



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

SANDRA MARGARIDA DA SILVA RODRIGUES

***Stress e Burnout nos Profissionais de Saúde:  
Autoconhecimento como Estratégia de Prevenção- estudo  
piloto de ensaio clínico***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob orientação de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA

DOUTOR PEDRO MIGUEL CURRALO DE PAIVA

ABRIL/2021



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DO MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

**Stress e Burnout nos Profissionais de Saúde: Autoconhecimento como Estratégia de Prevenção - estudo piloto de ensaio clínico**

*Stress and burnout in health professionals: self-knowledge as a prevention strategy – pilot study of a clinical trial*

**Autores:**

Sandra Margarida da Silva Rodrigues

Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva<sup>1,2</sup>

Doutor Pedro Miguel Currálo de Paiva<sup>3</sup>

1 Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

2 Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro

3 Coimbra Business School

**Email:** [srsandrarodrigues355@gmail.com](mailto:srsandrarodrigues355@gmail.com)

## ÍNDICE

<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>13</b>
<b>Desenho do estudo.....</b>	<b>13</b>
<b>Seleção dos participantes.....</b>	<b>13</b>
<b>Recolha de dados.....</b>	<b>13</b>
<b>Instrumentos.....</b>	<b>15</b>
<b>Análise de dados.....</b>	<b>18</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>Análise Descritiva.....</b>	<b>19</b>
<b>Análise Inferencial.....</b>	<b>19</b>
<b>Análise Qualitativa.....</b>	<b>22</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>Principais Resultados.....</b>	<b>23</b>
<b>Autorreflexão e <i>Insight</i>.....</b>	<b>25</b>
<b>Pontos Fortes.....</b>	<b>26</b>
<b>Limitações do estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>Sugestões.....</b>	<b>28</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>38</b>
Anexo I: Parecer Positivo por parte da Comissão de Ética da ARSC.....	38
Anexo II: Questionário.....	39
Anexo III: Consentimento Informado.....	47
Anexo IV: Autorizações para a Utilização das Escalas.....	49
Anexo V: Pedidos e Respetivas Autorizações da Colaboração das USF.....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DP** - Despersonalização

**EE** - Exaustão Emocional

**EUA** - Estados Unidos da América

**EQ-VAS** - Escala Visual Analógica da Qualidade de Vida Percecionada (*European Quality of Life - Visual Analogue Scale*)

**MBI-HSS** – Escala de *Burnout* de Maslach (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*)

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PSS** - Escala do *Stress* Percecionado (*Perceived Stress Scale*)

**QV** – Qualidade de Vida

**RP** – Realização Pessoal

**SRIS** – Escala de Autorreflexão e *Insight* (*Self-Reflection and Insight Scale*)

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

**Introdução:** Atualmente, o *stress* e o *Burnout* afetam inúmeras pessoas a nível mundial, inclusive os profissionais de saúde dos CSP, existindo uma preocupação crescente e emergente nesta área pelo seu impacto a nível individual, profissional e organizacional.

O principal objetivo deste estudo será perceber se a formação e aprendizagem em autoconhecimento contribuem para a melhoria dos níveis de *burnout*, *stress* e qualidade de vida em profissionais de saúde dos CSP. Como objetivo secundário investigar-se-á o seu impacto na autocompaixão, autorreflexão e *insight* dos mesmos.

**Métodos:** Neste estudo piloto de um estudo de intervenção longitudinal, tipo ensaio clínico controlado, em amostra não probabilística, foi aplicado um questionário online com 4 escalas: Qualidade de Vida Percecionada (EQ-VAS), *Stress* Percecionado (PSS), *Burnout* (MBI-HSS) e Autorreflexão e *Insight* (SRIS) e duas perguntas abertas acerca do impacto individual da intervenção numa amostra de 16 profissionais de saúde, antes e após a mesma. O grupo de intervenção, constituído por 6 voluntários de uma USF, realizou um curso de 11 horas sobre autoconhecimento e comunicação com recurso ao Eneagrama de Personalidades em fevereiro e março de 2021. Foi selecionada outra USF para grupo controlo. Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística descritiva, inferencial através dos testes de Wilcoxon e Mann-Whitney e qualitativa por análise de conteúdo. Considerou-se um valor de  $p < 0,05$  estatisticamente significativo.

**Resultados:** Numa amostra de 16 pessoas, com uma média de idades de 46,94 anos, 81,3% pertenciam ao sexo feminino. Dos profissionais de saúde que constituíram a amostra, 43,8% eram médicos especialistas de MGF, 18,8% médicos internos de MGF, 25,0% enfermeiros e 12,5% administrativos. Não houve diferenças significativas entre grupos. Ambos os grupos apresentaram *scores* mais altos na qualidade de vida após a intervenção, estatisticamente significativos ( $p=0,017$  no grupo controlo e  $p=0,042$  no grupo de intervenção). Não verificámos diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos de intervenção e controlo, embora os grupos tivessem evoluído no mesmo sentido, com uma melhoria ligeira também nos níveis de *stress* e de *burnout*, apenas com maior prejuízo na autorreflexão e *insight*. Relativamente ao questionário que compreendia perguntas de resposta aberta, as opiniões foram unânimes em afirmar que o Eneagrama das Personalidades constitui uma ferramenta importante, com impacto positivo a nível profissional, interpessoal e pessoal.

**Discussão:** O momento da colheita dos dados do primeiro tempo coincidiu com um dos maiores picos de contágio da pandemia COVID-19, enquanto que no segundo tempo já existia melhoria evidente das circunstâncias, pelo que se considera plausível que os resultados melhoraram devido ao alívio das extremas circunstâncias externas. É possível que os fatores ambientais tenham também impactado a capacidade de autorreflexão necessária à intervenção efetuada, que pode também ter sido curta para surtir efeitos semelhantes já encontrados em outros estudos no início da pandemia.

**Conclusão:** A ferramenta do Eneagrama da Personalidade não pareceu impactar os profissionais de saúde desta amostra em condições laborais extremas, parecendo poder ser uma ferramenta mais preventiva em termos de *stress* e do *burnout* e precisando de maior aprofundamento para poder maximizar as implicações positivas a nível pessoal, interpessoal e profissional mencionadas pelos participantes. Os profissionais de saúde dos CSP são um grupo de risco e é necessário delinear precocemente estratégias de prevenção e intervenção pois estas podem ser muito benéficas quando se trata de *stress* e *burnout*.

**Palavras-chave:** “Profissionais de saúde”, “*Stress*”, “*Burnout*”, “Qualidade de Vida”, “Autoconhecimento”, “Eneagrama das Personalidades”, “Autorreflexão”, “*Insight*”, “Autocompaixão”, “Prevenção”.

## ABSTRACT

**Introduction:** Currently, *stress* and *burnout* affect countless people worldwide, including PHC health professionals, with a growing and emerging concern in this area due to their impact on an individual, professional and organizational level. The main objective of this study will be to understand if the training and learning in self-knowledge contribute to the improvement of the levels of *burnout*, stress and quality of life in PHC health professionals. As a secondary objective, its impact on self-compassion, self-reflection and insight will be investigated.

**Methods:** In this pilot study of a longitudinal intervention study, like controlled clinical trial, in a non-probabilistic sample, an online questionnaire with 4 scales was applied: Perceived Quality of Life (EQ-VAS), Perceived Stress (PSS), *Burnout* (MBI-HSS) and Self-reflection and Insight (SRIS) and two open questions about the individual impact of the intervention in a sample of 16 health professionals, before and after it. The intervention group, consisting of 6 volunteers from a USF, held an 11-hour course on self-knowledge and communication using the Personalities Enneagram in February and March 2021. Another USF was selected for the control group. The data obtained were submitted to descriptive statistical analysis, inferential through the Wilcoxon and Mann-Whitney tests and qualitative through content analysis. A p value <0.05 was considered statistically significant.

**Results:** In a sample of 16 people, with an average age of 46.94 years, 81.3% were female. Of the health professionals who made up the sample, 43.8% were medical specialists in FGM, 18.8% in-house doctors in FGM, 25.0% nurses and 12.5% administrative. There were no significant differences between groups. Both groups had higher scores on quality of life after the intervention, which were statistically significant ( $p = 0.017$  in the control group and  $p = 0.042$  in the intervention group). We did not find any statistically significant difference when comparing the intervention and control groups, although the groups had evolved in the same direction, with a slight improvement also in the levels of stress and *burnout*, with only greater damage in self-reflection and insight. Regarding the questionnaire that included open-ended questions, opinions were unanimous in stating that the Personalities Enneagram is an important tool, with a positive impact at a professional, interpersonal and personal level.

**Discussion:** The timing of data collection in the first period coincided with one of the greatest contagion peaks in the COVID-19 pandemic, while in the second period there was already an



evident improvement in circumstances, so it is considered plausible that the results improved due to the relief of extreme circumstances external. It is possible that environmental factors have also impacted the capacity for self-reflection necessary for the intervention carried out, which may also have been short to have similar effects already found in other studies at the beginning of the pandemic.

**Conclusion:** The Personality Enneagram tool did not seem to impact the health professionals of this sample in extreme working conditions, appearing to be a more preventive tool in terms of stress and *burnout* and needing further study in order to maximize the positive implications at a personal level , interpersonal and professional mentioned by the participants. PHC health professionals are a risk group and it is necessary to outline prevention and intervention strategies early, as these can be very beneficial when it comes to stress and *burnout*.

**Keywords:** "Health professionals", "*Stress*", "*Burnout*", "Quality of Life", "Self-knowledge", "Personalities Enneagram", "Self-reflection", "Insight", "Self-compassion", "Prevention".

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o *stress* afeta inúmeras pessoas a nível mundial, inclusive os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) representando um problema de saúde pública(1), tendo sido classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a «epidemia de saúde do século XXI», constituindo assim uma realidade inevitável.

O *stress* é entendido como um conceito inovador que congrega a situação, as respostas humanas à situação e a vivência da mesma, integrando o biológico e o social, a saúde e a doença(2), podendo ser definido como uma reação psicológica e física às demandas cada vez maiores da vida(3). Por um lado, o *distress* que é prejudicial e nocivo e, por outro, o *eustress* funciona como um estímulo benéfico e construtivo, permitindo até o crescimento intelectual e emocional(4).

O conceito *burnout*, por seu lado, representa uma síndrome psicológica, descrita pela primeira vez na década de 70 por Freudenberg e incluída na lista de doenças pela OMS em 2019, sendo definida como um estado de esgotamento físico, emocional e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional. Tem recebido uma maior atenção no âmbito da saúde mental por representar um problema generalizado de saúde(5,6). É caracterizado por três dimensões independentes e distintas, que podem aparecer associadas: a Exaustão Emocional (EE) elevada, caracterizada por cansaço, sintomas somáticos, pela perda de capacidade e/ou de recursos emocionais para lidar com o outro; a Despersonalização (DP) elevada, que diz respeito ao desenvolvimento de atitudes de indiferença, sentimentos impessoais e cinismo em relação aos outros; e por fim a baixa Realização Pessoal (RP), que representa um estado de insatisfação do qual resultam sentimentos de incompetência, ineficiência, inadequação e baixa autoestima(7–9).

Uma ampla gama de profissões pode sofrer de níveis elevados de *stress* e conseqüentemente, *burnout*. Porém, as que envolvem fortemente interações humanas e contacto interpessoal como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e administrativos são as que estão mais associadas a esta síndrome psicológica(3,7).

Pensa-se que o *burnout* afete cerca de 50% dos profissionais de saúde nos EUA(10,11) e a nível nacional, entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde amostrados apresentaram *burnout* moderado e 47,8% *burnout* elevado (10–12). A par disto, também num estudo realizado em 2017 sobre as dimensões do *burnout* na classe médica em Portugal, 66% dos médicos da amostra apresentaram um nível elevado de EE, 39% um nível elevado de DP e 30% um elevado nível de diminuição da RP(13).

Embora existam diferenças significativas entre especialidades e entre diferentes tipos de profissionais de saúde, a prevalência de *burnout* nos CSP parece ser das mais elevadas, demonstrando ter um risco superior de 40%(1). O elevado número de consultas, a pressão de tempo, o elevado fluxo, acusações e exigências dos doentes, o excesso de trabalho burocrático, o contacto mais próximo com o doente são características e condições de trabalho específicas destes profissionais de saúde, que podem contribuir para o esgotamento(1). Não obstante, prestam cuidados a uma população cada vez mais idosa, existindo uma oferta insuficiente, menores reembolsos e reconhecimento, contrastando com a crescente carga de trabalho (6,14).

Tempos sem precedentes, como o da recente pandemia COVID-19, exigem medidas extraordinárias e oportunas(15). Alguns estudos têm vindo a ser desenvolvidos, procurando compreender qual o impacto da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde, nomeadamente dos CSP pois desempenham um papel na linha de frente e têm sido sujeitos a um dramático aumento das demandas e tensões(16). Torna-se assim imperativo a defesa da saúde mental neste grupo de risco(17,18), pelo que se deve tornar uma prioridade para as estratégias de saúde pública (17). Além disso, é necessário que intervenções sejam feitas para melhorar a qualidade de vida e, por meio de monitorização regular, reduzam e controlem os efeitos colaterais associados(19), de entre os quais o aumento de *stress* e a maior probabilidade de desenvolver *burnout* a longo prazo(15).

Existe uma preocupação crescente nesta área devido ao seu impacto não só a nível individual, como também profissional e organizacional(7). A nível pessoal promove relacionamentos interpessoais disfuncionais(9), transtornos de humor e ansiedade, depressão(20), distúrbios do sono, fadiga(8), uso de substâncias ilícitas(21), de álcool(8) e ideação suicida(1), com possível suicídio(22) em casos mais graves e está associado a pior Qualidade de Vida (QV) (1). A QV é um conceito holístico que pode ser definido como a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações(23). Consequentemente pode afetar negativamente a qualidade de prestação de cuidados de saúde(6,24) com erros médicos graves(21), deterioração do otimismo, da empatia, do altruísmo(22), com menor adesão ao tratamento(6) e, adicionalmente o aumento dos custos com a saúde(25), reforma prematura(8), baixa produtividade socioeconómica e até mortalidade de pessoas em anos produtivos(25).

Embora continue a ser um desafio identificar aqueles que experimentam o *burnout* precocemente, ao entendê-lo e compreendendo os fatores de risco dinâmicos associados, pode-nos ajudar não só a detetar indivíduos mais vulneráveis, como também a desenvolver

estratégias de intervenção para o prevenir e tratar(8,9).

Por seu lado, a autocompaixão, definida como a capacidade de cuidar de nós mesmos perante adversidades ou *stress*; a inteligência emocional, bem como o *mindfulness* foram associadas ao aumento da resiliência, bem-estar psicológico e inversamente correlacionadas com o *burnout*(26,27). Da mesma maneira, a capacidade de lidar com o *stress*(28) - estratégias de *coping*, automonitorização e autocuidado – pode ser benéfica para profissionais de saúde enfrentarem a realidade por meio da autorregulação emocional(29–32).

Vários estudos mostram que uma correlação entre o mecanismo de *coping* e a personalidade podem diminuir o *burnout*(28). A percepção de esgotamento é subjetiva e tem um impacto diferente de indivíduo para indivíduo(28) e alguns tipos de personalidade são mais vulneráveis ao *burnout*(33) e, assim sendo, o conhecimento dos diferentes traços de personalidade e a sua modelação pode ser usada como uma estratégia de prevenção e daí a importância do autoconhecimento.

O Eneagrama da Personalidade é uma ferramenta com aplicação a nível pessoal e profissional bem conhecida para aumentar a autoconsciência, fornecendo *insights* sobre os sistemas habituais de comportamentos, emoções e ideias de cada personalidade e promove assim a autocompreensão e o autocrescimento(34). Este sistema divide os indivíduos em nove tipos de personalidade e faculta um mapa preciso da estrutura psicológica(35) e seus pontos fortes, limitações e crenças centrais associadas(36).

Existe um uso progressivo desta ferramenta em diversas áreas com bastante sucesso, incluindo no papel protetor do autoconhecimento contra o *burnout* em estudantes de medicina(34). No entanto, em Portugal, mesmo com uma sensibilização crescente para o aumento do *stress* e *burnout* nos profissionais de saúde, pouco se sabe ainda sobre intervenções eficazes e que sejam dirigidas à prevenção da crescente taxa dos níveis de *stress* e *burnout*, melhoria na qualidade de vida e empatia nesta população(34,36,37). O indicado seria aprender e praticar métodos de autocuidado, muito além de competências médicas e profissionais(29).

O principal objetivo ao realizar este estudo piloto de um ensaio clínico mais alargado será perceber se a formação e aprendizagem em autoconhecimento, com base na reflexão da pessoa sobre a sua personalidade e caminhos de desenvolvimento pessoal contribuem para a melhoria dos níveis de *burnout*, *stress* e qualidade de vida em profissionais de saúde dos CSP, em contexto de elevados níveis de sobrecarga laboral e *stress* (pandemia COVID-19). Como objetivo secundário investigar-se-á o seu impacto na autocompaixão, autorreflexão e *insight* dos mesmos.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Desenho do estudo**

O presente estudo trata-se de um estudo piloto de um estudo de intervenção longitudinal, tipo ensaio clínico, não farmacológico e controlado, em amostra não probabilística e de conveniência.

O estudo foi realizado com o parecer positivo da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (Anexo I).

### **Seleção de participantes**

O recrutamento das USF foi feito por conveniência, tendo sido aceite a proposta de participação no estudo primeiramente pela USF Águeda Mais Saúde (intervenção) e posteriormente por uma unidade com composição semelhante de profissionais, a USF Topázio (controlo) (Anexo V).

Para a seleção de participantes, foram recrutados médicos, internos, enfermeiros e administrativos destas Unidades de Saúde de CSP. Foi recolhida a autorização de colaboração neste estudo pelo respetivo coordenador da USF (Anexo V). Juntamente com o pedido de autorização para aplicar o questionário aos profissionais de saúde de cada USF, foi enviado uma descrição do projeto onde foram explicados os objetivos do estudo e os procedimentos a utilizar na recolha, análise e divulgação dos dados.

Quanto a condições e financiamento, a participação foi voluntária, não havendo prejuízos em caso de não participação. Da mesma maneira, o profissional de saúde dos CSP pôde abandonar o estudo em qualquer altura sem qualquer repercussão.

Na questão da confidencialidade e anonimato, o estudo seguiu as normas da Comissão Nacional de Proteção de Dados, tendo os dados sido recolhidos de forma anónima e a identificação dos participantes codificada.

### **Recolha de dados**

Procedeu-se à recolha dos dados através do autopreenchimento de um questionário (Anexo II), anónimo e codificado, em formato digital, utilizando a plataforma *Google Forms*®, com cerca de 15 minutos de duração, efetuado em dois momentos diferentes, antes e depois do curso. Previamente ao início do curso, todos os participantes aceitaram o consentimento informado (Anexo III), incluído no questionário online.

Ambos os grupos realizaram o questionário pela primeira vez imediatamente antes do início da primeira sessão do curso (fase 1), tendo-o repetido posteriormente após a conclusão da terceira sessão (fase 2).

A intervenção consistiu num curso promotor de autoconhecimento e comunicação, onde foram desenvolvidas capacidades de autoconhecimento e autocompaixão, orientado por formadores especializados com formação certificada do Instituto de Eneagrama Shalom(38), usando o Eneagrama de Personalidades como ferramenta principal. Uma vez que vivemos atualmente numa situação pandémica, foi realizado via online, tendo por base a plataforma Zoom®.

O curso foi dividido em 3 sessões em Sábados de manhã, a primeira e a segunda realizadas em fevereiro de 2021 e a terceira em março de 2021. Nas primeiras duas sessões foi feita uma introdução, onde se abordou uma ferramenta de autoconhecimento da personalidade, o Eneagrama de Personalidades, que teve a duração de 8 horas.

Na terceira sessão, com a duração de 3 horas, os participantes tiraram dúvidas e partilharam a aplicação dos conhecimentos adquiridos em estratégias de desenvolvimento pessoal e prevenção do *stress* e *burnout*.

O questionário aplicado foi dividido em quatro secções. A primeira secção apresentava o estudo e a pertinência do mesmo, com o respetivo consentimento informado e esclarecido e a codificação de cada voluntário através das duas últimas letras do seu último apelido e dos dois últimos dígitos do número do cartão de cidadão para posterior correspondência entre este questionário e o final. Na segunda secção, procedeu-se à recolha dos dados sociodemográficos: sexo, idade, local de trabalho, data de preenchimento, profissão (médico interno de MGF, médico especialista de MGF, enfermeiro ou administrativo) e se iria realizar ou não o curso. Já na terceira secção foram incluídas as variáveis das dimensões medidas (qualidade de vida percecionada, *stress* percecionado, *burnout*, autorreflexão e *insight*), através da aplicação de escalas, nomeadamente 4 instrumentos de avaliação e respetiva descrição: Qualidade de vida EQ-VAS – 1 item, Escala do *Stress* Percecionado PSS (*Perceived Stress Scale*) – 10 itens , Escala de *Burnout* de Maslach – 22 itens, EAI: Escala de Autorreflexão e *Insight*: Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros – 20 itens. Foram concedidas as autorizações das respetivas escalas por parte dos autores (Anexo IV). Por fim, a última secção consistia num breve agradecimento aos participantes.

No segundo questionário aplicado no segundo tempo, no grupo de intervenção foi acrescentada uma secção adicional constituída por duas questões de resposta aberta, a fim de perceber o impacto da intervenção de forma qualitativa.

Todas as perguntas eram de resposta obrigatória, condição necessária para concluir e submeter o questionário.

## **Instrumentos**

### **Escala Visual Analógica da Qualidade de Vida Percecionada**

(EQ-VAS: European Quality of Life - Visual Analogue Scale; EuroQol Group, 1990(39); Versão portuguesa de Ferreira, Ferreira & Pereira, 2014(40).)

O EQ-5D é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida, bem estabelecido e amplamente utilizado, desenvolvido pelo grupo EuroQol que permite gerar um índice que representa o valor do estado de saúde de um indivíduo. Trata-se de um questionário de autopreenchimento que incorpora dois componentes interessados na obtenção de informação sobre o impacto do estado de saúde na vida e na qualidade de vida dos indivíduos. Aqui foi utilizado o componente com avaliação do estado de saúde geral por meio de uma medição direta usando uma escala visual analógica vertical de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável) denominada frequentemente por termómetro EQ-VAS. A versão portuguesa do EQ-5D tem uma boa aceitabilidade e validade na medição do estado de saúde, apresentando a subescala EQ-VAS uma boa consistência interna ( $\alpha=0,862$ ) e existindo uma clara aplicação prática dos resultados pelas autoridades de saúde, nacionais e/ou regionais(39–41).

### **Escala do Stress Percecionado**

(PSS-10: *Perceived Stress Scale*; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983(42); Versão portuguesa de Trigo et al, 2010(43).)

A PSS é um dos instrumentos de autorresposta mais utilizados na avaliação global do *stress*, colocando a ênfase no *stress* percebido ao invés do *stress* objetivo, permitindo determinar até que ponto os acontecimentos de vida são percecionados como indutores do *stress*(43). É um tipo de medida direta, que constitui um bom preditor de saúde, de aplicação e cotação fácil.

A escala apresenta 3 versões: uma composta por 14 itens, mais longa (PSS-14), outra com 10 itens (PSS-10), que foi a por nós utilizada no estudo, e ainda uma forma reduzida com 4 itens (PSS-4).

Os participantes respondem a cada item indicando a frequência com que se sentiram ou pensaram da forma indicada na afirmação, numa escala ordinal tipo Likert com cinco opções (0 - Nunca; 1 - Quase nunca; 2 – Algumas vezes; 3- Frequentemente; 4 – Muito frequentemente). A pontuação final é calculada invertendo a cotação dos itens referentes a

situações positivas (itens 4, 5, 7 e 8) e somando-as todas no fim, sendo que os resultados totais podem oscilar entre 0-40 pontos. Valores entre 0 e 13 são definidos como níveis baixos de *stress*, entre 14 e 26 níveis médios de *stress* e 27 a 40 níveis altos de *stress*.

Na população portuguesa, a versão PSS-10 obteve indicadores bastante positivos no que diz respeito às qualidades psicométricas, apresentando uma boa consistência interna ( $\alpha=0,874$ )(43).

### **Escala de *Burnout* de Maslach**

(Para avaliar a síndrome de *burnout*, *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS)(44) foi a escala utilizada com tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: Versão Portuguesa: IPSSO – Instituto de Prevenção do *Stress* e Saúde Ocupacional (1999)(45).)

O MBI-HSS é um instrumento de autoavaliação constituído por 22 itens com base em sentimentos relacionados com o trabalho, nomeadamente destinado a profissionais de saúde. A resposta dada em cada item corresponde à frequência com que cada sentimento ocorre e pode variar numa escala tipo Likert de 7 pontos, de 0 a 6 sendo que: 0 – Nunca; 1 – Algumas vezes por ano ou menos; 2 – Uma vez por mês; 3 – Algumas vezes por mês; 4 – Uma vez por semana; 5 – Algumas vezes por semana e 6 – Todos os dias.

A escala total, por sua vez, subdivide-se em 3 subescalas, de acordo com as três dimensões do Modelo Teórico de Maslach de *Burnout*: “exaustão emocional”, “despersonalização” e “realização pessoal”. A subescala de EE consiste em 9 itens (as questões: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20). É utilizada para avaliar os sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho. Já a subdivisão de DP é composta por 5 itens (as questões: 5, 10, 11, 15 e 22) e pretende avaliar respostas frias, impessoais ou mesmo negativas dirigidas para aqueles a quem se prestam serviços e a falta de sentimentos. Uma pontuação elevada indica que o sujeito tende a distanciar-se dos outros e a pensar neles como meros objetos. A última subescala é a de RP e consiste em 8 itens (as questões: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21) e é utilizada para avaliar sentimentos de competência e realização pessoal no trabalho.

A síndrome de *burnout* consiste numa variável contínua logo a escala não produz uma medida única de *burnout*, mas sim valores que podem ser assumidos como baixos, médios ou altos de acordo com os sentimentos vivenciados. O MBI avalia índices de *burnout* de acordo com os *scores* de cada dimensão, ou seja: *scores* médios nas três subescalas refletem um nível médio de *burnout*; *scores* baixos nas subescalas de EE e DP e elevados na RP refletem um nível baixo de *burnout*; e são indicadores da existência da síndrome de *burnout*, altos *scores*



nas subescalas de EE e DP e baixos scores na subescala de RP. Como pontos de corte seguiu-se os critérios dos autores originais e para a classificação de cada uma das 3 dimensões do *burnout*, e da própria síndrome de *burnout*, utilizamos os valores de referência da Tabela 1.

Em relação às qualidades métricas da escala do MBI-HSS, na sua versão original, apresenta uma boa consistência interna nas 3 dimensões, dado que o valor do coeficiente de alfa de Cronbach obtido foi de 0,90 para dimensão de EE, seguido de 0,79 para a DP e de 0,71 para a RP. Na população portuguesa, a versão MBI-HSS apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha=0,75$ ).

**Tabela 1 - Pontuação das subescalas do MBI – HSS**

Subescalas MBI-HSS	Níveis de <i>Burnout</i>		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão emocional	$\leq 19$	18-26	$\geq 27$
Despersonalização	$\leq 5$	6-9	$\geq 10$
Realização Pessoal	$\geq 40$	34-39	$\leq 33$

### **Escala da Autorreflexão e Insight - Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros**

(SRIS: *Self-Reflection and Insight Scale*; Grant *et al*, 2002 (46), Versão portuguesa de DaSilveira e De Castro, 2012(47).)

A SRIS é um aprimoramento da tradicional Escala de Autoconsciência (EAC), aplicada aos processos de autorregulação.

O instrumento parte do pressuposto de que autorreflexão e *insight*, componentes metacognitivos, estariam envolvidos no processo de refletir, avaliar e regular os próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos. A autorreflexão e o *insight*, embora integrem um mesmo processo são conceitos independentes. O primeiro baseia-se na monitorização dos próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos, enquanto que o segundo se baseia na compreensão, avaliação sob diferentes e novas perspetivas e na sua expressão(48).

Esta escala é constituída por 20 itens que são capazes de abranger os 3 domínios da experiência humana: pensamentos, sentimentos e comportamentos, procurando avaliar e medir as diferenças individuais da autoconsciência. Abrange a bidimensionalidade da autoconsciência através das suas subescalas “*insight*” (itens 3, 4, 6, 9, 11, 14, 17 e 20) e “autorreflexão” (itens 1, 2, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 18 e 19).

A resposta dada em cada item pode variar numa escala tipo Likert de 5 pontos, de 1 a 5 sendo que: 1 – Quase nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes e 5 – Quase sempre.

A pontuação máxima que se pode obter é de 60 para a “autorreflexão” (12 itens) e 40 para o “*insight*” (8 itens). Na versão adaptada à língua portuguesa foram atingidos índices de consistência interna bastante satisfatórios ( $\alpha=0,902$  para “autorreflexão” e  $\alpha=0,825$  para “*insight*”), alcançando valores semelhantes aos obtidos na escala original.

A escala foi adaptada linguisticamente para português de Portugal e encontra-se em validação.

### **Análise de dados**

Depois de efetuada a colheita de todos os dados, estes foram organizados no programa *Microsoft Excel*®, sendo utilizado o programa *IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)® 26.0*, versão para Mac OS para o tratamento dos dados recolhidos. Inicialmente foi efetuada uma análise descritiva para caracterização da amostra, seguida de uma análise estatística inferencial de forma a poder estudar as relações entre as diferentes variáveis em estudo e, por fim, uma análise qualitativa.

As variáveis quantitativas foram descritas através da mediana e as variáveis qualitativas pela sua frequência absoluta e relativa.

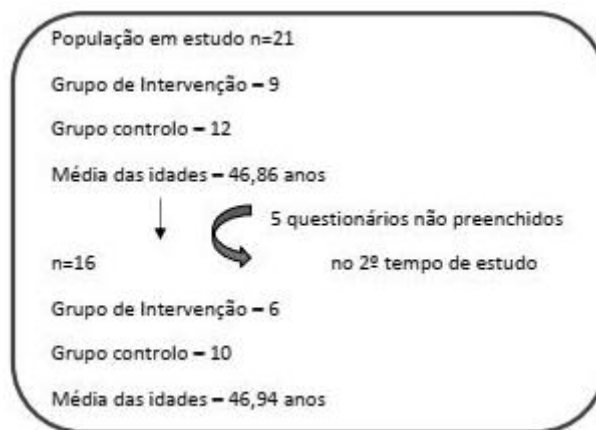
Nas variáveis nominais sexo, local de trabalho e profissão foi aplicado o Teste Exato de Fisher para análise e comparação das mesmas nos dois grupos (intervenção vs. controlo). Devido à amostra deste estudo ter um tamanho reduzido, recorreu-se a testes não paramétricos para amostras independentes, nomeadamente o teste de U de Mann-Whitney, com a finalidade de comparar os *scores* iniciais, antes da formação, entre o grupo de controlo e o grupo de intervenção e, num segundo momento, com o objetivo de comparar os *scores* finais depois da realização da intervenção entre ambos os grupos. Com recurso ao teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas realizámos a comparação das pontuações antes e depois da intervenção no grupo de controlo e no grupo de intervenção. Para efeitos desta análise considerou-se valor estatisticamente significativo de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

### Análise Descritiva

Da amostra inicial de 21 profissionais de saúde, foram incluídos 16, excluindo os participantes do estudo piloto que não responderam aos dois tempos do questionário, o correspondente a uma taxa de resposta de 76,2%. A média das idades e distribuição por sexos não se alterou significativamente após a exclusão destes participantes (Figura 1).

**Figura 1 – Fluoxograma da amostragem**



Da amostra em análise, 13 (81,3%) profissionais pertenciam ao sexo feminino, 7 no grupo controlo e 6 no grupo de intervenção. Quanto ao sexo masculino, só estava presente no grupo controlo (n=3, 18,7%), não havendo diferenças consideradas significativas desta distribuição entre os 2 grupos ( $p=0,250$ ). As idades variaram entre um mínimo de 27 e um máximo de 66 anos com uma média de 46,94 anos, no grupo controlo de 45,4 anos e de 49,5 no grupo de intervenção, sem diferença significativa ( $p=0,713$ ).

Dos profissionais de saúde que constituíram a amostra, 7 (43,8%) – 4 no grupo controlo e 3 no grupo de intervenção - eram médicos especialistas de MGF; 3 (18,8%) – 2 no grupo controlo e 1 no grupo de intervenção - eram médicos internos de MGF; 4 (25,0%) – 2 no grupo controlo e 2 no grupo de intervenção - eram enfermeiros e 2 (12,5%) eram administrativos – 2 no grupo de controlo.

### Análise Inferencial

Comparando os dois grupos antes da intervenção, não houve diferença estatisticamente significativa nas pontuações obtidas em todas as escalas (Tabela 2).

**Tabela 2 - Relação entre as pontuações das escalas EQ-VAS, PSS, MBI-HSS e SRIS do grupo de controlo e intervenção, antes da realização da intervenção**

Instrumento de Medida		Antes da Intervenção		<i>p</i>
		Grupo Controlo Total (média)	Grupo Intervenção Total (média)	
<b>EQ-VAS</b>		71,00	66,67	0,492
<b>PSS</b>		21,30	23,83	0,368
<b>MBI</b>	Exaustão Emocional	30,00	31,83	0,792
	Despersonalização	6,00	8,83	0,428
	Realização Pessoal	32,60	33,50	0,713
<b>SRIS</b>	Autorreflexão	37,90	42,17	0,181
	<i>Insight</i>	24,20	25,50	0,181

No que toca à qualidade de vida, ambos os grupos apresentaram *scores* mais altos na EQ-VAS após a intervenção, na segunda fase do estudo, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,017$  no grupo controlo e  $p=0,042$  no grupo de intervenção) (Tabela 3).

Na Escala de Perceção do *Stress* (PSS) existiu uma diminuição da pontuação em ambos os grupos, traduzindo níveis de *stress* inferiores. Contudo, esta diminuição não foi estatisticamente significativa em nenhum dos grupos (Tabela 3).

Quanto ao *burnout* (MBI-HSS), verificou-se uma diminuição dos *scores* das subescalas de Exaustão Emocional e Despersonalização sem significado estatístico, bem como um aumento dos *scores* na subescala de Realização Pessoal nos dois grupos, mas também sem significado estatístico (Tabela 3).

Na autorreflexão e *insight* (SRIS), no grupo controlo, existiu um aumento da pontuação do *insight* e diminuição na autorreflexão, enquanto que no grupo de intervenção se verificou uma diminuição da pontuação em ambas as subescalas. Ainda assim, sem significado estatístico em ambos os grupos (Tabela 3).

**Tabela 3 - Relação das pontuações de EQ-VAS, PSS, MBI-HSS e SRIS entre os dois grupos, antes e após a realização da intervenção**

Instrumento de medida		Grupo Controlo			Grupo Intervenção		
		Antes da intervenção Total (média)	Depois da intervenção Total (média)	$p$	Antes da intervenção Total (média)	Depois da intervenção Total (média)	$p$
<b>EQ-VAS</b>		<b>71,00</b>	<b>80,30</b>	<b>0,017</b>	<b>66,67</b>	<b>76,67</b>	<b>0,042</b>
<b>PSS</b>		21,30	19,60	0,120	23,83	18,33	0,116
<b>MBI</b>	Exaustão Emocional	30,00	25,80	0,092	31,83	26,83	0,115
	Despersonalização	6,00	5,80	0,723	8,83	5,33	0,109
	Realização Pessoal	32,60	33,70	0,634	33,50	35,83	0,400
<b>SRIS</b>	Autorreflexão	37,90	37,00	0,573	42,17	40,17	0,498
	<i>Insight</i>	24,20	25,70	0,181	25,50	24,00	0,071

Finalmente, comparou-se os scores, após a intervenção em ambos os grupos, e não foram encontradas diferenças estatísticas significativas em nenhum dos instrumentos de medida (EQ-VAS, PSS, MBI e SRIS) avaliados (Tabela 4).

**Tabela 4 - Relação entre as pontuações das escalas EQ-VAS, PSS, MBI-HSS e SRIS do grupo de controlo e do grupo de intervenção, após a realização da intervenção**

Instrumento de Medida		Após a Intervenção		$p$
		Grupo Controlo Total (média)	Grupo Intervenção Total (média)	
<b>EQ-VAS</b>		80,30	76,67	0,713
<b>PSS</b>		19,60	18,33	0,875
<b>MBI</b>	Exaustão Emocional	25,80	26,83	0,713
	Despersonalização	5,80	5,33	0,428
	Realização Pessoal	33,70	35,83	0,562
<b>SRIS</b>	Autorreflexão	37,00	40,17	0,263
	<i>Insight</i>	25,70	24,00	0,562

## **Análise Qualitativa**

Relativamente à parte do questionário que compreendia perguntas de resposta aberta, dirigidas ao grupo de intervenção, as opiniões foram unânimes em afirmar que o conhecimento do eneagrama teve impacto positivo quer na parte profissional, quer na parte interpessoal e pessoal.

Quanto à parte profissional, foi mencionada a capacidade de aprimorar habilidades e competências, nomeadamente a empatia, a condescendência, a compreensão, a calma e paciência quer com os doentes, quer com os restantes membros da equipa. Disseram que passaram a sentir-se mais confiantes no exercício da profissão e respetivas funções, acrescentando ainda a capacidade de compreender as próprias frustrações, necessidades, objetivos e receios.

No que toca aos benefícios interpessoais, é de salientar a maior compreensão e aceitação das diferenças nos outros e a capacidade de adequar o próprio comportamento às diferentes personalidades, permitindo lidar com maior facilidade com o outro, melhorando as diferentes relações interpessoais tendo por base a empatia e a compaixão (“Permite entender melhor determinados comportamentos dos outros e adequar o meu de forma a criar empatia e solidariedade”).

Por último, sublinharam também os ganhos a nível pessoal, sobretudo no que diz respeito à forma de estar consigo mesmo, passando a ter mais ferramentas que possibilitam compreender melhor as próprias atitudes, os pontos fortes e os que precisam de ser melhorados. Com o desenvolvimento do autoconhecimento, foi possível tomar maior consciência das metas, objetivos, qualidades, defeitos, permitindo alcançar um bem-estar maior consigo próprio e com os outros (“Vai ajudar-me a compreender melhor as minhas atitudes e das pessoas com quem lido, e assim melhorar os relacionamentos, contribuindo para o bem-estar pessoal e da equipa”).

## DISCUSSÃO

### Principais Resultados

A realização deste estudo piloto prende-se com a capacidade de reproduzir e testar a adequação de todos os instrumentos e procedimentos contidos no método usado, possibilitando adaptações que se julguem necessárias, ultrapassando as limitações encontradas, com o objetivo de aprimorar um ensaio clínico futuro que avalie o autoconhecimento como estratégia de prevenção do *stress* e *Burnout* nos profissionais de saúde, dada a pertinência cada vez maior deste tema na atualidade.

Os dados do estudo desenvolvido demonstraram uma tendência de aumento de qualidade de vida em ambos os grupos em estudo, no entanto, mais acentuada no grupo de intervenção, enquanto que nos níveis de *stress* e *burnout*, existiu uma tendência para a diminuição em ambos os grupos, também com maior magnitude no grupo de intervenção após a formação em autoconhecimento, ainda que não tenha havido qualquer diferença estatística significativa. Da mesma forma, não observámos qualquer diferença estatística significativa da intervenção nas subescalas de autorreflexão e *insight*.

No seguimento do potencial impacto prejudicial da pandemia nos níveis de *stress* e *burnout* dos profissionais, é possível perceber através dos resultados das escalas e respetivas subescalas que vão de encontro ao esperado na atualidade: níveis médios a elevados de *stress* e *burnout* com algum prejuízo da qualidade de vida.(15,16,19,49–51).

Ao contrário do que outros estudos nesta área sugeriam, ou seja, um aumento global dos níveis de *stress* e a diminuição global da perceção da qualidade de vida perante este contexto pandémico(37), o que se verificou foi que tanto o grupo controlo como o grupo de intervenção evoluíram da mesma forma, com uma melhoria ligeira na qualidade de vida, nos níveis de *stress*, de *burnout*, apenas com maior prejuízo na autorreflexão e *insight*. Posto isto, é importante referir que o momento da colheita dos dados do primeiro tempo (janeiro de 2021) coincidiu com um dos maiores picos de contágio da pandemia que nos encontramos a viver atualmente(52,53), com a maior sobrecarga do sistema de saúde em Portugal de toda a pandemia(54–56), enquanto que no segundo tempo já existia melhoria evidente das circunstâncias, em março de 2021(57,58). Consideramos plausível que os resultados melhorassem independentemente da intervenção, pois o ser humano é por si só um ser que facilmente se ajusta, expressando comportamentos adaptativos que contribuem para uma maior adaptação ao meio ou à situação que se encontram a vivenciar e uma vez que as condições externas também melhoraram. Assim sendo, podemos dizer que os fatores ambientais, foram muito significativos, fruto do cenário atípico vivido atualmente – pandemia

COVID-19, não deixando perceber o real efeito da nossa intervenção, acrescentando a isto a reduzida dimensão da amostra.

Esta ferramenta de autoconhecimento, no estudo anteriormente desenvolvido com intervenção feita antes do início da pandemia, funcionou como um instrumento protetor dos níveis de *stress* e percepção de qualidade de vida de profissionais de saúde sujeitos a um evento altamente stressante(37). Já no presente estudo, a intervenção foi concomitante com esta situação atípica e extrema, perante um pico de contágios disruptivo do sistema de saúde, com um aumento das demandas, excesso de trabalho e risco iminente de infeção, pelo que estes fatores ambientais terão sido mais evidentes e preponderantes.

Quanto maior é o conhecimento sobre os mecanismos da personalidade e o modo como se tende a agir em situações de *stress* elevado, maior a consciência sobre os mecanismos implicados e maior a probabilidade de conseguir desenvolver mecanismos de adaptação ao *stress* adequados à sua personalidade(37). Podemos assim inferir que o tipo de intervenção do nosso estudo poderá ser útil durante os momentos adversos vividos pelos diferentes profissionais de saúde, como é o caso da pandemia COVID-19 e não manifestando tanto impacto nos momentos em que as circunstâncias vivenciadas melhorem como aconteceu da passagem do primeiro para o segundo momento de colheita de dados.

Os cursos e formações de gestão de *stress* demonstraram produzir melhorias significativas a curto prazo nas pontuações dos testes de *stress* e *burnout*, podendo encorajar o desenvolvimento pessoal no que toca à autoconsciência, no partilhar de sentimentos e responsabilidades, permitindo ver as coisas de uma nova perspetiva e a estabelecer limites(14). O impacto desta ferramenta pode demorar mais tempo a surtir o seu efeito e a formação também não aprofundou estas questões da gestão do *stress*. No estudo anterior houve mais tempo na intervenção (mais dois momentos de intervenção, mais 14 horas do que neste, com maior aprofundamento de mecanismos de gestão de *stress* através do eneagrama, por haver mais tempo disponível também) e além disso foi avaliado o impacto mais tarde e não logo após as primeiras 8 horas de formação(32). A formação consistiu apenas numa introdução para a pessoa perceber quais os seus mecanismos internos, ao contrário do estudo anterior onde foi feita uma segunda etapa com o aprofundamento dos caminhos de crescimento e movimentos conscientes para que as pessoas se apercebessem dos seus pontos de *stress* e de como lidar com eles. Isto, aliado à falta de tempo para esta introspeção que deve ser feita diariamente, não só naquelas 8 horas, poderá ter levado a um primeiro impacto mais negativo e a uma percepção de que a pessoa não se conhece tão bem, deparando-se com aspetos mais negativos que não costumava perceber. Seria, por isso, oportuno aprofundar agora e medir mais tarde o impacto, para perceber se terá sido pouco



tempo de intervenção, o que de alguma forma não permitiu refletir e aprofundar sobre isto em tempos tão exigentes, esperando no futuro que venha a ser útil (“Vai ajudar-me a compreender melhor as minhas atitudes e das pessoas com quem lido, e assim melhorar os relacionamentos, contribuindo para o bem-estar pessoal e da equipa”).

Podemos aqui também inferir, com base nos resultados obtidos, que a ferramenta Eneagrama da Personalidade poderá ser mais útil como ferramenta preventiva do *stress* e do *burnout*, favorecedora de introspeção, do que como ferramenta de tratamento em situação de *stress* extremo. Qualquer instrumento de autoconhecimento funciona melhor quando as pessoas estão disponíveis para aprender, quando se encontram num espaço tranquilo consigo e com os outros e não perante o momento de adversidade. Nesta situação já teríamos que ter a base do autoconhecimento providenciado pela nossa intervenção para se conseguir potenciar o efeito benéfico da mesma, prevenindo não só os seus níveis de *stress* e *burnout* mais elevados, como também preservando a sua qualidade de vida, o que aconteceu no estudo previamente feito. Esta constatação vai de encontro ao descrito na literatura de que a prevenção parece ser, mais uma vez, muito mais benéfica do que o tratamento quando se trata de *stress* e *burnout*(8).

É relevante realçar os benefícios na avaliação qualitativa que foi feita e que não se expressaram nas escalas, porém que foi constatado pelos participantes na parte final do *insight* em termos de autoconhecimento. O próprio confinamento que aconteceu em fevereiro, apesar de não ter sido tão rigoroso como para quem não trabalhava na área da saúde, associado aos próprios tempos de adversidade, podem ter sido fonte de autoconhecimento para alguns profissionais que estavam em ambos os grupos e isso dependerá de outras circunstâncias que não foram medidas neste estudo.

### **Autorreflexão e Insight**

Relativamente à escala SRIS verificou-se uma diminuição não significativa das pontuações de autorreflexão em ambos os grupos, porém mais evidente no grupo de intervenção. Já no que respeita ao *insight*, existiu um aumento no grupo de controlo, ao contrário do que aconteceu no grupo de intervenção. Isto simplesmente poderá ter sido fruto do acaso (pequena amostra e tendências não significativas) ou então devido ao facto da formação ter dado, sobretudo ao grupo de intervenção, uma noção mais exigente do seu autoconhecimento. Além disso, a unidade escolhida como controlo já tinha tido uma sessão de 2 horas sobre este tema há cerca de 4 anos e, por isso, não seria totalmente alheia a estas questões de autoconhecimento. Assim, só um estudo mais direcionado para estas variáveis ou com uma amostra de maiores dimensões poderá responder a esta questão.

Sugerimos ainda a validação da escala em português de Portugal no contexto de uma intervenção semelhante, já que a escala não foi construída para medir alterações após intervenção de autoconhecimento.

### **Pontos Fortes**

Com este estudo, pretendemos realçar um problema que consideramos ser atual e pertinente na área da Saúde, sendo que o contexto excecional em que foi realizado forneceu um ambiente inédito, sendo este um ponto forte.

De uma forma geral, o desenho do estudo parece bem conseguido, sobretudo porque o processo de recrutamento resultou em dois grupos de estudo bastante homogéneos e isto permite-nos interpretar diferenças depois da intervenção e atribuí-las com maior segurança à participação, ou não, na intervenção.

Em relação à amostra obtida, a idade média dos participantes e a sua variabilidade permitiu uma boa representatividade dos diversos profissionais de saúde, tendo em conta que as faixas etárias dos mesmos variam na mesma ordem(59).

Adicionalmente, o questionário não é muito extenso, porém continuam sem existir instrumentos ou escalas que permitam aferir de que forma as dimensões avaliadas na parte qualitativa podem ter impacto no *stress* e *burnout* e, por isso mesmo, acreditamos que outro dos pontos fortes deste estudo seja a inclusão de uma parte qualitativa nos questionários aplicados, considerando que estudos qualitativos podem ser imprescindíveis, visto que as opiniões foram unânimes em afirmar que o conhecimento do eneagrama teve impacto positivo, quer na parte profissional, quer na parte interpessoal e pessoal. Outros artigos que abordam programas de intervenção baseados no estudo do Eneagrama de Personalidades como ferramenta de autoconhecimento apoiam estas conclusões, salientando o impacto positivo sobretudo nas relações interpessoais(37) e seria também interessante avaliar o impacto na própria equipa e no trabalho de equipa. A avaliação qualitativa, que nos deu ideia do que as pessoas sentiam como melhoria da sua vida, independentemente das escalas usadas, poderá ser considerada um outro ponto forte.

Os resultados apresentados neste estudo pretendem alertar para a necessidade de mais investigação sobre o impacto das características laborais na área da saúde, nomeadamente sobre o bem-estar físico e psicológico dos profissionais de saúde. Conseguimos perceber através deste estudo que o autoconhecimento poderá constituir uma das áreas prioritárias para prevenção num futuro próximo.

## **Limitações do estudo**

O nosso estudo apresenta algumas limitações que não podem ser negligenciadas. Em primeiro lugar, a principal limitação está relacionada com a dimensão da amostra, em virtude de se tratar de um estudo piloto. Outra limitação poderá estar relacionada com os cinco participantes excluídos da análise por não preenchimento do questionário no segundo tempo, o que é normal em estudos de intervenção e neste estudo parece não ter tido impacto na representatividade da amostra, porém prejudicou o número da amostra.

A reduzida dimensão (n=16) associada a baixa representatividade do sexo masculino não nos permite generalizar as conclusões ao universo da população, sendo algo meramente indicativo.

Na verdade, a pandemia limitou a possibilidade de ter uma amostra maior, uma vez que a recolha de dados estaria prevista inicialmente ser feita no âmbito de uma formação presencial (“Eneagrama e equipas de saúde: autoconhecimento como ferramenta para gestão de conflitos e potenciação do trabalho em equipa”) e necessitou de ser readaptada. As circunstâncias vividas tornaram difícil estimular a adesão por parte dos profissionais de saúde, bem como encontrar USFs disponíveis para a aplicação do estudo. Além disso, também apenas aqueles presumivelmente interessados em melhorar seu bem-estar participaram e, visto que se trataram de participantes voluntários, pode ter introduzido um viés de voluntarismo. Este recrutamento ainda se torna mais difícil quando se trata de uma intervenção prolongada (cerca de 11h) sem apoios nem benefícios em termos de participação. Optamos ainda assim pela divulgação online do questionário, face as medidas de contingência aplicadas, o que facilitou a recolha das respostas, mas pode ter dificultado a mesma aos profissionais com mais dificuldade na utilização de ferramentas informáticas.

Em segundo lugar, outra limitação importante e alheia ao desenho do estudo, foi a altura da primeira recolha dos dados (janeiro de 2021), que pode ter ainda sobrestimado a prevalência de *stress* e *burnout*, dadas as incertezas relativamente à evolução da pandemia COVID-19, a necessidade de reduzir o contacto com os outros ao mínimo indispensável e associadamente o pico de contágio que se registava, constituindo um evento externo altamente stressante antes de aplicada a intervenção e reduzindo a disponibilidade e receptividade dos participantes à autorreflexão. Esta situação provocou uma variável que pode ter tido um impacto muito significativo nos resultados e simultaneamente acabou por ser um ambiente único para testar a hipótese do eneagrama como intervenção em contextos adversos.

O facto da USF controlo já conhecer esta ferramenta, também constitui uma limitação do estudo.

Outra possível limitação passa pelo leque de variáveis que se queriam estudar (qualidade de vida, *stress*, *burnout*, *insight* e autorreflexão) que são difíceis de quantificar e, para além de não terem sido desenvolvidas para detetar alterações nestes parâmetros após uma intervenção, de terem sido desenhadas para avaliações transversais e não longitudinais, eventualmente também não cobriram a totalidade, ou pelo menos em maior número, as situações envolvidas no processo de *burnout*. Referimo-nos, por exemplo a variáveis que permitam estudar melhor os aspetos de características individuais, por exemplo estratégias de *coping* e depressão.

No que diz respeito aos instrumentos utilizados, todos os questionários são de autopreenchimento, podendo originar alguma dificuldade e erros na sua interpretação, podendo mesmo ter existido tendência para os profissionais de saúde responderem o que é socialmente correto (desejabilidade social). Além disto, o questionário utilizado não foi o ideal, pois enquanto que as escalas EQ-VAS, MBI-HS e PSS foram validadas para a língua portuguesa tal como é falada em Portugal, o mesmo não aconteceu para SRIS, que apenas apresenta validação para adultos brasileiros.

### **Sugestões**

O reduzido tamanho da amostra poderá ter contribuído para a dificuldade em verificar diferenças entre os grupos, tornando-se relevante alargar o estudo para amostras maiores envolvendo várias equipas de saúde para podermos analisar os resultados com robustez estatística. Além disso, a amostra deve ser mais representativa quanto ao sexo masculino, representando melhor a realidade e necessidade dos profissionais de saúde do nosso país(59).

Será recomendado no futuro repensar numa estratégia para incrementar a adesão destes profissionais para aumentar a taxa de resposta. Para contornar este problema, sugerimos aproveitar outros eventos ou intervenções existentes e integrar neles a formação no autoconhecimento através do Eneagrama de Personalidades. A existência de uma fonte de financiamento para o estudo, com o objetivo de pagar os custos e, eventualmente, compensar os profissionais pela participação seria também algo a pensar.

Como quase não existem estudos neste contexto, consideramos fundamental estudar esta temática à luz do panorama atual, mas também fora dele, quando for retomado o cenário de normalidade, identificando outras possíveis fontes de *stress* e *burnout* ou mesmo diferenças regionais no país. Só assim será possível comparar os resultados relativos aos níveis de *burnout* antes, durante e após a pandemia e analisá-los tendo em conta coortes de população

mais específica, por exemplo, verificar quais os profissionais de saúde (médicos, internos, enfermeiros, administrativos) são mais vulneráveis ao *stress* e *burnout*.

Uma outra sugestão prende-se com a pertinência de identificar perfis de indivíduos mais vulneráveis ao *stress* e *burnout*, o que poderá permitir ajustar as medidas preventivas em função desses perfis, tornando-se urgente continuar a identificar estratégias eficazes de prevenção do *stress* e *burnout*, assim como a promoção da qualidade de vida no trabalho destes profissionais. Estudos posteriores podem ser aperfeiçoados com uma reavaliação em ambos os grupos a longo prazo, privilegiando uma janela temporal mais alargada avaliando melhor o impacto da intervenção nas suas vidas profissionais, pessoais e interpessoais.

No que concerne à aplicabilidade do questionário, é importante a validação para a língua portuguesa tal como é falada em Portugal da escala SRIS e até desenvolver ferramentas mais adequadas para avaliar estas e outras possíveis variáveis a estudar, com uma avaliação a mais longo prazo, com maior aprofundamento do tema, nomeadamente a sua aplicação na gestão do *stress*, sendo para isso imprescindível uma equipa multidisciplinar (área da psicologia, medicina, enfermagem, sociologia).

## CONCLUSÃO

Realizamos este estudo com o intuito de investigar se uma intervenção baseada numa ferramenta de autoconhecimento poderia prevenir os níveis elevados do *stress* e de *burnout*, que foi feita no pico maior, até ao momento, da pandemia COVID-19 em Portugal. Foi possível perceber que ambos os grupos de intervenção e controlo evoluíram no mesmo sentido, com uma melhoria ligeira na qualidade de vida, nos níveis de *stress* e de *burnout*, apenas com maior prejuízo na autorreflexão e *insight*, sem diferenças significativas entre os grupos. Isto aconteceu possivelmente devido à interferência por parte dos fatores ambientais, tendo a pandemia COVID-19 provavelmente tido um impacto tão stressante e disruptivo que pode ter impossibilitado a interiorização da intervenção que foi também curta devido ao próprio contexto.

Assim, a ferramenta de autoconhecimento do Eneagrama da Personalidade poderá ser mais útil como ferramenta preventiva do *stress* e do *burnout* do que como ferramenta de intervenção em contexto adverso, provavelmente porque funcionará melhor quando as pessoas estão mais disponíveis. No entanto, na análise qualitativa evidenciaram-se benefícios pessoais, familiares e profissionais, pelo que seria importante complementar estes resultados num ensaio clínico mais alargado, que tenha como base os pontos fortes, limitações e sugestões deste estudo piloto.

O *stress* e o *burnout* dos profissionais de saúde dos CSP são preocupações crescentes, dado o papel crítico que desempenham na sociedade, encontrando-se na primeira linha de cuidados de saúde à população. Assim, espera-se que o presente estudo reforce a urgência de estudar, procurar e implementar medidas para a promoção do bem-estar psicológico destes profissionais, uma vez que as consequências que advêm das experiências vivenciadas por eles vão refletir-se tanto na qualidade dos serviços prestados aos doentes, como na própria qualidade de vida e bem-estar dos próprios e das suas equipas de saúde.

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, à minha avó Helena. Porque a perdi cedo demais, porque partiu cedo demais, porque se tornou a minha estrela mais brilhante mesmo nas situações mais escuras e porque me transmitiu desde cedo o que era cuidar. Foi capaz de me mostrar o quão todas as pessoas são especiais à sua maneira e que depositando amor em tudo o que fazemos e em tudo o que somos é possível chegar ainda mais longe.

Uma tese de mestrado é um longo caminho percorrido, uma viagem com múltiplos percalços, alegrias, tristezas, incertezas e só é passível de acontecer e mais fácil de superar se tivermos do nosso lado as pessoas certas e, acima de tudo, as pessoas que acertam.

À Professora Doutora Inês Rosendo pela sua orientação, total apoio, disponibilidade e pelas palavras de incentivo e de resiliência.

Ao Professor Pedro Paiva pela disponibilidade, coorientação e ajuda prestada.

Aos voluntários, pois, sem eles este estudo não teria acontecido.

À minha mãe por ser uma autêntica guerreira.

Aos meus pais que permitiram que tudo isto fosse sempre possível, que me ensinaram a sonhar e me deram todas as ferramentas necessárias para chegar até aqui, incluindo os valores.

À minha família pela força, apoio incondicional e paciência que sempre tiveram com a casula e por serem sempre o meu maior refúgio.

Aos Grandes profissionais de saúde que lutam diariamente numa batalha feroz e de inimigos invisíveis, que este trabalho sirva como um grito que dê voz a todos eles.

Aos meus amigos de agora e de sempre, pela constante motivação e porque acreditaram sempre mais em mim que eu própria.

Ao Samuel, pela paciência, pela motivação, pelo ânimo e confiança que deposita em mim e por acreditar sempre que posso ser eu com o meu metro e meio a fazer a diferença.

À Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, por ter sido a minha segunda casa durante estes magníficos seis anos de ensinamentos e crescimento pessoal e profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hooker SA, Post RE, Sherman MD. Awareness of meaning in life is protective against burnout among family physicians. *Fam Med*. 2020;52(1):11–6.
2. Frasilho MA. Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Med Port*. 2005;18(6):433–44.
3. Fares J, Al Tabosh H, Saadeddin Z, El Mouhayyar C, Aridi H. Stress, burnout and coping strategies in preclinical medical students. *N Am J Med Sci*. 2016;8(2):75–81.
4. Santos AM, Castro CDE. Stress. In: *Análise Psicológica*. 1998. p. 675–90.
5. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Educ Couns*. 2010;78(2):184–90.
6. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: A pilot study. *Ann Fam Med*. 2013;11(5):412–20.
7. Mendes P, Cardoso VP, Yaphe J. Stress e burnout em internos de medicina geral e familiar da zona Norte de Portugal: estudo transversal. *Rev Port Clínica Geral*. 2017;33(1):16–28.
8. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare*. 2016;4(3):37.
9. Clemons M, Mazzarello S, Pond G, Amir E, Asmis T, Berry S, et al. A prospective intervention to improve happiness and reduce burnout in oncologists. *Support Care Cancer*. 2019;27(4):1563–72.
10. WHO. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders [Internet]. World Health Organisation. 1998. p. 91–110. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42043/1/924154516X\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42043/1/924154516X_eng.pdf)
11. Lee ME, Brown DW, Cabrera AG. Physician burnout: An emergent crisis. *Prog Pediatr Cardiol*. 2017;44:77–80.
12. Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Med Port*. 2016;29(1):24–30.



13. Vala J, Pinto AM, Moreira S, Lopes RC, Januário P. Burnout na Classe Médica em Portugal : Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas Relatório Final. Ordem dos Médicos [Internet]. 2017;294. Available from: <https://ordemdosmedicos.pt/estudo-burnout-na-classe-medica-em-portugal-perspetivas-psicologicas-e-psicossociologicas/>
14. Chambers R. Avoiding burnout in general practice. *Br J Gen Pract.* 1993;43(376):442–3.
15. Balasubramanian A, Paleri V, Bennett R, Paleri V. Impact of COVID-19 on the mental health of surgeons and coping strategies. *Head Neck.* 2020;42(7):1638–44.
16. Fessell D, Cherniss C. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness. *J Am Coll Radiol.* 2020;17(6):746–8.
17. Salazar G, Pablo D, Vaquerizo-serrano J, Catalan A, Arango C. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020;275(January):48–57.
18. Bannwart I, Vieira M, Trindade M, Teodoro G, Vieira F. Mental health of healthcare professionals in China during the new coronavirus pandemic: an integrative review. *Rev Científica Cogn.* 2020;73(Suppl 2):1–9.
19. Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health [Internet].* 2020;18(1):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1>
20. Botha E, Gwin T, Purpora C. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. *JB I database Syst Rev Implement reports.* 2015;13(10):21–9.
21. Patel RS, Sekhri S, Bhimanadham NN, Imran S, Hossain S. A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Cureus.* 2019;11(6):3–12.
22. Brian C. Drolet, MD, and Scott Rodgers M. A Comprehensive Medical Student Wellness Program—Design and Implementation at Vanderbilt School of Medicine. *Acad Med.* 2010;85(1):103–10.

23. Fleck MP de A, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(1):19–28.
24. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):195–205.
25. Amanullah S, McNally K, Zelin J, Cole J, Cernovsky Z. Are burnout prevention programs for hospital physicians needed? *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2017;26:66–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.009>
26. Olson K, Kemper KJ, Mahan JD. What Factors Promote Resilience and Protect Against Burnout in First-Year Pediatric and Medicine-Pediatric Residents? *J Evidence-Based Complement Altern Med.* 2015;20(3):192–8.
27. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Werner L, Sood A, Satele D, Wolanskyj AP. The Impact of a Required Longitudinal Stress Management and Resilience Training Course for First-Year Medical Students. *J Gen Intern Med.* 2017;32(12):1309–14.
28. Ruffin SR. An analysis of personality types as a preventive measure towards burnout in mental health practitioners - *PsycINFO - ProQuest*. Diss Abstr Int [Internet]. 2014;75(5-B(E)):1–100. Available from: <http://search.proquest.com/psycinfo/docview/1629382846/5E69D35C203D4F69PQ/1?accountid=12924>
29. Dunn LB, Iglewicz A, Moutier C. Promoting Resilience and Preventing Burnout. *Acad Psychiatry.* 2008;32(February):44–53.
30. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: A systematic review. *Clin Teach.* 2013;10(4):242–5.
31. Swetz KM, Harrington SE, Matsuyama RK, Shanafelt TD, Lyckholm LJ. Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: Peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment. *J Palliat Med.* 2009;12(9):773–7.
32. Pérula-De Torres LA, Atalaya JCVM, García-Campayo J, Roldán-Villalobos A, Magallón-Botaya R, Bartolomé-Moreno C, et al. Controlled clinical trial comparing the effectiveness of a mindfulness and self-compassion 4-session programme versus an 8-session programme to reduce work stress and burnout in family and community




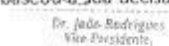
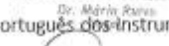
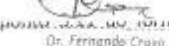


- medicine physicians and nurses: MINDUDD study protocol. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):1–10.
33. Paice E, Hamilton-Fairley D. Avoiding burnout in new doctors: Sleep, supervision and teams. *Postgrad Med J*. 2013;89(1055):493–4.
  34. Roh HR, Park KH, Ko HJ, Kim DK, Son H Bin, Shin DH, et al. Understanding medical students' empathy based on Enneagram personality types. *Korean J Med Educ*. 2019;31(1):73–82.
  35. Komasi S, Zakiei A, Ghasemi S, Gilan N, Veisi A, Bagherirad D, et al. Is enneagram personality system able to predict perceived risk of heart disease and readiness to lifestyle modification? *Ann Card Anaesth*. 2019;22(4):394.
  36. Daniels D, Saracino T, Fraley M, Christian J, Pardo S. Advancing Ego Development in Adulthood Through Study of the Enneagram System of Personality. *J Adult Dev* [Internet]. 2018;25(4):229–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10804-018-9289-x>
  37. Moura CDE, Marques A, Carvalhos DOS. Stress e burnout nos médicos de família : auto-conhecimento como estratégia de prevenção - estudo piloto de ensaio clínico. 2020.
  38. Instituto Eneagrama Shalom [Internet]. [cited 2021 Mar 31]. Available from: <https://www.eneagramashalom.com.br/>
  39. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-Y User Guide. EuroQol Res Found 2020 [Internet]. 2020;(September):1–20. Available from: [www.impact-test.co.uk](http://www.impact-test.co.uk)
  40. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a validação da versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port*. 2013;26(6):664–75.
  41. Whynes DK. Correspondence between EQ-5D health state classifications and EQ VAS scores. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:1–9.
  42. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385–96.
  43. Trigo M, Canudo N, Branco F, Silva D. Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*. 2010;10(53):353–78.

44. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. Maslach Burn Invent [Internet]. 1996;(May 2016):191–217. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/277816643>
45. Melo B, Gomes A, Cruz J. Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. Avaliação Psicológica Formas e Context. 1999;4(September 2018):596–603.
46. Grant AM, Franklin J, Langford P. The self-reflection and insight scale: A new measure of private self-consciousness. Soc Behav Pers. 2002;30(8):821–36.
47. DaSilveira A da C, DeCastro TG, Gomes WB. Escala de autorreflexão e insight: nova medida de autoconsciência adaptada e validada para adultos brasileiros. Psico. 2012;43(2):3.
48. Leal CKN, Souza MDP de, Souza ML de. Autorreflexão e insight como dimensões da autoconsciência privada: uma revisão da literatura. Psico. 2018;49(3):231.
49. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. Med Clin (Barc) [Internet]. 2021;1(xx):19–23. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
50. Monette DL, Macias-Konstantopoulos WL, Brown DFM, Raja AS, Takayesu JK. A video-based debriefing program to support emergency medicine clinician well-being during the covid-19 pandemic. West J Emerg Med. 2020;21(6):88–92.
51. Uva A, Serranheira F, Sacadura E, Suspiro A, Viegas S. Resultados do Questionário 3:Profissionais de saúde exaustos para além de um número pouco aceitável de infetados? [Internet]. 2020. Ficha Técnica. 2020; Available from: <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/saudeocupacional/Resultados/>
52. DGS. Covid-19 | relatório de situação | 20-01-2021 [Internet]. 2021. Available from: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/324\\_DGS\\_boletim\\_20210120.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/324_DGS_boletim_20210120.pdf)
53. DGS. Covid-19 | relatório de situação | 28-01-2021 [Internet]. 2021. Available from: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/332\\_DGS\\_boletim\\_20210128.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/332_DGS_boletim_20210128.pdf)

54. SIC Notícias. Janeiro foi o pior mês da pandemia em Portugal [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://sicnoticias.pt/especiais/coronavirus/2021-02-01-Janeiro-foi-o-pior-mes-da-pandemia-em-Portugal>
55. TSF/Lusa. O pior mês da pandemia. Portugal ultrapassa 5.000 mortes só em janeiro [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/mais-293-mortes-e-12435-novos-casos-de-covid-19-em-portugal-13296631.html>
56. Rico C. Um em cada três profissionais de saúde apresentam níveis severos de burnout [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/um-em-cada-tres-profissionais-de-saude-apresentam-niveis-severos-de-burnout-13377691.html>
57. Estatísticas da Doença Coronavírus em Portugal [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 1]. Available from: [https://www.google.com/search?q=covid+em+março+de+2021+em+portugal&rlz=1C1GCEA\\_enPT917PT917&sxsrf=ALeKk00ZlcHOzfGL9i\\_mp2VRDEj50Suaw%3A1617277763678&ei=Q7NIYJLoKMjygQall7fQBg&oq=Covid+em+março+de+2021+em+pportu&gs\\_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMYADIHCCEQChCgAToJCAAQs](https://www.google.com/search?q=covid+em+março+de+2021+em+portugal&rlz=1C1GCEA_enPT917PT917&sxsrf=ALeKk00ZlcHOzfGL9i_mp2VRDEj50Suaw%3A1617277763678&ei=Q7NIYJLoKMjygQall7fQBg&oq=Covid+em+março+de+2021+em+pportu&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMYADIHCCEQChCgAToJCAAQs)
58. Mendes FA. Num mês, Portugal passou de pior a terceiro melhor país da UE em casos de COVID-19 [Internet]. Jornal Público. 2021 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://www.publico.pt/2021/03/11/sociedade/noticia/mes-portugal-passou-pior-terceiro-pais-ue-menos-casos-covid19-1954020>
59. Médicos O dos. Estatísticas Nacionais - Médicos por especialidade [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 1]. p. 1. Available from: [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2021/02/Por\\_especialidade\\_abi-copy.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2021/02/Por_especialidade_abi-copy.pdf)

**ANEXOS**

**ANEXO I: PARECER POSITIVO POR PARTE DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSC**

 GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	 ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, LP
<p><b>COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE</b></p>	
<p><b>PARECER FINAL:</b> POSITIVO</p>	<p><b>DESPACHO:</b>                  Retorno a fase final                  04.03.2021</p>
Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.	
<p><b>ASSUNTO:</b></p>	<p>Parecer sobre o Projeto 92/2020 – “Stress e Burnout nos profissionais de saúde: autoconhecimento como estratégia de prevenção”</p>
 Dr. Rui Reis Marques Presidente	
<p>O parecer 92/2020, homologado em 07/jan/2021 pelo CD da ARS do Centro IP, baseou a sua decisão em três principais argumentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambiguidade da proposta relativamente a eventuais pagamentos pelos formandos;</li> <li>2. Falta de documentos de autorização por parte dos responsáveis das duas unidades de cuidados de saúde em que projeto está previsto ser implementado.</li> <li>3. Falta de indicação das autorizações pelos seus autores das versões em português dos instrumentos de medição integrados no questionário.</li> </ol>	
 Dr. João Rodrigues Vice-Presidente	
 Dr. Adria Nunes	
 Dr. Fernando Cravo Vocal	
<p>Por outro lado, os novos anexos 2 e 3 respondem favoravelmente ao requerido no ponto 2.</p> <p>Finalmente no que diz respeito ao ponto 3, é apresentada evidência relativamente às autorizações para as versões portuguesas da <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS), da EQ-VAS e do <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI). Já relativamente à <i>Self-reflection and insight scale</i> (SRIS) a versão validada é apenas para o português falado no Brasil.</p> <p>Chamamos a atenção para o facto de, sob o ponto de vista metodológico, uma versão adaptada para o português falado no Brasil não garantir necessariamente estar linguisticamente adaptada para o português falado em Portugal, havendo assim a necessidade da autora incorporar nos procedimentos a seguir, pelo menos, uma validade de conteúdo para Portugal.</p> <p>No entanto, face a todos estes argumentos, esta Comissão dá um parecer positivo.</p>	
Pel’O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira	O Presidente da CEÉ: Prof. Doutor Fontes Ribeiro
Assinado por: CARLOS ALBERTO FONTES RIBEIRO Num. de Identificação: 81030073278 Data: 2021.03.09 15:29:48+00'00"	Assinado por: CARLOS ALBERTO FONTES RIBEIRO Num. de Identificação: 81030073278 Data: 2021.03.09 15:28:40+00'00"
	

## **ANEXO II: QUESTIONÁRIO**



Stress e Burnout nos profissionais de saúde:  
autoconhecimento como estratégia de prevenção

### **QUESTIONÁRIO**

#### **Stress e Burnout nos profissionais de saúde: autoconhecimento como estratégia de prevenção**

Caro profissional de saúde,

O stress e burnout relacionado com a atividade profissional, em particular na área da saúde é considerado um problema de saúde pública sobretudo pela exigência de ajudar, tratar e relacionar-se com outras pessoas, afetando quer o seu desempenho, quer a sua saúde e bem-estar, bem como a dos seus doentes.

Este questionário tem como principal objetivo perceber de que forma a formação e aprendizagem em autoconhecimento, ligação ao crescimento pessoal, estratégias de bem-estar e comunicação com os pacientes constitui uma ferramenta útil e eficaz na gestão do stress e prevenção do burnout em profissionais de saúde, no decorrer da sua atividade profissional.

Para isso, pedimos a sua colaboração no preenchimento do mesmo e garantimos que ninguém saberá quem respondeu, como respondeu ou o que respondeu. A sua participação é totalmente voluntária, sendo que pode interromper o estudo a qualquer altura, pedindo para serem retirados os seus dados, se assim o desejar.

Muito obrigada,

Sandra Rodrigues, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Inês Rosendo, Orientadora

Pedro Paiva, Co-orientador



Stress e Burnout nos profissionais de saúde:  
autoconhecimento como estratégia de prevenção

## QUESTIONÁRIO

### A. Dados sociodemográficos

Sexo \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
Ano \_\_\_\_\_

Local de trabalho \_\_\_\_\_  
Data de preenchimento \_\_\_\_\_

Profissão: Médico interno de MGF   
Médico especialista de MGF   
Enfermeiro   
Auxiliar de saúde   
Administrativo

Data em que fez/fará o curso \_\_\_\_\_

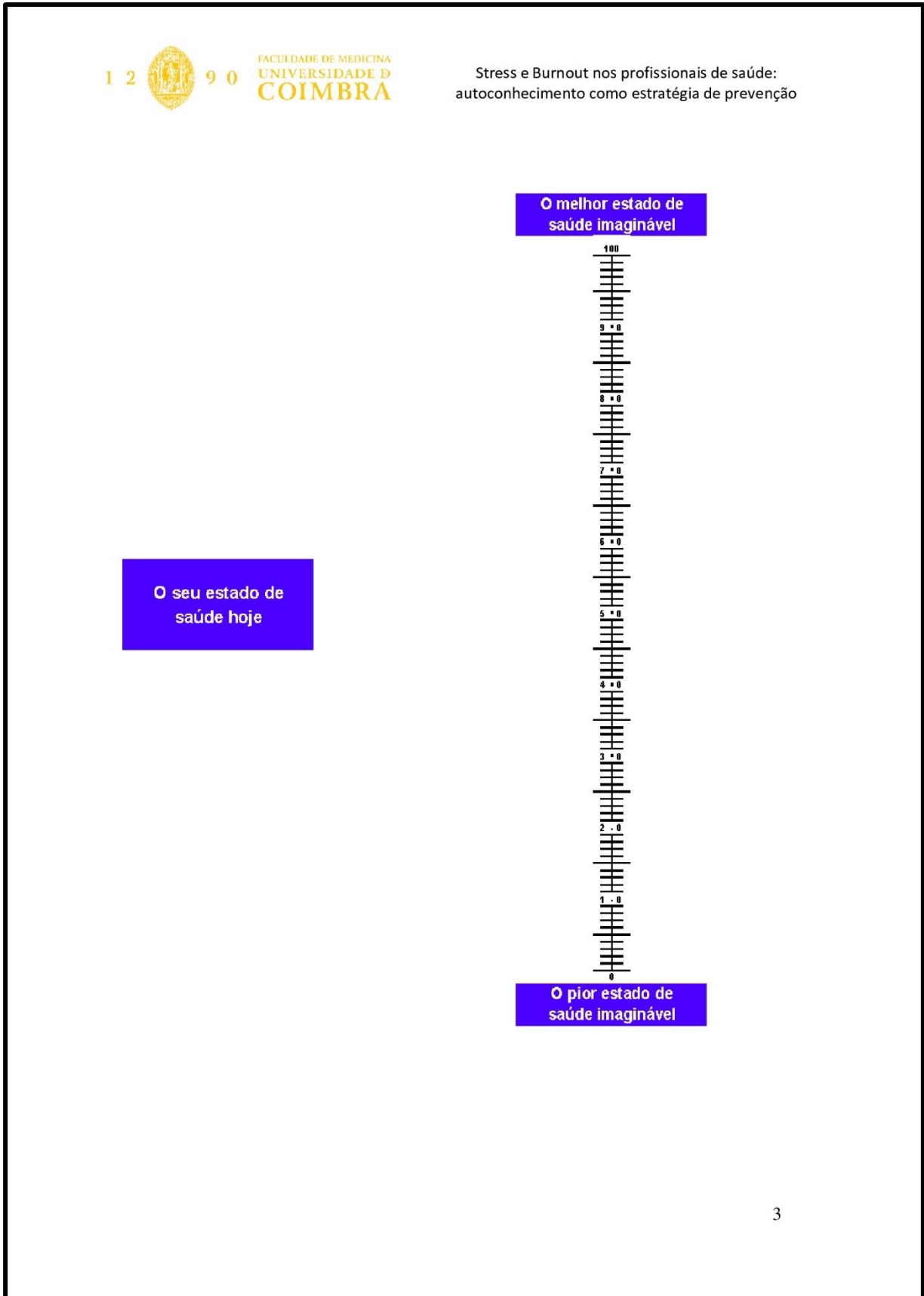
### B. Escalas

#### B1. Qualidade de vida EQ-VAS: 1 item

Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0. Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde.

Por favor, desenhe uma linha a partir do retângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje, e à frente indique o valor a que corresponde (entre 0 e 100).







FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

Stress e Burnout nos profissionais de saúde:  
autoconhecimento como estratégia de prevenção

## B2. Escala do Stress Percecionado PSS (Perceived Stress Scale): 10 itens

### PSS

(Cohen, Kamarck & Mermelstein., 1983)

(Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: TrigoM; CanudoN; BrancoF & SilvaD 2010)

**Instrução:** para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (x), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
0	1	2	3	4

Itens	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentira ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					

4



### B3. Escala de Burnout de Maslach: 22 itens

#### MBI – Maslach Burnout Inventory

(Cristina Maslach. Susan E. Jackson, 1981)

(Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: Versão Portuguesa: IPSSO – Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (1999)).

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

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



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

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



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

Stress e Burnout nos profissionais de saúde:  
autoconhecimento como estratégia de prevenção

**B4. EAI: Escala de Autorreflexão e Insight: Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros: 20 itens**

**SRIS (Self-Reflection and Insight Scale)**  
(Grant et al.,2002)

(Adaptação versão brasileira: DaSilveira, A.C., DeCastro, T.G. & Gomes, W.B. 2012)

Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5

Item	1	2	3	4	5
1. Eu não penso muito frequentemente nos meus pensamentos.					
2. Eu realmente não estou interessado em analisar o meu comportamento.					
3. Eu normalmente estou ciente dos meus pensamentos.					
4. Eu frequentemente estou confuso sobre o modo como realmente me sinto sobre as coisas.					
5. E importante para mim avaliar as coisas que faço.					
6. Eu normalmente tenho uma ideia bem clara sobre porque é que me tenho comportado de uma certa maneira.					
7. Eu sou muito interessado em examinar o que eu penso.					
8. Eu raramente despendo tempo na reflexão sobre mim.					
9. Frequentemente eu estou ciente de que estou a ter um sentimento, mas não sei bem o que é.					
10. Eu frequentemente examino os meus sentimentos.					
11. O meu comportamento frequentemente desafia-me.					
12. E importante para mim tentar entender o que significam os meus sentimentos.					
13. Eu realmente não penso sobre o porquê de me comportar da forma que me comporto.					
14. Pensar sobre os meus pensamentos deixa-me ainda mais confuso.					
15. Eu definitivamente tenho uma necessidade em entender a forma como a minha mente funciona.					
16. Eu frequentemente reservo um tempo para refletir Sobre os meus pensamentos.					
17. Frequentemente eu acho difícil compreender a forma com que me sinto sobre as coisas.					
18. E importante para mim estar apto a entender como os meus pensamentos surgem.					
19. Eu frequentemente penso sobre como me sinto sobre as coisas.					
20. Eu normalmente sei por que me sinto da forma com que me sinto.					

**C. Perguntas de Resposta Aberta**

**C1. De que forma sente que o conhecimento do eneagrama teve impacto na sua vida pessoal e profissional (equipa, doentes)?**

**C2. Nota que teve impacto de mais alguma forma, ou noutra área?**

**Agradecimentos**

A realização de um trabalho desta natureza não é concretizável sem a colaboração de diversas pessoas. Neste sentido, a todos aqueles que se disponibilizaram, expresso o meu sentido agradecimento!

### **ANEXO III: CONSENTIMENTO INFORMADO**

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

**Título do estudo:** Stress e burnout nos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários: auto-conhecimento como estratégia de prevenção.

**Enquadramento:** Ensaio clínico não farmacológico, randomizado e controlado, realizado através de questionários aplicados a profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários de duas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, prévia e posteriormente a curso de auto-conhecimento com recurso à ferramenta psicológica do eneagrama, aplicado no grupo de intervenção e, sem esta intervenção, aplicado no grupo de controlo. Feito no âmbito da tese de mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Sandra Margarida da Silva Rodrigues, orientada por Inês Rosendo e Pedro Paiva.

**Explicação do estudo:** Este estudo de investigação baseia-se num questionário que inclui várias escalas validadas para a população portuguesa: uma escala de avaliação da qualidade de vida (*EQ-VAS*), stress percebido (*Perceived Stress Scale - PSS*), burnout (*Maslach Burnout Inventory- MBI*), autorreflexão e insight (*Self-Reflection and Insight Scale - SRIS*). Serão também colhidos dados sócio-demográficos relativos ao género e idade dos participantes e tipo de unidade onde trabalham. Serão aplicados os questionários em 3 tempos: antes e depois do curso e 6 meses depois de terminado o curso. Realizar-se-á tratamento estatístico descritivo e inferencial dos dados.

**Condições e financiamento:** Não haverá compensação de despesas de deslocação ou alimentação. A participação será voluntária, não havendo prejuízos em caso de não participação. Da mesma maneira, poderão abandonar o estudo em qualquer altura sem qualquer prejuízo. O estudo foi enviado à comissão de ética da ARS Centro para autorização.

**Confidencialidade e anonimato:** O estudo segue as normas da Comissão Nacional de Proteção de Dados, os dados serão recolhidos de forma anónima e a identificação dos participantes codificada nos mesmos.

O investigador: Inês Rosendo contacto: inesrcs@gmail.com

Assinatura: Inês Rosendo Data: \_\_\_\_\_

**Consentimento informado**

Caro profissional de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP),

Este questionário tem como objetivo perceber se o auto-conhecimento e a sua ligação ao crescimento pessoal, estratégias de bem-estar e comunicação com os pacientes, constitui uma ferramenta útil e eficaz na gestão do stress e prevenção do burnout em profissionais de saúde dos CSP, no decorrer da sua atividade profissional.

Para isso, pedimos a sua colaboração no preenchimento do mesmo e garantimos que ninguém saberá quem respondeu, como respondeu ou o que respondeu. A sua participação é totalmente voluntária, sendo que pode interromper a realização do questionário se assim o desejar.

Muito obrigada,  
Sandra Rodrigues, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Declaro ter lido e compreendido este documento, que recebi a informação necessária, que estou esclarecido e que aceito participar voluntariamente no estudo.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

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



## ANEXO IV: AUTORIZAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS

25/02/2021

Gmail - Pedido de Autorização para uso da Escala Visual Analógica da Qualidade de Vida Percepcionada



sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com>

### **Pedido de Autorização para uso da Escala Visual Analógica da Qualidade de Vida Percepcionada**

2 mensagens

sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com>  
Para: pedrof@fe.uc.pt

25 de fevereiro de 2021 às 09:12

Caríssimo Doutor Pedro Ferreira,

Sou aluna no Mestrado Integrado de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e venho pedir a sua autorização para a utilização da Escala Visual Analógica da Qualidade de Vida Percepcionada adaptada para a versão portuguesa no meu estudo intitulado: "**STRESS E BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO**" que vai ser desenvolvida nos médicos de medicina geral e familiar, internos de medicina geral e familiar, enfermeiros e administrativos dos cuidados de saúde primários da zona centro de Portugal, no âmbito da minha tese de mestrado em Medicina Geral e Familiar pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) que pretendo apresentar em Abril deste ano. No desenvolvimento e preparação da dissertação tenho como Orientadora a Dra. Inês Rosendo, docente na FMUC.

Aguardo uma resposta breve, se possível, e os meus sinceros parabéns pelos trabalhos desenvolvidos!  
Com os melhores cumprimentos,

Sandra Rodrigues

Sandra Rodrigues.

pedrof@fe.uc.pt <pedrof@fe.uc.pt>  
Para: sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com>

25 de fevereiro de 2021 às 11:28

Cara Drª Sandra Rodrigues,

É com muito gosto que autorizo a utilização da escala visual analógica do instrumento de medição EQ-5D.  
Desejo-lhe muitas felicidades na sua investigação.

Melhores cumprimentos.

Pedro L. Ferreira

Pedro Lopes Ferreira

Professor Catedrático

pedrof@fe.uc.pt

[Citação ocultada]  
Av. Dias da Silva, 165

3004-512 Coimbra - Portugal

Tel: +351 239 790 552

Fax: +351 239 790 514

FACULDADE DE ECONOMIA

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=1cc6d02c40&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar7634245118721193902&simpl=msg-a%3Ar45067...> 1/2

15/02/2021

Gmail - Autorização Utilização da Escala PSS 10 itens



sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com>

## Autorização Utilização da Escala PSS 10 itens

3 mensagens

sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com>  
Para: miguel.trigo70@gmail.com

1 de fevereiro de 2021 às 23:31

Caríssimo Doutor,

Sou aluna no Mestrado Integrado de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e venho pedir a sua autorização para a utilização da Escala PSS 10 itens na versão portuguesa (2010), no meu estudo intitulado: "**STRESS E BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO**" que vai ser desenvolvida nos médicos de medicina geral e familiar, internos de medicina geral e familiar, enfermeiros e administrativos dos cuidados de saúde primários da zona centro de Portugal, no âmbito da minha tese de mestrado em Medicina Geral e Familiar pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

No desenvolvimento e preparação da dissertação tenho como Orientadora a Dra. Inês Rosendo, docente na FMUC.

Aguardo uma resposta e os meus sinceros parabéns pelos trabalhos desenvolvidos!  
Com os melhores cumprimentos,

Sandra Rodrigues.

Miguel Trigo <miguel.trigo70@gmail.com>  
Para: sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com>

2 de fevereiro de 2021 às 11:46

Estimada Dra. Sandra Rodrigues,

Muito obrigado pelo seu interesse e cuidado.

Relativamente ao **Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa** e respectiva versão portuguesa da Escala (PSS), temos o maior gosto em divulgar o estudo que realizámos e a versão que preparámos.

A utilização da PSS para fins de investigação está autorizada pelo autor original - Sheldon Cohen. Poderá consultar esta informação no site do autor: [<http://www.psy.cmu.edu/~scohen/scales.html>], onde se lê: "*Permissions: Permission for use of scales is not necessary when use is for nonprofit academic research or nonprofit educational purposes. For other uses, please contact the lab at [commoncoldproject@andrew.cmu.edu](mailto:commoncoldproject@andrew.cmu.edu) for instructions*". Segue em anexo um PDF produzido pelo autor, onde encontrará esta informação e as condições de utilização para outros fins.

Na ligação (*link*) acima, também tem acesso a muita informação relacionada com a PSS.

Aproveitamos para saudar a iniciativa e o tema da sua investigação.

Pelos autores, com o seu conhecimento e do autor original da Escala (em *Bcc*), enviamos os melhores cumprimentos,

Miguel Trigo

[Citação ocultada]

 PSS\_REQUEST\_REPLY\_FOR\_ALL\_REQUESTS.pdf  
318K

sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com>  
Para: Miguel Trigo <miguel.trigo70@gmail.com>

2 de fevereiro de 2021 às 15:41

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=1cc6d02c40&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar4249323878209966994&siml=msg-a%3Ar-4814...> 1/2

25/02/2021

Gmail - Pedido de Autorização da Escala de Burnout de Maslach (adaptação)



sandra rodrigues <srsandrarodrigues355@gmail.com>

## Pedido de Autorização da Escala de Burnout de Maslach (adaptação)

2 mensagens

sandra rodrigues <srsandrarodrigues355@gmail.com>  
Para: rgomes@psi.uminho.pt

24 de fevereiro de 2021 às 22:30

Caríssimo Doutor Rui Gomes,

Sou aluna no Mestrado Integrado de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e venho pedir a sua autorização para a utilização da **Escala de Burnout de Maslach** (MBI- HSS: Maslach Burnout Inventory; Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: Melo B, Gomes A., Cruz J. 1999) no meu estudo intitulado: **"STRESS E BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO"** que vai ser desenvolvida nos médicos de medicina geral e familiar, internos de medicina geral e familiar, enfermeiros e administrativos dos cuidados de saúde primários da zona centro de Portugal, no âmbito da minha tese de mestrado em Medicina Geral e Familiar pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) que pretendo apresentar em Abril deste ano. No desenvolvimento e preparação da dissertação tenho como Orientadora a Dra. Inês Rosendo, docente na FMUC.

Aguardo uma resposta breve, se possível e os meus sinceros parabéns pelos trabalhos desenvolvidos!  
Com os melhores cumprimentos,

Sandra Rodrigues.

António Rui Silva Gomes <rgomes@psi.uminho.pt>  
Para: sandra rodrigues <srsandrarodrigues355@gmail.com>

25 de fevereiro de 2021 às 08:13

Olá,

Está abaixo em ardh o instrumento, pode usar.

cump

Rui Gomes

Professor Auxiliar | Assistant Professor

Universidade do Minho | University of Minho

Escola de Psicologia | School of Psychology

Campus de Gualtar | 4710-057 Braga | Portugal

Tel: +351 253 604 232 | Gabinete 1.75 (Piso 1 da EPsi)

[www.psi.uminho.pt](http://www.psi.uminho.pt) (Escola de Psicologia | School of Psychology)


[www.ardh.pt/](http://www.ardh.pt/) (Grupo de investigação | Research Group)

[www.e-cv.pt](http://www.e-cv.pt) (Escola Competências de Vida | School of Life Skills)

Ciência vitae: <https://www.cienciavitae.pt/B312-8D41-3375>

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=1cc6d02c40&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-6164063298298319057&simpl=msg-a%3Ar-6162...> 1/2

24/02/2021 Gmail • Autorização utilização da Escala de Autorreflexão e Insight (adaptação)

 sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com>

---

**Autorização utilização da Escala de Autorreflexão e Insight (adaptação)**  
5 mensagens

---

sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com> 1 de fevereiro de 2021 às 23:27  
Para: gomesw@ufrgs.br

Caríssimo Doutor,

Sou aluna no Mestrado Integrado de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e venho pedir a sua autorização para a utilização da Escala EAI: Escala de Autorreflexão e Insight: Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros: 20 itens, (Adaptação versão: DaSilveira, A.C., DeCastro, T.G. & Gomes, W.B. 2012), no meu estudo intitulado: "**STRESS E BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO**" que vai ser desenvolvida nos médicos de medicina geral e familiar, internos de medicina geral e familiar, enfermeiros e administrativos dos cuidados de saúde primários da zona centro de Portugal, no âmbito da minha tese de mestrado em Medicina Geral e Familiar pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).  
No desenvolvimento e preparação da dissertação tenho como Orientadora a Dra. Inês Rosendo, docente na FMUC.

Aguardo uma resposta e os meus sinceros parabéns pelos trabalhos desenvolvidos!  
Com os melhores cumprimentos,

Sandra Rodrigues.

---

sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com> 10 de fevereiro de 2021 às 15:04  
Para: gomesw@ufrgs.br

[Citação ocultada]

---

William Barbosa Gomes <gomesw@ufrgs.br> 22 de fevereiro de 2021 às 19:42  
Para: sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com>

Em 2021-02-10 12:04, sandra rodrigues escreveu:

Prezada Sandra Rodrigues,

É com satisfação que vejo teu interesse por nosso trabalho em particular pela Adaptação versão: DaSilveira, A.C., DeCastro, T.G. & Gomes, W.B. 2012), no meu estudo intitulado: "**STRESS E BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO**". Desde modo, sinta-te à vontade para usar esse instrumento em tuas pesquisas. Ficariamos felizes se nos enviasse os resultados obtidos.

Atenciosamente,

William B. Gomes  
[Citação ocultada]

---

William Barbosa Gomes  
gomesw@ufrgs.br

---

sandra rodrigues <srsandarodrigues355@gmail.com> 22 de fevereiro de 2021 às 20:04  
Para: William Barbosa Gomes <gomesw@ufrgs.br>

Muito obrigada pela resposta e por permitir que o meu trabalho seja realizado!  
Assim que tenha o meu trabalho de mestrado finalizado, enviarei com toda a satisfação, fica prometido!

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=1cc6d02c40&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-9197665162932220371&siml=msg-a%3Ar-9202...> 1/2

15/02/2021

Gmail - Autorização utilização da Escala de Autorreflexão e Insight (adaptação)



sandra rodrigues <srsandrarodrigues355@gmail.com>

## Autorização utilização da Escala de Autorreflexão e Insight (adaptação)

3 mensagens

sandra rodrigues <srsandrarodrigues355@gmail.com>  
Para: thiago.cast@gmail.com

13 de fevereiro de 2021 às 15:45

Caríssimo Doutor,

Sou aluna no Mestrado Integrado de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e venho pedir a sua autorização para a utilização da Escala EAI: Escala de Autorreflexão e Insight: Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros: 20 itens, (Adaptação versão: DaSilveira, A.C., DeCastro, T.G. & Gomes, W.B. 2012), no meu estudo intitulado: "**STRESS E BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO**" que vai ser desenvolvida nos médicos de medicina geral e familiar, internos de medicina geral e familiar, enfermeiros e administrativos dos cuidados de saúde primários da zona centro de Portugal, no âmbito da minha tese de mestrado em Medicina Geral e Familiar pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).  
No desenvolvimento e preparação da dissertação tenho como Orientadora a Dra. Inês Rosendo, docente na FMUC.

Aguardo uma resposta e os meus sinceros parabéns pelos trabalhos desenvolvidos!  
Com os melhores cumprimentos,

Sandra Rodrigues.

Thiago Gomes de Castro <thiago.cast@gmail.com>  
Para: sandra rodrigues <srsandrarodrigues355@gmail.com>

14 de fevereiro de 2021 às 15:47

Prezada Sandra,

Autorizamos o uso para sua pesquisa da nossa versão adaptada para a lingua portuguesa da Self-reflection and insight scale. Saudações cordiais do Brasil para você e sua orientadora.

Atenciosamente,  
Thiago Gomes de Castro

[Citação ocultada]

sandra rodrigues <srsandrarodrigues355@gmail.com>  
Para: Thiago Gomes de Castro <thiago.cast@gmail.com>

14 de fevereiro de 2021 às 15:51

Muito obrigada pela pronta resposta, é um privilégio poder usar a escala na minha tese final do Mestrado Integrado em Medicina.

Desejo as maiores felicidades e sucessos!  
Muita força nesta altura complicada, um bem-haja!

Com os melhores cumprimentos,  
Sandra Rodrigues

[Citação ocultada]

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=1cc6d02c40&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-7939391227167553821&simpl=msg-a%3Ar7379...> 1/1

**ANEXO V: PEDIDOS E RESPETIVAS AUTORIZAÇÕES DA COLABORAÇÃO DAS USF**

**PEDIDO DE COLABORAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**


Eu, Sandra Margarida da Silva Rodrigues, portadora do cartão de cidadão número 14962089, na qualidade de investigadora principal, venho, por este meio, solicitar um pedido de colaboração à USF Topázio para poder realizar o projeto de investigação que estou a desenvolver juntamente com a professora Dra. Inês Rosendo, intitulado "STRESS E BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO".

Este trabalho será realizado na área científica de Medicina Geral e Familiar, no âmbito da Saúde Mental e visa a obtenção do grau de mestre no Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Na qualidade de Coordenador da Unidade Saúde Familiar (USF) Topázio, declaro que autorizo a colaboração desta USF no projeto " STRESS E BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO " desenvolvido por investigadoras da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Coimbra, 01 de Fevereiro de 2021

O COORDENADOR DA USF TOPÁZIO,



\_\_\_\_\_

### PEDIDO DE COLABORAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Eu, Sandra Margarida da Silva Rodrigues, portadora do cartão de cidadão número 14962089, na qualidade de investigadora principal, venho, por este meio, solicitar um pedido de colaboração à USF de Águeda para poder realizar o projeto de investigação que estou a desenvolver juntamente com a professora Dra. Inês Rosendo, intitulado "STRESS E BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO".

Este trabalho será realizado na área científica de Medicina Geral e Familiar, no âmbito da Saúde Mental e visa a obtenção do grau de mestre no Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Na qualidade de Coordenador da Unidade Saúde Familiar (USF) de Águeda, declaro que autorizo a colaboração desta USF no projeto " STRESS E BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO " desenvolvido por investigadoras da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Coimbra, 25 de Janeiro de 2021

O COORDENADOR DA USF DE ÁGUEDA,

Lara Sá, Dr.  
Coordenadora  
USF de Águeda