

Autodeterminação e Trabalho Emocional em Profissionais de Cuidados Paliativos: Um Estudo Qualitativo

Daniela Filipa Lopes Artilheiro

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Prof.^a Doutora Alexandra M. Araújo

Co-orientação: Prof.^a Doutora Ana Teresa Ferreira

Janeiro, 2018



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

Daniela Filipa Lopes Artilheiro

Autodeterminação e Trabalho Emocional em Profissionais de Cuidados
Paliativos: Um Estudo Qualitativo

Dissertação apresentada na Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Prof. Doutora Alexandra M. Araújo e coorientação da Prof. Doutora Ana Teresa Ferreira.

Departamento de Psicologia e Educação
Janeiro, 2018



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Agradecimentos

Em primeiro lugar e porque sem a sua ajuda este trabalho não seria possível, um grande agradecimento à minha querida orientadora, Prof. Doutora Alexandra Araújo, por todo o apoio dado e essencialmente por me ajudar a crescer a nível académico e profissional, mas também pessoal. À minha coorientadora Prof. Doutora Ana Teresa Ferreira pelo apoio prestado.

Aos Profissionais que colaboraram neste estudo, o meu muito obrigada pela vossa disponibilidade, interesse e empenho.

Às minha companheiras desta longa viagem, Cátia Costa e Leonor Brito, por serem o meu pilar, por estarem sempre ao meu lado e essencialmente por me deixarem crescer convosco. É e foi um prazer ter feito este percurso de mãos dadas convosco.

Não menos, mas também muito importante, à minha colega e companheira de mestrado, Patrícia Bastos, por todas as noitadas partilhadas, pelo stresse e angústia vividas, mas acima de tudo, por todos os momentos brilhantes que tivemos e pelas gargalhadas partilhadas.

À Ana Lobo, por ter feito também este percurso comigo.

Ao meu companheiro e confidente Paulo, por toda a compreensão e apoio prestado neste percurso.

Por último, mas talvez a mais importante, à minha mãe. Sem ti, este projeto não tinha acontecido. Obrigada por me teres ajudado, por me teres motivado e acima de tudo por seres o meu chão. Espero um dia ser a mulher que tu és. Muito Obrigada. Também ao meu pai e ao meu irmão, obrigada pelo vosso apoio.

Finalizando, um último obrigada a todos que de alguma forma estiveram comigo neste momento tão importante da minha vida académica. Para todos aqueles que me acompanharam nesta caminhada, o meu mais sincero obrigada!

Resumo

O trabalho desenvolvido nos serviços de cuidados paliativos tem associada uma elevada carga emocional, com consequências nos profissionais. Assim, é relevante explorar o constructo de trabalho emocional neste contexto, considerando que é um processo através do qual os profissionais gerem as suas emoções, com o objetivo de expressar a emoção desejada ou adequada perante determinada situação de trabalho. Adicionalmente, a aplicação da teoria da autodeterminação ao estudo dos contextos e profissionais de saúde tem mostrado que a não satisfação das necessidades psicológicas básicas tem consequências a vários níveis. O objetivo do presente estudo é explorar e compreender o sentido da autodeterminação e as vivências do trabalho emocional em profissionais de cuidados paliativos, investigando que estratégias de regulação emocional são utilizadas na sua rotina de trabalho. Trata-se de um estudo qualitativo que recorreu a entrevistas semiestruturadas realizadas a oito profissionais de uma unidade de cuidados paliativos. Foram abordadas as rotinas de trabalho, as estratégias de trabalho emocional e a perceção de autodeterminação no contexto profissional. Após a análise de conteúdo das entrevistas, foi possível compreender o elevado grau de satisfação de necessidades psicológicas básicas destes profissionais, o que contribui para o seu bem-estar. Verificou-se ainda a utilização diferenciada de estratégias de trabalho emocional, focadas na resposta ou no antecedente, dependendo da situação/contexto em que o profissional se encontra. Foi ainda notório que esta diferenciação contribui para a manutenção de bem-estar. Os resultados deste estudo apoiam o desenvolvimento de práticas organizacionais que otimizam consequências positivas e diminuem as negativas associadas ao trabalho emocional, apoiando a autodeterminação dos profissionais.

Palavras-Chave: Autodeterminação, Trabalho Emocional, Profissionais de saúde, Cuidados Paliativos.

Abstract

The work developed in palliative care services has a high emotional load, with consequences for the professionals. Therefore, it is relevant to explore the construct of emotional labor in this context, considering that it is a process through which professionals manage their emotions, with the purpose of expressing a desired or adequate emotion in a certain situation or context of their work. The application of the self-determination theory to the study of health contexts and professionals has shown that the non-satisfaction of the basic psychological needs has consequences at several levels. The aim of the present study is to explore and understand the meaning of self-determination and the experiences of emotional labor in palliative care professionals, investigating what emotional regulation strategies they use in their work. This is a qualitative study that used semi-structured interviews conducted to eight professionals of a palliative care unit. The interviews explored work routines, emotional labor strategies, and the perception of self-determination in the professional context. Through the content analysis of the interviews, we found a high level of satisfaction of psychological needs, which contributes to the well-being of these professionals. There was also a differentiated use of emotional labor strategies, focused on the response or on the antecedents, depending on the situation/context in which the professional is in. This differentiation contributes to the maintenance of the professionals' well-being. The results of this study support the development of organizational practices that optimize positive consequences and decrease negatives ones associated with emotional labor, while supporting professionals' self-determination.

Keywords: Self-Determination, Emotional Labor, Health Professionals, Palliative Care.

Índice

Introdução	8
Autodeterminação em Contexto de Trabalho.....	9
O Trabalho Emocional dos Profissionais em Contexto de Saúde	11
O Presente Estudo.....	14
Método	17
Participantes	17
Descrição do Contexto	17
Recolha de Dados	18
Análise de Dados	20
Resultados	21
O Trabalho na Unidade de Cuidados Paliativos.....	21
A Autodeterminação nos Cuidados Paliativos	25
Trabalho Emocional nos Cuidados Paliativos.....	29
Discussão	32
Limitações e Implicações para o Futuro	38
Conclusão.....	40
Referências Bibliográficas	41
Anexos	47
Anexo 1- Entrevista Semiestruturada	48
Anexo 2 - Pedido de Autorização.....	50
Anexo 3- Tabelas de Análise de Dados	52

Índice de Figuras

<i>Figuras 1</i> . Domínios e temas do tema trabalho na unidade de cuidados paliativos.....	22
<i>Figuras 2</i> . Domínios e temas dos resultados do tema autodeterminação na unidade de cuidados paliativos.....	25
<i>Figuras 3</i> . Domínios e temas dos resultados do tema trabalho emocional na unidade de cuidados paliativos.....	29

Introdução

Os cuidados paliativos constituem um serviço especializado de apoio a pessoas com doenças crônicas incuráveis, já numa fase avançada e em fim de vida, e aos seus cuidadores e familiares (Julião, 2016; WHO, s. d.). Neste contexto, é particularmente importante a preocupação com a dignidade e o bem-estar dos doentes, procurando-se que estes se sintam dignos de compaixão e apoio (Chochinov, 2006; Guo & Jacelon, 2014; Julião, 2016). Com efeito, os profissionais de cuidados paliativos têm formação, conhecimento e a responsabilidade de proporcionar um ambiente com condições adequadas para doentes em fim de vida, promovendo nos mesmos bem-estar e melhor qualidade de vida (Chochinov, 2006; WHO, s. d.). A investigação tem sugerido que trabalhar nestes serviços pode trazer consequências para os profissionais, nomeadamente no que diz respeito à incidência de burnout, dada a especificidade do trabalho desempenhado (Koh et al., 2015; Morita, Miyashita, Kimura, Adachi, & Shima, 2004; Turnell, 2016). Para além de todas as exigências que os profissionais enfrentam com a problemática do doente, são ainda convidados a gerir questões pessoais do mesmo (e.g., temperamentos difíceis, exasperação, desânimo) e a relação com a sua família (Rokach, 2005).

O trabalho destes profissionais tem sido descrito como tendo uma elevada carga emocional (Morita et al., 2004; Rokach, 2005; Karlsson, Kasén, & Wärnå-Furu, 2016), diferenciando-se assim de outros contextos de cuidados de saúde. A investigação sobre a gestão desta carga emocional é inconsistente e ainda parca (Morita, et al., 2004), carecendo assim de esclarecimentos acerca das estratégias que estes profissionais recorrem para a manutenção do seu bem-estar e sentido de competência profissional. À luz da teoria da autodeterminação (Deci & Ryan, 2000, 2012), estes profissionais encontrarão melhores resultados nestes domínios se sentirem as suas necessidades psicológicas básicas satisfeitas

(Olafsen et al., 2017; Ryan, 1995). Contudo, esta exploração não foi ainda efetuada neste contexto profissional, sendo ainda necessário compreender como estas necessidades se relacionam com as estratégias de regulação emocional no trabalho. O presente estudo procura aprofundar tais relações.

Autodeterminação em Contexto de Trabalho

Segundo a Teoria da Autodeterminação (TA; Deci & Ryan, 2000, 2012), uma questão crítica na realização dos objetivos pessoais diz respeito ao grau em que cada pessoa é capaz de satisfazer as suas necessidades psicológicas básicas (Deci & Ryan, 2000).

Especificamente, a TA define três necessidades psicológicas básicas: competência, autonomia e relacionamento. Estas necessidades são os nutrientes psicológicos inatos essenciais para o desenvolvimento psicológico, integridade e bem-estar. Segundo Deci e Ryan (2000), as condições que suportam a autonomia, competência e relacionamento promovem o crescimento humano, facilitando a internalização e integração de objetivos pessoais. O suporte e a subsequente satisfação destas necessidades providencia maior qualidade de energia psicológica, motivando a iniciação e manutenção, a longo prazo, de comportamentos saudáveis (Ng et al., 2012). Assim, Deci e Ryan (2000, 2012) mostraram que a satisfação das três necessidades psicológicas está diretamente relacionada com a saúde psicológica e com o bem-estar. A teoria postula que as pessoas tendem a seguir domínios, objetivos e relacionamentos que permitem ou suportam a satisfação das suas necessidades, pois quando são bem-sucedidos, os sujeitos obterão resultados psicológicos positivos (Deci, Olafsen, & Ryan, 2017; Deci & Ryan, 2000, 2012; Deci & Vansteenkiste, 2004).

A teoria da autodeterminação tem-se revelado importante no contexto organizacional. Aplicada ao contexto de trabalho, e com base na descrição apresentada por Deci, Olafsen e Ryan (2017), é necessária a identificação de um conjunto primário de variáveis

independentes, como o contexto social (de apoio à autonomia vs. controle) e as diferenças individuais (e.g., a causalidade das orientações, as aspirações, os objetivos) para compreendermos os resultados de saúde, satisfação e desempenho laboral dos profissionais. Estas relações são mediadas pelas necessidades psicológicas básicas (autonomia, competência e relação), que podem ser ou não satisfeitas, e as motivações, que podem ser autônomas (intrínseca e internalizada) ou controladas (introjetada e externa). A aplicação da teoria da autodeterminação ao estudo dos contextos e profissionais de saúde mostra que a não satisfação das três necessidades psicológicas básicas tem consequências ao nível dos sintomas somáticos, que estão relacionados com níveis elevados de exaustão emocional e absentismo (Olafsen et al., 2017). Por outro lado, climas interpessoais de apoio à autonomia e um ambiente focado na realização de objetivos intrínsecos aos sujeitos são suscetíveis de levar a um desenvolvimento ótimo, pois promovem a satisfação básica das necessidades (Deci & Vansteenkiste, 2004; Jünger et al. 2007). Estes resultados positivos são observados num maior envolvimento por parte dos profissionais, um melhor desempenho de trabalho, maior bem-estar psicológico e menor quantidade de exaustão e mal-estar psicológico (Olafsen et al., 2017).

A satisfação das necessidades psicológicas básicas está positivamente ligada ao bem-estar (Kasser & Ryan, 1999), à motivação intrínseca (Ryan & Deci, 2000) e a um maior desempenho (Baard, Deci, & Ryan, 2004) no trabalho, estando negativamente ligado à angústia no trabalho (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, & Lens, 2008). De acordo com o pressuposto de que a satisfação se relaciona com o bem-estar, bem como com o mal-estar (Ryan & Deci, 2000), a satisfação das três necessidades estará relacionada positivamente com a satisfação e o vigor no trabalho e negativamente com o burnout (Van den Broeck, Vansteenkiste, de Witte, Soenes, & Lens, 2010).

O Trabalho Emocional dos Profissionais em Contexto de Saúde

O trabalho emocional consiste num fingimento ou supressão das emoções genuínas, como forma de modificar a expressão emocional para uma maior consonância com as expectativas do trabalho (Hochschild, 1983; Grandey, 2000). Em contextos de trabalho relacionados com a prestação de serviços e vendas, muitas vezes os trabalhadores têm de expressar emoções positivas e suprimir emoções negativas (Brotheridge & Grandey, 2002). Estes profissionais poderão adotar diferentes estratégias para regular as suas emoções de modo a responder às expectativas do trabalho, isto é, as *display rules* (Brotheridge & Grandey, 2002; Brotheridge & Lee, 2002; Grandey, 2000, 2003; Hochschild, 1983). Quando os profissionais estão perante uma determinada situação e os seus sentimentos não são consistentes com as emoções esperadas, *display rules*, estes encontram-se num estado de dissonância emocional. A dissonância emocional é um estado de conflito entre o profissional e o seu papel, sendo esta uma fonte geradora de stress para os profissionais (Gagné, 2014; Grandey, 2000; Mesmer-Magnus, Dechurch, & Wax, 2012). Como resposta à dissonância emocional surge o trabalho emocional, quando os profissionais percebem que há uma lacuna entre aquilo que sentem genuinamente e a emoção específica que é pedida demonstrarem. Quando os profissionais conseguem ter esta perceção, há uma redução de desconforto associado, levando a uma maior regulação emocional (Gagné, 2014; Gross & Thompson, 2007). Assim, e de uma forma mais sucinta, o trabalho emocional é uma resposta comportamental motivada pela perceção de dissonância.

Nas situações em que é exigido trabalho emocional, e como forma de regulação emocional, surgem dois estados de resposta emocional: focada no antecedente ou focada na resposta (Gagné, 2014; Grandey, 2000; Mesmer-Magnus et al., 2012). A estratégia focada no antecedente ocorre antes que a avaliação dê origem à tendência de resposta emocional completa, onde o sujeito reavalia a fonte da emoção, resultando assim num estado emocional

que é congruente, onde as emoções sentidas e expressas são inerentemente consistentes. Esta estratégia envolve a seleção da situação, a modificação da situação, o foco atencional e mudança cognitiva. Existe, assim, uma modificação de como os profissionais percebem a situação com o intuito de ajustar a sua resposta emocional à mesma (Grandey, 2000; Gross & Thompson, 2007). A estratégia focada na resposta, por seu lado, tem como objetivo modular respostas fisiológicas, comportamentais e faciais. Este estado emocional é uma condição psicológica onde as emoções sentidas pelo sujeito estão em conflito com as emoções expressas (Grandey, 2000; Gross & Thompson, 2007; Mesmer-Magnus et al., 2012).

Para além dos dois estados referidos acima, existem duas estratégias principais que estão relacionadas com o estado de dissonância. São elas o *surface acting* e o *deep acting* (Hochschild, 1983). Na primeira, o *surface acting*, existe uma modificação de aspetos observáveis da emoção, através da supressão, fingimento ou através da amplificação da emoção manifestada. Esta estratégia corresponde à estratégia de regulação emocional focada na resposta (Grandey, 2000; Gross & Thompson, 2007). A segunda estratégia, *deep acting*, existe quando os profissionais tentam conscientemente mudar a forma como se sentem, com o intuito de expressar as emoções pedidas. Neste caso, há um grande esforço por parte dos profissionais para “alinhar” os seus verdadeiros sentimentos com as emoções que devem demonstrar. Esta está associada a estratégias de regulação emocional focada no antecedente (Gagné, 2014; Grandey, 2000; Gross & Thompson, 2007; Mesmer-Magnus et al., 2012). A investigação tem sugerido que o *deep acting* e as emoções sentidas naturalmente são estratégias benéficas para os profissionais, contrariamente ao *surface acting* (Gagné, 2014). Importa ainda referir que, de acordo com Ashforth e Humphrey (1993), o trabalho emocional não requer necessariamente um esforço consciente, sugerindo que o *surface acting* e o *deep acting* podem tornar-se rotina, estando o trabalho emocional relacionado numa perspetiva positiva. Contudo, se os trabalhadores não manifestarem as suas expressões emocionais

genuínas, o trabalho emocional pode ser disfuncional, levando a que haja uma dissociação do *self* (Gagné, 2014; Grandey, 2000).

O trabalho emocional proporciona aos profissionais a oportunidade de expressarem a sua identidade social e mais precisamente a sua identidade profissional. Uma melhor identificação com o trabalho leva a um menor uso de estratégias de *surface acting* e mais de *deep acting* (Brotheridge & Lee, 2002; Gagné, 2014). Isto sugere que os profissionais que se identificam mais intensamente com o seu papel usam estratégias de trabalho emocional que requerem menos esforço (Gagné, 2014). Contudo, quando a identidade profissional é inconsistente com o TE, existe maior probabilidade de dissonância emocional. A insatisfação com o trabalho e a exaustão emocional surgem como consequência da dimensão de dissonância (Brotheridge & Grandey, 2002). A energia emocional precisa para os profissionais se envolverem em estados de trabalho emocional discordantes debilita as reservas emocionais dos profissionais, aumentando a sua experiência de stress e reduzindo a capacidade de estes conseguirem lidar com os stressores do trabalho. Em suma, o processo emocional pode ser benéfico ou prejudicial, dependendo da quantidade de energia emocional necessária para executá-lo (Badolamenti, Sili, Caruso, & FidaFida, 2017; Mesmer-Magnus et al., 2012).

O estudo de revisão de Mesmer-Magnus et al. (2012) mostra existirem três tipos de consequências do trabalho emocional: na saúde (nomeadamente com a ocorrência de burnout), a nível atitudinal (as atitudes no trabalho) e na performance dos profissionais. Esta última consequência é particularmente importante em contextos de saúde, onde o desempenho no trabalho muitas vezes surge associado à habilidade necessária para produzir emoções positivas, tais como a simpatia e compaixão para com os doentes. Por seu lado, Mesmer-Magnus et al. (2012) verificaram que existe uma forte associação entre o trabalho emocional e o burnout, saúde frágil, pouca satisfação com o trabalho, absentismo e intenções para deixar o trabalho mais em empregos de atendimento a clientes, do que em serviços de

saúde e educativos. Contudo, encontraram que as *display rules* influenciam significativamente o trabalho emocional em profissionais que trabalham em serviços de saúde, comparativamente ao trabalho de atendimento ao cliente. Isto pode dever-se ao facto de os serviços de saúde terem características situacionais (clareza, consistência, restrições e consequências) mais fortes do que os serviços de atendimento ao cliente. Foram ainda encontrados efeitos negativos na saúde dos profissionais e na satisfação no trabalho, que ocorrem mais quando o trabalho emocional é direcionado para indivíduos externos à organização do que quando é canalizado para indivíduos dentro da organização. Apesar das pressões internas e externas que os profissionais estão sujeitos no contexto de saúde, os enfermeiros usam o TE para apoiar o seu relacionamento com os doentes, com a família dos doentes e com os colegas de trabalho (Badolamenti et al., 2017; Van Staa, Visser, & Van der Zouwe, 2000). Assim, os profissionais conseguem manter o seu serviço equilibrado através do uso das diferentes técnicas de TE no seu dia-a-dia (Gray, 2009).

O Presente Estudo

A investigação tem explorado o impacto do trabalho emocional nos contextos de saúde. No entanto, existe uma escassez de estudos junto de profissionais que trabalham em cuidados paliativos. Estes lidam na sua rotina de trabalho com a morte dos seus doentes, com quem muitas vezes criam laços, e envolvem-se com o sofrimento destes doentes, com os seus familiares, cuidadores e com membros da equipa, havendo assim absorção do sofrimento, de raiva e de desespero expresso pelos doentes e família (Twycross, 2003). Muitas vezes, este envolvimento é algo com o qual os profissionais se sentem desconfortáveis e desamparados, principalmente os enfermeiros e assistentes operacionais (Jors et al., 2016). Com efeito, os profissionais que trabalham em cuidados paliativos enfrentam algumas adversidades no seu trabalho. A transmissão de más notícias sobre o diagnóstico e o prognóstico do doente, o lidar

com a incapacidade de oferecer uma cura aos doentes, a exposição repetida à dor e morte parecem ser geradores de desconforto, mal-estar e sofrimento para os profissionais que trabalham em cuidados paliativos (Twycross, 2003).

Tendo por base as especificidades do trabalho de profissionais de cuidados paliativos, é relevante compreender que estratégias de regulação emocional utilizam em contexto laboral, para fazer face às *display rules* existentes. A literatura no domínio tem chamado a atenção para a “conspiração do silêncio” (Julião, 2015; Pêla, 2015), algo frequente em serviços com doentes em fim de vida, que se encontram com um mau prognóstico. Esta conspiração do silêncio ocorre com o intuito de “poupar” o doente, sendo vista, quer pelos profissionais quer pela família do doente, como uma forma de não deixar que a doença se apodere do doente e que este nunca perca a esperança ilusória de cura (Julião, 2015; Pêla, 2015). Assim, importa explorar a ocultação de verdadeiras emoções e a supressão de estados emocionais genuínos por parte destes profissionais. Torna-se importante perceber como os profissionais usam o trabalho emocional e compreender como e porque é que adotam determinadas estratégias de regulação emocional. Esta exploração possibilitará um melhor entendimento do processo de trabalho emocional em contextos de cuidados paliativos e o desenvolvimento de práticas organizacionais que otimizam consequências positivas e diminuem consequências negativas.

Por outro lado, é relevante compreender junto destes profissionais como as suas necessidades psicológicas básicas (de autonomia, competência e relacionamento) são satisfeitas e que relação esta satisfação tem quer na gestão emocional efetuada em contexto de trabalho, quer na promoção e manutenção da sua saúde mental. A investigação tem vindo a apontar variações de resultados de bem-estar dos profissionais de cuidados paliativos em função da autonomia e competência. O estudo de Koh et al. (2015) revelou que enfermeiros e assistentes operacionais com mais anos de serviço têm maior risco de desenvolver burnout e exaustão emocional comparativamente aos seus colegas mais novos. Por seu lado, a falta de

controle e autonomia por parte dos profissionais parece estar associada ao burnout (Koh et al., 2015). Os profissionais com mais prática clínica são mais sensíveis aos aspetos do cuidado físico como o controlo da dor e dos sintomas, sendo que a dor física do doente é uma grande preocupação para os profissionais dos cuidados paliativos (Copp & Dunn, 1993). Outros estudos apontam que profissionais que trabalham em serviços de oncologia têm níveis mais altos de burnout e de exaustão emocional, comparativamente aos profissionais que trabalham em serviços de cuidados paliativos (Dréano-Hartz et al., 2016; Turnell et al., 2016). Mais ainda, comparativamente com outras classes profissionais, as assistentes operacionais não revelam ter sintomas de stresse e ansiedade diferentes das enfermeiras e comparativamente a profissionais que trabalham noutros serviços (Vachon, 1995).

Assim, o presente estudo, recorrendo a um desenho qualitativo, procura explorar em profundidade o sentido de autodeterminação e as vivências de trabalho emocional em profissionais de cuidados paliativos, investigando as estratégias de regulação emocional utilizadas pelos mesmos no seu trabalho, procurando analisar o impacto que estas têm na manutenção de bem-estar dos profissionais. De acordo com a revisão da literatura efetuada, procuramos explorar o impacto positivo da satisfação de necessidades de autonomia, competência e relacionamento em contexto laboral na saúde mental e bem-estar destes profissionais. Procura-se, ainda, verificar se existe uma relação positiva entre a expressão de emoções genuínas (e uma relação negativa com a omissão ou supressão destas emoções) e esta satisfação, contribuindo assim para o bem-estar.

Método

Participantes

O presente estudo teve a participação de oito profissionais de saúde de uma unidade de cuidados paliativos. Os participantes foram agrupados em dois grupos dada a sua categoria profissional. Assim, enfermeiros, médico e assistente social, foram agrupados no grupo dos Técnicos Superiores (TS, n = 5), e os assistentes operacionais foram agrupados no grupo Assistentes Operacionais (AO, n = 3). A cada participante foi atribuído um número de 1 a 8, juntamente com a sigla da sua classe profissional (e.g., TS3 e AO1).

Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino, sendo que apenas um profissional Técnico Superior era do sexo masculino. O critério de seleção dos profissionais participantes no estudo foi com base nos anos de exercício das suas funções neste serviço, preferindo-se a participação de profissionais com mais experiência. Apenas dois técnicos superiores têm formação superior em cuidados paliativos, com pós-graduação em cuidados paliativos, sendo que os restantes técnicos superiores e assistentes operacionais têm apenas o curso básico em cuidados paliativos, formação obrigatória dada a qualquer profissional que trabalhe em cuidados paliativos, tendo esta formação a duração de três dias.

Descrição do Contexto

Esta investigação teve lugar numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) da zona norte de Portugal. Trata-se de um serviço remodelado, constituído por 17 quartos com casa de banho individual completa, sendo que dois destes quartos servem de suporte aos cuidados paliativos domiciliários que em situações de emergência são assegurados sem necessidade de referenciação imediata, garantindo total privacidade. Existem nos quartos toques de

personalização para cada doente, ajudando o doente a localizar-se melhor no espaço. Todos os quartos estão equipados com televisão e camas articuladas eletronicamente. Da janela dos quartos é possível ver o jardim, a rua e os jardins do hospital, dependendo da localização do quarto. Esta unidade permite ainda que o acompanhante ou representante legal tenha o direito de permanecer 24 horas na Unidade se for a vontade do doente, sendo que o quarto dispõe de um sofá-cama para efeito. Os doentes dispõem ainda da possibilidade de trazerem objetos pessoais ou íntimos para otimizar os seus dias.

Existe uma sala de trabalho ampla, um gabinete de enfermagem onde consta o material farmacológico e computadores onde a equipa de enfermagem faz o registo dos doentes e prepara a medicação. Possui ainda três carros de apoio aos cuidados de higiene e conforto, dois carros de material de pensos e dois carros de medicação, possibilitando um trabalho organizado sem interferências.

A sala de reuniões é ampla e usada sempre que necessário para formações em serviço e para as reuniões com os familiares. Dispõe de um gabinete de secretariado, um gabinete médico, um gabinete da enfermeira chefe, um salão ocupacional e convívio que serve ainda de sala de refeições, bastante amplo, com televisões e projetor de filmes com acesso a espaços de lazer ao ar livre no interior do próprio edifício. O horário das higiènes e das refeições é adaptado à vontade do doente, sendo a família envolvida nos cuidados a prestar e no processo de tomada de decisão.

Recolha de Dados

Tratando-se de um estudo qualitativo, para a recolha de dados foram realizadas entrevista individuais com os profissionais do serviço de cuidados paliativos. Os participantes foram selecionados com base nos anos de serviço na unidade de cuidados paliativos, tendo sido selecionados aqueles que tinham mais anos de serviço na unidade de cuidados paliativos.

Assim, foram selecionados cinco técnicos superiores de saúde (enfermeiros, médico e assistente social) e três assistentes operacionais, tendo participado neste estudo um total de oito sujeitos. Através das entrevistas semiestruturadas individuais procurou-se explorar a forma como cada profissional experienciava o trabalho na unidade de cuidados paliativos.

A entrevista semiestruturada (Anexo 1), construída para o efeito do presente estudo, integrou quatro fases: uma inicial, com questões de quebra-gelo, onde se questionava os profissionais como era trabalhar nos cuidados paliativos; uma segunda parte, onde os profissionais eram questionados sobre as relações no trabalho e o seu sentido de competência e autonomia no trabalho; e uma terceira parte, onde os participantes eram convidados a refletir sobre a carga emocional associada a este serviço, seguindo-se questões sobre os sentimentos dos profissionais perante situações de elevada carga emocional e as formas como geriam esses sentimentos, explorando-se ainda o impacto da gestão das emoções no trabalho, em termos de bem-estar. Para terminar a entrevista, e numa quarta fase, era questionado aos profissionais o que mudariam no serviço para que se pudessem sentir melhor. Dado ser uma entrevista semiestruturada, foi possível que os profissionais se exprimissem através das suas próprias palavras, permitindo aos mesmos fazerem as suas próprias reflexões.

As entrevistas foram realizadas ao longo de três semanas, atendendo à disponibilidade dos profissionais em horário de trabalho. A maior parte das entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã e da tarde, à exceção de duas profissionais (uma técnica superior de saúde e uma assistente operacional) que realizaram a entrevista durante o turno da noite. A técnica superior de saúde realizou a entrevista após a conclusão de dois turnos consecutivos, revelando alguma dificuldade de concentração e cansaço. As entrevistas foram áudio-gravadas, após a obtenção do consentimento informado dos participantes, e tiveram uma duração média de 30 minutos, tendo sido realizadas nas enfermarias que estavam disponíveis, ouvindo-se todo o ruído exterior, tendo sido algumas entrevistas interrompidas pontualmente.

Antes de se proceder ao levantamento de dados, foi efetuado um pedido de autorização ao presidente do conselho de administração do hospital, que foi deferido com parecer favorável (Anexo 2).

Análise de Dados

As entrevistas foram transcritas e analisadas através da análise de conteúdo usando o método de Bardin (1997). A análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas que permitem, por um lado, analisar a linguística tradicional e, por outro, proceder a uma interpretação do significado das palavras. Para se proceder a este tipo de análise, foram seguidas três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação (Bardin, 1997; Campos, 2004).

Pré-análise. Em primeiro lugar, procedeu-se a uma transcrição, na íntegra, das entrevistas realizadas aos profissionais. Ao longo desta primeira fase, foi selecionada a informação a ser posteriormente analisada, recorrendo-se seguidamente à “leitura flutuante” do material. Assim, foi feita uma primeira exploração do conteúdo das entrevistas. Posteriormente foram contruídos índices iniciais, detalhando informações ou temas de análise que iam emergindo das entrevistas posteriormente analisadas em função dos temas que se pretendiam estudar, fazendo a sua categorização.

Exploração do material. Após terminada a pré-análise, foi feita uma exploração detalhada do material identificado e a posterior codificação dessa mesma informação em função dos índices inicialmente identificados e dos temas que se queriam abordar, podendo a mesma categoria ser codificada em outras unidades de análise. Seguidamente, procedeu-se à leitura exaustiva do material das entrevistas, identificando os temas-padrão que surgiram nas entrevistas, codificando-os e estabelecendo uma ligação entre a informação que surgia e os temas/objetivos previamente delineados. Ao longo da exploração e codificação do material

foi estabelecido o acordo interobservadores, através da discussão conjunta com a orientadora do trabalho de investigação. Realizou-se ainda uma descrição detalhada das categorias e subcategorias, abaixo identificadas, para que fosse possível a compreensão clara da categorização.

Tratamento de resultados obtidos e interpretação. Após a codificação e identificação do material e a associação com os temas/objetivos, os resultados foram analisados tendo em conta as questões de investigação às quais se pretende dar resposta.

Resultados

Através da análise das oito entrevistas realizadas, foram identificados 14 domínios e 27 temas que de seguida serão apresentados de forma detalhada (Anexo 3). Os resultados serão apresentados por temas.

O Trabalho na Unidade de Cuidados Paliativos

Este tema surge após a análise das entrevistas, tendo sido possível agrupar os resultados relativamente às perceções dos profissionais sobre como é trabalhar numa Unidade de Cuidados Paliativos. Assim, para uma melhor compreensão dos resultados segue-se um esquema onde se encontram os domínios e os temas relativos a esta secção de resultados.

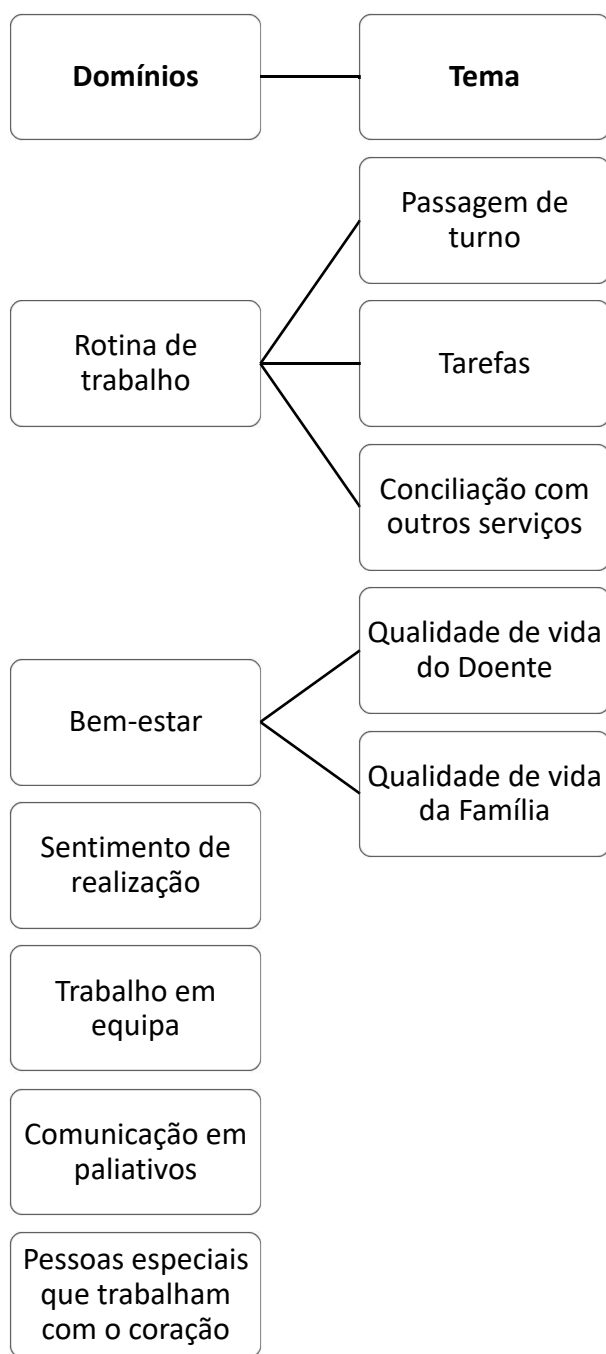


Figura 1. Domínios e temas do tema trabalho na unidade de cuidados paliativos.

Rotina de trabalho. Este domínio surge pela descrição do que os profissionais fazem, relatando assim aquilo que é a sua rotina de trabalho. O primeiro tema identificado foi a **passagem de turno**, onde os profissionais relatam o que comunicam na passagem de turno, nomeadamente o estado atual dos doentes: “(...) *temos a passagem de turno o que aconteceu com os doentes durante a noite (...)*” (TS3). Um outro tema são as **tarefas**, onde as diferentes

classes profissionais revelam quais as tarefas que executam neste serviço: “(...) *faço o acompanhamento com a médica (...) a todos os doentes de manhã na visita (...) faço portanto o meu trabalho depois que é contactar algum familiar ou instituições ou processos que tenho em curso, vou ver como estão (...)*” (TS5); “(...) *lidar com o doente (...) preocupação de cuidar da higiene dele do conforto da alimentação (...)*” (AO1). A **Conciliação com outros serviços** surge como outro tema, que apenas diz respeito a uma classe profissional, pois é a única profissional que desempenha funções noutros serviços, em simultâneo: “(...) *chamam-me à consulta, chamam-me ao internamento e vou fazendo estas tarefas todas intercaladas conforme se pode.*” (TS2).

O domínio **Bem-estar** é um outro domínio que surge como sendo algo importante no trabalho, tendo sido identificados dois temas. A **Qualidade de vida do doente** constitui um tema onde o bem-estar dos profissionais passa pelo bem-estar dos doentes: “*Acima de tudo é cuidar do doente*” (AO1); “(...) *liga a televisão, ligar o rádio música, ligar para eles e levá-los ao café, ir com eles ao café.*” (AO3); “*Muitos deles só precisam de um segurar a mão, não é, de contar uma história, de ouvir.*” AO2; “(...) *uma pessoa consegue aliviar os sintomas de um doente, ao menos um.*” (TS2); “(...) *o meu trabalho é sempre o conforto do doente.*” (AO1); “(...) *fiz o melhor possível e que eles estão bem para mim é o fundamental.*” (TS3). No outro tema, **Qualidade de vida da família**, os profissionais revelam ser importante para a rotina diária o bem-estar da família: “(...) *bem-estar deles da família (...)*” (TS4).

O domínio **Sentimento de realização** surge como sendo algo característico do trabalho em cuidados paliativos, sendo que para estes profissionais este sentimento passa por trabalhar com tranquilidade e ter feito algo para o bem-estar do doente: “(...) *um dia sem grande stress(...)*” (TS1); “(...) *termos esse calmo e tranquilo.*” (TS3); “(...) *fiz alguma coisa de bem para o doente (...), é chegar ao fim do dia e ter ficado com a sensação que fiz alguma*

coisa ou fiz aquilo que devia fazer, nem sempre, nem sempre consigo fazer.” (TS4); “É começar aí perto das oito e sair perto das sete. É trabalhar o dia inteiro.” (TS2)

O domínio **Trabalho em equipa** foi identificado como a exploração da importância e da exigência do que é trabalhar em equipa nos cuidados paliativos; *“(…) capacidade de se encaixar na equipa, muito diferentes dos outros serviços, e isso é que é difícil em paliativos.” (TS2); “sim, sim temos uma boa equipa, temos bons profissionais, e todos, hum, mesmo com a nossa maneira de ser somos bons profissionais (...).” (AO3).*

No domínio **Comunicação em cuidados paliativos** os profissionais falam da importância de uma boa comunicação nos cuidados paliativos e que impacto essa comunicação tem no bem-estar do doente: *“(…) Comunicação em paliativos é fundamental. Se houver uma boa comunicação com o doente, todos os outros sintomas são um bocadinho (...), por exemplo, a nível de dor, há dores que se a gente tiver uma boa comunicação e conseguirmos falar bem com eles e se eles se conseguirem abrir, até acabam por esses sintomas desaparecer, tanto esses como outros. A comunicação em paliativos é fundamental (...).” (TS3).*

O domínio **Pessoas especiais que trabalham com o coração** é um domínio que surge referente à necessidade dos profissionais desmistificarem a ideia de que para se trabalhar em paliativos é preciso ter força emocional, tendo estes profissionais revelado que não se trata de força emocional, mas sim de delicadeza e sensibilidade: *“(…) Dizem que temos que ter estômago para trabalhar em paliativos. Eu digo o contrário: em paliativos temos que ter coração (...).” (AO3); “(...) trabalhar em paliativos tem que ser pessoas especiais (...) que sejam carinhosas, meigas e atenciosas.” (TS3); “(...) para mim é muito mais, vá lá, exigente em termos pessoais e de humanidade e disso tudo do que competência técnica (...) é a mais difícil de todas nos cuidados paliativos para mim”. (TS2); “(...) é um serviço tão delicado (...).” (AO).*

A Autodeterminação nos Cuidados Paliativos

Este tema surgiu não só pela emergência do constructo na análise das entrevistas, mas também da intencionalidade de o estudar. Os resultados foram agrupados pelos domínios que correspondem às três necessidades psicológicas básicas implícitas no constructo (Figura 2).

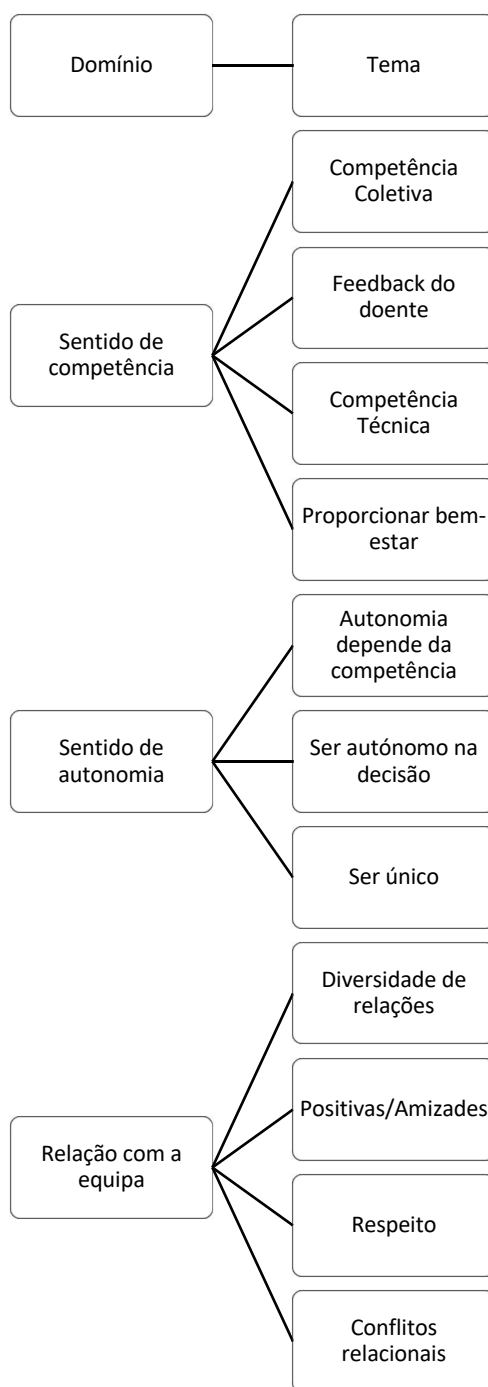


Figura 2. Domínios e temas dos resultados do tema autodeterminação na unidade de cuidados paliativos.

A exploração do sentido de autodeterminação dos profissionais nos cuidados paliativos surge com o objetivo de verificar se a satisfação das necessidades psicológicas básicas tem impacto no bem-estar dos profissionais no contexto de trabalho. Assim, e de acordo com os pressupostos da teoria da autodeterminação (Deci & Ryan, 2000), os domínios identificados foram o sentido de competência, o sentido de autonomia e a relação com a equipa.

O **Sentido de competência**, enquanto domínio, é uma necessidade psicológica básica abordada nas entrevistas feitas aos profissionais e que se refere àquilo que contribui para que os profissionais se sintam competentes na execução do seu trabalho. Neste domínio, foram identificados cinco temas. O primeiro tema refere-se à **Competência coletiva**, no qual os profissionais fazem depender a sua competência individual da competência da sua equipa: *“O êxito de uma abordagem paliativa engloba a equipa toda. Não posso dizer fulano é competente, não, porque depois daquele fulano vem outro e depois deste turno vem outro. (...) A competência é uma coisa coletiva (...).”* (TS2). O segundo tema identificado como indicador de competência para os profissionais foi o **Feedback do doente**, pois para os profissionais o reconhecimento do seu trabalho por parte dos doentes é de facto o indicador de que são competentes na execução do seu trabalho: *“Um obrigado de um doente, um sorriso (...) e não preciso de ouvir de mais ninguém”.* (AO3). Um outro tema que foi identificado neste domínio foi a **Competência técnica**, pois torna-se importante que a competência dos profissionais passe pelo reconhecimento das suas competências técnicas: *“(...) é teres a capacidade de perceberes que aplicaste todos os teus conhecimentos e que fizeste tudo o que era possível naquele turno.”* (TS4). O quarto tema identificado foi **Proporcionar bem-estar**, sendo que se o doente estiver bem, o profissional chegará ao fim do seu turno de trabalho sentindo que fez o melhor e o que podia para contribuir para o bem-estar do doente: *“(...) que os doentes que ficaram bem, para mim, eu sair daqui e sentir que estou bem e que fiz o melhor possível e que eles estão bem, para mim é fundamental.”* (TS3);

“Então quando chego ao fim do dia e existe desde o início do dia até ao fim do dia... correspondi às expectativas daquilo que é uma preocupação para o doente (...) nem que seja um simples telefonema para a família (...) nem que seja só esse gesto (...) foi uma coisa que o deixou feliz.” (TS5); *“(...) quando consigo dar resposta às carências dos doentes e quando sinto que lhes dou tudo para se sentirem confortáveis. É controlar os sintomas e o doente estar estável.”* (TS1).

O **Sentido de autonomia**, uma das três necessidades psicológicas básicas, foi identificada nas entrevistas como contribuindo para a autodeterminação dos profissionais, surgindo quando se questionava aos profissionais o que é que os levava a sentirem-se autónomos no seu trabalho. Neste domínio surge o tema **Autonomia depende da competência**, em que a autonomia dos profissionais passa pelo seu sentido de competência:

“(...) uma pessoa vai adquirindo autonomia também pelos conhecimentos que tem.” (TS3).

Um outro tema identificado neste domínio é o **Ser autónomo na decisão**, sendo que para estes profissionais a autonomia na decisão contribui para um sentido de autodeterminação *“como eu digo às vezes dar um passo à frente não esperar que a pessoa me diga, quando vai dizer já eu dei um passo (...)”* (AO3); *“(...) eu acho que foi o serviço que passei onde a enfermagem pode ser mais autónoma é este.”* (TS1). Por último, o tema **Ser único** refere-se ao facto de serem os únicos profissionais a desempenhar aquele papel na Unidade de Cuidados Paliativos, o que os leva a sentir que são autónomos: *“Se estou só como é que não hei-de ser autónoma? É raro o dia em que tenho outro colega (...). Há um problema maravilha: tenho a autonomia toda! (...) Autónoma para fazer como entender as coisas.”* (TS2); *“Sou a única assistente social aqui portanto tenho total autonomia para tomar as minhas decisões.”* (TS5).

O último domínio identificado acerca do sentido de autodeterminação destes profissionais, sendo também uma das três necessidades psicológicas básicas, é o sentido de relacionamento identificado como o **Relação com a equipa**. Este domínio integra quatro

temas que foram identificados após a análise das entrevistas. O primeiro tema, **Diversidade de relações**, refere-se a uma multiplicidade de características pessoais implicadas no relacionamento com a equipa, resultando em tipos de relacionamento diferentes: *“Tenho boas relações e tenho más relações (...) gostamos mais de umas do que de outras (...)”* (TS1); *“(...) No nosso local de trabalho não agradamos a todos, nem também todos nos agradam (...) Há conflitos aqui e claro que isso às vezes mexe.”* (TS5); *“Deus que é Deus não agradou a todos, eu sei que eu também não agrado a todos (...), só estou aqui pelo doente, não estou aqui para agradecer á minha colega (...)”* (AO3). Um outro tema que foi identificado refere-se a relações **Positivas/ Amizades**, onde os profissionais descrevem que têm relações positivas no trabalho: *“(..) já se criou aqui uma relação de amizade.”* (TS1); *“Quando estou de folga sentem a minha falta.”* (AO2); *“(...) não existe ninguém aqui que não quer trabalhar comigo”* (TS4); *“(...) do feedback que os colegas me dão acho que toda a gente gosta de mim, acho que tenho boas relações (...)”* (TS3). Um outro tema identificado refere-se ao **Respeito**, onde o sentido de relacionamento passa pelo respeito sentido na equipa, que possibilita o auxílio e a colaboração: *“(...) se eu tiver alguma dúvida relativamente a isto ou àquilo, sei que me posso dirigir àquela pessoa e a pessoa educadamente vai-me portanto responder da mesma forma, não é.”* (TS5). Por último, foi identificado um tema referente a **Conflitos relacionais**, isto é, conflitos existentes entre os colegas de trabalho, que de alguma forma interferem no trabalho, existindo no entanto um elevado sentido de autocritica e reflexão acerca dos mesmos: *“Eu às vezes acho que sou muito conflituosa”* (TS1); *“(...) até posso estar chateada com uma colega, mas mesmo antes de sair do turno tenho que resolver isso com a colega (...)”* (AO3); *“(...) porque é diferente estando alguns elementos a trabalhar e estando outros elementos a trabalhar, com que já não se tem tanta empatia e liberdade.”* (TS5); *“(...) são boas apesar de haver mexericos de conflitos à volta o que é normal e habitual (...)”* (TS4).

Trabalho Emocional nos Cuidados Paliativos

A análise do trabalho emocional nos profissionais de cuidados paliativos foi um dos grandes objetivos deste trabalho. Os resultados referentes a esta exploração estão agrupados em domínios que correspondem a estratégias de trabalho emocional, com temas correspondentes a estes domínios (Figura 3).

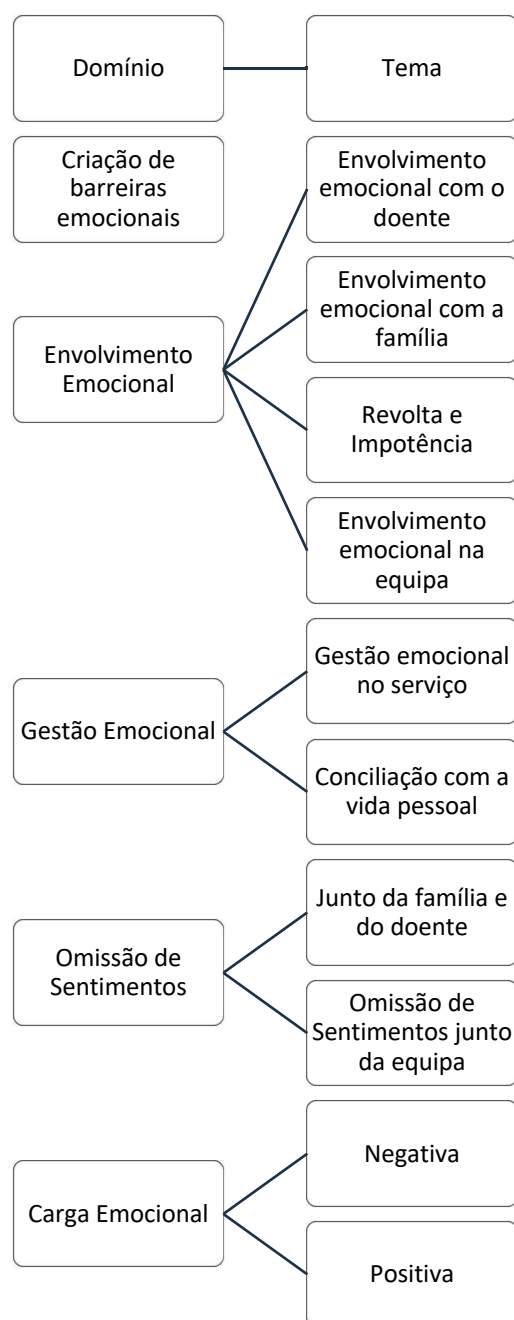


Figura 3. Domínios e temas dos resultados do tema trabalho emocional na unidade de cuidados paliativos.

O domínio **Criação de barreiras emocionais** surgiu em várias entrevistas, tendo sido descrito como algo importante para os profissionais, no sentido de se protegerem do sofrimento causado pelas situações usuais que ocorrem nestes serviços: “(...) *entre as relações temos que criar uma parede, porque nós não podemos fazer luto de todos (...)*” (TS1); “(...) *criar uma barreira para me defender um pouco e para a minha sanidade mental (...)*” (AO1); “(...) *mexe um bocadinho, mas tento (...) ignorar isso ao máximo. (...) Achei que, como profissional, na frente da família que já estava em sofrimento, a família não me deveria ver emocionada (...). São situações pontuais, a fuga, é aquele momento em que acho que me vou envolver de mais.*” (TS5).

O domínio **Envolvimento emocional** está relacionado com a forma como estes profissionais revelam sentir-se perante determinadas circunstâncias. Foram identificados temas como o **Envolvimento com o doente**, onde os profissionais reconhecem deixar-se envolver conscientemente com o doente, com intuito de os reconfortar. Por outro lado este envolvimento aparenta causar algum desconforto a estes profissionais: “(...) *nós também acabamos por nos envolver com eles e com a família principalmente (...). Mas enquanto estou aqui vivo muito intensamente até a relação com eles.*” (TS1); “*Muitos deles só precisam de um segurar a mão, não é, de contar uma história, de ouvir.*” (AO2); “(...) *ouves o doente, ouvires o que ele tem para te dizer, deixares estar com ele na sala ou deixar ir ao café ou estar ali a ouvir o doente (...). Muitas vezes estamos eu e a enfermeira sentadas numa noite a pegar na mão do doente a conversar (...).*” (AO3); “(...) *temos aqui um senhor que me parte a alma (...) ninguém merece sofrer tanto (...) custa-me muito que essa pessoa esteja neste sofrimento (...) uma dor de alma ver aquele sofrimento, aquilo não é viver, não é viver.*” (AO1); “(...) *acendi a luz, fiquei de mão dada com o senhor até ele acabar por dormir. (...) Uma pessoa sente-se reconfortante. (...) É fundamental sermos carinhosos, meigos, atenciosos. Para eles é o que eles querem.*” (TS3). O tema **Envolvimento com a**

família foi identificado uma vez que os profissionais reconhecem que há um envolvimento com a família do doente e os seus problemas: “(...) *Nós depois envolvemo-nos não só com o problema do doente, mas da família também. (...) Da porta para fora da enfermaria, longe do doente e longe da família, acho que sou mais genuína (...).*” (TS1); “(...) *Não gosto de me envolver muito emocionalmente com esses problemas às vezes das famílias.*” (TS4). Ainda dentro deste domínio, foi identificado o tema da **Revolta e impotência**, tendo os profissionais identificado sentimentos relacionados com a incapacidade de ajudar os doentes e também pela morte de pessoas jovens: “(...) *tem algum problema a pessoa ficar triste ou magoada de ver morrer um doente jovem morrer, um que a gente não conta, para mim não tem mal nenhum.*” (TS2); “*A nossa revolta e impotência acho que escondo, tento esconder. (...) Olhar perante as desconfianças, perante a revolta contra a doença, é difícil de trabalhar (...).*” (TS1). Por último, foi identificado o tema **Junto da equipa**, a partir de excertos em que os profissionais relatam sentirem-se à vontade para mostrarem o que sentem e partilharem as emoções e sentimentos que vivenciam perante determinadas situações, frente aos elementos da equipa: “(...) *Tenho uma relação aberta com eles. Acho que nunca chegou a ser necessário isso (...) ter que esconder nada (...)*” (TS3).

Um outro domínio identificado nas entrevistas foi a **Gestão emocional**, a partir de excertos em que os profissionais reconhecem e fazem uso de estratégias para se protegerem e lidarem com determinadas situações. Neste domínio surgem dois temas. O primeiro tema é da **Gestão emocional no serviço**, onde os profissionais dentro do local de trabalho conseguem fazer uma gestão emocional das situações que ocorrem no trabalho: “*Acho que aprendemos a lidar com essa carga emocional.*” (TS1); “*Mas eu prefiro ficar mal, eu poupar um bocadinho a ele, poupar-lo um bocadinho do sofrimento (...). Têm uma dor total, uma dor física e emocional (...) conseguir poupar um bocadinho, para mim, acho que isso é fundamental, embora eu fique mal, mas prefiro.*” (TS3); “*Começa-se a ganhar já estratégias para nos protegermos.*” (AO1). O outro tema identificado é a **Conciliação com a vida pessoal**, onde os

profissionais conseguem gerir as suas emoções pessoais de forma a que não interfiram com o seu trabalho, fazendo uma separação do que é a vida pessoal e a vida profissional: *“Em primeiro lugar, quando entro por aquela porta aqui para dentro é como se fosse uma transformação. Tento eu como pessoa, como profissional, quando entro sou uma profissional, tento deixar tudo lá fora por mais que seja difícil, mas entro como que para ajudar.”* (AO2).

Na leitura das entrevistas foi ainda possível identificar um domínio final, correspondente à **Omissão de sentimentos**, sendo que os profissionais relatam não exhibir sentimentos perante determinadas pessoas e circunstâncias. Neste domínio, identificámos o tema **Junto da família e do doente**, pois grande parte dos profissionais relatou omitir ou esconder os seus sentimentos e emoções perante o doente, com o intuito de o poupar, dado o sofrimento a que este já está sujeito: *“Saio e choro. (...) Se eu me emocionar, tento não chorar.”* (TS1); *“(...) temos que continuar e temos que lhes fazer ver a eles que estamos bem, mas no fundo a gente não está bem. Isso acontece com muita frequência (...) preservar um bocado o doente, mesmo a família, percebes (...).”* (TS3). Neste domínio, foi identificada a omissão de sentimentos **Junto da equipa**, onde apenas dois profissionais relataram não se sentirem à vontade para serem eles mesmos com a equipa: *“(...) por norma não faço isso (...), mais até em relação á equipa em si e não em relação ao doente (...), e ás vezes sinto-me mal entre aspas pelo facto de estar...não ser eu.”* (TS4).

Discussão

O objetivo deste estudo foi explorar o trabalho emocional efetuado por profissionais de cuidados paliativos, compreendendo em profundidade as estratégias de regulação emocional usadas pelos mesmos em contexto laboral e o efeito destas no seu bem-estar. Por outro lado, procurou-se compreender qual a satisfação de necessidades psicológicas básicas

de autonomia, competência e relacionamento profissional e a sua relação com a regulação emocional e bem-estar em contexto de trabalho destes profissionais. A análise das entrevistas efetuadas permitiu inferir um elevado grau de satisfação de necessidades de autonomia, competência e relacionamento no contexto laboral, o que contribui para um sentido global de bem-estar e propósito pessoal (Kasser, & Ryan, 1999). Por outro lado, os participantes relataram a utilização diferenciada de estratégias de trabalho emocional, de acordo com a situação e o contexto relacional, ora mais centradas na resposta, ora centradas no antecedente. A exploração das entrevistas efetuadas permitiu observar que esta diferenciação de estratégias contribui para a manutenção do bem-estar dos profissionais. Apesar do envolvimento quotidiano no tema do sofrimento pessoal e familiar, estes profissionais parecem relatar bem-estar, associado a um sentido elevado de autonomia, competência e relacionamento. Os resultados deste estudo poderão apoiar o desenvolvimento de práticas organizacionais que otimizam consequências positivas e diminuem as consequências negativas associadas ao trabalho emocional, por um lado, apoiando ainda a autodeterminação dos profissionais.

Entre os resultados encontrados a partir da análise de conteúdo das entrevistas efetuadas aos profissionais da UCP, salienta-se um primeiro resultado que se prende com o facto de a maioria dos profissionais de saúde referir o uso de estratégias focadas nas respostas, nomeadamente de *surface acting*, em situações de elevada carga emocional com os doentes e os seus familiares. Grande parte dos profissionais revelou omitir sentimentos, o que constitui uma estratégia de *surface acting*, perante determinadas pessoas e circunstâncias, nomeadamente perante a família e o doente, com o objetivo de “poupar” o doente e a família de mais sofrimento. O uso desta estratégia revela que os profissionais estão a perpetuar a “conspiração do silêncio”. Tal como é referido na literatura, os profissionais fazem-no com o objetivo de “poupar” o doente (Julião, 2015; Pêla, 2015), tal como foi descrito pelos mesmos nas entrevistas. Os participantes parecem optar por não reforçar a carga negativa associada à

experiência de fim de vida, mesmo que os doentes fiquem sem resposta às questões sobre a sua doença e o fim de vida. Por outro lado, importa referir que a utilização desta estratégia é vista pelos participantes como apoiante da sua competência, uma vez que a demonstração do seu real sofrimento face ao sofrimento do doente e da família seria entendida como uma falta de profissionalismo. Estes resultados estão de acordo com os resultados do estudo de Shimoinaba, O'Connor, Lee, e Greaves (2009), que verificou que este tipo de resposta tem consequências percebidas em termos de bem-estar, sendo que estas respostas são descritas como necessárias para a demonstração de competência profissional. Estudos prévios têm revelado que os profissionais que trabalham em serviços de saúde tendem a fazer uso sobretudo da estratégia de *deep acting* (Brotheridge & Lee, 2002), contrariamente ao que foi encontrado neste estudo.

Em consonância com estudos prévios, os profissionais de cuidados paliativos combinam diferentes estratégias de trabalho emocional como forma de adaptação às exigências do seu trabalho e demonstração de competência profissional no contexto (Shimoinaba et al., 2009). Assim, a análise das entrevistas permitiu identificar diferentes estratégias de trabalho emocional. Muitos dos profissionais relataram que criavam barreiras emocionais como forma de se protegerem emocionalmente do que ocorre no serviço de cuidados paliativos. Com efeito, o cuidado de fim de vida é um desafio para os profissionais, uma vez que têm de equilibrar entre diferentes sentimentos em relação aos doentes, familiares e colegas, tanto como cuidadores profissionais como seres humanos (Karlsson et al., 2016). Também foram vários os profissionais que relataram envolver-se genuinamente, fazendo uso de estratégias de *deep acting*, quer com o doente quer com a família do doente, tal como relatado em estudos prévios (Zambrano, Chur-Hansen, & Crawford, 2014). Contudo, este envolvimento, que é consciente, aparentemente tem algum impacto negativo nos profissionais, apesar de o fazerem com o objetivo de reconfortar o doente. Estes profissionais relataram ainda que muitas vezes se sentem revoltados e impotentes pela

incapacidade de ajudarem os doentes e por assistirem à morte de doentes jovens. Nos seus discursos, alguns relatavam que a morte de doentes jovens os incomodava muito porque para além de serem pessoas novas com muito ainda pela frente, tinham a idade de familiares e filhos dos profissionais. Também no estudo de Jünger et al. (2007) foram identificados três aspetos como sendo de uma grande carga emocional: o próprio luto e a impotência sentida, o acompanhamento de um doente em fase terminal, e o apoio que os profissionais têm que prestar aos familiares.

Perante a equipa, os profissionais revelam sentir-se à vontade para partilharem os seus sentimentos e emoções, desenvolvendo estratégias de *deep acting*, (Van Staa et al., 2000). Mesmo que existam conflitos entre elementos da equipa, esta continua a ser um pilar importante no suporte emocional dos profissionais. Estes profissionais revelam ser mais verdadeiro junto dos seus colegas, recorrendo a estratégias de *deep acting*, uma vez que a equipa para estes profissionais é algo importante no apoio e suporte emocional (Karlsson et al., 2016; Shimoinaba et al., 2009; Van Staa et al., 2000; Zambrano et al., 2014). Em consonância com o que acontece com o doente e a sua família, apenas dois profissionais relataram não se sentirem à vontade com a equipa para partilharem os seus sentimentos e emoções, sendo que um deles é o único elemento do sexo masculino. Apesar de existirem conflitos na equipa e de toda a carga emocional associada, o discurso destes profissionais sobre o seu trabalho é bastante positivo.

Ainda relativamente à gestão emocional, aparentemente, estes profissionais têm uma capacidade de gestão emocional equilibrada e benéfica, para se protegerem e lidarem com determinadas circunstâncias, nomeadamente quando estão perante o doente, a família e os colegas. Esta gestão emocional ocorre na unidade de cuidados paliativos, pois é lá que ocorrem situações de grande exigência profissional. Com todas as adversidades que este contexto apresenta, alguns profissionais parecem ter uma boa capacidade de conciliar o seu

trabalho com a sua vida pessoal, relatando inclusive que quando entram para o trabalho deixam tudo o resto fora do hospital, fazendo uma boa gestão das suas emoções.

Apesar de os profissionais contactarem diretamente com a morte e com o sofrimento do doente e das famílias, o contágio emocional parece ser baixo neste contexto. Contudo, estudos prévios têm sugerido que estes profissionais têm um maior risco de desenvolver burnout e exaustão emocional, sendo que os profissionais que trabalham há mais tempo nestes serviços são mais sensíveis ao controlo da dor e aos sintomas do doente (Copp & Dunn, 1993; Koh et al., 2015). Tal como alguns estudos mostram (Dréano-Hartz et al., 2016, 2015; Turnell et al., 2016; Vachon, 1995), profissionais que trabalham noutros serviços, nomeadamente de oncologia e psiquiatria, estão mais propensos a burnout e exaustão emocional, do que os profissionais que trabalham em cuidados paliativos. O facto de os profissionais aceitarem a terapia da sedação, que é algo muito usado em cuidados paliativos, faz com que estes consigam lidar de uma forma positiva com a carga emocional associada a este tipo de serviço (Morita et al. 2004). Este fator merecerá uma exploração em estudos futuros que procurem compreender em profundidade o fenómeno de contágio emocional que, neste grupo de profissionais, não parece prevalecer.

No que respeita à exploração das necessidades psicológicas básicas de acordo com a teoria da autodeterminação, relativamente ao sentido de relacionamento, foi possível perceber pelos discursos dos profissionais que existe alguma tensão e eventual conflito entre elementos da equipa, mas que apesar de tudo se consideram uma boa equipa, onde existem também boas relações, inclusive relações que se tornaram amizades (cf. Van Staa et al., 2000). Também foi notório no discurso dos profissionais a importância de um bom clima de trabalho, tal como nos estudos de Copp e Dunn, (1993) e de Jünger et al. (2007). Foi notória a necessidade de suporte que estes profissionais procuram na equipa, pois apesar dos conflitos existentes, a equipa continua a ser o suporte emocional em contexto organizacional para estes profissionais, tal como sugerido por Shimoinaba et al. (2009). Este suporte é

essencial dada a exigência do serviço e a tensão emocional que este trabalho implica (Shimoinaba et al. 2009).

Relativamente à autodeterminação, no que diz respeito à satisfação das três necessidades psicológicas básicas, estas aparentam ter um grande impacto no bem-estar dos profissionais no contexto de saúde (Deci et al., 2017; Deci & Ryan 2000, 2012; Ng et al., 2012; Olafsen et al., 2017). Relativamente ao sentido de competência, este é visto pelos profissionais como sendo coletiva, pois trata-se de um serviço onde se trabalha em equipa e por isso a competência não pode ser vista de forma individual mas sim coletiva. É clara a existência de interseção entre a necessidade de competência e de relacionamento, pois uma necessidade depende da outra. O sentido de competência passa ainda pela competência técnica, onde estes profissionais percebem a sua competência através da sua capacidade de reconhecerem que aplicaram todos os seus conhecimentos. Assim, confirma-se o reconhecimento da importância desta necessidade, tal como apontado pela teoria de Deci e Ryan (2000). Também para alguns profissionais o seu sentido de competência passa por proporcionarem bem-estar aos doentes, indo ao encontro do estudo de Karlsson et al. (2016), onde o importante para os enfermeiros é cuidar do doente e fazer o melhor para ele/ela, tal como foi relatado nas entrevistas.

Relativamente ao sentido de autonomia, alguns profissionais relataram que a sua autonomia dependia da sua competência profissional. Também este sentido de autonomia passa pelo ser autónomo, pois os profissionais relatam ser autónomos para executarem as suas tarefas. O facto de existir apenas um profissional de determinada área profissional faz com que estes se sintam autónomos, sós, por serem os únicos da área a terem que tomar decisões sozinhos, quer para o “bem e para o mal. Parece haver aqui uma tensão, pois apesar de se considerarem uma equipa, há decisões que alguns profissionais têm de tomar sozinhos. Também no estudo de Jünger et al. (2007) os resultados revelaram que a vontade que os profissionais têm de se envolver com os objetivos da equipa está associada à autonomia

percebida. Os resultados do presente estudo vão, assim, ao encontro do que Jünger et al. (2007) observaram no seu estudo, pois o comprometimento e dedicação dos profissionais só pode ser alcançado quando os profissionais sentem que podem fazer o que querem de acordo com as suas decisões e formas individuais de ser, tal como uma das participantes refere: “como eu digo, às vezes dar um passo á frente, não esperar que a pessoa me diga, quando vai dizer já eu dei um passo (...)”.

Por último, um outro resultado relevante deste tudo é que os dois constructos, trabalho emocional e a autodeterminação, estão positivamente relacionados, contribuindo para o bem-estar dos profissionais que trabalham na unidade de cuidados paliativos. É ainda notória a construção discursiva dos profissionais em três focos: doente, família e equipa. Em todos os temas e domínios, existe uma expressão clara dos impactos nestes três atores. Este discurso é revelador de uma divisão clara e segmentada destes para o profissional. Contudo, em todos os domínios abordados, os três atores são apresentados, demonstrando a coerência, robustez e pertinência dos domínios e temas trabalhados.

Limitações e Implicações para o Futuro

As entrevistas realizadas foram agendadas e realizadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais, em horário de trabalho, o que por um lado poderá ser considerada uma limitação, dado que grane parte das entrevistas foi realizada em quartos de utentes que estavam vagos, onde se ouvia todo o ruído exterior do serviço. Apesar da maior parte das entrevistas ter sido realizada em turnos da manhã e da tarde, duas entrevistas foram realizadas no turno da noite, onde um dos profissionais se encontrava a realizar o segundo turno seguido. Era visível o cansaço do profissional, o que poderá ter interferido com o seu desempenho ao longo da entrevista. Uma outra limitação foi observada no decorrer das

entrevistas, sendo que os profissionais foram várias vezes interrompidos por outros profissionais, interferindo com o discurso do profissional entrevistado e com o seu raciocínio.

Este estudo foi realizado apenas numa unidade de cuidados paliativos, só com os profissionais que lá trabalham. Isto pode ser uma condicionante, pois não se pode inferir que esta será a realidade para os restantes serviços de cuidados paliativos. Por outro lado, este aspeto poderá ser visto como benéfico para os propósitos do estudo, dado que permite uma visão aprofundada do serviço e dos profissionais, fornecendo um conhecimento mais pleno e detalhado sobre esta equipa em específico.

Tendo em conta os resultados do presente estudo, será pertinente identificar competências nos profissionais que promovam maior bem-estar e melhores resultados no trabalho, nos serviços de cuidados paliativos. É igualmente importante criar *guidelines* que ajudem os profissionais a lidar com situações específicas e usuais que ocorrem no serviço de cuidados paliativos, como a abordagem da morte com o doente. Foi também notório nas entrevistas a falta de formação e conhecimento por parte dos profissionais, principalmente dos assistentes operacionais, que muitas vezes não sabem e nem têm conhecimentos sobre as especificidades de como lidar com estes doentes. Apesar da formação existente no serviço, esta não parece ser suficiente para os profissionais. Sugere-se assim que haja um maior investimento de formação para os profissionais que trabalham em cuidados paliativos. Estudos futuros e intervenções com base nos mesmos poderão responder a estas lacunas.

Proporcionar acompanhamento psicológico aos profissionais no serviço de cuidados paliativos parece ser algo pertinente, dado o impacto que este serviço aparenta ter nos profissionais. Por último, um hábito positivo a promover poderá ser a realização de reuniões semanais onde todos os profissionais possam conversar sobre a sua semana de trabalho com o objetivo de dar e receber suporte dos elementos da equipa. A existência de um espaço terapêutico parece ser algo que poderia contribuir para o bem-estar dos profissionais, sendo assim pertinente a criação do mesmo orientado por um psicólogo.

Como sugestões para estudos futuros, seria relevante perceber se são só os profissionais do serviço de cuidados paliativos que fazem uso adaptado das estratégias de trabalho emocional, comparando, por exemplo, com os profissionais que trabalham em outros serviços de saúde, explorando ainda o que motiva os profissionais destes serviços a fazê-lo. Seria ainda relevante explorar quais são as características do contexto de trabalho do serviço de cuidados paliativos que afetam a autodeterminação dos profissionais, fazendo com que os profissionais façam uso do trabalho emocional. Seria ainda pertinente verificar que características pessoais e profissionais têm os profissionais que trabalham nos cuidados paliativos, verificando se há algo que os distancia dos profissionais dos outros serviços.

Conclusão

Os profissionais que trabalham nesta unidade de cuidados paliativos fazem uso das duas estratégias de trabalho emocional, de acordo com a situação em que se encontram. Os dados apoiam a teoria da autodeterminação e refutam o que os estudos têm demonstrado acerca da utilização preferencial de estratégias de *deep acting* pelos profissionais de saúde. Os resultados do presente estudo sugerem que as necessidades psicológicas básicas são interdependentes, não se devendo, assim, perspetivar as mesmas como necessidades isoladas. Trabalhar numa unidade de cuidados paliativos é sem dúvida um desafio para os profissionais. Com efeito, a gestão das emoções no contacto frequente com o sofrimento e a morte dos doentes com quem muitas vezes estes profissionais criam laços constituem desafios significativos. Também a relação entre os elementos da equipa é algo muito importante para estes profissionais, pois esta surge como um suporte para lidarem com as exigências emocionais o seu trabalho. Assim, o suporte fornecido pela equipa é importante para um bom clima de trabalho (Jünger et al., 2007) e bem-estar (Kasser, & Ryan, 1999). Finalmente, a “conspiração do silêncio” merece um olhar atento neste contexto. Verificamos que os profissionais fazem uso do *surface acting* com os doentes e as suas famílias,

perpetuando assim esta “conspiração do silêncio”. É assim relevante trabalhar a gestão emocional dos profissionais de cuidados paliativos, de modo a promover não só o seu bem-estar, mas também a qualidade do serviço prestado aos doentes e às suas famílias.

Referências Bibliográficas

- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review*, *18*, 88–115. doi: 10.2307/258824.
- Baard, P.P., Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology*, *34*, 2045–2068. doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb02690.x.
- Badolamenti, S., Sili, A., Caruso, R., & FidaFida, R. (2017). What do we know about emotional labour in nursing? A narrative review. *British Journal of Nursing*, *26*(1). doi: 10.12968/bjon.2017.26.1.48.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brotheridge, C., & Grandey, A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of people work. *Journal of Vocational Behavior*, *6*, 17-39. doi: 10.1006/jvbe.2001.1815.
- Brotheridge, C. M., & Lee, R. T. (2002). Testing a conservation of resources model of the dynamics of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, *7*, 57–67. doi: 10.1037/1076-8998.7.1.57.
- Campos, C. (2004). Método de análise de conteúdo: Ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *57*(5), 611-4. doi: 10.1590/S0034-71672004000500019.
- Chochinov, H. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *A Cancer Journal for Clinicians*, *56*, 84-103. doi: 10.3322/canjclin.56.2.84.

- Copp, G., & Dunn, V. (1993). Frequent and difficult problems perceived by nurses caring for the dying in community, hospice and acute care settings. *Palliative Medicine*, 7, 19-25. doi: 10.1177/026921639300700104.
- Cossette, M. (2014). Emotional labor through the lens of self-determination theory. In M. Gagné (Ed.), *The Oxford handbook of work engagement, motivation and self-determination theory* (pp. 259-275). New York, NY: Oxford University Press.
- Deci, E., Olafsen, A., & Ryan, R. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *The Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 19-43. doi: 10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108.
- Deci, E. & Ryan, R. (2000). The what and why of goal pursuits: Human needs and self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104_01.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory. In R. M. Ryan (Ed.), *Oxford handbook of human motivation* (pp. 85-107). Oxford, UK: Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780195399820.001.0001
- Deci, E. & Vansteenkiste, M. (2004). Self-determination theory and basic need satisfaction: Understanding human development in positive psychology. *Ricerche di Psicologia*, 1(27), 23-40.
- Dréano-Hartz, S., Rhondali, W., Ledoux, M., Ruer, M., Berthiller, J., Schott, A., Monsarrat, L., & Filbet, M. (2016). Burnout among physicians in palliative care: impact of clinical settings. *Palliative and Supportive Care*, 14, 402-410. doi: 10.1017/S1478951515000991.
- Gagné, M. (2014). *The Oxford handbook of work engagement, motivation and self-determination theory*. New York: Oxford University Press.
- Grandey, A. (2000). Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize

- emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95-110. doi: 10.1037//1076-8998.5.1.95.
- Grandey, A. (2003). When “the show must go on”: Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46, 86. doi: 10.2307/30040678.
- Gray, B., (2009). The emotional labour of nursing 1: Exploring the concept. *Nursing Times*, 105(8), 26-29. <https://www.nursingtimes.net/roles/district-and-community-nurses/the-emotional-labour-of-nursing-1-exploring-the-concept/2002711.article>
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *The handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Guo, Q., & Jacelon, C. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine*, 28(7), 931-940. doi: 10.1177/0269216314528399.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Johnston, M., & Finney, S. (2010). Measuring basic needs satisfaction: Evaluating previous research and conducting new psychometric evaluations of the Basic Needs Satisfaction in General Scale. *Contemporary Educational Psychology*, 35, 280-296. doi: 10.1016/j.cedpsych.2010.04.003.
- Jors, K., Tietgen, S., Xander, C., Momm, F., & Becker, G. (2016). Tidying rooms and tending hearts: An explorative, mixed-methods study of hospital cleaning staff’s experiences with seriously ill and dying patients. *Palliative Medicine*, 1-9. doi: 10.1177/0269216316648071.
- Julião, M. (2015). Comentário a: A conspiração do silêncio num doente com leucemia. In Brabosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I., *Casos Clínicos em Cuidados Paliativos* (203-209). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Julião, M. (2016). Sobre medicina paliativa: Alguns aspetos relevantes para reflexão. *Revista*

Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 32, 174-176.

- Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm N., & Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine* 21, 347-354. doi: 10.1177/0269216307078505.
- Karlsson, M., Kasén, A., & Warna-Furu, C. (2016). Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care. *Palliative and Supportive Care* 1-10. doi: 10.1017/S1478951516000468.
- Kasser, V. M., & Ryan, R. M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to health, vitality, well-being and mortality in a nursing home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 935–954. doi: 10.1111/j.1559-1816.1999.tb00133.x.
- Koh, M., Chong, P., Neo, P., Ong, Y., Yong, W., Ong, W., Shen, M., & Hum, A. (2015). Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-center cross-sectional study. *Palliative Medicine*, 29(7) 633-642. doi: 10.1177/0269216315575850.
- Mesmer-Magnus, J., Dechurch, L., & Wax, A. (2012). Moving emotional labor beyond surface and deep acting: A discordance-congruence perspective. *Organizational Psychology Review*, 00(0), 1-48. doi: 10.1177/2041386611417746.
- Morita, T., Miyashita, M., Kimura, R., Adachi, I., & Shima, Y. (2004). Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliative Medicine*, 18, 550-557. doi: 10.1191/0269216304pm911oa.
- Ng, J., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E., Ryan, R., Duda, J., & Williams, G. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: a meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. doi: 10.1177/1745691612447309.
- Olafsen, A., Niemiec, C., Halvari, H., Deci, E., & Williams, G. (2017). On the dark side of work: A longitudinal analysis using self-determination theory. *European Journal of*

- Work and Organizational Psychology*, 26(2), 275-285. doi: 10.1080/1359432X.2016.1257611.
- Pêla, J. (2015). A conspiração do silêncio num doente com leucemia. In Brabosa, A., Pina, P., Tvaes, F. & Neto, I., *Casos Clínicos em Cuidados Paliativos* (pp. 203-209). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ryan, M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 6, 397-427. doi: 10.1111/j.1467-6494.1995.tb00501.x.
- Rokach, A. (2005). Caring for those who care for the dying: Coping with the demands on palliative care workers. *Palliative and Supportive Care*, 3, 325-332. doi: 10.1017/S1478951505050492.
- Shimoinaba, K., O'Connor, M., Lee, S., & Greaves, J. (2009). Staff grief and support systems for Japanese health care professionals working in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 7, 245-252. doi: 10.1017/S1478951509000315.
- Tong, E., Bishop, G., Enkelmann, H., Diong, S., Why, Y., Khader, M., & Ang, J. (2009). Emotion and appraisal profiles of the needs for competence and relatedness. *Basic and Applied Social Psychology*, 31, 218-225. doi: 10.1080/01973530903058326
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Turnell, A., Rasmussen, V., Butow, P., Juraskova, I., Kirsten, L., Wiener, L., Patenaude, A., Hoekstra-Weebers, J., & Grassi, L. (2016). An exploration of the prevalence and predictors of work-related well-being among psychosocial oncology professionals: An application of the job demands-resources model. *Palliative and Supportive Care*, 14, 33-41. doi: 10.1017/S1478951515000693.
- Van Staa, A.L., Visser, A., & van der Zouwe, N. (2000). Caring for caregivers: Experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling* 41, 93-105. doi: 10.1016/S0738-3991(00)00119-1.
- Vachon, M. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine*, 9,

91-122. doi: 12968/ijpn.1995.1.3.155.

Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., & Lens, W. (2008). Explaining the relationships between job characteristics, burnout and engagement: The role of basic psychological need satisfaction. *Work & Stress*, 22, 277–294. doi: 10.1080/02678370802393672.

Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Soenens, B., & Lens, W.(2010). Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-Related Basic Need Satisfaction Scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 981-1002. doi: 10.1348/096317909X481382.

Zambrano, S., Chur-Hansen, A., & Crawford, G. (2014). The experiences, coping and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliative & Supportive Care*, 12, 309-316. doi: 10.1017/S1478951513000138.

WHO (s. d.). <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Anexos