhecimento da existência destes factores deve levar as organizações a providenciar medidas de intervenção que minimizem os factores stressores e previnam situações de *burnout*. Cabe também às organizações compreender que o ajustamento a situações inevitáveis como o aumento do número de horas de trabalho e a sobrecarga de actividades e de responsabilidades exigidas aos profissionais de saúde, pode ser colmatado com a valorização do seu trabalho, das suas competências e das suas necessidades.

Autores como Albaladejo *et al.* (2004) e Bernardo *et al.* (2010) consideram que é da responsabilidade dos gestores das organizações, providenciar formas de reduzir as situações de *stress*, a que os seus profissionais estão sujeitos. Não sendo possível eliminar na totalidade os factores e as situações de *stress* que de forma repetida poderão conduzir ao *burnout*, há que preparar os profissionais para estas situações através de programas de formação. Consideramos que trabalhar em UCI, é uma das situações em que não é possível eliminar os factores stressores na sua totalidade, pela inerência e pelo tipo de trabalho, mas é pelo menos possível ajudar os profissionais a gerir o *stress* e prevenir desta forma o *burnout*.

Uma das formas de condicionar o aparecimento de situações de *stress*, é por exemplo, definir objectivos. Quando os profissionais de uma organização têm um conhecimento preciso dos objectivos da instituição e do serviço onde trabalham, tal, reduz substancialmente as incertezas quanto ao seu papel e às suas funções.

Uma outra estratégia será a de dar apoio emocional. Prestar apoio emocional é uma forma de mostrar preocupação e valorizar o indivíduo dentro da organização. O apoio prestado pelas lideranças intermédias faz com que os profissionais tenham

mais resistência para reagir às situações de *stress* e às pressões decorrentes do seu trabalho, como doentes com situações clínicas graves, elevadas taxas de mortalidade e a complexidade nas tomadas de decisão em ética. Quando as organizações assumem um estilo de gestão de conflitos de tipo “colaborativo” (tenta chegar a acordo com todas as partes, minimizando os aspectos negativos para profissionais e organização) e do tipo “compromisso” (pretende-se um compromisso entre o que os profissionais desejam e o que a instituição impõe) revelam perante os profissionais a confiança que nele depositam e preocupação com o seu bem-estar.

A criação de programas de intervenção que promovam a saúde e o bem-estar dos profissionais é considerada também uma intervenção positiva por parte das organizações. Redimensionar o trabalho, treinar os profissionais para trabalhar em equipa, formar líderes, implementar programas que incentivem o exercício físico e uma alimentação cuidada são também exemplos positivos que as organizações devem adoptar para gerir o *stress* e prevenir o *burnout*. A flexibilização de horários para profissionais que estejam em formação ou para profissionais com filhos nos grupos etários da latência, pré-escolares e escolares são igualmente benéficos.

O problema de falta de recursos humanos e materiais, a falta de motivação e empenho dos líderes (Selznick, 1957) são questões do passado e do presente (Gardner, 1990). As organizações têm verificado ao longo do tempo, que quanto maior é o problema enfrentado, maior é a necessidade de uma liderança, eficaz e eficiente (Marquis & Huston, 1999). Transformar chefes em líderes, começa por aprofundar as noções básicas do que é liderança num contexto de saúde, e de como desenvolver as competências para ser líder, uma vez que as habilidades de liderança

têm que mudar sempre que as circunstâncias mudam (Marquis & Huston, 1999). Ao analisarmos as teorias sobre liderança verificamos que estas têm mudado ao longo dos tempos e um líder eficiente do passado, não tem as características necessárias aos líderes de hoje.

É fundamental que as organizações de saúde não confundam desafio com pressão. O desafio é estimulante, leva ao entusiasmo e à optimização dos desempenhos, a pressão cria instabilidade e desequilíbrios físicos, emocionais e comportamentais, ou seja ao *burnout* (Espada, 2009). Para que uma organização atinja os objectivos que se propõe atingir, tem que compreender que a mudança também se faz ao nível dos recursos humanos. A gestão de recursos humanos tem que ser personalizada, pois é importante compreender que o estímulo, o desafio e a pressão são diferentes de serviço para serviço e são sentidos de forma diferente por cada uma das pessoas (Espada, 2009). Não é possível obter os mesmos resultados, gerindo da mesma forma os recursos humanos de uma UCI e de um outro serviço qualquer.

É importante que as organizações de uma forma geral e as organizações de saúde de uma forma particular, compreendam que é necessário introduzir uma gestão emocional dos recursos humanos. O tão fundamental controlo de qualidade de bens e de serviço deve ter uma nova forma de abordagem, que é o controlo da qualidade de vida (Espada, 2009) dos profissionais de saúde.

Há uma dimensão do trabalho que as organizações têm que ter em conta, o excesso de horas, não é igual a maior rentabilidade e produtividade.

A gestão dos conflitos e a formação dos profissionais para a gestão dos conflitos é da responsabilidade das organizações. Menos conflitos criam ambientes de trabalho

onde há mais harmonia, mas cooperação e maior responsabilização (Espada, 2009).

A qualidade dos serviços prestados por uma instituição de saúde, é directamente proporcional à qualidade das relações éticas e interpessoais dos seus profissionais.

A gestão emocional de uma organização de saúde deve passar por colocar a pessoa certa no serviço certo. Cada profissional de saúde deve ser colocado nos serviços para os quais tem formação, competências e motivação para o fazer.

A gestão emocional de uma organização leva à criação de profissionais com um bom desempenho, que criam equipas com bom desempenho, que por sua vez criam organizações com bons resultados, que são por sua vez criados pelo desempenho de cada profissional (Espada, 2009).

Consideramos importante que a organização disponha de recursos humanos na área da saúde mental, no sentido de os profissionais das UCI possam recorrer a um psicológico sempre que dele necessitem. É importante que os psicólogos que acompanhem estas equipas tenham uma formação especializada em psicologia da saúde. Julgamos que com esta formação estarão mais aptos a diagnosticar e a intervir nos problemas emocionais e psicológicos que os profissionais de saúde a trabalhar em UCI enfrentam. Estes profissionais com conhecimentos em psicologia da saúde e com um conhecimento integrado do que o trabalho numa UCI, poderão ajudar os profissionais a explorar as estratégias mais eficazes, para a gestão do *stress* e a prevenção do *burnout*.

Bratt *et al.* (2009) reconheceram a importância da atenção da liderança intermédia, na qualidade dos cuidados prestados e no bem-estar dos elementos da equipa, no sentido de serem desenvolvidos e implementados de forma sistemática e dirigida,

programas para a prevenção do *burnout*. Alguns dos aspectos considerados pertinentes para o bem-estar dos profissionais consta a melhoria dos canais de comunicação hierárquica, tornar os locais de trabalho locais agradáveis do ponto de vista estético e ergonómico, criação e dinamização de grupos de apoio com profissionais e para profissionais de saúde, partilhar os processos de partilha de decisão principalmente nas questões relacionadas com aspectos éticos e atribuir mérito ao trabalho desenvolvido pelas equipas (Martins, 2010).

Consideramos pertinente que sejam também os Serviços de Saúde Ocupacional a desenvolver programas de intervenção para prevenção do *burnout*.

As estratégias desenvolvidas pela equipa no sentido de prevenir o *burnout*, necessitam da presença de alguns aspectos, para que se tornem verdadeiramente eficazes. É importante que estejam organizadas enquanto equipa, que a intervenção seja estruturada e intencional, que a liderança seja eficaz e que haja um bom espírito de equipa (Pereira, 2011).

Um dos maiores problemas da síndrome de *burnout* nas organizações é a baixa produtividade e o elevado absentismo. Vários estudos (Bourbonnais *et al.*, 1992, Bourbonnais *et al.* 1992b, Fischer *et al.*, 2000, Marmot *et al.*, 1995, Moncada, 2000, North, 1993) têm mostrado que o afastamento do local de trabalho por tempo limitado, nomeadamente, atestados por doença de curta duração, pode ser um indicador importante sobre o estado de saúde dos profissionais. Para além destes aspectos, o absentismo pode estar associado a sobrecarga de trabalho, duração do tempo de serviço diário, organização do trabalho e a autonomia profissional dentro da equipa. Identificados estes aspectos julgamos ser da responsabilidade de cada

instituição de saúde, aferir os motivos das ausências de curta duração, alegadamente por motivos de saúde. Com os dados fornecidos por esta pesquisa, as organizações podem intervir de forma a corrigir aspectos relacionados com o trabalho, que perturbam o bem-estar dos profissionais.

A identificação dos afastamentos de curta duração dos profissionais de saúde poderá ser efectuada pelos departamentos de Saúde Ocupacional, uma vez que não existe nas instituições de saúde portuguesas uma consulta médica obrigatória sempre que se solicita um afastamento temporário por motivo de doença. A frequência do absentismo e as razões para o absentismo dão informações sobre a morbilidade da situação percebida pelos profissionais e a recorrência da situação. O número de afastamentos e as suas causas, vai determinar a independência ou dependência destes dois aspectos (Reis *et al*, 2003, Middaugh, 2007; Pilette, 2005).

Para identificar situações de *burnout*, é importante que estes resultados sejam analisados com outros aspectos como os serviços onde os profissionais prestam cuidados, o grupo profissional a que pertencem, a idade, o sexo, o tempo de serviço, o tempo de serviço no local de trabalho actual, e o vínculo contratual. Analisadas as correspondências destes resultados, é possível determinar se as ausências de curta duração estão associadas a situações de *burnout*. Identificada esta situação é possível intervir para ajudar os profissionais em *burnout* e desenvolver e implementar programas para prevenção deste problema.

14.3 - Estratégias combinadas

Tendo em conta que a síndrome do *burnout* resulta da interacção do indivíduo com o seu contexto de trabalho, a solução apresentada pelos programas combinados parecem ser aquelas que à partida poderão ter mais sucesso. Os programas combinados são todo tipo de estratégias que envolve uma intervenção individual, uma intervenção em grupo e uma intervenção na organização (Garrosa *et al.*, 2002). São vários os estudos que nos mostram que a alteração das condições de trabalho, tornando-as mais favoráveis aos profissionais, melhoram a sua percepção e a forma como enfrentam os factores de *stress* e o *burnout* (Garrosa *et al.*, 2002; Maslach, 1981).

As acções preventivas apresentadas pelos autores como as mais benéficas para os profissionais são a reflexão e a discussão dos problemas em equipa (Carlotto, 2006, Gasparini & Barreto, 2006, Rodrigues, 2006, Fernandes *et al.*, 2006, Campos, 2005, Faria e Maia, 2007; Santos *et al.*, 2006) e os programa de formação ou de intervenção, que informem ou formem os profissionais dos riscos inerentes ao seu trabalho, que os ajudem a identificar sinais e sintomas e que os ajudem a encontrar estratégias para prevenir a síndrome (Ferreira e Martinho, 2006; Paschoalini *et al.*, 2008, Girling e Birnbaum, 1988).

As organizações que não valorizam ou previnem a síndrome do *burnout* nos seus profissionais podem ser prejudicadas directamente na sua produtividade através do absentismo, nos custos com a assistência médica dos seus colaboradores e na imagem social. Efectivamente e conforme referimos anteriormente, os custos

económicos do *burnout* são reais, tanto para os profissionais, como para as organizações (Garcia, 2003).

O bem-estar dos profissionais passa também, pela criação de condições favoráveis à prática das actividades laborais (Leino, 1989; Westgaard, 1985; Gross, 1990; Raniere, 1989; Wick, 1989). Assim, uma intervenção de carácter ergonómico apresenta benefícios, uma vez que diminui a fadiga e os gastos energéticos (Westgaard, 1985). As intervenções para prevenção do *burnout* devem incluir formação sobre postura corporal, uma vez que vários estudos têm mostrado que o controlo de variáveis de ordem ergonómica podem evitar patologias relacionadas com o trabalho. Assim, a falta de material ergonomicamente adaptado, ambiente de trabalho com excessivo ruído, com sobrecarga sensorial, temperaturas muito baixas ou muito elevadas e iluminação deficiente, são factores que contribuem para a síndrome de *burnout*. Um ambiente de trabalho desfavorável, para além das implicações directas que tem nos profissionais, traz prejuízos para as organizações, uma vez que estes factores podem contribuir para o aumento de acidentes de trabalho, perturbações emocionais, conflitos, desinteresse pelo trabalho e pelos sujeitos do trabalho que no caso dos profissionais de saúde são os utentes (Gross, 1990). A ergonomia é um instrumento que deve ser usado para benefício do trabalho dos profissionais, no sentido, em que pode ajustar medidas antropométricas, adaptar técnicas de relaxamento e reeducar a postura.

A responsabilidade das organizações para prevenir a síndrome do *burnout* passa pelo evitar o excesso de horas de trabalho, adequar o número de horas de trabalho diário a cada actividade e a cada grupo profissional, sendo que nos contexto da saúde e da

prestação de cuidados, estas alterações é essencial. Outra das formas de intervenção, será a de evitar actividades rotineiras e imprimir a cada trabalho um factor motivador e diversidade. Dar suporte social aos profissionais, melhorar a ergonomia das condições de trabalho e fomentar a formação profissional, são outros dos factores que estão sob a alçada das organizações (Rodrigues, 1997). Constata-se a eficácia das intervenções propostas, principalmente quando se actua ao nível da prevenção Browning *et al.* (2006). Verifica-se, igualmente, que a intervenção combinada, entre estratégias dirigidas ao indivíduo e estratégias para a organização, são as que têm maior probabilidade de sucesso.

É fundamental que a síndrome de *burnout* seja vista por todos, indivíduos e organizações, como um problema que não é da responsabilidade exclusiva dos profissionais, uma vez que o problema deve ser entendido como um todo articulado entre o indivíduo, a organização, o contexto e o processo de trabalho (Moreno *et al.*, 2011). Alguns estudos mostram que o controlo destes factores pode ajudar o trabalho dos profissionais de saúde. Assim, Cherniss (1980) verificou que enfermeiras recém-formadas, apresentavam menos dúvidas quanto ao papel a desempenhar, mais autonomia e menos situações de *burnout*, quando foram expostas a situações de aprendizagem e atribuição de responsabilidades graduais, antes de lhes ser atribuído qualquer doente. Por sua vez Maslach *et al.* (2001) verificaram que um grupo de profissionais que participou em sessões de grupo, cujo objectivo era identificar os problemas relacionados com o *burnout* e encontrar estratégias para os superar, reduziram o cansaço emocional, por um período de tempo controlado pelo estudo, seis meses e 12 meses, após a conclusão da intervenção.

15 - Os benefícios dos programas de intervenção

Da literatura consultada os programas de intervenção para prevenção do *burnout*, são realizados essencialmente para os seguintes grupos profissionais: médicos, enfermeiros, professores e equipa multidisciplinar. Nestes programas, as estratégias de intervenção são realizadas de acordo com os objectivos pretendidos. Assim, a abordagem pode ser dirigida ao indivíduo, à organização ou uma abordagem combinada.

A intervenção com carácter individual foca essencialmente nos mecanismos de *coping*, na educação para a saúde, com valorização dos conhecimentos teóricos, nas actividades de vida saudável, como praticar exercício físico, desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação, entre pares entre a equipa multidisciplinar e entre os profissionais e a organização. As intervenções focadas na organização valorizam os aspectos negativos do *burnout* nos profissionais e nas organizações e os aspectos positivos da prevenção do *burnout* para a manutenção da saúde dos profissionais, a necessidade de alterar condições físicas do ambiente de trabalho (Murta & Triccóli, 2007).

As intervenções que combinam abordagens individuais e organizacionais, com vários factores indutores de *stress*, são apresentadas pelos estudos como as mais benéficas (Benevides, 2002; Murta e Triccóli, 2007).

Jesus *et al.* (2004) implementaram um programa de formação em gestão do *stress* a docentes e profissionais de saúde, cujo objectivo era prevenir e resolver situações de *stress* e desmotivação profissional. O programa teve a duração de 50 horas, com dez

sessões de 4 horas, realizadas em sala e uma sessão desenvolvida no exterior com a duração de dez horas. Os grupos de participantes foram divididos da seguinte forma: um grupo experimental de professores do ensino secundário e um grupo de controlo de um grupo de professores do ensino secundário; um grupo experimental de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros e um grupo de controlo constituído por médicos e enfermeiros. As variáveis avaliadas num primeiro momento antes da aplicação do programa e numa segunda aplicação após a apresentação do programa, foram o bem-estar ou mal-estar profissional, percepção de bem-estar profissional, projecto profissional e crenças irracionais.

O programa foi concebido para ser aplicado por qualquer formador. Neste sentido, o programa foi aplicado por dois formadores diferentes, nos dois grupos de profissionais.

As conclusões do estudo revelam que o grupo experimental de professores e de profissionais de saúde melhorou de forma significativa o seu bem-estar profissional, diminuiu as crenças irracionais e aumentou o seu desejo de continuar na profissão. Os respectivos grupos de controlo não apresentaram alterações nos níveis de *burnout* após o programa de intervenção. Os resultados encontrados mostram que a implementação de programas de formação contínua que têm como objectivo a gestão do *stress*, são benéficos para os seus participantes. Os benefícios apresentados verificam-se ao nível do bem-estar e realização profissional.

Murta & Tróccoli (2004) aplicaram um programa de gestão do *stress* ocupacional, de 24 sessões, com uma periodicidade quinzenal com a duração de 40 minutos, a duzentos e dez profissionais de um hospital. O objectivo foi o de identificar fontes de

satisfação e insatisfação profissional e o programa pretendia desenvolver nos participantes, estratégias de enfrentamento do *stress*, técnicas de relaxamento, resolução de problemas e reestruturação cognitiva. Os participantes pertenciam a vários sectores de uma instituição hospitalar: fisioterapia, serviços administrativos, serviços de processamento de roupas, equipas técnicas, serviços de manutenção e serviços de limpeza. Os participantes apresentavam vários níveis de instrução, 65% eram do sexo feminino, o tempo de serviço variava entre os 6 meses e 16 anos, a participação era voluntária e a assiduidade foi superior a 80%, ou seja, todos os participantes, colaboraram em 19 sessões das 24 propostas.

Os conteúdos incluídos no programa foram os seguintes: informações sobre *stress*, estilos de vida saudável, auto-eficácia e auto-estima, gestão do tempo, estratégias centradas no problema e centradas nas emoções, técnicas de relaxamento, habilidades sociais, reestruturação cognitiva e desenvolvimento da assertividade.

Antes da aplicação do programa foi feita uma avaliação das necessidades dos participantes, antes da aplicação do programa, através de um questionário que identificou queixas e riscos psicossociais percebidas pelos profissionais (Ferreira *et al.*, 2000). O questionário revelou a necessidade de desenvolver nos profissionais, estratégias para a gestão do *stress* e de estratégias de comunicação assertiva.

O instrumento usado foi o “Livro da Vida” de Sebastiani (2000) para avaliação das reacções às sessões, onde deveriam estar incluídas críticas, felicitações e sugestões para si próprios, para os colegas e para as reuniões. Posteriormente foi feita uma análise de conteúdo destes registos das reacções.

A intervenção foi avaliada tendo em conta as fontes de satisfação e de insatisfação das sessões do programa. Assim, as fontes de satisfação mencionadas foram o “impacto imediato das sessões no bem-estar dos participantes” (Murta & Tróccoli, 2004) devido ao contexto terapêutico criado. Neste caso, os elementos mais valorizados foram: os temas discutidos, os instrumentos usados, a liberdade para exprimir pensamentos e sentimentos, o apoio social oferecido pelo grupo, a possibilidade de aprender habilidades sociais e a possibilidade de desenvolver estratégias para resolver problemas. Os aspectos que menos satisfizeram os participantes estavam ligados à curta duração das sessões. As propostas apresentadas foram: aumentar o tempo de duração e o número das sessões do programa, aprofundar mais os temas e a repetição das sessões de relaxamento. Este estudo revelou, a partir dos seus resultados, que o impacto foi muito positivo no imediato, com possibilidades de ter benefícios para a saúde a médio prazo, tendo os participantes evidenciado o ensejo de que o programa tivesse uma maior duração no tempo.

É importante gerir o *stress* para prevenir o *burnout*, porque não é possível nem benéfico combater o *stress*. Na realidade, conforme já foi referido, há níveis de *stress* que são fundamentais para as acções humanas, incluindo a sua sobrevivência.

Não é possível combater todos os factores stressores da vida do dia-a-dia, e muito menos combater o *stress* na vida dos profissionais de saúde, uma vez que muitos dos factores stressores, como o sofrimento dos utentes, a impotência perante situações de saúde irreversíveis e o contacto com a morte, são a base do trabalho destes profissionais. Contudo, é possível e desejável que se ensine os profissionais a gerir o

stress para prevenir o *burnout*. Constatamos assim, que independentemente dos instrumentos de avaliação do *stress* ou do *burnout* que se utilizem, e independentemente do modelo de programa que se implemente, são reais os benefícios para os profissionais nele envolvidos.

Capítulo 2

1 - Caracterização das Unidades de Cuidados Intensivos

Tendo em conta que o programa de intervenção para a prevenção de *burnout*, foi elaborado para ser aplicado a uma UCI, importa caracterizar este tipo de unidades.

Os cuidados prestados numa UCI destinam-se a doentes que apresentam situações clínicas graves, que necessitam de uma assistência que lhes assegure a vida, através da utilização de meios tecnológicos diferenciados, por uma equipa de médicos e enfermeiros especializados (Marx & Moritta, 2003). Este tipo de situações levam à criação de um ambiente de trabalho próprio das UCI, que tem implicações também próprias, nos profissionais que lá prestam cuidados. As últimas décadas têm sido marcadas pelo desenvolvimento da Medicina Intensiva, devido à intervenção da tecnologia, dos novos conhecimentos das patologias, da farmacologia e à intervenção multidisciplinar.

De acordo com a definição do Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde (2003), a Medicina Intensiva caracteriza-se por ser uma área multidisciplinar e diferenciada de cuidados, com intervenção na prevenção, diagnóstico e tratamento de

situações clínicas em doentes que apresentam falência ou ameaça de falência de uma ou mais funções, mas que apresentam perspectivas de reversibilidade.

A Medicina Intensiva tem assim como objectivo, manter e recuperar as funções vitais, através de uma intervenção multidisciplinar e desta forma perspectivar uma vida com qualidade para os utentes. A Medicina Intensiva é praticada em Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos – S/UCI, de acordo com as directrizes do Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde (2003).

As UCI são, assim, unidades qualificadas do ponto de vista tecnológico, do conhecimento e do desempenho profissional, para assumir de forma integral e integrada, os cuidados a doentes com situações clínicas graves, com implicações para a sua sobrevivência.

O exponencial crescimento das UCI deve-se a diversos factores: ao aumento de conhecimentos, que permite avaliar de forma mais rápida e precisa os doentes; à existência de mais recursos de diagnóstico e de tratamento, associados a melhores e mais rápidos transportes de doentes com situações graves; ao desenvolvimento de outras áreas do conhecimento médico e de outras especialidades da medicina, relativamente aos quais o contributo da Medicina Intensiva tem sido de especial importância, como a manutenção de dadores cadáveres para transplante de órgãos (Lei 12/1993; Lei 22/2007).

As UCI são serviços que assentam basicamente em três pilares: a prática, a avaliação e a investigação (Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde, 2003). A prática de uma UCI circunscreve-se às intervenções e procedimentos, num período de 24 horas, que levam a uma monitorização constante e permanente da situação clínica do

doente, considerado em situação crítica a partir do diagnóstico, da avaliação e do adequado tratamento.

A avaliação de uma UCI é feita a partir dos seus objectivos, do tipo de situações clínicas admitidas e da capacidade de recuperação das funções em falência. Analisados e avaliados estes factores, assim como o desempenho, são definidos os recursos necessários.

As orientações do Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde (2003), vão no sentido de considerar as UCI como unidades de prestação de cuidados a doentes com alterações graves das funções vitais, como unidades que actuam no nível III e são por definição unidades polivalentes que asseguram a responsabilidades dos cuidados integrais aos utentes.

Neste sentido, estas unidades devem ter profissionais diferenciados e com formação, na área da medicina e na área de enfermagem, coordenada por médicos intensivistas por períodos de 24 horas em permanência física, com recursos materiais e tecnológicos que permitam atender as necessidades dos doentes e ter um controlo de qualidade contínuo.

As UCI devem ser organizadas de forma a conseguirem uma articulação funcional com todas as estruturas intra-hospitalares ou inter-hospitalares, de forma a providenciar todas as condições para a manutenção da vida dos utentes. Assim, as UCI devem estabelecer relações de colaboração com os serviços de urgência, os blocos operatórios e as unidades de cuidados intermédios.

Sempre que a organização dos cuidados hospitalares o exige, pela quantidade de solicitações de uma determinada especialidade e pela qualidade dos procedimentos

necessários, devem ser criadas UCI dirigidas a situações clínicas específicas, como por exemplo, UCI para doentes coronários, UCI para doentes queimados e UCI para doentes submetidos a cirurgia cardíaca.

UCI nível III devem ter um médico nas 24 horas com formação específica e um enfermeiro com treino específico por cada dois doentes,

As unidades de cuidados intensivos caracterizam-se por contextos de prestação de cuidados que envolvem recurso humanos especializados e recursos materiais e tecnológicos sofisticados, para fazer face ao estado crítico dos seus utentes. Neste contexto, o doente está totalmente dependente dos profissionais de saúde para satisfazer as suas necessidades.

2 - Evolução das Unidades de Cuidados Intensivos

As UCI e a sua estrutura são aquisições recentes na história da prestação de cuidados em meio hospitalar. Os cuidados intensivos e a possibilidade de intervenção em situações críticas e com risco de vida, permitiram o desenvolvimento de locais específicos, intencionalmente organizados para satisfazer as necessidades dos doentes. Neste sentido, alguns hospitais passaram a ter salas dentro dos serviços, equipadas com recursos materiais sofisticados, para facultar aos doentes que delas necessitam, cuidados diferenciados. Em Portugal as UCI surgem no final dos anos 50, início dos anos 60 do século XX.

Com o desenvolvimento da medicina, as UCI passaram a estar formalmente estruturadas, e houve a necessidade de criar um corpo médico e de enfermagem

próprio. Surgiu assim, a necessidade de dotar os profissionais de saúde, essencialmente médicos e enfermeiros, de conhecimentos teóricos e técnicos específicos, assim como competências relacionais. Foi neste contexto, que surgiram as equipas multidisciplinares, com uma pormenorizada formação em cuidados a doentes em estado crítico.

De acordo com autores, os profissionais que exercem a sua actividade em UCI devem ter um conjunto de características, a saber: capacidade para se adaptarem a mudanças rápidas, capacidade para trabalhar em equipa, ter sentido de responsabilidade para prestar cuidados em situações emergentes e urgentes, assertividade, capacidade para tomar decisões rápidas, destreza manual, capacidade de gestão e estabilidade psicológica

A integração de profissionais médicos e enfermeiros em UCI deveria de passar pela selecção de profissionais com competência e formação específica nesta área.

Soler (2006) e Lamaire (2006) apontam a formação como um dos factores protectores do *burnout*, uma vez que um maior conhecimento dos cuidados prestados e das competências necessárias torna os profissionais mais confiantes, mais seguros e mais profissionais nas suas actividades.

3 - O *burnout* no contexto dos cuidados intensivos

O contexto hospitalar gera nos profissionais diferentes níveis de *stress* e *burnout*. Contudo, a sobrecarga emocional e física a que estão sujeitos os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, a trabalhar em UCI, é especialmente valorizada na

literatura e nos trabalhos de investigação (Sluiter *et al.*, 2003; Queirós, 2005; Raggio e Malacame, 2007).

As UCI são serviços de saúde organizados, no que respeita ao planeamento e à prestação de cuidados, onde as situações clínicas de risco iminente de vida colocam os profissionais numa constante pressão. Estudos realizados em UCI verificaram que os profissionais a trabalhar nestas unidades têm uma maior probabilidade de apresentar as dimensões presentes na síndrome de *burnout* como a exaustão emocional e a despersonalização (Queirós, 1998, Teixeira, 2013).

Martins (2010) realizou um trabalho de investigação com uma metodologia descritiva, observacional e transversal, com uma componente analítica, numa amostra não-probabilística constituída por 103 enfermeiros, de um total de 138, a trabalhar em unidade de cuidados intensivos polivalentes, unidade de cuidados intensivos coronários e serviço de urgência de um hospital central em Portugal. O instrumento de recolha de dados foi o Questionário Breve de *Burnout*, elaborado por Moreno-Jimenez *et al.* (1997), com adaptação de Rainho (2005). Os sujeitos investigados eram essencialmente do sexo feminino (73,8%), com uma média de idade de 36,3 anos, estando o grupo etário predominante no intervalo entre os 31 e os 40 anos (38,8%).

Nas suas conclusões Martins (2010) constata que os enfermeiros apresentavam uma média ponderada de *burnout*, superior à média da escala; a dimensão que apresentavam o valor médio mais elevado era a despersonalização, depois a exaustão emocional, seguida pela diminuição da realização pessoal. O autor encontrou também uma correlação positiva entre os factores antecedentes de *burnout* e a

síndrome, considerando as suas três dimensões, elevada exaustão emocional, elevada despersonalização e a diminuição da realização pessoal. A correlação positiva encontra-se também entre a síndrome de *burnout* e as suas consequências.

Relativamente a outras conclusões, o autor verificou que a síndrome de *burnout* neste grupo profissional, estava associada aos seguintes factores: ser do sexo masculino, ter filhos, trabalhar por turnos há mais de 12 anos, fazer mais de 10 minutos de deslocação para o local de trabalho e atender mais doentes por dia. Os enfermeiros que trabalhavam em serviços de urgência, apresentavam, níveis de *burnout* mais elevados, comparativamente aos enfermeiros a trabalhar nas UCI.

Este estudo apresentava alguns resultados diferentes dos encontrados por autores como Bustinza *et al.* (2000) nomeadamente, no tempo de exercício profissional onde não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa com os níveis de *burnout*. Já Queirós (2005), Browning *et al.* (2006) e Teixeira (2013) encontraram uma relação entre o tempo de exercício profissional e um ou mais dimensões da síndrome de *burnout*.

Comparativamente a Teixeira (2013) que refere que os níveis elevados de *burnout* em profissionais de saúde em UCI estão relacionados com a precariedade do trabalho, Martins (2010) concluiu que os enfermeiros a trabalhar no quadro têm níveis de *burnout* superiores aos que não têm um vínculo efectivo com a instituição.

Tal como Martins (2010), autores como Rainho (2005), Román Hernández (2003) e Moreno-Jiménez *et al.* (1997), encontraram uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre o *burnout* e os factores antecedentes de *burnout*, como as características pessoais e organizacionais. Nestes estudos, a dimensão diminuição

da realização pessoal a dimensão foia a mais afectada. Os mesmos autores referem ainda que a existência de factores antecedentes é um preditor importante da síndrome de *burnout*. Estes resultados corroboram os estudos de Maslach *et al.* (1996) que referem que a síndrome de *burnout* inicia-se pela exaustão emocional e evolui para a despersonalização, sendo que a diminuição da realização pessoal evolui de forma independente.

Catchpole *et al.* (2007) têm dado uma especial importância à identificação dos factores indutores de *burnout* em Unidades de Cuidados Intensivos, assim como, mais especificamente em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais (UCIPN). Estes autores são unânimes nas suas conclusões, que apontam para o facto de as características do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde a trabalhar em UCIPN, conduzirem a situações de *burnout*.

Apresentamos de forma sintetizada algumas conclusões destes autores relativamente aos níveis e factores de *burnout*. Assim, dos estudos desenvolvidos na Europa, Oehler *et al.* (1991) realizaram em Inglaterra, um estudo transversal, com 49 enfermeiros, utilizando como instrumento de recolha de dados o MBI, o Inventário de *Burnout* de Ansiedade Estado-Traço e um questionário de Medidas de Apoio Social. Estes autores concluíram que os profissionais analisados apresentavam exaustão emocional moderada (24%), despersonalização (7%) e ausência de satisfação pessoal no trabalho (32%), tendo ainda sido encontrada uma correlação entre o *stress* no contexto de trabalho e a ansiedade e entre o *stress* e a falta de apoio da equipa.

Mais tarde dois destes autores (Oehler e Davidson, 1992) desenvolveram um estudo com os mesmos instrumentos, numa amostra de 121 enfermeiros e chegaram à conclusão que 66% dos profissionais estava em *burnout*, no total das três sub-escalas.

Fischer *et al.*, (2000) desenvolveram um estudo prospectivo longitudinal com 112 enfermeiros suíços, cujo objectivo era analisar os níveis de cortisol na saliva e a aplicação do SF – 36. Os autores concluíram que 71,3% dos profissionais apresentavam cortisol na saliva, como reacção ao *stress*.

Bustinga Arriortua *et al.* (2000) realizaram em Espanha um estudo transversal com 68 pediatras, recorrendo ao MBI. Estes autores concluíram que 41% dos médicos estava em *burnout* e 41% estavam em risco de desenvolver *burnout*.

Cronqvist *et al.* (2006) fizeram entrevistas semi-estruturadas a 8 enfermeiros suecos com o intuito de analisar os factores de risco para desenvolver *burnout*. A partir do estudo realizado, estes autores concluíram que os níveis de *burnout* estão associados a factores do contexto de trabalho, à dinâmica organizacional e às experiências vividas pelos profissionais no contexto da enfermagem.

Nos EUA foram realizados vários estudos em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais (UCIPN) e as conclusões são semelhantes às encontradas nos estudos europeus: os profissionais de saúde a trabalhar em UCIPN estão sujeitos a níveis de *stress* que podem conduzir ao *burnout*.

Por sua vez, Benica *et al.*, (1992) fizeram um estudo transversal para avaliar o *stress* em 99 enfermeiros e concluíram que os elevados níveis de *stress* estavam directamente associado à rotatividade dos profissionais. Também Downey *et al.*,

(1995) efectuaram um estudo transversal com 50 enfermeiros, cujo objectivo era avaliar o *stress* e concluíram que os profissionais apresentavam elevada exaustão física e emocional, elevada irritabilidade e despersonalização.

Fields *et al.*, (1995) desenvolveram uma escala para avaliar os níveis de *burnout* e aplicaram esta mesma escala a 387 médicos pediatras, concluindo que 14% estavam em *burnout* e 36% estavam em risco de desenvolver *burnout*.

Heuer *et al.* (1996) avaliaram o *stress* numa amostra com 59 enfermeiros a partir de um estudo transversal e concluíram o seguinte: os enfermeiros apresentavam elevados níveis de *stress* e este por sua vez, estava associados a uma inadequação profissional e a uma sobrecarga de trabalho pelo elevado número de situações clínicas complexas. Os autores concluíram também, que a existência de um mau ambiente entre os profissionais estava associado essencialmente à falta de organização no trabalho.

Gibbons *et al.*, (1998) realizaram um estudo qualitativo a partir de entrevistas semi-estruturadas a 33 enfermeiros e concluíram que estes profissionais apresentavam elevados níveis de *stress* associados ao mau funcionamento da equipa, sobrecarga de trabalho e à incapacidade para satisfazer as necessidades dos utentes.

Bratt *et al.* (2000) no seu estudo transversal junto de enfermeiros, utilizaram como instrumentos uma Escala de *Stress* no Trabalho e Escala de Julgamento do Grupo. Estes foram aplicados a 1973 enfermeiros de 65 UCIP e a partir dos resultados obtidos, os autores concluíram que os elevados níveis de *stress* estavam associados aos conflitos entre os elementos da equipa, a factores organizacionais e ao mau

relacionamento entre os profissionais de saúde e os familiares das crianças internadas.

Morrison *et al.* (2003) fizeram um estudo prospectivo com 11 enfermeiros, cujo objectivo era analisar os níveis de amilase na saliva e o *stress*. Para além dos procedimentos específicos para analisar a saliva, os autores aplicaram a Escala de *Stress* e fizeram um audiograma. O estudo concluiu que os profissionais apresentavam um elevado nível de *stress* e que este estava associado aos níveis de ruído. Contudo, não foi estabelecida uma correlação entre os níveis de *stress* e os níveis de amilase.

Na Austrália Oates e Oates (1995; 1996) realizaram em momentos diferentes, dois estudos: um com 34 médicos e 192 enfermeiros e outro com 192 enfermeiros. Em ambos os casos recorreram ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg e concluíram no primeiro estudo que 27% dos médicos e 32% dos enfermeiros apresentavam sintomas de mal-estar psicológico e no segundo estudo, que 32% dos enfermeiros apresentavam mal-estar psicológico, o qual foi associado à sobrecarga de trabalho pelo elevado número de doentes e à falta de condições físicas para trabalhar.

No continente sul-americano, mais concretamente no Brasil, Hoga (2002) realizou uma investigação qualitativa com entrevistas semi-estruturadas a 3 enfermeiros a partir deste estudo em profundidade concluiu que as situações de *stress* estavam associadas aos conflitos entre os elementos da equipa e no relacionamento com os pais dos utentes pediátricos.

Por sua vez Jofre e Valenzuela (2005) aplicaram o MBI a 26 enfermeiros chilenos e concluíram que 7,7% dos profissionais estavam em *burnout*.

Em síntese, pela apresentação sucinta de estudos realizados em UCIPN, podemos concluir que os profissionais de saúde a trabalhar nestas unidades apresentam níveis consideráveis de *burnout*. Os estudos que apresentaram uma metodologia qualitativa e os estudos que apresentaram uma metodologia quantitativa, chegaram a conclusões idênticas o que reforça os resultados obtidos e as conclusões que daí se possam extrapolar.

Dos factores indutores de *burnout* apresentado pelos estudos acima mencionados, salientamos o próprio contexto de prestação de cuidados, que é gerador de tensões emocionais pela permanente exposição ao sofrimento, a doença e à morte, pela constante exigência imposta pelas situações clínicas e pelos conflitos entre elementos da equipa. Os autores consideram assim, que a qualidade de vida dos profissionais e a qualidade dos cuidados prestados podem ser negativamente influenciados pela exaustão emocional, pela falta de realização pessoal, pela sobrecarga qualitativa e quantitativa de trabalho e pelos conflitos entre os elementos da equipa e entre a equipa e os familiares do utente pediátrico. Os referidos estudos mostraram também que o *stress* e o *burnout* são influenciados pelas condições de trabalho.

Face aos resultados obtidos, estes autores apresentam algumas sugestões para minimizar e para prevenir situações de *burnout*. Assim, sugerem formação para a gestão de conflitos entre a equipa, formação direccionada para melhorar a interacção entre os profissionais de saúde e a família e implementação de programas de intervenção para prevenção do *burnout*.

Sousa (2009) desenvolveu uma investigação com uma metodologia descritiva e quantitativa em UCI de um hospital do norte de Portugal, que tinha como objectivo geral conhecer o nível de *burnout*, nas dimensões Exaustão emocional, Despersonalização e Realização pessoal, dos enfermeiros dessa unidade. As UCI analisadas foram a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, a Unidade de Cuidados Intensivos Córdio-Torácica e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes. O instrumento de recolha de dados foi o M.B.I. de Maslach e Jackson (1981) e um questionário construído pela investigadora, para identificar os dados socio-demográficos. A amostra composta por enfermeiros apresentava um total de 72 elementos, sendo que 65,3% pertenciam ao sexo feminino e 34,7% pertencem ao sexo masculino. As idades estavam compreendidas entre os 24 e os 49 anos, 51,4 % eram casados e a média do tempo de serviço em enfermagem era de 10 anos. Quanto ao regime contratual de trabalho 61,1% pertença aos quadros, 25% contrato por tempo certo e 6,9% contrato administrativo de aprovisionamento e contrato por tempo indeterminado. O regime normal de trabalho de 35 horas era feito por 66,7% dos enfermeiros, 33,3% tinha regime acrescido (40 ou mais horas), nenhum elemento estava em regime parcial (20 ou 24 horas) e 97,2% trabalhava por turnos. A conclusão do estudo revelava que, os enfermeiros apresentam um nível médio baixo de *burnout*, com nível moderado baixo de exaustão emocional, um nível baixo de despersonalização e um nível moderado alto de realização profissional. Assim, de uma forma geral os enfermeiros apresentam um nível baixo de *burnout*. Este estudo mostrou também que os níveis de *burnout* não estavam relacionados nem com a idade, nem com o sexo, nem com o estado civil, nem com o tempo de serviço. O

estudo mostrou ainda que os enfermeiros a trabalhar com um contrato a tempo incerto e os enfermeiros do quadro, manifestavam mais *burnout*. Este resultado corrobora os estudos de Queirós (2005) que referem que indivíduos com grandes expectativas organizacionais e com objectivos profissionais não coincidentes com a realidade tendem a apresentar níveis de *burnout* mais elevados. Relativamente às diferentes unidades de cuidados intensivos, não há diferenças significativas dos níveis de *burnout*.

A autora relaciona os baixos níveis de *burnout* com uma intervenção eficaz da estrutura organizacional, existência de chefias intermédias, clarificação dos objectivos e comunicação adequada.

Das estratégias individuais salienta: fazer pausas no trabalho, ter actividades de recreação, reforçar o suporte social dentro e fora do contexto de trabalho, dando e pedindo conselhos aos elementos da equipa, mostrando-se disponível, elogiando os outros e comunicando. Dentro do contexto de trabalho os enfermeiros do estudo têm oportunidade e formação para se adaptarem às actividades e para estabelecer prioridades, valorizam a gestão das emoções e o controlo mental para situações positivas, são flexíveis e encaram os problemas como oportunidades.

Oliveira *et al.* (2006) no seu estudo, partiram do pressuposto de que uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é um contexto favorecedor da síndrome de *burnout*, mas que o suporte social organizacional reduziria esta probabilidade. Assim, o objectivo da investigação que realizaram foi o de determinar se existia uma relação entre a percepção do suporte organizacional e as dimensões apresentadas pela síndrome de *burnout*.

A amostra era composta por 30 profissionais de saúde de uma UCIN no Brasil, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo, com idades uma idade média de 34 anos. Os instrumentos usados foram a Escala de Suporte Organizacional Percebido de Tamayo (2002), sendo que os factores que constituem esta escala são: estilo de gestão de chefia, suporte material, salários, sobrecarga de trabalho, suporte social no trabalho e ascensão. Para avaliar o *burnout* foi usada a Escala de Caracterização do *Burnout*, a versão adaptada de Tamayo (2002), cujos factores são: Exaustão emocional, Desumanização e Decepção. Neste estudo, Oliveira *et al.* (2006) encontraram resultados semelhantes a outros estudos (Oehler e Davidson, 1992; Gil-Monte & Peiró, 1997; Tamayo & Tróccoli, 2002) onde se verificava uma relação entre as variáveis percepção de suporte organizacional e síndrome da *burnout*. Os resultados mostraram igualmente que a síndrome de *burnout* se relacionava mais com factores relacionados com o ambiente de trabalho, do que com factores individuais, resultados idênticos aos obtidos por Aiken e Sloane (1997).

A baixa relação entre *burnout* e o factor suporte material mostra que independentemente da falta de recursos materiais condicionar o trabalho dos profissionais, este não é um dos factores indutores de *burnout*. A correlação encontrada mostra que o suporte social da organização ou dos pares é a “melhor estratégia de *coping* utilizada para gerir o *stress*” no local de trabalho. Esta correlação também foi encontrada nos trabalhos de Downey *et al.* (1995) e de Heuer *et al.* (1996). Uma outra correlação encontrada, que mostra a importância do suporte organizacional, é o estilo de liderança e a exaustão emocional. A sobrecarga de

trabalho está relacionada com a desumanização e a decepção, e mostra que uma elevada exigência profissional pode conduzir a distúrbios psiquiátricos. Estes valores foram sentidos essencialmente entre os médicos e os enfermeiros. A partir das conclusões deste estudo, os autores sugerem que uma intervenção para prevenção do *burnout* deve valorizar obrigatoriamente, as relações interpessoais da equipa multidisciplinar, o suporte social da organização e a redução da carga de trabalho. Este trabalho mostra a importância das relações interpessoais para o bem-estar individual, o apoio da organização, da família, dos colegas e dos amigos, para a saúde dos profissionais naquele que é o modelo biopsicossocial.

Garanhani *et al.* (2008) verificaram nos seus estudos que o trabalho numa UCI provoca nos profissionais de saúde médicos e enfermeiros, sentimentos ambíguos. Tal como, sentimentos de tristeza, alegria, prazer, *stress*, impotência, realização pessoal.

Vários estudos têm mostrado também que a morte é um dos aspectos que mais sofrimento provoca a estes profissionais. A morte é a vivência mais frustrante destes profissionais, uma vez que os confronta com pensamentos sobre o que deveriam ter feito mais para recuperar o doente (Leite & Vila, 2005; Costa & Lima, 2005).

O trabalho numa UCI acresce sempre uma possibilidade de sofrimento aos profissionais de saúde, pelo sofrimento e pela perda do doente. Contudo, sentimentos de gratificação e realização pessoal são frequentes quando o doente recupera e tem alta (Garanhani *et al.* 2008).

Apesar das dificuldades sentidas pelos profissionais ao trabalhar numa UCI os Cronqvist *et al.* (2006) mostram que estes criam uma identidade profissional com a

mesma, criando algumas resistências quando se prevêem transferências de serviço. O reconhecimento do seu trabalho pelos pares, pelos utentes e pela organização, leva ao reconhecimento simbólico da peculiaridade do trabalho em cuidados intensivos, que transita a maior parte das vezes entre a vida e a morte (Garanhani *et al.* 2008). A motivação para a aprendizagem, a flexibilização das estruturas hierárquicas, a cooperação e o companheirismo são factores considerados importantes para para este autor, para a construção da identidade profissional.

4 - Aspectos éticos nas Unidades de Cuidados Intensivos

Os avanços registados nas últimas décadas na área da tecnologia destinada aos cuidados de saúde, têm suscitado algumas preocupações relativamente ao uso pouco criterioso desta tecnologia para prolongar a vida. Esta inquietação de alguns sectores da sociedade em geral e de alguns profissionais de saúde em particular, tem valorizado muito a expressão de Pessini (...) de que nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente correcto. Na realidade sendo uma UCI uma unidade apetrechada com a mais sofisticada tecnologia, tem sido objecto de reflexão a aplicação da tecnologia ao quotidiano dos doentes em situação crítica, e a sua aproximação de conceitos como distanásia ou obstinação terapêutica.

As biotecnologias aplicadas a unidades com as características das UCI, fizeram surgir várias inquietações éticas, que implicam necessariamente novas abordagens terapêuticas e novas atitudes perante os processos de morte e a morte dos doentes.

O desejo do passado de atingir a cura e manter a vida dos doentes é vivido nos nossos dias como uma arrogância de tudo conseguir e de manter a vida a qualquer custo. Para a medicina de hoje, a fase final de vida de um doente e conseqüentemente a morte, passaram a ser um inimigo a combater e controlar.

A utilização pouco criteriosa da tecnologia e o abuso de certas intervenções médicas consideradas desproporcionais, têm suscitado muitos debates, muitas reflexões e é consensual ser considerada uma má prática Ferreira *et al* (2011).

A distanásia ou utilização de meios tecnológicos desproporcionais à situação clínica e ao seu prognóstico, é uma prática médica usada em UCI, cujo objectivo é manter a todo o custo, os sinais vitais do doente. Este valor absoluto atribuído à vida biológica, esquece que a vida de um doente é mais do que a estabilidade dos sinais vitais.

O conceito distanásia, obstinação terapêutica e futilidade terapêutica, são utilizados pelos profissionais de saúde e pelas pessoas ligadas à bioética, como sendo o mesmo conceito e tendo a mesma finalidade (Pessini, 2001).

A distanásia praticada em UCI passou a ser um problema ético na qualidade de vida do doente e na prática dos cuidados dos profissionais de saúde, pelas implicações que tem nos processos de morrer. A distanásia é assim, considerada uma forma abusiva de interferir nos processos de final de vida e merece, por isso, uma cuidadosa reflexão ética. A preocupação ética subjacente ao uso desproporcional de meios tecnológicos em UCI, é a dignidade da vida humana (Pessini, 2001).

Biondo *et al.* (2009) desenvolveram um estudo cujo objectivo era o de analisar as percepções dos enfermeiros acerca de conceitos como a distanásia, eutanásia e

ortotanásia em enfermeiros a trabalhar em UCI. A abordagem metodológica foi quantitativa, a partir de um estudo exploratório e descritivo, com recurso a um questionário e com uma amostra composta totalmente por enfermeiros a trabalhar numa UCI. O estudo concluiu que a maioria dos profissionais reconhece a distanásia como uma prática do seu quotidiano. A distanásia é considerada pelos enfermeiros como um problema ético, para o que relativamente ao qual eles se sentem impotentes para responder e solucionar. Estes profissionais consideravam que na maior parte das situações a distanásia atenta contra a dignidade do doente e a contra a autonomia dos enfermeiros. Acresce ainda que estes enfermeiros entendiam que deveriam ser incluídos nos processos de decisão, principalmente nas questões éticas e que o conhecimento na área da bioética é fundamental para ajudar a tomar decisões fundamentadas.

As UCI são unidades de saúde onde os profissionais são particularmente vulneráveis à morte dos doentes. Neste sentido, é fundamental que os profissionais explorem formas construtivas de lidar com os processos de final de vida.

Consideramos que os profissionais a trabalhar em UCI precisam de uma intervenção que se constitua como uma estratégia eficaz para a prevenção do *burnout*.

As intervenções para prevenção do *burnout* devem ser organizadas e estruturadas com essa intencionalidade, devem ser sistematizadas e regulares (Pereira, 2011).

PARTE II

METODOLOGIA

Introdução

Estamos convencidos da importância do programa de intervenção para o desenvolvimento do conhecimento. Mais acreditamos essencialmente na sua importância para o bem-estar dos profissionais de saúde.

O facto de nos termos baseado num estudo (Pereira, 2011) desenvolvido a partir de uma metodologia qualitativa, permitiu-nos compreender o fenómeno do *burnout* de uma forma mais ampla e concluir que, independentemente das adversidades presentes nos contextos de trabalho, é possível desenvolver estratégias protectoras dos mesmos. Considerando este pressuposto, a finalidade deste trabalho será a de desenvolver um programa de intervenção susceptível de ser aplicado junto de profissionais a trabalhar em UCI, de modo a implementar estratégias eficazes para a prevenção do *burnout*. As estratégias desenvolvidas pelos profissionais em UCP servirão de base à construção deste mesmo programa.

De uma situação considerada problemática para os profissionais de saúde a trabalhar em UCP e UCI, que é o risco de *burnout*, partiu-se para a sua análise, através dos

trabalhos de investigação desenvolvido por Pereira (2011) e Teixeira (2013) para encontrar uma solução para prevenir, melhorar ou eliminar o problema.

O problema apresentado neste trabalho circunscreve-se ao enquadramento ético das questões relacionadas com o *burnout* em profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, a trabalhar em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). Conforme já referimos, a síndrome do *burnout* apresenta sintomatologia ao nível físico, psicológico e comportamental e caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal e profissional. Esta síndrome tem originado preocupações a vários níveis, pelo que tem sido estudada em vários contextos e em várias actividades profissionais.

Na área da saúde ela tem provocado preocupações acrescidas, pelas implicações que tem nos profissionais de saúde e nos utentes que estão sob os seus cuidados. Ao nível dos cuidados paliativos, a literatura encontrada tem mostrado que os estudos desenvolvidos neste contexto de prestação de cuidados, não têm avaliado a síndrome de *burnout* de uma forma sistemática e aprofundada. Esta razão levou ao desenvolvimento de uma pesquisa a partir do projecto “Quem cuida de quem cuida”, onde foi avaliado o nível de *burnout* em UCP de Portugal. Este estudo revelou que os riscos de *burnout*, nos profissionais de saúde a trabalhar em UCP é baixo, segundo a categorização de Pereira (2011), e que, independentemente de factores de risco sempre presentes, como o permanente contacto com a morte e o sofrimento, estes profissionais desenvolvem estratégias individuais ou em equipa que os protege da síndrome de *burnout* (Pereira, 2011). Por outro lado, os inúmeros trabalhos de pesquisa realizados com profissionais a trabalhar em UCI, corroboram os resultados

do trabalho de Teixeira (2013), que também no âmbito do projecto “Quem cuida de quem cuida”, avaliou os níveis de *burnout*, em médicos e enfermeiros. O seu estudo concluiu que existe risco de *burnout* e que os níveis de *burnout* identificados nestes profissionais eram moderados. Além disso, estes profissionais não apresentavam de uma forma sistematizada, intencional ou não intencional, estratégias para a prevenção do *burnout*.

Apresentaremos este programa de intervenção de forma a poder ser aplicado por qualquer facilitador qualificado.

O trabalho desenvolvido por Pereira (2011) contextualizou a problemática do *burnout* em UCP na perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos. Consideramos relevante a aplicação prática destas perspectivas, no contexto de uma UCI e verificar a sua exequibilidade e sucesso. Pretendemos a partir do modelo de compreensão do *burnout* construído por Pereira (2011), elaborar uma proposta para um programa de prevenção do *burnout* numa UCI. Não obstante, e dado este estudo ter sido realizado num contexto de UCP e não UCI, entendemos oportuno mobilizar os resultados de Teixeira (2013), já que este evidenciavam os factores de risco mais prevalentes em UCI.

Para a construção do programa tivemos ainda em consideração a heterogeneidade das equipas e dos profissionais a trabalhar em UCI. Não obstante, consideramos que os resultados apresentados por Teixeira (2013) e os resultados apresentados por Pereira (2011) são suficientemente pertinentes para a construção do programa.

1 - Enquadramento ético do programa de intervenção e prevenção do *burnout*

O enquadramento ético da construção do programa de intervenção para prevenção do *burnout* a ser implementado em UCI, reside:

- nas consequências físicas, emocionais e comportamentais, que a síndrome de *burnout* tem nos profissionais de saúde, que os torna mais vulneráveis;
- nas consequências que o fenómeno de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal e profissional tem na prestação de cuidados e na falta de disponibilidade e entrega dos profissionais de saúde;
- nas consequências que a síndrome de *burnout* tem para a dinâmica das equipas de saúde e nos prejuízos que a falta de comunicação e interacção entre os profissionais têm, no bem-estar e no desempenho profissional;
- nas consequências da exaustão emocional e despersonalização dos profissionais que padecem desta síndrome, para a segurança e bem-estar dos doentes;
- nas consequências que a síndrome de *burnout* tem na dinâmica das organizações, que as tornam menos produtivas e empreendedoras;
- na responsabilidade de se promover estratégias de prevenção, que tenham implicações ao nível individual, na equipa e na organização.

Consideramos que para que os profissionais possam estar nas melhores condições físicas e emocionais para prestar cuidados, têm que eles próprios serem cuidados.

2 - Objectivos do programa de intervenção

No âmbito deste trabalho procedemos a uma revisão sistemática da literatura, recorrendo à análise retrospectiva de fontes secundárias (Vilelas, 2009; Ramalho, s.d.).

A revisão sistemática da literatura é uma metodologia de investigação importante “para a prática baseada em evidências” (Vilelas, p. 2003) pois apresenta num só trabalho um número significativo de informações pertinentes, permitindo desta forma construir programas de intervenção. De acordo com a metodologia de revisão sistemática da literatura, os resultados encontrados nas teses originais, de Pereira (2011) e Teixeira (2013), foram sistematizados e analisados de forma crítica, para que a partir desta análise, se pudesse construir o programa de intervenção.

O projecto “Quem cuida de quem cuida”, partiu do pressuposto que identificados os níveis de *burnout* nas populações estudadas, profissionais de saúde, médicos e enfermeiros a trabalhar em UCI e UCP, seguir-se-ia a construção de um programa de intervenção para prevenção do *burnout*.

Conforme já referimos, o estudo realizado em UCP por Pereira (2011), permite identificar as estratégias eficazes que os profissionais usam para fazer a gestão do *stress* e a prevenção do *burnout*. A opção metodológica englobado no paradigma qualitativo e construtivista como a *grounded theory*, permite compreender a problemática do *burnout* de uma forma pormenorizada, específica de cada contexto e enquadrada no ambiente natural da prestação de cuidados. Este método de investigação permitiu-nos ter acesso a informação concretas sobre a forma como os

factores de risco afectam os profissionais de saúde e a forma como os factores protectores ajudam a prevenir o *burnout*.

A **questão** central deste programa de intervenção é: Que estratégias de prevenção de *burnout* utilizadas pelos profissionais de saúde em UCP, podem ser benéficas para a construção de um programa de prevenção do *burnout* a implementar nos profissionais de saúde das UCI?

O **objectivo geral** deste trabalho é construir um programa de intervenção para prevenção do *burnout* para profissionais de saúde, médicos e enfermeiros a trabalhar em UCI, a partir das estratégias protectoras de *burnout*, desenvolvidas pelos profissionais de saúde das UCP.

Os objectivos específicos delineados para a construção do programa de intervenção são os seguintes:

Identificar as estratégias protectoras desenvolvidas pelos profissionais das UCP para prevenção do *burnout* e que se revelam eficazes tendo em conta os baixos níveis de *burnout* apresentados.

Pesquisar actividades ou exercícios que tenham em conta os factores protectores de *burnout* e que possam ser desenvolvidos pelos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros nas UCI.

Construir o programa de intervenção em sessões semanais a partir dos exercícios ou das actividades pesquisadas.

Construir um modelo de prevenção do *burnout* a partir das estratégias protectoras identificadas nos profissionais a trabalhar em cuidados paliativos.

O modelo a ser construído pretende ser útil na prevenção do *burnout* em profissionais de saúde, médicos e enfermeiros a trabalhar em UCI, e suficientemente objectivo e aplicável para que qualquer formador com formação na área da psicologia o possa aplicar.

3 - Trabalhos de investigação que sustentam o programa de intervenção para prevenção do *burnout*

Pereira (2011) apresentou um estudo realizado em nove equipas de UCP portuguesas, distribuídas pelos de Lisboa, Setúbal, Coimbra, Castelo-Branco e Porto. Foram identificados três tipologias de equipas: equipas que prestam apoio domiciliário, equipas de suporte intra-hospitalar e equipas que dão apoio a serviços com internamento. O estudo apresentava como questão central, caracterizar a síndrome do *burnout* em médicos e enfermeiros a trabalhar nestas unidades e como objectivo principal traçar o perfil da síndrome de *burnout*, os factores protectores e os factores de risco. O trabalho metodológico foi realizado num paradigma qualitativo e construtivista e enquadrou-se numa *grounded theory*. A opção para a recolha de dados, teve como principal objectivo uma maior compreensão do contexto, e neste sentido, foram elaborados, um questionário para caracterizar as equipas, um questionário para analisar os momentos de observação das equipas e

realização de entrevistas semi-estruturadas a um médico e um enfermeiro de cada equipa. O estudo foi realizado com nove equipas de cuidados paliativos, distribuídas por várias áreas geográficas do país.

A análise dos dados foi efectuada tendo em conta a tipologia das equipas – unidades de assistência domiciliária, equipas intra-hospitalares e internamento.

A categorização das entrevistas permitiu agrupá-las em quatro categorias: factores de risco de *burnout*, factores protectores de *burnout*, estratégias para a prevenção do *burnout* e o impacto do trabalho em UCP.

A amostra foi constituída por 92 médicos e enfermeiros, o que corresponde a 65,5% dos profissionais que trabalhavam nas 9 UCP. Destes profissionais 83% eram do sexo feminino, a idade média é de 32 anos. Quanto ao grupo profissional, 80% eram enfermeiros e 20% médicos.

Os factores protectores revelados a partir da análise das entrevistas foram os seguintes: boa relação com os doentes e as suas famílias, a valorização da formação, principalmente a realizada na área dos cuidados paliativos, quer seja a um nível básico, quer seja a um nível avançado. Outros factores protectores identificados foram também, o reconhecimento do trabalho, a visibilidade dos resultados, o alívio do sofrimento, a ética presente na prestação de cuidados e a possibilidade de ter uma rede de apoio na ajuda à tomada de decisões. O espírito de equipa, a possibilidade dos elementos da equipa terem bons processos de comunicação e a confiança, solidariedade e entreajuda na equipa, é também considerado um factor protector. Outros aspectos que emergiram foram a motivação para trabalhar em UCP, a

capacidade de liderança dos líderes de equipa, a autonomia profissional e as reuniões de equipa.

Pereira (2011) encontrou na sua investigação factores protectores de *burnout* e as estratégias para os minimizar que se encontram no seguinte quadro:

Factores Protectores de <i>Burnout</i>	Estratégias
<p>Características organizacionais das equipas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipas recentes ▪ Critérios de organização ▪ Critérios de admissão dos profissionais ▪ Empreendedorismo <p>Características dos profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade jovem ▪ Experiência profissional prévia ▪ Formação em cuidados paliativos <p>Trabalho em equipa interdisciplinar</p> <p>Bom ambiente de trabalho</p> <p>Espírito de equipa</p> <p>Gestão de conflitos</p> <p>Falar em equipa</p> <p>Momentos de pausa</p> <p>Reuniões de equipa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussão de casos clínicos <p>Ética de cuidar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ na relação com doentes e famílias ▪ entre os profissionais da equipa ▪ por parte do superior hierárquico <p>Evolução na relação</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ com famílias ▪ com outras equipas <p>Impacto do trabalho sobre a vida de outras pessoas</p> <p>Documentação dos cuidados</p> <p>Processo de tomada de decisões éticas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ em equipa – ética da discussão ▪ recursos disponíveis (<i>e.g.</i> comissão de ética) ▪ <i>guidelines</i> (<i>e.g.</i> sedação paliativa) <p>Concretização dos (últimos) desejos</p> <p>Morte tranquila</p>	<p>Estratégias de prevenção de <i>burnout</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades de convívio (<i>e.g.</i> almoços e jantares, actividades extra-serviço) <p>Estratégias face à morte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rituais (<i>e.g.</i> da vela, do livro, da estrela, da despedida, «<i>anjo do mês</i>») <p>Estratégias individuais</p>

Adaptado – Pereira (2011, p. 596)

Os factores protectores de *burnout* encontrados no trabalho de Pereira (2011) desenvolvido em UCP serão os factores que iremas dar mais relevância para a construção do programa de intervenção para prevenção do *burnout*.

Por sua vez, Teixeira (2013) desenvolveu um trabalho de investigação em UCI, em 10 dos 13 hospitais públicos do norte de Portugal, para identificar os níveis de *burnout* de médicos e enfermeiros, os factores de risco e os factores protectores de *burnout*. Esta autora partiu do pressuposto que factores como a gravidade das situações clínicas dos utentes de uma UCI, o contexto de trabalho, a sobrecarga de trabalho, as relações interpessoais com outros elementos da equipa e as próprias características de uma UCI, eram factores indutores de *burnout* para os profissionais de saúde.

A amostra foi constituída por 267 profissionais de saúde, os quais responderam ao MBI para avaliação dos níveis de *burnout* e um questionário que consistia na descrição das experiencias recentes no local de trabalho.

O estudo concluiu que, 9% dos profissionais estavam em *burnout* e 22% em risco de *burnout*. Desta forma a autora considerou que existe um elevado nível de *burnout*, quando se associa o estar em *burnout* e o alto risco de *burnout*. Este resultado corrobora outras investigações (Grassi e Magnani, 2000) que referem que taxas de *burnout* entre profissionais de saúde, podem variar entre os 25 e os 60%. Dos profissionais incluídos neste estudo, 30% apresentavam um risco moderado de *burnout* (Teixeira, 2013). Os profissionais de saúde com um elevado nível de

burnout apresentam elevado nível de exaustão emocional e despersonalização, e concomitantemente, níveis baixos de RPP.

Os níveis de *burnout* eram mais elevados no sexo feminino, em profissionais com mais anos de prática e com contrato de trabalho temporário.

Os profissionais a trabalhar em UCI com doentes em situação clínica mais grave e com maior taxa de mortalidade, apresentavam níveis de *burnout* mais elevados.

Verificou-se uma correlação entre os níveis de *burnout* e a existência de conflitos entre profissionais e entre profissionais e familiares de doentes, sendo os níveis de *burnout* mais elevados na presença destas situações.

A análise multivariada identificou uma relação entre o pertencer ao sexo feminino, existência de conflitos interpessoais e limitar ou retirar tratamentos instituídos aos doentes. Esta conjugação eleva os níveis de *burnout*.

As diferenças encontradas entre médicos e enfermeiros, mostraram que os médicos tinham níveis mais elevados de despersonalização e os enfermeiros níveis mais elevados de exaustão emocional.

Os factores protectores encontrados foram: trabalhar noutra local da mesma instituição.

Perante os indícios apresentados no trabalho de Teixeira (2013) justifica-se a proposta de elaboração de um programa de intervenção para prevenção do *burnout*.

O trabalho desenvolvido por Pereira (2011) contextualizou a problemática do *burnout* na perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos, consideramos relevante a aplicação prática destas perspectivas num outro contexto e verificar a sua

exequibilidade e sucesso. Queremos a partir do modelo de compreensão do *burnout* construído por Pereira (2011) elaborar o programa de prevenção do *burnout* para uma UCI.

Este trabalho de investigação que serviu de base à construção do programa de intervenção do *burnout* (Pereira, 2011), seguiu as novas tendências de investigação no que diz respeito à metodologia, no sentido em que inclui vários métodos que se complementaram (Maslach e Leiter, 1999; Schaufeli e Enzmann, 1998; Huberman e Vandenberghe, 1999). Assim, aos habituais e tradicionais estudos baseados numa metodologia quantitativa, o estudo de Pereira (2011) incluiu uma abordagem qualitativa a partir de entrevistas em profundidade e observações.

O programa de intervenção por nós elaborado foi estruturado a partir dos estudos de Pereira (2011) e Teixeira (2013) com populações de profissionais de saúde em contextos específicos e teve em conta os factores de risco e os factores protectores de cada uma das populações. Neste sentido, esta intervenção não é generalizável a outras populações que não sejam profissionais de saúde.

Na construção deste programa pretendem valorizar-se os factores protectores presentes nas UCP e desenvolver-los nas UCI.

4 - Procedimento para a construção do programa de intervenção

Foi solicitado às autoras Pereira (2011) e Teixeira (2013) informação sobre os resultados dos seus trabalhos de investigação, que pudessem ser úteis e pertinente para a construção do programa de intervenção. Partimos do princípio de que é

fundamental proceder a um diagnóstico da situação, para depois se proceder a selecção das melhores estratégias a desenvolver em cada sessão para a prevenção do *burnout*.

Na avaliação dos níveis de *burnout* em profissionais de saúde a trabalhar em UCP, trabalho desenvolvido por Pereira (2011), tivemos acesso à totalidade dos dados, nas suas abordagens qualitativas e quantitativas. Na avaliação dos níveis de *burnout* em profissionais a trabalhar em UCI, realizado por Teixeira (2013), tivemos acesso ao estudo qualitativo.

Desenvolvemos o programa de intervenção de acordo com as quatro dimensões encontradas por Pereira (2011) no seu estudo em UCP. Das categorias analisadas a partir do método qualitativo, Pereira (2011, p. 102) identificou:

- Os factores de risco de *burnout* – agentes e causas propícias para o desenvolvimento de síndrome de *burnout*.
- Os factores protectores de *burnout* – condições e circunstâncias que protegem os profissionais do desenvolvimento de *burnout*.
- Estratégias de prevenção de *burnout* – meios utilizados para prevenir, evitar o desenvolvimento de *burnout*, quer individualmente quer em equipas.

5 - Justificação e fundamentação do programa de intervenção para prevenção do *burnout*

Desenvolver projectos que pretendem cuidar dos profissionais que cuidam envolve aspectos éticos, profissionais e organizacionais que em conjunto e de forma

articulada e integrada, ajudam os profissionais de saúde a aumentar o seu bem-estar, a desempenhar as suas funções com compromisso e competência.

Um dos primeiros passos no sentido de cuidar dos profissionais que cuidam é prevenir situações de *burnout*, mostrando através de programas de intervenção, como estão vulneráveis às suas condições de trabalho.

A literatura científica sobre a síndrome de *burnout* tem vindo ao longo dos anos a mostrar que os factores indutores de *burnout* têm origens intrínsecas e extrínsecas aos profissionais. Estes estudos reforçam contudo, que a intervenção no sentido da prevenção do *burnout*, nas populações e nos contextos de maior vulnerabilidade, continua a ser a forma mais eficaz para evitar as suas consequências (Laranjeira, 2009).

Associado aos estudos sobre a síndrome do *burnout*, sempre se desenvolveram propostas de intervenção que tinham como objectivo prevenir, reduzir ou controlar os sintomas e proporcionar com essa intervenção, uma melhor qualidade de vida aos trabalhadores mais vulneráveis a esta síndrome. Cada uma destas propostas de intervenção tinha objectivos específicos a atingir: reduzir as exigências no trabalho, adequar ou adaptar os objectivos e as expectativas pessoais às circunstâncias do trabalho, desenvolver em cada um dos profissionais competências antes dos momentos laborais e promover estratégias de defesa contra o *burnout* (Cherniss, 1980).

Segundo Mingote (1998) não existe de facto nenhuma proposta para prevenir de forma efectiva o *burnout*. Contudo, o autor assinala que é possível intervir de forma

integrada e complementar, com técnicas orientadas a nível individual, grupal e organizacional.

Este programa de intervenção pretende abordar a Pessoa de uma forma holística e integrada, ajudando os profissionais de saúde a manter o difícil equilíbrio no contexto profissional. As actividades propostas foram construídas de uma forma simples e exequível para todos, mas necessitam numa primeira intervenção, da orientação de um mediador com conhecimentos e experiência.

Se cada um dos profissionais participantes enraizar algumas mudanças de atitude e de comportamento, conforme sugeridas pelo programa, cremos que ficará com mais instrumentos para encarar o desafio da vida profissional numa UCI.

Muito se tem investigado e escrito sobre o *burnout*, mas mais importante do que o que se pode dizer, é o que pode e deve fazer para o prevenir. Daí ser tão importante construir um programa de intervenção que apresente uma abordagem objectiva e prática.

Autores como Garret *et al.* (2001), Garrosa *et al.* (2002), Hoga (2002) e Garanhani *et al.* (2008), têm contribuído para as seguintes conclusões: os profissionais de saúde estão sujeitos a diversas pressões no seu contexto profissional, situação que conduz a situações de *burnout*. Torna-se, portanto, imperioso que as organizações, que pretendam atingir elevados níveis de excelência e impor-se pela competitividade, integrem na sua gestão e administração, medidas que previnam e minimizem os efeitos da síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde.

A gestão do *stress* e a consequente prevenção do *burnout* é entendida como qualquer actividade ou programa, iniciada por um grupo ou instituição, que tenha como

objectivo reduzir os factores indutores de *stress* e de *burnout*, minimizar os efeitos negativos destes, melhorar o bem-estar dos profissionais, ajudando-os a desenvolver estratégias para lidar com as situações. Os sujeitos da intervenção dos programas para a prevenção do *burnout* podem ser os indivíduos, o grupo ou a organização (Martin, 1987).

Consideramos que não é possível separar o *burnout* profissional da situação familiar, porque todas as dimensões da pessoa estão interligadas e interrelacionadas. Contudo, o programa de intervenção foi construído com uma forte vertente profissional, acreditando que os ensinamentos e as estratégias aprendidas se possam reproduzir na vida pessoal.

O *burnout* em profissionais de saúde tem sido estudado por vários autores, e os factores de risco estão bem identificados. Em contextos como as UCI os profissionais de saúde têm uma vulnerabilidade acrescida para esta síndrome, pelo facto de cuidarem de pessoas em situações críticas de vida, por estarem expostos ao sofrimento humano de utentes e familiares, por estarem em contacto sistemático com a morte e porque as decisões éticas tomadas pelas equipas, levam muitas vezes a conflitos. Por todas estas razões as organizações de saúde devem ter uma responsabilidade ética no cuidado a estes profissionais, indo desta forma ao encontro do princípio da beneficência. O princípio da beneficência preconiza a promoção do bem.

A sociedade em geral e as organizações em particular, esperam dos profissionais de saúde muita paciência e uma dedicação quase exclusiva. A sobrecarga física e emocional, a expectativa social, mais as responsabilidades inerentes à especificidade

do seu trabalho, são factores de risco para a saúde dos profissionais e um indutor de *burnout*.

O *stress* e a sua consequência mais negativa, o *burnout*, são apresentados pela *International Labour Organization* como a causa que mais absentismo provoca a nível mundial, não diferenciando, nacionalidade, etnias ou sexo. As condições actuais nos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, com a expansão das telecomunicações, da economia e das condições de trabalho cada vez mais competitivas, potenciaram o aparecimento de factores que conduzem ao *burnout*.

Os baixos níveis de *burnout* encontrados por Pereira (2011) no seu estudo em UCP em Portugal apresenta como factores para estes resultados, as estratégias, mais ou menos intencionais, adoptadas pelos profissionais para o prevenir. Os factores protectores de *burnout* que estas equipas apresentam, são também aspectos que contribuem para os baixos níveis. Dentro destes factores encontram-se um trabalho de equipa eficaz, apoio de superiores hierárquicos e uma ética do cuidar que é extensiva a doentes, familiares e equipa.

Perante os estudos que foram apresentados no enquadramento deste trabalho, fica evidente que o tipo de trabalho dos profissionais de saúde e conforme o contexto onde exercem a sua actividade, com especial relevância nas UCI, existem factores desencadeadores do *burnout*. O trabalho com pressão emocional constante, associado ao envolvimento necessário com o sujeito de cuidados, leva a um tipo de *stress*, que prolongado no tempo desencadeia o *burnout* (Harrison, 1999). O *burnout* em profissionais de saúde afecta o ambiente da prestação de cuidados e interfere com o objectivo da prestação de cuidados com qualidade, conduzindo a um processo de

desumanização e apatia, problemas de saúde e absentismo (Benevides-Pereira, 2002).

Para uma maior qualidade de trabalho no contexto da saúde, é assim fundamental investir em programas de intervenção para prevenção do *burnout*, como forma de manter os profissionais saudáveis.

O *burnout* é uma síndrome, que afecta e abrange tantas áreas, que torna complexa a sua prevenção. Contudo, consideramos que para intervir prevenindo, é fundamental que o indivíduo e as organizações tenham numa primeira fase, consciência da sua existência.

Quando se fala em prevenção no seu sentido mais restrito, fala-se em impedir ou inibir o desenvolvimento de uma determinada doença. Contudo, quando se fala em prevenir o *burnout* há necessidade de alargar a sua abrangência e trabalhar em diversos níveis, pela complexidade do seu aparecimento e das suas manifestações. Assim, prevenir o *burnout*, não é mais que adoptar estratégias, que atrasem ou interrompam o seu desenvolvimento (Mausner & Bahn, 1990)

Os programas de gestão do *stress* e de prevenção do *burnout* são apresentados como socialmente muito importantes, uma vez que têm um impacto positivo, ao nível individual e organizacional. Os programas de prevenção do *burnout* promovem a saúde e a segurança dos profissionais e conseqüentemente, diminuem os custos com a saúde e aumentam a produtividade (Hurrell & Murphy, 1996; Ivancevich *et al.*, 1990).

Verificamos pelos trabalhos que sustentam este programa de intervenção, que é urgente e inadiável cuidar dos profissionais que cuidam. É urgente investir na

formação dos profissionais de saúde, de forma a munir-los de instrumentos que os ajudem a enfrentar com saúde os factores stressores.

As condições em que os profissionais de saúde desenvolvem as suas actividades são um dos aspectos que mais condicionam o bem-estar e que levam muitas vezes ao absentismo. Os problemas psicossociais e interpessoais que são consequência da síndrome do *burnout*, como a baixa produtividade e o desinteresse profissional, levam a que seja crescente a motivação para investigar neste tema. Em consequência das investigações efectuadas, surgiu uma preocupação generalizada na necessidade de criar formas de prevenir ou remediar este problema.

A severidade dos processos patológicos da síndrome do *burnout* e a forma como ela pode afectar as equipas multidisciplinares e os doentes, levam à necessidade da criação de programas de intervenção, que apresentem formas de prevenir as consequências mais nefastas da síndrome. Na perspectiva do contexto de trabalho das UCI, as exigências constantes, o elevado nível de responsabilidade e a sobrecarga de trabalho fundamentam a elaboração do programa de intervenção que propomos.

Julgamos que o reconhecimento do problema por parte dos profissionais envolvidos, das chefias e das organizações, levará a uma consciencialização da gravidade do problema e criará a possibilidade de uma intervenção mais sistemática e rigorosa no processo de *burnout*. Os estudos têm mostrado que é sempre melhor para os profissionais e menos dispendioso para as organizações prevenir que remediar. Esta proposta de intervenção é também justificada pela incidência dos níveis de *burnout*

nos profissionais de saúde que trabalham em UCI, como nos mostra o trabalho desenvolvido por Teixeira (2013).

O programa de intervenção para prevenção do *burnout* pretende ser, para os profissionais de saúde e para as instituições de saúde, um instrumento útil e prático, que desenvolva as competências necessárias para gerir o *stress* e desta forma prevenir o *burnout*.

Temos consciência que qualquer programa pré-formado, mesmo que tenha em conta os dados de estudos de investigação, e mesmo que se dirijam a profissionais com formação idêntica em contextos semelhantes, deve ser adaptado a cada um dos contextos e à cultura organizacional, assim como, a cada um dos participantes. Qualquer intervenção generalizada poderá inviabilizar o sucesso do programa, se não tiver em conta os aspectos personalizados.

Os trabalhos de investigação na área do *burnout* fazem referência à necessidade da construção de programas de intervenção para prevenir esta síndrome. Contudo, os estudos são essencialmente descritivos e correlacionais, não havendo por isso, estudos que nos mostrem a eficiência de um programa de intervenção para prevenção do *burnout* em profissionais de saúde.

Tivemos em consideração para a construção do programa a heterogeneidade das equipas e dos profissionais a trabalhar em UCI. Não obstante, consideramos que os resultados apresentados por Teixeira (2013) e os resultados apresentados por Pereira (2011) são suficientemente pertinentes para a construção do programa.

6 - Abordagens teóricas no desenvolvimento de programas de intervenção

O programa de intervenção que propomos inclui várias abordagens teóricas, pesquisadas na literatura científica e que considerámos serem as mais adequadas para este programa, pela eficácia que têm demonstrado no contexto da saúde, com profissionais de saúde, mas também, noutros contextos, com outros profissionais. Assim, este programa não apresenta uma orientação conceptual única e específica, nem se constitui como uma réplica de outros programas já existentes, mesmo que estes últimos tenham sido fundamentais para a sua construção.

Este programa de intervenção integra assim, conceitos da teoria humanista de Rogers (1951; 1963) com especial relevância para a escuta activa e a relação de ajuda. Os conceitos de Carl Rogers que transportámos para o programa de intervenção são a escuta activa das experiências e sentimentos dos profissionais de saúde por parte do mediador e o incentivo aos outros participantes para o fazerem. A escuta activa passa pela comunicação verbal e não-verbal dos participantes, assim como pela escuta dos sentimentos expressos sem juízos de valor.

Uma grande parte das estratégias de intervenção da construção do programa de intervenção baseia-se no modelo teórico cognitivo-comportamental, uma vez que um dos objectivos é a alteração do comportamento na interacção com os pares e com outros profissionais de saúde. O modelo cognitivo-comportamental concebe a aprendizagem como um processo interno, que não pode ser observado porque envolve o pensamento. Pretende-se que a aprendizagem efectuada com este programa de intervenção, se traduza em mudanças externas do comportamento.

Contudo, de acordo com o modelo cognitivo-comportamental, estas mudanças só acontecem a partir das significações atribuídas pela própria pessoa, provenientes de mudanças internas ocorridas ao nível das emoções e dos sentimentos. Para que haja aquisição de novas estruturas cognitivas, é necessário reconstruir estruturas pré-existentes (Inácio, 2007).

O programa de intervenção acenta também na teoria construtivista, na medida em que acreditamos que o conhecimento é construído pelo indivíduo, a partir da sua própria experiência pessoal e social. Nesta perspectiva, os indivíduos são agentes activos da sua própria aprendizagem, na medida em que estão diretamente implicados na construção do conhecimento, integram as aprendizagens no seu esquema mental e atribuem-lhe um significado próprio. Na teoria construtivista, não é o formador que ensina, é o formando que aprende (Inácio, 2007).

Este programa foi também estruturado a partir da abordagem da Psicologia Positiva. As concepções da Psicologia Positiva centram-se na valorização das competências individuais e na capacidade para cada um ter sucesso, numa perspectiva positiva da realidade e na vivência da vida com esperança (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Salovey *et al.* (2002). A escolha destas abordagens, centram-se em trabalhos científicos que mostram os benefícios de uma atitude positiva e optimista perante o trabalho e a vida (Seligman, 1991; Peterson, 2000; Carver & Scheier (2002).

O programa de intervenção foi construído tendo em conta, também as orientações do modelo colaborativo. Neste modelo são os próprios profissionais que serão a fonte de informação das suas experiências, vivências e necessidades, assim, como do tipo de funcionamento do grupo. Neste sentido, a intervenção colaborativa implica vários

ajustamentos por parte do formador, nomeadamente, o tipo de relação que constrói com os profissionais de saúde.

Neste tipo de grupos, pretende-se que a relação entre formador e profissionais, assente na reciprocidade e no respeito pelos contributos de todos, que seja uma relação de confiança e uma comunicação clara e objectiva. A relação estabelecida permitirá aos profissionais atingir os objectivos do programa e assumir a responsabilidade de resolverem os problemas individuais e do grupo, de uma forma conjunta.

Os objectivos que se pretendem atingir com o programa de intervenção, implicam que o mediador abandone o mero papel de mero transmissor de informação e que trabalhe de forma activa com o grupo, no sentido de envolver os profissionais, num processo de partilha de vivências e sentimentos. O formador transforma-se assim, num facilitador e mediador do processo e deve promover a reflexão e a discussão de ideias e problemas, deve solicitar as ideias do grupo para que, conjuntamente encontrem uma solução para os problemas apresentados. Pretende-se com esta abordagem munir os profissionais de *empowerment*, para que possam eles próprios, ter consciência das suas necessidades e encontrem uma forma de resolver as situações do seu contexto laboral, através de um processo de colaboração e negociação (Menezes, 1999), a partir de uma comunicação assertiva (Azevedo, 1996).

Numa intervenção realizada em grupo, o papel do formador assume-se como um recurso fundamental, na medida em que este promoverá a confiança e a segurança entre os elementos do grupo, assim como, será o facilitador de uma discussão e

reflexão genuínas. Este programa para além do seu carácter didáctico, pretende acima de tudo proporcionar momentos de partilha, rever experiências pessoais, garantir o apoio mútuo e promover o bem-estar (Simões, 2000; Diener, 2000).

Com o modelo colaborativo no programa de intervenção, pretendemos promover a confiança e a autonomia, fazendo com que cada profissional assuma um papel importante na equipa de trabalho, no sentido da identificação das necessidades do próprio e dos outros, encontrando desta forma, vias conjuntas de resolução de problemas (Carver & Scheier, 2002).

7 - Apresentação do programa de intervenção

7.1 - Planeamento e componentes do programa de intervenção

O planeamento das sessões do programa de intervenção teve em conta os seguintes factores:

- 1 - Coerência com os resultados apresentados nos trabalhos de investigação de Pereira (2011) e Teixeira (2013).
- 2 - Adequação dos objectivos aos conteúdos a ministrar nas sessões teóricas e às actividades a desenvolver nas sessões práticas
- 3 - Diversificação de meios de aprendizagem, como forma de corresponder à experiencia e à adaptação a cada profissional
- 4 - Adaptação dos processos de aprendizagem com os conhecimentos a adquirir e as competências a desenvolver.

As componentes apresentadas pela maior parte dos programas de intervenção para prevenção do *burnout* consultados, centram-se essencialmente na aquisição de conhecimentos e no desenvolvimento das competências interpessoais (Benevides-Pereira, 2002).

A componente do conhecimento do programa de intervenção foca-se na aquisição de conhecimentos e da obtenção de informações sobre a síndrome de *burnout*, as causas, a sintomatologia e as consequências. Os conhecimentos apresentados e as informações partilhadas enquadram-se num quadro de referências para as competências a serem desenvolvidas.

Na componente interpessoal, pretende-se que os participantes desenvolvam competências que melhorem as relações interpessoais. O objectivo é uma análise reflexiva dos comportamentos e a alteração dos comportamentos desajustados. Pretende-se que os processos de comunicação sejam o veículo da mudança de comportamento. A divisão destas componentes tem apenas um valor funcional. Consideramos contudo, que a importância atribuída a cada uma destas componentes dependerá do grupo populacional a que se destina, uma vez que cada equipa de profissionais terá necessidades diferentes.

7.2 - Estrutura do programa de intervenção

O programa foi organizado em dezoito (18) sessões com uma duração de 2 horas cada, mais uma sessão de 2 horas, três meses depois para fazer o *follow-up*.

Independentemente das sessões apresentarem uma sequência lógica e um tempo estimado para cada actividade, estas não devem ser aplicadas de uma forma rígida. Pretende-se que as sessões tenham um carácter informal, de forma a construir um ambiente facilitador, para que os profissionais possam exprimir os seus sentimentos e preocupações, de uma forma aberta e sem constrangimentos.

A estrutura do programa contempla o uso de metodologias activas que promovem o envolvimento pessoal e o relato de experiências, a reflexão crítica das práticas e das relações interpessoais dentro da equipa.

O programa foi construído para que possa ser aplicado por formadores diferentes, mas a populações idênticas, neste caso, médicos e enfermeiros a trabalhar em UCI. O programa poderá ser aplicado em unidades diferentes desde que se criem condições para tal.

A construção do programa de intervenção para prevenção do *burnout* baseou-se na realização de actividades que pretendem alcançar os níveis primário, secundário e terciário, envolvendo os participantes na realização de alguns dos objectivos

As intervenções primárias devem ser aquelas que mais atenção deve ter por parte das organizações e dos profissionais de saúde, uma vez que serão as de mais fácil e menos dispendiosa implementação. Prevenir o *burnout* é valorizar a atenção dada às causas, ao impacto que o fenómeno tem nos profissionais e na organização, e à necessidade de implementar mudanças.

O programa de intervenção que apresentamos pretende intervir ao nível primário, através de estratégias que de forma individual ou em equipa, os profissionais possam prevenir os factores indutores de *burnout*, independentemente das condições

adversas que possam ser identificadas pelo facto de trabalharem numa UCI. As intervenções primárias estruturadas para prevenir o *burnout* são da responsabilidade de todos. Contudo, temos consciência que as intervenções ao nível organizacional são as mais eficazes e as que terão um maior impacto nessa mesma prevenção.

Assim, a forma como a organização pode intervir nas estratégias primárias é acima de tudo compreender a existência do fenómeno e a necessidade de o prevenir. Em seguida, deverá reestruturar os locais de trabalho, de acordo com as suas características, secundarizando as intervenções que pretendem uniformizar o tipo de trabalho, as exigências e os horários iguais para todos. As organizações devem garantir processos de selecção e recrutamento dos profissionais de acordo com as competências que são exigidas nos vários locais, de uma instituição de saúde. É importante que seja colocado o profissional certo no local certo e que as suas potencialidades sejam valorizadas de acordo com as exigências do local. O sucesso do recrutamento passa também por valorizar as preferências dos profissionais de saúde a contratar. A formação adequada e dirigida às necessidades dos locais de trabalho e às competências que têm que necessariamente ser desenvolvidas devem ter uma atenção cuidadosa da hierarquia das organizações. Assim, para profissionais a desenvolver uma actividade numa UCI, não deve ser descurada a formação nesta área específica do cuidar, uma formação dirigida aos aspectos éticos e à tomada de decisão, assim como a preparação para o acompanhamento dos processos de morte do doente e do luto dos familiares. Qualquer profissional admitido numa organização de saúde deve ter formação sobre os objectivos da instituição, a missão e a cultura

organizacional. Esta é uma forma de potenciar a adesão aos métodos de trabalho e aos objectivos que se pretendem a atingir.

As organizações de saúde devem flexibilizar os horários de trabalho, para que os profissionais tenham o maior controlo que for possível sobre este aspecto. Ainda dentro desta dinâmica de intervenções primárias, as organizações devem garantir o apoio ou suporte profissional e emocional aos seus profissionais, formando líderes, que saibam gerir pessoas, emoções e conflitos. A formação de profissionais para a liderança deve contemplar questões como o trabalho em equipa, a valorização da interacção entre profissionais, entre estes e a estrutura hierárquica da instituição e entre os profissionais e os utentes.

Os aspectos ergonómicos não devem ser esquecidos, nem as condições físicas do trabalho. Os equipamentos utilizados devem ser adequados a cada serviço e a cada objectivo que se pretende alcançar.

Dentro de uma dinâmica estritamente organizacional, é fundamental que sejam implementados sistemas de trabalho que cumpram verdadeiramente os seus objectivos, sem sobrecarregar os profissionais. Terminamos dizendo que uma das intervenções da responsabilidade das organizações é promover uma cultura que valoriza o seu capital humano, que o apoie e que previna os riscos psicossociais de fenómenos como o *burnout*. Para que este objectivo seja implementado de forma coerente, é fundamental que os profissionais sejam envolvidos, escutando as suas sugestões e valorizando o conhecimento que têm dos seus locais de trabalho e das suas características. A valorização do papel dos profissionais numa organização, aumenta a probabilidade de aceitação das medidas a introduzir por esta.

As intervenções secundárias têm como principal objectivo sensibilizar os profissionais para o fenómeno do *burnout* e as consequências deste para a saúde dos trabalhadores. Estas medidas devem reforçar ou desenvolver competências que os tornem mais resistentes a situações adversas. As intervenções secundárias apresentam como estratégias a formação precoce dos profissionais em questões relacionadas com o trabalho em equipa, gestão de conflitos, desenvolvimento de competências na área da comunicação assertiva e gestão do tempo. Sendo estas as intervenções comuns a qualquer organização, devem ser acrescentadas estratégias que vão ao encontro das necessidades de cada contexto de trabalho, a partir do diagnóstico previamente elaborado a partir de uma análise criteriosa da situação.

As intervenções secundárias não devem ser implementadas somente ao nível dos profissionais a trabalhar nos contextos, mas devem ser igualmente preparadas para os elementos com responsabilidade organizacional, como forma de melhorar as suas competências como gestores e líderes. Potenciar e rentabilizar uma gestão eficaz e eficiente, valorizar os recursos humanos que dispõem, valorizar o apoio que estes necessitam e ajudar na prevenção do *burnout*, é da responsabilidade da liderança intermédia.

O programa de intervenção construído no âmbito desta tese assenta essencialmente nas estratégias a desenvolver ao nível secundários uma vez que nesta primeira fase, nos parece mais exequível abordar os profissionais directamente.

As intervenções terciárias estão dirigidas para as consequências dos fenómenos como o *burnout* e são dirigidas essencialmente ao indivíduo. Estas estratégias têm como principal objectivo reduzir o impacto negativo do *burnout* na vida profissional e

pessoal. O objectivo deste nível de intervenção é reparar danos, intervir na cura e reabilitar. As organizações devem estar assim preparadas para providenciar apoio psicológico para os profissionais que dele necessitam e apoio dos serviços de saúde, se o impacto do *burnout* for mais sentido ao nível físico.

O formador a seleccionar para a implementação do programa de intervenção deve ter formação para identificar e encaminhar situações patológicas relacionadas com o fenómeno do *burnout* e que necessitam de uma intervenção mais específica e direccionada.

7.3 - Estrutura das sessões

Benevides-Pereira (2002) refere que em qualquer processo de intervenção para prevenção do *burnout*, a primeira medida a adoptar deve ser o fornecimento de informações sobre a síndrome. O conhecimento pormenorizado sobre os factores que induzem o *burnout*, os sintomas e as consequências, permite que os profissionais desenvolvam estratégias para prevenir a síndrome. Nos contextos em que os profissionais já apresentam sinais e sintomas de *burnout*, o conhecimento das consequências permite a procura de ajuda de profissionais competentes.

Fornecer informações permite que os profissionais se auto-avaliem e que as organizações eliminem os factores stressores. Com estas informações é possível criar condições para que os profissionais possam trabalhar num ambiente mais saudável. Identificar as estratégias que estão a ser adoptadas pelos profissionais ou pelas

organizações para a prevenção do *burnout* e aferir a sua eficácia é outra medida importante.

Murphy (1996) refere que as intervenções para programas com estas características, devem ter sessões semanais de aproximadamente 90 minutos, de forma a que o programa se complete em poucas semanas. A estrutura do programa que propomos tem uma sessão semanal de 110 minutos, na sua totalidade, ficando o programa completo em 18 semanas, mais uma sessão de *follow-up* três meses depois.

Bellarosa & Chen (1997), consideram que as intervenções devem ter em conta a sua eficácia, mas também a sua viabilidade, principalmente se decorrerem durante o horário de trabalho. Os outros critérios de viabilidades são igualmente o número de sessões necessárias para se obter os resultados pretendidos, os conhecimentos teóricos e técnicos dos formadores, custos de planeamento e a aplicação. A participação dos profissionais no programa de intervenção, fora do horário de trabalho ou dentro do horário de trabalho, estará dependente da autorização da estrutura organizacional. Tendo em conta que todos os profissionais de uma UCI trabalham em regime de turnos, será difícil que o grupo formado esteja todo completo, seja na opção fora do horário de trabalho ou dentro do horário de trabalho. O programa de intervenção pretende assim, agir de forma directa ou indirecta em três áreas:

- melhorar o bem-estar dos profissionais de saúde e conseqüentemente das organizações;
- reduzir o *stress* e prevenir o *burnout* dos profissionais de saúde;
- melhorar a interacção entre as equipas prestadoras de cuidados.

Acreditamos que conseguidos os objectivos a que nos propomos a prestação de cuidados com qualidade será também uma meta a alcançar.

Este programa de intervenção apresenta instrumentos de reflexão que permitem de uma forma prática e simples, ajudar a compreender os mecanismos de prevenção do *burnout*. Os exercidos apresentados partiram de evidências empíricas desenvolvidas por investigadores de diversas áreas, tendo por objectivo melhorar o bem-estar dos profissionais de saúde, rentabilizar a dinâmica das equipas e em última instância, melhorar as organizações. Consideramos que estratégias positivas para a prevenção do *burnout* conduzem a benefícios para todas as partes envolvidas.

Qualquer organização necessita de recursos materiais, tecnológicos, financeiros e humanos. Não obstante, são os recursos humanos os que contribuem de forma única para que todos os outros recursos sejam usados e geridos de forma eficiente (Cunha, *et al.*, 2013).

Este programa pretende desenvolver nos profissionais de saúde, redes de entajuda e de colaboração, para que possam desenvolver um elevado capital social e melhorar o optimismo, a autoconfiança e a resiliência, aumentando desta forma o capital psicológico (Cunha *et al.*, 2013).

Este programa de intervenção foi estruturado para um tempo previsto de 38 horas, com 18 reuniões ou encontros de 2 horas cada, uma vez por semana, o que perfaz um total de 18 semanas de contacto entre o formador e os intervenientes, mais duas horas para uma sessão de *follow-up*, três meses após a 18ª sessão.

Pretende-se que estes momentos de formação sejam reflexivos, interactivos e de diálogo entre participantes e formador. Julgamos que este número de sessões e a duração de cada uma é exequível para os profissionais de saúde.

As actividades e os conteúdos teóricos a expor estão divididos por 18 sessões, sendo que cada sessão pode ter mais do que uma actividade. Todas as sessões deverão ser avaliadas pelos profissionais, numa grelha construída para o efeito e que se apresenta anexada. Cada sessão, excepto a primeira, começará com uma síntese recapitulativa da sessão anterior e com uma apresentação ao grupo da avaliação que fez na sessão anterior. Este procedimento possibilita reestruturações ao programa, para além da valorização dos contributos do grupo para possíveis alterações.

Cada sessão apresentará a seguinte estrutura: síntese dos objectivos, objectivos específicos, metodologia ou procedimentos, recursos materiais e humanos, tempo de duração da actividade, observações e avaliação.

Apresentamos agora de forma pormenorizada a estrutura de cada sessão. No início de cada sessão será apresentada uma síntese dos objectivos propostos. Em seguida serão apresentados os objectivos individualizados, as actividades que lhe dão resposta e os procedimentos de forma pormenorizada. Os recursos humanos e materiais necessários para cada sessão e o tempo médio de cada actividade serão também referidos. Em observações, faz-se referência de forma sintetizada a algumas explicações justificativas de cada actividade e o que se atinge com o procedimento. Cada sessão terá uma actividade que se designa por exploração (Seifert, 2009) e que pretende aferir o que cada participante aprendeu com a actividade proposta, o que pode alterar e tem como expectativa alterar, após a realização da actividade,

individualizar o que é mais útil para o seu desenvolvimento de tudo o que aprendeu e solicitar aos participantes um compromisso de alteração de comportamentos. Cada sessão deverá terminar com o preenchimento de uma questionário de auto-avaliação e com um questionário de avaliação da sessão, que se apresentam em anexo.

7.4 - Selecção dos participantes

O primeiro passo para a implementação do Programa de Intervenção para Prevenção do *Burnout*, será o de dar conhecimento à organização e ao serviço dos resultados obtidos nos trabalhos de investigação realizados por Teixeira (2013) em UCI do norte do país.

O passo seguinte será reunir com os representantes hierárquicos das classes profissionais de enfermagem e medicina, no sentido de dar conhecimento do que se pretende realizar. Posteriormente deverá ser efectuada uma reunião com cada uma das classes profissionais para analisar as motivações dos profissionais para colaborar no programa.

Autores como Webster-Stratton e Herbert (1993) referem que o modelo colaborativo é fundamental desde o primeiro contacto, pois os profissionais podem expor as suas expectativas quanto a uma possibilidade de intervenção. Tendo em conta que o programa se dirige a médicos e enfermeiros de uma UCI, a forma de selecção dos profissionais é importante para os motivar para a participação no programa (Meyers, 1993). Os participantes deverão ser informados dos pormenores de todo o programa,

tempo total, número de sessões, conteúdos e actividades gerais incluídos e objectivos a alcançar.

O grupo deverá ser composto por médicos e enfermeiros que não apresentam grandes diferenças hierárquicas. É reconhecido que em grupos que participam em formações onde tenham que expor as suas fragilidades e vulnerabilidades, é inibidor haver diferenças hierárquicas (Seifert, 2009). Os líderes do grupo de trabalho podem sentir-se inibidos por participar em actividades com os seus colaboradores directos e os profissionais podem sentir-se inibidos na presença de enfermeiros chefes ou directores de serviço. O grupo deverá ser constituído por profissionais que já trabalhem juntos, e que neste caso pertençam à mesma UCI

7.5 - Características do mediador/formador

O mediador deve estudar o programa de intervenção antes da sua implementação. O programa de intervenção contempla a descrição das sessões com os objectivos, metodologia, recursos humanos e materiais e a avaliação da sessão. Cada sessão tem necessidade de recursos materiais que o mediador deve providenciar com antecedência: papel e canetas deverão estar sempre disponíveis. Nas sessões que implicam o uso de fichas de trabalho, o mediador deve providenciar uma ficha para cada participante. Deve ter sempre presente em todas as sessões, as folhas de avaliação da sessão. O mediador deve utilizar as folhas de avaliação das sessões preenchidas pelos profissionais como uma forma de verificar a necessidade de introduzir alterações nos métodos pedagógicos, nos conteúdos ou nas actividades

propostas. As falhas identificadas nas sessões com conteúdos teóricos, devem ser colmatadas nas sessões seguintes.

As sessões teóricas necessitam de uma aprendizagem do mediador, no sentido de dar credibilidade aos conteúdos transmitidos.

O mediador deve dominar também os métodos pedagógicos sugeridos pelo programa de intervenção como, o *brainstorming*, *rolle-play* e método expositivo.

O mediador deve saber analisar os problemas decorrentes de formação. Neste sentido, deve ter formação psicopedagógica para ter capacidade para conduzir potenciais ou reais conflitos interpessoais durante as sessões.

A perspectiva de que a aprendizagem é tanto melhor, quanto maior for a motivação é consensual. Neste sentido, é da responsabilidade do formador encontrar estratégias que permitam que o grupo de participantes se mantenha motivado em todas as sessões do programa de intervenção. Assim, o mediador deve:

- dominar os conteúdos de todas as temáticas de todas as sessões;
- ter uma boa capacidade de comunicação, e manter coerência entre a comunicação verbal e não-verbal;
- valorizar as expectativas dos profissionais de saúde em relação ao programa de intervenção e as motivações que os levaram a frequentar as sessões;
- promover a aprendizagem dos participantes, implicando-os em todas as actividades;
- mostrar interesse pelas experiências dos profissionais os seus sentimentos e os seus conhecimentos;

- adequar a linguagem ao grupo de participantes, não esquecendo que será um grupo de pessoas diferenciadas do ponto de vista intelectual e académico (Inácio, 2007).

Para uma maior eficácia do programa de intervenção, o mediador deve estar preparado para acompanhar a aprendizagem e as actividades dos grupos que irá formar em cada sessão, assim como para acompanhar individualmente algum profissional que necessite de uma intervenção mais personalizada. Assim, o formador deverá: Verificar – os passos do processo de aprendizagem, pois pode haver necessidade de modificar atitudes e comportamentos; Clarificar – ajudar os profissionais a identificar com clareza as suas dificuldades e necessidades, a partir de uma atitude de disponibilidade e de escuta activa; Contextualizar – ajudar a contextualizar as aprendizagens, mostrando que as dificuldades são partilhadas por outras pessoas e fazer deste aspecto um estímulo; Conceptualizar – ajudar a partir de aspectos teóricos, a dar explicações e encontrar soluções; - Desafiar – ajudar a encontrar aspectos que possam melhorar a aquisição de competências; Promover a acção – ajudar os profissionais a serem tão activos nas actividades propostas, quanto possível (Inácio, 2007).

Em síntese, o mediador que irá liderar o programa de intervenção deve ter:

- motivação para implementar o programa de intervenção para prevenção do *burnout*;
- experiência na formação de adultos;
- tolerância e sensibilidade para aceitar diferentes formas de agir, pensar e ser;
- empatia para compreender os sentimentos e os sofrimentos dos profissionais envolvidos;

- amabilidade para estabelecer com os profissionais uma relação amigável e cordial;
- capacidade para saber escutar com disponibilidade;
- capacidade para saber questionar de forma assertiva;
- honestidade para assumir compromissos;
- flexibilidade para alterar e adequar o programa às necessidades do grupo;
- conhecimentos aprofundados sobre a síndrome do *burnout*;
- compreender a sintomatologia da síndrome nos profissionais de saúde;
- conhecer bem o programa de intervenção elaborado (Inácio, 2007).

Na sua prática o mediador deve operacionalizar e afirmar os valores e os princípios éticos, no sentido de respeitar o princípio kantiano de que o ser humano é um fim em si mesmo e não um meio. O respeito pelos profissionais é o critério de excelência da conduta ética da prática pedagógica. Pretende-se do mediador que implementar o programa de intervenção, que tenha com os participantes uma relação interpessoal dinâmica e encorajadora que promova tomadas de decisão que vão no sentido do seu auto-cuidado. Pretende-se que o mediador vá ao encontro do princípio da beneficência estabelecendo com os profissionais participantes uma relação de ajuda.

7.6 - Recursos materiais e espaço para a implementação do programa de intervenção

O espaço para a implementação do programa de intervenção deverá ser uma sala, com uma boa iluminação, bem arejada, com dimensões que permita alojar até 12 pessoas sentadas em cadeiras e em círculo e com dimensão que permita deslocar as

cadeiras para fazer pequenos grupos, mantendo o conforto de todos os participantes. O espaço deverá permitir arrumar as cadeiras e disponibilizar espaço para colocar colchões no chão, nas sessões de relaxamento.

A sala deve permitir ter também uma secretária para utilização do formador e um quadro de didax. Quanto aos recursos materiais, a instituição deverá disponibilizar, folhas brancas para os participantes poderem escrever, lápis, canetas, marcadores para o quadro, apagador, computador, data-show ou ecrã e colchões

7.7 - Avaliação do programa de intervenção

Estudos sobre a aplicabilidade e os resultados da implementação de um programa de intervenção são fundamentais para que, por um lado, se determinam efectivamente os benefícios que daí possam resultar para a saúde dos profissionais e das organizações e por outro lado, se identifiquem os efeitos nocivos dos factores psicossociais do *burnout*, na saúde dos profissionais e na qualidade do seu trabalho junto dos utentes. Embora se verifique a existência de inúmeros trabalhos de investigação sobre a síndrome do *burnout*, continuam a ser escassos os trabalhos que demonstrem de uma forma sistemática, a avaliação dos programas de intervenção. Consideramos que a avaliação não deve ser separada da implementação de um programa de intervenção e que deve ser contemplada já na sua construção.

A avaliação do programa de intervenção para a prevenção do *burnout* assume uma grande importância, na medida em que a partir dela, podemos identificar factores do sucesso e do insucesso da sua implementação.

Tal como é preconizado numa metodologia de investigação, e para verificar as mudanças necessárias, é necessário haver vários momentos de avaliação. Assim, no programa de intervenção que se propõe, considera-se que o primeiro momento de avaliação deverá ser feito com base nos instrumentos utilizados por Pereira (2011) e Teixeira (2013) cujos trabalhos e resultados serviram de base à construção do programa. Este primeiro momento de avaliação deverá ser efectuado antes da implementação do programa e deverá ser repetido após a sua conclusão, para verificar a estabilidade dos efeitos da sua aplicação na prática e no tempo, deverá ser feito um *follow-up*. Este terceiro momento de avaliação é fundamental, sobretudo quando se pretende que uma intervenção introduza alterações no comportamento (Almeida & Freire, 2000).

Este programa deve ser avaliação não só no processo mais também no impacto a longo prazo. Por isso, se sugere fazer um estudo longitudinal.

O processo de avaliação do programa de intervenção deve prever a possibilidade de avaliar, os objectivos, a metodologia, os conteúdos seleccionados, a implementação, o tempo de duração do programa, o tempo de duração das sessões e os resultados.

A avaliação dos objectivos centra-se na avaliação do que se pretende de facto com o programa de intervenção. Esta avaliação deve permitir igualmente rever e modificar os objectivos de acordo com as necessidades apresentadas pelos profissionais envolvidos. Nesta ordem de ideias é necessário avaliar previamente e no contexto, as necessidades da população para a qual se constrói o programa, para que este possa ser adaptado aos profissionais envolvidos, às condições existentes e às características do grupo. A avaliação dos conteúdos seleccionados para o programa de intervenção,

teve como base trabalhos de investigação que mostram quais são os factores de risco e os factores protectores para prevenir a síndrome de *burnout* e quais as estratégias consideradas mais eficazes para o seu combate.

A avaliação dos objectivos, da metodologia e dos conteúdos tem uma finalidade essencialmente formativa e pretende estabelecer directrizes ou alterações de forma e conteúdo, para a implementação de programas futuros. Cada uma destas etapas de avaliação deverá ser feita pelos participantes do programa em cada uma das sessões, durante a implementação do programa. A partir desta metodologia de avaliação será possível saber exactamente qual o factor mais positivos e negativo de todo o processo, quais os aspectos que devem ter continuidade e quais os que devem ser alterados. Os resultados serão avaliados após cada sessão, imediatamente após a conclusão do programa e três meses depois da conclusão.

Temos consciência de que as avaliações periódicas com questionários, consomem tempo das sessões. Não obstante, consideramos que esta estratégia avaliativa é fundamental para o mediador introduzir alterações se necessário e para dar *feed-back* aos participantes dos resultados dos questionários, contribuindo assim, para uma maior motivação.

Em nosso entender concomitantemente com a implementação do programa, deverá ser realizada uma vez que se pretende estabelecer uma relação de causa e efeito entre a implementação de um programa de intervenção e as alterações produzidas por este (Carmo & Ferreira, 1998). Com efeito, através do programa de intervenção delineado no âmbito do presente trabalho, pretende-se avaliar se o programa de intervenção

diminui os níveis de *burnout* da população estudada e se melhora a percepção da qualidade de vida profissional.

No estudo quasi-experimental que se pretende efectuar, o investigador manipulará a variável independente – programa de formação para prevenção do *burnout*, e avaliará o efeito na variável dependente – níveis de *burnout*.

Para que um estudo seja credível a variável dependente deve ser mensurável (Carmo & Ferreira, 1998). Na investigação que se pretende desenvolver, as variáveis dependentes serão medidas através dos instrumentos aplicados antes e depois do programa de intervenção, as quais foram utilizadas por Pereira (2011) e Teixeira (2013). Neste sentido, os níveis de *burnout* serão avaliados a partir do Maslach Burnout Inventory – MBI (Maslach & Leiter, 1999). Controlar a influência da variável independente sobre a variável dependente é fundamental para garantir que a investigação tenha validade interna, mas que tenha igualmente validade externa. tal significa que, manipulando a mesma variável independente (programa de intervenção) noutras contextos e com outra população se obtenham resultados idênticos (diminuição dos níveis de *stress* e *burnout*). Se o estudo apresentar validade experimental (validade interna e validade externa) poder-se-á encontrar os mesmos resultados, a mesma relação de causa e efeito, em serviços de saúde com características idênticas aos serviços onde se desenvolveu o estudo (Carmo & Ferreira, 1998).

Pretende-se que este estudo seja também longitudinal, uma vez que vamos recolher informações sobre o mesmo grupo, com os mesmos instrumentos em diferentes momentos (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Efectivamente, é nosso objectivo

avaliar a eficácia do programa de intervenção para prevenção do *burnout* ao longo de um período até 3 meses depois de ter terminado a última sessão do programa. Pretendemos assim, fazer a avaliação dos efeitos do programa nos profissionais de saúde, através de uma metodologia quantitativa, com os mesmos instrumentos utilizados na primeira fase do estudo e ao longo do programa de intervenção. A par destes procedimentos, ambicionamos ainda avaliar o próprio programa, no que diz respeito aos métodos pedagógicos usados, estratégias utilizadas, conteúdos apresentados, número de sessões, tempo de duração de cada sessão, 3 meses depois.

As limitações que se prevêem para a avaliação do programa de intervenção reside no facto de que os estudos com avaliação longitudinal apresentarem algumas desvantagens relativamente à validade interna, no que diz respeito à testagem e à mortalidade, pois é sempre possível que os resultados apresentados sejam devido ao conhecimento dos testes por parte dos participantes. Quanto à “mortalidade”, é sempre possível que se percam sujeitos ao longo do tempo. Este tipo de estudos são também mais dispendiosos, e implicam um maior esforço e mais tempo para a sua realização (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Contudo, este método apresenta vantagens que são importantes para a presente pesquisa, já que, cada sujeito pode ser avaliado isoladamente e por esse motivo serve como seu próprio controlo, podem ser obtidas informações mais pormenorizadas em cada grupo e avaliam-se com mais rigor as alterações produzidas pela variável independente (programa de intervenção) sobre as variáveis dependentes (níveis de *stress* e *burnout*).

Autores como Streubert & Carpenter (2002) designam o tipo de investigação que pretendemos desenvolver por investigação acção. A investigação acção pretende

essencialmente colmatar a lacuna existente entre os aspectos teóricos e a prática. Os profissionais que trabalham na área das ciências sociais, durante um longo tempo tiveram dificuldades em aplicar na prática os resultados das suas investigações, pois faltava-lhes o aspecto central dessa concretização que é a implementação de mudanças e sua conseqüente avaliação (Streubert & Carpenter, 2002).

Este método tem como finalidade agir para provocar alterações que melhoram a prática e estudar de forma sistemática, as implicações, as conseqüências e os efeitos dessas alterações. A investigação-acção será um método importante nesta investigação, pois pretendemos estudar uma determinada variável nos profissionais de saúde, para identificar problemas que necessitam de ser alterados, para construir soluções, para implementar essas soluções na prática e no contexto, para posteriormente avaliar o processo e as mudanças encontradas, e verificar se a intervenção teve o efeito que se previa inicialmente. A investigação-acção não pretende encontrar soluções generalizáveis, mas sim construir soluções importantes e aplicáveis a populações e contextos particulares (Streubert & Carpenter, 2002).

Este tipo de investigação tem como grande objectivo directo melhorar a prática. Como resultado indirecto, a investigação-acção compromete os profissionais envolvidos, no sentido de reflectirem sobre si próprios, sobre a sua conduta, sobre os seus relacionamentos, com a equipa, com os utentes e com a organização e implementam com mais facilidade as alterações propostas (Streubert & Carpenter, 2002).

Uma das vantagens em utilizar metodologia de investigação acção neste projecto é que enquanto na investigação tradicional a seguir à obtenção dos resultados os

profissionais integram esses dados na sua prática, na investigação-acção a “implementação das soluções fazem parte do processo de investigação” (Streubert & Carpenter, 2002, p. 282). Neste tipo de investigação são avaliados tanto as alterações produzidas como o processo. É possível através da metodologia da investigação-acção, desenvolver uma teoria local (Argyris & Schon, 1991) ou uma prática fundamentada (Rolfe, 1996). A teoria local ou a prática fundamentada, surge quando através da acção do investigador se explica a situação em estudo. Os investigadores ajudam assim, os profissionais a reflectir sobre os problemas existentes ao longo do processo de investigação. A compreensão do fenómeno num determinado contexto leva a uma teoria local, que poderá ser cada vez mais pormenorizada, criando por vezes um ciclo de teorização, acção e avaliação. As teorias desenvolvidas em certos contextos, podem eventualmente ser generalizadas a outros contextos, uma vez que a investigação acção pretende essencialmente implementar e avaliar mudanças.

Na sessão de *follow-up* pretendemos fazer um estudo exploratório de natureza qualitativa e com uma abordagem fenomenológica, através da utilização da técnica dos grupos focais, pois consideramos que o interesse pelo processo é tão importante como os resultados (Bogdan & Biklen, 1994). A análise dos dados de uma forma indutiva contribuirá para dar significado à implementação do programa de intervenção e a toda a investigação que está subjacente (Fortin, 1999).

A abordagem qualitativa e fenomenológica, será introduzida nesta sessão de *follow-up*, pois consideramos que é um método que nos permite ter acesso à riqueza das experiências pessoais e é o principal método para descobrir significados e sentimentos (Streubert & Carpenter, 2002). Posteriormente, será efectuada uma

análise de conteúdo e o critério de categorização será a análise semântica por categorias temáticas (Bardin, 1988).

A investigação mais adequada a esta parte do estudo é a qualitativa porque se pretende que os participantes adquiram novas competências que têm como fim a mudança de comportamentos.

Consideramos também que a viabilidade de programas de intervenção com estas características depende da aceitação das chefias e de administradores, assim como, dos profissionais das várias classes, uma vez que a multidisciplinaridade poderá ser um factor importante para o sucesso do programa. No processo de negociação com os conselhos de administração das instituições hospitalares, é importante sugerir a possibilidade da inclusão do programa num âmbito mais alargado de promoção da saúde. Em nosso entender as intervenções conjuntas que incluam os departamentos de Segurança e Medicina no Trabalho e/ou Gabinetes de saúde Ocupacional são benéficas.

7.8 - Síntese

Temos consciência que o programa de intervenção construído será apenas um pequeno contributo para diminuir as consequências da síndrome na actividade laboral e pessoal dos profissionais de saúde. Contudo, acreditamos também que a intervenção a nível organizacional proposta levará a estrutura das instituições a olhar as consequências do *burnout* numa outra perspectiva. Ao ajudar as organizações a melhorar o ângulo de visão, no que concerne às implicações laborais do *burnout*, os

programas de intervenção não terão uma acção isolada e solitária, mas criarão condições para que a intervenção se torne macro, consistente, organizada e sistemática.

8 - Enquadramento teórico das metodologias do programa de intervenção

8.1 - Introdução

O programa de intervenção que propomos aborda vários aspectos que consideramos importantes, uma vez que a literatura sobre intervenção no *burnout* o valoriza, mas essencialmente, porque os resultados dos trabalhos de investigação de Pereira (2011) e Teixeira (2013) que estão subjacentes a este programa, os abordam. Para a construção deste programa de intervenção foram tidos em conta várias temáticas que consideramos pertinentes, e que julgamos ir ao encontro do bem-estar dos profissionais de saúde, que irão nele participar.

O programa de intervenção está estruturado para que a aprendizagem permita adquirir novos conhecimentos e mude comportamentos, a partir do desenvolvimento de competências. Assim, a aprendizagem na formação específica do programa de intervenção é um processo porque: é intencional – cada profissional deve sentir-se motivado a participar no programa proposto; é pessoal – porque a aprendizagem efectuada no programa de intervenção vai estar condicionada à personalidade de cada um, à sua experiência de vida e aos conhecimentos anteriores; é dinâmico – porque está estruturado para promover a interacção entre participantes e entre participantes e

formador; é contínuo – porque vai permitir acrescentar conhecimentos à experiência existente em cada um dos participantes; é cumulativo – porque novos conhecimentos se associam, aos conhecimentos já existentes e novas experiências se associam às experiências já existentes (Inácio, 2007).

O programa de intervenção para prevenção do *burnout* incide essencialmente em três domínios: cognitivo (saber-saber), psico-motor (saber-fazer) e sócio-afectivo (saber-ser/saber-estar). O domínio cognitivo é explorado nas sessões onde são abordados aspectos teóricos sobre o *stress*, o *burnout*, sintomatologia e consequências. O domínio psico-motor é desenvolvido nas sessões de relaxamento e nas sessões de aprendizagem da técnica de respiração. O domínio sócio-afectivo, engloba todas as outras sessões onde são desenvolvidas actividades relacionadas com os aspectos sociais e afectivos, que corresponde a atitudes, capacidade para estabelecer relações, capacidade para resolver problemas e desafios, sentimentos e comportamentos (Inácio, 2007).

O objectivo da aprendizagem neste programa de intervenção, não está no programa em si, mas na possibilidade de introduzir mudanças no comportamento ou nas atitudes, que conduzam ao bem-estar dos profissionais.

Neste sentido, as sessões do programa de intervenção, foram construídas a partir de conceitos como as emoções, as habilidades sociais, a inteligência emocional, qualidade de vida profissional, a formação para o acompanhamento na morte, o conceito de assertividade, o trabalho em equipa, a musicoterapia, o relaxamento, a respiração, o humor e o autoconhecimento.

Apresentamos estes conceitos a ser desenvolvidos no programa de intervenção de uma forma mais pormenorizada, pois julgamos que estes conceitos teóricos são importantes para a formação do mediador que irá implementar o programa.

8.2 - Enquadramento teórico do conceito de emoções

A psicologia sempre se interessou pelo conceito de emoção e mantém-se até hoje como uma área de investigação activa. O construto de emoção apresenta-se até aos nossos dias, como um conceito com múltiplas facetas, onde se encontram sobreposições, incorrecções e contradições (Stone, 1997).

Ao longo de décadas foram vários os autores, não só ligados à psicologia, que tentaram definir de uma forma científica, o que são emoções. Todos nós já experimentamos vários tipos de emoções, contudo, estas são difíceis de definir. A dificuldade em definir emoções reside no facto de estas serem um conjunto de processos complexos, que ocorrem em simultâneo em diversos sistemas do organismo humano (Sheth, Mittal & Newnam, 2001, p. 338).

Neste sentido, foram várias as pesquisas desenvolvidas para compreender as emoções e foram vários os contextos em que foram estudadas, mas continua a ser difícil encontrar na literatura actual, uma definição que reúna o consenso dos pesquisadores. Em alguns estudos a definição de emoções é encontrada para designar sentimento, noutras pesquisas é usado para designar comportamentos (Plutchik, 1980).

Abordaremos agora as questões centrais sobre emoções e a sua pertinência para este estudo, para tal faremos uma apresentação de definição, as teorias mais importantes e as escalas que fazem a mensuração das emoções.

Vários autores apresentaram uma definição de emoções, contudo, nenhuma delas é conclusiva ou completa. Assim, Maslow (1970) fez referência à importância das emoções positivas na auto-realização, Jung (1954) refere que as emoções acompanham as mudanças psíquicas, Adler (1928) apresenta dois tipos de emoções: as emoções socialmente disjuntivas, relacionadas com a procura de objectivos pessoais e as emoções socialmente conjuntivas, que promovem ou facilitam a interacção social (Fadiman & Frager 2002).

Izard (1977) refere que uma definição coerente de emoções tem que envolver obrigatoriamente três aspectos: 1 – a experiência consciente da emoção sentida; 2 – os aspectos neurobiológicos que ocorrem no cérebro; 3 – e, o comportamento observável através das expressões faciais.

Algumas das definições mais conhecidas e apresentadas nas pesquisas sobre emoções são as da teoria cognitiva das emoções.

Ortony *et al* (1988, 56), referem que “uma emoção caracteriza-se como uma reacção positiva ou negativa, a eventos, agentes ou objectos, com a sua natureza particular sendo determinada pela maneira como a situação é construída”. Por sua vez Frijda (1986) define uma emoção como uma mudança na rapidez da acção, que pode ser uma resposta a acontecimentos do ambiente. Já para Lazarus (1990, 120), refere que “as emoções reflectem uma mudança constante na relação pessoa-ambiente, e elas surgem como um resultado da avaliação da pessoa, da significância de um evento

para o seu bem-estar”. Parrott (1996) considera as emoções uma resposta, manifestada ao nível fisiológico, comportamental e cognitivo, como reacção a acontecimentos significativos para o individuo, que está associada a sentimentos de prazer ou desprazer e que têm um papel importante na vida social de cada um. Para este autor as emoções estão ligadas a três aspectos principais: fisiologia, acção e cognição.

Bagozzi *et al.* (1999), definem emoções como um estado mental de rapidez de acção, que surge de avaliações cognitivas de eventos reais ou pensamentos do sujeito. Para estes autores, as emoções são vivências, que apresentam manifestações fisiológicas, habitualmente expressas através de gestos, expressões faciais e posturas, e desencadeia comportamentos específicos, que dependem da natureza e significado para o sujeito que sente a emoção.

A contextualização biológica de Damásio (2000) refere que as emoções são reacções químicas e neuronais, que se estruturam de forma complexa formando um padrão, apresentam um papel regulador que tem como objectivo preservar a vida do organismo. Assim para este autor, as emoções são um factor biológico, que faz a ligação entre os processos racionais e irracionais, que envolvem por um lado, as estruturas corticais e por outro lado, as estruturas subcorticais. Este autor faz ainda uma divisão entre as emoções primárias, que são experienciadas na infância, e as emoções secundárias, que são experienciadas na vida adulta. Damásio (1994, p. 153) refere-se à essência das emoções da seguinte forma: “(...) é a colecção de mudanças no estado do corpo que são induzidas numa infinidade de órgãos através das terminações das células nervosas sob o controle de um sistema cerebral delicado, o

qual responde ao conteúdo dos pensamentos relativos a uma determinada entidade ou acontecimento”.

Norman (2005) por sua vez, refere que as emoções estão presentes em todos os processos mentais e afectam significativamente a forma de pensar, agir e sentir. Por sua vez Fadiman e Frager (2002, p. 25), fazem referência a uma expressão de Freud, que diz que os seres humanos “não são basicamente animais racionais”, mas são “dirigidos por forças emocionais poderosas cuja génese é inconsciente”.

Sheth *et al.* (2001) afirmam que as emoções estão presentes em todos os momentos da vida do quotidiano e influenciam de forma significativa as atitudes. Para Bagozzi, Gopinath e Nyer (1999), as emoções são um estado de prontidão mental, que surgem após a avaliação cognitiva das situações vividas ou dos pensamentos.

Ballone, Neto e Ortolani (2002) afirmam que as emoções recorrem a recursos cognitivos, como a atenção, a percepção, a linguagem e a memória, a recursos associados ao comportamento, como estar alerta e prevenir os perigos, e a recursos fisiológicos, como as actividades do sistema nervoso autónomo. Sherth, Mittal e Newman (2001) também consideram que as emoções apresentam as três componentes: fisiológica, cognitiva e comportamental. Estes autores referem que as emoções são uma tomada de consciência da ocorrência de alterações fisiológicas, seguida de uma reacção comportamental e seguida de uma avaliação cognitiva do significado das anteriores.

Existem dois outros conceitos que se encontram relacionados e articulados com as emoções, mas que são diferentes das emoções – o afecto e o humor. Para Bagozzi *et al.* (1999) o conceito de afecto inclui, emoções, humor e atitudes. Este autor refere

ainda que não existem diferenças significativas entre emoções e humor, contudo, considera que o humor é mais prolongado no tempo e tem uma menor intensidade que as emoções. Estes conceitos apresentam-se muitas vezes sobrepostos, pois cada investigador apresenta o seu próprio conceito (Stone, 1997).

Actualmente existem vários modelos e várias teorias que tentam explicar de uma forma científica as emoções. Cada uma das teorias encontradas valoriza mais, os aspectos biológicos, os aspectos psicológicos ou os aspectos sociais e ambientais. Há autores como Llera (2002), que consideram que as teorias das emoções são classificadas tendo em conta dois enfoques principais: os fisiológicos e os psicológicos. Dentro das teorias psicológicas o autor faz uma divisão entre as teorias que valorizam os aspectos emocionais e as teorias que valorizam os aspectos cognitivos.

A teoria de James – Lange

Autores como Fadiman e Frager (2002) referem que após uma emoção há uma reacção corporal, seguindo a ordem sequencial, estímulo – emoção - reacção fisiológica. James em 1890, apresenta uma teoria que inverte esta sequência de acontecimentos, pois este autor considera que a ordem começa pelo estímulo - reacção fisiológica - emoção (Weiten, 2002). A teoria de William James coloca o enfoque nas reacções fisiológicas, pois são estas que vão determinar as emoções. James refere que sentimo-nos tristes porque choramos e sentimo-nos amedrontados porque fugimos.

Por outro lado, Carl Lange (1885) apresenta uma teoria idêntica à de James, onde refere que a experiência da emoção resulta da percepção que o indivíduo tem da estimulação do sistema nervoso autónomo. Depreende-se pois que as emoções distinguem-se umas das outras, através das reacções físicas que apresentam.

É a partir desta ideia de que as emoções são identificadas a partir da interpretação dos padrões fisiológicos, que se desenvolveu a teoria das emoções de James-Lange, que é uma teoria biológica e não psicológica de explicação das emoções.

A teoria de Cannon-Bard

Walter Cannon (1927) fisiologista que desenvolveu conceitos como a homeostase e as reacções de fuga, referia que as alterações fisiológicas das experiências emocionais, desempenham um papel pouco relevante. Para este autor, as emoções de alegria ou medo, apresentam uma estimulação autónoma idêntica.

A teoria de Cannon foi posteriormente reformulada por Philip Bard (1934), referindo que as emoções surgem, quando o tálamo envia sinais ao córtex cerebral, que permite a experiência consciente da emoção, e ao sistema nervoso autónomo, que permite a estimulação orgânica. Neste sentido, Bard refere que o coração acelera o seu ritmo ao mesmo tempo que o indivíduo experimenta a emoções e uma situação não provoca a outra (Myers, 1999).

Buck (1984), Izard (1977) e Tomkins (1980) partilham com James-Cannon, o conhecimento de que as emoções são formadas nas áreas sub-corticais do cérebro. A diferença fundamental entre as teorias de James-Lange e Cannon-Bard é se diferentes emoções estão ou não associadas a diferentes padrões de excitação fisiológica.

Actualmente autores como Weitem (2002), Myers (1999) e Averill (1993), referem que a excitação autónoma (fisiológica) acompanha, regula e estabelece o contexto da emoção, mas não a provoca. Neste sentido, as emoções vividas envolvem aspectos cognitivos, mas a activação fisiológica não é reconhecida como a causa das emoções, uma vez que nas emoções há mais aspectos envolvidos do que a percepção dos aspectos fisiológicos.

A teoria dos dois factores de Schachter

A teoria mais recente sobre emoções é a teoria dos dois factores ou bifactorial de Stanley Schachter. Este autor considera que as emoções dependem basicamente de dois factores: a estimulação fisiológica ou autónoma e a interpretação dessa mesma estimulação, correspondendo à análise do significado. De acordo com Sheth, Mittal e Newman (2001) um estímulo pode ser percebido a partir do ambiente externo ou interno.

Num trabalho de Schachter e Singer (1962) os autores demonstraram que: “... quando os sujeitos não compreendem a causa real da sua excitação emocional eles classificam os seus sentimentos de acordo as suas sugestões externas. Eles decidem não confiar na percepção interna; em vez disso, eles podem ser controlados por influências sociais e ambientais que, na verdade, talvez estejam em conflito com os seus próprios sentimentos viscerais” (Fadiman & Frager, 2002, p.162).

Weiten (2002) refere que um estado emocional resulta da articulação entre a estimulação fisiológica e a avaliação cognitiva. Para este autor, a emoção só surge após a avaliação do estímulo original, quando a percepção do estímulo, leva à

cognição emocional e à estimulação fisiológica. Neste sentido, o estado emocional é definido pela interacção entre a cognição emocional e a estimulação fisiológica. Este autor refere igualmente que a cognição emocional conduz ao tipo de emoção e a estimulação fisiológica condiciona a intensidade da emoção.

Segundo Weinten (2002) a teoria dos dois factores de Schachter, apresenta aspectos das teorias de James-Lange e Cannon-Bard, uma vez que concorda com a primeira ao considerar que a emoção parte da estimulação, e concorda com a segunda quando refere que as várias emoções produzem padrões de estimulação que não são possíveis diferenciar.

A teoria Cognitiva

A teoria cognitiva das emoções começou a ter impacto na psicologia nos anos 60, e tornou-se importante no estudo das emoções (Larán, 2003), pois segundo Espinoza e Nique (2004), a psicologia cognitiva passou a compreender que determinados padrões de avaliação poderiam dar indicações de quais as emoções que poderiam vir a ser sentidas.

Lazarus (1991) demonstrou nos seus trabalhos, que existe uma associação entre os acontecimentos e as reacções, e que estas partem da avaliação desses acontecimentos. Este autor considera que as emoções são uma das formas que os indivíduos desenvolveram para apreender o mundo, funcionando assim como esquemas mentais, e isto faz com que as emoções sejam cognitivas. E por este motivo que a avaliação cognitiva é considerada por este autor como uma característica básica das respostas emocionais. Lazarus (1991), faz uma divisão entre

as apreciações primárias, que consideram o processo onde o indivíduo avalia a importância e a congruência de um determinado acontecimento e os seus desejos ou objectivos e a apreciação secundária, que é um processo no qual o indivíduo avalia a sua habilidade para se adaptar às consequências de uma determinada situação.

.

A teoria evolucionista

A teoria evolucionista surgiu com Charles Darwin, que considerava que as emoções apresentavam um carácter adaptativo. Plutchik (1980), por sua vez, considera que as principais conclusões de Darwin acerca das expressões emocionais, apresentam duas características principais: a) as emoções são importantes para a sobrevivência, pois permitem a adaptação a contextos ambientais diferentes; b) as emoções são importantes para o processo de comunicação, nos animais e nos humanos.

Para a teoria evolucionista, o pensamento tem pouca relevância para as emoções, uma vez que estas se desenvolvem antes do aparecimento deste. Os autores do evolucionismo referem que não é necessário mobilizar o pensamento para identificar as emoções e tentam provar estas afirmações, referindo que os animais incapazes de apresentar raciocínios complexos, conseguem reconhecer as suas emoções (Pinker, 1998).

A preocupação principal das teorias evolucionistas, é a de identificar grupos de emoções primárias e universais, que sejam identificadas por culturas diferentes, uma vez que na sua teoria Darwin refere que o mesmo estado emocional apresenta-se em todo o mundo com uma considerável uniformidade.

Através dos trabalhos de Silvan Tomkins, Carrol Izard e Robert Plutchik (in. Lobato, 2002), verificamos que as pessoas apresentam oito a dez emoções básicas, as quais se sobrepõem.

Weinten (2002) acrescenta que os indivíduos apresentam mais do que as oito ou dez emoções básicas, pois outras emoções podem surgir a partir da combinação de emoções básicas e da intensidade com que surgem.

Tomkins (1980) considera que para além das respostas fisiológicas e cognitivas, as diferentes emoções são activadas por diferentes taxas de estimulação neuronal no córtex. Para este autor, os padrões de descarga neuronal são de aumento, diminuição e manutenção, e que estes estão directamente relacionadas com os eventos do contexto, mesmo quando mecanismos intrapsíquicos tentam alterar a taxa de descarga neuronal. Tomkins (1980) refere que como resultado de um aumento da descarga neuronal no córtex, o indivíduo apresentará uma determinada emoção. Assim, se a descarga neuronal for gradual, activa o interesse; se a descarga for menos gradual activa o medo; se a descarga neuronal tiver um nível elevado e o mantiver, é activada a angústia; se a descarga neuronal for muito elevada e de forma continuada, activa a raiva; e, se for uma descarga neuronal baixa, é activada a alegria.

Plutchik (2003) apresenta numa das suas obras, a definição de emoção de Kleinginna e Kleinginna (1981), onde refere que as emoções dependem de uma complexa relação entre factores objectivos e factores subjectivos, que são controlados por factores neuronais e factores hormonais. Estes permitem a vivência de experiências de prazer e desprazer, permitem gerar processos cognitivos como as percepções, as categorizações e as avaliações, permitem ajustar os aspectos fisiológicos às

condições do contexto e conduzem a uma acção que pode ser ou não adaptativa, mas que é dirigida a um objecto.

8.3 - Enquadramento teórico do conceito de habilidades sociais

Tendo em conta que a síndrome de *burnout* é produto das relações que estabelecemos com outros, é importante reforçar a ideia da necessidade do seu desenvolvimento. O interesse pelas habilidades sociais e a sua importância para a vida relacional dos seres humanos remonta aos trabalhos de Salter (1949), que fez pela primeira vez um estudo científico com uma metodologia sistemática, inspirado nos trabalhos de Pavlov. Salter (1949) refere-se a importância da expressividade para os relacionamentos interpessoais e apresenta algumas técnicas que ajudam a desenvolver essa expressividade. Dentro destas técnicas o autor refere a expressão verbal, a expressão facial, o expressar do desacordo, o emprego da primeira pessoa nas expressões verbais, os elogios, a improvisação e as actuações espontâneas.

Por sua vez Wolpe (1958), inspirado nos trabalhos de Salter (1949) desenvolve um método para diminuir a ansiedade e facilitar a expressão de sentimentos, onde utilizou pela primeira vez o conceito de comportamento assertivo como sinónimo de habilidade social (Wolpe, 1976).

Os trabalhos de Wolpe (1958; 1976) tiveram repercussão na área da psicologia e foram vários os autores que deram os seus contributos para o desenvolvimento do treino da assertividade, como Eisler, Miller e Hersen (1973), Rimm e Masters (1974)

e Lazarus (1977). Este último propôs a substituição da expressão assertividade, por expressividade emocional.

Albertti e Emmons nos anos 70 foram os primeiros autores a apresentar uma obra inteiramente dedicada à assertividade. Com o desenvolvimento dos estudos relacionados com as terapêuticas cognitivistas, os processos cognitivos passaram a integrar os treinos de assertividade (Prette & Prette, 2005). Concomitantemente, ao aparecimento do treino da assertividade, surge em Oxford com Argyle (1984) o conceito de habilidades sociais.

Embora ambos os conceitos estejam voltados para o comportamento social, os estudos anteriores levaram autores como Prette e Prette (2005) a fazer uma distinção entre treino de assertividade e treino de habilidades sociais. Assim, o treino de habilidades sociais apresenta um enquadramento teórico mais complexo e completo e circunscreve-se a um conjunto de técnicas que se aplicam aos *deficits* de relacionamento interpessoal. A maior parte dos estudos refere-se ao treino de assertividade como a afirmação de direitos do próprio e o reconhecimento dos direitos do outro, assim como, a livre expressão de sentimentos negativos.

Assim, Prette e Prette (2005, p. 29) referem-se às habilidades sociais como “um universo mais abrangente das relações interpessoais e que se estendem para além da assertividade, uma vez que inclui as habilidades de comunicação, de resolução de problemas, de cooperação” e os rituais próprios da subcultura do grupo.

Um conceito que surge posteriormente em psicologia com os trabalhos de Zigler & Phillips (1961) é o conceito de competência social. Durante muito tempo os conceitos de habilidades sociais, competências sociais e assertividade surgiram nas

obras de psicologia como sinónimos. Contudo são vários os autores que apresentam diferentes definições para cada um dos conceitos.

Para Falcone (2000), a assertividade é um tipo de habilidade social necessária para manter uma interacção social, e passa por expressar de uma forma directa, honesta e adequada, os nossos direitos, os sentimentos, os desejos e os pensamentos, respeitando da mesma forma, os direitos, os sentimentos, os desejos e os pensamentos dos outros.

Prette e Prette (2001) também apresentam as habilidades sociais e as competências sociais como conceitos diferentes. Assim, as competências sociais dizem respeito ao julgamento dos actores sociais sobre o desempenho social que por sua vez engloba um conjunto de habilidades sociais. A competência social é mais abrangente que as habilidades sociais e tem um sentido avaliativo. Esta surge na forma como o indivíduo articula o comportamento, o pensamento e a emoção, de acordo com o seu sistema de valores e com os objectivos que pretende atingir. A competência social está ligada à forma como o indivíduo avalia o seu desempenho e não a uma parte constituinte deste. As habilidades sociais são um reportório de comportamentos socialmente adequados, que cada um apresenta quando está em interacção.

Mais tarde Prette e Prette (2004) referem-se ao desempenho social como a um ou vários comportamentos presentes numa qualquer situação social. Estes autores apresentam também um conceito de habilidades sociais profissionais, como sendo, aquelas que dizem respeito aos aspectos interpessoais do contexto profissional, no sentido de se alcançarem objectivos, promover e preservar o bem-estar da equipa e os direitos de todos.

Habilidades sociais ou comportamento socialmente habilidoso são para Caballo (2003, p.6), “um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo no contexto interpessoal, que expressa sentimentos, atitudes e desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de uma forma adequada à situação, respeitando o comportamento dos outros e que resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas”. Este autor refere contudo, que esta definição está intrinsecamente ligada aos parâmetros dos diferentes contextos sociais, uma vez que não há um comportamento correcto globalmente aceite, o que pode ser adequado num contexto, pode não o ser noutro.

Habilidades sociais para Trianes, Muñoz e Jiménez (1997, p.18), “são um comportamento ou tipo de pensamento que leva a resolver uma situação social de maneira efectiva, aceitável para o sujeito e para o contexto social onde está inserido”. Estes comportamentos são assim, validados, reforçados e aceites socialmente, trazendo aspectos positivos para o desenvolvimento.

Para Falcone (2001), habilidades sociais são comportamentos socialmente valorizados como benéficos e que incluem a capacidade para expressar os seus próprios sentimentos e pensamentos e estar disponível para dar atenção aos pensamentos, sentimentos e desejos dos outros. É pois a capacidade que os indivíduos apresentam para obter satisfação pessoal e concomitantemente, manter relacionamentos interpessoais satisfatórios e benéficos. À capacidade para expressar as suas próprias necessidades, os seus desejos e os seus sentimentos, os autores relacionaram com o conceito de assertividade e a capacidade para compreender e

aceitar as necessidades, os pensamentos e os sentimentos dos outros, associaram ao conceito de empatia (Falcone & Ramos, 2005).

Hidalgo e Abarca (2000) referem que as habilidades sociais podem ser desenvolvidas em qualquer momento, sendo que devem ser tidos em conta os aspectos que interagem mutuamente, e que são os contextos, o tipo de interações e a cultura.

Caballo (2003) apresenta a definição de alguns autores que deram os seus contributos para a teoria das habilidades sociais, nomeadamente, Liberti e Lewinsohn (1973). Estes referem que as habilidades sociais implicam a capacidade para perpetuar comportamentos reforçados positivamente e a inibir comportamentos que são punidos.

Rich e Schroer (1976, p. 1082) explicam que as habilidades sociais “procuram manter ou melhorar o reforço das relações interpessoais através da expressão de sentimentos ou desejos”. Para Rimm (1974) as habilidades sociais são comportamentos que implicam uma expressão directa e honesta de sentimentos em contexto de interacção.

Por sua vez Hersen e Bellack (1967) fazem referência às habilidades sociais como a capacidade para expressar sentimentos positivos ou negativos sem que para isso haja o risco de perda de reforço social.

Phillips (1978) diz que habilidades sociais são uma forma adequada de comunicarmos com os outros expressando as nossas necessidades e desejos, respeitar as necessidades e desejos dos outros, numa interacção livre.

Para Hargie, Saunders e Dickson (1981) as habilidades sociais são comportamentos que surgem em interação, que apresentam um objectivo, estão sob o comando do próprio indivíduo e são passíveis de ser aprendidos.

Kelly (1982) refere que habilidades sociais são comportamentos que os indivíduos apresentam num contexto de interação, que podem ser aprendidos e que têm como objectivo obter ou manter o reforço positivo do ambiente onde este se insere.

Os profissionais de saúde devem desenvolver as suas habilidades sociais, pois devem ser modelos de assertividade e empatia nas relações interpessoais, uma vez que é consensual que estes comportamentos têm repercussões positivas no comportamento humano (Prette & Prette, 2002; Falcone, 1999; Zanoto, 2000).

Para autores como Prette e Prette (2004) as pessoas que apresentam maiores habilidades sociais e que são socialmente mais competentes são aquelas que com maior facilidade minimizam as perdas e maximizam os ganhos, para si e para os outros com quem estabelecem interações.

Estudos desenvolvidos por Prette e Prette (2001) na área do comportamento interpessoal e treino de habilidades sociais, estabelecem uma relação entre competência social, vida profissional, vida pessoal, saúde física, saúde mental e relacionamentos interpessoais.

Prette e Prette (1999) e Falcone (2002) referem que a existência de um repertório de habilidades sociais não faz de um indivíduo uma pessoa competente socialmente, se não for capaz de articular de forma eficaz esse repertório. Para se determinar que uma pessoa apresenta um repertório de habilidades sociais articulado de forma a atingir os objectivos que se propõe nas interrelações que estabelece, é necessário

fazer uma avaliação. O processo de avaliação pode ser efectuado através de questionários, entrevistas, auto-registo ou observação directa. A partir desta avaliação se o reportório é pobre e pouco desenvolvido, é possível através das técnicas de treino de habilidades sociais, aumentar esse reportório. Se o reportório está presente mas não é utilizado de forma eficaz, as técnicas de desenvolvimento de habilidades sociais ajudam a utilizá-lo de forma adequada (Prette & Prette, 1999; Bandeira & Ireno, 2002; Caballo, 2003).

De acordo com o exposto, Prette e Prette (2001) consideram que as habilidades sociais e a competência social, articulam três dimensões cuja harmonia condiciona o sucesso das interacções sociais: a dimensão pessoal, a dimensão situacional e a dimensão cultural. A dimensão pessoal contém o reportório cognitivo, afectivo, comportamental e fisiológico, assim como, as características sociodemográficas como o sexo, a idade, o estado de saúde, a formação académica, a aparência física, a altura e o peso. A dimensão situacional é considerada por Prette e Prette (2001) e por Argyle (1984) como o somatório das características de um sistema de comportamentos presentes numa interacção social. Os comportamentos presentes incluem: o propósito ou os objectivos da interacção; as normas sociais implícitas ou explícitas que determinam que comportamentos são adequados e que comportamentos são proibidos; a posição que o indivíduo ocupa e a forma como assume os papéis formais ou informais; os aspectos verbais ou não verbais que o indivíduo apresenta no seu reportório e que o ajudam a atingir os seus objectivos; os conceitos partilhados na situação de interacção; e o contexto físico da acção. A

dimensão cultural inclui os valores, as normas e as regras vigentes numa determinada cultura e que condicionam as interacções.

Prette e Prette (2001) apresentam um conjunto de habilidades sociais que podem ser divididas em várias sub-classes:

- Habilidades sociais de comunicação – esta sub-classe inclui responder e formular questões, dar *feed-back* e solicitar *feed-back*, gratificar, elogiar, iniciar e terminar uma conversa;

- Habilidades sociais de civismo – inclui apresentar-se, cumprimentar, agradecer, despedir-se, dizer por favor;

- Habilidades sociais de assertividade – inclui concordar, discordar, exprimir a opinião, fazer valer os seus direitos, fazer pedidos, recusar pedidos, admitir os erros, interagir com figuras de autoridade, iniciar relacionamentos afectivos e sexuais, terminar relacionamentos, lidar com as críticas, manifestar desagrado, manifestar raiva, desculpar-se;

- Habilidades sociais empáticas – dizem respeito à forma como se expressa apoio a outros, reflectir sobre os sentimentos de outros;

- Habilidades sociais de trabalho – inclui saber tomar decisões, resolver problemas, gerir e coordenar pessoas, falar em público, gerir conflitos, manifestar habilidades sociais educativas;

- Habilidades sociais de expressão de sentimentos positivos – fazer e manter amizades, apresentar solidariedade, desenvolver o amor.

Para facilitar a avaliação das habilidades sociais Prette e Prette (1999), fazem uma outra sub-divisão em classes e apresenta a seguinte classificação:

- Habilidades verbais de conteúdo – usar o pronome “eu”, formular questões; responder a questões, fazer pedidos, recusar pedidos, justificar-se;
- Habilidades verbais de forma – inclui a duração, a regulação, o volume, e a modulação;
- Habilidades não-verbais – contempla o contacto visual, o sorriso, a expressão facial, o contacto físico, os gestos, a postura corporal;
- Conhecimentos prévios – referente ao auto-conhecimento;
- Expectativas e crenças – objectivos, valores pessoais, autoconceito, esteriótipos;
- Estratégias e habilidades de processamento – observação do ambiente, observação do seu próprio comportamento, resolução de problemas, empatia, aparência pessoal.

A falta de habilidades sociais traz problemas e desvantagens aos mais variados níveis e contextos (Nieto, 2009). Pelo contrário, as habilidades sociais melhoram a interacção e permitem alcançar com mais facilidade os objectivos que implicam a relação e o contacto com outras pessoas. As habilidades sociais permitem adequar o repertório de condutas às diferentes situações e contextos, uma vez que esta capacidade é uma característica da própria conduta e não do tipo de personalidade (Nieto, 2009).

As habilidades sociais têm essencialmente duas vias de aprendizagem: a aprendizagem espontânea, que se aprende ao longo do crescimento e desenvolvimento e que está dependente de modelos; e a aprendizagem intencional, que se aprendem em programa de formação dirigidos às competências em falta.

O programa de intervenção que nos propomos construir tem uma sessão dedicada ao desenvolvimento das habilidades sociais, de acordo com o modelo da aprendizagem

intencional. Um programa de intervenção que promova a regulação das relações entre profissionais e entre os profissionais e os utentes, que permita uma aprendizagem prática das habilidades sociais, surge como uma proposta útil e coerente na prevenção do desajustamento social e pessoal (Sanchez & Ochoa, 1988).

Segundo autores como Sanchez e Ochoa (1988), Fontana (1988), Hidalgo e Abarca (2000), os currículos escolares privilegiam mais a área do conhecimento, o saber e menos o ser. Estes autores apontam como sugestão, que o desenvolvimento de habilidades sociais seja desenvolvido em contexto escolar, pré-profissional e profissional. Os mesmos autores consideram que as habilidades sociais são um tipo de inteligência para além da inteligência com aspectos cognitivos e intelectuais, esta inclusão foi feita mais tarde por Goleman (1995), Mayer e Salovey (1997).

Gardner (1995) referiu que existe em cada pessoa vários tipos de inteligência, sendo que uma das que considerou mais importantes as identificou como inteligências pessoais. Dentro da inteligência pessoal, Gardner (1995) classificou a inteligência interpessoal, que refere como sendo a habilidade para compreender os outros. Segundo Goleman (1995) e Gardner (1995), este tipo de inteligência facilita a interação tornando-a mais eficaz, para além de facilitar outros aspectos como o sucesso profissional e escolar.

Pellegrini, Master, Garmezy e Ferrarese (1987), Fontana (1988) e Matos (1997) referem que as pessoas com maiores habilidades sociais têm maior oportunidade de interação social e conseqüentemente uma maior oportunidade para desenvolver outras competências nas relações interpessoais.

Para Fontana (1988), um profissional pode ser muito competente do ponto de vista técnico e científico e apresentar problemas ao nível do relacionamento interpessoal, sendo que o inverso também ocorre. É neste sentido que os autores defendem, que devem ser construídos modelos de intervenção que aos mais variados níveis, possam desenvolver o relacionamento interpessoal.

No treino de habilidades sociais predominam as técnicas cognitivo-comportamentais (Prette & Prette, 2001; Caballo, 2006). Contudo, estas receberam influência de várias correntes teóricas, como as teorias comportamentalistas, teorias cognitivistas e teorias humanistas sistémicas. As técnicas utilizadas para o desenvolvimento de habilidades sociais visam essencialmente, superar dificuldades no relacionamento interpessoal, superar *deficits* e maximizar os comportamentos socialmente mais competentes (Prette & Prette, 1999; 2000; Caballo, 2006).

Estes autores consideram que as dificuldades interpessoais podem ser ultrapassadas, uma vez que estas, podem ser aprendidas, são situacionais, são controladas por factores culturais e estão relacionadas com o desenvolvimento pessoal (Argyle, 1978; Caballo, 1996; Prette & Prette, 1999; 2001).

Prette e Prette (2005) classificaram as técnicas para o treino de habilidades sociais em três grandes grupos: técnicas comportamentais, técnicas de reestruturação cognitiva e outras. Dentro de cada uma destes grandes grupos os autores apresentam várias técnicas:

- Técnicas comportamentais
 - Ensaio comportamental
 - Reforço

- Modelagem
- Modelação
 - . Modelação real
 - . Modelação simbólica
- Feed- back
 - . Feed-back verbal
 - . Vídeo feed-back
- Relaxamento
- Tarefas de casa
- Dessensibilização sistemática
- Técnicas de reestruturação cognitiva
 - Terapia racional-emotiva-comportamental
 - Resolução de problemas
 - Paragem do pensamento
 - Modelação
 - Instruções
- Outras
 - Dinâmicas de grupo
 - Simulação de desempenho

8.4 - Enquadramento teórico do conceito de inteligência emocional

O termo “Inteligência Emocional” (IE) passou a fazer parte do vocabulário do quotidiano a partir dos anos 90 com a obra de Goleman (1995). Contudo, foram os trabalhos de Mayer & Salovey (1990) que deram sustentabilidade teórica ao conceito e classificaram a IE como uma sub-classe da Inteligência Social. Para Mayer & Salovey (1990), a IE apresentava habilidades que estariam relacionadas com a atenção dada aos próprios sentimentos, aos sentimentos dos outros, à distinção entre um e outro e à utilização dos sentimentos para orientar o pensamento.

Trabalhos posteriores dos mesmos autores vieram dar credibilidade ao conceito, o qual foi reestruturado ao longo dos anos 90 e passou a ter seguinte definição: inteligência emocional é a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções; a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e a capacidade de controlar as emoções para promover o crescimento emocional e intelectual (Mayer & Salovey, 1997). Para estes autores a IE é a intercepção entre a inteligência e a emoção e não o oposto de inteligência. A IE é assim, uma habilidade cognitiva relacionada com as emoções que facilita a resolução de problemas, integrando desta forma o conceito de razão e emoção (Mayer & Salovey, 1997).

Goleman (1995) refere que a inteligência geral (QI) e a IE são capacidades distintas, pois embora possa haver uma pequena correlação entre elas, são duas entidades independentes.

Um das preocupações existentes nas investigações em psicologia é determinar se existe uma correlação significativa entre a IE e os traços de personalidade. Contudo, estudos de autores como Bueno (2002), Jesus (2004), Bueno e Primi (2003), Dantas (2004), Nascimento (2006), Mayer, Salovey & Caruso (2000), Brackett e Mayer (2003), Lopes, Brackett, Nezlek, Schutz e Salovey (2003) referem que é maior a divergência entre a IE e os traços de personalidade, do que a convergência.

Estes estudos, a par do contributo de Goleman (1995) que foi de extrema importância, permitiram que o conceito de IE se generalizasse no contexto das empresas, no sentido de valorizar a selecção de pessoas com melhores níveis de IE. Os trabalhos de Goleman (1995), Roberts, Flores-Mendoza e Nascimento (2002) referem que o interesse das empresas pelo conceito de IE está ligado ao pressuposto de que pessoas com uma maior IE, pessoas que gerem melhor as suas emoções e com uma maior compreensão das emoções dos outros, são pessoas melhor sucedidas na sua actividade profissional e que apresentam uma melhor qualidade de vida.

Cobêro, Primi e Muniz (2006) desenvolveram um estudo que tinha como objectivo correlacionar uma medida de inteligência emocional com a personalidade e com o desempenho profissional. Para esta investigação foram seleccionados 119 participantes, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 17 e os 64 anos que trabalhavam em várias empresas. Os autores utilizaram como instrumentos o Emotional Intelligence Test de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT), o Questionário de Dezasseis Factores de Personalidade (16 PF), uma Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5) e a Avaliação de Desempenho. Os autores chegaram à conclusão de que a inteligência emocional não está directamente relacionada com a

inteligência geral, nem com os factores de personalidade e que a inteligência emocional é preditora de um melhor desempenho profissional. Nesta ordem de ideias, pessoas com uma maior inteligência emocional apresentam um melhor desempenho profissional. Este aspecto vai ao encontro do que Goleman (1998) dizia, que para seleccionar um profissional que venha a ter um bom desempenho, é importante para além da inteligência geral e das habilitações académicas, ter uma elevada inteligência emocional. O mesmo autor considera que um profissional com uma elevada inteligência emocional que tem em conta a forma como lida consigo e com os outros, é preditor de um bom desempenho.

Salovey e Mayer (1990) esquematizaram as componentes da IE e as capacidades a elas associadas da seguinte forma:

Domínio da IE – 1 – conhecer as nossas emoções; 2 – gerir as emoções; 3 – motivação pessoal; 4 – reconhecer as emoções dos outros; e 5 - gerir os relacionamentos.

Para cada um destes domínios os mesmos autores apresentaram as capacidades que lhe são subjacentes. Assim, para conhecer as nossas emoções, os autores incluíram a auto-consciência, dada através da introspecção e reconhecimento das emoções no momento em que estas estão a acontecer em tempo real. Na gestão das emoções, incluíram o saber lidar com as emoções, o que corresponde, saber dominar a ansiedade e a tristeza e afastar-se das emoções negativas. Por sua vez no domínio da motivação pessoal, os autores incluíram o auto-controlo emocional, que leva à mobilização das emoções com a finalidade de atingir objectivos, adiar gratificações e controlar a impulsividade. Já no domínio reconhecer as emoções dos outros,

incluiram-se a empatia, que é designada como a capacidade para mostrar que reconhece as emoções dos outros, sem contudo perder a objectividade e no domínio gerir relacionamentos, inclui-se gerir as emoções dos outros.

Mayer e Salovey (1997) propuseram a classificação do conceito IE em quatro categorias, que se apresentam organizados em níveis de complexidade. O conceito apresenta-se assim, dividido em quatro categorias, que vão das mais simples para as mais complexas e das psicologicamente menos integradas para as mais integradas.

1ª categoria – percepção, avaliação e expressão da emoção – inclui a capacidade para identificar as emoções próprias e dos outros, identificar emoções em objectos, desenhos e paisagens, capacidade para expressar as emoções, capacidade para identificar expressões falsas e verdadeiras;

2ª categoria – a emoção como facilitadora do acto de pensar – capacidade para utilizar as emoções quando estas facilitam o pensamento, assim como para julgar as situações que as envolvem;

3ª categoria – compreensão e análise de emoções – inclui a capacidade para identificar e interpretar o significado das emoções e as implicações nas relações interpessoais;

4ª categoria – controlo reflexivo das emoções para promover o crescimento emocional e intelectual – refere-se à capacidade se de manter disponível aos sentimentos positivos e negativos, capacidade para gerir as emoções do próprio e dos outros, através da moderação das emoções negativas e valorização das positivas.

As emoções têm um papel fundamental nos momentos mais importantes da vida de cada pessoa. As emoções ajudam-nos a comunicar de forma não-verbal, ajudam a

tomar decisões, ajudam a reagir perante acontecimentos não esperados, ajudam a alcançar objectivos e ajudam nas relações interpessoais (Damásio, 1995).

8.5 - Enquadramento teórico do conceito de qualidade de vida profissional

A percepção da qualidade de vida profissional está inteiramente relacionada com a satisfação no trabalho, e ambos são fenómenos complexos de definir, uma vez que se trata de aspectos ligados à subjectividade de cada pessoa, de cada acontecimento, de cada contexto e é variável com o tempo (Fraser, 1983). Autores como Chiavenato (1995) referem que a qualidade no trabalho assume duas posições: uma que menciona as aspirações e as expectativas em relação ao seu bem-estar e satisfação no trabalho, outra relativa aos efeitos que este aspecto tem nos objectivos organizacionais. Na perspectiva deste autor, é a interacção sistémica das características individuais e dos objectivos organizacionais, que condicionam a qualidade de vida no trabalho. Nesta óptica, a referida qualidade de vida não é unicamente determinada pelas características individuais como as expectativas, as necessidades e os valores, mas também, pelos aspectos situacionais que incluem, a estrutura organizacional na sua globalidade, a forma e o tipo de recompensas, e a tecnologia.

Chiavenato (1995) considera ainda, que a qualidade de vida no trabalho tem implicações importantes para o desenvolvimento e para o bem-estar psicológico, social e profissional do indivíduo. No sentido de justificar este aspecto inclui como

factores determinantes, a motivação, a capacidade de adaptação, a criatividade, a capacidade para introduzir a inovação e a aceitação das mudanças organizacionais.

Neste sentido, uma boa qualidade de vida no trabalho, leva a que os indivíduos sintam mais confiança na organização, mais respeito pelos pares e pela hierarquia.

Pelo contrário, se o indivíduo sente que não tem qualidade de vida no trabalho, vai originar uma maior insatisfação, *stress*, *burnout* e comportamentos desadequados do ponto de vista profissional como o absentismo e problemas de desempenho.

As diferenças individuais são uma componente importante no contexto do trabalho, uma vez que podem influenciar positiva ou negativamente as condições de trabalho.

A perspectiva interaccionista considera que a dinâmica entre o indivíduo, as condições de trabalho e a estrutura organizacional é de particular relevância. Quando esta interacção é desajustada, surgem as experiências de *stress* (Peiró, 1993). Para este autor, as experiências de *stress* são na maior parte das vezes negativas e têm consequências para o bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo, assim como para a sua saúde.

8.6 - A importância da formação para o acompanhamento na morte

A exposição dos profissionais de saúde a questões relacionadas com o sofrimento humano e com a morte não tem como para as outras pessoas, unicamente um o valor simbólico. O sofrimento e a morte são aspectos reais do quotidiano dos profissionais de saúde e um aspecto intrínseco da sua actividade profissional (Damas, 2004; Remen, 1993).

Cuidar em fim de vida é um dos aspectos que mais preocupa os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros. Apoiar um doente em fim de vida e acompanhar o seu processo de morte exige competências científicas e relacionais que devem ser aprendidas pelos profissionais. Acompanhar o momento da morte de um doente e o luto dos familiares exige profissionais conscientes da necessidade de formação nesta área. Lidar com o processo de morte e com a morte, é provavelmente um dos maiores desafios dos profissionais que trabalham em saúde, sendo as UCI e UCP aquelas onde este acontecimento está mais presente. A aceitação da morte é um processo difícil para muitos profissionais de saúde, uma vez que esta vai coartar os objectivos para os quais se formaram e para os quais as unidades de saúde existem, salvar vidas. Autores como Cassarolo (1991) referem que, hoje na maior parte dos países desenvolvidos, a morte pode ter sido transferida para as instituições hospitalares, mas não os rituais e as vivências que as acompanham esta mudança. A morte deixou de ser um problema humano, para passar a ser um problema técnico e os profissionais deixaram de ser um aliado da família, para passar a ser um inimigo da morte. É a impreparação técnica, relacional e afectiva que assusta os profissionais no momento do confronto da morte, e os impele a fugir e a colher o momento, com gestos mecânicos destituídos de afectividade.

Independentemente de a morte ser um aspecto incontornável na vida dos profissionais de saúde, esta continua a ser um problema complexo e um factor de risco para a saúde psicológica e emocional destes profissionais. Segundo autores como Nunes (2005) e Casellato (2005) perante a eminência da morte de um doente a equipa é invadida por sentimentos de impotência, fracasso, choque, tristeza e culpa.

Se os profissionais não estiverem preparados para acompanhar este processo de morte, não têm capacidade para elaborar estes sentimentos provocados por estas vivências e entram num *stress* agudo. Se as situações de luto profissional são continuadas e persistentes, como acontece em UCI e UCP, pode desenvolver-se uma reacção emocional que se caracteriza por esgotamento psíquico, despersonalização e falta de realização profissional.

Perante situações de *stress* que causam mal-estar psíquico, os profissionais desenvolvem mecanismos de defesa, que podem comprometer a relação terapêutica com o utente e a relação profissional com a equipa. Estes mecanismos levam ao recalçamento das emoções, a um aumento da ansiedade e da irritabilidade, sentimentos de fracasso e insegurança, diminuição da concentração e do envolvimento com o trabalho (Campos *et al.*, 2005). Situações crónicas como esta, podem ter como consequência o *burnout*, como resultado do esgotamento emocional e a perda de interesse pelo trabalho e pelos cuidados prestados.

A ambivalência dos sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde, faz com que não estejam seguros de como reagir. A falta de reconhecimento do luto dos profissionais de saúde leva a uma desvalorização da formação destes profissionais (Doka, 2002; Casellato, 2005). O luto antecipatório é considerado por vários autores como um facilitador do luto profissional. Neste sentido, a formação dos profissionais de saúde para o acompanhamento no processo de morte é fundamental.

Tendo em conta estas preocupações, Nunes (2005) desenvolveu um trabalho que tinha como objectivo principal, identificar a preparação dos profissionais de

enfermagem face à problemática da morte e do morrer. Este estudo utilizou uma metodologia quantitativa e foi realizado em três hospitais centrais de Lisboa, nos serviços de Medicina e Cuidados Intensivos, cujo instrumento foi um questionário com 32 perguntas, intencionalmente elaborado para o efeito, onde foi utilizada uma escala de likert. Participaram 196 enfermeiros, com uma idade média de 32 anos. Os resultados mostraram que os enfermeiros inquiridos referem ter sido muito pouco preparados, pela Escola de Enfermagem que frequentaram, para acompanhar doentes em situação terminal de vida.

O estudo mostrou que a impotência, o medo, a angústia e o envolvimento no momento da morte são algumas das dificuldades sentidas pelos profissionais de enfermagem. Este aspecto foi particularmente visível nas unidades onde a tecnologia é mais valorizada e os momentos de reflexão sobre a morte menos frequentes.

Os enfermeiros inquiridos consideraram que a formação durante os cursos de enfermagem deve ser modificada. Nes perspectiva destes profissionais, devem ser ministrados mais conteúdos teóricos e devem ser desenvolvidas competências relacionais específicas, que capacitem o futuro enfermeiro para acompanhar os doentes neste momento crucial da vida. O estudo mostrou ainda que os enfermeiros consideravam que a preparação para acompanhar doentes em situação terminal de vida, deveria ser essencialmente adquirida através de cursos de formação específica nesta temática e momentos de reflexão dentro das equipas

Em 2009 Nunes fez um estudo que pretendia analisar se os alunos do 4º ano de licenciatura em enfermagem se sentiam preparados para acompanhar um doente em situação terminal de vida. A pesquisa pretendia identificar as necessidades de formação para o acompanhamento na morte, identificar as vivências no acompanhamento de um processo de final de vida, identificar o momento mais adequado para se iniciar a formação para a preparação para acompanhar um doente numa situação de final de vida e por fim, pretendiam obter-se sugestões sobre as estratégias de formação para preparar os futuros profissionais de enfermagem para acompanhar os doentes numa situação de final de vida. Neste estudo foi utilizada neste estudo uma metodologia qualitativa, recorrendo à técnica dos grupos focais e os dados foram analisados através da utilização do software *ATLAS ti* e foi tido em conta a categorização temática.

A investigação concluiu que os alunos não se sentiam preparados para acompanhar um doente numa situação de final de vida, porque consideravam que não tinham formação específica nesta área do cuidar. Estes alunos referiram ainda que a ausência de formação estruturada durante o curso e a falta de apoio dos enfermeiros orientadores dos locais de estágio, eram responsáveis pelas dificuldades sentidas na prestação de cuidados ao doente e à família.

As necessidades de formação baseiam-se no aprofundamento dos conteúdos teóricos, principalmente nas técnicas de comunicação e na gestão das emoções. As dificuldades pessoais referidas estão relacionadas com o desconhecimento das técnicas de comunicação que são necessárias para acompanhar um doente em fim de vida. Consequentemente, estes estudantes apresentavam dificuldades ao nível da

gestão das emoções perante o processo de morrer e o momento da morte dos doentes, assim como, o não saber o que fazer perante a situação. Para estes alunos a morte dos doentes que cuidam é vivida de uma forma negativa e traumatizante, pois consideram que não têm preparação para fazer um acompanhamento competente e sentem que não têm apoio dos enfermeiros orientadores dos locais de estágio para superar a situação.

Ainda no âmbito deste estudo, foram apresentadas várias estratégias de formação para melhorar a preparação dos futuros profissionais de enfermagem, nomeadamente, estruturar e aprofundar os conteúdos teóricos sobre o tema, desenvolver as técnicas de comunicação com os doentes, partilhar as vivências relacionadas com a morte dos doentes, em grupo. Além disso, foram apresentadas também como estratégias permitir o desenvolvimento de competências que ajudem a gerir as emoções, abordar o tema em várias unidades curriculares ao longo de todo o curso e partilhar experiências com profissionais mais experientes. Uma vez chegada a fase em que é possível determinar as lacunas na área de formação do fenómeno estudado, impõe-se proceder a algumas alterações, no sentido de ajustar práticas educativas e conteúdos teóricos.

A comunicação, a disponibilidade, a atenção e a escuta activa são recursos de especial importância, quando se cuida de pessoas em situação terminal. Quando mais nada há a fazer, muita coisa ainda se pode fazer. É nesta altura que os cuidados personalizados, o apoio e a solidariedade, devem ser transformados numa verdadeira relação de ajuda e este apoio, só poderá ser dado de forma competente, com formação específica nesta área (Lazure, 1994; Serrão, 1997; Abiven, 2001; Pacheco, 2002; e Nunes, 2005).

Os profissionais que ajudam o doente que está num processo de morte, necessitam de uma formação religiosa, mas sim, de uma formação profissional, técnica, ética e humana profundas (Nunes, 2005). Com efeito, estes profissionais de saúde, devem estar preparados, para enfrentar o tempo de morrer, como um tempo pertencente à vida, sendo fundamental para dar sentido a essa mesma vida (Serrão, 1997). Estes profissionais devem ainda estar preparados para compreender e aceitar que cada doente tem um percurso diferente na sua morte, pois cada morte tem um “trajecto personalizado” (Diniz, 2003, p. 7) e inimitável. O acompanhamento de uma pessoa em fim de vida é uma experiência única, enriquecedora e gratificante, que nos torna mais sensíveis, mais perto da nossa condição humana, tendo este acompanhamento benefícios para a pessoa que é cuidada e para a pessoa que cuida (Hennezel, 2002).

Os profissionais de enfermagem devem ter acesso a uma formação específica nesta área do cuidar e estar motivados para o acompanhamento dos doentes numa fase tão crucial da vida de um ser humano. Os enfermeiros preparados para acompanhar doentes e familiares no momento da morte não consideram esta como um fracasso, mas como um processo que deve ser acompanhado e vivido de uma forma pessoal e única (Abiven, 2001; Diniz, 2003; Kubler-Ross, 1969; Nunes, 2005).

Consideramos fundamental a necessidade de se implementar unidades curriculares onde os discentes possam ser formados de uma forma consciente, organizada e estruturada para acompanhar os doentes que estão em fim de vida.

A formação nesta área numa fase pré-profissional, permite-nos colocar no mercado de trabalho profissionais com mais conhecimentos científicos e com um maior

domínio das competências relacionais. Pensamos convictamente, que uma formação específica nesta área, resulta numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A realidade organizacional das instituições de saúde parece não suportar as vivências negativas dos profissionais de saúde, que ao não encontrar espaços de reflexão para a sua angústia e sofrimento, racionalizam e negam os seus sentimentos (Nunes, 2005).

O desenvolvimento da medicina introduziu a obrigação de prolongar a vida a todo o custo, e tornou a morte interdita, uma vergonha e um fracasso, e introduziu nos profissionais de saúde a obrigação de derrotar a morte (Ariés, 1989; Serrão, 1997).

A formação inicial e a formação ao longo da vida dos profissionais de enfermagem, está ligada ao tratar e ao cuidar, de situações clínicas curáveis e reversíveis. Este tipo de atitudes está essencialmente associado à falta de preparação para enfrentar a morte e à falta de formação na área da prestação de cuidados em situações terminais (Pacheco, 2002).

Morrer não é um momento, morrer é um processo. A diferença reside no facto de que no processo de morrer se pode ajudar a aceitar a morte, se pode cuidar e acompanhar, se pode solidariamente ajudar a “enfrentar o último instante” (Diniz, 2003, p. 6).

De acordo com Martins (1999) o tema da morte é eliminado da comunicação, principalmente, por ser um tema que provoca muita angústia nos profissionais. A realidade dos nossos hospitais e instituições mostra-nos que de uma forma geral, os profissionais de saúde não aceitam a morte de um doente como aceitam a doença enquanto curável e que a vida enquanto projectada a longo prazo, é encarada de forma diferente, daquela vida que está a chegar ao fim (Nunes, 2005).

As reuniões de equipa multidisciplinar, são benéficas para gerir situações de maior vulnerabilidade perante o fim da vida dos doentes. Assim, as reuniões permitem a expressão de sentimento, permitem fazer o luto da relação estabelecida com o doente e permite dar coerência e efectividade ao apoio dos elementos da equipa (Pereira, 2011; Bernardo *et al.*, 2010).

As estratégias adoptadas pelas equipas perante a morte dos doentes, consistem essencialmente na partilha dos afectos, dos sentimentos e do sofrimento. As equipas reúnem-se num encontro informal para conversar sobre o que aconteceu (Pereira, 2011). Dentro das estratégias adoptadas para superar a morte de um doente, a realização de rituais próprios de cada equipa é considerado um factor protector do *burnout*. Uma estratégia simples e exequível para qualquer equipa, é por exemplo, o “ritual do livro”. Este consiste em registar num livro, os sentimentos e as emoções que os profissionais vivenciaram naquela circunstância perante aquele doente e com aquela família. Estes rituais são considerados factores de protecção de *burnout* e são usados, activamente, como estratégias de prevenção desta síndrome por parte das equipas de CP (Pereira, 2011).

A aceitação de limites na intervenção profissional é considerada pelos profissionais como uma situação que os protege do *burnout*. A responsabilidade de assumir que não é possível fazer tudo pelos doentes e que a intervenção humana tem limites técnicos e éticos, pode proteger os profissionais de saúde do *burnout* (Pereira, 2011). O desenvolvimento e a operacionalização de uma ética do cuidar estabelecida entre os profissionais, os doentes e as famílias, são considerados pelos profissionais como um factor protector do *burnout* (Pereira, 2011). O estabelecimento de uma relação de

ajuda e de confiança com os seus doentes a possibilidade do doente poder tomar decisões acerca da sua saúde, dando expressão à sua autonomia e ao seu consentimento, e o reconhecimento da sua dignidade, são factores fundamentais para os profissionais de saúde nesta área de cuidados.

Ainda dentro dos aspectos éticos, um dos factores protectores de *burnout*, é a possibilidade de os profissionais disporem de apoio de comissões de ética que os ajudam a tomar decisões em ética. O apoio de profissionais com formação em ética ou bioética que orientam os profissionais de saúde no rumo a tomar para a prestação de cuidados, dá segurança e confiança aos profissionais (Pereira, 2011).

A autonomia enquanto independência profissional e participação na tomada de decisão, também são sentidos pelos profissionais como um factor protector de *burnout*. Contudo, segundo Reynaert *et al.*, (2006) os médicos consideram que a sua autonomia profissional os protege da exaustão e do *burnout*, enquanto os enfermeiros consideram que a falta de autonomia é um dos factores de risco para o *burnout* (Claix-Simons, 2006).

A capacidade para estabelecer relações positivas com os doentes e familiares, provoca bem-estar nos profissionais, transformando-se num factor protector do *burnout* (Pereira, 2011).

No início do século XX, aproximadamente 15 a 20 % das pessoas morriam no hospital (Pinto, 1991) hoje em dia, a maior parte das situações clínicas levam as pessoas a recorrer ao hospital e a terminar lá a sua vida (Oliveira & Amâncio, 1999).

Entre os anos 30 e 50, com a evolução da medicina e das novas tecnologias, dá-se um fenómeno importante na sociedade moderna, a transferência do local da morte. O

doente deixa de morrer em casa, no seu leito e junto dos familiares, e passa a morrer no hospital, pois só aqui se podem prestar cuidados que já não são possíveis em casa (Oliveira, 1999).

Em Portugal a inversão do local de morte, ou seja, do domicílio para os hospitais, verificou-se na década de 90, como resultado de uma gradual modernização das atitudes face à morte. As regiões do país também apresentam diferenças relativamente à morte institucionalizada e à morte doméstica. Assim, em 1969 nas regiões do norte do país os valores de mortes em meio hospitalar, eram manifestamente inferiores à média do resto do país, apresentando a região do Algarve uma média ligeiramente inferior, o Alentejo e ilhas valores ligeiramente acima e Lisboa e Vale do Tejo com valores, claramente acima da média nacional. Em 1993, as regiões do país apresentavam uma maior homogeneidade, embora o norte e o centro, apresentassem valores abaixo da média e as outras regiões valores acima da média, mas muito próximas entre si (Cunha, 1999, p. 105).

Os estudos sociológicos mostram-nos que raras são as pessoas que mantêm a tradição de levar a qualquer custo o familiar para casa, para que morra em paz e com os seus; a morte no hospital é mais “conveniente” (Ariés, 1989, p. 56).

Apesar do hospital ser actualmente um novo local onde a maior parte das pessoas morre, os sentimentos e os acontecimentos envolvidos no morrer, não foram transportados para estas instituições (Cassarolo, 1991). Os rituais da morte são cada vez mais reduzidos, as emoções contidas, a cerimónia fúnebre é rápida, a distância de familiares e amigos aumenta, a tristeza e a perda é vivida a um nível individual.

Os meios tecnológicos e a ciência médica tornaram o médico como que um adversário da morte, e não mais um amigo solidário da família, que passiva e impotentemente assiste à agonia do moribundo. A morte deixou de ser um problema familiar, afectivo e de solidariedade, para passar a ser um problema técnico (Moita Flores, 1993; Pinto, 1991; Ariès, 1989; Henriques *et al*, 1995; Kubler-Ross, 1991). A morte deixou de ser ritualizada e acompanhada, para passar a ser um aspecto técnico, determinado pela equipa médica. O moribundo e a família deixaram de ser os protagonistas, e esta responsabilidade passou a recair sobre os técnicos de saúde, que fazem tudo para que a morte se torne aceitável, tolerada pelos familiares, sem emoções intensas, pois “ninguém tem o direito de se emocionar senão em privado” (Ariès, 1989, p. 57).

A trajectória da morte modificou-se muito ao longo da história e a sua denominação também. Hoje, chamamos-lhe morte cerebral, morte clínica, morte encefálica, retirando-lhe o carácter social e humano que a envolve, para a transformar num fenómeno biológico. Apesar da história de aceitação da morte se ter modificado ao longo dos tempos, o acompanhamento do doente, outrora como agora, nunca se fez “de uma forma pacífica, sem medos e sem sentimento ambivalentes” (Tager, 2001, p. 27). Hoje temos meios de atenuar o sofrimento e a dor, fenómenos que noutros tempos não tinham hipóteses de ser eliminados. As imagens do inferno transmitidas pelos religiosos de outros tempos, estão menos presentes “no entanto, a participação dos outros na morte do indivíduo é menor” (Bourgeois, 1987, p. 70).

O Homem sempre teve medo da morte. Contudo, noutras épocas, a morte fazia parte da vida, não se tentava escondê-la, nem negá-la (Tager, 2001; Oliveira & Amâncio, 1991).

Hoje, mais do que em qualquer outra época da história do Homem, morre-se no hospital, rareando as situações em que morte se dá em casa junto dos familiares. O que se ganhou em técnica nos hospitais, perdeu-se em humanidade (Tager, 2001; Kovács, 1992).

O distanciamento da morte no mundo ocidental, não aconteceu de um momento para o outro. O caminho foi lento e insidioso, e está ligado ao afastamento das “crenças religiosas nos meios científicos e intelectuais” (Tager, 2001, p. 16) a partir do século XIX.

A morte passou a ser o fim de tudo, e não uma passagem para o Além. A dúvida passou a dominar a Humanidade, e a esperança de uma vida depois da morte, foi substituída por um prolongamento artificial da vida, trazida pelos avanços da medicina e das tecnologias.

Na era das grandes tecnologias e dos grandes avanços da medicina, o Homem continua a morrer. Contudo agora, ao contrário de antigamente, ele é apenas mais um diagnóstico, submetido aos mais variados estudos e experimentações.

A aura de humanidade é perdida nos tempos modernos com o aumento de mortes no hospital, onde a tecnologia faz muito pelo prolongamento da vida e pouco pela dignidade da vida (Pessini, 2001; Pinto, 1991). As palavras de conforto proferidas no momento da morte, a compaixão própria da circunstância, são consideradas

dispensáveis, assim como, os familiares e amigos, pois a sua presença impede o bom funcionamento da instituição (Tager, 2001).

A morte continua a ser negada e a “impreparação” (Jankélevich, 1977, p. 20) do Homem manifesta-se em frases que todos os dias ouvimos dizer: “quero morrer de repente e o melhor seria quando estivesse a dormir”. Esta frase é exemplificativa, de que o homem deseja uma morte rápida e de preferência quando estiver desprevenido. Impõe-se a negação da morte, até ao próprio doente, pois o que é importante é que nem ele próprio se aperceba.

Segundo a perspectiva de Ariés, as sociedades actuais trocaram a morte em casa pela morte no hospital, tornando esta uma ausência do mundo familiar e quotidiano. E uma vez que não a vê suficientemente perto, o Homem de hoje esqueceu-a, permitindo que ela se tornasse “selvagem” (2000, p. 182).

A transposição da morte caseira para uma morte institucionalizada implica necessariamente uma reflexão cuidadosa e aprofundada, que passa por uma mudança de atitudes dos profissionais de saúde, que foram formados para curar, e da própria organização hospitalar, que foi concebida para prolongar a vida.

A impotência que os profissionais de enfermagem sentem perante a morte de um doente leva-os a protegerem-se das suas próprias emoções (Oliveira & Amâncio, 1991), permitindo que a pessoa morra profundamente só. A rotina profissional e a entrega a esta dos profissionais de enfermagem a esta mesma rotina, levam muitas vezes à fuga, sobretudo quando a proximidade da morte é iminente (Pinto, 1991). Constatamos, desta forma, que os doentes mais apreciados e lembrados, são aqueles que conseguem fazer a equipa esquecer-se de que vão morrer e, como diz Ariés

(2000, p. 188) o importante é o “moribundo que faz de conta que não vai morrer”, salvaguardando desta forma o equilíbrio emocional dos que prestam cuidados.

Como é cada vez mais improvável vivenciar uma morte “domesticada” (Ariés, 1975), as populações mais jovens, entre os quais se podem encontrar futuros enfermeiros, não têm a oportunidade de experienciar uma morte em casa, vivenciando a morte do outro de uma forma pouco interiorizada, que os mantem afectivamente distanciados das pessoas em fim de vida.

É a impotência face ao sofrimento de quem está a morrer que nos atemoriza e afasta, que nos impele para a fuga ou para a realização mecânica dos gestos técnicos, impedindo o desencadear da afectividade, destruindo a possibilidade de uma experiência profunda e cheia de significado. Estes medos e estas fugas que forçam o outro ao silêncio.

O acompanhamento de uma pessoa em fim de vida, é uma experiência enriquecedora, que nos torna mais sensíveis, mais perto da nossa condição humana, tendo este acompanhamento benefícios para ambos (Hennezel, 2002).

A pertinência de uma temática como a morte num programa de intervenção para prevenção do *burnout*, prende-se com o facto de que são vários os estudos que mostram que a morte e o acompanhamento na morte são um dos factores de risco de *burnout* (Kluger *et al.*, 2003; Jofré *et al.*, 2005; Pereira, 2011; Teixeira, 2013).

8.7 - Enquadramento teórico do conceito de assertividade

A conduta assertiva tem sido demonstrada pela prática do quotidiano como apresentando inúmeras vantagens nas situações de interacção. O motivo por que as técnicas de desenvolvimento da assertividade são introduzidas neste programa de intervenção, tem que ver com o facto de que o seu uso reduz substancialmente os momentos de conflito interpessoal, reduzindo conseqüentemente a probabilidade de ser um factor de *stress* (Nieto, 2009; Castanyer, 2002).

Uma conduta assertiva é aquela em que os indivíduos expressam as suas opiniões, os seus sentimentos, os seus desejos, as suas necessidades, porque conhecem os seus direitos (Castanyer, 2002; Espada, 2009). Uma pessoa com uma conduta assertiva controla situações relacionais complexas, evitando o conflito e respeitando o outro. Uma pessoa assertiva não manipula os outros, não humilha, nem tira partido das situações. Uma pessoa assertiva acompanha a sua comunicação verbal com uma comunicação não-verbal coerente, o seu discurso com uma postura flexível, um rosto relaxado, uma voz segura e firme, olhando o interlocutor no rosto e apresentando movimentos descontraídos dos membros superiores (Nieto, 2009; Castanyer, 2002).

Power e Enright (1990) consideram a assertividade um dos aspectos mais importantes da comunicação. Para estes autores o treino de assertividade deve incluir o seguinte: reconhecer os estilos de comunicação existentes (passivo, agressivo, manipulador e assertivo); identificar as situações em que tem mais necessidade de ser assertivo; treinar em *role-play* e treinar mentalmente as respostas assertivas, visualizando o contexto em que se quer aplicar.

As vantagens do treino de uma conduta e comunicação assertiva são as seguintes: melhorar as probabilidades de obtermos o que desejamos, melhorar a auto-estima, melhorar as relações sociais e reduzir o *stress* ao evitar conflitos interpessoais. Consequentemente, passa a haver menos conflitos interpessoais, melhor funcionamento das equipas e melhor imagem social das organizações (Nieto, 2009). Independentemente de estas actividades serem utilizadas no programa de intervenção, temos consciência, tal como Seifert (2009) que não existem formações iguais, sempre que os mesmos métodos são aplicados a participantes diferentes e em contextos diferentes. Aspectos como a dinâmica de grupo criada pelos profissionais de saúde, o nível de envolvimento e de expectativas desses profissionais, a cultura organizacional onde estão inseridos, a personalidade dos participantes e o nível de *burnout* que apresentam vão alterar o processo de desenvolvimento de cada actividade e torná-la única e diferente.

Algumas das actividades seleccionadas serão apresentadas tal como os autores seleccionados, e apresentadas posteriormente as elaborou, outras serão adaptadas aos profissionais de saúde que nelas irão colaborar. As alterações introduzidas terão em conta aspectos relevantes para o grupo de participantes.

As adaptações das actividades são benéficas e desejáveis, pois tal como os autores referem (Lloyd, 1988; Azevedo, 1999; Seifert, 2009) o treino da assertividade tem de ser dinâmico e adequado aos participantes, pois o que faz as actividades terem sucesso é a satisfação das necessidades dos participantes, da equipa e da organização. Desenvolver a assertividade é estar preparado para a mudança. Com a aplicação das actividades propostas, mudam os que nela participam, muda a equipa, muda a

organização, muda o formador e necessariamente a própria actividade (Seifert, 2009). É importante que o mediador alerte os profissionais que por mais competências ou habilidades que sejam desenvolvidas durante a sessão, é na prática da sua actividade profissional e em situações reais, que é possível mudar comportamentos e atitudes.

O treino de habilidades sociais tem como objectivo corrigir os comportamentos exibidos ou relatados pelos profissionais e que apresentem problemas de assertividade. O treino de competências sociais deve ser utilizado após uma abordagem cognitiva (Castanyer, 2002).

O treino das habilidades sociais pretende melhorar e desenvolver, quer a qualidade, quer a quantidade das interacções para as situações da vida do quotidiano, mas especialmente aquelas que estão relacionadas com o contexto de uma UCI. Este treino inclui as habilidades sociais para lidar com os pares, com outros profissionais, com os utentes e com os familiares. Desenvolvemos a sessão de aprendizagem de habilidades sociais de acordo com uma proposta de Nieto (2009) a qual adaptámos para os profissionais de saúde a trabalhar em UCI.

As fases para a elaboração do treino de habilidades sociais para profissionais de saúde a trabalhar numa UCI, dependem de factores como:

- as necessidades dos profissionais, dos objectivos que se querem atingir com o treino e o tipo de actividades em que os profissionais vão participar (Nieto, 2009);
- as instruções para a execução do que for planeado e devem incluir a definição clara e concreta dos objectivos, explicando e utilizando exemplos, a informação sobre os comportamentos mais adequados e socialmente eficientes e os aspectos que

justificam as condutas mais adequadas e a necessidade de as desenvolver para um maior sucesso relacional;

- A moldagem, que pode ser feita através de *rolle-plaiy*, tendo um modelo real dos comportamentos desejáveis (que pode ser o mediador) ou a modelagem a partir da visualização de vídeos.

- O ensaio da conduta, em que os profissionais exemplificam praticando, a partir dos exemplos observados e das informações teóricas. A simulação repetida no momento da formação consolidará a aprendizagem efectuada, facilitando a transposição para a realidade.

- O *feed-back*, que consiste em fornecer informações aos participantes do seu nível de desempenho. O *feed-back* pode ser visual, recorrendo à gravação das sessões para posterior autoscopia, ou verbal, a partir das observações feitas pelo formador e pelos outros participantes.

- A generalização, que consiste na exemplificação das aprendizagens da formação em contextos diferentes, com situações e intervenientes diferentes.

As actividades seleccionadas para o desenvolvimento da assertividade no programa de intervenção para prevenção do *burnout* para profissionais de saúde a trabalhar em UCI baseou-se em literatura científica que mostra a importância e as vantagens dos comportamentos assertivos em equipas multidisciplinares. As actividades a apresentar aos profissionais na sessão treino da assertividade, tiveram como referencia trabalhos de vários autores (Lloyd, 1988; Azevedo, 1999; Seifert, 2009) e foram experimentadas em vários grupos populacionais e em vários contextos com resultados positivos. As actividades foram seleccionadas de acordo com a sua

pertinência, com os objectivos que se pretendiam alcançar ou competências a desenvolver, e também com a sua exequibilidade. As actividades são apresentadas no **programa de intervenção** de forma pormenorizada, com objectivos a atingir, metodologia a aplicar e orientações para o mediador.

Para o programa de intervenção as actividades a desenvolver com os participantes incluem realização de pequenas tarefas, resposta a questionários de auto-avaliação e textos de apoio, que têm como objectivo reforçar a aprendizagem da sessão. Neste momento do trabalho iremos apenas justificar as actividades a desenvolver e a sua pertinência. No capítulo consagrado às sessões serão apresentadas todas as actividades, os procedimentos e os recursos.

As técnicas que utilizaremos neste programa de intervenção para o desenvolvimento de competências de assertividade não são usadas unicamente para este fim. Na realidade, estas técnicas são também usadas noutras intervenções a partir de uma reestruturação cognitiva. Não obstante, considerando os objectivos que pretendemos atingir, entendemos serem estas técnicas as mais adequadas (Castanyer, 2002).

Cada actividade tem um número e um título que a identificam e apresenta os seus objectivos. Estes são formulados de acordo com o que se pretende que os participantes desenvolvam, através da actividade proposta. Cada actividade deve ser explicada com pormenor e com os objectivos bem definidos e apresentados, para que os profissionais envolvidos possam tirar o máximo partido de tudo o que se propõe fazer.

O número de participantes será estabelecido de acordo com o que é defendido por autores como Seifert (2009) para quem este número deve ser definido de modo a

permitir uma dinâmica que responda aos objectivos propostos. Assim, e indo ao encontro da formação do grupo para todo o programa de intervenção, o número de elementos deverá ser entre 8 e 10 pessoas. Caso a selecção do número de pessoas para o grupo tenha um imperativo económico e haja necessidade de ter mais participantes em cada grupo, é importante equacionar a possibilidade de o formador ter um co-formador.

Os materiais utilizados na sessão de desenvolvimento da assertividade serão materiais idênticos aos utilizados noutras sessões pelo que não haverá gastos acrescidos. As actividades seleccionadas tiveram em conta o aspecto económico das organizações, sendo possível desenvolver as actividades propostas quer num serviço com muitos recursos materiais disponíveis, quer num serviço com menos recursos materiais.

Os recursos humanos necessários serão a experiência e os conhecimentos do mediador e a experiência dos participantes (Seifert, 2009). Os principais métodos utilizados no treino de assertividade incluem o *brainstorming*, *role-play* e apresentações teóricas sobre o que é e o que não é um comportamento assertivo.

A duração de cada actividade é apresentada para que o mediador possa fazer uma correcta gestão do tempo. O tempo foi calculado e apresentado pelos autores como um tempo médio necessário para cada actividade (Azevedo, 1999;Seifert, 2009).

Tendo em conta os múltiplos factores que estão envolvidos numa dinâmica de grupo, é importante que o formador seja suficientemente flexível para ajustar o tempo das actividades ao ritmo, ao número de participantes e às necessidades do grupo. As

actividades podem ser ajustadas ao tempo disponível, mas o formador não poderá esquecer os objectivos que preconizou atingir.

De acordo com Seifert (2009) o treino de assertividade deve ter em conta os métodos de aprendizagem mais adequados para a formação de adultos. Os objectivos propostos e as actividades seleccionadas determinarão o método de aprendizagem mais adequado. Utilizar vários métodos numa mesma sessão para actividades diferentes imprime dinâmica, mantém a motivação e vai ao encontro das necessidades individuais em alguns momentos e do grupo noutros momentos.

Assim, são propostos como métodos de aprendizagem, as sessões plenárias, o trabalho individual, o trabalho em pares ou subgrupos (Seifert, 2009). Nas sessões plenárias as actividades são desenvolvidas com todos os elementos do grupo. Para que todas as pessoas se sintam integradas e à vontade, é consensual que se devem sentar numa disposição em círculo. Neste método o mediador integra o grupo, participa e mantém o equilíbrio entre a participação e a manutenção do seu papel enquanto autoridade.

O trabalho individual permite a cada participante ter mais tempo para responder a questionários de auto-avaliação, ter mais privacidade e reflectir sobre as suas próprias atitudes. Mesmo que o método de trabalho individual tenha como consequência a discussão posterior no grupo, cada um dos participantes seleccionará o que vai transmitir ao resto do grupo e ao formador (Seifert, 2009). Certas actividades podem ser desenvolvidas aos pares. Este método permite desenvolver a confiança entre os elementos. Normalmente, este método é usado antes da abordagem em sessões plenárias, pois permite aos participantes adquirir confiança e

segurança para a exposição a que são sujeitos nas sessões com os outros elementos do grupo. Os sub-grupos são formados de acordo com a necessidade das actividades ou seja, sempre que se pretende que haja discussões mais alargadas, mas sem o envolvimento inicial de todo o grupo da formação.

A utilização dos métodos trabalho em plenário, trabalho individual, trabalho em pares e em sub-grupos depende essencialmente dos objectivos que se querem atingir com a actividade. Contudo, a divisão pode estar ao critério do formador, que pode adoptar os seguintes princípios: o formador sugere aos participantes que escolham com quem querem trabalhar o mediador selecciona as pessoas que vão trabalhar juntas, sendo a selecção é feita por sorteio ou os grupos são formados de acordo com as temáticas a explorar. Outras estratégias que podem usar-se são os métodos quebra-gelos, cujo objectivo é ajudar os participantes a descontraír, desinibir e a conhecer os outros participantes. Este método é usado na primeira sessão do programa de intervenção, só voltando a ser usado se o mediador identificar uma situação que necessite da sua aplicação.

Os métodos energizadores são usados a partir de pequenas actividades, que têm como objectivo alterar o ritmo da sessão. Sempre que o formador identifique uma quebra no ritmo da sessão, como por exemplo, após as grandes refeições, introduz uma actividade que contrarie este momento, como por exemplo, pedir aos participantes para caminharem pela sala ou utilizem a técnica do riso.

O *brainstorming* é um método que permite aos participantes fornecer informações sobre o que sentem, pensam ou idealizam. Após esta actividade o formador escreve num quadro as palavras que cada um dos participantes disse, confirmando sempre

que o que foi dito foi o que foi entendido. O *brainstorming* pode ser utilizado em sub-grupos e depois passar para o grande grupo numa sessão plenária, ou ser abordado directamente numa sessão plenária. Este método encontra-se explicado com mais pormenor no capítulo dos métodos pedagógicos.

Os questionários de auto-avaliação são outro dos métodos de treino. Estes visam essencialmente, que os participantes reflectam sobre comportamentos e atitudes, a partir do que é perguntado, proporcionando assim, um passo para o auto-conhecimento.

A prática do real permite que os participantes apliquem na prática as competências aprendidas. Este passo é fundamental e não ultrapassável para a mudança para comportamentos assertivos.

O método de treino designado por exploração permite fazer a síntese de cada actividade, de cada sessão ou de toda a formação. Este método pretende fazer com que cada participante tenha consciência do que mudou no seu comportamento e no relacionamento com os outros, que benefício retirou da sessão em particular e da formação em geral.

8.8 - A importância da comunicação em equipa

O contexto social em que vivemos, numa sociedade baseada em relações dinâmicas, a comunicação e a forma como esta se faz é fundamental para as pessoas, para as equipas e para as organizações. Numa equipa que presta cuidados, composta por elementos com várias formações e com vários papéis, a eficácia da comunicação é

vital. Em saúde uma comunicação com falhas compromete de forma significativa a prestação de cuidados, uma vez que a competência e o compromisso profissional depende da forma como os seus elementos comunicam.

A comunicação é uma actividade inata, universal, permanente e indissociável da existência humana (Chalifour, 1989). Ela é um processo que está constantemente a acontecer, sempre que há interacção. Existe no que se faz, no que diz, no que não se faz e no que não se diz e existe de forma espontânea ou reflectida, de forma intencional ou não. Tal como nos diz Watzlawick *et al* (1966, p. 45): “por muito que o individuo se esforce, é-lhe impossível não comunicar”.

Nos contextos de saúde a comunicação interdisciplinar estabelecida entre os diversos grupos profissionais, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes operacionais e assistentes sociais, é a única forma de atingir os objectivos propostos. Com efeito cuidar de forma integral e integrada para atingir a excelência implica comunicar de modo efectivo.

Neste sub-capítulo especificaremos a importância da comunicação dentro de uma equipa que presta cuidados, a razão e a fundamentação da interdisciplinaridade. Com esta justificação pretendemos fundamentar as actividades a desenvolver no programa de intervenção para prevenção do *burnout*.

Comunicação nas equipas de saúde

Uma equipa de trabalho compreende dois ou mais profissionais, interactivos, interdependentes, com objectivos comuns, que partilham uma identidade e uma cultura organizacional (Robbins, 2002). As reuniões das equipas de trabalho são

fundamentais para o seu desempenho, na medida em que o contacto frequente entre os seus membros previne os erros, promove o espírito de equipa e a resolução dos problemas que surgem de uma reflexão cuidada (Flin, 2006). Embora a periodicidade das reuniões deva ser ajustada de acordo com os objectivos da equipa, estas devem ser regulares e frequentes.

A comunicação interdisciplinar é por vezes dificultada, porque, por questões culturais ou pelos estilos de liderança, os profissionais não se sentem à vontade para comunicar abertamente. Em alguns contextos da área da saúde, surgem problemas nas equipas como o evitamento da crítica ou a crítica excessiva, a competitividade e a passividade, que são muitas vezes identificadas como obstáculos que propiciam o aparecimento de erros (Stein *et al.*, 2005; Graber *et al.*, 2005).

Os processos de comunicação entre a equipa interdisciplinar, são tanto mais importantes quanto maior for a interdependência do trabalho dos profissionais (Santos *et al.*, 2011).

No seu trabalho realizado com enfermeiros em UCI, Garanhani *et al.* (2008) referem que os profissionais consideram que a união da equipa é fundamental para o seu funcionamento, e que o companheirismo, a compreensão e a colaboração são características que marcam essa união. Com efeito a união de uma equipa potencia a realização do trabalho, sendo que em saúde este aspecto é crucial também para a qualidade dos cuidados prestados. A dinâmica das interacções dos profissionais de saúde envolvidos numa equipa de trabalho e o vínculo que se estabelece entre eles, melhora a produtividade e o desempenho (Shimizu & Ciampone, 2004).

O trabalho em equipa permite a passagem de momentos mais formais para os mais informais (Simoni *et al.*, 2003) dando aos profissionais a possibilidade de exprimir os seus desacordos e os seus problemas (Bulhosa, 2003). Uma hierarquia estruturada, mas flexível e com capacidade para ajudar e apoiar quando os elementos necessitam, são características que ajudam a tornar um ambiente de trabalho mais harmonioso e um maior compromisso entre os seus membros (Garanhani *et al.* 2008).

É fundamental que as equipas, os líderes e as organizações estejam atentos para as vivências e os sentimentos dos profissionais de saúde a trabalhar em UCI. Nesta ordem de ideias, devem ser criados momentos formais e informais para que as equipas possam exprimir os seus problemas e encontrar de forma conjunta soluções para a resolução dos mesmos.

Um aspecto fundamental do trabalho de uma equipa em saúde é a entreajuda, a valorização das capacidades e das potencialidade de cada profissional, antecipar as necessidades dos seus membros e ser proactiva. Exprimir sentimentos e emoções, numa equipa disponível para os escutar, é considerado por Pereira (2011) como um factor protector do *burnout*. A motivação e o empenho no trabalho levam ao compromisso que por sua vez leva à satisfação, constituindo-se assim, como um factor contra o *burnout* (Lencioni, 2009; Pereira, 2011).

Pereira (2011) considera ainda que as equipas deveriam otimizar as conversas que realizam em equipa, como factor protector do *burnout*. Assim, sugere que a realização de encontros fora do contexto de trabalho com um carácter intencional, delineando estratégias que dêem sentido às vivências e que permitam uma melhor definição de objectivos a alcançar com estas estratégias, se constitui igualmente

como um factor protector desta síndrome. A autora refere que estes momentos de encontro poderiam ser organizados com uma periodicidade pré-restabelecida e com um dos elementos da equipa responsável por organizar e orientar, sendo que todos os elementos passariam por este papel.

Segundo Lencioni (2009) as equipas apresentam cinco erros, que inviabilizam a dinâmica das relações interpessoais e o sucesso do trabalho da equipa. Os erros apontados por este autor são: a ausência de confiança, o medo do conflito, a falta de compromisso, a prestação de contas e a desatenção dos resultados. Na ausência de confiança, Lencioni (2009) refere que esta situação acontece porque os elementos da equipa não estão preparados para mostrar a sua vulnerabilidade e não estão receptivos a partilhar os erros com os outros, impossibilitando assim, uma relação de confiança. O medo do conflito tem origem na falta de confiança, impedindo os profissionais de debaterem as suas ideias e de recorrerem a discussões profícuas sobre o seu trabalho. A falta de compromisso resulta do medo do conflito e de expor de forma aberta as suas ideias, conduzindo este comportamento à dificuldade em aceitar decisões, que são sentidas como impostas. A falta de envolvimento e de compromisso faz com que as equipas evitem fazer críticas construtivas, mesmo que vejam um outro elemento a agir de forma incorrecta. O autor chama a este erro a dificuldade em prestar contas. A desatenção dos resultados surge quando os profissionais valorizam mais as suas necessidades individuais do que os objectivos finais da equipa. Uma equipa consegue ultrapassar estas barreiras transformando-as em desafios, com disciplina e de uma forma persistente.

Lencioni (2009) considera que o sucesso do trabalho de uma equipa está comprometido, mesmo quando está presente apenas um destes cinco erros. O autor apresenta assim, um modelo que faz uma abordagem positiva dos erros anteriormente apresentados. Neste sentido, uma equipa coesas com todos os elementos a funcionar, apresenta como características, a confiança nos outros elementos, o debate de forma clara, das ideias e das necessidades da equipa, o compromisso com as decisões tomadas, prestar conta uns aos outros e a valorização dos resultados da equipa.

O líder tem um papel importante no desenvolvimento da confiança de uma equipa. O primeiro factor é demonstrar a sua vulnerabilidade e aceitar a exposição da vulnerabilidade dos outros sem juízos de valor ou críticas destrutivas.

No programa de intervenção por nós elaborado para prevenção do *burnout*, apresentamos exercícios construídos por Lencioni (2009) para dinamizar o trabalho de uma equipa.

De acordo com Pereira (2011) uma das situações que conduz ao *burnout*, é a dificuldade de comunicação dentro da equipa multidisciplinar (Pereira, 2011). Não obstante, e contrapondo este factor de risco, existe um factor para protecção do *burnout* que é a estabilidade da permanência dos profissionais na equipa uma vez que tal promove a interacção e a confiança. Teixeira (2013) também identificou o conflito na equipa como um dos factores de risco para o *burnout*.

A capacidade para seleccionar profissionais motivados e que trabalhem com empenho é fundamental para formar equipas disponíveis para se comprometerem

com os doentes/familiares e com os outros elementos da equipa multidisciplinar (Leiter e Maslach, 2000).

Um outro factor protector de *burnout* é a possibilidade de os profissionais poderem conversar entre si, sobre as situações profissionais que mais os perturba e sobre as situações pessoais que os inquieta (Pereira, 2011; Osswald, 2008). A união entre os membros da equipa, a ligação entre os seus elementos e o sentimento de pertença, são identificados como as características inerentes ao espírito de equipa, sendo referidos por Pereira (2011) como factores protectores de *burnout*.

Quando os que cuidam, cuidam de si próprios e dos outros elementos da equipa cuidadora, consagrando na prática uma responsabilidade ética, de apoio e entreaajuda, estão a prevenir o *burnout* (Pereira, 2011). A solidariedade para com os colegas, a amizade, a disponibilidade e o respeito, geram confiança e compromisso, os quais funcionam como mecanismos protectores contra esta síndrome (Pereira, 2011; Lencioni, 2009; Osswald, 2008).

A possibilidade de partilhar responsabilidade, decisões e compromissos numa equipa multidisciplinar, é considerado um factor protector de *burnout*, no sentido em que gera bem-estar nos profissionais (Meir & Beresford, 2008; Pereira, 2011). Por sua vez, Onyett (2011) apresenta uma boa liderança, apoio dos superiores hierárquicos e um bom trabalho de equipa como um dos factores protectores de *burnout*.

A interdisciplinaridade é entendida pelos diversos autores como um método, que visa a interacção das várias disciplinas, através de conexões recíprocas e de interdependência, num projecto que é comum (Saupe *et al.*, 2005; Amorim e Gattás, 2007). A interdisciplinaridade faz-se através da integração, da valorização e da

articulação dos conhecimentos e das práticas de cada disciplina, levando a uma intervenção comum. Esta metodologia de trabalho exige dos profissionais de saúde flexibilidade, capacidade de integrar e articular conhecimentos, desenvolver competências relacionais e de trabalho em equipa (Alves *et al.*, 2005).

Para os autores que investigam a importância da comunicação em saúde, a interacção e a comunicação entre profissionais de saúde, está directamente ligada a qualidade da prestação de cuidados e com a segurança do doente, sendo a qualidade da comunicação intra e interdisciplinar da responsabilidade dos profissionais envolvidos (Peduzzi, 2001). A interdisciplinaridade não é, a mera troca de saberes, nem a sobreposição de saberes, nem multidisciplinaridade (Saupe *et al.*, 2005). Na realidade a interdisciplinaridade corresponde ao “grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas, sendo que, deste processo interactivo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas” (Costa, 2007, p.109).

Costa (2007) apresenta quatro obstáculos à operacionalização do conceito da interdisciplinaridade a saber: 1 - a tradição biocêntrica; 2 - o poder de cada uma das disciplinas; 3 - a deficiente comunicação entre o ensino e a pesquisa entre as instituições de ensino e as instituições hospitalares; 4 - a interdisciplinaridade que acarreta dificuldades na definição de conceitos, operacionalização de métodos e práticas entre as diferentes áreas do saber.

Para o mesmo autor, a interdisciplinaridade é a procura do novo, o encontro das soluções e a aprendizagem constante. A interdisciplinaridade vem superar os obstáculos da excessiva especialização dos saberes e dos cuidados demasiados fragmentados (Souza & Souza, 2009). Para Morais (2002) a interdisciplinaridade no

trabalho de equipa pressupõe uma comunicação eficaz. O processo de comunicação deve ser alicerçado em relações de confiança, na valorização da autonomia e das competências das classes profissionais envolvidas, no empenhamento individual e no reconhecimento da necessidade de interdependência. A cooperação interdisciplinar nos contextos da saúde exige comunicação interdisciplinar, pois só assim, os cuidados estarão verdadeiramente centrados no utente, uma vez que só desta forma os cuidados se tornam mais eficazes.

A manutenção de uma comunicação eficaz e de qualidade dentro de uma equipa, é um processo moroso e complexo, uma vez que são múltiplos os obstáculos encontrados. Tendo em conta que uma equipa é composta por mais do que uma pessoa, as diferenças individuais, os papéis que cada um desempenha, o estatuto e a hierarquia, podem ser factores que dificultam a comunicação (Atkinson & Murray, 1985).

Oliveira e Graveto (2004) referem que sendo a comunicação, uma competência, não pode existir sem relações, pois é essencialmente relacional.

A comunicação interdisciplinar é uma competência prática que pode e deve ser aprendida, e este aspecto tem sido cada vez mais valorizado pelas instituições de saúde. A comunicação entre as várias equipas mantém a continuidade de cuidados, através da partilha de conhecimentos (Carapinheiro, 1993; Saupe, 2005).

A comunicação é essencial na prestação de cuidados, pois é através dela que se identificam e diagnosticam problemas, e é através dela que se encontram soluções para resolver problemas (Marquis & Huston, 2002).

A discussão de situações clínicas relativas ao doente, como analisar, reflectir e tomar decisões em relação aos cuidados a prestar são considerados pelos profissionais como factores protectores de *burnout*, a medida em que permitem uma partilha de informações e promovem a comunicação interdisciplinar (Pereira, 2011).

Para Furegato (1999) o sucesso de uma equipa depende dos processos de comunicação. A complexidade dos procedimentos em medicina, quer seja no momento do diagnóstico, quer seja no momento dos tratamentos, exige uma articulação entre os vários profissionais envolvidos. Nos contextos hospitalares onde a prestação de cuidados e a vigilância desses mesmos cuidados se faz vinte e quatro horas de forma ininterrupta, a passagem da informação entre os profissionais está muito dependente da eficiência da comunicação (Santos *et al.*, 2010).

A passagem de turno ou *handover* (Clair & Trussel, 1969) é considerado o momento em que um profissional ao terminar o seu turno, comunica oralmente aos profissionais do turno seguinte, informações sobre os doentes, consideradas relevantes para a continuidade dos cuidados. Em 2005 o *handover* foi definido pela TeamSteps (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety), como a passagem de informações sobre os cuidados prestados aos doentes, assim como, da responsabilidade sobre esses mesmos cuidados. O momento da passagem desta informação permite aos profissionais formular questões, confirmar informações e ter a certeza do que escutou.

A complexidade da transmissão da informação na passagem de turno, depende da dinâmica e da cultura organizacional, mas está inteiramente condicionada pela interacção e pelos processos de comunicação dos profissionais. A segurança do

doente e a qualidade dos cuidados está dependente do tipo de comunicação (Friesen *et al.*, 2008).

A passagem de turno em saúde tem várias dimensões essenciais (Kerr, 2002; McCloughen *et al.*, 2008), todas com igual importância: permite dar informação sobre os aspectos concretos e objectivos da prestação de cuidados e da formação dos profissionais; dar informação subjectiva sobre os aspectos psicológicos e sociais dos utentes; integrar os profissionais de saúde na cultura organizacional e na identidade profissional; contribuir para a união entre as equipas, com troca de experiências entre profissionais; permitir o suporte emocional dos pares e o apoio nas estratégias para a gestão do *stress* laboral e de socialização.

Catchpole *et al.*, (2007) num estudo desenvolvido num serviço de pediatria, concluiu que numa passagem de turno havia mais de um erro ou uma omissão. Os erros incluíam informações clínicas e técnicas, e informações sobre o utente pediátrico e os responsáveis legais.

A falta de congruência entre a comunicação verbal e não-verbal, prejudicam a fiabilidade da informação transmitida e o tempo limitado da passagem de turno, impede o esclarecimento de todas as informações transmitidas (Santell *et al.*, 2005).

Por sua vez, Spencer *et al.* (2004) verificaram no seu estudo, que o ruído é uma das barreiras à comunicação na passagem de turno, impedindo a compreensão da informação por parte dos profissionais que vão dar continuidade aos cuidados. Este autor concluiu, que os processos de comunicação entre equipas, de médicos e de

enfermeiros, era pautada por 15 interrupções por hora e que na maior parte dos casos, os profissionais demoravam algum tempo a retomar a informação.

Flin *et al.* (2006) referem que as habilidades pessoais para comunicar são determinantes para a qualidade da informação transmitida durante a passagem de turno. A falta de preparação dos profissionais é apontada como o principal problema. Os estudos mostram que contrariamente ao que os profissionais pensam que as competências na área da comunicação se aprendem na prática, as competências devem ser aprendidas durante a formação, uma vez que pioram com o tempo de exercício profissional (Kurtz, 2005).

O fornecimento de informação de acordo com as preferências e as necessidades dos utentes leva a uma maior satisfação dos cuidados prestados, melhora a percepção dos utentes relativamente à competência dos profissionais de saúde, melhora a adesão à terapêutica e diminui os níveis de ansiedade (Melo, 2005, Silverman *et al.*, 2005; Roter & Hall, 2006).

A partilha de informações, de decisões e de responsabilidades nas reuniões de equipa, promovem a segurança e a confiança dos profissionais sendo por isso, um factor de protecção de *burnout* (Pereira, 2011; Osswald, 2008). As reuniões ajudam a equipa a manter-se o mais possível informada das decisões tomadas, contribuindo para a manutenção da qualidade e da continuidade dos cuidados, assim como, a união entre os profissionais.

Conflitos

O trabalho em equipa é muitas vezes revestido de situações de conflito, que têm as mais variadas causas e consequências.

A palavra conflito tem origem no latim, *conflictus*, e significa luta entre pessoas ou choque entre duas coisas. Max e Morita (2000) definem um conflito como uma divergência de ideias, sentimentos, valores ou princípios entre várias pessoas. Hoje, as novas teorias referem que os conflitos são naturais, expectáveis e até benéficos (Marquis & Huston, 2010)

Uma comunicação eficaz e adequada tem um papel fundamental na gestão de conflitos de uma equipa interdisciplinar (Morais, 2002). Em equipas heterogéneas e com múltiplos profissionais, como é uma equipa de saúde, onde as ideias e os interesses são tão diversificados como os seus membros, podem surgir conflitos (Atkinson & Murray, 1985). Os conflitos podem provocar mal-estar ou ser um momento motivador para mudar comportamentos, esclarecer objectivos e papéis ou aumentar a cooperação. Contudo, o caminho que um conflito toma está sempre dependente dos processos de comunicação, uma vez que a falta de comunicação é a segunda maior causa de conflitos numa equipa (Morais, 2002).

Os mecanismos de resolução de conflitos devem estar à partida pré-definidos, uma vez que o controlo deste factor é determinante para a coesão da equipa e para a manutenção de relações interpessoais gratificantes. Manter a cooperação, a adequação de papéis e uma comunicação adequada, impedem o desgaste emocional, o aparecimento de conflitos e os factores indutores de *stress*. A possibilidade que é

dada aos profissionais para gerirem de forma eficaz situações de conflito é considerado um factor protector de *burnout* (Pereira, 2011).

Nos conflitos interpessoais em equipas de trabalho, o líder deve ser um gestor de emoções (Ferreira, 2010). A capacidade de liderança é um aspecto fundamental numa organização, uma vez que é da responsabilidade do líder fazer a gestão das emoções (Ferreira, 2010).

O contexto social e económico vivido em todas as organizações a nível mundial e no nosso país de uma forma particular, levou à necessidade de alterações nos perfis e nos comportamentos funcionais (Ferreira, 2010). As equipas que trabalham na área da saúde, não estão imunes ao aparecimento de conflitos, embora o trabalho que desenvolvem torne imperioso o surgimento de estratégias para os gerir.

Os conflitos entre equipas ou dentro da mesma equipa são um factor de dissociação e apresentam desvantagem para as organizações, ao criarem contextos de trabalho instáveis, hostilidade e desconfiança (Bacal, 2004). Contudo, este autor considera que os conflitos não são sempre destrutivos e podem ser analisados como um factor que leva à correcção de dinâmicas e erros organizacionais. Para a correcção destas situações é importante que equipas e líderes organizacionais, conheçam e analisem a natureza do conflito, como forma de o gerir eficazmente.

As equipas funcionais do passado foram sendo gradualmente substituídas por equipas de resultados, como forma de dar resposta às evoluções do mundo do trabalho. Katzembach e Smith (1994) referem que as equipas devem ter objectivos comuns, compromisso, objectivos de desempenho e apoio para a gestão de conflitos.

A diversidade entre os elementos de uma equipa, que contribui para a criatividade e o desenvolvimento de uma organização, pode ser também factor gerador de conflitos. Assim, a diversidade contribui para reforçar dinâmicas de trabalho e identidades profissionais, embora possa também ser um potenciador de conflitos e um obstáculo à formação de equipas interdisciplinares (Ferreira, 2010).

Segundo Robbins (2002) a diversidade dos elementos de uma equipa apresenta vantagens e desvantagens para uma organização. Este autor apresenta, assim, como desvantagens, a variabilidade de perspectivas, em que múltiplas interpretações contribuem para o surgimento de mais ideias e maior criatividade. Como desvantagens desta diversidade o mesmo autor aponta a maior complexidade de interações, que leva muitas vezes a ambiguidades, maior confusão, e portanto, maior possibilidade de haver problemas nos processos de comunicação e na tentativa de fazer acordos.

Segundo Bacal (2004) há uma forma negativa de avaliar o conflito, em que este pode ter um impacto diferente em cada um dos elementos da organização. Assume-se assim, que as organizações definem tarefas para atingir objectivos, e que para atingir objectivos é necessário assumir autoridade e responsabilidades, sendo que neste processo, podem surgir conflitos. Na perspectiva positiva de avaliação do conflito, este autor refere que os processos de conflito devem ser analisados, pois podem contribuir para processos criativos e inovadores, para estimular o desenvolvimento de habilidades e para adquirir mais conhecimento. Quando os conflitos são geridos de uma forma construtiva, a auto-avaliação e as alterações de comportamentos e atitudes são também encorajados e reforçados.

Um conflito pode apresentar consequências funcionais ou disfuncionais, e cada um dos aspectos tem impactos diferentes numa organização. As consequências disfuncionais surgem quando o conflito é ignorado, porque se entende ser prejudicial. Se for entendido como um fenómeno inevitável numa organização, mas que pode ser gerido, o conflito pode promover alterações no contexto organizacional o que é benéfico para todos. Quando os conflitos são disfuncionais não há acordo, há desperdício de tempo e de energia dos seus elementos, o que provoca mal-estar e é destrutivo. Quando os conflitos são funcionais o desacordo é gerido através da negociação, os níveis de desempenho melhoram, a motivação aumenta, as mudanças são construtivas e os níveis de *burnout* são mais baixos (Bacal, 2002).

Para a resolução construtiva dos conflitos, é importante compreender e reconhecer a importância das reacções emocionais e das emoções envolvidas, como factor decisivo para a tomada de decisão (Kida *et al.*, 2001). A componente afectiva é fundamental no crescimento e desenvolvimento de uma pessoa, o mesmo se passa com uma equipa.

Fassier e Azoulay (2010) apresentam os conflitos entre profissionais como um factor que gera mal-estar na equipa, influencia negativamente os cuidados prestados ao doente e provoca *burnout* nos profissionais. Pereira (2011) e Teixeira (2013) referem que os conflitos são um factor de risco de *burnout*, mas UCP e UCI, respectivamente. Segundo Marquis e Huston (2005) há três tipos de conflito: intrapessoal, interpessoal e intergrupar. Os conflitos intrapessoais ocorrem dentro do próprio indivíduos e surgem quando há conflito de valores ou princípios. Os conflitos interpessoais ocorrem entre mais do que uma pessoa e podem surgir por divergências de ideias,

valores e desejos. Os conflitos intergrupais podem surgir entre grupos de pessoas, serviços ou departamentos. De acordo com os mesmos autores, a forma de resolver qualquer um deste tipo de conflitos, depende de factores como, a situação em si, a maturidade das pessoas, a importância do factor que levou ao conflito e a urgência na tomada de decisão. As estratégias a serem usadas deverão ir ao encontro de uma solução positiva para todos e envolvem o compromisso, a cooperação, a acomodação, o evitamento e a colaboração. Para Malik (2000) a melhor forma de gerir um conflito é através da negociação.

As estratégias a adoptar estão também relacionadas como a compreensão que se tem das fontes ou da origem dos conflitos. Assim, os conflitos podem ter origem na falta de clareza ou objectividade nas expectativas, processos de comunicação pouco eficientes, discordâncias entre colegas, entre profissionais e superiores hierárquicos, conflito de interesses, divergências relacionadas com atitudes, mudanças de liderança ou nas equipas.

Malik (2000) refere que em enfermagem os principais factores que levam ao conflito são as falhas na comunicação, diferenças de valores e princípios éticos, problemas de assertividade que levam mal-entendidos e diferenças de personalidade.

O líder deve ser o modelo sobre tudo no que concerne às atitudes de respeito e valorização da área da competência de cada um dos profissionais. Além disso ele deverá fomentar nos seus colaboradores, a necessidade e a importância da comunicação de situações adversas, como forma de identificar procedimentos incorrectos e propor correcções.

É da responsabilidade do líder criar abertura para uma comunicação livre entre os elementos da equipa e ser um agente de motivação. O líder deverá valorizar mais o trabalho realizado em equipa do que o trabalho individual, assim como, o aparecimento do erro deve ser mais um momento de aprendizagem e prevenção, do que atribuição de culpas, individuais ou do grupo.

Quando é possível estruturar e organizar uma equipa é importante ter atenção a alguns factores que são determinantes para o trabalho da equipa. No processo de selecção dos profissionais devem ser valorizadas, as competências para realizar as actividades que são da área de actuação específica do profissional em causa, mas também, as competências comunicacionais e a capacidade para trabalhar em equipa. Entre estas capacidades salientamos a capacidade de escuta activa, a assertividade, a adaptabilidade e a resistência ao *stress*. Qualquer um destes factores é crucial para o funcionamento da equipa.

O sucesso do funcionamento de uma equipa em saúde está directamente relacionado com a formação específica do elemento que a irá liderar. O líder deve transmitir de uma forma clara os objectivos a atingir pela equipa, no que diz respeito às tarefas a executar, e no que se pretende na interacção da equipa. além disso, o líder deve facilitar os processos de comunicação e ajudar a equipa a definir e a estruturar as tarefas e devendo ainda, evitar a resistência à mudança e ajudar os seus colaboradores a avaliar o seu próprio trabalho. O líder deve motivar a equipa a fazer a sua autoavaliação de acordo com os critérios, eficácia da comunicação, estabilidade da equipa, estilo de liderança, confiança entre os membros e capacidade da equipa para reflectir sobre o seu próprio trabalho (Hoegl & Gemueden, 2001).

Para além do apoio do líder, as equipas devem contar com o apoio da organização. Esta deve ser responsável pela comunicação da filosofia da instituição e dos objectivos a atingir. A organização deve providenciar recursos, humanos e materiais, formação contínua dos seus membros, criar canais de comunicação vertical e mostrar interesse pelo trabalho realizado. As equipas de saúde com actividades estruturadas de forma adequada e com processos de comunicação funcionais, estão melhor preparadas para corresponder às exigências institucionais e aos desafios da actualidade. Equipas preparadas para analisar de forma sistemática as suas intervenções são equipas mais eficientes e coesas (Morey *et al.*, 2002).

Um estilo de liderança assertiva, que providencia apoio aos elementos da equipa, que incentiva e gere os conflitos, é sentido, pelos profissionais das equipas de CP, como uma liderança mais eficaz e conseqüentemente, funciona como factor protector de *burnout* (Pereira, 2011). Uma relação de respeito mútuo, aberta aos processos de comunicação, que incentivam e valorizam a expressão de afectos, sentimentos e opiniões, com os superiores hierárquicos, ajuda com efeito, a evitar situações de *burnout* (Pereira, 2011).

Atingir os objectivos propostos pelo líder ou pela equipa, de uma forma organizada e com actividades estruturadas, é uma das formas de prevenir o *burnout* (Pereira, 2011). Também Carvalho (2006), Delbrouck (2006) e Bernardo *et al.* (2010) consideram igualmente que a organização no trabalho é um factor protector de *burnout*.

Um líder deve ter competências emocionais básicas para liderar com eficácia e gerir a dimensão emocional de uma equipa. Segundo Goleman (2001) a capacidade para

gerir emoções depende da competência emocional. O mesmo autor define competência emocional como a capacidade de gerir as próprias emoções e as da equipa e divide-as em autopercepção, auto-regulamentação, motivação, empatia e habilidades sociais. Por autopercepção o autor entende a capacidade para compreendermos o que estamos a sentir num determinado momento, por auto-regulamentação a forma de utilizar as emoções de modo a que elas nos facilitem a tomada de decisões, por motivação, compreende a capacidade para identificar preferências e permitir que estas guiem os nossos objectivos, por empatia, é a capacidade de estar em sintonia com as emoções dos outros e finalmente, por habilidades sociais, a capacidade para interagir com facilidade e interpretar as situações sociais.

O líder deve construir relações de confiança, relações de alteridade entre sujeitos, orientar a sua acção para processos de diálogo aberto e negociação. Em contexto hospitalar, o líder deve, igualmente, gerir os conflitos entre as subculturas existentes, médicos, enfermeiros e pessoal administrativo (Fassier, 2010). Segundo Pereira (2011) o empreendedorismo constitui-se para as equipas de saúde a trabalhar em CP, como um factor protector de *burnout*. O empreendedorismo é entendido como um processo levado a cabo pela a equipa e pode corresponder à realização de eventos científicos, ao desenvolvimento e implementação de projectos de formação, trabalhos de investigação, parcerias com outras instituições, à análise e debate de livros ou filmes. Estas estratégias são eficazes na medida em que a participação da equipa como um todo em projectos promove a interacção e os processos de comunicação, e

isso é um factor protector. Sendo o empreendedorismo um factor protector de *burnout*, é da responsabilidade do líder fomentar o seu desenvolvimento.

A sobrevivência de uma organização depende do compromisso dos seus profissionais, uma vez que também depende deles a produtividade e o sucesso da mesma. A cultura organizacional corresponde ao conjunto de normas, valores, comportamentos e padrões de referência, tacitamente aceites pelos profissionais de uma organização. Esta forma de agir, sentir e valorizar a dinâmica organizacional, tornam-na única. Por sua vez a cultura organizacional influencia a dinâmica das equipas e a forma como elas assumem as relações de poder, os costumes, as crenças, os valores e todas as regras que não estão escritas (Cunha, 2013).

A viabilidade de uma organização está indirectamente dependente dos processos de comunicação dos seus colaboradores. As organizações que fomentam processos de comunicação adequados e assertivos, onde os profissionais são valorizados, não só no seu trabalho, mas enquanto pessoas, têm profissionais mais satisfeitos e melhores resultados na sua produtividade. Dentro de uma organização a equipa tem um papel fulcral, uma vez que o sucesso do que a organização pretende obter, depende da forma como as equipas trabalham (Cunha, 2013).

Uma equipa é definida como um grupo de pessoas que têm objectivos comuns e que partilham uma metodologia comum que orienta as suas acções. Para que uma equipa funcione, é necessário que cada elemento saiba quais são as suas funções, que reconheça as potencialidades dos seus elementos e as valorize, que partilhe conhecimentos e interesses e partilhem processos de comunicação.

O funcionamento de uma equipa apresenta em alguns momentos resistências ao seu funcionamento. Os aspectos que podem contribuir para o mau desempenho de uma equipa, podem ser: desconhecimento exacto do papel que cada um desempenha dentro da equipa e do papel da equipa na organização, falta de motivação por desinteresse, problemas nos processos de comunicação, sistemas de informação deficientes e equipas com muitos ou com poucos elementos.

Para que os problemas gerados dentro de uma equipa possam ser solucionados, é fundamental que todos os seus elementos reconheçam o problema e o que impede o funcionamento daqueles elementos enquanto equipa. Para isso, é importante que a equipa comunique de forma assertiva, que saiba gerir as situações de conflito de forma flexível, que respeite os limites dos outros elementos e que o respeito entre todos os membros seja genuíno.

Contudo, Leite (2005) e Albaledejo *et al* (2004) consideram que a comunicação é um factor determinante para o funcionamento de uma equipa e conseqüentemente para a organização. Uma cuidada comunicação permite manter os seus elementos informados e actualizados, permite um ambiente satisfatório e tranquilo, possibilitando assim que se desenvolva o projecto colectivo traçado para a equipa (Haes & Besing, 2009). Os estudos mostram que uma comunicação eficaz entre profissionais, melhora as condições de trabalho e o relacionamento interdisciplinar, prevenindo situações de conflito.

Um dos obstáculos mais referidos como um problema na comunicação em saúde é o da falta de preparação dos profissionais, quer durante a sua formação inicial quer

continua. Além disso, comumente as competências de comunicação não são tão valorizadas como os conhecimentos teóricos e técnicos.

Obter a motivação da equipa para a alteração dos comportamentos que visam melhorar a comunicação entre os seus membros é fundamental para a aquisição e o desenvolvimento de estratégias de comunicação e desenvolvimento de competências comunicacionais. Para o desenvolvimento destas competências, é importante compreender como é que se poderá motivar os profissionais de saúde, para melhorar o desempenho na área da comunicação, sendo que a única forma de o fazer é envolvendo toda a equipa.

Tendo em conta a inevitabilidade da ocorrência de conflitos nas organizações, o importante é geri-los de forma a tornarrem-se construtivos e possam ser uma mais valia para a organização.

Uma equipa que não valoriza a comunicação, como parte integrante do seu funcionamento, é uma equipa com problemas de eficiência e qualidade.

Tendo em conta os aspectos anteriormente apresentados, consideramos de crucial importância desenvolver no programa de intervenção para a prevenção do *burnout*, sessões que ajudem os profissionais de saúde a considerar o trabalho de equipa como um dos aspectos mais importantes da prestação de cuidados.

8.9 - Enquadramento do conceito de musicoterapia

A arte de articular e coordenar fenómenos acústicos para obter um efeito com uma sonorização estética, chama-se música. A música é uma das formas mais primitivas

de expressão humana e uma das melhores formas de traduzir a identidade de um povo.

Autores como Leinig (1977), Banol (1993) e Straliozzo (2001) demonstraram que os efeitos sonoros da música são estímulos com um enorme impacto no cérebro humano, produzindo efeitos altamente benéficos em várias capacidades. De acordo com estes autores a música ajuda a aumentar e a manter a capacidade de concentração durante a actividade musical e noutras actividades fora da música. Além disso, a música provoca emoções, ajuda a desenvolver a memória e o raciocínio-lógico matemático. A música relaciona-se intimamente com os sentimentos, influencia o estado de humor, provocando momentos de alegria ou tristeza, de ânimo ou desânimo.

Leinig (1977) considera que o uso terapêutico da música se enquadra em variados contextos e sujeitos. Assim, a musicoterapia pode ser usada em pessoas saudáveis, adultos e crianças, pessoas com distúrbios mentais, alterações da capacidade de locomoção, problemas sensoriais, alterações respiratórias, *deficits* de linguagem, entre outros. A música é acima de tudo um elemento de prazer. A música pode ser usada como um recurso para a redução do *stress*, uma vez que ajuda no processo de auto-compreensão, na capacidade para utilizar o potencial individual, na reestruturação do equilíbrio e aumento do rendimento no trabalho (Straliozzo, 2001; Becker & Barreto, 2005).

A musicoterapia consiste na prática da utilização da música com uma finalidade curativa e/ou cuidadora, e portanto, finalidade salutogénica (Ducourneau, 1984). É

nesta vertente cuidadora e centrada no bem-estar do indivíduo que a música será utilizada no programa de intervenção para prevenção do *burnout*.

Vários estudos têm mostrado os efeitos benéficos da musicoterapia. Assim, Zanini *et al.* (2009) verificaram que a música ajudava a baixar a tensão arterial de pessoas hipertensas, pela melhoria da qualidade de vida. Por sua vez, para Sacks (2008) a música é um dos meios mais saudáveis de conexão entre o sistema auditivo e a coordenação motora. A música ajuda o indivíduo a ter consciência do seu próprio corpo e do sentido de movimento. Ainda de acordo com Druy e Watson (1990) alguns ritmos musicais ajudam o indivíduo a atingir um elevado nível de consciência sensorial, levando à vivência de uma experiência extra-temporal.

Leinig (1977) mostrou que a música ajuda os processos de relaxamento e a expressão de emoções. Este autor constatou também, que se a música provoca prazer havendo uma diminuição do ritmo cardíaco. Acresce ainda que a música tem uma influência positiva nas perturbações gastrointestinais e nos distúrbios psicossomáticos. Depreende-se pois que, tudo o que provoca relaxamento e sensações de bem-estar, é benéfico para as perturbações de base.

Para Sousa (2005) os sons, o ritmo e a melodia, presentes na harmonia de uma música, afectam o indivíduo que a ouve em três dimensões distintas, mas interligadas: a dimensão sensorial, a dimensão afectiva e a dimensão cognitiva. A música induz respostas fisiológicas e psicológicas, imagens mentais e associações, razão porque deve ser escolhida de acordo com os objectivos terapêuticos que se pretendem alcançar (Heal & Wigram, 1993).

A melodia, considerada uma das componentes da harmonia da música, é aquela que mais efeito tem sobre os sentimentos e sobre as emoções. A melodia pode ser por si só, calmante e tranquilizadora (Lewis, 2003; Barksdale, 2003; Sousa, 2005).

Pelos estudos apresentados, depreende-se que a musicoterapia pode ser orientada para múltiplos objectivos. A musicoterapia ajuda a manter ou encontrar um bem-estar interior, ajudando desta forma a manter a saúde e a prevenir situações de doença, principalmente ao nível psicológico. Para Leinig (1977) a música ajuda a libertar tensões e a diluir preocupações, pelo que está altamente recomendada para as situações de *stress* do dia-a-dia.

Sousa (2005) também considera que a musicoterapia é uma forma de “descarregar” tensões e manter o equilíbrio através da harmonia sonora, podendo mesmo suscitar situações de catarse e sublimação. Este autor considera que o objectivo da musicoterapia é o alívio do mal-estar e a expressão de emoções.

A grande potencialidade que Lewis (2003, p. 16) encontra na música é a possibilidade de “alterar o nosso estado de espírito, seja ele qual for”. Por sua vez, segundo Bruscia (1997) a influência da música sente-se ao nível biológico, psicológico e social, tendo finalidades tão distintas como aquelas que podem ser usadas ao nível educacional, preventivo, emocional, motor, de reabilitação, intelectual e espiritual. Ducourneau (1984) refere que a musicoterapia permite uma maior interacção com as pessoas, daí ser muito benéfica para pessoas que apresentam problemas relacionados com a comunicação e a socialização.

Na perspectiva de Ruud (1990) a musicoterapia pode ser usada para a potenciação da saúde. Este autor considera também que a musicoterapia tem benefícios na redução da ansiedade e no alívio do sofrimento.

A música tem influências significativas em vários aspectos neurológicos, estimulando a glândula hipófise a produzir mais endorfinas, o que leva a uma diminuição da dor e a um aumento do bem-estar. A música ajuda na produção de catecolaminas, diminuindo assim, a frequência cardíaca e a tensão arterial (Hatem *et al.*, 2006). A musicoterapia facilita desta forma o restabelecimento e a reorganização dos estados de saúde.

O organismo humano apreende a música como um estímulo biológico que induz a libertação de dopamina, provocando uma clarificação do pensamento e uma sensação de bem-estar generalizada (Spitzerz, 2002). Acerca da dopamina, Klein (2007) refere ainda que este neurotransmissor induz o optimismo e a motivação, ajudando-nos a alcançar os nossos objectivos.

Por seu turno, Lechevalier (2008) refere que a música tem efeitos no sistema límbico facilitando a libertação dos neurotransmissores pelos neurónios, provocando sensações mentais de prazer. Sousa (2005, p. 135) considera que a música em geral e a terapia musical em particular, têm repercussões muito positivas no organismo humano. Assim, este autor afirma que as mudanças sentidas são, “a libertação de adrenalina, regulação da frequência cardíaca e da pressão sanguínea, diminuição da fadiga, aumento da sensibilidade sensorial, maior rapidez de resposta a estímulos, aumento da atenção e dos reflexos musculares”.

Os aspectos afectivos para os quais a música nos reenvia, estão relacionados com as áreas cerebrais que são estimuladas. Assim, a música influencia a actividade do tálamo, do hipotálamo e da hipófise, e especialmente do sistema límbico, responsável pela afectividade (Sousa, 2005).

Bergold e Alvim (2009, p. 541) afirmam também que um dos efeitos benéficos da musicoterapia é o de provocar “relaxamento e conforto espiritual”.

A imagética musical é uma das componentes da musicoterapia, que associa as sensações auditivas a imagens ópticas, em que os sons da melodia reenviam para sensações visuais com significado (Carmelo, 2002). Esta forma de musicoterapia produz alívio da dor em pessoas doentes, uma vez que o cérebro, pela estimulação da música transforma a experiência em imagens mentais, dirigindo a atenção para a componente musical (Leão & Silva, 2004).

Corte e Neto (2009) consideram que os benefícios da musicoterapia são tantos, que esta deveria ser considerada uma terapia complementar, inserida num projecto terapêutico multidisciplinar. Estes autores entendem igualmente, que a musicoterapia deveria ser valorizada como uma forma de evitar o desgaste emocional das situações mais stressantes, como os processos de doença.

A música integrada nos cuidados de saúde facilita o desenvolvimento das nossas capacidades de auto-cura (Bergold & Alvim, 2009), tornando os medos e as tensões menos importantes (Klein, 2007). Nos últimos tempos a música tem adquirido um destaque especial no âmbito da investigação e tem proporcionado aos profissionais, um campo de actuação com resultados muito positivos na área da saúde (Corte & Neto, 2009).

Como nos refere Pereira (2011), ouvir música é uma das estratégias individuais utilizada pelas equipas a trabalhar em cuidados paliativos para prevenir o desgaste emocional. Estes resultados estão de algum modo relacionados com Roper Reports Worldwide (1999) o qual um estudo realizado em 30 países, em que mais de 56% da população inquirida referia que ouvir música era uma das estratégias mais usadas para reduzir o *stress*.

São várias as técnicas usadas em musicoterapia. Contudo, iremos apresentar apenas de forma pormenorizada a técnica que sugerimos para o programa de intervenção.

As técnicas receptivas são técnicas em que o indivíduo recebe de forma passiva a sonoridade de uma música e a influência desta no indivíduo é interna. Os objectivos que se pretendem alcançar com as técnicas receptivas a implementar no programa de intervenção para prevenção do *burnout* são:

- proporcionar bem-estar
- mobilizar recordações positivas
- provocar alterações emocionais, essencialmente, de emoções negativas para emoções positivas
- provocar alterações dos estados de humor
- promover a mobilização de imagens, associadas a sensações positivas
- facilitar a expressão de sentimentos

8.10 - Enquadramento do conceito de relaxamento

O *stress* e as situações de *burnout*, produzem alterações fisiopatológicas no organismo, que interferem com a homeostase e que por sua vez se repercutem na frequência cardíaca, na pressão arterial, e na frequência respiratória (Lucini *et al*; 2005). As reacções desencadeadas estão associadas ao sistema nervoso simpático e à produção de epinefrina (Stoudemire & McDaniel, 1999).

Uma proposta de intervenção para evitar um quadro de hipertensão arterial e as suas consequências, como o enfarte do miocárdio ou um acidente vascular cerebral, são as técnicas de relaxamento apresentadas por vários autores (Master e Burish, 1997; Stoudemire & McDaniel, 1999). As técnicas de relaxamento dos músculos voluntários e estriados, são com efeito uma reconhecida forma de diminuir a tonicidade muscular provocada pela tensão emocional originada pela síndrome de *burnout* (Nieto, 2009).

Benevides-Pereira (2002) considera que a aprendizagem de técnicas de relaxamento é benéfica para o equilíbrio psicofisiológico. O relaxamento ajuda a reencontrar energia, permite uma análise mais cuidadosa da vivência das situações de *stress* e consequentemente da adopção de estratégias para as prevenir. As técnicas de relaxamento são um processo psicofisiológico, onde os aspectos físicos e psicológicos estão de tal forma integrados e articulados, que são ao mesmo tempo a causa e o produto.

O relaxamento é um estado de serenidade, onde a tensão muscular está reduzida e a ansiedade está praticamente ausente. No estado de relaxamento surgem alterações

das funções corporais entre as quais, redução da frequência respiratória e do consequente consumo de oxigénio, redução da frequência cardíaca e da tensão arterial e aumento das ondas cerebrais tipo Alfa (Correa & Pimenta, 2005).

Rosen (1994) refere que o estado cerebral Alfa, presente nos momentos de relaxamento, são facilitadores da aprendizagem e das mudanças de atitude. O principal objectivo da utilização das técnicas de relaxamento é a redução das sensações negativas, quer físicas quer emocionais, através da libertação da tensão. Pretende-se com estas técnicas, substituir a rigidez muscular pela flexibilidade. Os processos usados permitem um restabelecimento da energia e os benefícios são imediatos e prolongados, se a prática os transformar num processo imediato.

Quando os músculos são relaxados pela utilização continuada das técnicas de relaxamento, o cérebro é menos estimulado e as ondas Alfa substituem as ondas Beta. Nas situações de *burnout*, as ondas cerebrais dominantes são as ondas Beta, que provocam um alerta constante e elevados níveis de atenção. As técnicas de relaxamento ao conseguirem relaxar os músculos, provocando diminuição da tonicidade, fazem com que o cérebro produza mais ondas Alfa, que são específicas dos fenómenos criativos, de observação e da resolução de problemas. Com o aperfeiçoamento das técnicas de relaxamento, é possível substituir as ondas Beta pelas ondas Theta, visíveis no electroencefalograma nos estados de relaxamento profundo e meditação, e substituir pelas ondas Delta, presentes no sono (Nieto, 2009; Guyton, 1992; Carter *et al.*, 2009; MacKey, 2005).

O relaxamento muscular provoca o aumento de ondas cerebrais Alfa, que por sua vez induzem a produção de endorfinas, que levam à percepção de um bem-estar geral

(Nieto, 2009; MacKay, 2005). Os conhecimentos de anatomia e os mais recentes estudos de electrofisiologia do sistema muscular e do sistema nervoso vegetativo assumem hoje em dia, uma especial relevância no aperfeiçoamento das técnicas de relaxamento.

As técnicas de relaxamento seleccionadas para o programa de intervenção para prevenção do *burnout* são as técnicas mais frequentemente usadas e mais estudadas, pelos resultados positivos que apresentam, são o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e o Treino Autogeno de Shultz (Castanyer, 2002). Passamos a explicar sucintamente, ambas as técnicas.

Treino Autógeno de Shultz

O Treino Autogeno de Shultz permite alcançar um relaxamento progressivo, fazendo com que as tensões sejam reabsorvidas a partir do interior. Este é uma técnica de auto-sugestão, em que o indivíduo induz o seu próprio relaxamento e bem-estar.

O Treino Autogeno de Shultz permite um relaxamento interno, um relaxamento corporal com um restabelecimento psico-emocional, bem como um aumento da capacidade de memorização uma auto-regulação das funções respiratória, cardiovascular e digestivo e uma maior capacidade para enfrentar situações de *stress*.

Esta técnica de relaxamento desenvolve-se em dois níveis básicos e avançado. No nível básico, o que se pretende é um relaxamento do corpo e da mente, para encontrar um estado de tranquilidade. Neste nível o relaxamento é executado a partir de sete exercícios são eles:

- a) ir ao encontro de uma estabilidade inicial;
- b) relaxar os músculos para diminuir do tónus muscular e provocar uma sensação de peso;
- c) aumentar o calor do membros, a partir da estimulação da circulação sanguínea;
- d) regular a frequência respiratória;
- e) regular a frequência cardíaca;
- f) intensificar o relaxamento
- g) tranquilizar os pensamentos.

O nível avançado do Treino Autogeno tem como objectivo o desenvolvimento pessoal a partir do autoconhecimento, trabalhando a imaginação. O nível avançado é um desenvolvimento do nível básico. Também neste nível são apresentados sete exercícios:

- a) visualização intencional de uma cor;
- b) visualização de um maior leque de cores;
- c) visualização de objectos do quotidiano;
- d) visualização de abstracções como a alegria;
- e) visualização de emoções;
- f) visualização de pessoas;
- g) formulação de questões ao inconsciente.

Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

O Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson parte do pressuposto que o relaxamento muscular induz o relaxamento da mente. Esta técnica ensina os utilizadores a identificar os grupos musculares mais tensos e que provocam desconforto e a identificar a sensação de tensão e a sensação de relaxamento.

A Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson trabalha os principais grupos musculares que são: os músculos da cabeça, cara e pescoço; os músculos da mão, antebraço e bíceps; músculos do tórax, região lombar e abdómen; e os músculos das coxas, nádegas, pernas e pé.

Dentro das designadas Terapias de Relaxamento (Stoudemire & McDaniel, 1999; Master & Burish, 1997), Jacobson desenvolveu em 1938 uma técnica que ajudava os doentes a atingir um relaxamento muscular profundo. Esta técnica veio a designar-se por Relaxamento Progressivo de Jacobson. Este autor considerava que o relaxamento induzia bem-estar físico e psicológico, proporcionando um equilíbrio entre o corpo e a mente, através da diminuição da actividade do sistema nervoso central e do sistema nervoso autónomo. Neste sentido, a diminuição das estimulações emocionais induzidas pelo relaxamento levavam a uma diminuição da tensão arterial e da frequência cardíaca (Vera & Vila, 1993; Horn, 1988).

Rissardi *et al.*, (2007) desenvolveram uma pesquisa a partir de uma metodologia quantitativa, que tinha como objectivo avaliar se a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson ajudava a reduzir os sinais de *stress* cardiovascular. O estudo foi realizado com 16 indivíduos que padeciam de doença de Hensen e apresentavam sintomatologia como dor taquicardia, ansiedade e hipertensão e

pretendia verificar se a sintomatologia descrita diminuía após a intervenção com a técnica de relaxamento proposta. O programa era composto por 24 sessões, embora os resultados apresentados pelos autores digam respeito às 10 primeiras sessões de relaxamento. Os resultados do estudo mostram que a utilização do Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson em doentes com hanseníase, diminuía de forma significativa a frequência cardíaca e a tensão arterial. Conclui-se desta forma, que esta técnica de relaxamento apresenta benefícios na diminuição do *stress* cardiovascular.

8.11 - A importância da respiração

Independentemente da respiração ser uma actividade autónoma do organismos humano e de não ser possível viver sem respirar, raramente os profissionais de saúde têm consciência de como a respiração e o tipo de respiração condiciona o seu próprio bem-estar físico e mental (Coulter, 2001; Rama et al., 1998).

Os aspectos fisiológicos da respiração são essencialmente, fornecer oxigénio (O₂) às células de todos os órgãos do corpo e retirar das células o dióxido de carbono (CO₂) produzido por estas. Do ponto de vista anatómico, a respiração envolve os sistemas respiratório e circulatório. De uma forma sistematizada, a respiração é um processo fisiológico, que permite a entrada de ar pelos pulmões (inspiração), a passagem deste ar para os alvéolos pulmonares, destes para a corrente sanguínea e com a ajuda do sistema circulatório, o O₂ é transportado a todas as células. O CO₂ produzido pelas células, é transportado pelo sistema circulatório até aos alvéolos pulmonares, que o

expulsão através dos movimentos de expiração. Este processo dinâmico e flexível adapta-se às exigências da actividade desenvolvida. Assim, sempre que solicitamos os músculos estriados para uma actividade mais intensa, o sistema respiratório e circulatório, adaptam-se a esta nova situação, mantendo a homeostase interna do organismo. Em todo este processo, estão directamente envolvidos os músculos da respiração (Seeley, 2005).

O processo de respiração pode ser alterado pela influência de vários factores, condicionando a ventilação e conseqüentemente as trocas gasosas ao nível dos alvéolos pulmonares. Uma das situações que pode influenciar a respiração são as situações de *stress* e de *burnout*. Estas situações impedem que se faça um correcto ritmo respiratório, levando a um mau uso dos músculos respiratórios, provocando uma hipoventilação. Esta situação provoca uma diminuição dos níveis de O₂ e um aumento dos níveis de CO₂, provocando uma acidose (diminuição do pH) (Seeley, 2005).

O processo oposto pode acontecer nas situações de ansiedade intensa, onde o indivíduo pode hiperventilar. Nestes casos, ocorre um aumento dos níveis de O₂ e baixam os níveis de CO₂, provocando uma alcalose (aumento do pH). Qualquer uma destas alterações provoca mal-estar, e ambas podem ser corrigidas.

Sendo um mecanismo autónomo, a respiração não exige um grande esforço da nossa parte. Não obstante, pode ser exercida sobre ela um certo controlo voluntário.

A aprendizagem de uma respiração eficaz ajuda ao relaxamento e à redução da ansiedade. A prática continuada leva a efeitos muito benéficos, sendo os resultados são imediatos mesmo quando usada por pessoas sem experiência (Castanyer, 2002).

A respiração lenta e profunda é apresentada por vários autores como um requisito para atingir estados de relaxamento (Cassileth *et al.*, 1994; Caudill, 1998).

A respiração profunda tem sido utilizada para induzir estados de relaxamento, associando-a a imagens mentais (Epstein, 1990). Assim, Cassileth *et al.*, (1994), orientava as sessões de doentes com cancro na *American Câncer Society*, induzindo-os a imaginar imagens agradáveis quando estavam em respiração profunda.

Segundo Caudill (1998) os efeitos dos processos de relaxamento são reais, e benéficos a curto e a longo prazo. Segundo este autor, os benefícios a curto prazo que relata são imediatos, como a diminuição da frequência cardíaca, da tensão arterial e do ritmo respiratório, já os efeitos a longo prazo, são a diminuição da ansiedade e maior facilidade para lidar com situações de *stress*.

Há vários tipos de respiração que são considerados pelos autores muito eficazes. Não obstante, no âmbito do programa de intervenção para prevenção do *burnout*, propomos a respiração abdominal. O objectivo deste tipo de respiração é utilizar mais o músculo diafragma e menos os músculos do tórax para fazer a inspiração e a expiração.

A atenção dirigida à respiração ajuda os participantes a ter mais consciência dos fenómenos corporais, e a controlar a frequência respiratória. As instruções dadas para os exercícios respiratórios devem reforçar a instrução de que a expiração deve ser mais prolongada que a inspiração. As expirações prolongadas estimulam o nervo vago, o 10º nervo dos pares cranianos, que tem uma influência importante no relaxamento, diminuindo as contracções musculares do intestino, baixando a pressão arterial e os batimentos cardíacos (Seeley, 2005).

Estes exercícios de respiração serão apresentados aos profissionais numa fase muito precoce do programa de intervenção para que possam ser apreendidos ao longo de todas as sessões. O tempo de duração dos exercícios será de 10 minutos. Os exercícios de respiração serão intercalados com os exercícios de relaxamento. Os profissionais deverão ser ensinados a respirar correctamente, uma vez que estes exercícios são eficazes isoladamente (Castanyer, 2002).

Tal como os exercícios de relaxamento, os exercícios de respiração serão ensinados na posição de deitado e sentado, para que os profissionais os possam adaptar a diferentes contextos e não deixem de os fazer sempre que deles necessitem. Os exercícios de relaxamento e de respiração, devem ser aplicados nos momentos de maior tensão, nomeadamente, nos contextos de trabalho.

Cada profissional deve ser estimulado a fazer pausas regulares de 1 a 2 minutos para observar e ter consciência da sua respiração. Cada pausa permite um relaxamento, que leva a encarar o trabalho com um pensamento mais positivo.

Consideramos que valorizar a respiração num programa de intervenção para prevenção do *burnout* se constitui como uma das medidas mais importantes e de maior facilidade de execução para proporcionar bem-estar. A respiração quando modelada em situações específicas, como os momentos de maior ansiedade e de *stress*, pode constituir-se como um verdadeiro instrumento terapêutico. A aprendizagem das técnicas de respiração podem contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde.

8.12 - A importância do humor

A tentativa de compreender o riso, o humor e os seus aspectos biológicos, bem como as suas influências terapêuticas, começou de forma científica nos anos 70 (Lemos, 2001). Foi Hunter Adams quem desenvolveu na década de 60, um método que intitulou de terapia do riso ou risoterapia. Adams (1999) constatou que o riso ajudava as pessoas doentes a superar situações de mal-estar.

As vantagens do riso e do bom humor são referidas por Barllone (2003), quando afirma que o processo terapêutico deve aliar os aspectos físicos e emocionais, na sua abordagem multidisciplinar. Neste sentido, fomentar o bom humor ajuda a aumentar o bem-estar e a aliviar a dor. O autor refere ainda que o bem-estar emocional também se deve às influências biológicas dos efeitos do riso, como o aumento da frequência cardíaca e respiratória, o aumento do consumo de oxigénio e o aumento da produção de adrenalina, os quais permitem uma melhor irrigação sanguínea. Hassed (2006) por seu turno, apresenta a terapia do riso como um importante factor na redução das situações de *stress*, pela redução dos níveis de cortisol e como um potenciador da humanização.

O humor, enquanto capacidade para considerar certas actividades divertidas e que proporcionam bem-estar, como as anedotas e brincadeiras, é considerado um factor protector de *burnout* (Pereira, 2011). Nesta linha de pensamento, Twycross (2003) e Bernardo *et al.* (2010) consideram que o humor pode ser utilizado pelas equipas como um factor protector de *burnout*.

José (2002) refere que o humor é um dos caminhos que pode ser explorado pelos profissionais de saúde para demonstrarem interesse, disponibilidade, afecto e respeito para com os doentes. Nesta ordem de ideias, porque não utilizar este instrumento para demonstrar exactamente o mesmo pelos profissionais de saúde?

O modelo biomédico e o avanço das tecnologias, têm relegado para um segundo plano, os processos de comunicação com o doente e os familiares, assim como a comunicação entre os próprios profissionais de saúde (José, 2002).

Parece não haver consenso sobre a definição de humor e muitas são as teorias que se querem apropriar dele. Vários estudos têm sido feitos sobre este tema na tentativa de formular uma teoria unitária que o defina, o compreenda e o tente fazer numa linguagem universal. Contudo, pode ser aqui que reside o problema, a tentativa de unificação (Robinson, 1991). Esta autora refere que o humor e a sua resposta comportamental, o riso, são fenómenos biológicos, naturais e inatos nos seres humanos. O riso enquanto primeira linguagem da criança, é uma experiência física e cognitiva (Holden, 1993). O humor é assim, uma forma de comunicação, que se reflecte num comportamento que é o riso, que vem das emoções (Robinson, 1991).

No seu trabalho de investigação, José (2002) mostrou que o humor é investigável e que deve ser investigado para que mais estudos comprovem a sua utilidade, quer na prestação de cuidados, quer na interacção entre profissionais de saúde, pelo bem-estar que pode proporcionar. Esta autora mostra-nos que o humor pode ser um instrumento de trabalho autónomo dos profissionais de saúde mais especificamente dos enfermeiros, incluindo a sua aplicação em si próprio.

Na perspectiva do doente, a mesma autora concluiu que os doentes consideram o humor um factor muito importante na prestação dos cuidados. O humor é considerado pelos participantes do estudo, uma demonstração de afecto e carinho para com os doentes e é uma forma de estreitar a relação entre profissionais de saúde. O humor permite acalmar, ajudar a atenuar a dor, o sofrimento e a solidão, ajudando a mudar a perspectiva da vida, e a encarar as situações de doença com menos desconforto. Os doentes consideram que o humor é uma competência dos profissionais que não altera o seu desempenho profissional. O humor ajuda a estabelecer uma relação de proximidade, de confiança e de suporte, com um profissional que passa a Ser único. Acresce ainda que os doentes consideram que o humor uma intervenção terapêutica José (2002).

Esta mesma autora refere que os profissionais de saúde podem criar nos serviços hospitalares o risomóvel. Este poderia ser um local onde está armazenado material com humor, como anedotas, livros, nariz de palhaço, chapéus, óculos, entre outros. Este material poderá circular pela enfermaria para que doentes e profissionais possam fazer uso dele.

O humor trás muito benéficos para quem o emprega e para quem o usufrui. Segundo Robinson (1991) e Astedt-Kurki e Liukkonen (1994) demonstraram que o humor tem vantagens para doentes e profissionais; James (1995) refere que o humor ajuda a encarar melhor as situações de doença; Wender (1996) diz que o humor é uma capacidade para enfrentar medos e a aliviar tensões; Sheldon (1996) afirma que o humor é uma competência que deve ser ensinada.

O humor é um elemento da vida de relação, de estímulo e de comunicação. O humor é uma boa forma de demonstrar adaptação a uma situação (Wender, 1996).

Segundo Fry (1999) o humor tem grandes benefícios para a saúde e para o bem-estar pelos efeitos fisiológicos que produz. Assim, o humor aumenta a actividade respiratória, produzindo mais ciclos, aumentando desta forma o consumo de oxigénio, aumenta a actividade muscular e aumenta os batimentos cardíacos. O humor tem efeitos ao nível do sistema nervoso simpático, com o aumento da produção de catecolaminas, que influenciam a produção de endorfinas. Após a reacção comportamental de riso, induzida pelo humor, segue-se um estado de relaxamento e uma regulação progressiva dos batimentos cardíacos, dos ciclos respiratórios e da tensão muscular. Neste estado de relaxamento, a tensão arterial baixa. Este tipo de intervenção aplicado num programa de intervenção para prevenção do *burnout*, permite reverter alguns processos negativos que o *burnout* produz como o aumento da tensão arterial, o aumento do cortisol, aumento dos batimentos cardíacos e o aumento da tensão muscular.

Fry (1999) considera que o humor melhora a saúde de uma forma geral, pelo bem-estar que produz, estando indicado em todas as situações que provocam tensão emocional ou física. A utilização do humor e da capacidade de desfrutar o que é engraçado e divertido constitui-se como uma factor protector de *burnout*, por ser um elemento promotor do contacto entre os profissionais e por facilitar os processos de comunicação (Pereira, 2011; Bernardo *et al.*; 2010; Maddocks, 2009). Neste sentido, e tendo em conta as vantagens comprovadas da utilização do humor para o bem-estar, este será introduzido no programa de intervenção para prevenção do *burnout*.

Estudos realizados por Cousins (1979) levaram-no a concluir que dez minutos de riso correspondem a duas horas sem dor. Este autor refere que o riso tem efeitos analgésicos e relaxantes, pela estimulação da produção de endorfinas. Os efeitos de bem-estar proporcionados pelo riso são semelhantes às respostas fisiológicas encontradas após a realização de exercício físico moderado. Assim, após o exercício também se verifica uma diminuição da tensão arterial, efeitos sobre o sistema cardio-respiratório e relaxamento muscular. Este autor encontrou também uma correlação entre o riso e o aumento das imunoglobulinas A e da produção de linfócitos T, concluindo-se assim que o riso tem efeitos também no sistema imunitário.

Por sua vez Robinson (1991) apresenta-nos uma forma de desenvolver o humor que adaptaremos para as sessões do programa de intervenção para prevenção do *burnout*. Assim, segundo a autora o humor pode ser aprendido e pode ser ensinado e, neste sentido, apresenta algumas estratégias para alcançar competências na área do humor. Esta autora refere que para desenvolver qualquer competência é necessário pesquisar, desenvolver e treinar.

Pesquisas desenvolvidas no Reino Unido e nos EUA com 27 participantes voluntários tiveram como objectivo, estudar a influência do riso no cérebro. O cérebro era observado através da ressonância magnética no momento em que eram contadas anedotas aos participantes. As anedotas consistiam em anedotas com graça e anedotas sem graça. A análise do cérebro através da mensuração do consumo de oxigénio, era feita por comparação entre os momentos das anedotas com graça e sem graça. Os resultados mostraram que o riso activa a área das emoções, o córtex pré-frontal medial ventral, associado às sensações de recompensa, activando as áreas da

motivação e do prazer. Os estudos concluíram também que quanto mais uma pessoa ri, mais vontade tem de rir (Mallet, 1995; Moleiro *et al.*, 2001).

Moleiro (2001) desenvolveu outra pesquisa com ressonância magnética e com o electroencefalograma, onde pretendia observar a actividade cerebral durante o riso. O autor observou que o cérebro activa várias áreas em simultâneo e várias áreas de forma sequenciada, quando é estimulado pelo riso. Assim, as áreas envolvidas são as seguintes: a área sensorial do lobo occipital envia informações para o lobo frontal, que analisa as palavras, caso seja identificada uma informação engraçada, o estímulo acciona as áreas motoras que faz com que os músculos cuticulares do rosto de contraíam. Estes estudos mostraram que o riso estimula áreas cerebrais associadas à motricidade, à sensação e à cognição. Moleiro (2001) considera ainda que o riso deve ser incorporado na medicina, pois tem benefícios para o sistema respiratório, cardíaco, muscular e imunológico. O riso aumenta a oxigenação e diminui o *stress*, pelo que este autor compara os benefícios do riso aos benefícios do exercício físico.

Lambert (2001) acrescenta que quando rimos estimulamos o sistema límbico que influencia os estados de ânimo. O riso ajuda na produção de beta-endorfinas pela estimulação do hipotálamo, de linfócitos e outras células de defesa, influenciando de forma directa o sistema imunitário.

Alvarez *et al.*, (2000) e Ortiz (2002) apresentam a partir dos seus estudos as seguintes conclusões: o riso aumenta a tonificação dos músculos do rosto, aumenta a produção de lágrimas pelas glândulas lacrimais e aumenta a hidratação da mucosa oral, aumenta o consumo de oxigénio pelo aumento da frequência respiratória, ajudando a prevenir problemas nos brônquios, melhora os processos de digestão pela

estimulação da produção de suco gástrico e pelo aumento de produção de saliva e aumenta a frequência cardíaca e diminui a tensão arterial.

O efeito positivo do humor no bem-estar e diminuição da dor em doentes com cancro foi demonstrado por Parish (2005). Este autor constatou que um dos efeitos mais benéficos da utilização do riso foi o relaxamento muscular e a diminuição da ansiedade.

Wright e Leahey (2002) por sua vez referem do seu estudo que a utilização da risoterapia desenvolvida com criança com cancro melhorou a sua compreensão da doença, aliviou o sofrimento e diminuiu o receio da hospitalização. A intervenção desta técnica permitiu que as crianças fossem mais colaborantes com os profissionais de saúde no momento dos procedimentos invasivos.

Ortiz (2002) considera que o riso tem um factor biológico muito importante para o ser humano, porque sempre esteve presente ao longo do desenvolvimento da humanidade. O riso é um comportamento inato, que depende em parte dos processos de imitação, mas não só. Estudos mostraram que crianças cegas e surdas de nascença começam a rir por volta dos três meses de idade e seguem um padrão cronológico idêntico ao das crianças sem esta deficiência. Este aspecto explica a teoria de que o riso é inato, dando força ao seu aspecto biológico. A constatação deste facto levou inúmeros estudiosos a tentar compreender e explicar o riso, levando ao surgimento de uma disciplina, a gelotologia, que é o estudo do riso.

Santos, Pais-Ribeiro & Guimarães (2003) desenvolveram um estudo transversal, correlacional e exploratório, com 55 estudantes do ensino superior, onde pretendiam analisar a relação entre as estratégias de *coping* através do lazer, as estratégias de

coping gerais e o estado de saúde dos estudantes. Os instrumentos utilizados foram *Leisure Coping Strategies Scale* (LCSS), para avaliar a dimensão do lazer, o Inventário de Resolução de Problemas (IRP), para avaliar as estratégias de *coping* gerais e o SF 36 para avaliar o estado de saúde dos estudantes. Os autores concluíram que existe uma correlação positiva, entre o humor, o companheirismo no lazer e a resolução activa de problemas, e o estado de saúde dos estudantes do ensino superior. Pelos trabalhos apresentados, verificamos que o desenvolvimento das neurociências e da tecnologia, como a ressonância magnética, contribuíram para a revelação de aspectos biológicos, que estão associados a comportamentos que muitas vezes são desvalorizados. Um destes comportamentos é o riso. Sabe-se hoje, pelos trabalhos de investigação que estudaram as bases neuropsicofisiológicas do riso, que este se constitui como um importante factor terapêutico. A descoberta das bases neuronais do riso permitiu verificar que a componente biológica deste comportamento é muito mais significativa do que o que se sabia até agora. O riso tem uma componente biológica e bioquímica, que afecta de forma positiva vários sistemas do organismo. Após estas descobertas têm-se desenvolvido técnicas que têm como objectivo melhorar o bem-estar, prevenir situações de *stress* e de *burnout*, a partir do riso. Podemos assim, concluir que são múltiplos os estudos que mostram que o riso tem efeitos benéficos na saúde e no bem-estar. Está cientificamente provado que o riso tem influência em vários sistemas no organismo.

8.13 - A importância do autoconhecimento

A visão holística da assistência em saúde é um aspecto muito valorizado e mencionado na formação dos profissionais de saúde. Contudo, esta realidade nem sempre é operacionalizada pelos profissionais em relação aos utentes, e quase sempre esquecida no que diz respeito aos próprios profissionais de saúde.

Cuidar do ser humano como um todo, implica antes de mais formar os profissionais de saúde, como um todo. É neste sentido, que é importante mencionar o autoconhecimento como um factor fundamental da formação dos profissionais de saúde.

A compreensão do utente como um ser biopsicosocialcultural espiritual é um factor basilar na prestação de cuidados personalizados e com qualidade. A fragmentação do ser humano impede a compreensão unificada e integradora da sua existência. Consideramos que esta premissa deve ser aplicada aos prestadores de cuidados, no sentido de estes se desenvolverem como um todo integrado, onde o autoconhecimento tem que necessariamente estar presente. O autoconhecimento enquanto instrumento de trabalho para os profissionais de saúde, deve ser integrado no processo de ensino-aprendizagem, tal como os factores do conhecimento científico, técnico e ético (Brant & Antunes, 1995; Stacciarini & Esperidião, 1999).

A evolução científica na área da medicina e da enfermagem, as questões éticas que se colocam aos profissionais exigem uma atitude e uma formação, que esteja voltada para a reflexão e para a crítica construtiva. Há necessidade de construir e aplicar novos modelos pedagógicos, que valorizam o profissional de saúde enquanto

formando e enquanto pessoa, no sentido de o capacitar a desenvolver todas as suas competências de autoconhecimento (Machado *et al.*, 1997). Quanto maior for a compreensão que os profissionais de saúde têm do seu mundo interior, maior será a capacidade para compreender a complexidade do outro que cuida (Leoni, 1996; Goleman, 1996).

A busca de excelência na prestação de cuidados passa, necessariamente, pela formação dos profissionais de saúde, onde a integração dos afectos e das emoções se completam, bem como, o conhecimento e com a técnica. Esta dinâmica de formação, prepara pessoas informadas acerca de si próprias e preparadas para conhecer de forma verdadeiramente holística, o seu sujeito de cuidados (Taylor, 1992; Moscovici, 1997)

É da responsabilidade das instituições formadoras e das instituições de saúde, a preparação dos profissionais para o desenvolvimento de competências interrelacionais e considerar o autoconhecimento, como um factor importante da formação dessas mesmas competências (Rispaill, 2002). As estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento passam pelos conteúdos programáticos e pelos métodos de ensino que devem ser facilitadores desse percurso. Em instituições de saúde o desenvolvimento do autoconhecimento passa pelos programas de intervenção desenvolvidos em diversas áreas, nomeadamente, nas intervenções para a prevenção do *burnout*.

A procura da humanização dos cuidados de saúde deve passar obrigatoriamente pela valorização da dimensão subjectiva dos profissionais de saúde enquanto pessoas (Esperidão *et al.*, 2002) A qualidade e a excelência no processo de cuidados, estão

directamente relacionadas com as competências de interrelação, e estas estão directamente ligadas ao autoconhecimento. O autoconhecimento permite ao profissional de saúde ter consciência da sua vulnerabilidade, das suas limitações e das suas potencialidades. A vulnerabilidade é uma condição humana, é universal e diz respeito à existência por si só (Renaud, 2005). Também para Lèvinas a vulnerabilidade é uma condição humana universal, e faz apelo à responsabilidade de proteger a relação com o Eu, permitindo desta forma o desenvolvimento do Ser (Patrão Neves, 2007). A vivência da vulnerabilidade individual, faz de cada um sujeito ético, incitando à responsabilidade, ao cuidado e à preocupação com o próprio e com o outro.

Conhecer-se a si próprio permite a adopção de atitudes de compreensão e de tolerância em relação aos erros e às fragilidades, e transportar esta forma de estar para os sujeitos de cuidados, possibilitando assim, uma verdadeira relação terapêutica (Esperidão *et al.*, 2002). O autoconhecimento, implica uma autoavaliação dos limites, dos medos, das inseguranças, mas também das potencialidades (Cunha *et al.*, 2013).

9 - Enquadramento aos métodos pedagógicos seleccionados para o programa de formação

Os critérios usados para a escolha dos métodos pedagógicos sugeridos para a utilização no programa de intervenção prendem-se com o seguinte: os objectivos definidos para cada sessão, no que diz respeito à apresentação dos conteúdos teóricos

ou actividades práticas; a responsabilização dos formandos pela sua própria formação; e o incentivo ao trabalho de grupo e ao espírito de equipa. Nesta óptica pretende-se que a maior parte das sessões do programa de formação sejam realizadas com métodos activos, como forma de encorajar os profissionais a serem agentes activos da sua própria formação e minimizando desta forma a passividade dos participantes (Reece & Walker, 2000). Os métodos activos mantêm a coesão do grupo, permitem gerir conflitos, promovem a comunicação e a tomada de decisão (Bordenave & Pereira, 2000).

As técnicas pedagógicas seleccionadas pretendem ajudar a produtividade do grupo, como forma de atingir os objectivos propostos com rapidez e eficiência (Bordenave & Pereira, 2000). Na exposição dos conteúdos o formador deve utilizar as técnicas que mais se adaptem ao grupo de profissionais e às condições do contexto, não esquecendo que os estudos mostram que o tempo de atenção máxima são 20 minutos (Bligh, 2000; Bordenave & Pereira, 2000).

A utilização de métodos activos estimula a participação, a interacção entre os profissionais e o formador, e melhoram a aprendizagem (Newble & Cannon, 1994).

9.1 - O conceito de formação

Formar é promover a evolução integral de um adulto, a partir dos seus conhecimentos e da sua experiência de vida. A formação permite uma modificação do saber e do saber-estar e existir, possibilitando ainda uma realização mais completa de si e uma adaptação ao contexto onde se insere (Silva, 1992).

Para a implementação e o sucesso deste programa de intervenção, consideramos que é relevante ter em conta as motivações pessoais dos profissionais de saúde, as suas capacidades, os seus conhecimentos sobre a temática do *burnout*, que tipo de formação concebem ser a mais adequada para a temática a ser apresentada e o que os levou a frequentar a formação do programa de intervenção. São também de especial importância para a situação de formação, as características de personalidade do formador, os seus conhecimentos e as suas motivações, o domínio do tema, dos conteúdos seleccionados, dos métodos pedagógicos usados, do ambiente e do tempo para cada conteúdo e actividade.

Um factor importante para a prevenção do *burnout*, é no nosso entender, a sua implementação nos programas de intervenção, enquadrados na formação contínua dos profissionais de saúde. É tão importante ter profissionais competentes do ponto de vista do conhecimento e da técnica, como profissionais competentes a gerir emoções, conflitos e a prevenir situações que possam suscitar mal-estar ao próprio e aos outros.

Os contextos de trabalho na área da saúde criam excepcionais momentos de formação para os profissionais de saúde. A aplicação dos aspectos teóricos à prática profissional e a mobilização dos conhecimentos adquiridos na experiência profissional para a formação, para depois os voltar a aplicar no contexto de trabalho, são formas de manter a actualização destes profissionais. Este aspecto fundamental da formação dos profissionais de saúde foi tido em consideração para a construção do programa de intervenção para a prevenção do *burnout*.

Segundo Canário (1998) a experiência dos profissionais de saúde, é cada vez menos vista como uma mera aplicação prática. Ela é, isso sim, perspectivada como um elemento que estrutura o próprio processo de formação, alternando assim, a aplicação dos conhecimentos na prática e a construção do conhecimento a partir da prática. Este aspecto permite-nos integrar o programa de intervenção, como um aspecto importante a ser valorizado pelos profissionais e pelas organizações.

O modelo da formação alternada, também designado por “pedagogia em alternância”, segundo Malglaive (1990), tem sido usado em muitas instituições, por fazer parte dos seus planos curriculares. Este modelo mostra-nos que o saber, o saber ser e o saber fazer são considerados como estando ao mesmo nível na formação dos profissionais de saúde. O saber adquirido pela aquisição de conhecimento é feito na maioria das situações de modo formal e com uma metodologia própria. O saber ser e o saber fazer são aprendidos pela experiência, pela interação com os pares e outros profissionais e pelo próprio contexto da situação criado pela prestação de cuidados (Cabrito, 1999)

O contexto de trabalho proporciona aos profissionais de saúde um espaço de formação por excelência. Com efeito, no seu quotidiano os profissionais de saúde interagem com os pares e outros profissionais da equipa multidisciplinar, são chamados a tomar decisões, assumem responsabilidades e reagem em função das circunstâncias (Pain, 1990). A formação a partir da experiência é um processo de aprendizagem onde o indivíduo adquire conhecimentos a partir do seu quotidiano. Neste sentido, o contexto onde o indivíduo se insere tem um carácter formativo contínuo (Kolb, 1984).

A formação pela experiência, atribui um papel activo ao sujeito e à sua capacidade para reflectir sobre a sua própria experiência formativa, a partir da experiência vivida (Bonvalot, 1991). A capacidade de reflectir sobre as situações profissionais leva a desenvolver nos indivíduos uma organização auto-formativa, que permite uma aprendizagem permanente (Canário, 1994). É neste sentido, que o trabalho desenvolvido em equipa e a necessária comunicação de experiências, permitem aos profissionais, a construção de saberes a partir da experiência, com recurso aos conhecimentos teóricos e à experiência de cada um, tornando os conhecimentos adquiridos desta forma mais consistentes e duradouros (Sousa, 2000). A articulação efectuada ente os conhecimentos teóricos, os conhecimentos práticos e a reflexão sobre essa articulação, vincula o profissional de saúde ao seu contexto de trabalho, à equipa e ao sujeito de cuidados.

A comunicação e a partilha de experiências profissionais no seu contexto de trabalho, permitem ao profissional reavaliar as circunstâncias, descobrir novas perspectivas, acrescentar os pontos de vista dos outros, tomar consciência do problema reformulado e facilitar o processo auto-formativo (D’Espiney, 1997). Sendo o processo auto-formativo da responsabilidade e das motivações de cada profissional, a instituições devem criar condições para que o processo seja otimizado e a experiencia seja transformada em aprendizagem (Canário, 1994).

Os processos formativos em contexto hospitalar incluem a formação formal organizada a partir dos Gabinetes ou Departamentos de Formação Permanente e a formação a partir do trabalho desenvolvido em equipa, pela interacção com profissionais com formação diferente, pelas reuniões multidisciplinares, pelos

processos de socialização que estes momentos proporcionam e pela formação em serviço (Lesne, 1977). Neste sentido, os profissionais de saúde estão sujeitos, no seu contexto de trabalho, a múltiplas influências que contribuem para a formação contínua, onde os aspectos formais e informais estão articulados (D’Espiney, 1997) e são apreendidos de forma inconsciente. Na realidade, cada um dos intervenientes é ao mesmo tempo agente, sujeito e objecto de formação e socialização (Lesne, 1977): é agente porque condiciona e forma outros, é sujeito porque faz autoformação e é objecto porque é influenciado por outros.

Mota e Aguiar (2007), num estudo realizado com profissionais a prestar cuidados de saúde em instituições com idosos, concluiu que a formação contínua é fundamental para incorporar novas práticas e novos conceitos e reflectir sobre as experiências que levam os profissionais a vivenciar situações de desconforto no seu contexto de trabalho. Por sua vez, Albuquerque *et al.* (2008), estudaram as reflexões de uma equipa multidisciplinar em saúde sobre as suas próprias práticas e concluíram, que a identificação dos limites do conhecimento, a formulação de questões sobre os casos da prática do quotidiano, a análise das situações e as estratégias encontradas para acompanhar e resolver problemas, só são feitas de forma adequada a partir da formação contínua. Estes autores compreenderam ainda que a adequação das práticas profissionais e a organização dos métodos de trabalho, só são possíveis, se for feita uma articulação entre a formação e a prática, a formação a partir da prática e aplicada na prática.

As metodologias apresentadas nos programas de intervenção para prevenção do *burnout*, são de carácter reflexivo e de participação activa (Berger, 2003). Assim, são

apresentados como recursos a reflexão/discussão dentro do grupo, o recurso a técnicas como o *rolle-play* e o *brainstorming*, e uma abordagem com carácter mais didáctico e expositivo, será feita para a apresentação dos conteúdos.

Julgamos que a intervenção pedagógica com a partilha de informações e metodologia mais reflexiva, contribuirá para uma maior eficácia da intervenção. O formato de intervenção em grupo vai ao encontro do que se considera ser o poder transformador do grupo e o condutor da mudança.

O grupo encerra em si factores que contribuem para o suporte social e a partilha de experiências negativas e positivas, que conduzirão a uma diminuição do mal-estar pela alteração de comportamentos. O grupo permite a aprendizagem através da experiência dos outros e permite encontrar soluções para a resolução de problemas comuns (Sarason *et al.*, 1990). A intervenção em pequenos grupos, permite intervir de forma personalizada na necessidade de cada elemento. Além disso, a intervenção em grupo apresenta vantagens quanto ao factor económico e à gestão do tempo, uma vez que é possível abordar um número significativo de profissionais em cada vez que se implementar o programa de intervenção.

A maior limitação associada à intervenção em grupo, conforme proposto será o tempo que as organizações disponibilizarão para organizar vários grupos, de modo a que todos os profissionais possam participar no programa de intervenção. Uma outra limitação será a dificuldade em satisfazer todas as necessidades individuais dos participantes, independentemente da intervenção dever ser feita com grupos pequenos.

A organização do grupo para a implementação deste programa de intervenção, deverá ter como critério, a diversidade de grupos profissionais. Em nosso entender, cada grupo deverá ter sempre, médicos e enfermeiros.

9.2 - Justificação da metodologia expositiva

As aulas com exposição de conteúdos são por vezes criticadas por induzirem passividade nas pessoas que assistem e não permitem discussão e porque são incluídas num estilo autocrático. Contudo, um formador que conheça as limitações das aulas expositivas ou teóricas, que explore as suas vantagens e que transmita a informação com entusiasmo e empenho, certamente estimulará os profissionais do programa de formação. Em algumas das sessões propostas no programa de intervenção utilizar-se-á o método expositivo para a apresentação de alguns dos conteúdos teóricos. Tal acontece na medida em que consideramos que aulas preparadas com rigor, que cumprem os objectivos estabelecidos e o tempo previsto, ministradas com motivação e entusiasmo, são “um método de aprendizagem muito rico e influente” (Melo Cristino, 2000).

O programa de intervenção foi planeado para atingir determinados resultados e para tal, foram formulados os objectivos e usados os meios que considerámos mais adequados para os atingir (Ferreira, 2001). Os objectivos elaborados são realistas, claros, conhecidos dos profissionais envolvidos e mensuráveis (Santa’Anna 1988). A partir da elaboração dos objectivos, foi definido o plano da sessão, os conteúdos e a sua pertinência para o programa de intervenção, as actividades a desenvolver para

cada uma das competências que se pretendem desenvolver, os recursos pedagógicos e materiais necessários, assim como a avaliação, com as respectivas grelhas ou questionários (Machado, 1995).

Embora uma aula expositiva reflecta a individualidade e a criatividade do mediador, este deve orientar-se por uma estrutura pré-determinada, que foque os aspectos mais importantes (Leonardo, 1991). Cumprindo com rigor as sugestões pedagógicas de vários autores, os conteúdos pedagógicos das sessões determinam a sua estrutura (Curzon, 1997) e cada uma das sessões teóricas foi organizada em três partes: introdução, desenvolvimento e conclusão ou síntese (Reece & Walker, 2000).

Para as sessões de exposição teórica dos conteúdos dividimos o tempo em:

- Introdução – que terá lugar nos primeiros 10% do tempo (Reece & Walker, 2000) da sessão e é o momento em que será feita a apresentação geral do tema e dos objectivos. É na introdução que deve ser feita ainda a justificação das competências a desenvolver e a sua utilidade neste contexto de formação (Curzon, 1997; Ferreira, 2001). A motivação para os conteúdos a ser apresentados, será feita através da chamada de atenção para a importância do tema, para as consequências na saúde e bem-estar dos profissionais de saúde e para a possibilidade de encontrar soluções (Marques, 1998);

- Desenvolvimento – é a parte mais importante da sessão teórica e os assuntos devem ser apresentados desde os mais simples até os mais complexos e com uma sequência lógica (Davies, 1981; Marques, 1998);

- Conclusão – esta deverá ser feita nos últimos 10% do tempo restante e deve incluir uma síntese dos objectivos e o reforço dos aspectos mais importantes (Reece &

Walker, 2000; Ferreira, 2001). Nesta fase deve proceder-se à avaliação da sessão com base nos objectivos previamente delineados. Para dar continuidade aos aspectos apresentados nas sessões teóricas e segundo Curzon (1997) e Reece e Walker (2000), o mediador deve informar, qual o tema da sessão seguinte e sugerir trabalhos para realizar em casa ou sugerir leituras sobre o tema (Ferreira, 2001).

O texto de cada sessão do programa de intervenção aqui apresentado, encontra-se preparado para ser utilizado por um mediador e um grupo de participantes, neste caso específico, um grupo de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, a trabalhar numa UCI. O material concebido apresenta textos de apoio, relativos aos vários temas que são abordados em cada sessão, questionários e situações para reflexão. Este material de trabalho foi concebido para ser usado em formação e como material de trabalho individual. Neste sentido. O mediador deve promover a reflexão individual sobre questões relacionadas com o autoconhecimento, as relações entre a equipa e o contexto organizacional.

As várias partes constituintes deste trabalho foram elaboradas para orientar o mediador e para servirem de leitura aos participantes.

9.3 - Justificação do método do *brainstorming*

O método do *brainstorming*, também designado por tempestade cerebral, é um método que pretende provocar ideias sobre um determinado tema, no momento em que elas surgem e antes destas ideias serem submetidas às regras do pensamento lógico. Este método parte do pressuposto que todas as pessoas têm capacidade para

produzir ideias sobre qualquer tema. Os participantes devem ser informados desta premissa. Este método estimula a criatividade e o desenvolvimento de competências sociais (Silva, 1992).

O método do *brainstorming* deve ser conduzido pelo mediador, de acordo com os seguintes critérios: deve ser solicitado aos participantes comportamentos e atitudes assertivas; as palavras ditas pelos participantes e escritas no quadro pelo mediador devem ser aquelas que os participantes disserem; deve clarificar-se o que se pretende, sempre que houver dúvidas; o formador deve acelerar a produção de ideias com questões, sempre que necessário e deve incentivar os participantes que intervêm menos vezes; as ideias produzidas pelos profissionais devem ser transcritas para um suporte visual.

O mediador deve esclarecer o grupo sobre o funcionamento do método de *brainstorming* o qual em linhas gerais é o seguinte:

- todos os participantes devem participar;
- as ideias devem surgir com total liberdade e sem juízos críticos por parte dos outros participantes ou do formador;
- as ideias apresentadas podem ser originais ou não;
- o grupo deve estar disposto em forma circular para que todos os elementos se possam ver;
- o formador formulará questões a que todos os profissionais devem responder sem repetir ideias já apresentadas na sessão.

A regra básica do método, é a de que os participantes não necessitam de testar as suas ideias do ponto de vista da sua exequibilidade.

No programa de intervenção que se propõe, o método do *brainstorming*, deve ser usado na sessão onde se reflectirá sobre o tema da morte e sobre a tomada de decisão ética. O mediador deve solicitar ao grupo dos profissionais que apresente ideias sobre o tema. O grupo deve pronunciar-se sobre o tema, sem submeter as suas ideias a uma análise crítica e sem preocupações de coerências ou lógica. O mediador deve ainda solicitar ao grupo, que apresente ideias sobre como resolver a formação dos profissionais sobre o tema da morte. Nesta actividade, os profissionais devem ser estimulados a dar o maior número de ideias, por mais estranhas que possam parecer.

Depois de apresentadas as ideias o formador irá seleccionar as ideias que:

- têm maior possibilidade de serem operacionalizáveis no presente;
- têm maior possibilidade de serem operacionalizáveis a médio e longo prazo de forma eficaz e eficiente.

No final da sessão, o grupo terá conhecimento de uma lista de ideias para solucionar a problemática da formação para o acompanhamento na morte dos doentes e no luto os familiares. Espera-se que estas ideias sejam posteriormente aplicadas no serviço com o intuito central de ajudar os profissionais a melhor lidar com a morte e prevenir o *burnout* associado ao contacto repetido e sistemático com a morte.

Este método é muito eficaz para desenvolver a criatividade, traduzindo em palavras as ideias de cada participante. Para além disso, permite o diálogo livre e o debate de ideias, sobre um tema que perturba os profissionais de saúde dentro do grupo habitual de trabalho.

9.4 - Justificação do método de *role-play*

O *role-playing* é um método que utiliza os estudos de caso a partir da dramatização de situações ou problemas na área das relações humanas e/ou sociais. A dramatização do *role-playing* coloca os participantes numa situação semelhante a uma situação real.

O *role-playing* pode ser organizado e estruturado previamente ou pode ser efectuado de uma forma espontânea, sendo proposto pelo mediador. Este estrutura as actividades, distribui-as actividades pelo grupo e dá as instruções. O mediador pode sugerir algumas actividades e o grupo planeia a dramatização.

No *role-playing* espontâneo, o mediador apresenta um tema e solicita ao grupo a dramatização de um caso semelhante ao tema proposto.

Nas duas situações, o formador deve solicitar a um dos elementos do grupo que registe as observações efectuadas para que no final da sessão se possa fazer uma conclusão.

A dramatização permite a livre expressão do pensamento, ajuda os participantes a desenvolver técnicas de comunicação e gerir conflitos. Este método necessita de um formador experiente uma vez que é necessário disponibilizar um tempo considerável para a sua execução.

9.5 - Justificação da metodologia de grupo

Com este programa de intervenção pretendem desenvolver-se actividades realizadas em grupo, com métodos activos baseados na tomada de consciência de uma situação real, permitindo desta forma, um desenvolvimento pessoal e profissional. A realização do programa com grupos assenta na importância e na potencialidade do trabalho desenvolvido em equipa e na dinâmica da equipa (Silva, 1992). Os trabalhos feitos para grupos, por grupos e com grupos são um dos métodos pedagógicos mais eficazes na formação de adultos. A formação em grupo estimula a auto-formação e motiva para o trabalho em equipa (Inácio, 2007). Consideramos ainda que a formação em grupo melhora a actividade pedagógica e formativa.

Santoni (2003) refere que a produção intelectual de um grupo é superior à de qualquer elemento isolado. O trabalho criativo aumenta com a participação de todos com as suas reflexões e interpretações, a sequência de ideias dos elementos do grupo permite uma melhor e maior aprendizagem, do que cada elemento isoladamente. As decisões tomadas pelo grupo em formação tendem a provocar alterações nas atitudes e no comportamento e melhoram a retenção da informação fornecida. A escolha do grupo para desenvolver o programa de formação centra-se no facto de que o grupo “é o centro do processo de formação” (Silva, 1992, p. 71) e não um recurso didáctico do formador.

Consideramos que a dinâmica para o programa para a prevenção do *burnout* deverá ser realizada em grupo, uma vez que este cria um contexto psicossocial potencialmente rico em estímulos. O grupo a ser formado terá um número que

poderá variar entre os 8 e os 10 participantes. Estes estímulos favorecem a aprendizagem e o crescimento pessoal, através do desenvolvimento de alguns processos psicológicos (Santoni, 2003; Yalom, 1995). A partir da formação do grupo, pretende-se que os participantes façam uma leitura crítica da realidade e que construam outras possibilidades de saber fazer em grupo, que incorporem conhecimentos, que reestruturem conceitos e que reflectam a possibilidade de novas abordagens (Bion, 1975; Anzieu *et al.* 1978; Yalom, 1995; Zimerman, 1993).

A organização do contexto onde o grupo se irá formar e desenvolver, assim como o local e o dia e a hora da realização das sessões, irá permitir o desenvolvimento de um sentimento de pertença, de tranquilidade e segurança. O crescimento dos participantes enquanto grupo, cria um contexto de reciprocidade e acolhimento das necessidades de cada um, tornando o grupo uma unidade (Kernberg Chazan, 1992; Zimerman, 1993).

A importância do fenómeno dos grupos tem sido defendida por diferentes orientações teóricas, entre as quais se salientam a abordagem psicanalítica, a dinâmica de grupos de Kurt Lewin, a abordagem não directiva de Rogers e a abordagem cognitivo-comportamental (Sá, 2003). Estas abordagens serão mobilizadas neste programa de intervenção na medida em que são aquelas que melhor podem dar resposta aos objectivos propostos em cada uma das sessões.

Na área da saúde, os programas de intervenção que se têm desenvolvido com grupos, onde as abordagens combinadas são as que apresentam um maior sucesso, são muitas vezes aplicadas em doentes com doenças crónicas (Guerra Lima, 2005).

Gauer *et al.* (2006) que reconhecem a utilidade e a importância dos grupos no acompanhamento de utentes com doenças crónicas, nomeadamente, a diabetes *mellitus*. As organizações reconhecem que as intervenções em grupo apresentam vantagens para os utentes, para as famílias e para a própria instituição, uma vez que reduzem custos, ao reduzir recursos humanos e materiais e reduz tempo de investimento dos profissionais envolvidos (Guerra Lima, 2005; Silva, 2006).

Os grupos formados pela partilha de um mesmo problema tornam-se mais homogéneos, facilitando desta forma, uma identidade de grupo e uma mudança de comportamento. O grupo favorece e potencia os processos terapêuticos, a coesão, a solidariedade e o altruísmo (Kernberg Chazan, 1992; Yalom, 1995; Zimermen, 1993).

Gauer *et al.*, 2006) referem que o apoio e a ajuda a prestar a profissionais em situações de *burnout*, são mais benéficos quando realizados em grupos. O grupo dilui a responsabilidade de cada elemento individualmente e permite o desenvolvimento de processos de ajuda mútua. Para estes autores a simples discussão das situações que conduzem ao *burnout* e as consequências deste já é benéfico (Benevides-Pereira, 2002). Com a partilha, os profissionais podem verificar que as suas dificuldades são idênticas às de outros, criando assim, oportunidade para exprimir de forma aberta, os seus problemas e obter ajuda para encontrar soluções. As dinâmicas de grupo ajudam os profissionais a identificar problemas e a pedir ajuda para encontrar soluções.

Pretendemos que o grupo de profissionais que irá participar nos programas de prevenção aprenda a aprender, uma vez que será mais benéfica uma intervenção formativa, do que uma meramente informativa. Neste sentido pretendemos que a

intervenção vá ao encontro da ideologia dos grupos de reflexão (Gauer *et al.*, 2006; Zimermam, 2000).

Zimermam (2000) apoia a ideia de que os grupos de reflexão são benéficos para a prevenção de situações de *burnout* e que a modalidade em que se desenvolvem permite alterações de conduta e de atitudes. A sua experiência faz referência à utilidade dos grupos de reflexão em populações como, médicos, estudantes de medicina e equipas multidisciplinares. A estratégias dos grupos de reflexão é exactamente a de promover a reflexão, de forma a que cada profissional pense nas suas experiência e sensações, e encontre as suas próprias soluções, mais do que um formador avançar com as soluções (Zimermam, 2000).

Este programa de intervenção baseou-se nos fundamentos da pedagogia de formação de adultos, sendo que os pressupostos pelos quais nos regemos para a construção do programa de intervenção foram os seguintes:

1 - Programa de intervenção apresenta objectivos concretos - este programa teve como ponto de partida dois estudos realizados com profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, em UCP e UCI, realizados por Pereira (2011) e Teixeira (2011), respectivamente. Nestes estudos pretendiam avaliar-se os níveis de *burnout* destes profissionais, pelo que se pode afirmar que para a construção do programa de intervenção, foi analisado o fenómeno do *burnout* e o seu enquadramento no contexto de trabalho.

2- O percurso da formação está organizado de uma forma metódica - o programa de intervenção está dividido em sessões, cada sessão tem uma temática ou a realização de uma ou mais actividade e todas têm objectivos bem definidos.

3– Este programa está formatado para a participação activa dos formandos em todas as etapas da formação - independentemente dos objectivos da formação estarem definidos, há a possibilidade de o flexibilizar. Neste sentido, os formandos podem contribuir para a definição de objectivos e dos conteúdos que consideram mais pertinentes e mais adequados ao perfil da formação. Consideramos que a participação activa dos profissionais envolvidos, aumenta a motivação e o interesse pela participação.

4– Potenciação das energias do grupo - o grupo é o aspecto central da formação e ele é o recurso das suas próprias dinâmicas. Tendo em conta que o grupo de formação no programa de intervenção, é o grupo dos profissionais que já trabalham juntos, julgamos que com esta metodologia se construa um verdadeiro trabalho de equipa.

Não há prevenções nem tratamentos ideais ou universais para um problema tão complexo como que o *burnout* nos profissionais de saúde e factores que lhe dão origem. Acreditamos que a formação deste profissionais leva ao (re)conhecimento dos factores de risco e dos factores protectores, facilita o enfrentamento individual e ajuda a construir um percurso profissional mais saudável e com uma maior motivação. No final, o desenvolvimento pessoal e interpessoal facilitarão igualmente a relação entre pares, entre familiares e essencialmente, entre profissionais de saúde e o seu sujeito de cuidados, o doente e os familiares.

Neste sentido, a estratégia individual será reforçada, para que possa haver um desenvolvimento de algumas competências pessoais e interpessoais que contribuam de forma directa, para a o bem-estar dos profissionais e, de forma indirecta, para a eficiência profissional. Pretende-se assim, identificar e consequentemente modificar

as estratégias disfuncionais em funcionais e, desta forma, prevenir situações de *burnout*. Este programa de intervenção assume essencialmente um modelo interrelacional, para que cada profissional tenha a possibilidade de se desenvolver em equipa, onde a cooperação é parte integrante da actuação, contribuindo para a resolução de problemas comuns.

Os programas de intervenção, devem ter em conta os desafios impostos pela dinâmica organizacional. Nesta ordem de ideias, cada programa deve ser ajustado às possibilidades e aos limites da instituição e do serviço, e deve ser adequado no que diz respeito ao tempo e periodicidade das sessões.

Consideramos necessário referir que as técnicas, as actividades e os procedimentos utilizados neste programa de intervenção não são os únicos que podem ser empregues nas situações que apresentamos, estes serão usados como uma referência. Temos consciência que factores como a personalidade dos profissionais, a dinâmica da equipa, a cultura organizacional, os estilos de liderança condicionam de forma significativa a escolha dos métodos e das técnicas para prevenir o *burnout*.

10 – Considerações e implicações éticas do programa de intervenção

Este capítulo tem como objectivo desenvolver algumas considerações éticas e sugestões de cariz ético para a implementação de um programa de intervenção, assim como as implicações éticas que lhe estão inerentes. Acresce assim algumas considerações e sugestões para a realização de estudos de investigação no seu âmbito.

Não existe um código de ética para os formadores dos programas de intervenção. Contudo, consideramos que este aspecto é fundamental para o trabalho com grupos e a credibilidade da própria implementação do programa de intervenção, sobretudo neste caso em concreto em que abordarão questões sensíveis decorrentes da prática profissional em UCI. Neste sentido, construímos uma série de aspectos éticos que consideramos relevantes para este programa e que o seu cumprimento é em grande parte da responsabilidade do formador. Consideramos assim, que a formação do mediador nas questões que estão ligas à ética é tão importantes como a execução do próprio programa.

O mediador deve clarificar junto dos participantes o seu nível de formação e quais as suas qualificações específicas para a implementação do programa. Ele deve também apresentar as razões e os objectivos do programa de intervenção, como se vai desenrolar, sem dar garantias absolutas de sucesso.

É importante esclarecer que o programa de intervenção não é uma terapia de grupo e que o que se pretende é a partilha de experiências e informações, o desenvolvimento de competências e a alterações de comportamentos desajustados. O programa de intervenção não pretende fazer interpretações ou juízos de valor acerca do comportamento ou das acções dos elementos do grupo. O esclarecimento destes pressupostos garante ao mediador que os profissionais estão realmente interessados nesta participação. Os profissionais devem ainda ser assegurados de que não exige mudanças de comportamento ou de atitudes para os quais não se sintam preparados ou confortáveis.

Tendo em conta que a avaliação do programa de intervenção é fundamental, e que se sugere que esta seja convertida num potencial trabalho de investigação, é importante que se tenha em conta outros aspectos éticos. Com efeito os trabalhos de investigação que envolvam um relacionamento entre quem investiga e quem é investigado fazem surgir um aspecto, que não pode de forma alguma ser negligenciado, e que é o valor e a necessidade de a investigação a realizar contemplar o respeito pela dignidade humana e o direito à privacidade (Almada & Freire, 2000). É da responsabilidade do mediador/investigador assegurar-se que os objectivos e os procedimentos da investigação respeitam todos os aspectos éticos.

Independentemente de o tipo de investigação que se propõe ser de risco quase nulo, é importante clarificar com os profissionais/participantes os direitos e as responsabilidades mútuas, sendo necessário obter um consentimento informado e esclarecido sobre como se vai desenrolar a investigação. O formador/investigador deve respeitar os profissionais que queiram participar no programa de intervenção, mas que não estejam disponíveis para a participação no trabalho de investigação.

A confidencialidade e o anonimato dos participantes no trabalho de investigação deverão ser assegurados e os participantes devem ficar esclarecidos de que os resultados serão submetidos a tratamento estatístico para posterior publicação.

A valorização dos aspectos éticos de uma investigação é decisiva para a credibilidade dessa investigação. Cada estudo deve ter uma conduta ética orientadora do agir e procedimentos irrepreensível, para que a própria investigação não seja posta em causa, pela falta de rigor ético.

Muitas são as investigações onde os códigos de ética são bem definidos e fáceis de cumprir. Todavia, quando se investigam aspectos relacionados com seres humanos, as normas de conduta ética não surgem de uma forma tão clara e definida (Ribeiro, 1999) sobretudo no que concerne à sua aplicabilidade prática durante a conclusão da investigação. Todas as profissões ligadas à saúde implicam diariamente a necessidade de tomadas de decisão éticas e morais. Cada vez mais esta tomada de decisão é complexa, pois à medida que a ciência e as biotecnologias evoluem, mais cuidado tem que se ter para manter a dignidade dos seres humanos.

A investigação não está isenta destas preocupações, uma vez que esta implica directamente com a responsabilidade pessoal e profissional do pesquisador, pela necessidade de manter a coerência ética e moral do trabalho desenvolvido (Streubert & Carpenter, 2002). Ética é uma palavra com uma forte conotação emocional. Contudo, em investigação, ética consiste nos procedimentos considerados mais correctos desenvolvidos pelos pesquisadores que têm em conta o desenrolar da pesquisa assim como, o respeito pelos participantes no estudo (Bogdan & Biklen, 1994).

A ética dos pesquisadores assim como o seu código deontológico, determinam dois aspectos básicos quando se fazem pesquisas com seres humanos: o respeito pelo consentimento informado e a protecção dos participantes contra qualquer tipo de dano. Neste sentido, autores como Bogdan & Biklen (1994) consideram que todos os sujeitos da pesquisa devem aderir voluntariamente à investigação proposta, devem ter plena consciência da natureza do estudo, das obrigações na sua colaboração e não devem estar expostos a qualquer perigo.

Na aplicação do programa de intervenção e investigação associada, é fundamental respeitar estes pressupostos básicos. Os participantes assim, como as instituições envolvidas, deverão ser informados com pormenor do que será solicitado na pesquisa, o que se pretende com a intervenção e com os resultados, assim como, qualquer outro tipo de informação solicitado por qualquer das partes. A assinatura do protocolo entregue às instituições envolvidas e a assinatura do formulário de pesquisa pelos próprios participantes, garantirá o respeito pelo consentimento informado. A este propósito importa salvaguardar que mais do que a componente investigativa, é fundamental que as instituições compreendam a relevância prática e clínica da implementação de um programa desta natureza.

Nos estudos desenvolvidos com uma metodologia qualitativa, os cuidados a ter com os participantes tornam-se mais importantes uma vez que pesquisador e participantes desenvolvem uma relação continuada no tempo, onde os sujeitos têm uma palavra a dizer no que diz respeito ao estabelecimento e continuidade da relação. Neste sentido, e tendo em conta os pressupostos básicos de uma investigação qualitativa pretende-se obter a colaboração dos participantes. Para tal os profissionais serão tratados o mais respeitosamente possível, tendo em conta o seu estatuto profissional, a sua idade, o seu género e as suas habilitações académicas e serão igualmente informados dos objectivos da intervenção e da subsequente investigação, solicitando autorização para gravar e filmar todas as sessões ao longo da implementação do programa de intervenção. A identidade dos sujeitos deverá ser protegida, o anonimato e a confidencialidade deverão ser garantidos, excepto nas informações prestadas pelo próprio durante o desenrolar das sessões do programa de intervenção.

Será garantida a informação referente à investigação desde o início, à conclusão do estudo, e cada participante deverá ser informado que os resultados do estudo serão publicados e divulgados em meios académicos.

10.1 - O consentimento informado

O consentimento informado numa investigação tem um significado idêntico ao solicitado nos contextos dos serviços de saúde. Autores como Polit e Hungler (1997) e Behi e Nolan (1995), definem o consentimento informado como o fornecimento de uma informação adequada, verdadeira e suficiente aos participantes de uma investigação, onde estes compreendem a informação dada e escolhem livremente a participação ou não na pesquisa.

O direito à auto-determinação refere que enquanto seres autónomos, os participantes podem fazer parte da investigação que lhe é proposta, sem que para isso se sintam coagidos a colaborar e de acordo com o artigo 9^a do Código de Nuremberga, podem a qualquer momento e sem qualquer justificação retirar-se do projecto, sem que para isso sofram qualquer prejuízo (Fortin, 1996).

Contudo, temos consciência que o consentimento informado e o direito à autodeterminação, assim como outros aspectos éticos, apresentam contornos imprevisíveis num estudo que utiliza uma metodologia qualitativa (Holloway & Wheeler, 1995; Robley, 1995).

O estudo subsequente à implementação do programa de intervenção, e tendo em conta que será realizado em grupo, poderá implicar com o processo de consentimento

assim como com a confidencialidade dos dados. Por exemplo, uma vez que construímos um programa de intervenção para prevenção do *burnout*, pressupõe-se que durante a realização das sessões os participantes exponham as suas vulnerabilidades em relação ao trabalho, aos utentes, à equipa e à organização. Não é possível prever o que poderá emergir durante todo o processo, mas poderão surgir situações de mal-estar psicológico ou relacional. Neste sentido, surge assim a necessidade de implementar um processo de consentimento informado que seja reavaliado e renegociado ao longo da investigação (Munhall, 1988). Por conseguinte, será dada a cada participante a informação e a possibilidade de desistir do programa e posterior estudo a qualquer momento.

10.2 - Confidencialidade e anonimato

Para Polit & Hungler (1997), consideram a confidencialidade num processo de investigação constitui-se como a garantia de que todas as informações fornecidas pelos participantes não serão divulgadas para além das pessoas estritamente envolvidas no programa de intervenção e na posterior investigação.

A forma como o programa de intervenção para prevenção do *burnout*, será implementado torna o anonimato praticamente impossível devido à partilha de informações e sentimentos entre os próprios participantes. Contudo, pretendemos garantir o princípio da beneficência e o princípio da justiça (Beauchamp & Childress, 1994), assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados tanto quanto possível. Assim, os dados individuais não deverão ser divulgados e deverá ser

solicitado por escrito a cada participante, o rigoroso sigilo das informações de que têm conhecimento durante as sessões. Como garantia da protecção do anonimato e da confidencialidade dos dados, cada formulário deverá ser identificado com um código que só o participante identificará e com o contacto que o participante quererá dar, se pretender ter conhecimento dos resultados.

10.3 - Protecção contra desconfortos

O direito à protecção contra desconfortos está baseado no princípio da beneficência (Beauchamp & Childress, 1994), que refere que numa sociedade, qualquer um tem a responsabilidade de promover o bem e prevenir o mal-estar das outras pessoas. E promover o bem destas, de um modo activo. Tendo em conta que estamos a construir um programa de intervenção que implica uma metodologia de investigação, que se pretende que tenha um elevado benefício sócio-profissional, qualquer mal-estar ou desconforto deverá ser evitado. Não obstante, prevemos que ocorra um desconforto temporário. Este segundo Burns e Grove (1993), é considerado o risco mínimo de sentir algum desconforto durante a implementação do programa de intervenção, uma vez que as actividades a desenvolver implicam algum tipo de exposição. No trabalho que pretendemos desenvolver prevemos que um dos desconfortos que os participantes poderão sentir poderá ser a nível psicológico, uma vez que há a possibilidade de partilharem aspectos mais íntimos da sua vida pessoal e profissional, durante as sessões do programa da intervenção.

O desconforto relacionado com o tempo dispendido com as sessões do programa de formação também está previsto e controlado, uma vez que os participantes acompanharão as sessões, fora do seu tempo de trabalho. Considera-se que os pressupostos éticos ficam respeitados, se o formador não pertencer à instituição (Gauer, 2006).

10.4 - Direito a um tratamento justo e equitativo

Todos os autores são unânimes em afirmar que os participantes de um estudo devem ter um tratamento justo e equitativo antes, durante e após a implementação do programa de intervenção/investigação (Polit & Hungler, 1995). O direito a um tratamento justo diz respeito à informação que deve ser facultada aos participantes sobre a natureza do programa e o que tem envolvido, o tempo de duração, os métodos utilizados e os responsáveis envolvidos (Fortin, 1996). O direito a um tratamento equitativo é assegurado se facultarmos a todos os participantes, o mesmo tipo de programa de intervenção para prevenção do *burnout*, não deixando contudo de ter em conta as necessidades individuais nas situações que se apresentarem como excepcionais e que necessitem de uma intervenção mais personalizada.

10.5 - Considerações éticas da relação mediador/ investigador/participante

As estratégias que serão adoptadas para a aplicação do programa de intervenção e para a recolha de dados implicam necessariamente uma grande proximidade com os

participantes, o que pode levantar alguns problemas éticos para a investigação. Para solucionar este problema serão fornecidas informações pormenorizadas sobre o papel do formador/investigador ao longo do desenvolvimento do estudo, para que este não seja confundido com um terapeuta. Sempre que houver necessidade de um acompanhamento mais personalizado ou sempre que este for solicitado pelos participantes, o formador reencaminhará para um especialista da área (Alty & Rodham, 1998; Holloway & Weeler, 1995). Como refere Ramos (1989), a investigação apresenta um equilíbrio instável entre os princípios da investigação, que devem apresentar rigor metodológico e a preocupação pelo bem-estar dos participantes, que neste caso assenta no programa de intervenção.

No âmbito do programa de intervenção, deverão ser estabelecidas relações de honestidade com os participantes, no sentido de serem informados dos objectivos da implementação do programa de intervenção, no início das sessões e ao longo do programa de intervenção. A par do programa de intervenção, e considerando a componente investigativa que lhe está associada deverão ser acordados e explicitados os aspectos que implicam a responsabilidade de ambos, formador/investigador e participantes (Carmo & Ferreira, 1998).

Face ao exposto consideramos que o presente programa de intervenção para prevenção do *burnout* e a sua subsequente investigação, assenta em valores e princípios éticos e cumpre os requisitos éticos próprios de um estudo realizado com seres humanos. Com efeito, a planificação de toda a intervenção/investigação teve em conta, o cumprimento rigoroso dos padrões éticos, das leis em vigor e das normas próprias de cada instituição.

11 - Considerações finais e implicações éticas

Este trabalho pretendeu acima de tudo contribuir para uma reflexão mais aprofundada sobre a síndrome de *burnout*, que apesar de presente nas vivências dos profissionais de saúde, está frequentemente ausente nos projectos das organizações de saúde. Trabalhar em organizações que não formam os seus profissionais para a gestão de conflitos pode levar ao desenvolvimento de perturbações psicológicas e de síndrome de *burnout*.

Os programas de intervenção implementados, seja qual for a metodologia usada, o tempo em que decorrem e os profissionais que servem, são eficazes para prevenir o *burnout*.

Trabalhar em contextos em que os profissionais estejam sujeitos a uma grande sobrecarga de trabalho emocional, quer pelo facto de cuidarem/tratarem de doentes em situações clínicas graves, quer pelo facto de terem de tomar decisões para suspender ou limitar tratamentos, pode conduzir ao *burnout*.

Trabalhar em UCI é só por si um risco para os profissionais de saúde.

Os trabalhos de investigação realizados com a temática do *burnout* devem servir para sensibilizar os profissionais de saúde e as organizações de saúde no sentido de se mobilizar esforços para o combater.

Os recursos humanos são fundamentais para o sucesso de uma organização. Neste sentido, qualquer intervenção que vá ao encontro do seu bem-estar, está a ir ao encontro do sucesso da organização.

Teoricamente os profissionais de saúde tiveram formação para ser os cuidadores por excelência. Contudo, como seres humanos que são, também apresentam necessidades especiais e também em alguns momentos das suas vidas têm de ser cuidados. É neste sentido, que surge este projecto, o qual pretende olhar atentamente para os profissionais de saúde, identificar as suas necessidades e intervir de forma a melhorar a sua qualidade de vida profissional. Acreditamos que profissionais de saúde bem cuidados cuidam melhor dos seus utentes, uma vez que só temos disponibilidade para os problemas dos outros, se os nossos problemas estiverem resolvidos.

Os tempos mudaram, as organizações e as pessoas também, mas as necessidades de cada um sofreram poucas alterações. É tendo em conta este pressuposto, que consideramos que os profissionais de saúde têm que ser cuidados. E, cuidar dos profissionais que cuidam é da responsabilidade do próprio, da equipa e das organizações.

Os profissionais de saúde também estão envolvidos nestes processos de transformação social e profissional a que todos nós estamos sujeitos, uma vez que os desafios aumentaram, a pressão dos resultados é constante, a exigência de elevados padrões de qualidade no atendimento é permanente e a rapidez nas tomadas de decisão é diária. Para além da exigência destes aspectos estes profissionais têm que manter um elevado nível de conhecimentos científicos e técnicos e uma elevada competência relacional.

A busca permanente da excelência profissional ao nível da saúde, exige pessoas e equipas com um elevado desempenho interpessoal, que permita a construção de

valores que favorecem a dinâmica da equipa e conseqüentemente, a dinâmica da organização.

Pensamos que a temática abordámos no presente trabalho é relevante, pela possibilidade que dá de melhorar a qualidade de vida de alguns profissionais de saúde. Com efeito delineámos com base na evidência científica disponível e em dois estudos concretos realizados em dois contextos distintos entre si um programa de intervenção para prevenção do *burnout*. Com a sua aplicação futura, esperamos melhorar a qualidade de vida dos profissionais que nele possam e desejem participar. Esperamos que este estudo contribua para uma reflexão mais pormenorizada sobre a qualidade de vida dos profissionais de saúde e a sobre a melhor forma de intervir a nível preventivo para diminuir ou minimizar os efeitos *burnout*.

A proposta individual apresentada neste programa, vai no sentido de fomentar a aprendizagem de estratégias adaptativas e de enfrentamento dos factores indutores do *burnout*. Contudo, acreditamos que a intervenção individual, vai ter repercussões na dinâmica dos grupos e da própria organização.

A intervenção individual permite uma adaptação aos factores indutores de *burnout* e a manutenção da produtividade dos profissionais de saúde. Para uma intervenção individual as estratégias a adoptar devem contemplar as situações classicamente abordadas por vários autores: os aspectos físicos, emocionais e comportamentais. Qualquer intervenção deve assim ser dirigida tendo em conta as conseqüências que a síndrome do *burnout* tem nestas três dimensões. A abordagem individual para a prevenção do *burnout*, neste programa de intervenção, terá uma componente

cognitivo-comportamental, uma vez que esta parte do princípio que o conhecimento individual dos problemas e o autoconhecimento, levam a que o indivíduo altere comportamento e atitudes.

Quando não é possível introduzir alterações no contexto organizacional, pretende-se que cada profissional de saúde aprenda estratégias de adaptação ou que lhe permitam enfrentar o *burnout* do seu contexto de trabalho. Acreditamos, que as alterações comportamentais em cada um dos indivíduos, vai implicar uma mudança na cultura organizacional.

O restabelecimento da homeostase interna o mais precocemente possível, de forma a impedir que os factores stressores conduzam ao *burnout*, é um dos principais objectivos do programa de intervenção. Neste sentido, o programa pretende essencialmente que os profissionais de saúde enfrentem de forma adaptada os factores stressores que ocorrem no seu ambiente de trabalho, de forma, a que estes não alterem a sua capacidade de trabalho.

Assim, a primeira fase de desenvolvimento do programa de intervenção será o conhecimento do problema. Nesta 1ª fase, designada de educativa ou formativa, os profissionais de saúde ficarão familiarizados com as questões teóricas relacionadas com o *stress* e o *burnout*, através das suas principais teorias e de estudos realizados com profissionais de saúde. Além disso, será evidenciada também, a sintomatologia associada aos momentos que antecedem a síndrome, as consequências da evolução da síndrome e a possibilidade de fazer um autodiagnóstico.

A forma de apresentação destes conteúdos programáticos poderá incluir, conferencias, vídeos, filmes, seminários, variando os métodos de acordo com as

características dos grupos e da preparação do mediador. O objectivo desta abordagem é o de os profissionais reflectirem sobre as suas práticas.

A 2ª fase do programa incluirá a necessidade do desenvolvimento do autoconhecimento e da auto-observação, para proceder a uma auto-avaliação. Entendemos que o momento da identificação de um problema facilita a resolução desse problema. O comportamento só é passível de ser modificado se os profissionais tiverem consciência da forma como reagem às diferentes situações.

No processo de tomada de consciência do problema numa dinâmica de grupo, o profissional sente que o seu problema é sentido por outras pessoas, sujeitas ao mesmo contexto organizacional, com actividades profissionais idênticas. A partilha de percepções vai permitir compreender que a insatisfação com o trabalho e a exaustão não estão associadas à sua incapacidade para enfrentar os problemas, mas sim com o contexto onde trabalham. Com esta intervenção pretende-se que os profissionais de saúde possam “expressar e (re)encontrar a base afectivo-volitiva presente e/ou ausente nas suas trajectórias e partilhar os sentidos das suas escolhas para que na dinâmica dialógica possam produzir significações e apropriações de experiências e de conhecimentos, visando a construção de um grupo de referência e de acolhimento (...) para as suas angústias e inseguranças existenciais e profissionais, para os seus dilemas e conflitos (...)” (Molon, 2002, p.223).

Na 3ª fase identificam-se as estratégias de enfrentamento das situações ou dos factores stressores e pretende-se que os profissionais aprendam a adaptar-se, a partir da percepção da eficácia das estratégias que utilizam no sentido de manter ou restabelecer o equilíbrio interno. Em relação às estratégias adoptadas pelos

profissionais Lazarus & Folkmann (1984) identificaram dois tipos de estratégias de enfrentamento: orientadas para os problemas e orientadas para as emoções. Independentemente da maior ou menor eficácia das estratégias de enfrentamento orientada para o problema ou para as emoções, o primeiro passo será sempre identificar o problema. Dentro da estratégia para a resolução do problema, é fundamental o treino da assertividade, uma vez que esta “melhora os sentimentos de auto-confiança e dos sentimentos de controlo efectivo, sobre as tarefas e as funções (Bolle, 1986; Gil-Monte & Peiró, 1977).

Nos casos de *burnout* é importante iniciar-se psicoterapia com um profissional da área de saúde mental, com conhecimentos específicos da síndrome de *burnout*.

Consideramos tal como Pereira (2011) que os encontros para convívio das equipas, sejam de forma isoladamente uma estratégia para prevenir o *burnout*. Com efeito para que um encontro tenha como objectivo a prevenção do *burnout*, é importante disponibilizar tempo, espaços e que tenha uma estratégia de intervenção.

Introduzir a reflexão ética na gestão de recursos humanos das organizações de saúde, é antes de mais um imperativo humano. Instituições cuja missão é cuidar de seres humanos vulneráveis, não devem nunca esquecer a vulnerabilidade dos seus colaboradores. Conhecer os contextos de prestação de cuidados e as condições ergonómicas em que os profissionais de saúde trabalham, é da responsabilidade da organização. Partimos do pressuposto de que profissionais de saúde satisfeitos com a sua actividade profissional, com a equipa e com a organização, são profissionais com mais condições para prestar cuidados de qualidade. Os trabalhos de investigação

realizados, mostram que problemas como a síndrome de *burnout* podem ser prevenidos, minimizando desta forma os riscos do seu aparecimento e os custos humanos e financeiros que este acarreta. Partindo desta premissa está lançado o argumento que fundamenta a responsabilidade das organizações na manutenção da saúde dos seus profissionais.

Explicar a importância da responsabilidade ética das organizações de saúde pode ser feita a partir das teorias clássicas (ética deontológica, ética das virtudes ou ética utilitarista) ou da teoria da justiça de John Rawls. A ética deontológica faz apelo ao dever e às regras, valorizando a intenção da acção. Esta teoria é fundamental num contexto organizacional pouco flexível como o contexto da saúde, onde a ética deontológica da instituição nem sempre é coincidente com os códigos de ética dos profissionais de saúde, que têm o dever de cuidar, mas que não são institucionalmente cuidados.

A ética das virtudes centra-se no indivíduo e nos seus traços de carácter, segundo Aristóteles. A importância desta teoria numa organização está associada às questões da liderança e à forma como esta acolhe os colaboradores na sua situação de vulnerabilidade.

A teoria utilitarista, enquanto teleológica, visa atingir um bem comum e colectivo, no sentido de maximizar o bem para o maior número de pessoas possível. Procurar o bem maior, deve ser acima de tudo uma preocupação das organizações, no sentido de criar condições favoráveis ao trabalho dos profissionais de saúde, para que estes possam prestar os melhores cuidados possíveis. Para o utilitarismo, enquanto vertente do consequencialismo, o mais valorizado são os resultados. Importa assim,

que as organizações tenham o dever ético de não atingir os resultados esperados, sem olhar a meios e utilizando a vulnerabilidade dos profissionais como um meio.

Podemos dizer que a responsabilidade ética das organizações de saúde em relação ao bem-estar dos seus colaboradores, é uma questão de interesse público. Consideramos que ao não assumir a responsabilidade de cuidar dos seus colaboradores, enquanto estes cuidam dos utentes, as organizações assumem uma conduta que apresenta uma nítida conflitualidade ética. Partindo do princípio que as instituições de saúde desempenham um importante papel na sociedade, elas assumem perante esta um elevado interesse público.

Nesta ordem de ideias, as organizações de saúde apresentam uma dimensão de responsabilidade ética acrescida em relação às outras organizações fora da saúde.

As organizações de saúde ao valorizarem a responsabilidade moral de cuidar dos seus colaboradores e de minimizar os factores de risco inerente aos contextos de trabalho, como a introdução de programa de prevenção de *burnout*, está a marcar a congruência valorativa na sua actuação. Para nós trata-se acima de tudo de valorizar o princípio da justiça. Rawls (2001) afirma que a justiça deve ser a primeira preocupação das organizações e Cortina (2000) refere que a ética das virtudes deve ser aplicada às organizações, na medida em que estas têm carácter. Estes autores consideram as organizações agentes morais e consequentemente, com responsabilidade moral perante os seus recursos humanos.

Para autores como Boisvert (2011) referem que a verdadeira ética organizacional é aquela que olha para o Homem enquanto pilar da organização. A ética deve ser assim, segundo este autor um instrumento de gestão de recursos humanos.

Os estudos mostram-nos que a síndrome de *burnout* é real, e que a existência de factores de risco de *burnout* nos profissionais de saúde a trabalhar em UCI também. Esta situação configura-se como uma vulnerabilidade acrescida destes profissionais. Neste sentido, há que desenvolver nos profissionais, nas equipas e nas organizações uma responsabilidade ética de identificar e valorizar os factores protectores de *burnout*, assim como, implementar programas de intervenção que permitam aos profissionais desenvolver estratégias que impeçam o aparecimento desta síndrome.

O risco de *burnout* presente em profissionais de saúde, é acrescido pelos factores intrínsecos à dinâmica de uma UCI. Neste sentido, é fundamental que se desenvolva nas UCI tal como acontece nas UCP, uma responsabilidade para com a equipa, uma solidariedade e solicitude para com cada um individualmente, como forma de prevenir o *burnout*.

As implicações éticas que presidiram à construção do programa de intervenção, assentam essencialmente no reconhecimento da vulnerabilidade dos profissionais de saúde, que por cuidarem da vulnerabilidade dos outros, expõe mais a sua fragilidade. À vulnerabilidade da condição humana é acrescentada nos profissionais a trabalhar em UCI a vulnerabilidade do sofrimento permanente e sistemático, a finitude do sujeito de cuidados, a impotência pela dificuldade em solucionar todas as situações de forma positiva, mas acresce também, a dificuldade e a complexidade na tomada de decisão ética perante situações no limiar da vida. Estiveram também presentes as preocupações relacionadas com o cuidado aos profissionais. Preocupámo-nos em elaborar um programa de intervenção onde se fomenta a entre ajuda entre

profissionais, desenvolvendo um relacionamento de cuidado ético entre os elementos da equipa.

Por último, mas não menos importante, pretendemos no programa de intervenção, desenvolver nos profissionais e nas equipas a responsabilidade de prevenir situações de desgaste emocional, através de uma coesão da equipa. Esta coesão passa pelo desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação, pela partilha de decisões, pelo treino da assertividade e pelo acompanhamento dos processos de morte, como mais um momento pertencente à vida.

12 - Reflexão pessoal

Finalizado o trabalho, este espaço é só meu. Sem preocupações de linguagem ou abordagens científicas. Aqui farei o que Freud chamou de “associação livre”. Neste espaço sou eu, o meu pensamento e os meus pensamentos sobre o meu pensamento.

Aqui relatarei o meu percurso anti-*stress* pois foram vários os momentos em que senti *stress*. Foram várias as estratégias que adoptei para o ultrapassar. Estive vários momentos em *stress*, mas o *stress* para mim nunca foi um estado. *Burnout*, não sei o que é.

As estratégias que tenho adoptado ao longo da vida para gerir o *stress* não são inovadoras, nem variadas, são simplesmente, mas eficazes. Nelas constam a família, a música, o relaxamento e o desporto. Sempre foram grandes ajudas para os momentos mais difíceis.

O percurso do verdadeiro *stress* começou aos 21 anos numa Unidade de Cuidados Intensivos. Tão jovem e com a vida dos outros nas mãos. O que ajudou? Grande motivação, muito empenho, bons colegas de equipa, muita música, a família, relaxamento e o desporto.

A vivência da morte e o acompanhamento no luto, trouxeram muito *stress*. Como o solucionei. Frequentei várias formações sobre a morte e o acompanhamento no luto. Li vários livros sobre a temática. Tentei aplicar o que li. Fiz trabalhos de investigação sobre o tema. O sucesso foi crescendo, a motivação também e o *stress* foi desaparecendo.

Chefiar um serviço de doenças infecto-contagiosas de um hospital prisional, foi altamente stressantes. O confronto com a marginalidade, a criminalidade, a morte e o conflito constante, ajudaram a acrescentar mais estratégias.

Sempre tive actividades profissionais que implicavam o contacto com pessoas. Sempre estive nas profissões que são identificadas como as mais stressantes. Sobrevivi. Porquê? Porque pratiquei o que aprendi e constatei que é possível mudar atitudes e comportamento para cuidarmos de nós.

Não é fácil encontrar organizações que cuidam dos que cuidam. Cedo compreendi que para poder cuidar, tinha que eu própria cuidar de mim. A primeira responsabilidade ética da existência é cuidarmos de nós próprios. Quando se assume o compromisso de cuidar dos outros, temos que primeiro assumir o compromisso de cuidarmos de nós. É um acto de egoísmo ou de narcisismo? Nenhum. É um acto de inteligência.

O convite para integrar este projecto para além de muito honroso foi um desafio. O mundo de conhecimentos em que tive que mergulhar para o construir permitiu-me verificar que muito do que construí era o que já praticava, e que muito do que exercitei partiu deste programa.

Sempre parti do pressuposto de que só falo do que sei e do que experimentei. E assim foi com este programa de intervenção. Abordei profundamente o que já conhecia na teoria, construí a partir do que vivi e vivi a partir do que construí.

O facto de ter tido uma experiência profissional numa unidade de cuidados intensivos e de ter tido várias experiências stressantes, ajudou a compreender os resultados dos trabalhos de investigação que serviram de base a este programa e a

compreender a necessidade dos profissionais envolvidos, porque compreendemos melhor o que sentimos. Foi desta forma e num dos maiores períodos de *stress*, quase de *burnout*, que construí um programa para a prevenção do *burnout*.

Ao por em prática os ensinamentos de vários autores, pude verificar que a prevenção do *burnout* é possível e que ajuda de uma forma significativa a vida profissional e pessoal.

13 - Bibliografia

Abrahams, P. (2003). *Atlas do corpo humano – Um guia completo do funcionamento do corpo*. Editorial Estampa. Lisboa.

Adams P. (1999). *Patch adams: O amor é contagioso*. Sextante. Rio de Janeiro.

Agency for healthcare research and quality TeamSTEPPS. (2006). Team strategies and tools to enhance performance and patient safety: pocket guide. *Agency for healthcare research and quality*. Rockville, Maryland. 06-0020-2.

Albaledejo, *et al.* (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de salud Pública*, 78: 505-516.

Almeida, S e Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia da educação*. Psiquilíbrios. Braga.

Alvarez, A.R., Molina A.M., Vidal, B.E., Ramos, G.G. e Flores, M.V. (2000) Aspectos neurológicos y neurofisiológicos de la risa. *Revista Archivos de Neurociencias*. 5(1): 43-49.

Alves, M. A., Ramos, F.R.S., Penna, C.M.M. (2005). *O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência*. [Versão eletrónica]. *Scientific Electronic Library Online*, 14(3): 323-31. Acedido em 16 de Fevereiro de 2009, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a02.pdf>.

American Psychological Association (2010). *Thesaurus of psychological Index Terms*. em: <http://www.psycnet.apa.org/>.

Amorim, D.S. e Gattás, M.L.B. (2007). Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. *Revista Medicina Ribeirão Preto*. 40(1): 82-4.

Anzieu, D., Béjarano, A., Kaës, R., Missenard, A. e Pontalis J.B. (1978). *O trabalho psicanalítico nos grupos*. Moraes Editores. Lisboa.

Aristóteles. (2005). *A política*. Tradução de Torrieri. Hemus Livraria.

Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. e Bayés, R. (1997). Soporte emocional desde el equipo interdisciplinario. Em: L. M. Torres (ed.), *Medicina del dolor*. pp. 389-396. Masson. Barcelona.

Astedt-Kurki, P. e Liukkonen, A. (1994). Humor in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, 20: 183-188.

Atkinson, L. e Murray, M. (1989) *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

Azevedo, L. (1999). *Comunicar com assertividade*. Instituto do emprego e formação profissional. Lisboa.

Bacal, R. (2004). Organizational conflict – The good, the bad, and the ugly. Em: *The Journal for Quality & Participation*. EUA.

Bañol, F. S. (1993). *Biomúsica*. Icone. São Paulo.

Barksdale, A. (2003). *Music therapy and leisure for persons with disabilities*. Sagamore Publishing. Illinois. Em: <http://www.sagamorepub.com/files/lookinside/159/pages-music-thera-leis-3-2-06.pdf>

Barllone, G.J. (s.d.). *O Impacto do (bom) humor sobre o estresse e a saúde*. Em: <http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/bomhumor.html>.

Batista, K.M. e Bianchi, E.R.F. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. [Versão eletrônica]. *Biblioteca Virtual de Saúde*, 14: 534-539. Acedido em 10 de Junho de 2008, em: <http://regional.bvsalud.org/>.

Becker, L. e Barreto, S.J. (2005). A importância da musicoterapia na redução do stress escolar. *Revista Recre@rte*. N° 3. Em: <http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate03/musicoterapia2.htm>

Bellarosa, C. e Chen, P.Y. (1997). The effectiveness and practicality of occupational stress management interventions - A survey of subject matter expert opinions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2(3), 247-262.

Benach, J., Gimeno, D. e Benavides, F. G. (2002). *Types of employment and health in the European Union*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin.

Benevides P.A.M,T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. Editora Casa do Psicólogo. São Paulo.

Benevides P.A.M.T. (2002). Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. Em: Benevides P.A.M,T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. pp. 21-91. Editora Casa do Psicólogo. São Paulo.

Benica, S.W., Longo, C.B. e Barnsteiner, J.H. (1992). Perceptions and significance of patient deaths for pediatric critical care nurses. *Critical Care Nurse*. 12(3): 72-5.

Berger, M., Howell, R., Nicholson S. e Sharda, C. (2003). Investing in healthy human capital. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(12): 1213-1225.

Bergold, L.B. e Aalvim, N.A.T. (2009). Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado. *LILACS – Express*, 3(18): 532-541.

Bernardo, A., Rosado, J. e Salazar, H. (2010). Burnout e auto-cuidados. Em: A. Barbosa e I.G. Neto (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. pp. 773-783. Fundação Calouste Gulbenkian & Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa.

Bernardo, A., Rosado, J. e Salazar, H. (2010). Burnout e auto-cuidados. Em: A. Barbosa e I.G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. pp. 773-783. Fundação Calouste Gulbenkian & Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa.

Bion, W. (1975). *Experiências com grupos. Os fundamentos da psicoterapia de grupo*. Imago Editora. Rio de Janeiro.

Bligh, D.A. (2000). *What's the use of lictores?* Jossey-Bass Publishers. San Francisco

Boisvert, Yves (Direc). (2011). *L'Institutionnalisation de L'Étique Gouvernemental, Quelle Place Pour L'Étique? Presses de L'Université du Quebec., Quebec. Canada.*

Borges, L.O., Argolo, J.C.T., Pereira, A.L.S., Machado, E.A.P., Silva, W.S. (2002). A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. [Versão eletrônica]. *Scielo-Scientific Electronic Library Online*, 15: 189-0. Acedido em 3 de Junho de 2008, em: <http://www.scielo.br>.

Braithwaite, M. (2008). Nurse burnout and stress in the NICU. *Advances in Neonatal Care*; 8(6): 343-347.

Brant, M.J.C.G.C. e Antunes, M.J.M. (1995). Concepções pedagógicas: influência na educação e na prática de enfermagem. *Sínteses do 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Centro Editorial e Gráfico UFG. Goiânia, Goiás.

Bratt, M.M., Broome, M., Kelber, S. e Lostocco, L. (2009). Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 9(5): 307- 317.

Browning, L., Ryan, C.S., Greenberg, M.S. e Rolniak, S. (2006). Effects of cognitive adaptation on the expectation-burnout relationship among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(2).

Browning, L., Ryan, C.S., Greenberg, M.S. e Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2): 148-154.

Bruscia, K. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Amaru Ediciones. Salamanca.

Budden, J.S. e Sagarin, B.J. (2007). Implementation intentions, occupational stress, and the exercise intention-behavior relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(4): 391-401.

Bulhosa, M.S., Lunardi Filho, W.D. e Gonçalves, S.A. (2007). Promoção do aleitamento materno pela equipa de enfermagem num hospital amigo da criança. *Revista Gaucha de Enfermagem*, Março, 1: 89-97.

Burton, W.N., McCalister, K.T., Chen, C.Y. e Edington, D.W. (2005). The association of health status worksite fitness center participation, and two measures of productivity. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 47(4): 343-351.

Bustanza, A.A., López-Herce, C.J., Carrillo, A.A., Vigil, E.M., de Lucas, G.N. e Panadero, C.E. (2000). Burnout among Spanish pediatricians specialized in intensive care. *Anales españoles de pediatría*, 52(5): 418-23.

Camacho, I., Fernández L. J., Miralles, J. (2009). *Ética de la Empresa*. 6ª edición. Universidad Jesuítas. Madrid.

Campos, C., Maso, J., Gianini, M. e Padovan. S. (2005). Luto do profissional de saúde. Em: G. Casellato, (org.), *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade*. pp. 115-150. Livro Pleno. Campinas.

Campos, R.G.D. (2005). *Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica*. Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 159 pp.

Carloto, M. S. (2002). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho: um estudo com professores universitários. Em: P.A.M.T Benevides. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. pp. 187-212. Editora Casa do Psicólogo. São Paulo.

Carloto, M.S. e Gobbi, M.D. (1999). Síndrome de burnout: um problema do indivíduo ou do contexto de trabalho? *Revista Alethéia*, 10: 103-114.

Carloto, M.S. e Palazzo, L.S. (2006). Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cadernos Saúde Pública*, 22(5): 1017-1026.

Carmelo, L. (2002). *Músicas da consciência: Entre as Neurociências e as Ciências do Sentido*. Europa-America. Mem Martins.

Carter, R., Aldridge, S., Page, M. e Parker, S. (2009). *O livro do cérebro*. Dorling Kindersley – Civilização Editores. Londres.

Carvalho, M.B. e Felli, V.E.A. (2006). O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. [Versão eletrónica]. *Scielo-Scientific Electronic Library Online*, 14: 61-9. Acedido em 2 de Julho 2008, em <http://www.scielo.com.br>.

Carvalho, V. (2006). A Equipa de saúde e as suas vicissitudes emocionais. Em: C. Pimenta, D. Mota e D. Cruz (eds.), *Dor e Cuidados Paliativos*. pp. 103-123. Manole. São Paulo.

Carvalho, V. (2006). A Equipa de saúde e as suas vicissitudes emocionais. Em: C. Pimenta, D. Mota, e D. Cruz (eds.), *Dor e Cuidados Paliativos. Enfermagem, Medicina e Psicologia*. pp. 103-123. Manole. São Paulo.

Carver, C.S. e Scheier, M.F. (2002). Optimism. Em: C.R. Snyder e S.J. Lopez (eds.), *Handbook of Positive Psychology*. pp. 231-243. University Press. Oxford.

Casellato, G. (2005). *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade*. Livro Pleno. Campinas.

Cassileth, B., Abrahm, J., Alavi J.B., Bolwell, B., Cassileth, P.A., Daly, J.M., et al (1994). *Câncer. Cuidando do Paciente em Casa. Um Guia para Doentes e seus Familiares*. Fundação Oncocentro. São Paulo.

Castanyer, O. (2002). *A assertividade expressão de uma auto-estima saudável*. 6ª Edição. Edições Tenacitas. Coimbra.

Catchpole, K., de Leval, M.R., McEwan, A., Pigott, N., Elliott, M.J., McQuillan, A., et al. (2007). Patient handover from surgery to intensive care: using formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Pediatric Anesthesia*. 17: 470-478.

Caudill, M. (1998). *Controle a dor antes que ela assuma o controle: um programa clinicamente comprovado*. Summus Editorial. São Paulo.

Chalifour, J. (1989). *La Relation D'aide En Soins Infirmiers: Une Perspective Holistique-Humaniste*. Gaetan Morin Editeur. Québec.

Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Sage Publications. Londres.

Christofolletti, G., Trelha, C.S., Galera, R.M. e Feracin, M.A. (2007). Síndrome de burnout em acadêmicos de fisioterapia. [Versão eletrônica]. *Biblioteca Virtual de Saúde*, 14(2): 35-39. Acedido em 13 de Julho de 2008, em: <http://regional.bvsalud.org/>.

Clair, L. e Trussell, P. (1969). The change of shift report: study shows weakness, how it can be improved. *Hospitals*, 43: 91-5.

Constable, J.F. e Russel, D.W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal Human Stress*, 12(1): 20-26.

Corney, R. (1991). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. Climepsi Editores. Lisboa.

Corrêa, C.F. e Pimenta, C.A.M. (2005). Princípios do Tratamento da Dor. Em: J.A.B. Figueró, G. Angelotti, G. e C.A.M. Pimenta (eds.), *Dor e Saúde Mental*. pp. 41-50. Editora Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte.

Correia, A.M. e Mesquita, A. (2013). *Mestrados e doutoramentos. Estratégias para a elaboração de trabalhos científicos – o desafio da excelência*. Vida Económica – Editorial, SA. Porto.

Côrte, B. e Lodovici Neto, P. (2009). A musicoterapia na doença de Parkinson. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6): 2294-2304.

Costa, J.C. e Lima, R.A.G. (2005). Luto da equipa: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2): 151-157.

Costa, R. (2007). Interdisciplinaridade e equipas de saúde: concepções. *Mental*. Ano V(8): 107-112. Barbacena.

Corney, R. (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. 2ª ed. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.

Cortina, A. (2000). *Ética de la Empresa*. Editorial Trotta. Madrid

Coulter, H.D. (2001). *Anatomy of Hatha Yoga: A manual for students, teachers and practitioners*. Body and Breath. Honesdale, Pennsylvania.

Cousins, N. (1979). *Anatomy of an illness*. W.W. Norton & Company Inc. New York
Cox, T., Kuk, G. e Leiter, M.P. (1993). Em: W.B. Schaufeli, C. Maslach e T. Marek, *Professional burnout*. pp. 177-193. Taylor e Francis. Washington.

Cronqvist, A., Lützen, K. e Nyström, M. (2006). Nurses lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*. 14(5): 405-413.

Cunha, M.P., Rego, A., Lopes, M.P. e Ceitil, M. (2013). *Organizações positivas – Manual de trabalho e formação*. Edições Sílabo. Lisboa.

Curzon, L.B. (1997). *Teaching in further education*. 5ª Edição. Cassel. Londres

Davies, I.K. (1981). *Instructional Technique*. McGraw-Hill Book Company. New York.

Davies, I.K. (1981). *Instructional Technique*. McGraw-Hill Book Company. New York.

De la Gángara, J. (2002). Burnout en medicina: ¿Qué hacer cuando las cosas se complican? *Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen*.

Dejours, C., Abdoucheli, E. e Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Editora Atlas. São Paulo.

Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Climepsi Editores. Lisboa.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1): 34-43.

Dimas, I.C., Lourenço, P.R. e Miguez, J. (2007). (Re)pensar os conflitos intragrupais: desempenho e níveis de desenvolvimento. *Psicologia*, XXI (2): 183-205.

Doka, K. (2002). *Disenfranchised Grief. New directions, challenges and strategies for practice*. Research Press. Illinois.

Dolan, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12: 3-12.

Downey, V., Bengiamin, M., Heuer, L. e Juhl, N. (1995). Dying babies and associated stress in NICU nurses. *Neonatal Network*, 14(1): 41-46.

Drury, N. e Watson, A. (1990). *Musicoterapia: Um Caminho Holístico para a Harmonia Interior*. Ground. São Paulo.

Ducourneau, G. (1984). *Introdução a Musicoterapia*. Manole Ltda. São Paulo.

Edwards, D., e Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2): 169-200.

Edwards, S. (2004). *Fisioterapia Neurológica*. Lusociencia. Loures.

Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A. & Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 175: 686-692.

Emmons, R.A. e McCullough, M.E. (2003). Counting blessing versus burdens; An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(29): 377-389.

Epstein, G. (1990). *Imagens que Curam*. 6ª Edição. Xenon Editora. Rio de Janeiro.

Espada, C. (2009). *Manual de gestão de stress para empresas*. Horácio Piriquito. Lisboa.

Esperidião, E., Munari, D.B., Stacciarini, J.M. (2002, julho/agosto). Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para ara o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4): 516-522.

Estanqueiro, A. (2005). *Saber lidar com pessoas*. 11ª Edição. Editorial Presença. Barcarena.

Fachada, M. O. (2001). *Psicologia das relações interpessoais*. Vol. 2. 4º Edição. Ed. Rumo. Lisboa.

Faria, D.A.P. e Maia, E.M.C. (2007). Ansiedade e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. [Versão eletrónica]. *Scielo-Scientific Electronic Library Online*, 15: 1131-7. Acedido em 13 de Agosto de 2008, em: <http://www.scielo.com.br>.

Fassier, T. e Azoulay, E. (2010). Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 16(6): 654-665.

Fernandes, J.D., Melo, C.M.M., Gusmão, M.C.C.M., Fernandes, J. e Guimarães, A. (2006). Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. [Versão

eletrónica]. *Biblioteca Virtual de Saúde*, 14: 803-1. Acedido em 12 Junho 2008, em: <http://regional.bvsalud.org>

Ferreira, A.I., Clemente, M. Rocha, J., Almeida, V. e Guimarães, A. (2008). A formação em inteligência emocional: avaliação de um programa para a promoção do bem-estar nos estudantes do ensino superior. *Actas do 7º congresso Nacional de psicologia da saúde*. Universidade do Porto. Porto.

Ferreira, A.; Souza, L.; Lima, A. (2011). O profissional de saúde frente à Distanásia: Uma revisão integrativa. *Revista Bio & thikos*, 5 (2), 462-469, São Paulo

Ferreira, H.M. (2010). Conflito interpessoal em equipas de trabalho: o papel do líder no gerenciamento de emoções do grupo.: *Cadernos UniFOA*, edição nº 13, Agosto. Rio de Janeiro.

Ferreira, P.T. (2001). *Guia do animador: animar uma actividade de formação*. 4ª Edição. Multinova. Lisboa.

Ferreira, R.L.C. e Martino, M.M.F. (2006) O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. [Versão eletrónica]. *Periódicos Eletrônicos de Psicologia*, 15(3): 241-8. Acedido em 28 de Maio de 2008, em: <http://pepsic.bvsalud.org/>

Fields, A.I, Cuerdon, T.T., Brasseux, C.O., Getson, P.R., Thompson, A.E., Orlowski, J.P., *et al.* (1995). Physician burnout in pediatric care medicine. *Critical Care Medicine*, 23(8): 1425-9.

Fischer, J. E., Calame, A., Dettling, A. C., Zeier, H., & Fanconi, S. (2000). Experience and endocrine stress responses in neonatal and pediatric critical care nurses and physicians. *Critical care medicine*, 28(9): 3362-3.

Flin, R., Yule, S., McKenzie, L., Paterson-Brown, S. e Maran N. (2006). Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon*, 4: 145-151.

Fogaça, M.C., Carvalho, W.B., Cítero, V.A. e Nogueira-Martins, L.A. (2008). Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(3): 261-266.

Folkman, S. e Lazarus, R.S. (1984). Personal control and stress and coping processes. A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 839-2.

Friesen, M.A., White, S.V., Byers, J.F. e Handof, F.S. (2008). Implications for nurses. Em: Hughes, R.G., (ed.) *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. pp. 285-332. Chapter 34. Agency for healthcare research and quality. Rockville, Maryland.

Fry (1999) Healthyhumor. www.thriveonline.com/health/humor/indez.html.

Furegato, A.R.F. (1999). *Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem*. Scala. Ribeirão Preto.

Gallery, M.E., Whitley, T.W., Klonis, L.K., Anzinger, R.K. e Revicki, D.A. (1992). A study of occupational stress and depression among emergency physicians. *Annals of emergency medicine*, 21: 58-64.

Garanhani, M.L.e Martins, J.T., Robazzi, M.C. e Gotelipe, I.C. (2008). O trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: significados. [Versão eletrônica]. *Revista Electrónica Saúde Mental, Alcool e Droga*. 4(2). Em: <http://www.eerp.usp.br/>

Garcia, L. P, *et al.* (2003). Investigando o Burnout em professores universitários. *Interação Psi, Maringá, 1(4): 76-89.*

Garret, D.K., e McDaniel, A.M. (2001). A new look at nurse burnout: the effects of environmental uncertainty and social climate. *Journal of Nursing Administration, 31(2): 91-96.*

Garrosa, H.E., Benevides, P.A.M.T., Moreno, J.B. e Gozalez, J.L. (2002). Prevenção e intervenção na síndrome de burnout: como prevenir (ou remediar) o processo de burnout. Em: Benevides P.A.M,T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.* pp. 224-267. Editora Casa do Psicólogo. São Paulo.

Gasparini, S.M., Barreto, S.M. e Assunção, A.A. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. [versão eletrônica] *Scielo-Scientific Electronic Library Online, 22: 679-1.* Acedido em 5 Junho de 2008, em: [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br).

Gauer, G.J.C., Franco, R.S., Zogbi, H., Marini, P.A., Diefenthaler, E.C. e Neto, A.C. (2006) Estratégias dos profissionais de saúde para cuidar dos que cuidam. *Bioética.* 14(2): 171-180. Em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/20/23

Gibbons, C., Geller, S. e Glatz, E. (1998). Biomedical equipment in the neonatal intensive care unit: is it a stressor? *The journal of perinatal & neonatal nursing, 12(3): 67-73.*

Gil Monte, P.R., Peiró, J.M. e Valcarcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: um estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada, 6: 43-63.*

Gil-Monte, P. e Peíro, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. 1ª Edição. *Síntesis*. Madrid. Em: <http://monografias.com>.

Gil-Monte, P. e Schaufeli, W.B. (1991) Burnout en enfermería: un estudio comparativo España – Holanda. Em: *Psicología Del Trabajo y de las organizaciones*, 7(19): 121-130.

Gil-Monte, P.R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslaha Burnout Inventory – General Survey (MBI – GS) en una muestra de policías municipales. *Salud Pública de México*, 44(1): 33-40.

Girling, B. e Birnbaum, R. (1988). An ergonomic approach to training for prevention of musculoskeletal stress at work. *Physiotherapy*, 74(9): 479-83.

Goleman D. (1996). *Inteligência emocional*. Objetiva. Rio de Janeiro.

Gomes, G.C., Lunardi Filho, W.D. e Erdmann, A.L. (2006). O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. [Versão electrónica]. *Revista Enfermagem UERJ*, 14: 93-9. Acedido em 11 de Julho de 2008, em: <http://www.facenf.uerj.br>.

Graber, M., Franklin, N. e Gordon, R. (2005). Diagnostic error in internal medicine. *Archives of Internal Medicine*. 165: 1493-9.

Grassi, L. e Magnani, K. (2000). Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom*, 69: 329-334.

Gross, C.M. e Fuchs, A. (1990). Reduce musculoskeletal injuries with corporated ergonomics program. *Occupational Health & Safety*, 59(1): 28-33.

Guazina, L. e Tittoni, J. (2009). Musicoterapia institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e produções. *Psicologia e Sociedade*, 21(1): 108-117.

Guerra, M. e Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Climepsi Editores. Lisboa.

Guerra, M.P., Lima L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. pp. 155-174. Climepsi Editores. Lisboa.

Guerra, P.B. (2000). *Cerebrus-a gestão intrapessoal*. 1º Volume. Editora Pregaminho Lda. Cascais.

Guerrero, E. (2001). Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del “quemado”. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1: 1-22.

Guerrero, E. e Vicente, F. (2001). *Síndrome de “burnout” o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura. Extremadura.

Guyton, A. (1992). *Tratado de fisiologia médica*. 8ª Edição. Guanabara-Koogan. Rio de Janeiro.

Haes, H. e Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74: 287-294.

Harrison, B.J. (1999). Are you to burn out? *Fund Raising Management*, 30(3): 25-28.

Harrison, T.R. (2006). *Medicina Interna*. 16ª Edição. McGraw-Hill. Rio de Janeiro.

Hassed, C. (2001). How humour keeps you well. *Australian family physician*, 30(1): 25-28.

Hatem, T., Lira, P. e Mattos, S. (2006). Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Jornal de Pediatria*, 82(3): 186-192.

Haynes, M.E. (2004). Gestão do tempo. Monitor – Projectos e Edições, Lda. Lisboa.

Heal, M. e Wigram, T. (1993). *Music Therapy in Health and Education*. Jessica Kingsley Publishers. Londres.

Heuer, L., Bengiamin, M., Downey, V.W. e Imler, N.J. (1996). Neonatal intensive care nurse stressors: an American study. *British Journal of Nursing*, 5(18): 1126-30.

Hoegl, M., e Gemuenden, H. G. (2001). Teamwork quality and the success of innovative projects: A theoretical concept and empirical evidence. *Organization science*, 12(4): 435-449.

Hoga, L.A.K. (2002). Causas de estresse e mecanismos de promoção do bem-estar dos profissionais de enfermagem de unidade neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 15(2): 19-25.

Holden, R. (1993). *Laughter the best medicine: the healing power of happiness, humor and joy*. Thorsons. Londres.

Horn, S. (1988). *Técnicas modernas de relaxamento*. Cultrix. São Paulo.

Huberman, A.M. e Vanderberghe, R. (1999). Introduction: burnout and the teaching profession. Em: Vanderberghe, R. e Huberman, A.M. . *Understanding and preventing teacher burnout*. pp. 1-12. Cambridge University Press. Cambridge.

Hurrell, J.J. e Murphy, R.L. (1996). Occupational stress intervention. *American Journal of Industrial Medicine*, 29: 338-341.

Inácio, M. (2007). *Manual do formando – Processo de aprendizagem*. Delta Consultores e Perfil. Lisboa.

Ivancevich, M.J., Matteson, T.M., Freedman, M.S. e Phillips, S.J. (1990). Worksite stress management interventions. *American Psychologist*, 45(2): 252-261.

Jacob, S. W., Francone, C. A., e Lossow, W. J. (1980) *Anatomia e fisiologia humana*. Interamericana. Rio de Janeiro.

James, D. (1995). Humor: a holistic nursing intervention. *Journal of Holistic Nursing*, 13(3): 239-247.

Jíménez, B., Bustos, R.R., Matallana, A.A., e Mirrales, C.T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 13(2): 185-207.

Jofré, A.V. e Valenzuela, S.S. (2005). Burnout em personal de enfermagem de la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Aquichan*, 5(1): 56-63.

José, H. (2002). *O humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Lusociência. Lisboa.

Kahn, R.L. e Byosiere, P.H. (1991). Stress in Organizations. Em: Dunnette, M.D e Hough L.M., (eds.) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. 2ª Edição. pp. 571-650. Consulting Psychologist Press. Palo Alto.

Karasek, R.A., e Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books, Inc. New York.

Kernberg, P. e Chazan, S. (1992). *Crianças com transtornos de comportamento. Manual de psicoterapia*. Artes Médicas. Porto Alegre.

Kerr, M.P. (2002). A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 37: 125-34.

Kida, T., et al. (2001). *The Influence of Affect on Managers Capital-Budgeting Decisions*. Contemporary Accounting Research. Canada.

Klein, Stefan (2007). *Simplesmente feliz: como as recentes descobertas da neurociência nos ajudam a encontrar a felicidade*. Edições ASA. Porto

Kluger, M.T., Townend, K. e Laidlaw, T. (2003). Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*, 58: 339-345.

Kurtz, S., Silverman, J. e Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. 2ª Edição. Radcliffe. Oxford.

Lambert E. (2001). *A terapia do riso: a cura pela alegria*. Pensamentos. São Paulo.

Laranjeira, C. (2009). El contexto organizativo y la experiencia de stress: una perspectiva integrativa. *Revista salute pública*, 11(1): 123-33

Lazarus, R. e Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company. Nova Iorque.

Leao, E.R. e Silva, M.J.P. (2004). Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2): 235-241.

Lechevalier, B. (2008). *O Cérebro de Mozart*. Instituto Piaget. Lisboa.

Leinig, C. E. (1977). *Tratado de Musicoterapia*. Sobral. São Paulo.

Leino P. (1989). Symptoms of stress predict musculoskeletal disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 46: 293-300.

Leite, M.A. e Vila, V.S.C. (2005). Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2): 145-150.

Leiter, M. e Maslach, C. (2000). *Preventing Burnout and Building Engagement*. Jossey-Bass. San Francisco.

Leiter, M. e Maslach, C. (2000). *Preventing Burnout and Building Engagement*. Jossey-Bass. San Francisco.

Leiter, M. P. (1988). Burnout as a function of communication patterns: a study of a multidisciplinary mental health team. *Group and Organizational Studies*, 13: 111-128.

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

Lemaire, G. (2006). A exaustão dos enfermeiros ao domicílio assalariados. Em: Delbrouck, M. *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. pp. 177-183. Climepsi Editores. Lisboa.

Lemaire, G. (2006). A exaustão dos enfermeiros ao domicílio assalariados. Em: Delbrouck, M. (ed.), *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. pp. 177-183. Climepsi Editores. Lisboa..

Lemos, R. (2001, Dezembro). Rir é o melhor remédio. *Revista Saúde Infantil o Hospital Pediátrico de Coimbra*, 23(3): 53-57.

Lencioni, P. (2009). *Os cinco desafios de uma equipa*. Smartbook. Lisboa.

León, J.M. (1998). Prevención de los riesgos laborales por causa de la carga mental y el estrés psicosocial. Em: V. Aznar (ed.), *Salud laboral. Un debate permanente*. pp. 265-291. SATSE. Madrid.

Leonardo, M. (1991). Plano de sessão. *Formar: Revista dos Formadores*, 3: 38-41.

Leonardo, M. (1991). Plano de sessão. *Formar: Revista dos Formadores*. 3: 38-41.

Leoni, M.G. (1996). *Autoconhecimento do enfermeiro na relação terapêutica*. Cultura Médica. Rio de Janeiro.

Lewis, A. (2003). *A magia da música*. Paulinas. Lisboa.

Lloyd, S.R. (1988). *Desenvolvimento em assertividade*. Monitor – Projectos e Edições, Lda. Lisboa.

- Lloyd, S.R. (1993). *Desenvolvimento em assertividade*. Editora Monitor. Lisboa
- Loff, A. (1995). Factores interferentes na disponibilidade dos enfermeiros. IPOFG-CRL. Lisboa. 25 pp.
- Loff, A. (1996). *Co-dependência e dependência nos enfermeiros*. Coleção “Dossier”: Saúde e Desenvolvimento. pp. 13-56. Editora Formasau. Coimbra.
- Lucini, D., Fede, G., Parati, G. e Pagani, M. (2005). Impact of chronic psychosocial stress on autonomic cardiovascular regulation in otherwise healthy subjects. *Hypertension*, 46(5): 1201-1206.
- Machado, A.R. (1995). *A função do formador*. Gradiva-Publicações Lda. Lisboa.
- Machado, A.R. (1995). *A função do formador*. Gradiva-Publicações Lda. Lisboa.
- Machado, J.L.M., Caldas, A. e Bertoncello, N.M.F. (1997). Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 1(1): 147-56.
- MacKay, W.A. (2005). *Neurofisiologia sem lágrimas*. 2ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Maia, F. e Araújo, L. (2002). Projecto “Diabetes Weekend” – Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. *Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia*, 46(5): 566-573.
- Manes, S. (2005) *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. 6ª Edição. Paulus Editora. Lisboa.

- Marklam, U. (1997). *Como lidar com pessoas difíceis*. Gradiva. Lisboa.
- Marques, R. (1998). *A arte de ensinar: dos clássicos aos modelos pedagógicos contemporâneos*. Plátano edições Técnicas. Lisboa.
- Marques, R. (1998). *A arte de ensinar: dos clássicos aos modelos pedagógicos contemporâneos*. Plátano edições Técnicas. Lisboa.
- Marques-Teixeira, J. (2002). Burnout ou síndrome de exaustão. *Saúde Mental*, IV(2): 8-19.
- Marquis, L. e Huston J.C. (2002). *Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação*. 2ª Edição. Artmed. Porto Alegre.
- Marquis, L. e Huston J.C. (2010). *Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática*. 2ª Edição. Artmed. Porto Alegre.
- Martins, J.E.L. (2010). *Avaliação processual de burnout em enfermeiros para e na gestão das organizações de saúde*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de saúde. Universidade de Trás-os-Montes. Vila-Real. Disponível em: <https://repositorio.utad.pt/handle/10348/672>
- Martins, L. (1996). Comunicação Interdisciplinar, *Revista Servir*, 44(2): 64.
- Martins, L.A.N. (1980/1990). Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. *Boletim de Psiquiatria*, 22-3.
- Martins, R.M. (2007) *O indicativo da incidência de burnout em professores do ensino superior: como prevenir ou remediar?* Tese de Mestrado em Educação. Universidade do Vale do Itajaí. Santa Catarina. 158 pp.

Maslach C. e Leiter, M.P. (1999). Take this job and ... love it. *Psychology Today*, 32: 50-57.

Maslach, C. (2000). Burnout. Em: *Encyclopaedia of stress*, 1: 358-362. Academic Press. San Diego.

Maslach, C. e Jackson, S. (1986). Burnout inventory manual. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA. Em: <http://www.monografias.com/>

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

Maslach, C. e Marek, T. (1993). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Taylor e Francis. New York.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied social psychology annual*, 5. Sage, Beverly Hills.

Maslach, C., e Leiter, MP. (1997). *The truth about Burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass. San Francisco.

Maslach, C., Jackson, S.E., e Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. 3ª Edição. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, CA.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. e Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 59: 379-422.

Maslach, C., Schaufeli, W. e Leiter (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.

Mason-Draffen, C. (2007). Como gerir pessoas difíceis. Actual Editora. Lisboa

Masters, J.C. e Burish, T.G. (1997). Relaxation and systematic desensibilization. Em: Masters, J.C., Burish, T.G., Hollon, S.D. e Rimm, D.C. (eds.), *Behavioral therapy: techniques and empirical findings*. 3ª Edição. pp. 36-54. Harcourt. Florida.

Mausner e Bahn (1990). *Introdução à Epidemiologia*. 2ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Mayer, J.D. e Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? Em: Salovey, P. e Sluyter, D.J. (eds.), *Emotional development and emotional intelligence*. pp. 3-31. Basic Book. New York.

McCloughen A., O'brien, L., Gillies, D. e McSherry, C. (2008) Nursing handover within mental health rehabilitation: an exploratory study of practice and perception. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17: 287-95.

McMahon, R. (1990). What are we saying? *Nursing Times*, 86: 38-40.

Medland, J., Howard, R.J. e Whitaker, E. (2004). Foresting psychosocial wellness oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace. *Oncology Nursing Forum*, 31(1): 47-4.

Meier, D. e Beresford, L. (2006). Preventing Burnout. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5): 1045-1048.

Meier, D. e Beresford, L. (2006). Preventing Burnout. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5): 1045-1048.

Melikian, A.A. (2008). A importância da respiração para a saúde: está consciente de como respira? *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Universidade do Porto. Porto.

Melo Cristino, J. (2000). *O ensino da microbiologia numa faculdade de medicina – a reabilitação da aula teórica como método de ensino-aprendizagem*. Dissertação para a obtenção do título de Mestre em Educação Médica pela Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

Melo Cristino, J. (2000). *O ensino da microbiologia numa faculdade de medicina – a reabilitação da aula teórica como método de ensino-aprendizagem*. Dissertação para a obtenção do título de Mestre em Educação Médica pela Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Lusociência. Loures.

Menezes, I. (1999). *Desenvolvimento Psicológico na Formação Pessoal e Social*. Edições Asa. Porto.

Mercier, S. (2004). *L'Étique dans les Entreprises*. La Découverte. Paris.

Meyers, S.A. (1993). Adapting parent education programs to meet the needs of fathers – an ecological perspective. *Family Relations*, 42: 447-452.

Michalsen, A. e Reinhart, K. (2006). Euthanasia: a confusing term, abused under the Nazi regime and misused in present end-of-life debate. *Intensive Care Medicine*, 32: 1304-1310.

Mickler, S. e Rosen, S. (1994). Burnout in spurned medical caregivers and the impact of job expectancy training. *Journal of Applied Social Psychology*, 23: 2110-2131.

Mingote, J. C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua*, 8: 493-508.

Moller, T.B. e Reif, E. (2001). *Atlas de anatomia radiológica*. 2ª Edição. Artmed. Porto Alegre.

Molon, S.I. (2002) – Entrelaçando a psicologia e a educação: uma reflexão continuada de educadores à luz da psicologia sócio-histórica. Em: *Contrapontos*. Universidade do Vale do Itajaí. Ano 2, nº 5, maio/agosto. UNIVALI. Itaja.

Morais, A.M.M. (2002). Gestão de Conflitos. *Nursing*, 172: 24-29. Lisboa.

Moran, E. (2000). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Cortez. São Paulo.

Moreno Jiménez, B., Bustos, R.R., Matallana, A.A., e Mirrales, C.T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 13(2): 185-207.

Moreno Jiménez, B., González Gutiérrez, J. L., e Garrosa Hernandez, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. Em: J. Buendia e F. Ramos (eds.), *Empleo, estrés y salud*, 59-83. Pirâmide. Madrid.

Moreno, F.N., Gil, G.P., Haddad, M.C.L. e Vannuchi, M.T.O. (2011). Estratégias de intervenção no enfrentamento da síndrome de burnout. [Versão electrónica].

Scientific Electronic Library Online, 22:1017-6. Acedido em 4 de Maio de 2008, em: <http://www.scielo.br>.

Morey, J.C., Simon, R., Jay, G.D., Wears, R.L., Salisbury, M., Dukes, K.A, *et al.* Error reduction and performance improvement in the emergence department through formal teamwork training: evaluation results of the medical Teams Project. *Health Services Research*, 37: 1553-81.

Morrison, W.E., Haas, E.C., Shaffner, D.H., Garret, E.S. e Fackler, J.C. (2003). Noise, stress, and annoyance in pediatric intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 31(1): 113-119.

Moscovici F. (1997). *Razão e emoção*. Casa da Qualidade. Salvador, Bahia.

Murcho, N.A.C., Jesus, S.N., e Pacheco, J.E.P. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1): 57-68.

Murphy, R.L. (1996). Stress management in work settings: A critical review of the health effects. *Estresse Management*, 11: 112-135.

Murta, S.G. e Tróccoli, B.T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. [Versão eletrónica]. *Scielo-Scientific Electronic Library Online*, 24: 41-1. Acedido em 22 de Junho de 2008, em: <http://www.scielo.br>.

Nascimento, E.F.F. (2006). A Atuação do Musicoterapeuta na Educação Especial Experiencia Clinica. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. 8: 72-83.

Natário, A. et. Al (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características da personalidade. *Psychologica*, 22: 55-70.

Newble, D. e Cannon, R. (1994). *A handbook for medical teachers*. 3ª Edição. Kluwer academic publishers. Dordrech.

Nieto, J.M. (2009). *Como evitar e superar o stress docente: estratégias para controlar situações de conflito nas salas de aula*. K Editora. Sintra.

O'Brien, G. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. Em: J. Buendía (ed.), *Estrés laboral y salud*. pp. 61-77. Biblioteca Nueva. Madrid.

Oates, P.R. e Oates, R.K. (1996). Stress and work relationships in the neonatal intensive care unit: are they worse than in the wards? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 32(1) :57-59.

Oates, R.K. e Oates, P. (1995). Stress and mental health in neonatal intensive care units. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 72(2): F107-F110.

Oehler, J.M. e Davidson, M.G. (1992). Job stress and burnout in acute and nonacute pediatric nurses. *American Journal of Critical Care*, 1(2) :81- 90.

Oehler, J.M., Davidson, M.G., Starr, L.E. e Lee, D.A. (1991). Burnout, job stress, anxiety, and perceived social support in neonatal nurses. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 20(5 Pt. 1): 500-505.

Ojeda, B., Ramal, J., Calvo, F. e Vallespín, R. (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Psiquis*, 3: 155-168.

Oliveira, A. e Graveto, J. (2002). Comunicação: um verdadeiro meio da essência de ser enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 8(1): 35.

Oliveira, J.H.B. (1998). Optimismo: teoria e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, II(2): 295-307.

Oliveira, P.R., Tristão, R.M. e Neiva, E.R. (2006). Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI-Neonatal. *Educação Profissional: Ciência e Tecnologia*, 1(1): 27-37.

Onyett, S. (2011). Revisiting job satisfaction and burnout in community mental health teams. *Journal of Mental Health, Informa Healthcare*, 20: 198-209.

Onyett, S. (2011). Revisiting job satisfaction and burnout in community mental health teams. *Journal of Mental Health, Informa Healthcare*, 20: 198-209.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Relatório Mundial de Saúde 2001.

Organização Mundial de Saúde. (1999). *Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (I.C.D.-10) in Occupational Health Problems*. Ed. Autti Karfalainen. Geneve.

Ortiz, M.B. (2002). Carcajadas que curan. *Agenda Salud*. 27: 10-13.

Osswald, W. (2008). Cuidar de quem cuida. Em: A.S. Carvalho (Coord.), *Bioética e Vulnerabilidade*. pp. 287-292. Almedina. Coimbra.

Pais Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e saúde*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada - CRL. Lisboa.

Parish AR. (2005). The impact of humor on patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(2): 211-8.

Paschoalini, B., Oliveira, M.M., Frigério, M.C., Dias, A.L.R.P. e Santos FH. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. [Versão eletrónica]. *Scielo-Scientific Electronic Library Online*, 21:487-2. Acedido em 14 de Agosto de 2008, em: <http://www.scielo.com.br>.

Patrão Neves, M. C. (2007). Sentido da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: Barchifontaine, C.P.& Zoboli, E.L.C.P. *Bioética vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário de São Camilo. p. 29-45.

Paulson, T.L. (2004). *Humor no trabalho*. Monitor – Projectos e Edições, Lda. Lisboa.

Peduzzi, M. (2001). Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. [Versão eletrónica]. *Scielo-Scientific Electronic Library Online*, 35(1): 103-109. Acedido em 16 de Fevereiro de 2009 em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>.

Peiró, J. M. e Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Eudema. Madrid.

Pereira, S. M. (2010). *Cuidados Paliativos. Confrontar a morte*. Universidade Católica Editora. Lisboa.

Pereira, S.M. (2009). À conversa com Lukas Radbruch, presidente da european association for palliative care - EAPC. *Revista Portuguesa de Bioética*, XIX/48(7): 111-126.

Pessini, L. *Distanásia - até quando prolongar a vida?* (2001) Ed.Loyota. S. Paulo, Brasil.

Peterson, C., e Steen, T. (2002). Optimistic Explanatory Style. Em: C. R. Snyder e S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. pp. 244-256. University Press. Oxford.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. Loures.

Pines, A., e Maslach, C. (1980). Combating stall burnout in a daycare center: a case study. *Child Care Quarterly*, 9: 5-16.

Pinto, A.M., Lima, M.L. e Silva, A.L. (2008). Delimitação do conceito de burnout. Em: A.M. Pinto e M.J. Chambel (eds.), *Burnout e engagement em contexto organizacional – estudos com amostras portuguesas*. Livros Horizonte. Lisboa.

Platão. (1997). *A república*. Tradução de Enrico Corvisieri. Editora Nova Cultural Ltda. São Paulo.

Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M. e Shaw, A. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing*, 14: 1090-3.

Pronost, A.M. (1996). La prévention du burnout et ses incidences sur les stratégies de coping. *Psychologie Française*, 41(2): 165-172.

Queirós, P.J.P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Formasau. Coimbra.

Queirós, P.J.P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Edições Sinais Vitais. Coimbra

Queirós, P.P. (1998). Burnout em enfermeiros, comparação de três grupos. *Revista Sinais Vitais*, 16: 17-21.

Quirós-Aragón, M.B. e Labrador-Encinas, F.J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2): 323-335.

Raggio, B. e Malacarne P. (2007) Burnout in intensive care unit. *Minerva Anestesiol*, 73(4): 195-200.

Rainho, C. (2005). Síndrome de burnout em enfermeiros: aplicação do questionário Breve do Burnout. *Nursing*, 12: 7-11.

Rama, S., Ballentine, R. e Hymes, A. (1998). *The science of breath*. Himalayan Institute. Honesdate, Pennsylvania.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio, prevenção do stress no trabalho*. Ed. RH. Lisboa.

Rangel, A. (2004). *O que podemos aprender com os gansos*. Casa das letras. Cruz Quebrada.

Raniere, T.M. (1989). Prevention of cumulative trauma injuries. *AAOHN Journal*, 37(6): 221-4.

Reece, I. e Walker, S. (2000). *Teaching training and learning – A practical Guide*. 4ª Edição. Business Education Publishers Limited. Sunderland.

Regueiras, B. (2001). Actividades de lazer como forma de aliviar o stress nos grupos de enfermeiros. *Nursing*, 155: 18-21.

Renaud, I. (2005). Fragilidade e vulnerabilidade. *Cadernos de Bioética*. Ano XVI, nº 39, 2005. p. 405-423.

Reinhold, H.H. (2004). *O sentido da vida: prevenção do stress e burnout do professor*. Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Universidade Católica de Campinas.

Reynaert, C., Libert, Y., Janne, P. e Zdanowicz, N. (2006). O stress profissional e as estratégias de adaptação do prestador de cuidados. Em: M. Delbrouck, *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. pp. 135-143. Climepsi Editores. Lisboa.

Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar. Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Lusociência. Loures.

Rissardi, G.G.L. e Godoy, M.F. (2007). Estudo da aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson nas respostas das variáveis cardiovasculares e respiratórias de pacientes hansenianos. *Arquivos Ciência e Saúde*, 14(3): 175-180.

Robbin, S. (1998). *Organization behavior*. Prentice Hall. New York.

Robbins, H e Finley, M. (1997). *Por que as equipes não funcionam*. Campus. Rio de Janeiro.

Robinson, V. (1991). *Humor and the health professions: the therapeutic use of humor in health care*. 2ª Edição. Slack Incorporated. Thorofase.

Rodrigues, A.B. (2006). *Burn out e estilos de coping de enfermeiros que assistem pacientes oncológicos*. Tese de doutoramento. Universidade de São Paulo. São Paulo.

Rodrigues, A.L. (1997). *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*. Atlas. São Paulo.

Rodrigues, I. M. (2007). *O corpo e a fala – Comunicação verbal e não-verbal na interação face-a-face*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Rawls, J. (2001). *Uma Teoria da Justiça*. 2ª edição. Presença. Lisboa.

Román Hernandez, J. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2): 103-110.

Rosen, S. (1994). *Minha Voz Irá Contigo!*. Editora PsyII. Campinas.

Ross, R.R., e Altmaier, E.M. (1994). *Intervention in occupational stress: a handbook of counselling for stress at work*. Sage. London.

Roter, D. e Hall, J. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. Praeger Publishers. Westport, Connecticut.

Ruiz, C.O. e Ríos, F.L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1): 137-160.

Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. Summus. São Paulo.

Rydvall, A. e Lynöe, N. (2008). Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: a comparative study of the ethical reasoning of physicians and the general public. *Critical Care*, 12: R13.

Sá, F. (2003). *Psicoterapia analítica de grupo com crianças no período de latência*. Climepsi Editores. Lisboa.

Sacks, O. (2008). *Musicofilia*. Relógio D' Água. Lisboa.

Salomé, J. e Galland, S. (2004). *A arte da comunicação humana*. Esquilo. Lisboa.

Salovey, P., Mayer, J.D. e Caruso, D. (2002). The Positive Psychology of Emotional Intelligence. Em: C.R. Snyder e S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. University Press. Oxford.

Santa'Anna, F.M. (188). *Planeamento de Ensino e Avaliação*. 11ª Edição. Sagra. Porto Alegre.

Santa'Anna, F.M. (188). *Planeamento de Ensino e Avaliação*. 11ª Edição. Sagra. Porto Alegre.

Santell, J.P., Hicks, R.W. e Cousins, D.D. (2005). *A chartbook of 2000-2004 findings from intensive care units and radiological services*. USP Center for the advancement of Patient Safety. Rockville, Maryland.

Santoni, G. (2003). *83 jogos psicológicos para dinâmicas de grupos. Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores*. 2ª Edição. Paulus Editora. Apelação.

Santos, A. M. (2011). *A ética organizacional como instrumento de gestão na prossecução do interesse público*. 8º Congresso Nacional de Administração pública. 125-137,em

<http://repap.ina.pt/bitstream/10782/585/1/A%20etica%20organizacional%20como%20instrumento%20de%20gestao.pdf>

Santos, J.M., Oliveira, E.B. e Moreira, A.C. (2006). Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em Centro de Terapia Intensiva. [Versão eletrónica]. *Portal de revistas de enfermagem*, 14: 580-5. Acedido em 11 de Junho de 2008, em: <http://www.facenf.uerj.br>.

Santos, M.C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. e Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10: 47-57.

Santos, M., Pais-Ribeiro, J., Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer. *Análise psicológica*, 4:21, 441-451.

Sanzovo, C.E. e Coelho, M.E.C. (2007) Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. [Versão eletrônica]. *Scielo-Scientific Electronic Library Online*, 24: 227-228. Acedido em 9 de Julho de 2008, em: <http://www.scielo.com.br>.

Sarason, B.R., Sarason I.G. e Pierce, G.R. (1990). *Social support: an interactional view*. Wiley. New York.

Saupe, R. *et al.* (2005). Competências dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. *Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18): 521-536. São Paulo.

Saupe, R., Cutolo, L.R.A, Wendhausen, A.L.P. e Benito, G.A.V. (2005). Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. [Versão eletrônica]. *Scientific Electronic Library Online*, 9(18): 521-36. Acedido em 16 de Fevereiro de 2009, em: <http://www.scielo.br/>.

Schaufeli, W. e Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice – A critical analysis*. Taylor e Francis. London.

Schaufeli, W.B. e Buunk, P.B. (2003). Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. Em: J.A.M. Schabracq, Winnusbst e C.L. Cooper, *The handbook of work and health psychology*. John Wiley e Sons, Ltd. SATO. New York. *Cadernos de saúde pública*, 18(5): 1147-1166, 2003.

Scheier, M.F. e Carver, C.S. (1992). Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical Overview and Empirical Update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2): 201-228.

Schwartzman, J.S. (s.d.) As bases neuronais do riso. II Simpósio. Em: http://www.pucsp.br/jung/portugues/simposios_eventos/II_simposios.html

Seeley R., Stephens T. Tate, P. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. 6ª Edição. Lusociência. Loures.

Seifert, L. (2009). *Treino em assertividade*. Monitor – Projectos e Edições, Lda. Lisboa.

Seifert, L. (2009). *Treino em assertividade*. Monitor – Projectos e Edições, Lda. Lisboa.

Seligman, M.E.P. (1991). *Learned Optimism: How to change your mind and your life*. Pocket Books. New York.

Seligman, M.E.P. e Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1): 5-14.

Sheldon, L. (1996). Na analysis of the concept of humor and its application to one aspect of children's nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 1175-1183.

Shimizu, H.E. e Ciampone, M.H.T. (2004). As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipa na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 12(4): 623-627.

Silva, A. e Marques-Pinto, A. (2005). *Stress e bem-estar: modelos e domínios de aplicação*. pp. 105-134. Climepsi editores. Lisboa.

Silva, M.G. (1992). *Manual de Métodos e Técnicas Pedagógicas*. CNC – Companhia Nacional de Serviços. Lisboa.

Silva, P.H. (2005). Utilização da risoterapia durante a hospitalização: um tema sério e eficaz. *Revista Enfermagem UNISA*, 6: 70-73.

Silverman, J., Kurtz, S. e Draper, J. (2005). *Skills for communication with patients*. Radcliffe Publishing, Ltd. Oxford.

Simões, A., Ferreira, J.A., Lima, M.P., Pinheiro, M.R., Vieira, C.M., Matos, A.P., e Oliveira, A.L. (2000). O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV(2): 243-279.

Simoni, M.F., Spagno, C.A., Trevisan, M.A. e Hayashida, M.A. (2003). A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado em teorias gerais da administração. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (2): 161-167.

Sluiter, J.K., Van der Beek, A.J. e Frings-Dresen, M.H. (2003). Medical staff in emergency situations: severity of patient status predicts stress hormone reactivity and recovery. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(5): 373-4, discussion 375.

Soler, M.T. (2006). Síndrome de Burnout. Em: M.T. Soler, *Cuidados Paliativos: Avances sin Final*. pp. 495-511. Editorial CEP. Madrid.

Soler, M.T. (2006). Síndrome de Burnout. Em: M.T. Soler, *Cuidados Paliativos: Avances sin Final*. pp. 495-511. Editorial CEP. Madrid.

Solet, D.J, Norvell, J.M., Rutan, G.H. e Frankel, R.M. (2005). Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic Medicine*, 80: 1094-9.

Sousa, A. (2005). *Psicoterapias Activas (Arte-Terapias)*. Livros Horizonte. Lisboa.

Sousa, M.C. (2008). *Burnout em enfermeiros de cuidados intensivos*. Trabalho realizado no Curso de Pós-licenciatura de Especialização Médico-Cirúrgica. Porto.

Souza, D. e Souza, M. (2009). Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática num serviço de saúde. [Versão eletrónica] *Revista Electrónica de Enfermagem*. 11 (19): 117-123. Acedido em [...] em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a15.htm>.

Spencer, R., Coiera, E. e Logan, P. (2004). Variation in communication loads on clinical staff in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 44: 268-73.

Spindola, T. e Martins, E.R.C. (2007). O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. [Versão eletrónica]. *SciELO-Scientific Electronic Library Online*, 11: 212-9. Acedido em 11 de Junho de 2008, em: <http://www.scielo.br>.

Spitzer, M. (2002). *Aprendizagem Neurociências e a Escola da Vida*. Climepsi Editores. Lisboa.

Stacciarini, J.M.R. e Esperidião, E. (1999). Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(5): 59-66.

Stein, T., Frankel, R.M. e Krupat, E. (2005). Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Education and Counseling*, 58:4-12.

Stoudemire, A. e McDaniel, J.S. (1999). Factores psicológicos que afectam a condição médica – Transtornos psicossomáticos. Em: H.I. Kaplan e B.J. Sadock. 6ª Edição. pp. 1583-1590. Porto Alegre: ArtMed. Porto.

- Stralio, J. (2001). *Cérebro & Musica - Segredos desta relação*. Odorizzi. Blumenau.
- Stuart R. (2003). *Jogos para formadores – Desenvolvimento de equipas*. Monitor – Projectos e Edições, Lda. Lisboa.
- Taylor, C.M. (1992). *Manual de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Thompson, I. E., Melia, K. M., Boyd, K. M. (2004). *Ética em enfermagem*. 4ª edição. Lusociência. Loures.
- Thomas, N.K. (2004). Resident burnout. *JAMA*, 292: 2880–2889.
- Tortora, G.J. (2000). *Corpo humano – Fundamentos de anatomia e fisiologia*. 4ª Edição. Artmed. Porto Alegre.
- Turpin, R.S., Ozminkowski, R.J., Sharda, C.E., Collins, J.J., Berger, M.L., Billotti, G.M., *et al.* (2004). Reliability and validity of the Stanford presenteeism scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(11): 1123-1133.
- Vaz Serra, A (2001). *O stress na vida de todos os dias*. 2ª Edição. Edição do autor. Coimbra.
- Velez, C.G. (2003). Gestão de stress nos profissionais de saúde. *Nursing*, 179: 10-13.
- Vendemiatti, M., Siqueira, S., Filardi, F., Binotto, E. e Simioni, F.J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da lideranças. *Ciência & Saúde Colectiva*, 15(1): 1301-1314.

Vera, M.N. e Vila, J. (1993). Técnicas de relajacion. Em: V.E. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. 2ª Edição. pp. 32-39. Siglo XXI de Espana. Madrid.

Virtanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. e Ferrie, J.E. (2003). From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occupational and Environmental Medicine*, 60: 948-953.

Webster-Stratton, C. e Herbert, M. (1993). “What really happens in parent training?”. *Behavior Modification*, 17(4): 407-456.

Webster-Stratton, C. e Herbert, M. (1993). What really happens in parent training? *Behavior Modification*, 17(4): 407-456.

Wender, R. (1996). Humor in medicine. *Primary Care*, 1: 141-154.

Westgaard, R. (1985). The effect of improved workplace design on the development of workrelated musculo-skeletal illnesses. *Applied Ergonomics*, 16: 91-97.

Wick, J.L. (1989). The role of ergonomics in the elimination and prevention of work – related musculoskeletal problems. *Orthopaedic Nursing*, 8(1): 41-2.

Williams, C. (2000). *Being assertive. Overcoming depression a five áreas approach*. Em: <http://www.leeds.ac.uk/ahead4health/assets/Beingassertive.pdf>

Wilson, R.M., Runciman, W.B., Gibberd, R.W., Harrison, B.T, Newby, L. e Hamilton, J.D. (1995). The quality in australian health care study. *Medical Journal of Australia*, 163: 458-71.

Wiltenburg, D.C.D. (2009). *Síndrome de burnout: conhecer para prevenir-se, uma intervenção necessária*. Programa de Desenvolvimento da Educação. São Mateus do Sul.

Wolfe, R.B. e Haddy, L. (2001). A qualitative examination of parents' experiences in parent education groups. *Early Child Development and Care*, 167: 77-87.

Wright, L.M. e Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família*. Roca. São Paulo.

Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. 4ª Edição. Basic Books. New York.

Yamashita, M. e Arakida, M. (2008). Reliability and validity of the Japanese version of the Stanford Presenteeism Scale in female employees at 2 Japanese enterprises. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(1): 66-9.

Yela, J. R. (1996). Desgaste emocional, estrategias de afrontamiento y trastornos psicofisiológicos en profesionales de la enseñanza. *Boletín de Psicología*, 50,: 37-52.

Zanini, C.R.O., Jardim, P.C.B.V., Salgado, C.M.N., et. al. (2009). O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93(5): 534-540.

Zimerman, D. (1993). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Artes Médicas. Porto Alegre.

Apêndices

Apêndice I

Programa de Intervenção para Prevenção do

Burnout

Apresentação e desenvolvimento das sessões do programa de intervenção

1ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 1ª sessão

1º Objectivo - Apresentar os participantes do grupo.

2º Objectivo - Apresentar as regras de orientação para as dinâmicas da formação.

3º Objectivo - Desenvolver a confiança entre os profissionais de saúde.

4º Objectivo - Apresentar os conteúdos programáticos, a metodologia e a calendarização/cronograma do programa de intervenção.

Desenvolvimento

1º Objectivo - Apresentar os participantes do grupo.

Metodologia da actividade

Adaptado de Seifert (2009)

1º - Actividade - Recepção de boas vindas ao grupo.

Num primeiro momento, o mediador fará a sua apresentação pessoal e académica.

Cumprimentar individualmente cada profissional.

Solicitar que procedam a uma primeira apresentação com o nome que gostariam de ser tratados. Pedir para escrever o nome próprio e um sentimento positivo num autocolante que colocarão ao peito.

Observações

Escrever o nome para que todos o possam ler, independentemente de serem profissionais que já trabalham juntos. Tal permite a cada um o reconhecimento da sua identidade e individualidade e permite também ao formador familiarizar-se com os nomes dos participantes do grupo.

Escrever o nome próprio num autocolante retira a formalidade dos apelidos, com os quais a maioria dos profissionais se conhece no local de trabalho.

Pedir para escrever um sentimento positivo reenvia para uma competência que será explorada numa sessão mais tarde que é a assertividade e estabelece um compromisso com o que sentem e a necessidade de exprimir claramente isso aos outros.

O mediador deve ter um autocolante com o nome próprio e um sentimento positivo, como forma de servir de modelo e mostrar que para além de ser o formador é um elemento do grupo (Seifert, 2009).

2º - Actividade - Em seguida e para a apresentação mais pormenorizada dos participantes do grupo, solicitar a colaboração numa técnica designada de “quebra-gelo”.

Procedimento: O mediador solicita aos participantes que se agrupem em grupos de duas pessoas. O objectivo será o de cada um dos elementos fazer uma pequena entrevista ao parceiro. Nesta entrevista, será solicitado que cada um, obtenha do outro participante resposta às seguintes questões: nome, idade, tempo de experiência profissional, ocupação de tempos livres e expectativas em relação à formação.

Informar que dispõem de cinco minutos para fazer a entrevista e que finalizado o tempo o mediador irá interromper para que se proceda à entrevista do 2º participante, finalizados os segundos cinco minutos, a actividade termina (Seifert, 2009). Posteriormente cada um dos participantes apresenta a pessoa que entrevistou ao resto do grupo e ao formador.

Observações

A interacção com todo o grupo deve ser feita o mais precocemente possível. A actividade “quebra-gelo” realizada inicialmente em pares, permite a criação de empatia e o estabelecimento de laços de confiança. Estas são competências importantes para a realização do trabalho em equipa e do desenvolvimento da assertividade.

Criar condições para os participantes se conhecerem melhor e para além do que conhecem do local trabalho, tal vai promover uma interacção mais aberta e sem a tensão inerente ao relacionamento profissional.

A apresentação ao grupo da pessoa que cada um entrevistou, permite uma exposição gradual, porque não vão estar num primeiro momento a expor-se a si, mas a falar de

outra pessoa. Esta actividade permite que cada um conheça melhor o outro (quem está a ser apresentado), sob a perspectiva de um outro (quem está a apresentar).

Tempo de duração da actividade – 25 minutos

Recursos materiais

Autocolantes

Canetas

2º - Objectivo - Apresentar as regras de orientação para as dinâmicas da formação.

Adaptado de Seifert (2009)

Actividade - O mediador deverá apresentar ao grupo as regras que previamente preconizou para as várias sessões que estão programadas. O mediador solicitará ao grupo uma opinião sobre as regras apresentadas e que regras deverão ser introduzidas ou retiradas. Durante a discussão o mediador deve anotar as novas regras sugeridas pelo grupo e juntar às existentes. Posteriormente deve apresentar ao grupo o novo conjunto de regras aferido entre todos os participantes.

Ao apresentar as regras e solicitar aos participantes que colaborem nas regras de orientação para a dinâmica da formação, o formador está a estabelecer com o grupo um contrato (Seifert, 2009).

As regras da formação devem ser escritas no quadro sintetizando o que se pretende com uma palavra-chave. Assim, deve ser escrita a palavra:

- Confidencialidade – Os participantes devem ser esclarecidos que a confidencialidade é um dos pilares do relacionamento do grupo, enquanto grupo de formação no programa de intervenção e posteriormente enquanto equipa de trabalho no contexto profissional. O cumprimento desta regra permite a todos um nível elevado de liberdade para se expor e mostrar ao grupo características, sentimento e pensamentos que nunca tiveram oportunidade de fazer. A confidencialidade inclui não comentar o que se passa no grupo de formação fora do contexto de formação. O que é mencionado no grande grupo durante a formação, inclui os resultados das actividades propostas, mas as informações são seleccionadas pelo sub-grupo. Sempre que há actividades em pares ou sub-grupos os participantes podem falar em seu nome, mas não em nome do grupo, se este acordar só revelar algumas situações que foram discutidas durante a actividade. O grupo será informado de que o mediador também seguirá com rigor esta regra e que mantém a independência do seu trabalho como formador daquele grupo em relação a qualquer superior hierárquico da instituição.
- Escuta – Fazer referência ao facto de que escutar é uma habilidade social chave para o desenvolvimento das relações interpessoais, do trabalho em equipa e da assertividade é essencial. Assim, será afirmado que ser escutado é um direito e que esta regra é recíproca. Escutar o outro é valorizá-lo enquanto pessoa e é abrir um caminho para ser também valorizado. Será solicitado aos

participantes que evitem interromper outra pessoa, ou estabelecer conversas paralelas enquanto outra pessoa está a falar. Aprender a escutar é demonstrar respeito e mostrar que a concordância ou a discordância do que está a ser dito podem ser feitas através da linguagem não-verbal. Saber escutar é constatar que é fundamental assumir a responsabilidade de gerir o tempo de intervenção, para que todos possam de forma equitativa manifestar os seus sentimentos, inquietações, preocupações, pensamentos e sugestões.

- Igualdade – aqui é essencial explicar que para que um relacionamento interpessoal seja eficaz, é importante que este se reja pela igualdade. Todos diferentes, mas todos iguais nos direitos. É fundamental imprimir com convicção que a perspectiva de todas as pessoas têm coisas importantes a referir e todos podem contribuir para o desenvolvimento do grupo, quando em formação e para o desenvolvimento individual, depois da formação.
- Escolha – Cabe inteiramente aos participantes revelarem ao grupo o que entenderem. Independentemente da maior participação e envolvimento nas actividades ser benéfico para atingir os objectivos propostos, cada um tem o direito de estabelecer os limites do que diz ou faz.

Observações

Uma dinâmica de grupo é tanto mais eficaz quanto mais informados estão os participantes estiverem do que os espera durante a formação no programa de intervenção. Com a apresentação das regras de funcionamento de grupo, estamos já a

permitir o desenvolvimento de competências que vão ser solicitadas mais tarde em sessões próprias. Desta forma mantemos a coerência do que é solicitado e valorizado. Ao estabelecer estas regras o grupo assume de forma tácita um contrato que é um dos aspectos essenciais da lealdade e da confiança necessárias para um grupo. O estabelecimento de regras claras e objectivas, permite que cada um dos participantes se oriente enquanto indivíduo e enquanto elemento de um grupo.

Tempo de duração da actividade – 25 minutos.

Recursos materiais

Quadro

Marcadores

3º - Objectivo - Desenvolver a confiança entre os profissionais de saúde.

Adaptado de Stuart (2003)

Actividade 1 - O desenvolvimento da confiança entre os participantes pode ser feito mediante os seguintes exercícios:

O grande grupo é dividido em dois grupos mais pequenos. Os dois grupos têm que fazer passar uma bola por todos os elementos do grupo da forma mais rápida que conseguirem. Um colaborador cronometra o tempo. Pretende-se que ao passar a bola por todos os elementos do grupo, a cada passagem, a bola passe o mais rapidamente que for possível. Cada grupo terá que cooperar de forma a alcançar o objectivo.

Observações

Acreditamos que o processo de descobrir o outro é importante para o conhecimento pessoal.

Tempo de duração da actividade - 30 minutos.

Recursos materiais

Duas bolas tipo ténis.

4º - Apresentar os conteúdos programáticos, a metodologia e a calendarização do programa de intervenção.

Tempo de duração da actividade – 20 minutos.

Recursos materiais

Computador.

Power point

Recursos humanos

Formador

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio à 1ª sessão

Apresentam-se em seguida um resumo dos objectivos de cada sessão.

1ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 1ª sessão

- 1º - Apresentar os participantes do grupo.
- 2º - Apresentar as regras de orientação para as dinâmicas da formação.
- 3º - Desenvolver a confiança entre os participantes.
- 4º - Apresentar os conteúdos programáticos, a metodologia e a calendarização/cronograma do programa de intervenção.

2ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 2ª sessão

- 1º Objectivo – Compreender como os participantes lidam com as preocupações e com as expectativas.
- 2º Objectivo – Identificar estratégias adoptadas pelos profissionais para a prevenção do *burnout*.

3ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 3ª sessão

- 1º - Aplicar o questionário MBI e explicar a pertinência desta aplicação.
- 2º - Desenvolver a confiança entre os profissionais de saúde.
- 3º - Identificar os sintomas físicos, psicológicos e comportamentais de *burnout*.
- 4º - Identificar os factores de risco que podem afectar a saúde dos profissionais de saúde.

4ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 4ª sessão

- 1ª - Apresentar a prevalência do *stress* e do *burnout* ocupacional na Europa e em Portugal no contexto dos profissionais de saúde.
- 2º - Objectivo - Desenvolver um exercício que permita aos participantes reflectir e anotar experiências de *stress* que já tenham vivido no seu contexto de trabalho.
- 3ª Objectivo – Explicar as vantagens de uma respiração eficaz.
- 4ª objectivo - Treinar técnicas de respiração

5ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 5ª sessão

1º - Objectivo - Praticar competências assertivas em situações que aumentam os níveis de *stress*.

2º - Objectivo - Mostrar que os níveis de *stress* podem estar relacionados com as escolhas pessoais.

3º - Objectivo - Aprender a dizer “não”.

4º - Objectivo - Aprender a pedir tempo.

5º Objectivo – Apresentar as vantagens da musicoterapia para a prevenção do mal-estar provocado por situações stressoras.

6º Objectivo – Entregar aos participantes textos de apoio sobre assertividade.

6ª sessão – 2 horas de formação, 15 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 6ª sessão

1º - Objectivo – Desenvolver a técnica dos cinco EU da comunicação assertiva.

2º Objectivo – Utilizar a reestruturação cognitiva para o desenvolvimento da assertividade.

3º Objectivo – Treinar o riso.

7ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 7ª sessão

1º Objectivo - Desenvolver estratégias para desenvolver a confiança no trabalho em equipa.

2º Objectivo - Desenvolver estratégias para a gestão do tempo.

3º Objectivo - Determinar o tipo de organização pessoal.

8ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 8ª sessão

1º Objectivo - Desenvolver as relações de reciprocidade entre os elementos da equipa.

2º - Objectivo – Apresentar os vários estilos de comunicação – agressivo, passivo, assertivo e manipulador.

3º - Objectivo – Apresentar a técnica de relaxamento - Treino Autogeno de Shulz.

9ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 9ª sessão

1º objectivo - Valorizar acontecimentos ou situações positivas que aconteceram durante o dia.

2º objectivo - Reconhecer a importância do sorriso nas relações interpessoais.

3º - Objectivo – Apresentação da técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.

10ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 10ª sessão

1º Objectivo - Solicitar aos participantes que reflectam sobre os factores que no seu ambiente de trabalho contribuem para situações de stress e de *burnout*.

2º Objectivo - Solicitar aos participantes que identifiquem um ambiente de trabalho considerado para si saudável e promotor do bem-estar pessoal e de realização profissional.

3º Objectivo - Solicitar que identifiquem mudanças organizacionais que consideram necessárias para que seja atingido o objectivo anterior.

11ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 11ª sessão

1º Objectivo - Melhorar o controlo pessoal.

2º Objectivo - Reflectir sobre os erros profissionais da equipa.

3º Objectivo – Treinar a técnica de respiração.

12ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivo Geral para a 12ª sessão – Desenvolver estratégias de gestão intrapessoal do *stress*.

Objectivos específicos para a 12ª sessão

1º Objectivo – Procurar uma adaptação à mudança.

2º Objectivo – Aprender a conduzir a mudança.

3º Objectivo – Ponderar de forma aprofundada a resolução da situação.

4º Objectivo - Desenvolver estratégias diárias para a gestão do tempo.

13ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 13ª sessão

1º Objectivo - Substituir emoções negativas por emoções positivas.

2º Objectivo - Substituir emoções negativas por situações neutras.

3º Objectivo - Sugerir situações ou actividades que funcionam como um “tubo de escape” emocional e físico.

14ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 14ª sessão

1º Objectivo - Activar a racionalização para impedir o desenvolvimento de uma emoção negativa.

2º Objectivo - Identificar comportamentos relacionados com uma vida saudável.

3º Objectivo - Sugerir e justificar os benefícios dos comportamentos saudáveis – exercício físico, actividades de lazer, etc.

15ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos da 15ª sessão

- 1º Objectivo - Desenvolver competências emocionais
- 2º Objectivo - Identificar em si as emoções.
- 3º Objectivo - Identificar nos outros as emoções.
- 4º Objectivo - Usar as emoções para facilitar o pensamento.
- 5º Objectivo - Compreender as emoções.
- 6º Objectivo - Regular a expressão das emoções no dia-a-dia.

16ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 16ª sessão

- 1º Objectivo – Saber lidar com pessoas difíceis.
- 2º Objectivo – Saber comunicar más notícias.

17ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 17ª sessão

1º Objectivo - Gerir emoções perante a morte dos utentes.

2º Objectivo – Reflectir sobre as tomadas de decisão ética da equipa prestadora de cuidados.

18ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos da 18ª sessão

1º Objectivo - Solicitar aos participantes uma reflexão sobre como podem utilizar na sua actividade profissional e no seu contexto de trabalho as aprendizagens veiculadas pelo programa de intervenção.

2º Objectivo - Solicitar aos participantes que reflectam sobre as fontes de *stress* que consideram transponíveis depois das aprendizagens do programa de intervenção.

3º Objectivo - Solicitar aos participantes que identifiquem fontes de *stress* que consideram intransponíveis, mesmo depois das aprendizagens do programa de intervenção.

4º Objectivo - Reflectir sobre as aprendizagens do programa de intervenção e de que forma estas podem contribuir para a mudança de atitudes e comportamentos.

Sessão de *follow-up* – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos da sessão de *follow-up*

1º - Aplicar o questionário MBI e explicar a pertinência desta aplicação.

2º - Reflectir sobre a necessidade do desenvolvimento de competências individuais e de competências relacionais.

3º - Avaliar o impacto do programa de intervenção na vida profissional três meses após a sua conclusão.

4º - Identificar estratégias individuais para prevenção do *burnout* desenvolvidas após a conclusão do programa de intervenção.

2ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos da 2ª sessão

1º Objectivo – Compreender como os participantes lidam com as preocupações e com as expectativas.

2º Objectivo – Identificar estratégias adoptadas pelos profissionais para a prevenção do *burnout*.

Desenvolvimento

1º Objectivo – Compreender como os participantes lidam com as preocupações e com as expectativas.

Metodologia

Adaptado de Seifert (2009)

O mediador deve solicitar ao grupo que se divida em três ou quatro sub-grupos, dependendo do número de participantes na formação. Nesta actividade o mediador deverá estabelecer como regra que os grupos não devem ser compostos pelas pessoas que se entrevistaram mutuamente na 1ª sessão. Esta regra permite diversificar as relações dentro do grupo (Seifert, 2009). Cada grupo terá acesso a uma folha de papel, que deverá ser dividida em duas: uma coluna para registar as preocupações e

outra para registar as expectativas em relação ao programa de intervenção e que factores consideram ser um obstáculo ao desenvolvimento do curso, já que poderia impedir o aproveitamento total da formação para prevenção do *burnout*. A formação dos sub-grupos para esta actividade tem como finalidade a interacção e a discussão em grupo, não se pretendendo que haja consenso. Todas as preocupações e expectativas de todos os elementos do sub-grupo devem ser registadas. O mediador deve fazer uma síntese das expectativas que os profissionais têm em relação à formação e valorizar o que vai ser tratado e o que não vai ser abordado.

Em relação às expectativas não abordadas no programa de intervenção para prevenção do *burnout*, o mediador deve comprometer-se com o grupo para sugerir outras formações e outro tipo de apoios. O formador deve alertar os profissionais que não devem ter expectativas irrealistas em relação à forma como vão ser ajudados a prevenir o *burnout*, uma vez que se trata de um fenómeno muito complexo e que envolve múltiplas variáveis.

Observações

Esta actividade vai permitir que os profissionais compreendam que têm preocupações que são comuns a outras pessoas com as quais trabalham, mas que nunca as partilharam. Com esta actividade os participantes vão ficando cada vez mais à vontade para participar nas actividades propostas.

Recursos materiais

Papel

Canetas

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 30 minutos

2º Objectivo – Identificar estratégias adoptadas pelos profissionais para a prevenção do *burnout*.

Metodologia

Adaptado de Seifert (2009)

O mediador deve solicitar aos profissionais de saúde que identifiquem individualmente as estratégias que adoptam para prevenir situações de *burnout*.

As adoptadas estratégias adoptadas e a frequência com que cada uma das estratégias surge no grupo deverão ser anotadas pelo mediador num quadro visível ao grupo.

No final da actividade o formador deverá discutir com o grupo as estratégias que são consideradas as mais eficazes.

Recursos materiais

Quadro

Marcador

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 30 minutos

Observações

Esta actividade permite ao formador ter uma noção das estratégias adoptadas pelos participantes para prevenir situações de *burnout*. O facto de serem discutidas em grupo, permite igualmente a partilha de experiências, e é mais uma forma do grupo se conhecer e interagir.

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

3ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 3ª sessão

1º Objectivo - Aplicar o questionário MBI e explicar a pertinência desta aplicação.

2º Objectivo - Desenvolver a confiança entre os profissionais de saúde.

3º Objectivo - Identificar os sintomas físicos, psicológicos e comportamentais de *burnout*.

4º Objectivo - Identificar os factores de risco que podem afectar a saúde dos profissionais de saúde.

Desenvolvimento

1º Objectivo - Aplicar o questionário MBI e explicar a pertinência desta aplicação.

Observações: pretende-se avaliar os factores de *burnout* no presente.

Tempo de duração da actividade - 20 minutos.

Recursos materiais

Sala com cadeiras.

Questionários MBI

Recursos humanos

Formador.

2º Objectivo -- Desenvolver a confiança entre os profissionais de saúde.

Metodologia

Explicar ao grande grupo que devem fazer pequenas equipas de acordo com as instruções que serão dadas. Assim que a equipa estiver formada devem dizer: “Equipa”.

As instruções poderão ser todas aquelas que o formador entender, uma vez que o objectivo é formar a equipa. Exemplos: “Formar equipas com duas pessoas”; “Formar equipas com a mesma cor de camisola”; “Formar equipas na qual o nº de irmãos é igual”. O grupo terá que cooperar uma vez que tem que fornecer informações aos outros participantes para formar as equipas.

Tempo de duração da actividade - 15 minutos.

3º Objectivo -- Identificar os sintomas físicos, psicológicos e comportamentais de *burnout*.

Metodologia

Apresentação com *powerpoint*.

Exposição teórica dos conteúdos programáticos do programa de intervenção, metodologias e objectivos.

Recursos materiais

Computador

Ecrã

Material teórico de apoio para o formador

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade - 30 minutos

4º Objectivo - Identificar os factores de risco que podem afectar a saúde dos profissionais de saúde.

Metodologia

Apresentação com *powerpoint*

Exposição teórica dos conteúdos programáticos do programa de intervenção, metodologias e objectivos.

Recursos materiais

Computador

Ecrã

Material teórico de apoio para o formador

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade - 30 minutos

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio à 3ª sessão

Maslach Burnout Inventory – Versão Portuguesa para Investigação (Fonseca, Carvalho, Campos, Vieira & Alves, 2006)

As frases seguintes dizem respeito ao seu trabalho e aos sentimentos que desenvolve face a esse trabalho.

Não existem respostas certas ou erradas. A sua resposta deverá expressar a sua experiência profissional.

Por favor, responda aos enunciados deste questionário de acordo com a seguinte escala:

0 – Nunca

1 – Algumas vezes por ano

2 – Todos os meses

3 – Algumas vezes por mês

4 – Algumas vezes por semana

5 – Pelo menos uma vez por semana

6 – Todos os dias

1. Sinto-me emocionalmente esgotado/a devido ao meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
2. Sinto-me exausto/a no final do meu dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
3. Logo que me levanto de manhã, sinto-me cansado/a sabendo que tenho de enfrentar um novo dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
4. Consigo entender facilmente o que sentem os meus doentes	0	1	2	3	4	5	6
5. Sinto que trato alguns dos meus doentes de forma impessoal	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabalhar com pessoas ao longo de todo o dia é um esforço excessivo para mim	0	1	2	3	4	5	6
7. Lido de forma eficaz com os problemas dos meus doentes	0	1	2	3	4	5	6
8. O meu trabalho deixa-me extenuado/a	0	1	2	3	4	5	6
9. Acho que influencio positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6

10. Sou mais insensível com as pessoas desde que tenho este trabalho	0	1	2	3	4	5	6
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6

12. Sinto-me cheio/a de energia	0	1	2	3	4	5	6
13. Sinto-me frustrado/a no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
14. Sinto que estou a trabalhar em demasia	0	1	2	3	4	5	6
15. Não me interessa verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabalhar directamente com pessoas causa-me demasiado <i>stress</i>	0	1	2	3	4	5	6
17. Consigo criar facilmente um ambiente relaxante na presença dos meus doentes	0	1	2	3	4	5	6
18. Sinto-me alegre após trabalhar de perto com os meus doentes	0	1	2	3	4	5	6
19. Com este trabalho consegui alcançar muitas coisas que valem a pena	0	1	2	3	4	5	6
20. Sinto que atingi o limite das minhas capacidades	0	1	2	3	4	5	6
21. No meu trabalho, lido de forma adequada com os problemas emocionais que surgem	0	1	2	3	4	5	6
22. Sinto que os meus doentes me culpam por alguns dos seus problemas	0	1	2	3	4	5	6

Muito obrigada pela sua colaboração

Material de apoio à 3ª sessão

RESUMO ESQUEMÁTICO DA SINTOMATOLOGIA DO *BURNOUT*

(adaptado de Benevides-Pereira, 2002)

São vários os sintomas que encontramos no síndrome de burnout e podem ser divididos em 4 grupos físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos.

As causas e os sintomas da síndrome não são universais, pois dependem das características da pessoa, das circunstâncias, dos contextos e do grau.

SINTOMAS FÍSICOS	SINTOMAS PSÍQUICOS
Fadiga constante e progressiva	Falta de atenção e de concentração
Distúrbios do sono	Alterações da memória
Dores musculares e osteo-articulares	Lentificação do pensamento
Cefaleias	Sentimento de alienação
Perturbações gastro-intestinais	Sentimento de solidão
Imunodeficiência	Impaciência
Transtornos cardio-vasculares	Baixa auto-estima
Distúrbios do sistema respiratório	Labilidade emocional
Disfunções sexuais	Astenia
Alterações do ciclo menstrual	Desânimo
	Desconfiança, paranóia

SINTOMAS COMPORTAMENTAIS	SINTOMAS DEFENSIVOS
Negligência ou excesso de escrúpulos	Tendência para o isolamento
Irritabilidade	Sentimento de onnipotência
Aumento da agressividade	Perca de interesse pelo trabalho
Incapacidade para relaxar	Perca de interesse pelo lazer
Resistência à mudança	Absentismo
Perda de iniciativa	Ironia
Aumento do consumo de substâncias	Cinismo
Comportamento de alto risco	
Suicídio	

Aspectos facilitadores para o aparecimento de *burnout*. (adaptado de Benevides-Pereira, 2002)

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS	CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO
Idade	Tipo de ocupação
Sexo	Tipo de profissão
Nível educacional	Tempo na instituição
Filhos	Trabalho por turnos
Personalidade	Sobrecarga
Nível de resiliência	Relacionamento entre a equipa
Padrões de personalidade tipo A	Assédio moral
Variáveis do self	Relação profissional-utente
Estratégias de enfrentamento	Ambiguidade de papel
Neuroticismo	Suporte organizacional
Perfeccionismo	Satisfação

Sentido de coerência	Nível de autonomia e controle
Motivação	Pressão
Idealismo	Possibilidade de progressão
	Conflito com valores pessoais
	Falta de feed-back

CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS	CARACTERÍSTICAS SOCIAIS
Ambiente físico	Suporte social
Mudanças organizacionais	Suporte familiar
Normas institucionais	Cultura
Clima	Prestigio
Burocracia	
Comunicação	
Recompensas	
Segurança	

4ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 4ª sessão

1º Objectivo - Apresentar a prevalência do *stress* e do *burnout* ocupacional na Europa e em Portugal no contexto dos profissionais de saúde.

2º Objectivo - Desenvolver um exercício que permita aos participantes reflectir e anotar experiências de *stress* que já tenham vivido no seu contexto de trabalho.

3ª Objectivo – Explicar as vantagens de uma respiração eficaz.

4 Objectivo – Treinar técnicas de respiração.

Desenvolvimento

1ª - Apresentar a prevalência do *stress* e do *burnout* ocupacional na Europa e em Portugal no contexto dos profissionais de saúde.

Metodologia

Apresentação com *powerpoint*

Exposição teórica dos conteúdos programáticos do programa de intervenção, metodologias e objectivos.

Recursos materiais

Computador

Ecrã

Material teórico de apoio para o formador

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade - 30 minutos

2º - Objectivo - Desenvolver um exercício que permita aos participantes reflectir e anotar experiências de *stress* que já tenham vivido no seu contexto de trabalho.

Metodologia

Exercício 1 :

- pedir aos participantes que pensem individualmente durante 5 minutos sobre os factores de *stress* que tenham vivenciado no seu contexto de trabalho;
- pedir aos participantes que anotem na folha entregue pelo formador os sintomas vivenciados de acordo com a estrutura: sintomas físicos, sintomas cognitivos, sintomas emocionais, sintomas comportamentais e sintomas sociais.
- recolher as folhas com as anotações de forma a manter o anonimato;

- num quadro com a estrutura orientadora da respostas dos participantes semelhante, anotar em cada categoria as diferentes respostas.

Tempo de duração da actividade - 30 minutos.

Recursos materiais

Sala com cadeiras.

Computador.

Questionários trabalhados pelo formador.

Recursos humanos

Formador.

3ª Objectivo – Explicar as vantagens de uma respiração eficaz.

Metodologia

Método expositivo – O mediador deve expor de uma forma sucinta as vantagens de uma respiração eficaz e os benefícios desta para o controle de situações indutoras de *stress*.

Recursos materiais

Textos de apoio do formador

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 15 minutos

4ª objectivo - Treinar técnicas de respiração

Procedimento

Os participantes devem deitar-se no chão com os joelhos dobrados, a planta dos pés apoiada no chão e pés os afastados um do outro, 20 a 30 centímetros. As mãos devem ser colocadas, uma no abdómen e outra no tórax. O ar deve ser inspirado lentamente fazendo o tórax e o abdómen elevar-se. A mão que está no tórax deve fazer uma ligeira pressão e a que está no abdómen leve ser aliviada. Na expiração o ar deve sair lentamente, pressionando ligeiramente com a mão que está no abdómen e a que está no tórax leve ser aliviada. Após a realização deste procedimento tantas quantas as que o participante considerar necessárias para tomar consciência dele, o exercício deve ser feito novamente sem o auxílio das mãos.

As inspirações e expirações devem ser profundas e lentas, mas ao ritmo de cada um. O que se pretende é que o abdómen distenda aumentando de volume a cada inspiração e relaxe diminuindo de volume a cada expiração. As inspirações devem ser feitas pelo nariz e as expirações pela boca.

Recursos materiais

Colchões

Recursos humanos

Formador

Observações

Este exercício permite aos participantes ter consciência da sua própria respiração, a forma como a podem controlar e os benefícios de sentem com esse controlo.

Tempo de duração da actividade – 30 minutos

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação do questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

5ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 5ª sessão

1º - Objectivo - Praticar competências assertivas em situações que aumentam os níveis de *stress*.

2º - Objectivo - Mostrar que os níveis de *stress* podem estar relacionados com as escolhas pessoais.

3º - Objectivo - Aprender a dizer “não”.

4º - Objectivo - Aprender a pedir tempo.

5º Objectivo – Apresentar as vantagens da musicoterapia para a prevenção do mal-estar provocado por situações stressoras.

6º Objectivo – Entregar aos participantes textos de apoio sobre assertividade.

Desenvolvimento

1º - Objectivo - Praticar competências assertivas em situações que aumentam os níveis de *stress*.

Adaptado de Seifert (2009).

Actividade 1

O mediador deve introduzir esta actividade explicando que muitas situações que conduzem ao *stress* estão associadas à nossa incapacidade de dizer “Não”.

1ª Fase da actividade - 1 – Ajudar a compreender que as opções e as decisões tomadas em certas situações são factores indutores de *stress* e de *burnout*.

2ª Fase da actividade 1 – Aprender técnicas assertivas relacionadas com a opção de dizer “Não”.

Organizar os participantes em sub-grupos de três a quatro pessoas e distribuir a cada elemento do sub-grupo o texto de apoio - Factores de *stress*.

Permitir que se faça uma leitura rápida e perguntar relativamente aos direitos, o que consideram mais fácil e mais difícil de aplicar no seu contexto de trabalho.

Distribuir o texto de apoio - Situações Stressantes e solicitar que os participantes escrevam numa folha respostas às seguintes questões:

- a) Que tipo de *stress* os afecta pelo facto de não valorizarem os seus direitos?
- b) Que tipo de *stress* os afecta pelo facto de não valorizarem as técnicas da assertividade?
- c) Que vantagens encontram na afirmação dos direitos assertivos na sua vida profissional?

Após esta actividade redistribuir os participantes para que se formem pares, para discutir o que fizeram no sub-grupo, relativamente às situações stressantes.

Solicitar aos participantes que voltem a reunir-se no grande grupo (sessão plenária de acordo com Seifert, 2009) e pedir para ler o texto de apoio - Técnicas assertivas para superar o *stress*. Explicar cada uma das competências e técnicas mencionadas.

Pedir aos participantes que refiram uma situação da sua vida profissional onde gostaria de praticar dizer “Não” e uma situação onde gostariam de “Pedir mais tempo”. Referir que esta situação vai ser praticada com outros elementos do grupo.

Pedir a cada elemento que faça uma apresentação sintetizada da situação que escolheu, uma vez que ajuda a visualizar o que se vai trabalhar.

Para os participantes que tiverem dificuldade em escolher uma situação real do seu local de trabalho, ajudar com o texto de apoio - Aprender a dizer “Não”. O formador solicita ao grupo que se divida em sub-grupos com três elementos, para praticarem a situação que mencionaram e que consideram importante ser trabalhada. Cada sub-grupo terá um executante, um interlocutor e um observador. Os papéis mudam para que todos possam praticar a técnica. Todos os participantes devem praticar até se sentirem confortáveis com a resposta.

Observações

Esta actividade será desenvolvida para ajudar os profissionais a compreender que aceitar ou recusar solicitações profissionais ou pessoais, é uma opção. Com o desenvolvimento desta actividade os participantes aprenderão competências assertivas, que os ajudarão a controlar os níveis de *stress* e a prevenir o *burnout* (Seifert, 2009).

Tempo de duração da actividade – 45 minutos

Recursos materiais

Texto de apoio – Factores de *stress*.

Texto de apoio – Situações de *stress*

Texto de apoio – Técnicas assertivas para superar o *stress*

Texto de apoio – Aprender a dizer “Não”

Ficha de trabalho – Aprender a dizer “Não”

Quadro

Papel

Canetas

Marcador

Recursos humanos

Formador.

Explorar a actividade

Perante o grande grupo, em sessão plenária, solicitar que sejam respondidas as seguintes questões:

- O que os participantes aprenderam com a execução da técnica?
- Que benefícios identificam para o seu relacionamento com os outros por em prática os direitos assertivos?
- Pedir aos participantes que assumam o compromisso de exercitar alguns aspectos aprendidos com a sessão.

Tempo de duração da actividade – 30 minutos

5º Objectivo – Apresentar as vantagens da musicoterapia para a prevenção do mal-estar provocado por situações stressoras.

Metodologia

O mediador fará uma exposição sucinta sobre as vantagens da música no bem-estar em geral. Esta informação poderá ser retirada da Parte II, do enquadramento às metodologias do programa de intervenção, que consta nesta tese.

Em seguida colocará uma música que reenvie para situações de tranquilidade. De acordo com a Associação Portuguesa de Musicoterapia que consultámos, a escolha da música depende do objectivo da sessão e dos participantes do grupo.

O formador deve tentar obter informações sobre os gostos pessoais dos participantes sobre música e acordar um tipo de música a ser utilizado numa futura sessão. O formador deve incentivar os participantes ao uso desta estratégia para prevenção do *stress* de uma forma autónoma, mas consciente e intencional.

Recursos materiais

Aparelho de som

CD seleccionados pelo formador

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 20 minutos

6º Objectivo – Entregar aos participantes textos de apoio sobre assertividade.

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio à 5ª sessão

Adaptado de Seifert, L. (2009)

Texto de Apoio – Factores de Stress

Factores de stress

A incapacidade para dizer “Não” e para “solicitar mais tempo” para realizar tarefas ou para pensar, é um indutor de stress e de burnout. Não saber dizer “Não”, leva as pessoas a fazer o que não querem ou não estão preparadas para o fazer e a consequência desta situação é um aumento de ansiedade e do stress que tem consequências negativas para o bem-estar do indivíduo.

Obstáculos ao stress

Interiorizar os direitos

- 1 – Tenho o direito de definir os meus próprios limites, atender às necessidades e dizer “Não”.
- 2 – tenho o direito de pedir tempo para pensar, antes de dizer se concordo ou discordo de uma decisão.
- 3 – Tenho o direito de reconsiderar e mudar de ideias.

Treino das técnicas

- 1 – Aprender a dizer “Não”.
- 2 – Pedir tempo para pensar melhor no assunto.
- 3 – Mudar de ideias.

Material de apoio à 5ª sessão

Adaptado de Seifert, L. (2009)

Texto de Apoio – Situações Stressantes

Dizer “Não”

No local de trabalho

- 1 – Pensar numa situação do contexto de trabalho que aumentam os níveis de ansiedade e de stress, por responder “Sim”, quando se quer responder “Não”.
- 2 – Pensar nas razões que levam a responder “Sim” e quais as vantagens dessa situação.
- 3 – Pensar nos benefícios de dizer “Não”.

Na vida pessoal

- 1 – Pensar nas razões de responder “Sim” a uma situação, quando quer dizer “Não”.
- 2 - Pensar nos benefícios de dizer “Não”.

Pedir tempo para pensar

- 1 – Pensar em que situações profissionais pode obter vantagens e diminuir o stress pelo facto de pedir mais tempo para pensar ou realizar uma actividade.

Material de apoio à 5ª sessão

Adaptado de Seifert, L. (2009)

Texto de apoio – Técnicas assertivas para superar o stress

Dizer “Não”

1 – Prever os resultados

Identificar as sensações negativas pelo facto de dizer “Sim” quando quer dizer “Não”.

Identificar as situações em que se quer dizer “Não”.

Definir o resultado que quer obter ao dizer “Não”.

Definir alternativas caso a resposta “Não” não tenha sucesso.

2 – Manter uma atitude positiva

Reconhecer o direito: Tenho o direito de definir os meus próprios limites, atender às minhas necessidades e dizer “Não”.

3 – Ser claro e específico

Dizer “Não” ou “Não quero”.

4 – Acompanhar a resposta com uma linguagem corporal assertiva

Voz firme e contacto visual seguro.

5 – Mostrar empatia

Mostrar que compreende a perspectiva da outra pessoa, mas que a resposta ao solicitado só poder Dizer “Não” ou “Não quero”.

6 – Utilizar a técnica do disco riscado

Repetir a recusa sempre que o pedido for insistente.

7 – Estabelecer um compromisso viável

Mostrar que deseja que a situação se resolva e que a recusa tem que ver com o pedido feito e não com a pessoa que o pede. Propor soluções alternativas.

8 – Mostre os benefícios da resposta “Não”.

Caso ceda ao pedido mais tarde, terá mais disponibilidade para o concretizar.

9 – Questionar de forma assertiva

Questionar sobre o que pode ser feito até haver possibilidade de responder “Sim”.

Pedir tempo

1 – Reconhecer o direito – Tenho o direito de pedir tempo para pensar, antes de dizer se concordo ou discordo de uma decisão.

2 – Ser claro e concreto, respondendo de forma assertiva que precisa de tempo para dar uma resposta ou tomar uma decisão.

Material de apoio à 5ª sessão

Adaptado de Seifert, L. (2009)

Texto de apoio – Aprender a dizer “Não”

Sugestão para quando os participantes têm dificuldade em lembrar-se de uma situação para trabalhar na sessão.

Dizer “Não”:

- 1 - Quando o chefe pede para focar até mais tarde.
- 2 – Quando um colaborador está sempre a pedir para sair mais cedo.
- 3 – Quando um colaborador pede para a instituição lhe pagar um curso que não tem benefícios directos para o trabalho que realiza.
- 4 – Quando um colaborador pede para concluir um trabalho que lhe foi delegado.
- 5 – Quando é solicitado a fazer um trabalho menor que ninguém quer só porque é o mais novo da equipa.

Esta lista serve para lembrar situações reais.

Material de apoio à 5ª sessão

Adaptado de Seifert, L. (2009)

Ficha de trabalho – Aprender a dizer “Não”

1 – Descrever de forma sucinta as situações do contexto de trabalho onde gostaria de dizer “Não” de forma assertiva.

2 – Escolher as técnicas mais adequadas para a situação:

- a) Expor - dizer o que sente, ao dizer “Não”.
- b) Ser específico – dizer “Não” ou “não quero”.
- c) Propor uma alternativa.
- d) Mostrar empatia pela outra pessoa. A recusa está no pedido e não na pessoa.
- e) Apresentar uma razão para o “Não” se entender necessário.
- f) Agradecer a compreensão.

Material de apoio à 5ª sessão

Lista de direitos assertivos para distribuir aos participantes no programa de intervenção.

Tabela de direitos assertivos (Azevedo, 1996; Castanyer, 2002)

- 1 – O direito a ser tratado com respeito e dignidade.
- 2 – O direito a ter e expressar sentimentos e opiniões próprias.
- 3 – O direito de ser escutado e levado a sério.
- 4 – O direito a julgar as minhas necessidades, estabelecer as minhas prioridades e tomar as minhas próprias decisões.
- 5 – O a dizer NÃO sem sentir culpa.
- 6 – O direito a pedir o que quero, consciente de que o meu interlocutor tem o direito a dizer NÃO.
- 7 – O direito de mudar.
- 8 – O direito de cometer erros.
- 9 – O direito de pedir informação e de ser informado.
- 10 – O direito de obter aquilo que paguei.
- 11 – O direito a decidir não ser assertivo.
- 12 – O direito a ser independente.
- 13 – O direito a decidir o que fazer com os meus bens, corpo, tempo etc. desde que não viole os direitos dos outros.
- 14 – O direito a ter êxito.
- 15 – O direito a gozar e a desfrutar.
- 16 – O direito ao meu cansaço e isolamento, sendo assertivo.
- 17 – O direito a superar-me, ainda que superando os outros.

Material de apoio à 5ª sessão

De acordo com vários autores (Lloyd, 1988; Seifert, 2009) uma **Filosofia Assertiva**, inclui as seguintes afirmações:

- 1 – Reconheço que todos praticamos bem os hábitos da comunicação e as atitudes tradicionais que apoiam e defendem esses hábitos.
- 2 – Aceito os hábitos de comunicação dos outros como um facto.
- 3 – Hei-de manter uma comunicação assertiva e uma atitude de ganhar-ganhar apesar dos outros susterem estilos passivos ou agressivos.
- 4 – Entendo que as pessoas só mudam quando entendem mudar.
- 5 – Escolho meu próprio padrão de comunicação em vez de reagir ao dos outros.
- 6 – Sei que os outros são diferentes de mim e qualquer tipo de pessoa é correcto.
- 7 – Assumo a responsabilidade dos meus sentimentos, pensamentos, opiniões e comportamentos.
- 8 – Concordo que cada relação envolve 50% da responsabilidade de êxito ou fracasso por parte de cada individuo.
- 9 – Sei que ser passivo e agressivo faz parte do ser humano.
- 10 – sei que toda a escolha assertiva impede uma escolha passiva ou agressiva e aumenta a probabilidade de sucesso no trabalho e em casa.

Material de apoio à 5ª sessão

Lista dos meus direitos como pessoa (Seifert, 2009).

- 1 – Tenho o direito de ser tratado com respeito, como ser humano igual, independentemente do modo como são vistos o meu estatuto ou o meu papel na vida.
- 2 – Tenho o direito de determinar quais são as minhas necessidades e de pedir o que preciso.
- 3 – Tenho o direito de estabelecer os meus próprios limites, olhar pelas minhas necessidades e dizer “não”.
- 4 – Tenho o direito de expressar os meus sentimentos e opiniões.
- 5 – Tenho o direito de pedir tempo para pensar, antes de concordar, discordar ou tomar uma decisão.
- 6 – Tenho o direito de tomar as minhas próprias decisões.
- 7 – Tenho o direito de reconsiderar e mudar de ideias.
- 8 – Tenho o direito de dizer “não percebo” e de pedir esclarecimentos ou ajuda.
- 9 – Tenho o direito de cometer erros, sem me sentir culpado ou me fazerem sentir ridículo.
- 10 – Tenho o direito de defender os meus próprios valores.
- 11 – Tenho o direito de ser ouvido quando falo.
- 12 – Tenho o direito de recusar responsabilizar-me pelos problemas dos outros, se for essa a minha opção.
- 13 – Tenho o direito de definir os meus próprios objectivos de vida e lutar pela realização das minhas expectativas, em alternativa aos objectivos e expectativas que outros definam para mim.
- 14 – Tenho o direito de me relacionar com pessoas, sem ficar dependente da sua aprovação.

Material de apoio à 5ª sessão

Lista de responsabilidades em relação aos direitos (Seifert, 2009)

- 1 – Reconheço que para além de direitos, tenho responsabilidades.
- 2 – Não tenho o direito de ultrapassar os direitos dos outros.
- 3 – Considero que os outros têm os mesmos direitos que eu.

Material de apoio à 5ª sessão

Lista dos direitos pessoais no trabalho (Seifert, 2009)

- 1 – Tenho o direito a ser tratado com respeito, independentemente da minha posição ou estatuto.
- 2 – Tenho o direito de dizer “não” a pedidos que considero pouco razoáveis ou que penso não poder satisfazer.
- 3 – Tenho o direito de pedir tempo extra para terminar uma tarefa.
- 4 – Tenho o direito de pedir tempo extra para ponderar qualquer tarefa.
- 5 – Tenho o direito de ser consultado sobre os assuntos que me afectam ou que afectam o meu pessoal.
- 6 – Tenho o direito de ser ouvido pelo meu chefe, os meus colaboradores e os meus colegas.
- 7 – Tenho o direito de, por vezes, errar.
- 8 – Tenho o direito de pedir conselhos e ajuda.
- 9 – Tenho o direito à formação e à oportunidade de desenvolver as minhas competências actuais e de adquirir novas capacidades.

10 – Tenho o direito a receber créditos e reconhecimento pelas minhas realizações no trabalho.

11 – Tenho o direito de cuidar de mim e de ausentar-me por doença ou por luto, sem ser culpabilizado ou pressionado por isso.

12 – Tenho o direito de fazer críticas construtivas aos meus colaboradores acerca do seu desempenho e comportamento.

13 – Tenho o direito de realizar todo o meu potencial.

Material de apoio à 5ª sessão

Lista das ideias irracionais de Ellis (1980) adaptado por Castanyer (2002):

- 1 – O ser humano tem necessidade de ser querido por toda a gente.
- 2 – A pessoa tem que ser muito competente e capaz de resolver todas as situações para se considerar necessária e útil.
- 3 – Há gente má e desprezível que deve ter o que merece.
- 4 – É horrível que as coisas não aconteçam exatamente como nós gostaríamos.
- 5 – A desgraça humana é devida a causas exteriores e é impossível ou quase impossível controlar os desgostos e as contrariedades.
- 6 – Se alguma coisa é ou pode vir a ser perigosa ou temível, é necessário preocuparmo-nos muito e projectar constantemente a possibilidade de isso acontecer.
- 7 – Algumas dificuldades ou responsabilidades pessoais são mais fáceis de evitar do que as enfrentar.
- 8 – As pessoas precisam sempre de alguém mais forte do que elas em quem possam confiar.
- 9 – Um acontecimento passado tem uma importância determinante no comportamento presente, porque se alguma coisa nos afecta muito, continuará a afectar-nos indefinidamente.
- 10 – Devemos estar permanentemente preocupados com os problemas dos outros.

6ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 6ª sessão

1º - Objectivo – Desenvolver a técnica dos cinco EU da comunicação assertiva.

2º Objectivo – Utilizar a reestruturação cognitiva para o desenvolvimento da assertividade.

3º Objectivo – Treinar o riso.

Desenvolvimento

1º - Objectivo – Desenvolver a técnica dos cinco EU da comunicação assertiva.

Metodologia

Adaptado de Azevedo (1999)

Actividade - Técnica dos 5 EU

Esta técnica apresenta uma forma de organização da comunicação assertiva. É uma técnica objectiva que coloca a tónica no EU e que permite clarificar pensamentos e sentimentos, mesmo em situações de interacção onde a comunicação assertiva tem

menos sucesso. Esta é uma técnica que permite ajudar estilos de comunicação passivos.

A técnica dos 5 EU, permite num processo de comunicação, distinguir os factos reais, as opiniões acerca dos factos, a vontade e a finalidade das intervenções, dos pedidos e das afirmações. A afirmação de EU SINTO, permite dar destaque aos sentimentos, sem os misturar com outros aspectos que muitas vezes levam aos conflitos.

Esta actividade deve ser realizada individualmente e depois exposta ao grupo.

EU SINTO

Permite ao interlocutor exprimir o que está a sentir acerca da situação. É a apresentação ou a referência a uma emoção ou um sentimento específico. Este estilo de comunicação atribui responsabilidade ao próprio e ao que sente, uma vez que se centra em quem fala.

Exemplos:

Assertivos – “Sinto-me aborrecido sempre que a sala de trabalho está com o material fora do sítio”.

Não assertivo – “A vossa desarrumação é assustadora”.

EU VEJO

Esta actividade efere-se a uma comunicação clara e objectiva de uma situação, sem juízos de valor e sem opiniões e faz referência aos sentidos: ver, ouvir, tocar, provar e cheirar. Um interlocutor que seja confrontado com uma observação neutra e objectiva, tem menos possibilidade de negar a situação concreta.

Exemplos:

Assertivos – “Esta sala de trabalho tem muito material fora do lugar”.

Não assertivos – “Esta sala de trabalho está a maior confusão”.

EU PENSO

Comunicação onde o interlocutor interpreta uma determinada situação. Esta expressão pode ser substituída por: EU CREIO, EU SUPONHO, EU IMAGINO.

Numa comunicação assertiva a utilização da expressão EU PENSO, está a dar a possibilidade de surgirem outras interpretações. De forma indirecta esta expressão corresponde a solicitar a opinião ou a manifestação dos sentimentos dos outros.

Exemplos:

Assertivos – “Eu penso que o colega desconhecia essa situação”.

EU QUERO

Em processos de comunicação quem fala quer alguma coisa logo, é importante clarificar o que se pretende.

Exemplos:

Assertivo – “Quero conversar convosco acerca da desarrumação da sala onde trabalham”.

Não assertivo – “Nunca mais quero ver esta sala desarrumada”.

EU PRETENDO

O interlocutor exprime com objectividade a finalidade dos seus actos ou pensamentos. Tal permite clarificar os aspectos apenas relacionados com o diálogo e não com outras situações. Uma comunicação assertiva implica antecipação de situações.

Exemplos:

Assertivo – “Eu pretendo reunir-me com a equipa para conversarmos acerca da sala de trabalho”.

Treino da técnica

Formular frases que contenham sempre o pronome pessoal EU e um verbo ilustrativo do que se quer fazer ou dizer.

Eu vejo – descrever.

Eu penso – opinar.

Eu sinto – exprimir emoções.

Eu quero – transmitir decisões e vontade.

Eu pretendo – exprimir finalidades.

1 - Identificar uma situação que tenha vivido ou que se preveja que vai acontecer.

Escrever a mensagem que se transmitiu ou que se queira transmitir. Estruturar a comunicação utilizando a técnica dos 5 EU.

2 – Exemplo de situações para trabalhar:

a) O enfermeiro chefe do serviço atribui nesse turno uma actividade de menor importância, retirando-o de uma prestação de cuidados a um doente que gostaria de ter realizado e que tem conhecimentos e competência para a realizar. Quer manifestar-lhe o seu descontentamento, por ter sido retirado deste cuidado directamente relacionada com a sua actividade profissional e por ter coartado a sua autonomia.

b) Um médico reclama a responsabilidade por um doente. Reconhece que não tem experiência para assumir uma situação clínica tão complexa.

Observações

As expressões EU PENSO, EU QUERO e EU SINTO são afirmações pessoais e as expressões EU VEJO e EU PRETENDO estabelecem uma ligação com o interlocutor.

O desenvolvimento desta técnica permite manter uma comunicação assertiva, onde não há ambiguidades nem confusões, porque se separa o que é uma opinião, um facto, um sentimento, uma vontade e uma finalidade.

Em contexto profissional deve ser usada mais vezes a expressão EU SINTO, pois é habitualmente desvalorizada. Esta constatação leva muitas vezes a conflitos desnecessários.

Tempo de duração da actividade - 30 minutos

Recursos materiais

Papel

Canetas

2º Objectivo – Utilizar a reestruturação cognitiva para o desenvolvimento da assertividade.

Metodologia

Adaptado de Castanyer (2002).

Actividade 1 - Consciencialização do impacto que as crenças têm no nosso comportamento. As crenças são aspectos emocionais que se enraízam no comportamento dos indivíduos desde idades muito precoces e que se transformam em pensamentos irracionais. Estes pensamentos tornam-se automáticos e perante situações percebidas como problemáticas, criam uma sensação emocional de mal-estar. As crenças racionais e irracionais podem estar presentes numa mesma pessoa.

Segundo os autores da psicologia cognitiva são as crenças que nos levam a ter uma determinada percepção do mundo, da realidade e dos acontecimentos, e que nos levam a reagir de uma determinada forma (Castanyer, 2002).

Esta fase é apoiada por uma exposição teórica sobre a temática da assertividade, podendo utilizar-se quaisquer meios para facilitar a compreensão do que se pretende que os profissionais façam. Apresentar a lista de ideias irracionais de Ellis, e a lista dos direitos assertivos.

Actividade 2 - Fazer registos dos pensamentos sempre que se sente emocionalmente desconfortável, como forma de os tornar conscientes. Não se pretende com estes registos que os pensamentos sejam correctamente elaborados, mas sim que sejam registadas as sensações do momento o que corresponde ao registo de um pensamento automático. No início é possível que haja alguma dificuldade na selecção dos

registos, mas com prática é possível separar o essencial do acessório. Por exemplo: a sensação de um colega ter sido menos simpático num determinado dia pode ser associado a um pensamento automático de que aquele comportamento tem que ver com uma determinada acção menos correcta que fez, e isso provoca desconforto e alguns temores.

Os registos devem ser analisados e comentados em todas as sessões após a aplicação desta actividade. O objectivo é determinar que consciência têm os profissionais relativamente aos seus pensamentos quando se sentem mal perante uma determinada situação ou pessoa.

Cada participante deve ser estimulado a responder à seguinte questão: “sinto-me mal ou desconfortável” perante determinada situação. A partir daqui o profissional deve registar em colunas o que sente e pensa, tendo em conta os seguintes aspectos: qual a situação que provocou o mal-estar, a tristeza ou o desconforto, o comportamento associado, o pensamento formulado e o sintoma físico associado.

Actividade - 3 - Analisar os pensamentos registados e identificar a ideia irracional que está presente em cada um deles. Muitas vezes os pensamentos automáticos surgem porque cada pessoa tem várias crenças irracionais enraizadas. Ao analisarmos vários pensamentos automáticos, podemos identificar as ideias irracionais subjacentes a eles. É importante que cada uma dos profissionais tenha consciência se a sua vida é prejudicada por estas ideias irracionais e se elas o levam a tirar conclusões erradas. Em seguida analisa-se a lógica das crenças irracionais mais utilizadas e a forma de as substituir.

Nesta actividade é necessário que o formador esteja preparado para compreender que o profissional pode demorar algum tempo. Tal acontece porque é difícil substituir ideias irracionais enraizadas por ideias racionais e com lógica (Castanyer, 2002).

Actividade - 4 - Encontrar pensamentos racionais alternativos aos irracionais substituindo os pensamentos que prejudicam a atitude do participante por pensamentos racionais e lógicos. O objectivo desta fase é substituir os pensamentos irracionais e que provocam sofrimento, por pensamentos realistas. É importante que o formador tenha preparação para adaptar os argumentos positivos a cada pessoa e que não uniformize esta técnica. É fundamental reflectir sobre o sucesso e o insucesso da aplicação prática dos vários argumentos e encontrar sempre outros argumentos que possam convencer o profissional. Deve ser feita uma lista dos argumentos considerados realista e que obtiveram sucesso, para que o participante possa usar sempre que estiver numa situação problemática que lhe provoque mal-estar.

Esta fase deve ser feita fora das sessões, e não é uma fase de aprendizagem ou de memorização dos pensamentos racionais, mas sim um momento em que se estimula a pessoa a procurar pensamentos válidos para ela.

Actividade - 5 - Nesta última fase insiste-se na aplicação prática dos argumentos seleccionados na vida quotidiana. É importante que o formador esclareça os participantes de que é possível não conseguir seguir a técnica nas suas primeiras aplicações, uma vez que os pensamentos automáticos surgiram de uma forma

espontânea e não controlada. Por conseguinte é necessário que haja motivação e persistência.

Após ultrapassar esta fase com sucesso os profissionais deverão ser capazes de elaborar pensamentos alternativos de forma automática. Nos registos não devem surgir os pensamentos irracionais, mas sim os resultados obtidos da aplicação da técnica. Nesta última fase a reestruturação cognitiva, ajudará a desenvolver competências sociais objectivas e eficazes para a manutenção de um comportamento assertivo.

Recursos materiais

Folha para registos

Canetas

Recursos humanos

Formador

Observações

Powel e Enright (1990) consideram que uma das estratégias mais importantes para gerir o ciclo de *stress* e prevenir situações de *burnout*, é desenvolver o treino de assertividade. Os processos de comunicação vão condicionar as relações interpessoais e estas vão influenciar o bem-estar ou mal-estar dos profissionais e neste sentido a assertividade é facilitadora.

Tempo de duração da actividade – 45 minutos

3º Objectivo – Treinar o riso.

Metodologia

Adaptado de Robinson (1991)

Actividade 1 – O formador deve solicitar aos participantes que riam de forma teatral e sonora, mesmo sem ter motivo para tal.

Actividade 2 – O formador deve solicitar aos participantes a execução de um trabalho de casa, que será apresentado numa outra sessão. O trabalho pretende que cada um dos participantes treine as suas capacidades humorísticas.

Para que qualquer pessoa seja um humorista, deve seguir os seguintes passos:

1 – Cada um dos participantes deve seleccionar o estilo de humor que mais lhe agrada e que julga conseguir desenvolver melhor. Estes estilos podem ser: irónico, palhaço, espirituoso, etc. A seguir, vem a pesquisa de informações sobre o estilo que escolheu, sendo que o participante terá de estudar e praticar.

2 – Organizar informações relativas a anedotas, situações com humor que se tenham vivenciado ou observado, registar expressões e anedotas apresentadas por outras pessoas, registar situações divertidas vistas na televisão ou lidas em jornais.

3 – Criar o seu próprio estilo a partir do que aprendeu com a recolha que fez. Contar anedotas, contar experiências divertidas em situações sociais, alterar anedotas ou histórias divertidas dando um cunho pessoal e inventar histórias e anedotas.

Observações

O humor é uma estratégia que pode e deve ser usada pelos profissionais de saúde para suscitar bem-estar, sempre que é usado com critério, de forma consciente e com bom senso. O humor manifestado através do comportamento do riso aumenta a quantidade de oxigénio inalado, pelo aumento da frequência respiratória e circulatória, ajuda a relaxar os músculos e fortalece o sistema imunitário.

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 25 minutos

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

7ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 7ª sessão

1º Objectivo - Desenvolver estratégias para a confiança no trabalho em equipa.

2º Objectivo - Desenvolver estratégias para a gestão do tempo.

3º Objectivo - Determinar o tipo de organização pessoal.

Desenvolvimento

1º Objectivo - Desenvolver estratégias para a confiança no trabalho em equipa.

Metodologia

Adaptado de Lencioni (2009).

Lencioni (2009) apresenta várias sugestões para a compreensão dos cinco desafios apresentados por uma equipa e a forma de os ultrapassar. Assim, apresentaremos de uma forma resumida as suas propostas.

Desafio nº1 – Os elementos da equipa não confiam uns nos outros. O objectivo é fazer com haja confiança no funcionamento da equipa. Lencioni (2009) considera que sem confiança o trabalho de uma equipa é inviável. Na construção de uma equipa a confiança deve estar na base de todos o processo. Cada elemento deve

sentir-se confortável por mostrar a sua vulnerabilidade, entendida como problemas de relacionamento interpessoal, necessidade de fazer pedidos de ajuda, capacidades menos desenvolvidas e erros cometidos. Equipas em que os seus elementos perdem muita energia a autopropor-se não usam essa energia para atingir os objectivos das suas actividades.

Quando os elementos de uma equipa têm confiança uns nos outros pedem ajuda quando necessitam, admitem que cometeram erros, aceitam críticas construtivas e sugestões relacionadas com o seu trabalho, dão feed-back do desempenhos dos outros elementos, admiram as competências e a experiencia dos outros, valorizam o tempo e investem-no em assuntos importantes, pedem desculpa e aceitam a dos outros.

As propostas de trabalho para desenvolver a confiança entre os elementos de uma equipa são:

Exercício 1 – Contar histórias pessoais

Este exercício tem como objectivo fazer com que todos os elementos, de uma forma sequenciada e com a participação de todos, respondam a questões simples como: o estado civil, a cidade onde nasceu, actividades desportivas preferidas, mesmo que não as pratique, *hobbies*, características ou histórias engraçadas de infância, outros locais onde já trabalharam. Este exercício pretende atribuir uma identidade pessoal a cada pessoa, para além da identidade profissional, tornando as pessoas mais próximas umas das outras. Lencioni (2009) refere que mesmo após muitos anos a trabalhar juntos, os elementos de uma equipa sabem muito pouco acerca da vida das

pessoas com quem trabalham. Este exercício mostra como pequenas informações sobre cada um dos elementos pode derrubar obstáculos criados ao longo do tempo.

Exercício 2 – Eficácia da equipa

Neste exercício todos os elementos devem participar e referir um aspecto importante de cada elemento para a dinâmica da equipa, e um aspecto que devem corrigir ou eliminar. Este exercício é útil para que a equipa aprenda a fazer críticas construtivas.

Desafio nº 2 – Os elementos da equipa têm medo do conflito.

O objectivo é fazer com que a equipa não tenha medo de expor as suas ideias e que o conflito ideológico produtivo seja estimulado. Com este desafio pretende-se que os elementos da equipa centrem o conflito no debate de ideias e de soluções, e não no ataque pessoal. Lencioni (2009) refere que o conflito ideológico e construtivo no seio de uma equipa, poupa tempo, porque os seus elementos têm mais facilidade em encontrar uma solução e gastam menos energia em situações pouco importantes. De acordo com este autor, as equipas que permitem o debate de ideias, têm mais capacidade para produzir novas ideias, têm reuniões mais dinâmicas e interessantes, encontram soluções mais rápidas e eficazes e discutem sobre assuntos verdadeiramente importantes.

Recursos materiais

Folhas de papel

Canetas

Recursos humanos

Formador

Observações

Os exercícios apresentados segundo o modelo de Lencioni (2009) são exequíveis para todas as equipas que estejam interessadas, motivadas e que acreditem que só alcançam os objectivos propostos pela organização se trabalharem em equipa. A simplicidade das actividades propostas tem-se revelado eficaz nas mais variadas organizações. Este modelo mostra também, que o sucesso de uma equipa não depende de teorias especialmente elaboradas, mas de bom senso, motivação, respeito, disciplina e persistência. As equipas com mais sucesso, são aquelas em que os seus elementos desenvolvem a confiança mútua, através da manifestação das suas fragilidades e ao reconhecerem as suas imperfeições (Lencioni, 2009).

Com este programa pretende-se que as equipas de trabalho, constituam um grupo durante a formação, para que as competências desenvolvidas na formação possam ser transportadas para a equipa de trabalho.

Tempo de duração da actividade – 60 minutos

2º Objectivo - Desenvolver estratégias para a gestão do tempo.

3º Objectivo - Determinar o tipo de organização pessoal.

Metodologia

Adaptado de Cunha *et al.* (2013)

1 ° passo - Solicitar aos participantes que identifiquem 10 características do tipo de organização que pensam ter.

2º passo – Pedir para identificarem os aspectos positivos e negativos do tipo de organização e registrar na folha de registros – Aspectos positivos e negativos do meu tipo de organização.

3º passo – Dentro dos padrões de organização positiva pedir para identificar a que se devem e registrar na folha de registros – Aspectos positivos que identifiquei na minha organização.

4º passo – Solicitar que identifique a influência que a organização positiva teve na vida pessoal e registrar na folha de registros – Influências da minha organização positiva na vida pessoal.

5º passo – Solicitar que identifique a influência que a organização positiva teve na vida profissional e registrar na folha de registros – Influências da minha organização positiva na vida profissional.

6º passo – Dentro dos padrões de organização negativos pedir para identificar a que se devem e registrar na folha de registros – Aspectos negativos que identifiquei na minha organização.

7º passo – Solicitar que identifique a influencia que a organização negativa teve na vida pessoal e registar na folha de registos – Influencias da minha organização negativa na vida pessoal.

8º passo – Solicitar que identifique a influência que a organização negativa teve na vida profissional e registar na folha de registos – Influências da minha organização negativa na vida profissional.

9º passo – Solicitar estratégias para melhorar os aspectos negativos da organização e registar na folha de registos – Estratégias para melhorar os aspectos negativos da minha organização.

Tempo de duração da actividade – 30 minutos

Observações

Esta actividade permite que os participantes tomem consciência do seu tipo de organização e de que têm necessidade têm de desenvolver estratégias que lhes permitam gerir a sua organização sem *stress*.

Recursos materiais

Folha de registos – O que posso fazer pela minha organização e o que a minha organização pode fazer por mim.

Folha de registos – Aspectos positivos e negativos do meu tipo de organização.

Folha de registos – Aspectos positivos que identifiquei na minha organização.

Folha de registos – Influências da minha organização positiva na vida pessoal.

Folha de registos – Influências da minha organização positiva na vida profissional.

Folha de registos – Aspectos negativos que identifiquei na minha organização.

Folha de registos – Influências da minha organização negativa na vida pessoal.

Folha de registos – Influências da minha organização negativa na vida profissional.

Folha de registos – Estratégias para melhorar os aspectos negativos da minha organização.

Canetas

Recursos humanos

Formador

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio à 7ª sessão

Adaptado de Cunha *et al.* (2013)

Identifico 10 características do tipo de organização que penso ter:

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

Material de apoio à 7ª sessão

Adaptado de Cunha *et al.* (2013)

Aspectos positivos e negativos do meu tipo de organização

Aspectos positivos

Aspectos negativos

Material de apoio à 7ª sessão

Adaptado de Cunha *et al.* (2013)

Influências da minha organização positiva na vida pessoal.

Influências da minha organização positiva na vida profissional

Aspectos negativos que identifiquei na minha organização

Influencias da minha organização negativa na vida pessoal

Influencias da minha organização negativa na vida profissional

Estratégias para melhorar os aspectos negativos da minha organização

8ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 8ª sessão

1º Objectivo - Desenvolver as relações de reciprocidade entre os elementos da equipa.

2º - Objectivo – Apresentar os vários estilos de comunicação – agressivo, passivo, assertivo e manipulador.

3º - Objectivo – Apresentar a técnica de relaxamento - Treino Autogeno de Shulz.

Desenvolvimento

1º Objectivo - Desenvolver as relações de reciprocidade entre os elementos da equipa.

Metodologia

Adaptado de Cunha *et al.* (2013)

1º passo – Solicitar aos participantes que reflectam sobre três situações vividas no contexto profissional em que alguém disse ou fez algo positivo e a forma como reagiu a esses aspectos e registar na folha de registos – O que me fizeram ou disseram de positivo e como reagi.

2º passo - Solicitar aos participantes que reflectam sobre três situações vividas no contexto profissional em que alguém disse ou fez algo negativo e a forma como reagiu a esses aspectos e registar na folha de registos – O que me fizeram ou disseram de negativo e como reagi.

3º passo – Solicitar que referira se registou mais pontos positivos ou negativos e que justifique.

Tempo de duração da actividade – 30 minutos

Observações

A reciprocidade é um comportamento presente nas organizações e mostra que o que se dá se pode receber-se. Profissionais que sentem que a organização onde trabalham faz algum tipo de investimento no seu trabalho, tendem a reagir mostrando mais empenho, mais trabalho e mais colaboração (Cunha *et al.*, 2013).

Recursos materiais

Folha de registo - O que me fizeram ou disseram de positivo e como reagi.

Folha de registo - O que me fizeram ou disseram de negativo e como reagi.

Canetas

Recursos humanos

Formador

2º - Objectivo – Apresentar os vários estilos de comunicação – agressivo, passivo, assertivo e manipulador.

Metodologia

Adaptado de Guia Prático de Intervenção – Educadores resilientes, educandos resilientes.

Metodologia desenvolvida com a técnica de *role-play* de acordo com o caso que o formador apresentar.

1º passo – Apresentar aos participantes em sessão teórica os vários estilos de comunicação – agressivo, passivo, assertivo e manipulador.

2º passo - Pedir aos participantes que se dividam em grupos de duas pessoas.

3º passo – Informar o grupo que a sessão vai decorrer com a técnica de *role-play* e explicar os fundamentos e os objectivos da técnica.

4º passo – Informar que cada participante deverá de acordo com cada estilo de comunicação apresentado desenvolver uma comunicação assertiva.

4º passo - Informar os outros participantes que deverão tomar nota do que observam no *role-play*, fazendo uma análise crítica e sobretudo construtiva da actuação dos outros participantes.

5º passo – Pedir a cada um dos participantes que relate o que sentiu quando teve que aplicar as técnicas de comunicação assertiva.

Instruções a dar a cada um dos participantes nos diferentes papéis:

1 - Instruções para o participante assertivo

Devem ser usadas as informações e técnicas já apresentadas pelo formador. A escolha das técnicas será do participante e de acordo com o que se está a passar.

2 - Instruções para o participante agressivo

Deve apresentar a sua queixa com convicção.

3 - Instruções para os observadores

O mediador deve solicitar aos participantes que vão ser observadores e que observem com atenção a situação de *role-play* dos outros elementos do grupo que vão apresentar o comportamento assertivo e que anote os seguintes aspectos:

- a) Aspectos positivos apresentados durante o comportamento assertivo.
- b) Que competências foram apresentadas e que vantagens tiveram na situação.
- c) Que aspectos da assertividade devem ser melhorados?

Observações

Com esta actividade pretende-se que os participantes desenvolvam técnicas de comunicação assertiva a partir de uma experiência vivida em formação. A análise crítica dos outros participantes vai ajudar também nos processos de autoconhecimento. De acordo com Rispail (2003) o autoconhecimento passa por aquilo que pensamos de nós e aquilo que os outros também pensam de nós.

Recursos materiais

Caso seleccionado pelo formador

Papel

Canetas

Recursos humanos

Formador

3º - Objectivo – Apresentar a técnica de relaxamento - Treino Autogeno de Shulz.

Procedimento

O treino Autogéno de Shulz no seu nível básico pretende que o seu praticante se concentre em determinadas ideias tranquilizadoras, que são repetidas interiormente (cinco a dez vezes cada). Somente depois de apreendida cada fase é possível passar à seguinte. O tempo total do nível básico pode demorar entre cinco a dez minutos.

O participante pode praticar a técnica sentado ou em pé, com os olhos fechados, quando não há prática e posteriormente de olhos abertos fixando um ponto, quando já se adquiriu mais destreza na técnica. O participante deve concentra-se em cada um dos exercícios e repeti-los mentalmente, como se sugere no exemplo:

a) “Estou tranquilo”.

- b) “Sinto os braços e as pernas pesadas”. O exercício pode ser feito para cada um dos membros inferiores e superiores, isoladamente.
- c) “Sinto calor nos braços e as pernas”.
- d) “A respiração é regular e tranquila”.
- e) “O coração bate regular e tranquilamente”.
- f) “O centro do corpo irradia calor”.
- g) “A cabeça está tranquila e livre de pensamentos, a testa está fresca”.

No final da técnica os olhos devem ser abertos, os braços e as pernas devem ser esticados energicamente e a respiração deve ser profunda. Este procedimento permite reestabelecer a energia antes de sair da posição de sentado ou de pé. Caso a técnica seja usada para facilitar o adormecimento, deve evitar-se o procedimento final que acaba de ser descrito.

Recursos materiais

Colchões

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 45 minutos

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio à 8ª sessão

Adaptado de Cunha *et al.* (2013)

O que me fizeram ou disseram de positivo e como reagi

O que me fizeram ou disseram de negativo e como reagi

9ª sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 9ª sessão

1º Objectivo - Valorizar acontecimentos ou situações positivas que ocorrem durante o dia.

2º Objectivo - Reconhecer a importância do sorriso nas relações interpessoais.

3º Objectivo – Apresentação da técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Desenvolvimento

1º Objectivo - Valorizar acontecimentos ou situações positivas que aconteceram durante o dia.

Metodologia

Adaptado de Cunha *et al.* (2013)

Solicitar aos participantes que anotem numa folha cinco aspectos positivos que estejam relacionados com acontecimentos ou situações que ocorrem durante o dia.

Solicitar que façam o mesmo exercício em casa para cada um dos dias até à próxima sessão. Decorrida uma semana solicitar o mesmo exercício sem o escrever.

Tempo de duração da actividade – 20 minutos

Observações

A prática do registo escrito ou mental de situações positivas ajuda a melhorar a saúde mental e física (Emmons & McCullough, 2003).

Recursos materiais

Folha de registo

Recursos humanos

Formador

2º Objectivo - Reconhecer a importância do sorriso nas relações interpessoais.

Metodologia

Adaptado de Cunha *et al.* (2013)

1º passo – Solicitar aos participantes que pensem nas situações que mais o fazem sorrir no seu contexto de trabalho e registar na folha de registos – Situações que mais me fazem sorrir no meu contexto de trabalho.

2º passo – Solicitar aos participantes que pensem em situações que o fizeram sorrir para os utentes e registar na folha de registos – Situações que me fizeram sorrir para os utentes.

3º passo – Solicitar aos participantes que pensem em situações que o fizeram sorrir para os colegas da equipa e registar na folha de registos – Situações que me fizeram sorrir para os colegas da equipa.

4º passo – Solicitar aos participantes que pensem numa situação do contexto profissional em que fizeram sorrir os colegas da equipa e registar na folha de registos – Situações em que fiz sorrir os colegas da equipa.

5º passo – O que fez sorrir os colegas da equipa e que efeitos sentiu no relacionamento. Registar na folha de registos – O que fiz para os colegas da equipa sorrirem e que efeito teve esta situação no relacionamento.

Tempo de duração da actividade – 30 minutos

Observações

Esta sessão enquadra-se dentro da dinâmica de organizações positivas e pretende mostrar que o sorriso desencadeia sorrisos. Esta actividade pretende valorizar a expressão facial do sorriso como uma das formas de comunicação não-verbal, fundamental para as relações interpessoais.

Recursos materiais

Folha de registos - Situações que mais me fazem sorrir no meu contexto de trabalho.

Folha de registos - Situações que me fizeram sorrir para os utentes.

Folha de registos - Situações que me fizeram sorrir para os colegas da equipa.

Folha de registos - Situações em fiz sorrir os colegas da equipa.

Folha de registos - O que fiz para os colegas da equipa sorrirem e que efeitos esta situação teve no relacionamento.

Recursos humanos

Formador

3º - Objectivo – Apresentação da técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

A 1ª fase deste relaxamento pretende ensinar os profissionais a distinguir um músculo tenso e um músculo relaxado.

Procedimento:

O profissional é colocado deitado ou sentado e é solicitado que contraia um determinado músculo por um período de três a quatro segundos e posteriormente é lhe pedido para fazer um relaxamento lento e progressivo. O objectivo desta técnica é separar as sensações de músculo tenso e músculo relaxado, bem como ensinar a identificar os grupos musculares habitualmente mais tensos no dia-a-dia.

Na 2ª fase do treino os participantes já devem saber identificar os músculos mais tensos e estão preparados para saber relaxar o músculo sem antes o contrair e passar para um relaxamento induzido.

Após a confirmação do correcto posicionamento dos participantes, começa a sequência dos exercícios:

1 – Começar com a mão, o antebraço e o braço (bíceps) dominante. Solicitar que aperte a mão e que empurre o cotovelo contra os braços da cadeira. Executar o mesmo exercício com o membro superior contrário.

2 – Centrar a atenção na parte anterior da testa e no couro cabeludo. Enrugar o nariz, puxar as sobrancelhas para cima e cerrar bem os olhos (músculo orbicular dos olhos).

3 – Centrar a atenção na região da boca e da mandíbula. Cerrar os dentes, subir a comissura labial, apertar a boca (músculo orbicular da boca) e abrir a boca.

4 – Centrar a atenção no pescoço. Inclinando para a frente, para trás, para o lado direito e para o lado esquerdo.

5 – Centrar a atenção nos ombros e parte anterior e posterior do tórax. Inspirar profundamente, manter a respiração, tentar juntar as omoplatas levando os ombros para trás.

6 – Centrar a atenção na região abdominal. Inspirar profundamente, encolher os músculos abdominais e soltar, mantendo a respiração.

7 – Centrar a atenção nos membros inferiores. Tentar subir a perna sem tirar o pé do chão. Fazer o mesmo exercício com o membro contrário.

8 – Centrar a atenção na parte posterior da perna (músculo gêmeos). Esticar o pé para cima (fazer dorsiflexão) sem tirar o calcanhar do chão. Fazer o mesmo exercício com o membro contrário.

9 – Centrar a atenção no pé. Esticar a ponta do pé e inclinar os dedos para dentro. Fazer o mesmo exercício com o membro contrário.

10 – Fazer apenas relaxamento.

Os participantes devem ser informado para contrair apenas os grupo muscular solicitado e fazer um esforço consciente para relaxar os outros grupos musculares.

Após um ciclo de contracção os participantes devem ficar temporariamente condicionados a uma informação, por exemplo: “Relaxar”. Esta instrução deve ser dita após cada expiração (Masters & Burish, 1997).

Um formador experiente e atento percebe quando os participantes de uma sessão de relaxamento estão de facto relaxados através da observação dos músculos cuticulares do rosto, que estão descontraídos, uma imobilidade total e os olhos fixos se a técnica for praticada com os olhos abertos (Rosen, 1994).

Observações

Powel e Enright (1990) consideram que uma das estratégias mais significativas para gerir o ciclo de *stress* e prevenir situações de *burnout* é treinar técnicas de relaxamento. Estes reduzem a ansiedade e a tensão muscular e contribuem para a dessensibilização sistemática, com recurso à imagética para associar situações positivas ou neutras às situações de *stress*.

Recursos materiais

Colchões

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 45 minutos

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio à 9ª sessão

Adaptado de Cunha *et al.* (2013)

Registrar cinco aspectos positivos que relacionados com acontecimentos ou situações que aconteceram durante o dia

Material de apoio à 9ª sessão

Adaptado de Cunha *et al.* (2013)

Situações que mais me fazem sorrir no meu contexto de trabalho

Situações que me fizeram sorrir para os utentes

Situações que me fizeram sorrir para os colegas da equipa

Situações em que fiz sorrir os colegas da equipa

O que fiz para os colegas da equipa sorrirem e que efeito teve no relacionamento

10ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 10ª sessão

1º Objectivo - Solicitar aos participantes que reflectam sobre os factores que no seu ambiente de trabalho contribuem para situações de *stress* e de *burnout*.

2º Objectivo - Solicitar aos participantes que identifiquem um ambiente de trabalho considerado para si saudável e promotor do bem-estar pessoal e de realização profissional.

3º Objectivo - Solicitar aos participantes que identifiquem mudanças organizacionais que consideram necessárias para que seja atingido o objectivo anterior.

Desenvolvimento

1º Objectivo - Solicitar aos participantes que reflectam sobre os factores que no seu ambiente de trabalho contribuem para situações de *stress* e de *burnout*.

Metodologia

Adaptado de Guia Prático de Intervenção – Educadores resilientes, educandos resilientes.

- 1º passo - Pedir aos participantes que se dividam em grupos de três pessoas.
- 2º passo – Informar o grupo de que deverá seleccionar um porta-voz para apresentar ao grande grupo o que foi desenvolvido pelo grupo de trabalho.
- 3º passo - Informar os participantes que o que se pretende com a actividade é que reflectam sobre os aspectos que consideram contribuir para situações de *stress* e *burnout*.
- 4º passo – Solicitar ao porta-voz de cada grupo que apresente a reflexão realizada.
- 5º passo – O formador deve sistematizar num quadro as ideias de cada grupo.
- 6º passo – Solicitar ao grande grupo que encontre os aspectos comuns a cada reflexão dos grupos.
- 7º passo – O formador deverá fazer uma síntese com os aspectos mais importantes e com os factores comuns apresentado por todos os grupos.
- 8º passo – Solicitar aos grupos que separem os factores de *stress* e *burnout* nas seguintes categorias:
- 1 - Factores preveníveis – com responsabilidade individual; com responsabilidade da equipa; com responsabilidade organizacional; outros.
 - 2 – Factores modificáveis - com responsabilidade individual; com responsabilidade da equipa; com responsabilidade organizacional; outros.
 - 3 – Factores inultrapassáveis - com responsabilidade individual; com responsabilidade da equipa; com responsabilidade organizacional; outros.
- 9º passo – O formador deverá colocar no quadro e nas respectivas categorias, os factores apresentados pelos grupos.

Tempo de realização da actividade – 40 minutos.

Observações

Esta actividade pretende fazer com que os profissionais tenham consciência de que em relação ao *stress* e ao *burnout*, há factores preveníveis e é fundamental que assumir responsabilidades por eles ou exigir responsabilidades a outros. Além disso, esta actividade contribui para a consciencialização de que há factores modificáveis e de que forma todos podem colaborar para proporcionar bem-estar na equipa. Relativamente aos factores inultrapassáveis na vida de uma equipa a trabalhar em cuidados intensivos, a sua identificação contribui para que os profissionais tomem consciência de que têm de preparar-se para estes de uma outra forma.

2º Objectivo - Solicitar aos participantes que identifiquem um ambiente de trabalho considerado para si saudável e promotor do bem-estar pessoal e de realização profissional.

Metodologia

Adaptado de Guia Prático de Intervenção – Educadores resilientes, educandos resilientes.

1º passo - Pedir aos participantes que se dividam em grupos de três pessoas.

2º passo – Informar o grupo de que deverá seleccionar um porta-voz para apresentar ao grande grupo o que foi desenvolvido pelo grupo de trabalho.

3º passo - Informar os participantes que o que se pretende com a actividade é que reflectam sobre o ambiente de trabalho que consideram mais saudável para trabalhar e como as sugestões apresentadas podem contribuir para a promoção do bem-estar pessoal e realização profissional.

4º passo – Solicitar ao porta-voz de cada grupo que apresente a reflexão realizada.

5º passo – O formador deve sistematizar num quadro as ideias de cada grupo.

6º passo – Solicitar ao grande grupo que encontre os aspectos comuns a cada reflexão dos grupos.

7º passo – O formador deverá fazer uma síntese com os aspectos mais importantes e com os factores comuns apresentado por todos os grupos.

Tempo de duração da actividade – 40 minutos.

Observações

Esta actividade pretende colocar os participantes a reflectir sobre os aspectos relevantes de uma organização e de um ambiente de trabalho considerado saudável. Pretende-se também mostrar aos participantes, que um ambiente saudável é da responsabilidade de todos os elementos que lá trabalham.

Recursos materiais

Papel

Canetas

Quadro grande – didax ou álbuns seriado

Recursos humanos

Formador

3º Objectivo - Solicitar aos participantes que identifiquem mudanças organizacionais que consideram necessárias para que seja atingido o objectivo anterior.

Metodologia

Adaptado de Guia Prático de Intervenção – Educadores resilientes, educandos resilientes.

1º passo - Pedir aos participantes que se dividam em grupos de três pessoas.

2º passo – Informar o grupo que deverá seleccionar um porta-voz para apresentar ao grande grupo o que foi desenvolvido pelo grupo de trabalho.

3º passo - Informar os participantes que o que se pretende com a actividade é que identifiquem mudanças organizacionais que consideram necessárias para que seja atingido o objectivo anterior, mais concretamente um ambiente de trabalho saudável e promotor do bem-estar pessoal e de realização profissional.

4º passo – Solicitar ao porta-voz de cada grupo que apresente a reflexão realizada.

5º passo – O formador deve sistematizar num quadro as ideias de cada grupo.

6º passo – Solicitar ao grande grupo que encontre os aspectos comuns a cada reflexão dos grupos.

7º passo – O formador deverá fazer uma síntese com os aspectos mais importantes e com os factores comuns apresentado por todos os grupos.

Recursos materiais

Folhas de papel

Canetas

Quadro

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 20 minutos.

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio à 10ª sessão

Adaptado de Guia Prático de Intervenção – Educadores resilientes, educandos resilientes.

Reflectir sobre os aspectos que consideram contribuir para situações de *stress* e de *burnout*.

Separar os factores de *stress* e *burnout* nas seguintes categorias:

Factores preveníveis

Factores modificáveis

Factores inultrapassáveis

11ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 11ª sessão

1º Objectivo - Melhorar o controlo pessoal.

2º Objectivo - Reflectir sobre os erros profissionais da equipa.

3º Objectivo – Treinar a técnica de respiração.

Desenvolvimento

1º Objectivo - Melhorar o controlo pessoal.

Metodologia

Adaptado de Ivancevich *et al.* (1990)

O controlo do *stress* pode ser feito aplicando três técnicas básicas:

1º passo – Focar

Solicitar aos profissionais para focarem a sua atenção nas sensações corporais provocadas pelas situações stressantes. Se o profissional conseguir diferenciar as várias sensações, tem uma maior facilidade em associar essas sensações ou sintomas às situações que lhe causam *stress*.

2º passo – Reconstruir situações stressantes

Solicitar aos profissionais para se recordarem de uma situação stressante que tenham vivido recentemente no seu local de trabalho. Devem depois responder às seguintes questões – registar na folha de registos - Reconstruir situações stressantes.

- O que fiz para me sentir melhor?

- O que fiz e que me fez sentir pior?

3º passo – Compensar as situações stressantes.

Solicitar aos profissionais para identificar uma fonte de *stress*, que devido à actividade profissional não a consigam alterar ou evitar. Sugerir a criação de uma situação positiva, que seja realista executar e que a possam implementar.

Observações

Segundo Ivancevich *et al.* (1990) o controlo pessoal é um aspecto importante da robustez (*hardiness*) e como tal se a pessoas sente que consegue ter controlo sobre as situações de *stress*, ela vai conseguir adequar o seu comportamento para as enfrentar.

1º passo – As pessoas que vivenciam situações de *stress* sentem múltiplas sensações físicas e psicológicas que muitas vezes não conseguem identificar e não conseguem associar às fontes de *stress*. Esta técnica ajuda a diferenciar essas sensações e a associá-las às fontes de *stress*.

2º passo – Este passo vai ajudar a identificar atitudes e comportamentos que agravam as situações de *stress* e a identificar e reforçar atitudes e comportamentos que o ajudam a superar as situações de *stress*.

3º passo – Esta estratégia permite melhorar a capacidade dos profissionais de forma a reconhecerem que são capazes de enfrentar situações negativas, através do desafio de pensamentos ou situações positivas.

Powel e Enright (1990) referem que melhorar o controle pessoal é um aspecto importante, pois consideram que, se os profissionais sentem que detêm o controlo da situação, mais capacidade têm para enfrentar as situações stressoras.

Recursos materiais

Folha de registos

Canetas

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 45 minutos.

2º objectivo - Reflectir sobre os erros profissionais da equipa.

Metodologia

Adaptado de Cunha (2013).

1º passo – Solicitar aos participantes que leiam a frase que se encontra na folha de registos – erros médicos e que anotem dois motivos porque pensam que acontece o que é descrito.

2º passo – Solicitar aos participantes para pensarem no que aconteceu nas organizações onde trabalharam quando as pessoas erravam e registar na folha de registos – Admitir erros profissionais noutras organizações.

3º passo – Solicitar aos participantes para pensarem o que acontece na organização em que trabalham, quando as pessoas erram e registar na folha de registos – Admitir erros profissionais na organização actual.

Tempo de duração da actividade – 30 minutos

Observações

Esta actividade permite aos profissionais verificarem, que o registo dos erros cometidos pela equipa, é mais positivo para a própria aprendizagem da equipa e para a organização, que omitir situações deste tipo. Além disso permite igualmente desenvolver a segurança e a confiança entre os profissionais (Cunha, 2013).

Recursos materiais

Folha de registos – Erros médicos.

Folha de registos – Admitir erros profissionais noutras organizações.

Folha de registos – Admitir erros profissionais na organização actual.

Canetas

Recursos humanos

Formador

3ª Objectivo - Treinar técnicas de respiração

Procedimento

Os participantes devem deitar-se no chão com os joelhos dobrados, a planta dos pés apoiada no chão e pés afastados 20 a 30 centímetros, as mãos devem ser colocadas, uma no abdómen e outra no tórax. O ar deve ser inspirado lentamente fazendo o tórax e o abdómen elevar-se. A mão que está no tórax deve fazer uma ligeira pressão e a que está no abdómen leve ser aliviada. Na expiração o ar deve sair lentamente, pressionando ligeiramente com a mão que está no abdómen e a que está no tórax leve ser aliviada. Após a realização deste procedimento tantas quantas as que o participante considerar necessárias para tomar consciência dele, o mesmo deve ser feito sem o auxílio das mãos.

As inspirações e expirações devem ser profundas e lentas, mas ao ritmo de cada um. O que se pretende é que o abdómen distenda aumentando de volume a cada inspiração e relaxe diminuindo de volume a cada expiração. As inspirações devem ser feitas pelo nariz e as expirações pela boca.

Recursos materiais

Colchões

Recursos humanos

Formador

Observações

Esta técnica deve ser repetida, para uma mais fácil interiorização da sua eficácia e utilidade para superar as situações de mal-estar provocadas por uma situação stressante.

Tempo de duração da actividade – 25 minutos

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio à 11ª sessão

Reconstruir situações stressantes:

O que fiz para me sentir melhor?

O que fiz e que me fez sentir pior?

Material de apoio à 11ª sessão

Adaptado de Cunha *et al.* (2013)

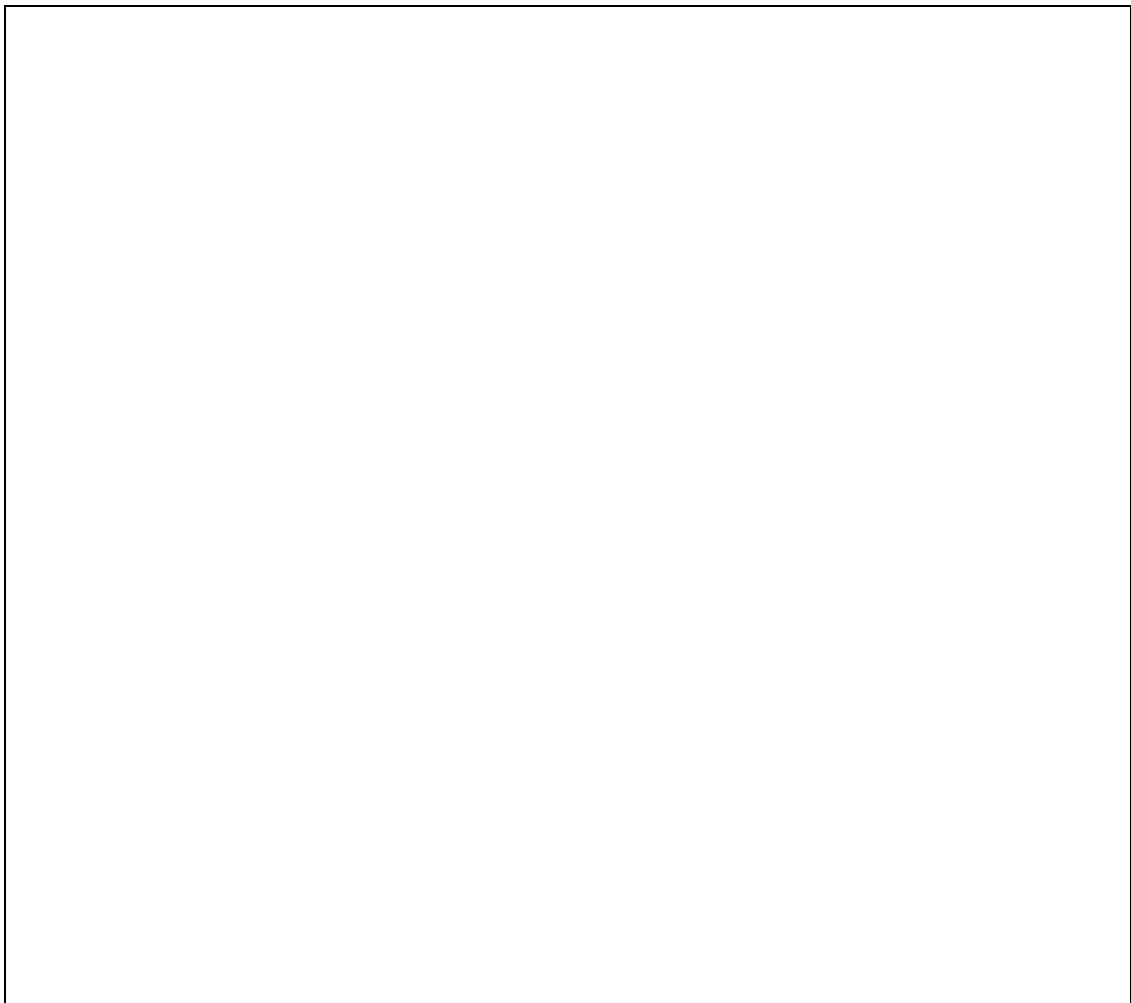
Folha de registos - Erros médicos

Imagine que está a ser submetido(a) a uma intervenção cirúrgica. Qual das equipas prefere que lhe faça a cirurgia:

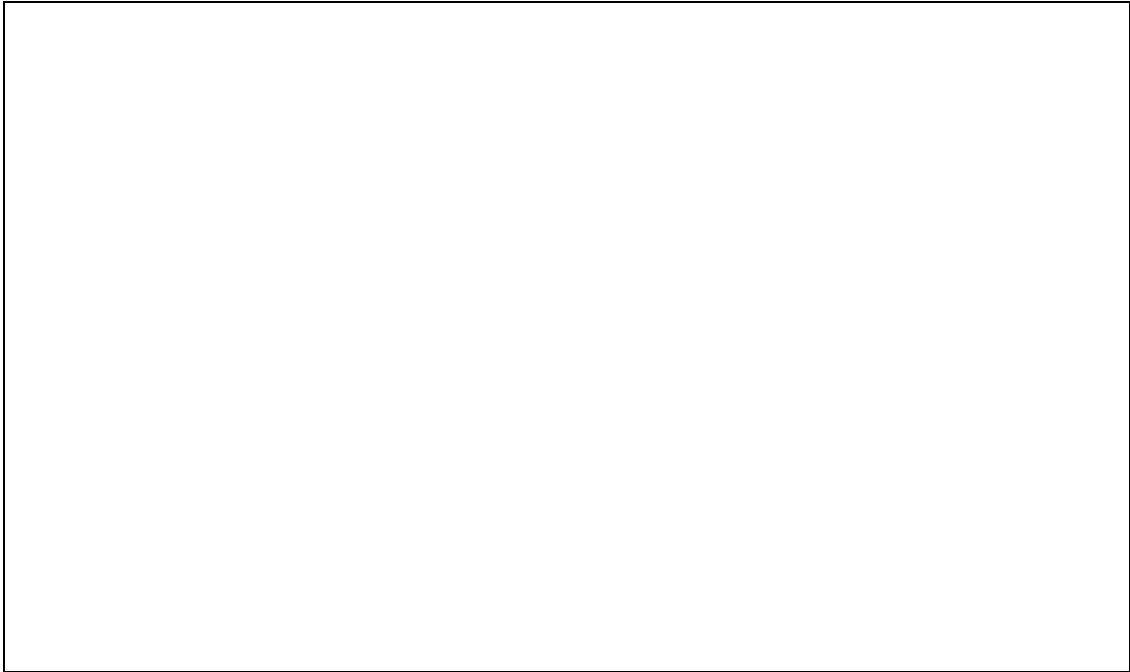
1 – A que reposta menos erros.

2 – A que reposta mais erros.

3 – Porquê?



Folha de registos - Admitir erros profissionais noutras organizações

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for recording professional errors in other organizations.

Folha de registos - Admitir erros profissionais na organização actual

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for recording professional errors in the current organization.

12ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivo Geral para a 12ª sessão – Desenvolver estratégias de gestão intrapessoal do *stress*.

Objectivos específicos para a 12ª sessão

1º Objectivo – Procurar uma adaptação à mudança.

2º Objectivo – Aprender a conduzir a mudança.

3º Objectivo – Ponderar de forma aprofundada a resolução da situação.

4º Objectivo - Desenvolver estratégias diárias para a gestão do tempo.

Desenvolvimento

1º Objectivo – Procurar uma adaptação à mudança.

Metodologia

Adaptado de Guerra (2000)

Solicitar aos profissionais para responderem às questões apresentadas na folha de registos – Adaptação à mudança.

1 – O que mudou para me sentir em *stress*?

- 2 – O que trás de novo esta situação, comparativamente ao que sentia anteriormente?
- 3 – Que aspectos negativos estão associados a esta mudança?
- 4 – Que aspectos positivos estão associados a esta mudança?
- 5 – Esta mudança tem associado algum aspecto útil?
- 6 – O que está ao meu alcance fazer para maximizar os aspectos positivos e minimizar os aspectos negativos?

2º Objectivo – Aprender a conduzir a mudança.

Metodologia

Adaptado de Guerra (2000)

Solicitar aos profissionais que respondam às questões apresentadas na folha de registos – Adaptação à mudança.

- 1 – A resolução da situação stressante está dependente de mim?
 - a) – Se está dependente de mim, o que posso fazer mais?
 - b) – Se não está dependente de mim, como posso evitar o mal-estar que me provoca?
 - c) – Se não está dependente de mim, porquê este mal-estar?

3º Objectivo – Ponderar de forma aprofundada a resolução da situação.

Metodologia

Adaptado de Guerra (2000)

Solicitar aos profissionais que respondam às questões apresentadas na folha de registos – Adaptação à mudança.

- 1 – Este é o melhor momento para resolver a situação stressante?
- 2 – Será mais benéfico resolver a situação stressante quando me sentir em melhores condições e mais forte?
- 3 – Quais os motivos para que esta situação stressante não se resolva?
- 4 – Será possível que a situação stressante se resolva se eu alterar alguns aspectos que nunca tinha considerado?
 - a) Posso mudar alguns dos meus objectivos? Quais?
 - b) Posso mudar alguns dos meus comportamentos? Quais?
 - c) Posso mudar algumas das minhas atitudes? Quais?
 - d) Posso mudar algumas das minhas expectativas? Quais?
- 5 – Quais os novos objectivos que vou considerar?
- 6 – Quais as novas expectativas que vou considerar?
- 7 – Que aprendizagens fiz ao vivenciar e ultrapassar a situação stressante?

Observações

Sempre que não seja possível eliminar a fonte de *stress*, há que desenvolver estratégias para as minimizar ou ultrapassar. As estratégias apresentadas são úteis para solucionar situações stressantes de baixa e média intensidade. A racionalização

proposta nos exercícios pode ser sempre uma forma de lidar com estados emocionais provocados pelas situações de *stress*.

Recursos materiais

Folha de registos – Adaptação à mudança.

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade correspondente aos 1º, 2º e 3º objectivos – 60 minutos.

4º Objectivo - Desenvolver estratégias diárias para a gestão do tempo.

Metodologia

Exercício 1

Adaptado de Haynes (2004)

Objectivo – Determinar o horário de maior rentabilidade, o designado, “horário nobre” do profissional.

1º passo – Solicitar aos profissionais que determinem qual o horário do dia em que se sentem mais despertos, mais activos, menos despertos e mais sonolentos, assinalando

com um ponto e atribuindo percentagens aos estados apresentados. Em seguida ligar os pontos de forma a formar uma curva. Estabelecer este horário para cada um dos momentos em que fazem turnos em horas diferentes. Registrar na folha de registos – Horário de maior rentabilidade e ciclo de energia.

2º passo – Solicitar aos participantes que respondam a duas questões que se encontram na folha de registos – Horário de maior rentabilidade e ciclo de energia.

Observações

A gestão do tempo é melhor se as pessoas seleccionarem as actividades mais exigentes para as horas do dia em que se sentem mais despertas e activas.

Exercício 2

Adaptado de Power e Enright (1990).

1º passo – Solicitar a cada profissional que estabeleça objectivos realistas e exequíveis. Os objectivos devem ser definidos tendo em conta aspectos temporais e portanto, a curto e médio prazo e registrar na folha de registos – Definição de objectivos para a gestão do tempo.

2º passo – Solicitar aos profissionais que escrevem uma lista de tarefas a realizar diariamente e com prioridades, articulando a lista de tarefas com os objectivos previamente definidos e registrar na folha de registos – Lista de tarefas e horário. A lista de tarefas deve ser realizada no próprio dia ou no dia anterior.

3º passo – Solicitar aos participantes que atribuam uma hora à realização das tarefas diárias e que ajustem à lista e as prioridades de cada vez que houver necessidade de introduzir novas tarefas.

Observações

A gestão do tempo permite aos profissionais que vivem sob situações de *stress*, ter um maior controlo sobre as suas actividades.

Exercício 3

Adaptado de Haynes, (2004),

Objectivo – Estabelecer prioridades.

1º passo – Apresentar aos profissionais as três classes de prioridades das actividades que realizam de acordo com o método ABC. Em que A corresponde ao que “devo fazer”; B, o que “tenho de fazer”; e, C, o que “seria bom fazer”. Registrar na folha de registos – Prioridades de acordo com o método ABC.

Observações

Para a maior parte das pessoas, a quantidade de actividades a realizar, excede os recursos pessoais disponíveis e é nestas alturas que é necessário tomar decisões. As decisões são tomadas tendo em conta prioridades. É neste sentido, que a gestão do tempo se pode tornar tão importante, na medida em que estrutura e organiza o que se

tem de fazer de acordo com a sua ordem de urgência e importância, com o tempo que se tem disponível ou que é importante disponibilizar.

Powel e Enright (1990) referem que organizar melhor o dia, através da gestão do tempo é uma forma de prevenir situações de *burnout*.

Recursos materiais

Folha de registos – Definição de objectivos para a gestão do tempo.

Folha de registos – Lista de tarefas e horário.

Folha de registos – Horário de maior rentabilidade e ciclo de energia.

Folha de registos – Prioridades de acordo com o método ABC.

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 40 minutos

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio à 12ª sessão

Adaptado de Guerra (2000)

Folha de registos – Adaptação à mudança.

1 – O que mudou para me sentir em *stress*?

2 – O que trás de novo esta situação, comparativamente ao que sentia anteriormente?

3 – Que aspectos negativos estão associados a esta mudança?

4 – Que aspectos positivos estão associados a esta mudança?

5 – Esta mudança tem associado algum aspecto útil?

6 – O que está ao meu alcance fazer para maximizar os aspectos positivos e minimizar os aspectos negativos?

Material de apoio à 12ª sessão

Adaptado de Guerra (2000)

Folha de registos – Adaptação à mudança.

1 – A resolução da situação stressante está dependente de mim?

a – Se está dependente de mim, o que posso fazer mais?

b – Se não está dependente de mim, como posso evitar o mal-estar que me provoca?

C – Se não está dependente de mim, porquê este mal-estar?

Material de apoio à 12ª sessão

Adaptado de Guerra (2000)

Folha de registos – Adaptação à mudança.

1 – Este é o melhor momento para resolver a situação stressante?

2 – Será mais benéfico resolver a situação stressante quando me sentir em melhores condições e mais forte?

3 – Quais os motivos para que esta situação stressante não se resolva?

4 – Será possível que a situação stressante se resolva se eu alterar alguns aspectos que nunca tinha considerado?

a) Posso mudar alguns dos meus objectivos? Quais?

b) Posso mudar alguns dos meus comportamentos? Quais?

c) Posso mudar algumas das minhas atitudes? Quais?

d) Posso mudar algumas das minhas expectativas? Quais?

5 – Quais os novos objectivos que vou considerar?

6 – Quais as novas expectativas que vou considerar?

7 – Que aprendizagens fiz ao vivenciar e ultrapassar a situação stressante?

Material de apoio à 12ª sessão

Folha de registos – Horário de maior rentabilidade e ciclo de energia.

(adaptado de Haynes, 2004)

100%



0%

.....Hora
(início do dia)

Início da tarde (14 horas)

..... Hora
(fim do dia)

Questões

1 – As actividades do seu dia são planeadas de acordo com o seu ciclo de energia?

Sim

Não

2 – Que alterações pode introduzir para rentabilizar os períodos do dia em que tem mais energia?

Material de apoio à 12ª sessão

Adaptado de Power e Enright (1990).

Folha de registos – Definição de objectivos para a gestão do tempo.



Folha de registos – Lista de tarefas e horário



Material de apoio à 12ª sessão

Adaptado de Haynes, (2004),

Folha de registos – Prioridades de acordo com o método ABC.

(adaptado de Haynes, 2004)

As minhas prioridades para a semana de.....a.....

A – “Devo fazer”

B – “Tenho de fazer”

C – “Seria bom fazer”

Material de apoio à 12ª sessão

Adaptados de Guerra (2000)

Responder às seguintes questões:

O que estou a sentir?

Como aconteceu esta situação?

Era possível ter evitado esta situação?

O que fiz para a resolução da situação e que foi positivo?

O que poderia ter feito melhor?

O que aprendo com a situação e a forma como a resolvi?

13ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 13ª sessão

1º Objectivo - Substituir emoções negativas por emoções positivas.

2º Objectivo - Substituir emoções negativas por situações neutras.

3º Objectivo - Sugerir situações ou actividades que funcionam como um “tubo de escape” emocional e físico.

Desenvolvimento

1º Objectivo - Substituir emoções negativas por emoções positivas.

Metodologia

Adaptados de Guerra (2000)

1º passo – Coartar o desenvolvimento da emoção negativa

Solicitar aos profissionais que sempre que vivenciem uma emoção negativa, a tentem substituir por uma imagem mental de uma emoção positiva. A emoção positiva deve ser associada a um momento em que foi vivida, transmitido para o presente essa sensação de bem-estar ou felicidade.

2º passo – Manter a imagem.

Solicitar que se mantenha a emoção positiva por um período de alguns minutos (2-3), recordando de forma pormenorizada todas as sensações agradáveis que ela provocou.

3º passo – Reavaliar a situação que gerou a emoção negativa. Tirar conclusões sobre o que a gerou e de que forma foi possível superá-la.

Observações

A substituição de emoções negativas por emoções positivas, é usada em muitas técnicas de gestão do *stress* (Childre, 1997; Smith, 1989; Goliszek, 1993). Esta técnica tem na sua base um processo de racionalização, que visa substituir um estado emocional por outro, normalmente positivo. Quando a emoção negativa é substituída, há uma alteração neurológica no neocórtex que permite que este avalie a situação numa outra perspectiva (Williams e Williams, 1994). Esta é uma técnica que necessita de treino para que se consiga um bom controlo das emoções (Andreas & Andreas, 1989).

Recursos materiais

Folhas de papel

Canetas

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 35 minutos

2º Objectivo - Substituir emoções negativas por situações neutras.

Metodologia

Adaptado de Guerra (2000)

1º passo – Coartar o desenvolvimento da emoção negativa

Solicitar aos profissionais que sempre que vivenciem uma emoção negativa, a tentem interromper com um objecto, uma pessoa ou uma situação à sua volta.

2º passo – Solicitar que se mantenha o foco da atenção no objecto, na pessoa ou na situação que se seleccionou. Por exemplo: se o foco da atenção for um objecto dar atenção à sua forma, ao material de que é feito, à sua estrutura e design; se o foco de atenção for uma pessoa, dar atenção ao que tem vestido, à profissão que poderá ter, a idade, etc.

Observações

Focar a atenção em qualquer objecto, pessoa ou situação, impede-nos de viver de forma intensa e desagradável a situação que provoca mal-estar emocional ou a emoção negativa (Guerra, 2000).

Recursos materiais

Folhas de papel

Canetas

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 35 minutos

3º Objectivo - Sugerir situações ou actividades que funcionam como um “tubo de escape” emocional e físico.

Metodologia

Adaptado de Guerra (2000)

Alertar os profissionais para a necessidade de se desenvolverem ou criarem situações que sejam consideradas válvulas de escape de situações que envolvam tensão ou que estejam envolvidos factores stressores. Discutir em sessão plenária as propostas apresentadas. Permitir que cada profissional discuta sobre as possibilidades a adoptar para si.

Sugestões para aliviar tensões emocionais:

- escrever sobre a situação
- falar sozinho ou com outra pessoa sobre a situação
- rir ou chorar
- gritar ou cantar
- fazer voluntariado
- ter um *hobby*

- ver televisão
- ler um livro

Sugestões para aliviar tensões físicas:

- exercício físico – corrida, natação, caminhadas
- massagens
- dançar
- subir escadas
- fazer jardinagem

Observações

Powel e Enright (1990) apresentam várias estratégias que consideram ser as mais significativas para gerir o ciclo de *stress* e prevenir situações de *burnout*. Algumas destas estratégias equivalem a reforçar os estilos de vida saudável através da implementação da prática de exercício físico, providenciar uma alimentação saudável e adequada aos gastos energéticos e com alimentos dos vários grupos e dormir um número de horas necessárias para a actividade profissional que realizam.

Pereira (2011) refere que as estratégias individuais adoptadas pelos profissionais de saúde para prevenção do *burnout*, passam por vezes por actividades realizadas em família. Outras actividades descritas são ouvir música, fazer exercício físico, cantar e fazer actividades como pintura ou artesanato.

Recursos materiais

Folhas de papel

Canetas

Recursos humanos

Formador

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

14ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 14ª sessão

1º Objectivo - Activar a racionalização para impedir o desenvolvimento de uma emoção negativa.

2º Objectivo - Identificar comportamentos relacionados com uma vida saudável.

3º Objectivo - Sugerir e justificar os benefícios dos comportamentos saudáveis – exercício físico, actividades de lazer, etc.

Desenvolvimento

1º Objectivo - Activar a racionalização para impedir o desenvolvimento de uma emoção negativa.

Metodologia

Adaptados de Guerra (2000)

Exercício 1 – Falar sozinho.

Solicitar aos profissionais que falem sozinhos, verbalizando ou só pensando, quando estão a vivenciar uma situação que desencadeou uma emoção negativa. Os participantes devem formular e responder às seguintes questões:

- Tenho que me acalmar.
- O que devo fazer nesta situação?
- Se não estivesse a viver este mal-estar como resolveria esta situação?

Exercício 2 – Escrever o que sinto.

Solicitar aos profissionais que escrevam numa folha de papel a resposta às seguintes questões:

- O que estou a sentir?
- Como aconteceu esta situação?
- Era possível ter evitado esta situação?
- O que fiz para a resolução da situação e que foi positivo?
- O que poderia ter feito melhor?
- O que aprendo com a situação e a forma como a resolvi?

Observações

É no sistema límbico que os estados emocionais se fazem sentir. Assim, se activarmos outras áreas do cérebro, como o neocórtex, através dos processos de racionalização quando estamos a conversar, mesmo que sozinhos, reestruturamos o equilíbrio perdido com a emoção negativa.

O mesmo processo mental ocorre com a utilização da técnica da escrita, em que se retira o domínio da utilização do sistema límbico para passar a utilizar o neocórtex. A escrita permite também introduzir uma sequência de pensamentos

lógicos, quando se tentar encontrar uma solução para os problemas vividos (Guerra, 2000).

Recursos materiais

Folhas de papel

Canetas

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 30 minutos

2º Objectivo - Identificar comportamentos relacionados com uma vida saudável.

Metodologia

1º passo - Pedir aos participantes que se dividam em grupos de três pessoas.

2º passo – Informar o grupo de que deverá seleccionar um porta-voz para apresentar ao grande grupo o que foi desenvolvido pelo grupo de trabalho.

3º passo - Informar os participantes que o que se pretende com a actividade é que os grupos reflectam e debatam sobre os comportamentos que adoptam ou que podem adoptar para manter uma vida saudável.

4º passo – Solicitar ao porta-voz de cada grupo que apresente a reflexão realizada.

5º passo – O formador deve sistematizar num quadro as ideias de cada grupo.

6º passo – Solicitar ao grande grupo que encontre os aspectos comuns a cada reflexão dos grupos.

7º passo – O formador deverá fazer uma síntese com os aspectos mais importantes e com os factores comuns apresentado por todos os grupos.

8º passo – Solicitar aos profissionais o compromisso para o desenvolvimento das actividades que apresentaram.

9º passo – Na sequência desta actividade, o formador deve referir e justificar a importância dos comportamentos apresentados para prevenir situações de *burnout*, assim como deve apresentar outras estratégias que não tenham sido mencionadas.

Tempo de duração da actividade – 30 minutos

Observações

Esta actividade pretende que os profissionais reflectam sobre os seus próprios comportamentos saudáveis e a necessidade de os adoptar caso não os tenham. A partilha de estratégias apresentadas pelos outros participantes ajuda a compreender a sua eficácia para a gestão do *stress* e a prevenção do *burnout*.

Recursos materiais

Folhas de papel

Canetas

Quadro didax ou álbum seriado

Recursos humanos

Formador

3º Objectivo - Sugerir e justificar os benefícios dos comportamentos saudáveis – exercício físico, actividades de lazer, entre outros.

Metodologia

O mediador deverá apresentar e fundamentar os benefícios da prática do exercício físico e das actividades de lazer. Além disso o mediador poderá recorrer aos conteúdos teóricos presentes na parte I deste trabalho.

A sessão poderá ser expositiva, permitindo contudo, a intervenção dos participantes.

Recursos materiais

Computador

Ecrã

Textos de apoio

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 40 minutos

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

15ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 15ª sessão

1º Objectivo - Desenvolver competências emocionais

2º Objectivo - Identificar em si as emoções.

3º Objectivo - Identificar nos outros as emoções.

4º Objectivo - Usar as emoções para facilitar o pensamento.

5º Objectivo - Compreender as emoções.

6º Objectivo - Regular a expressão das emoções no dia-a-dia.

Metodologia

Adaptado de Ferreira *et al* (2008)

Recursos materiais

Folha de papel

Canetas

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 60 minutos

Observações

A sessão foi construída a partir do modelo de Mayer e Salovey (1997), e tem por base quatro habilidades – perceber as emoções, compreender as emoções, usar as emoções e regular as emoções. Acreditamos que independentemente de ser complexa e difícil a promoção da inteligência emocional, a formação nesta área é benéfica para a tomada de consciência das emoções sentidas, da sua regulação e da sua expressão (Mayer *et al.*, 1997).

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

16ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 16ª sessão

1º Objectivo – Saber lidar com pessoas agressivas.

2º Objectivo – Saber comunicar más notícias.

Desenvolvimento

1º Objectivo – Saber lidar com pessoas difíceis.

Metodologia

Sessão teórica

Role-playng

Recursos materiais

Texto de apoio do formador

Computador

Ecrã

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 50 minutos

2º Objectivo – Saber comunicar más notícias.

Metodologia

Sessão teórica – O mediador deve apresentar os aspectos teóricos relativamente à comunicação de más notícias que se encontram em material de apoio à 16ª sessão. Em seguida deve permitir que os profissionais treinem a partir da técnica do *role-play* a comunicação de más notícias a partir de um caso apresentado pelo mediador.

Caso clínico para desenvolver com a técnica de *Role-play*

Ana é uma mulher de 32 anos a quem foi diagnosticada uma neoplasia da mama. Ana é professora do 1º ciclo, tem dois filhos, com 6 e 8 anos é divorciada e vive sozinha com os filhos.

O mediador deve solicitar aos participantes que comuniquem a notícia utilizando as técnicas previamente ensinadas.

Recursos materiais

Texto de apoio – Comunicação de más notícias

Computador

Ecrã

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 50 minutos

Observações

É possível que em algum momento da actividade de um profissional de saúde, este tenha de comunicar uma má notícia. Esta actividade é considerada pela maior parte dos profissionais, como altamente stressante. Para tal, é necessário fazer uma preparação eficaz, para a superar. Para além dos conteúdos teóricos necessários, os profissionais têm de testar continuamente os conhecimentos adquiridos, no sentido de validar a sua eficácia junto dos doentes ou familiares (Corney, 1996).

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio à 16ª sessão

Saber comunicar com pessoas agressivas

Perante um doente com comportamentos agressivos é importante 1º:

- Compreender os motivos que levam um doente a ter comportamentos agressivos

Factores que condicionam o aparecimento de comportamentos agressivos:

- Frustração
- Uma educação excessivamente permissiva
- Descompensações afectivas
- Insegurança
- Problemas psiquiátricos

Na prestação de cuidados a doentes com comportamentos potencialmente agressivos deve ter-se em conta o seguinte:

- Evitar atitudes preconceituosas por parte dos profissionais de saúde
- Avaliar os recursos disponíveis
- Preparar o ambiente de trabalho
- Providenciar a presença de outros profissionais de saúde ou elementos de segurança

1 - Evitar atitudes preconceituosas por parte dos profissionais de saúde

Atitudes preconceituosas podem dificultar a relação e piorar a situação.

Ter em conta que:

Muitos doentes agressivos estão assustados.

A agressividade pode vir de sentimentos de passividade, de medos imaginários de destruição da auto-estima.

A contra-agressividade e o autoritarismo, exacerbam estes sentimentos e favorecem os comportamentos agressivos.

2 - Avaliar os recursos disponíveis

A possibilidade de um profissional de saúde se confrontar com um doente potencialmente agressivo – é real.

Avaliar os recursos disponíveis para lidar com esta situação permite ao PS sentir-se mais confiante e competente.

Quanto maior for a probabilidade de o PS ter contacto com estes utentes, maior a necessidade de avaliar os recursos, fazer formação e adquirir experiência.

2 - Avaliar os recursos disponíveis

A possibilidade de um profissional de saúde se confrontar com um doente potencialmente agressivo – é real.

Avaliar os recursos disponíveis para lidar com esta situação permite ao PS sentir-se mais confiante e competente.

Quanto maior for a probabilidade de o PS ter contacto com estes utentes, maior a necessidade de avaliar os recursos, fazer formação e adquirir experiência.

Avaliar os recursos disponíveis numa visita domiciliária com utentes potencialmente agressivos, avaliar:

A segurança e a confiança que sentem perante a situação.

A necessidade da visita.

A necessidade de serem acompanhados por outros profissionais.

A equipa de saúde deve ter sempre conhecimento do utente que vai ser cuidado e o local da visita domiciliária.

3 - Preparar o ambiente de trabalho

Criar um ambiente onde PS e utente se sintam descontraídos e seguros.

Remover objectos que possam ser utilizados como armas.

Verificar a posição das cadeiras:

Não colocar as cadeiras directamente à frente de um utente agressivo.

Colocar as cadeiras num ângulo de 45°.

O PS deve ter a cadeira mais alta, mais forte e sem braços.

Encorajar o utente a ficar sentado.

Preparar o ambiente de trabalho

Preparar a saída do gabinete sem ter que passar pelo utente.

A porta do gabinete não deve ter chave nem trinco por dentro.

A porta deve abrir para fora.

Colocar um botão de alarme.

4 - Providenciar a presença de outros profissionais de saúde ou elementos de segurança. Corney, R. (2000)

Material de apoio à 16ª sessão

Comunicação de más notícias

A comunicação de más notícias é um dos mais angustiantes problemas que se colocam aos profissionais de saúde (Pereira, 2008). Neste sentido é importante analisar os processos de comunicação envolvidos, para que estes se enquadrem numa verdadeira relação terapêutica.

Definição:

- Uma má notícia é qualquer facto que afecte negativamente o equilíbrio biopsicossocial, a qualidade de vida e o bem estar do utente e/ou da família.
- Uma má notícia é qualquer facto que desencadeie um estado de desespero ou angústia. (Folkman & Lazarus, 1989)
- A notícia é má porque condiciona o domínio cognitivo, comportamental, emocional e espiritual.

Dificuldades em dar más notícias no contexto da prestação de cuidados:

- Receio de ser considerado culpado da situação do utente.
- Receio de ser o responsável pela falha terapêutica.
- Receio da reacção emocional do utente e/ou familiares.
- Receio das incertezas das respostas a dar ao utente e família.
- Receio da sua própria reacção emocional.
- Receio da vivência do sofrimento pela possibilidade de morte do utente.
- Receio de enfrentar a sua própria mortalidade.

- Falta de formação nesta área.
- Falta de experiência.

PREOCUPAÇÕES INICIAIS NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

- QUANDO DIZER?
- O mais precocemente possível.
- ONDE DIZER?
- Num contexto de privacidade.
- O QUE DIZER?
- Tudo o que o doente quer saber.
- COMO DIZER?
- Preparar-se técnica, científica e psicologicamente para o momento.
- Rer todas as informações relativas ao doente.
- Preparar o contexto.
- Avaliar o estado psicológico e emocional do utente/família no presente.
- Preparar o utente/família para a comunicação de um assunto difícil de discutir.
- Avaliar o que o utente/família já sabe sobre a situação - “antes de falar, pergunte”.
- Avaliar o que o utente/família quer saber sobre a doença.
- Utilizar uma linguagem clara, precisa, simples, detalhada, sem utilizar termos técnicos.
- Mostrar-se emocionalmente envolvido.

- Dar as informações de uma forma gradual.
- Responder aos sentimentos do utente/família.
- Ser realista – não minimizar o problema, mas não tirar todas as esperanças.
- Verificar como o utente/família se sentem depois da comunicação da notícia.
- Reassegurar a continuidade dos cuidados.
- Verificar quem assegura o suporte emocional do utente/família.
- Utilizar sempre uma comunicação assertiva num contexto terapêutico.
- Manter uma atitude de compreensão, solicitude, empatia e suporte.
- A partilha de informações pode incluir:
 - Desenhos
 - Ilustrações
 - Explicação das práticas e técnicas, de acordo com o interesse e compreensão do utente/família.
- QUEM COMUNICA A NOTÍCIA
- Idealmente este tipo de comunicações deve ser dado pelo médico assistente.
- As más notícias dadas de forma gradual, devem ser dadas pelo mesmo médico.
- Se a notícia for dada por outros profissionais ou por uma equipa multidisciplinar, assegurar que:
 - Há coordenação das informações
 - Há articulação nas actuações dos diferentes intervenientes
- As técnicas de comunicação mais adequadas são essencialmente:
 - Escutar

- Observar
- Sentir
- Responder
- Demonstrar empatia

Todo o doente tem o direito de não ser informado (Corney, 2000).

17ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 17ª sessão

1º Objectivo - Gerir emoções perante a morte dos utentes.

2º Objectivo – Reflectir sobre as tomadas de decisão ética da equipa prestadora de cuidados.

Metodologia

Brainstorming

Procedimentos práticos

O acompanhamento de uma pessoa em fase final da vida é sempre um aspecto que gera *stress* em quem o acompanha, mesmo que seja um profissional de saúde. A sensação de não saber o que fazer ou dizer, e a sensação de impotência, são alguns dos sentimentos que perturbam os profissionais (Nunes, 2005). A sensação desconfortável de nada conseguir fazer, desaparece ou atenua-se quando o profissional tem formação e compreende que nestes momentos a melhor atitude profissional é estar presente e acompanhar humanamente este momento.

O grupo deve pronunciar-se sobre o tema, sem submeter as suas ideias a uma análise crítica e sem preocupações de coerências ou lógica. O mediador deve ainda solicitar ao grupo, que apresente ideias sobre como resolver a formação dos profissionais

sobre o tema da morte. Nesta actividade, os profissionais devem ser estimulados a dar o maior número de ideias, por mais estranhas que possam parecer.

Depois de apresentadas as ideias o formador irá seleccionar as ideias que:

- têm maior possibilidade de serem operacionalizáveis no presente;
- têm maior possibilidade de serem operacionalizáveis a médio e longo prazo de forma eficaz e eficiente.

No final da sessão, o grupo terá conhecimento de uma lista de ideias para solucionar a problemática da formação para o acompanhamento na morte dos doentes e no luto os familiares. Espera-se que estas ideias sejam posteriormente aplicadas no serviço com o intuito central de ajudar os profissionais a melhor lidar com a morte e prevenir o *burnout* associado ao contacto repetido e sistemático com a morte.

Este método é muito eficaz para desenvolver a criatividade, traduzindo em palavras as ideias de cada participante. Para além disso, permite o diálogo livre e o debate de ideias, sobre um tema que perturba os profissionais de saúde dentro do grupo habitual de trabalho.

Analisar situações clínicas

Caso 1

Um enfermeiro fica surpreendido quando se depara com uma senhora com uma neoplasia, que fala sobre a sua situação clínica e sobre o seu futuro mostrando que aceita o que está para acontecer.

É importante que os profissionais de saúde saibam que os doentes fazem muito menos perguntas sobre o seu futuro do que o que os profissionais de saúde pensam, e que na maior parte das vezes não necessitam de respostas mas sim de alguém que as escute (Corney, 1996). Na tentativa de camuflar a sua ansiedade e a sua falta de preparação para acompanhar situações de fim de vida, os profissionais de saúde preocupam-se mais em falar e menos em escutar.

Caso 2

Um doente com uma neoplasia informa a equipa que aceita os procedimentos terapêuticos, mas não quer saber o seu diagnóstico. Inadvertidamente um assistente operacional faz referência à doença na presença do doente.

Tempo de duração da actividade – 60 minutos

Observações

A formação para preparar os profissionais de saúde no acompanhamento na morte é fundamental. Com efeito nos serviços onde existe um maior contacto com doentes em fim de vida e com a morte, os profissionais estão mais expostos ao *stress* e ao *burnout* (Sousa & Pereira, 1999).

Um trabalho coordenado por parte da equipa prestadora de cuidados e uma formação em bioética, são importantes para que não haja desfazamento entre procedimentos, que ponham em risco o bem-estar do doente. O direito à verdade não se pode transformar numa obrigação de transmitir ou saber a verdade a todo o custo.

Recursos materiais

Folhas de papel

Canetas

Recursos humanos

Formador

2º Objectivo – Reflectir sobre as tomadas de decisão em ética da equipa prestadora de cuidados.

Metodologia

O mediador deve a partir da técnica de *brainstorming* motivar os profissionais a reflectir sobre as tomadas de decisão ética que surgem na equipa a partir de casos reais da sua vivência profissional.

O grupo deve pronunciar-se sobre o tema, sem submeter as suas ideias a uma análise crítica e sem preocupações de coerências ou lógica. O mediador deve ainda solicitar ao grupo, que apresente ideias sobre como resolver a tomada de decisão ética no seu contexto profissional. Nesta actividade, os profissionais devem ser estimulados a dar o maior número de ideias, por mais estranhas que possam parecer.

Depois de apresentadas as ideias o formador irá seleccionar as ideias que:

- têm maior possibilidade de serem operacionalizáveis no presente;

- têm maior possibilidade de serem operacionalizáveis a médio e longo prazo de forma eficaz e eficiente.

No final da sessão, o grupo terá conhecimento de uma lista de ideias para solucionar a problemática da tomada de decisão ética mais habituais do seu contexto de trabalho. Espera-se que estas ideias sejam posteriormente aplicadas no serviço com o intuito central de ajudar os profissionais a melhor lidar com a morte e prevenir o *burnout* associado ao contacto repetido e sistemático com a morte.

Este método é muito eficaz para desenvolver a criatividade, traduzindo em palavras as ideias de cada participante. Para além disso, permite o diálogo livre e o debate de ideias, sobre um tema que perturba os profissionais de saúde dentro do grupo habitual de trabalho.

Tempo de duração da actividade – 40 minutos

Recursos materiais

Papel

Canetas

Recursos humanos

Formador

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio à 17ª sessão

Adaptado de Thompon *et al.* (2004)

O modelo “DECIDE” aplicado à tomada de decisão ética

DEFINIR O(S) PROBLEMA(S)

ESTUDO ÉTICO

CONSIDERAR OPÇÕES

INVESTIGAR OS RESULTADOS

DECIDIR SOBRE A ACÇÃO

ESTIMAR/AVALIAR OS RESULTADOS

- **D – Definir o(s) problema(s).**
- Quais são os factores mais importantes do caso?
- Quem está envolvido?
- Quais são os seus direitos e os nossos deveres?
- Qual é o principal problema que deve ser abordado?

- **E – Estudo ético**
- Que princípios éticos estão relacionados com o caso, e qual ou quais os princípios que devem ter prioridade ao tomarmos as nossas decisões?

- **C – Considerar as opções**
- Que opções temos naquelas circunstâncias?
- De que procedimentos alternativos dispomos?
- Que ajudas, meios e métodos precisamos de empregar?

- **I – Investigar os resultados**
- Em face de cada opção existente, quais as consequências prováveis que podem advir dos vários procedimentos de que dispomos?
- Qual é o procedimento mais ético?

- **D – Decide sobre a acção**
- Depois de ter escolhido a melhor opção, determinar um plano de acção específico, estabelecer objectivos claros e, em seguida, agir decisiva e eficazmente.

- **E – Estimar/avaliar os resultados**
- Depois de ter dado início à acção, monitorizar o progresso dos acontecimentos e no final avaliar cuidadosamente se os objectivos foram ou não atingidos.

18ª Sessão – 2 horas de formação, 10 minutos de intervalo após a 1ª hora.

Objectivos específicos para a 18ª sessão

1º Objectivo - Solicitar aos participantes uma reflexão sobre como podem utilizar na sua actividade profissional e no seu contexto de trabalho, as aprendizagens veiculadas pelo programa de intervenção.

2º Objectivo - Solicitar aos participantes que reflectam sobre as fontes de *stress* que consideram transponíveis depois das aprendizagens do programa de intervenção.

3º Objectivo - Solicitar aos participantes que identifiquem fontes de *stress* que consideram intransponíveis, mesmo depois das aprendizagens do programa de intervenção.

4º Objectivo - Reflectir sobre as aprendizagens do programa de intervenção e de que forma estas podem contribuir para a mudança de atitudes e comportamentos.

Desenvolvimento

1º Objectivo - Solicitar aos participantes uma reflexão sobre como podem utilizar na sua actividade profissional e no seu contexto de trabalho as aprendizagens veiculadas pelo programa de intervenção.

Metodologia

O formador deve moderar a reflexão e discussão com o grande grupo sobre os aspectos positivos das aprendizagens do programa de intervenção. O que pretendem implementar, o que julgam ser mais fácil e mais complexo implementar.

Tempo de duração da actividade - 25 minutos.

2º Objectivo - Solicitar aos participantes que reflectam sobre as fontes de *stress* que consideram transponíveis depois das aprendizagens do programa de intervenção.

Metodologia

1º passo – Solicitar aos participantes que se distribuam em grupos de 3 pessoas.

2º passo – Os grupos deverão anotar as fontes de *stress* sentidas antes do programa de intervenção e de que forma o programa os ajudou a superar.

3º passo - Apresentar as conclusões do grupo de trabalho ao grande grupo.

4º passo – O formador deverá fazer uma síntese das conclusões apresentadas por todos os grupos.

Tempo de duração da actividade - 25 minutos.

3º Objectivo - Solicitar aos participantes que identifiquem fontes de *stress* que consideram intransponíveis, mesmo depois das aprendizagens do programa de intervenção.

Metodologia

1º passo – Solicitar aos participantes que se distribuam em grupos de 3 pessoas.

2º passo – Os grupos deveram anotar as fontes de *stress* sentidas antes do programa de intervenção e de que forma ainda sentem que há barreiras para a aplicação prática das aprendizagens.

3º passo – Pedir sugestões para ultrapassar as barreiras ainda sentidas.

3º passo - Apresentar as conclusões do grupo de trabalho ao grande grupo.

4º passo – O formador deverá fazer uma síntese das conclusões apresentadas por todos os grupos.

Tempo de duração da actividade - 25 minutos.

Observações

Esta reflexão permite aos participantes mobilizar as aprendizagens efectuadas ao longo do programa de intervenção, ajustando a sua exequibilidade ao seu contexto de trabalho e às suas motivações pessoais.

4º Objectivo - Reflectir sobre as aprendizagens do programa de intervenção e de que forma estas podem contribuir para a mudança de atitudes e comportamentos.

Metodologia

Adaptado de Guia Prático de Intervenção – Educadores resilientes, educandos resilientes.

1º passo – Solicitar que se formem grupos de três pessoas.

2º passo – Informar sobre a actividade pretendida, seguindo os seguintes aspectos:

- a) Que expectativas tinham no início do programa de intervenção?
- b) Que competências desenvolveram com as actividades propostas pelo programa de intervenção?
- c) Que pensam fazer de diferente após as aprendizagens do programa de formação?

3º passo – Seleccionar um porta-voz do grupo.

4º passo - O porta-voz deve fazer uma síntese dos principais aspectos reflectidos pelo grupo de trabalho.

5º passo – O formador deve fazer uma síntese das intervenções de todos os grupos.

Recursos materiais

Papel

Canetas

Quadro didax ou álbum seriado

Recursos humanos

Formador

Recursos materiais

Não são necessários

Recursos humanos

Formador

Tempo de duração da actividade – 25 minutos

Actividade de síntese da sessão

Nesta actividade síntese explorar-se-ão os seguintes aspectos:

Identificar o que aprendeu na sessão

Identificar uma atitude ou comportamento que passará a ter depois desta sessão.

Identificar uma atitude ou comportamento que deixará de ter depois desta sessão.

Estabelecer um compromisso de alteração de uma atitude ou comportamento que decorreu da aprendizagem da sessão.

Avaliação

Avaliação da metodologia da formação.

Aplicação o questionário de avaliação da sessão.

Tempo de duração da actividade – 10 minutos.

Material de apoio – questionário de avaliação das sessões

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO (pelo Formando)																															
CURSO:	<input style="width: 90%;" type="text"/>																														
SESSÃO n°	<input style="width: 90%;" type="text"/>																														
Data de realização: _____ a _____																															
MEDIADOR/A	<input style="width: 90%;" type="text"/>																														
<p style="text-align: center;">Avalie como decorreu a sessão, assinalando com um "X" na quadrícula correspondente, tendo em consideração a classificação seguinte: 1 - Muito Fraco; 2- Fraco; 3- Suficiente; 4 - Bom; 5 - Muito Bom</p>																															
1. Como classifica os Conteúdos da sessão, considerando:	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 20px;">1</th> <th style="width: 20px;">2</th> <th style="width: 20px;">3</th> <th style="width: 20px;">4</th> <th style="width: 20px;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	1	2	3	4	5																									
1	2	3	4	5																											
<ul style="list-style-type: none"> Os assuntos/temas foram abordados de forma adequada. A carga horária foi ajustada. Os conteúdos corresponderam às temáticas em análise. Os conteúdos tiveram em consideração as características dos destinatários. Os conteúdos / Plano de Sessão estavam adequados e bem definidos. 																															
Sugestões / Comentários:	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																														
2. Como classifica quanto aos Métodos / Meios utilizados:	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 20px;">1</th> <th style="width: 20px;">2</th> <th style="width: 20px;">3</th> <th style="width: 20px;">4</th> <th style="width: 20px;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	1	2	3	4	5																									
1	2	3	4	5																											
<ul style="list-style-type: none"> A metodologia utilizada foi adequada. Os meios audio-visuais foram uma fonte útil e auxiliar na apresentação. Os meios pedag. complementares (Ex: exercícios) foram adequados. 																															
Observações / Comentários:	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																														
3. Como classifica o desempenho do(a) mediador(a):	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 20px;">1</th> <th style="width: 20px;">2</th> <th style="width: 20px;">3</th> <th style="width: 20px;">4</th> <th style="width: 20px;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	1	2	3	4	5																									
1	2	3	4	5																											
<ul style="list-style-type: none"> Demonstrou possuir nível de conhecimentos adequados. Atingiu os objectivos a que se propôs (definidos no plano de sessão). Revelou ter capacidade pedagógica adequada. Conseguiu, através da sua capacidade, motivar para a aprendizagem. 																															
Observações / Comentários:	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																														

4. Como classifica o material pedagógico:

- O material fornecido teve qualidade, considerando a sua conceção.
- O material fornecido teve qualidade, considerando a sua produção.
- O material fornecido foi de acesso/consulta fácil.
- O material disponibilizado é aplicável na actividade

profissional.

Observações / Comentários:

1	2	3	4	5

5. Como classifica a organização da sessão:

- O apoio do pessoal administrativo e pedagógico foi ajustado.
- O apoio logístico da entidade promotora foi oportuno.
- A duração da sessão foi ajustada.

Observações / Comentários:

1	2	3	4	5

6. Saliente algum aspecto negativo e/ou positivo que julgue pertinentes:

O FORMANDO:

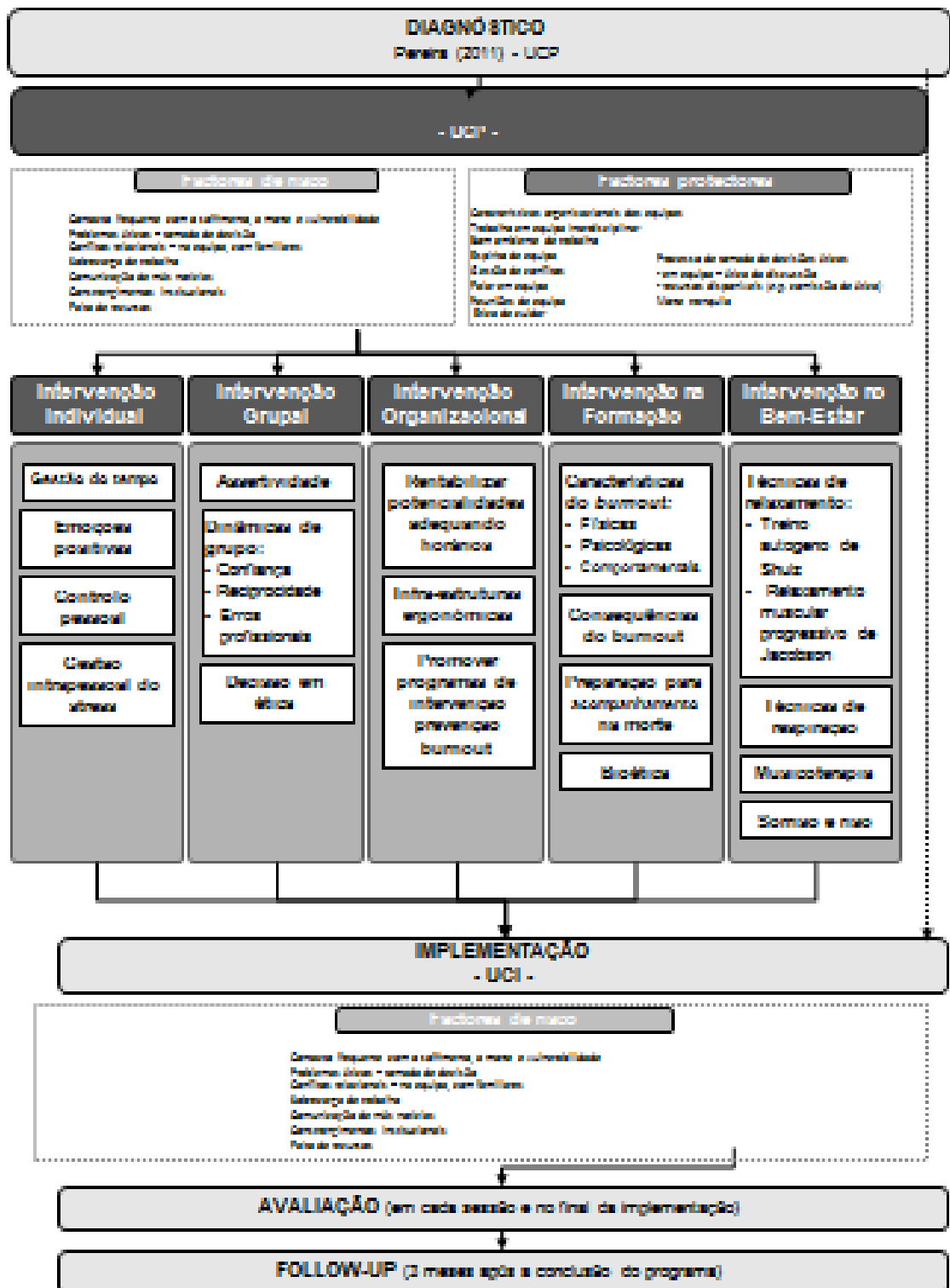
(Facultativo)

Data:

Apêndice II

**Modelo do Programa de Intervenção para Prevenção
do *Burnout***

MODELO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DO BURNOUT



Apêndice III

**Modelo das sessões do Programa de Intervenção
para Prevenção do *Burnout***

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DO BURNOUT

Modelo das sessões

