

Nível de stresse, exaustão profissional e coping em profissionais de enfermagem num serviço de cuidados paliativos em situações agudas

Nuno Jorge Ribeiro Silva, Hernâni Veloso Neto

ISLA – Instituto Politécnico de Gestão e Tecnologia, Vila Nova de Gaia, Portugal, E-mail: hernani.neto@islaigaia.pt

Resumo: O presente estudo tem como objetivo efetuar uma análise dos níveis de stresse, exaustão profissional e *coping* entre enfermeiros que trabalham numa unidade de cuidados paliativos do foro oncológico, constituída, essencialmente, por doentes em situações agudas. Também será utilizado o tempo de serviço como fator de comparação, tendo sido criados dois grupos, os que trabalham há menos de três anos e os que trabalham há mais de três anos no serviço, dado que a experiência profissional e as estratégias de *coping* poderão ser um fator protetor. A amostra é constituída por 16 enfermeiros que estão expostos, na sua prática diária, ao sofrimento, ao pesar, ao luto e ao mundo traumático dos doentes e seus familiares. A literatura evidencia que estes profissionais tendem a reprimir determinadas emoções e pensamentos, o que suscita fadiga física, cognitiva e emocional. Os dados evidenciam num nível baixo de *burnout*, uma incidência moderada de stresse, sendo que os enfermeiros menos experientes têm uma forte orientação para a gestão de emoções, enquanto os enfermeiros mais experientes têm uma maior predisposição para utilizar estratégias orientadas para a tarefa e para o evitamento.

Palavras-chave: Stresse, exaustão profissional, *coping*, enfermagem, cuidados paliativos.

Levels of stress, professional exhaustion and coping in nursing professionals from a palliative care service in acute situations

Abstract: The objective of this study is to analyze the levels of stress, professional exhaustion and coping among nurses who work in an oncology palliative care unit, consisting mainly of patients in acute situations. Service time will also be used as a comparison factor, with the creation of two groups, those working for less than three years and those working for more than three years in the service, since professional experience and coping strategies may be considered protective factors. The sample consists of 16 nurses that are exposed, in their daily practice, to the suffering, grief, mourning and traumatic world of patients and their families. From this exposure, factors of professional exhaustion may emerge that are beyond their control. The literature shows that these professionals tend to repress certain emotions and thoughts, which cause physical, cognitive and emotional fatigue. The data evidence a low level of burnout, a moderate stress incidence, being that the less experienced nurses have a strong emotional management orientation, while more experienced nurses have a greater predisposition to use task-oriented and avoidance strategies.

Keywords: Stress, professional exhaustion, coping, nursing, palliative care.

1. Introdução

Os cuidados paliativos consistem em cuidados ativos e globais, prestados a pessoas em intenso sofrimento decorrente de doença grave (muitas vezes incurável e progressiva), sobretudo em fases mais avançadas, designadamente na fase terminal da vida. Embora suscetíveis de serem instituídos em fases mais precoces de evolução da doença, é inquestionável que os cuidados paliativos dedicam um enfoque especial ao fim da vida. O intuito é o de ajudar a pessoa a viver com a melhor qualidade de vida possível, com o mínimo sofrimento e de modo intenso e pleno, a vida que lhe resta viver. Um dos objetivos destes cuidados é que a pessoa possa morrer com dignidade e que as pessoas que lhe sejam próximas sejam, também elas, apoiadas durante todo o processo de doença e, após a morte, no luto.

Os profissionais de saúde, que exercem a sua profissão em Serviços de Cuidados Paliativos, são, atualmente, consideradas pessoas de risco em termos de saúde ocupacional, uma vez que estão expostos a diferentes fatores de stresse ocupacional que afetam diretamente o seu bem-estar. Dentre vários, podem citar-se o contacto constante com o sofrimento, a dor e, muitas vezes, a morte. Efetivamente, o trabalho diário destes profissionais exige uma série de ações que necessitam de um controlo mental e emocional bastante significativo. Situações que representam uma ameaça podem ser causadoras de stresse, culminando em *burnout*. Os enfermeiros, devido ao trabalho complexo e rigoroso que desempenham, principalmente ao cuidar de doentes oncológicos em fase terminal, encontram estas situações frequentemente.

As exigências a que os enfermeiros estão sujeitos são muitas, tanto físicas como emocionais, consequência de um trabalho complexo e rigoroso. O lidar com situações que, de algum modo, representam uma ameaça, tal como a comunicação que o enfermeiro mantém com o doente, o lidar com as emoções manifestadas por estes e pelos seus familiares, bem como o confronto com a morte e com o sofrimento, podem ser causadores de *burnout* (Batista, 2008).

No que se refere aos enfermeiros em faixas etárias mais elevadas, devido a uma maior experiência profissional, estes poderão já ter adquirido meios para se distanciar mais das situações vivenciadas em cuidados paliativos, despersonalizando-se, não querendo isto significar que estes profissionais de saúde se tornem mais distantes, em termos de relação empática, com os doentes, mas como uma estratégia de *coping* para não atingirem a exaustão emocional.

Segundo Isikhan et al. (2004), a interação com os doentes e o contacto quotidiano com a morte são os principais fatores de *burnout*, logo seguidos da não manutenção de um distanciamento saudável entre enfermeiro e doente. Este grupo profissional é um grupo de risco, onde estão sujeitos a vários fatores desencadeadores de stresse e esgotamento profissional. Com este estudo, pretende-se perceber se a experiência profissional interfere nos níveis de stresse através de estratégias de *coping* desenvolvidas ao longo do tempo, ou se, por outro lado, o tempo de contacto com este tipo de doentes aumenta o risco de desenvolver stresse, que, por sua vez, pode levar a situações de *burnout*. Este trabalho insere-se num estudo transversal, do tipo descritivo/exploratório, com paradigma quantitativo, estando ele estruturado em quatro partes principais: na primeira parte apresenta-se uma pequena revisão da literatura, onde se descreve o enquadramento teórico do trabalho, contemplando os conceitos chave; a segunda parte é composta pela metodologia, onde se descreve a abordagem metodológica seguida; na

terceira parte apresenta-se os resultados obtidos, para na quarta se discutir os resultados, enquadrando-os com os dados disponíveis na literatura.

2. Revisão da literatura

A Organização Mundial de Saúde (2002) define cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas, não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais. A definição da Organização Mundial de Saúde explicita também que os cuidados paliativos: (i) afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal; (ii) não apressam a morte; (iii) procuram aliviar a dor e outros sintomas desconfortáveis; (iv) integram os aspetos psicossociais e espirituais nos cuidados do paciente; (v) oferecem um sistema de apoio para ajudar a família a lidar durante a doença do paciente e no processo do luto.

A par do desenvolvimento médico, tem-se verificado um aumento significativo do nível de exigência profissional dos enfermeiros em diferentes áreas de competência do cuidar. Este aumento na exigência profissional associado a recursos progressivamente menos abundantes resultantes de políticas de contenção económica e financeira, quer para a sociedade, quer para as instituições de saúde, leva a que os profissionais de saúde, no decorrer da sua atividade, estejam expostos a contextos de trabalho cada vez mais exigentes e mais frequentemente sujeitos a fatores de stresse. Segundo a Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho, os profissionais da área da saúde são, a par dos profissionais da área da educação, aqueles que mais se expõem a fatores de stresse derivados da sua atividade (European Agency for Safety and Health at Work, 2009).

Os enfermeiros são alvo de pressões diárias exercidas das mais diversas formas e com origem em indivíduos que ocupam vários estratos sociais e culturas, desempenhando diferentes papéis conforme a sua posição na estrutura organizacional. As pressões a longo prazo têm consequências que provocam alterações no comportamento do indivíduo submetido a tal, verificando-se a relação dessas pressões com estrutura organizacional da instituição onde o indivíduo está inserido.

Como defende Jamieson, et al. (2010), profissionais que exerçam funções em cuidados paliativos estão expostos a cenários de sofrimento físico, psicológico e espiritual dos doentes e ainda ao desespero dos seus familiares. Juntando a esses fatores de stresse o contacto repetido com a morte, está perante um contexto com fatores de risco fortemente propiciadores ao desenvolvimento de *burnout*, sobretudo quando os mecanismos de *coping* adotados são ineficazes (Barbosa, 2010; Claix- Simons, 2006; Delbrouck, 2006; Osswald, 2008; Teixeira, Silva, & Medeiros, 2010; Teixeira, Fonseca, Carvalho, & Martins, 2010; Müller, Pfister, Markett, & Jaspers, 2010).

O *burnout* foi descrito, pela primeira vez, por Freudenberger em 1974, como um fenómeno referente a um “estado de fadiga ou de frustração motivado pela consagração a uma causa, a um modo de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas” (Delbrouck, 2006, p.15). Esta situação acarreta um forte sentimento de perda de identidade, em que a pessoa se põe em questão, sentindo-se vazia. O termo *burnout* deriva da combinação de dois vocábulos ingleses – *burn* e *out* –, o que remete para um estado em que a pessoa está a ser consumida até à exaustão, indicando o colapso que

sobrevêm após a utilização ou queima de toda a energia disponível. Em termos metafóricos, pode ser ilustrado como um fósforo que ardeu até se extinguir ou como uma bateria que se gastou até não possuir mais energia.

Os fatores de risco de *burnout* em cuidados paliativos, mais concretamente para os enfermeiros que exercem funções nesta área, podem organizar-se em três níveis: intrapessoal, profissional/organizacional e social (Claix-Simons, 2006). A nível intrapessoal, encontram-se, sobretudo, os ideais e exigências face ao ego elevado, que fazem com que o profissional tenha ideias, de si e do trabalho, desfasadas da realidade. A nível profissional/organizacional, incluem-se a sobrecarga de trabalho, as dificuldades de comunicação, o ritmo de trabalho, a complexidade organizacional, o isolamento, a desvalorização dos profissionais, os conflitos de papéis, e a sobrecarga psíquica e afetiva associada à prestação de cuidados, sobretudo nas situações extremas como o confronto com a morte. Por último, a nível social, há que considerar fatores como os ideais de excelência e uma conjuntura socioeconómica frágil.

De acordo com Maslach e Schaufeli (1993), citado por Gomes e Cruz (2004), o *burnout* deve ser considerado como um prolongamento do stress. Ou seja, segundo os mesmos autores, o *burnout* é uma condição resultante de um processo de longa duração, representando uma situação de stress crónico. A pessoa sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação já estão esgotados, produzindo sentimentos de desesperança e falta de ajuda. Portanto, a relação entre stress e *burnout* é longitudinal, uma vez que, sob certas circunstâncias e sobre determinados aspetos, o *burnout* é induzido pelo stress num processo que se desenrola ao longo do tempo (Peiró et al., 2001).

A síndrome de *burnout* pode acontecer em qualquer profissão, embora seja particularmente evidente em profissionais de saúde em virtude de características próprias deste contexto profissional, como sejam o contacto direto, contínuo e permanente com utentes em sofrimento, o trabalho excessivo e o envolvimento emocional nas problemáticas dos pacientes, muitas vezes em ambientes caracterizados pelo conflito e stress (Takaki & Sant'Ana, 2004). Enfermeiros que cuidam de doentes em fim de vida, pela proximidade da morte, pelo sofrimento físico e psicológico do doente e família, são um grupo bastante vulnerável, assim como defende Loreto (2001, p.19): "O contacto permanente com situações de ameaça à vida a par do sofrimento físico e psicológico com que se deparam os enfermeiros em serviços de Oncologia torna este grupo profissional bastante vulnerável a situações de *burnout*".

A interação prolongada com os doentes e seus familiares, o contacto frequente com o sofrimento e morte, e por se tratar de um contexto que exige um cuidar de doentes com doença crónica e terminal, envolvendo muitas vezes a comunicação e transmissão de más notícias, podem resultar num impacto significativo para os profissionais que trabalham em contextos paliativos. Twycross (2003) reitera esta ideia afirmando que os principais fatores desencadeadores de *burnout* nos profissionais de saúde são: a comunicação de más notícias; a adaptação ao insucesso da cura médica; a exposição repetida à morte de pessoas, com as quais estabeleceu uma relação; o envolvimento em conflitos emocionais; a absorção da cólera e da mágoa expressa pelo doente e família; a manutenção de um papel obscuro na equipa de cuidados; o idealismo pessoal; os desafios que enfrenta relativamente ao sistema de crenças pessoal.

O profissional de saúde que desempenha funções em Cuidados Paliativos deve ser detentor de competências específicas, que resultam de formação avançada e

aprendizagens específicas que, quando não se verificam, pode desencadear sentimento de não proporcionar cuidados de qualidade, o que pode originar a diminuição da realização pessoal no trabalho e também falta de reconhecimento pelo seu trabalho (Abalo & Roger, 1999; Arranz & Auñón, 1996; García et al., 2008; Fillion et al., 2009; Pereira, Fonseca & Carvalho, 2011; Worthington, 2005).

Num estudo com enfermeiros de hospitais e centros de saúde portugueses, Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) encontraram que os mais novos evidenciam maior tendência para a despersonalização. Mais recentemente, Oliveira e Pereira (2012) verificaram, de forma semelhante, que os enfermeiros mais novos apresentavam valores mais elevados de exaustão emocional e despersonalização e valores mais baixos de realização profissional. Resultados semelhantes foram encontrados por Ramirez et al. (1995) e Demirci et al. (2010) em amostras constituídas por profissionais de serviços de oncologia.

A experiência poderá ser um fator protetor face à exaustão emocional, não desvalorizando a necessidade de formação específica, o treino de capacidades de comunicação, bem como o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes, como medidas de prevenção de *burnout*. De acordo com Lazarus (1993), citado por Jardim e Pereira (2006, p.28), o *coping* pode ser definido como “esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir situações específicas, externas ou internas, que são percebidas como colocando à prova ou sobrecarregando os recursos de um indivíduo”.

Os estilos de *coping* também têm sido referidos como um fator importante na experiência de *burnout*. A este respeito, Feldman (2001, p.513) entende *coping* como “os esforços para controlar, reduzir ou aprender a tolerar as ameaças que conduzem ao *stress*”, ou seja, inconscientemente a pessoa procura mecanismos para fazer face ao stress. Estes esforços podem ser de natureza diversa e nem sempre conduzem à resolução do problema, “pois a eficácia depende não só dos recursos do indivíduo no momento como também do tipo de situação indutora de *stress*” (Santos, Pais-Ribeiro & Guimarães, 2003, p.441).

Situações de stress sempre estarão presentes num ambiente de trabalho, por mais que se façam ações preventivas será muito difícil eliminá-lo. Além disso, tal como indica Vaz-Serra (2007), nem todo o stress é negativo. Selye (1978) estabeleceu diferenças entre *Eustresse* e *Distresse*. *Eustresse* representa o stress de carácter positivo que impulsiona ou motiva o sujeito, trazendo realização pessoal e prazer, sendo um processo que contribui para a adaptação do organismo perante situações de risco (Lipp & Malagris, 2001). O *Distresse* é a consequência negativa de uma incapacidade de adaptação do indivíduo, potenciando desgaste e sensação de improdutividade/incapacidade (Vaz-Serra, 2007). Em Portugal, utiliza-se o termo stress no sentido de *Distresse*, mas o stress deve ser considerado como uma resposta necessária e adaptativa, sendo impossível de eliminar (Idem).

Percebe-se, assim, que a resposta de stress não é má em si mesmo, uma vez que oferece recursos para que se ultrapasse de modo positivo determinada situação stressante. Uma vez que o organismo tem capacidade instalada para recuperar entre cada resposta de stress, não haverá para o organismo qualquer problema. A questão pode surgir se estas situações stressantes forem muito frequentes, em que essa repetição implicará frequência, intensidade e duração excessiva das respostas de stress. Aí, é possível que o organismo não consiga recuperar, surgindo assim transtornos psicofisiológicos, ou como os nomeia Labrador (1992), transtornos associados ao stress.

O organismo não pode manter, durante muito tempo, um ritmo constante de atuação acima das suas possibilidades. Se essa atuação se mantém além do limite, produzem-se várias e sérias alterações a variados níveis: hipertensão, asma, insónia, problemas gástricos, ansiedade, depressão, fadiga, frustração, tremuras, predisposição para acidentes, explosões emocionais incontroladas, consumo de bebidas e de alimentos em excesso, entre outras.

Neste sentido, as emoções têm um papel importante, sendo já vasta a literatura sobre as emoções no trabalho e as estratégias de *coping*. Alguns investigadores (Marques-Pinto & Chambel, 2008; Zapf & Holz, 2006) referem a ligação entre emoções no trabalho e a avaliação de acontecimentos relacionados com o bem-estar, a prossecução de objetivos, os interesses pessoais, as características do posto de trabalho e da tarefa, o sistema de recompensas, o feedback sobre o desempenho e a conduta do superior e dos colegas de trabalho. As estratégias de *coping* são então esforços pessoais para gerir as exigências externas/internas de uma situação (Lazarus & Folkman, 1984), sendo adequadas/eficientes quando permitem o equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto, devendo ser coerentes com os valores/convicções, objetivos e estilos de *coping* de cada pessoa (Kertz et al., 2015; Lazarus & Folkman, 1984).

3. Metodologia

Para a recolha de dados foi utilizado um questionário sobre exposição a situações de stresse e exaustão profissional em atividades de saúde (Neto, 2016), aplicado em formato de auto preenchimento, anónimo e confidencial através do Google forms. Foram validados 16 questionários, preenchidos por enfermeiros de uma unidade de cuidados paliativos do foro oncológico. Estes 16 questionários não representam o universo de trabalhadores desse serviço, apenas os profissionais que decidiram colaborar voluntariamente no estudo, fornecendo o seu testemunho.

O questionário é composto por quatro blocos de questões. O primeiro bloco tem 34 itens referentes à escala de stresse em atividades de enfermagem, dividida em sete fatores de stresse que estão inseridos em três ambientes. Foi desenvolvida por Gray-Toft & Andeson (1981) e validado para Portugal por Santos (2010) (Neto, 2016). No ambiente físico, insere-se o fator carga de trabalho (itens 1, 25, 27, 28, 30 e 34); ambiente psicológico, a morte e o morrer (3, 4, 6, 8, 12, 13 e 21), preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares (15, 18 e 23), falta de apoio dos colegas (7, 11 e 16) e incerteza quanto aos tratamentos (17, 26, 31, 32 e 33); ambiente social, conflitos com os médicos (2, 9, 10, 14 e 19) e conflitos com outros enfermeiros e com os chefes (5, 20, 22, 24 e 29).

O segundo bloco considera 21 itens relativos ao inventário de *coping* em situações stressantes, que avaliam, para uma situação stressante, de 1 (de modo algum) a 5 (bastante), o uso de estratégias de *coping* direcionadas para a tarefa, para a gestão das emoções ou para o evitamento/afastamento da fonte de stresse. Foi desenvolvida por Endler e Parker (1994) e validado para Portugal por Pereira e Queirós (2016) (Neto, 2016).

No terceiro bloco, foi utilizado o MBI - Maslach Burnout Inventory, desenvolvido por Maslach & Jackson (1981) e adaptado e validado para Portugal por Marques-Pinto (2009) e Marques-Pinto e Picado (2011) (Neto, 2016). É constituído por 22 itens numa escala de Likert de 7 pontos que variam de 0 (nunca) a 6 (todos os dias) e estão organizados em

três dimensões: exaustão emocional (e.g. "Sinto-me emocionalmente esgotado pelo meu trabalho"), despersonalização (e.g. "Sinto que trato alguns utentes como se fossem objetos impessoais") e realização pessoal (e.g. "Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho").

O quarto bloco é formado por questões de índole socioprofissional, cruzando características do/a trabalhador/a e as funções que desempenha, considerando também o Índice de Fadiga Percebida (Neto, 2016).

4. Resultados Gerais

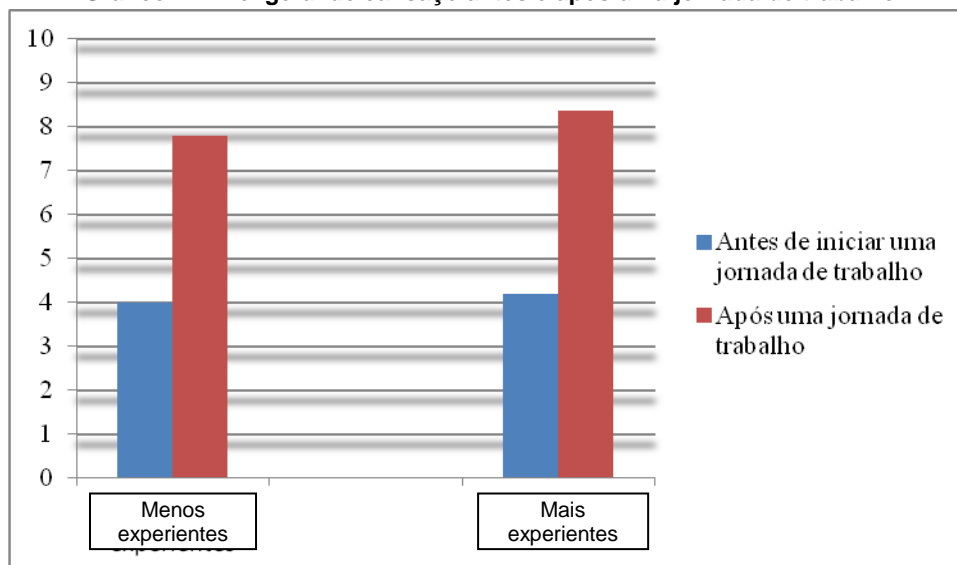
A amostra é constituída por 16 enfermeiros de uma unidade de cuidados paliativos do foro oncológico. Dividimos a amostra em dois grupos sendo que, 5 trabalham há menos de três anos no serviço, portanto, menos experientes, e 11 trabalham há mais de três anos, logo mais experientes.

No grupo menos experiente a idade é compreendida entre 29 e 38 anos, com uma média de idades de 31,4 anos, sendo 100% do género feminino, no grupo mais experiente os enfermeiros têm idades compreendidas entre 31 e 44 anos, com uma média de idades de 35,7 anos, sendo 18% do género masculino e 82% do género feminino.

Sabemos ainda que no grupo menos experiente, 60% são casados e os restantes solteiros, 60% não têm filhos, 60% participam em atividades desportivas com regularidade, 40% encontra-se muito insatisfeito em fazer turnos e os restantes satisfeitos. Apenas 20% sofreu uma lesão nos últimos 3 meses, assim como problemas em dormir. No grupo mais experiente, 64% são casados e os restantes solteiros, 46% não têm filhos, 36% tem 1 filho e 18% 2 filhos; 82% não participam em atividades desportivas com regularidade, 46% encontra-se satisfeito em fazer turnos, insatisfeito 18%, muito insatisfeito 27% e 9% só faz o turno da manhã; 82% não sofreu lesões nos últimos 3 meses e 64% não tem problemas em dormir.

Apuramos o nível geral de cansaço que sentem antes e depois de uma jornada de trabalho, em que 0 é nada cansado e 10 é extremamente cansado e concluímos que o grupo mais experiente, que também é quem tem a média de idades mais elevada, apresenta um nível de cansaço adequado antes da jornada de trabalho e elevado após, assim como demonstra o Gráfico 1.

Gráfico 1. Nível geral de cansaço antes e após uma jornada de trabalho



No que diz respeito à exposição a situações de stresse e exaustão profissional em atividades de saúde (NSS), ela é composta por uma escala de *Likert* com quatro pontos (de 1 a 4), e feita a soma dos pontos assinalados nos questionários, conclui-se, no caso dos elementos mais experientes, que o total máximo encontrado foi de 93, num máximo possível de 136, sendo o total mínimo de 58 com um mínimo possível de 34. A média obtida foi de 76 e o desvio-padrão de 10,47. No grupo dos menos experientes, o total máximo encontrado foi de 85, o mínimo de 52, a média obtida foi de 73,8 e o desvio-padrão de 14,24.

No que se refere às estratégias de *coping*, os valores médios por fator ou estratégia (Quadro 1) revelam uma maior predominância para a orientação para a tarefa, seguida do evitamento e da gestão das emoções.

Quadro 1. Estatística descritiva do inventário de *coping* de situações stressantes (CISS-21)

	Menos experientes			Mais experientes		
	Tarefa	Gestor de emoções	Evitamento	Tarefa	Gestor de emoções	Evitamento
Soma	32,85	21,85	20	32,72	16,91	20,36
Média	4,11	3,12	3,33	4,09	2,42	3,39
Desvio-padrão	0,57	0,62	0,71	0,39	0,63	0,47

As médias de *burnout* encontradas estão descritas no Quadro 2, onde pudemos verificar que nos dois grupos encontramos níveis de realização pessoal mais altos, seguidos da exaustão emocional e, por fim, a despersonalização.

Quadro 2. Estatística descritiva do inventário de *burnout* de Maslach (MBI-HSS)

	Menos experientes			Mais experientes		
	Soma	Média	Desvio padrão	Soma	Média	Desvio padrão
Exaustão emocional	24,4	2,71	0,98	23,55	2,62	1,03
Despersonalização	4,6	0,92	0,27	5,27	1,06	0,25
Realização pessoal	31,6	3,95	0,93	35,27	4,41	0,52

5. Apresentação e Discussão dos resultados

5.1 Escala de Stresse em Atividades de Enfermagem (NSS)

A leitura das médias obtidas em cada um dos fatores da exposição a situações de stresse e exaustão profissional em atividades de saúde (NSS), no Quadro 3 e no Gráfico 2, permite-nos verificar que o fator que, mais frequentemente, é sentido como stressante é o que está relacionado com a “*carga de trabalho*”, média de 2,97 para os mais experientes e 2,53 para os menos experientes. Depois surgem as situações relacionadas com “*a morte e o morrer*” (2,39) para os mais experientes, enquanto para os menos experientes é “*preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares*” (2,07). O terceiro fator visto como mais stressante é “*conflitos com os médicos*” (2,20) para os mais experientes e para os menos experientes é “*falta de apoio dos colegas*” (2,00), posteriormente vem “*falta de apoio dos colegas*” (2,15) para os mais

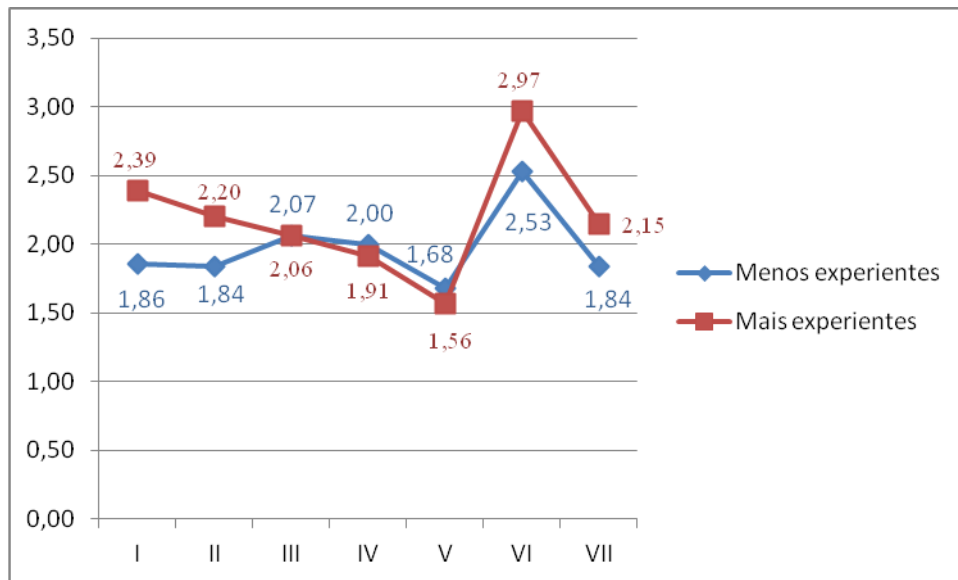
experientes, sendo que para os menos experientes vem “a morte e o morrer” (1,86). O quinto fator mais stressante para os mais experientes são “conflitos com outros enfermeiros e com os chefes” (2,06). Para os menos experientes o quinto e sexto fator é “incerteza quanto aos tratamentos” (1,84) e “conflitos com os médicos” (1,84). O sexto fator para os mais experientes é “falta de apoio dos colegas” (1,91). O fator menos stressante para ambos os grupos são os “conflitos com outros enfermeiros e com os chefes” (1,68 nos menos experientes e 1,56 para os mais experientes).

Quadro 3. Estatística descritiva da exposição a situações de stresse e exaustão profissional em atividades de saúde

Itens	Fatores	Menos experientes			Mais experientes		
		Soma	Média grupo	Percentagem	Soma	Média grupo	Percentagem
3, 4, 6, 8, 12, 13 e 21	I	65	13,00	19,35	184	16,73	22,01
2, 9, 10, 14 e 19	II	46	9,20	13,69	121	11,00	14,47
15, 18 e 23	III	31	6,20	9,23	68	6,18	8,13
7, 11 e 16	IV	30	6,00	8,93	63	5,73	7,54
5, 20, 22, 24 e 29	V	42	8,40	12,50	86	7,82	10,29
1, 25, 27, 28, 30 e 34	VI	76	15,20	22,62	196	17,82	23,44
17, 26, 31, 32 e 33	VII	46	9,20	13,69	118	10,73	14,11

Legenda: Fator I - A morte e o morrer; Fator II - Conflitos com os médicos; Fator III - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares; Fator IV - Falta de apoio dos colegas; Fator V - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes; Fator VI - Carga de trabalho; Fator VII - Incerteza quanto aos tratamentos.

Gráfico 2. Exposição a situações de stresse e exaustão profissional em atividades de saúde (NSS) – fatores/médias



Os 5 itens mais stressantes para os enfermeiros mais experientes são, em primeiro lugar, “ver um/a doente em sofrimento” (item 21) com uma média de 3,45, em segundo e terceiro com uma média de 3,18 vem a “falta de tempo para dar apoio emocional à/ao doente” (item 28) e a “falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do

serviço” (item 34) em quarto lugar vem a “*avaria informática*” (item 1) com média de 3,09 e, por último, a “*falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem*” (item 30) com uma média de 2,91. Nos enfermeiros menos experientes o que os mais stressa é a “*falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço*” (item 34) com uma média de 3,5, em segundo lugar é “*ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal*” (item 20) com média de 3,33, em terceiro, quarto e quinto lugar com uma média de 3 são as “*alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho*” (item 25), “*prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um/a doente*” (item 26) e a “*falta de tempo para dar apoio emocional à/ao doente*” (item 28).

Quando comparamos os dois grupos de enfermeiros, aqui estudados, podemos reparar que os enfermeiros mais experientes dão mais valor ou estão mais preocupados com a satisfação das necessidades do doente, em detrimento dos problemas de ordem institucional/organizacional, sentidos pelos enfermeiros menos experientes.

O stress no trabalho raramente provém de uma só fonte (Loureiro, 2005) e os dados obtidos com o estudo permitem confirmar essa afirmação, dado que os sete fatores que compõem a escala de stress e exaustão profissional em atividades de saúde (NSS) são todos valorizados pelos enfermeiros, mesmo que uns sejam referidos como mais frequentemente sentidos como stressantes do que outros. A carga de trabalho surge como o fator mais sentido como stressante, sendo que de entre os itens que compõem este fator, as situações referidas como mais frequentemente sentidas como stressantes são: a “*falta de tempo para dar apoio emocional à/ao doente*” e a “*falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço*”. Na verdade, a sobrecarga de trabalho e a falta de pessoal são uma constante no exercício, como referem autores como Más et al. (1999) e Batista e Bianchi (2006).

Vale a pena notar que os fatores relacionados com os conflitos (sejam com outros enfermeiros ou com outros membros da equipa multidisciplinar) e com a eventual “*falta de apoio por parte dos colegas*” não são, conforme este estudo, dos que mais frequentemente causam stress. Se é certo que vários autores dão acento a estes fatores no stress profissional dos enfermeiros, o que é verdade é que o desenvolvimento do espírito multidisciplinar nas instituições hospitalares talvez esteja a diminuir a conflituosidade tradicionalmente latente e presente. E mesmo neste âmbito, continua a ser a vontade de tudo fazer pelo doente que gera alguns conflitos. Não é por acaso, então, que a situação mais sentida como stressante dentro do contexto da conflituosidade com os médicos é o “*desacordo em relação ao tratamento de um doente*”.

Em termos gerais, se considerarmos *scores* inferiores a 2 como incidência baixa de stress, *scores* entre 2 e 3 como incidência moderada de stress e *scores* superiores a 3 como incidência elevada de stress, podemos considerar que os enfermeiros mais experientes encontram-se com incidência moderada de stress com *score* 2,18 e os enfermeiros menos experientes com encontram-se com incidência baixa de stress com *score* de 1,97. A amostra encontra-se com incidência moderada de stress com *score* de 2,08.

5.2 Inventário de Coping de Situações Stressantes (CISS-21)

No que se refere às estratégias de *coping* efetuamos uma análise comparando os dois grupos (Quadro 4). A pontuação mais alta indica uma utilização frequente de uma estratégia de *coping* em particular, em detrimento de outras (Binnema et al., 2014).

Quadro 4. Nível de *coping* entre enfermeiros mais experientes e enfermeiros menos experientes.

	Mais experientes			Menos experientes		
	Tarefa	Gestor de emoções	Evitamento	Tarefa	Gestor de emoções	Evitamento
1. Tentar gerir o tempo de melhor forma.	4,4			4,8		
2. Focar-me no problema e tentar resolvê-lo.	4,5			4,6		
3. Culpar-me por estar nesta situação.		1,9			2,8	
4. Dar “um miminho” a mim próprio com a minha comida ou bolo preferido.			3,3			4
5. Sentir-me ansiosa/o por não ser capaz de lidar com a situação		2,6			3,2	
6. Pensar como anteriormente já resolvi problemas semelhantes a este.	3,7			3,4		
7. Visitar um/a amigo/a.			2,9			2,8
8. Definir um plano de ação e segui-lo.	3,6			3,6		
9. Comprar alguma coisa nova para mim.			3,0			3,0
10. Culpar-me por ficar tão emocionalmente afetada/o com a situação.		1,8			2,8	
11. Esforçar-me para tentar compreender a situação.	4,4			4,2		
12. Ficar muito aborrecido.		2,5			2,4	
13. Tentar fazer algo para tentar corrigir a situação de imediato.	4,0			4,3		
14. Culpar-me por não saber o que fazer.		1,7			3,6	
15. Passar algum tempo com uma pessoa especial para mim.			4,2			4,4
16. Pensar no que aconteceu e aprender com os meus erros.	4,5			4,6		
17. Desejo mudar o que aconteceu e a forma como me sinto.		3,0			4,3	
18. Sair para comer qualquer coisa.			3,4			3,2
19. Analisar o problema antes de reagir.	3,6			3,4		
20. Concentrar-me nos meus defeitos ou incapacidades.		3,4			2,8	
21. Ligar a um/a amigo/a.			3,6			2,6
Soma	32,7	16,9	20,4	32,9	21,9	20
Média	4,1	2,4	3,4	4,1	3,1	3,3
Desvio-padrão	0,39	0,63	0,47	0,57	0,62	0,71

Os dados evidenciam que os enfermeiros menos experientes têm uma forte orientação para a gestão de emoções, sendo que os enfermeiros mais experientes têm maior predisposição em utilizar estratégias orientadas para a tarefa e para o evitamento. Estes resultados podem ser explicados pelo fato dos enfermeiros menos experientes serem mais jovens e não terem tantas oportunidades de aprendizagem para a utilização de estratégias orientadas para a tarefa, enquanto os enfermeiros mais experientes podem estar mais habituados no seu dia-a-dia a resolver problemas, adquirindo outras competências com a idade, responsabilidades familiares e prática profissional. Assim, estes resultados são concordantes com estudos que referem a existência de estilos de *coping* preferenciais relacionados com características individuais, nomeadamente a idade como etapa do desenvolvimento individual, e com estudos que têm analisado o *coping* no

mundo laboral (Afshar et al., 2015; Al-Bahrani et al., 2013; Bamber & McMahon, 2008; Cox, Johnson & Coyle, 2015; Ding et al., 2015).

Na amostra total, os valores médios por fator ou estratégia (Quadro 5) revelam uma maior predominância para a orientação para a tarefa, seguida do evitamento e da gestão das emoções.

Quadro 5. Análise estatística descritiva das estratégias de *coping* (CISS-21) – amostra total

	Dimensões		
	Tarefa	Gestor de emoções	Evitamento
Média	4,10	2,77	3,36
Desvio-padrão	0,48	0,63	0,59

5.3 Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI-HSS)

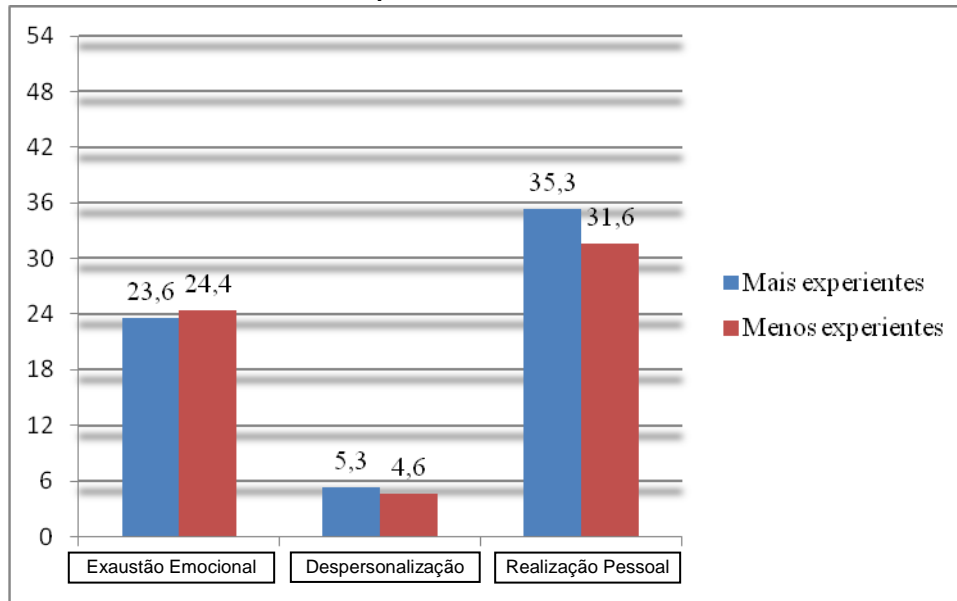
A avaliação do estado de *burnout* foi efetuada com a escala MBI-HSS, assente nas suas dimensões fundamentais: (i) exaustão emocional, com nove itens; (ii) despersonalização, com cinco itens; (iii) realização pessoal, com oito itens. As mesmas autoras referem que o *burnout* é conceptualizado como uma variável contínua cujos níveis de frequência e intensidade de sentimentos variam desde níveis mais elevados a níveis baixos, passando por moderados. As autoras referem ainda que os *scores* são considerados baixos se estão no terço inferior (percentil <33) da distribuição normal, médios se estão no terço médio (percentil 33-66) e altos se estão no terço superior da distribuição normativa (percentil >66).

De forma sistemática podemos admitir que: (i) um nível baixo de *burnout*, exprime-se em *scores* médios nas dimensões “*exaustão emocional*” e “*despersonalização*”, e *scores* elevados na “*realização pessoal*”; (ii) um nível médio de *burnout*, exprime-se em *scores* médios nas três dimensões; (iii) um nível elevado de *burnout* reflete-se em *scores* elevados para as dimensões de “*exaustão emocional*” e “*despersonalização*” e *scores* baixos na “*realização pessoal*”, sendo ainda indicador da existência desta síndrome (Maslach & Jackson, 1981; Marques-Pinto & Picado, 2011).

Por exaustão emocional entende-se um esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa. A despersonalização representa uma distanciação afetiva ou indiferença emocional em relação aos outros, nomeadamente àqueles que são a razão de ser atividade profissional (pacientes, clientes, etc). A realização pessoal exprime uma diminuição dos sentimentos de competência e de prazer associados ao desempenho de uma atividade profissional (Maroco & Tecedor, 2009).

No Gráfico 3 podemos perceber que os enfermeiros aqui representados apresentam valores altos de “*realização pessoal*”, valores intermédios de “*exaustão emocional*” e valores baixos de “*despersonalização*”. Sendo os enfermeiros mais experientes que apresentam valores mais elevados de “*realização pessoal*” e de “*despersonalização*” e os enfermeiros menos experientes valores mais altos de “*exaustão emocional*”. Face a estes dados, conclui-se que os enfermeiros aqui estudados encontram-se num nível baixo de *burnout*, tendo em conta que apresentam níveis médios na dimensão “*exaustão emocional*”, níveis baixos na dimensão “*despersonalização*” e níveis altos na “*realização pessoal*”.

Gráfico 3. Comparação das médias do inventário de *burnout* de Maslach (MBI-HSS) entre enfermeiros mais experientes e enfermeiros menos experientes



6. Conclusão

As principais conclusões deste estudo evidenciam que, embora os enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos estejam expostos a fatores de risco, tal não parece repercutir-se em elevados níveis de *burnout*. Na realidade, face aos resultados obtidos é possível afirmar que os enfermeiros que participaram neste estudo e que exercem funções num Serviço de Cuidados Paliativos, à data da realização do mesmo, apresentavam maioritariamente um baixo risco de *burnout*. Não se notando diferenças significativas no que respeita ao tempo de experiência. Estes resultados convergem com os que foram encontrados na literatura, sobretudo em estudos onde os níveis de *burnout* em cuidados paliativos foram comparados com os níveis encontrados em profissionais que exerciam funções em outros serviços (Asai et al., 2007; García et al., 2009; Pereira et al., 2011).

Na realidade, parece haver um paradoxo relativamente ao exercício profissional em cuidados paliativos, em que os profissionais podem oscilar entre sentimentos de tristeza, angústia, sofrimento pela morte dos doentes e sentimentos de gratificação e enriquecimento pelo trabalho realizado, o que ajuda a evitar o desgaste físico e emocional. Segundo Pereira (2011), os sentimentos mais associados ao exercício profissional em cuidados paliativos são precisamente os de felicidade e bem-estar, gratificação, reconforto, utilidade, satisfação e realização pessoal e profissional.

Como refere Teixeira (2013), a despersonalização pode ser apontada como potenciadora de atitudes e comportamentos “não éticos” por parte dos profissionais. Considerando que os cuidados paliativos têm como objetivo último aliviar o sofrimento, promover a qualidade de vida e, em última instância, ajudar a morrer com dignidade, é evidente que elevados níveis de despersonalização podem comprometer este aspeto, interferindo negativamente com o processo de cuidados. Como podemos verificar na amostra aqui apresentada, isto não acontece, pois tanto os enfermeiros mais experientes como os menos experientes apresentam baixos níveis de despersonalização.

No que diz respeito ao stresse podemos concluir que a amostra aqui estudada apresenta incidência moderada de stresse, sendo os enfermeiros mais experientes os que mais a evidenciam. Para este efeito, claramente houve o contributo do fator “*carga de trabalho*”, que de todos os fatores é o que frequentemente gera mais stresse, tanto nos enfermeiros mais experientes como nos menos experientes. A sobrecarga de trabalho deve-se ao volume de atividades que os enfermeiros são obrigados a executar num dia de trabalho, às múltiplas atribuições que precisam desenvolver, atravessando a área da assistência, da administração, do ensino e, muitas vezes, da pesquisa. Portanto, fica difícil efetuar todas as atribuições sem se sentirem pressionados pelo tempo e ser enfermeiro implica dar de si próprio atenção e tempo (Queirós, 1999), logo essa pressão facilmente origina o aparecimento de *distresse*. Outro aspeto que torna o ritmo de trabalho intenso é o fato de haver uma dotação insuficiente de pessoal, devido às instituições hospitalares, que tendem a reduzir os custos. Parece evidente que a falta de enfermeiros nos serviços leva a um aumento do número de utentes por enfermeiro, o que prejudica a saúde de doentes (por exemplo, através do défice de atenção e controlo por parte dos profissionais) e profissionais (sob forma de desgaste físico e/ou mental o que pode levar a situações de *burnout*) (Aiken et al., 2002).

Do conflito entre as necessidades e os limites individuais, com as exigências do meio, surge o stresse, o estado característico do organismo que se coloca pronto para reagir, originando diferentes estilos ou estratégias de *coping*. Estas estratégias destinam-se a diminuir o efeito de stressores externos, à eliminação ou redução do stresse experimentado, e a aumentar a eficácia ou os recursos internos para enfrentar a situação stressante específica, variando conforme os indivíduos (Kertz et al., 2015; Lazarus & Folkman, 1984; Rutkowska et al., 2014). E este estudo revelou que, para situações idênticas, os enfermeiros mais experientes tendem em utilizar estratégias orientadas para a tarefa e para o evitamento, enquanto os enfermeiros menos experientes têm uma orientação para a gestão de emoções.

Tendo este estudo como principal objetivo perceber se a experiência profissional interfere nos níveis de stresse através de estratégias de *coping* desenvolvidas ao longo do tempo, ou se, por outro lado, o tempo de contacto com este tipo de doentes aumenta o risco de desenvolver stresse, que, por sua vez, pode levar a situações de *burnout*, podemos concluir que os enfermeiros mais experientes encontram-se ligeiramente mais stressados, contudo desenvolveram ou adaptaram melhores estratégias de *coping*, manifestando-se baixo nível de *burnout*.

O facto de não se ter conseguido uma amostra mais elevada, assumiram-se como limitações metodológicas, na medida em que os resultados e as conclusões só se aplicarem à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o universo, isto porque não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do universo. Em nosso entender, é oportuno estudar este tema em trabalhos futuros, contudo, propõe-se que o tamanho da amostra seja alargado.

7. Lista de referências

- Abalo, J. A. G., & Roger, M.C. (1999). El desgaste profesional (Burnout) en los equipos de cuidados paliativos: Mito o realidad?; In M.Gómez-Sancho et al., *Medicina paliativa en la cultura latina* (pp.1005-1016). Madrid: Arán Ediciones.
- Afshar, H., Roohafza, H.R., Keshteli, A.H., Mazaheri, M., Feizi, A. & Adibi, P. (2015). The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of Research in Medical Sciences*, 20(4),353-358.
- Aiken, L.H., Clarke S., Cheung R., Sloane D., Sochalshky, J. & Silber J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *American Medical Association*, 288 (16), 1987-1993.
- Al-Bahrani, M., Aldhafri, S., Alkharusi, H., Kazem, A, & Alzubadi, A. (2013). Age and Gender Differences in Coping Style across Various Problems: Omani Adolescents' Perspective. *Journal of Adolescence*, 36(2),303-309.
- Arranz, E. E., & Auñón, P. Z. O. (1996). El síndrome de agotamiento profesional. In M. González-Barón, A. Ordóñez, J. Feliu, P. Zamora & E. Espinosa, *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer* (pp. 1334-1342). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asai, M., Morita, T., Akechi, T., Sugawara, Y., Fujimori, M., Akizuki, N., ... Uchitomi, Y. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: A cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology*, 16(5), 421-428. doi:10.1002/pon.1066
- Bamber, M. & McMahon, R. (2008). Danger-early maladaptive schemas at work! The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(2),96-112.
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed., pp. 487-532). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Batista, K. e Bianchi, E. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (4), 534 – 539.
- Batista, P.M.P.M.M. (2008). Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia, dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Binnema, M, Schrijvers, L H., Bos, R., Schurmans, M.J. & Fischer, K. (2014). Coping in adult patients with severe haemophilia. *Haemophilia*, 20(4),513-518.
- Chaves, E. (2008). Fatores Estressantes e Estratégias de Coping dos Enfermeiros Atuantes em Oncologia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(1), 24-28.
- Claix-Simons, C. (2006). A exaustão profissional dos enfermeiros em instituições. In M. Delbrouck (Ed.), *Síndrome de exaustão (Burnout)* (pp. 169-176). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Cox, C.B., Johnson, J. & Coyle, T. (2015). Coping styles moderate the relationships between exposure to community violence and work-related outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(3),348-358.
- Delbrouck, M. (2006). Síndrome de exaustão (Burnout). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Ding, Y., Yang, Y., Yang, X., Zhang, T., Qiu, X., He, X., & ... Sui, H. (2015). The Mediating Role of Coping Style in the Relationship between Psychological Capital and Burnout among Chinese Nurses. *Plos ONE*, 10(4),1-14.
- European Agency for Safety and Health at Work. OSH in Figures: stress at work - facts and figures. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009.
- Feldman, S. (2001). *Psicologia da saúde: stress, coping e saúde. Compreender a psicologia*. 5ª ed. Lisboa: McGraw-Hill.
- Fillion, L., Duval, S., Dumont, S., Gagnon, P., Tremblay, I., & Bairati, I. (2009). Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psycho-Oncology*, 18, 1300-1310.

- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. California: Consulting Psychologists Press.
- García, E. M. S., Rodríguez-Salvanés, F., Gonzáles-Gonzáles, R., Luque, M. J. F., & Sánchez, A.R. (2008). Síndrome de burnout em profissionais sanitários de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid. *Medicina Paliativa*, 15(5), 273-278.
- García, M., Centeno, C., Sanz-Rubiales, A., & Del Valle, M. (2009). Estudio sobre el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del País Vasco. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 53(1), 3-8.
- Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (2004). A experiência de stress e “burnout” em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 193-212.
- Gomes, A. R., Cruz, J.F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.
- Isikhan, V., Gomez, T., Danis, Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *Eur J Oncol Nursing*, 8:234-244.
- Jamieson, Liz, Emma Teasdale, Alison Richardson, e Amanda Ramirez. (2010). “The Stress of Professional Caregiving.” In Geoffrey Hanks, Nathan I. Cherney, Nicholas A. Christakis, Marie Fallon, Stein Kaasa & Russell K. Portenoy, *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (pp. 1445-1452). New York: Oxford University Press.
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). Competências Pessoais e Sociais. Guia Prático para a mudança positiva. Edições ASA. Lisboa.
- Kertz, S. J., Stevens, K.T., McHugh, R.K. & Bjorgvinsson, T. (2015). Distress intolerance and worry: the mediating role of cognitive variables. *Anxiety, Stress & Coping*, 28(4),408-424.
- Labrador, F. J. (1992). Stresse. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, S. A.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. In W. Gentry & W. Doyle (Eds.) *Handbook of Behavioral Medicine* (pp.82-325). New York: Guilford Press.
- Lipp, M. & Malagris, L. (2001). O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Ed.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.475-490). Porto Alegre: Artmed.
- Loreto, D. (2001). Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Oncologia. *Enfermagem Oncológica*. 20, 18-25.
- Loureiro, E. A. F. (2005). Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina. Obtido em 07/06/2008 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6407>
- Marques-Pinto, A. & Chambel, M.J. (2008). Burnout e engagement em contexto organizacional: estudos com amostras portuguesas. Lisboa: Livros Horizonte.
- Marques Pinto, A. & Picado, L. (2011). Adaptação e Bem-Estar nas Escolas Portuguesas: Dos Alunos aos Professores. Lisboa: Coisas de Ler.
- Más, R., Escribá. V. & Cárdenas, M. (1999). Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: um estudio cualitativo. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2 (4), 159 – 167.
- Maroco, J., & Tecedero, M. (2009) Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10, 227-235.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C & Jackson, S. E. (1981). The measurement of Experience of Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2 (2), 99-113.
- Müller, M., Pfister, D., Markett, S., & Jaspers, B. (2010). Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 11(5), 227-233.
- Neto, H.V. (2016). Questionário sobre Exaustão Profissional em Atividades de Saúde. Documento Pedagógico. V. N. Gaia: ISLA:

- Osswald, W. (2008). Cuidar de quem cuida. In A. S. Carvalho (Coord.), *Bioética e vulnerabilidade* (pp. 287-292). Coimbra, Portugal: Almedina.
- Pereira, I. & Queirós, C. (2016). Coping em trabalhadores e estudantes: análise fatorial exploratória do Coping Inventory for Stressful Situations, *International Journal on Working Conditions*, N.º 11, 68-88.
- Pereira, S. (2011). *Burnout em cuidados paliativos. Uma perspectiva bioética* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética, Porto, Portugal.
- Pereira, S., Fonseca, A., & Carvalho, A. S. (2011). Burnout in palliative care. A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317-326. doi:10.1177/0969733011398092
- Peiró, J. M., González-Romá, V., Tordera, N., & Mañas, M. A. (2001). Does role stress predict burnout over time among health care professionals?. *Psychology & Health*, 16(5), 511-525.
- Pessini L. (2003). A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *O Mundo da Saúde*, 27 (1): 15-31.
- Pessini L. (2005). Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Rev Práticas Hospitalares*, 41 (7): 107-12.
- Queirós, A. A. (1999). *Empatia e Respeito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rutkowska, K., Bergier, J. & Witkowski, Z. (2014). Styles of coping with stress and locus of control in sporting situations in a group of young female football players. *Human Movement*, 15(1), 57-61.
- Santos, L., Pais-Ribeiro, J., & Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer. *Análise Psicológica*, 21(4), 441-451.
- Selye, H. (1978). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Takaki, M. H., & Sant'Ana, D. M. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipa de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 79-83.
- Teixeira, C. (2013). *Burnout em cuidados intensivos. Uma perspectiva bioética* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética, Porto, Portugal.
- Teixeira, C., Fonseca, A. M., Carvalho, A. S., & Martins, S. (2010). Burnout in intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 36(Supl. 2), S155.
- Teixeira, F., Silva, M. R. S., & Medeiros, G. L. (2010). Síndrome de Burnout - a interface entre o trabalho na área da educação e na enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 3(2), 101-109. doi:10.12707/R110931
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores: Lisboa. 2ª Edição.
- Vaz-Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Minerva Coimbra.
- Worthington, R. (2005). *Ethics and palliative care: A case-based manual*. Oxford: Radcliffe.
- Zapf, D. & Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1), 1-28.