



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE ONCOLOGIA
PORTUGUESES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA
LITERATURA

Ana Bárbara Carvalho Machado

Porto, setembro 2020



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE ONCOLOGIA PORTUGUESES: UMA
REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Trabalho final apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em Gestão de Recursos Humanos

Ana Bárbara Carvalho Machado

Trabalho realizado sob a orientação de

Prof. Dr. Camilo Valverde

Prof. Dra. Isabel Guimarães

Porto, setembro 2020

Resumo

Enquadramento: O *burnout* é uma condição patológica que ocorre quando o trabalhador excede a sua capacidade de lidar com situações de *stress* laboral. Os profissionais de saúde da área da oncologia são propícios a sofrer de *burnout* uma vez que a sua rotina inclui dilemas éticos, controlo da dor e sofrimento do doente com cancro e sua família, diagnóstico de doenças terminais, informação de más notícias e a morte.

Metodologia: A presente revisão sistemática da literatura (RSL) visa responder à questão de investigação de “como é que o *burnout* afeta os profissionais de oncologia portugueses?”, com informação que provem de 13 artigos científicos das bases de dados “*EBSCO Discovery Service*” e “*PubMed*”.

Resultados: Da análise de conteúdo dos artigos selecionados não é possível circunscrever com rigor a prevalência de *burnout* nos profissionais de oncologia portugueses devido à escassez de informação e divergência de dados. Nestes mesmos artigos são salientados eminentemente os fatores influenciadores do surgimento do *burnout* de natureza pessoal. Quanto ao tratamento do *burnout* nestes profissionais, apenas foram abordadas técnicas de medicina complementar (*mindfulness*, *reiki* e acupuntura).

Conclusão: Embora o *burnout* nos profissionais de oncologia portugueses seja relevante para a qualidade dos cuidados de saúde prestados em Portugal, a informação científica identificada nesta RSL sobre a patologia é escassa.

Palavras-chave: *burnout*, profissionais de oncologia, cuidados de saúde de oncologia, Portugal.

Abstract

Background: Burnout is a pathological condition that happens when the worker exceeds his capacity to deal with work stress. Health professionals on the oncology area are prone to suffer from burnout since their routine includes ethical dilemmas, pain control and suffering of the cancer patient and his family, diagnosis of terminal illnesses, information about bad news and death.

Methodology: The present systematic literature review aims to answer the research question “how does burnout affect Portuguese oncology professionals?” with information from 13 scientific articles from the “EBSCO Discovery Service” and “PubMed” databases.

Results: From the content analysis of the selected articles, it is not possible to strictly circumscribe the prevalence of burnout in Portuguese oncology professionals due to the scarcity of information and divergence of data. In these same articles, only eminently the factors influencing the emergence of personal burnout are highlighted. As for the treatment of burnout in these professionals, only complementary medicine techniques (mindfulness, reiki and acupuncture) were addressed.

Conclusion: Although burnout in Portuguese oncology professionals is relevant to the quality of healthcare provided in Portugal, the scientific information identified in this RSL about the pathology is scarce.

Keywords: burnout, oncology professionals, oncology health care, Portugal.

Lista de Abreviaturas

ARS- Administração Regional de Saúde

DP- Despersonalização

EE- Exaustão Emocional

EPE- Entidade Pública Empresarial

MBI- *Maslach Burnout Inventory*

OMS- Organização Mundial de Saúde

PPP- Parceria Público-Privada

RP- Realização Pessoal

RRH- Rede de Referência Hospitalar

RSL- Revisão Sistemática de Literatura

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPA- Setor Público Administrativo

TSDT- Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

Índice

Introdução.....	1
CAPÍTULO I. Enquadramento teórico.....	3
1.1. Operacionalização do conceito de <i>burnout</i>	4
1.2. Antecedentes e causas do <i>burnout</i>	7
1.3. Consequências do <i>burnout</i>	10
1.4. Prevenção e tratamento do <i>burnout</i>	11
1.5. Enquadramento legal do <i>burnout</i>	13
CAPÍTULO II. Metodologia	17
CAPÍTULO III. Apresentação e discussão de resultados	25
3.1. Contexto laboral dos profissionais de saúde de oncologia em Portugal.....	26
3.2. Prevalência de <i>burnout</i> nas amostras de profissionais de saúde de oncologia portugueses.	32
3.3. Fatores influenciadores do surgimento do <i>burnout</i> em profissionais de saúde de oncologia portugueses.	36
3.4. Tratamento do <i>burnout</i> em profissionais de saúde de oncologia portugueses.	41
3.5. Prevenção do <i>burnout</i> em profissionais de saúde de oncologia portugueses.	45
CAPÍTULO IV. Conclusão	50
Referências bibliográficas	54
Apêndice.....	51
Anexos.....	61

Índice de tabelas

Tabela 1. *Níveis de burnout da escala MBI e as respectivas subescalas (Maslach et al, 2001).*

Tabela 2. *Síntese do enquadramento teórico.*

Tabela 3. *Indexação dos artigos selecionados às respectivas categorias e subcategorias.*

Tabela 4. *Operacionalização da categorização e excerto ilustrativos dos artigos incluídos na RSL (resumido).*

Tabela 5. *Valores de burnout apresentados nos artigos de Cumbe et al (2017), Gama et al (2014), Joaquim et al (2018) e Pereira et al (2014).*

Tabela 6. *Dados qualitativos da percepção dos participantes antes e após as intervenções de acupuntura e reiki em profissionais de saúde de oncologia.*

Índice de ilustrações

Figura 1. *Palavras chave utilizadas na pesquisa de artigos.*

Figura 2. *Processo de seleção de estudos adaptando o Diagrama PRISMA (Disponível em: <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf>).*

Introdução

Todos os dias, os profissionais de saúde da área da oncologia interagem direta e indiretamente com centenas de pessoas, pois avaliam e diagnosticam patologias, elaboram e administram estratégias de tratamento individualizadas e ainda apoiam e acompanham os doentes e as suas famílias durante todo o processo de luta contra o cancro (DGS, 2018). A exposição contínua dos profissionais de oncologia a dilemas éticos, sofrimento do doente com cancro e sua família, informação de más notícias, sobrecarga de trabalho, conflitos interpessoais, falta de reconhecimento profissional ou baixas remunerações, pode levá-los ao *burnout* (Copur, 2019).

A razão que justificou a realização do presente trabalho no âmbito da conclusão do Mestrado de Gestão de Recursos Humanos foi o facto de enquanto profissional de saúde da área de Radioterapia vivenciar o quão difícil é gerir emoções durante a prestação de cuidados de saúde a doentes oncológicos e de conviver com colegas exaustos e desmotivados devido a questões laborais.

O objetivo desta revisão sistemática de literatura consiste em responder à questão de investigação de “como é que o *burnout* afeta os profissionais de saúde de oncologia portugueses?” através da análise de conteúdo de 13 artigos seleccionados. Pretende-se uma melhor compreensão da problemática, visando que os seus resultados constituam um referencial para perspetivar eventuais estratégias preventivas e remediativas do *burnout*, o que poderá promover a qualidade de vida dos profissionais de oncologia, melhorar os cuidados prestados aos doentes e como última consequência, incrementar o funcionamento dos serviços de saúde oncológica.

Quanto à estruturação do trabalho, no primeiro capítulo é apresentado o estado da arte com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo. Este capítulo está organizado da seguinte forma: operacionalização do conceito de *burnout* (ponto 1.1), caracterização dos antecedentes e causas desta síndrome (ponto 1.2) e das consequências inerentes (ponto 1.3), identificação de possibilidades de prevenção e tratamento mais comuns (ponto 1.4), e por fim, a forma de como é perspetivada esta patologia no contexto legal português (ponto 1.5).

No segundo capítulo são mencionados os procedimentos metodológicos que estiveram subjacentes à identificação do conjunto de artigos, fundamentando as opções tomadas, com o objectivo de servir de linha condutora de todo o processo de investigação.

No terceiro capítulo é efetuada a análise e discussão dos dados, dividindo-se em cinco partes: no ponto 3.1, numa lógica de preâmbulo, é retratado o contexto laboral dos profissionais de saúde de oncologia portugueses; no ponto 3.2 são referidas prevalências de *burnout* nas amostras dos participantes dos estudos; no ponto 3.3. são enumerados os principais fatores influenciadores do surgimento do *burnout*; no ponto 3.4. são referidos tipos de tratamento preconizados para o *burnout*; e no ponto 3.5 são propostas medidas preventivas do *burnout* que podem ser aplicadas a este tipo de profissionais.

O último capítulo tem o objetivo de discutir as principais conclusões retiradas da análise dos artigos escolhidos, realçando a informação de maior importância e enumerando *gaps* e tendências do tema em questão e recomendações para estudos futuros.

CAPÍTULO I. Enquadramento teórico

Consiste na análise da literatura subjacente ao referencial teórico sobre o *burnout*. Divide-se em cinco subcapítulos que visam operacionalizar o conceito (ponto 1.1), enumerar antecedentes e causas (ponto 1.2), referir as principais consequências (ponto 1.3), os tipos de tratamento e prevenção mais comuns (ponto 1.4) e o seu enquadramento legal em Portugal (ponto 1.5). Por fim, este capítulo culmina com uma síntese integrativa destinada a funcionar como referencial para a realização da RSL.

1.1. Operacionalização do conceito de *burnout*

O conceito de *burnout* (ou *stress* profissional), traduzido por “queimar até à exaustão”, foi proposto em 1974, pelo professor e psicanalista Herbert Freudenberger, que o definiu como um estado de exaustão ou frustração resultante da dedicação a uma causa, modo de vida ou relação que não teve o resultado esperado (Freudenberger, 1979). Apesar da existência de vários referenciais teóricos, no contexto da psicologia o referencial mais utilizado é o de Maslach e Jackson (1981). Segundo estes autores, o *burnout* é uma síndrome multifatorial constituída por exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e reduzida realização pessoal no trabalho (RP). A EE é a primeira dimensão do *burnout* a desenvolver-se, na qual os trabalhadores não se concentram no seu trabalho e não assumem a responsabilidade de ajudar os seus colegas devido a sentimentos de frustração e *stress*, desencadeados pelas exigências profissionais. Essa exaustão pode levar à DP, como estratégia adaptativa ao *stress*, na qual os trabalhadores parecem emocionalmente distantes e têm atitudes negativas e insensíveis com quem trabalham. Quando os sintomas de DP persistem, os objetivos profissionais podem falhar, podendo contribuir para uma fraca RP (Mata *et al*, 2016; Tarcan *et al* 2017). Mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o *burnout* como uma "síndrome resultante de *stress* crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso" (Gallup, 2020).

Existem várias formas de medição do *burnout*, e no caso dos profissionais de oncologia pode recorrer-se, por exemplo, ao *Staff Burnout Scale for Health Professionals*, *Burnout Indicators*, *Emener-Luck Burnout Scale*, *Tedium Measure*, *Mattews Burnout Scale for Employees*, *Scale of Psychic Effects of Burnout*, *Scale of Predicting Variables of Burnout*, *Rome Burnout Inventory*, *Burnout Brief Questionnaire*, *Assessment Questions for Burnout Syndrome at Work* ou *Scale of the medical professional wear syndrome pertaining to the medical professional wear questionnaire* (Jiménez *et al*, 2014).

A escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI) foi aplicada em mais de 90% dos estudos empíricos sobre *burnout* realizados mundialmente (Schaufeli & Enzmann, 1998), definindo-se como uma escala de medição com poder preditivo de *burnout*, em que, valores altos em alguma das dimensões (EE, DP e RP) alertam para um possível estado de transição para a síndrome. Acerca do MBI, a sua primeira versão foi planeada para ser aplicada em pessoas que trabalhassem nos serviços humanos e nos cuidados de saúde; uma segunda versão foi criada para trabalhadores em ambientes educacionais (*MBI-Educators Survey*); a terceira e última versão (*MBI-General Survey*) pode ser usada em qualquer tipo de trabalhador,

independentemente da sua profissão. O MBI é uma escala de autoavaliação de tipo *Likert*, de 22 afirmações, em que o indivíduo avalia entre 0 (“Nunca”) a 6 (“Todos os dias”), um conjunto de sentimentos expressos em frases, com uma estrutura trifatorial, de três subescalas (EE, DP e RP), que podem indicar três níveis de *burnout*: baixo, moderado e elevado (Tabela 1). É possível denotar que o *burnout* elevado tem pontuações elevadas nas subescalas de EE e DP e baixa pontuação de RP; um nível médio de *burnout* tem pontuações médias nas três subescalas; e um baixo nível de *burnout* tem pontuações baixas nas subescalas de EE e DP e pontuação elevada em RP (Maslach *et al*, 2001).

Tabela 1. Níveis de *burnout* da escala MBI e as respectivas subescalas (Maslach *et al*, 2001).

Níveis	Baixo	Médio	Elevado
Subescalas			
EE	≤ 18	19 – 26	≥ 27
DP	≤ 5	6 – 9	≥ 10
RP	≥ 40	39 – 34	≤ 33

O antónimo da conceção de *burnout* é o engajamento no trabalho (traduzido de “*work engagement*”), definido pelo positivismo que os trabalhadores vivenciam, e determinado pelo seu vigor, dedicação e absorção (Iliffe & Manthorpe, 2019). Nas organizações, o engajamento é a conjugação da satisfação no trabalho, o compromisso organizacional e o comportamento extra-organizacional (esforço discricionário que vai além das funções descritas) (Schaufeli, 2013). Segundo Pfeffer (2018), o engajamento no trabalho é afetado pelo grau de autonomia que os funcionários têm para determinar o que fazem e como fazem. Um baixo poder de autonomia e influência no próprio local de trabalho está associado a uma maior prevalência de doenças físicas (ex.: problemas cardíacos e diabetes tipo 2) e mentais (ex: depressão e *burnout*) dos trabalhadores. Também o suporte social é considerado um fator que afeta o engajamento no trabalho. O mau ambiente no local de trabalho cria muitas vezes dificuldades em estabelecer relações e criar um espírito de equipa entre colegas, sendo isto muitas vezes consequência da competição criada para o cumprimento de objetivos. Entre o extremo positivo resultante do estado positivo de engajamento no trabalho e o extremo negativo resultante da situação de *burnout*, os trabalhadores podem estar somente exaustos (elevada EE), desapegados (elevada DP) ou ineficazes (RP diminuída).

Quando as pessoas sofrem durante um longo período de tempo de *burnout*, este pode progredir reversivelmente para a alienação, isto é, o afastamento do trabalhador de si próprio ou de outrem, sentindo-se isolado e sem poder. A alienação corrói o comprometimento com o trabalho, provoca comportamentos contraproducentes (ex.: absentismo) e induz danos pessoais (ex.: viciação em álcool). A inalienação é promovida através da criação de objetivos em equipa, crença nos líderes, incentivo da cordialidade, recompensação justa e visualização de um futuro sustentável. Assim, a alienação pode ser então a consequência da insatisfação no trabalho que progride para o *burnout* (Ilfie & Manthorpe, 2019).

O *burnout* é recorrentemente confundido com o *stress*, sendo, porém, conceitos diferentes. Recorda-se assim que o termo *stress* define-se pelo processo de transação entre a pessoa e o meio, os estímulos ou desafios inerentes à vida (fatores de *stress*). Nessa relação o que vai mediar o desfecho são as características individuais, nomeadamente a personalidade, a inteligência, o tipo de avaliação cognitiva, as emoções, os comportamentos e os recursos relacionais. Para cada pessoa há um nível ótimo de estímulos (*eustress*), que influencia positivamente a pessoa. Se estes se mantiverem demasiado tempo e superarem a capacidade de adaptação da pessoa, passam a ter um impacto negativo e denominam-se de *distress* (Frasquilho, 2005).

A prevalência do *burnout* em profissionais de oncologia não tem um número fixo. Numa perspectiva mundial, reunindo alguns exemplos, 56% dos 1000 profissionais de oncologia americanos que Whippen & Canellos (1991) entrevistaram aleatoriamente relataram sofrer da síndrome; no caso de Grunfeld *et al* (2000), as prevalências de EE foram significativamente maiores nos médicos (53%) comparativamente com as restantes classes de profissionais de oncologia (37%) ($p \leq 0,003$), tendo como base os testemunhos de 1016 profissionais canadianos; quanto aos 923 profissionais de oncologia testados por Eelen *et al* (2014) na Flandres, 51% sofriam de elevada EE, 32% de elevada RP e 7% de baixa RP.

Em Portugal, a prevalência de *burnout* em profissionais de oncologia não é medida nem em termos globais, nem regularmente. Sabe-se que, num estudo piloto a 20 enfermeiros que trabalhavam num serviço de administração de quimioterapia de um instituto oncológico português, 65% destes apresentavam valores médios e elevados de *burnout* (Rebelo & Nunes, 2011); e que numa amostra de 46 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) das unidades oncológicas em ambulatório no Hospital de São João, Hospital Geral Santo António, Hospital de Beja e de Faro, 63% apresentou valores elevados na dimensão EE, 15% na dimensão DP e 48% na dimensão RP (Cumbe & Esteves, 2010).

Em suma, o trabalhador para ultrapassar o desfasamento entre os recursos que detém e as expectativas impostas, tende a aumentar o seu investimento até à sobrecarga física e psíquica, podendo surgir o *burnout*. À medida que se apercebe que os seus esforços não são suficientes, acaba por desistir, provocando um distanciamento emocional daquilo que o rodeia e, num momento posterior, desenvolver atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho.

1.2. Antecedentes e causas do *burnout*.

Com foco nos profissionais de saúde, os antecedentes de *burnout* podem ser de natureza individual ou natureza organizacional. Os primeiros incluem as características do trabalhador, nomeadamente o sexo, o estado civil, ter ou não filhos e o tipo de personalidade. Apesar de não existir uma relação direta entre as variáveis sociodemográficas mencionadas e o *burnout*, existe uma maior probabilidade do surgimento desta síndrome em mulheres jovens que trabalhem muitas horas e tenham conflitos pessoais e no trabalho. Alguns dos fatores antecedentes que também podem estar subjacentes ao *burnout*, sobretudo de índole organizacional, são a hierarquia, a sobrecarga de trabalho, a remuneração inadequada, a falta de progressão na carreira, as políticas e atos burocráticos excessivos, a avaliação do desempenho baseada apenas em aspetos quantitativos, a má organização, as rotinas de trabalho, a “sensação de controlo” do funcionário, a inexistência de grupos de apoio ou grupos de trabalho coesos, etc. (Mata *et al*, 2016). Realça-se que aspetos externos à organização também podem afetar os profissionais de saúde, como por exemplo, a situação económica do país (Gomes *et al*, 2008).

Na relação do profissional de saúde com ele próprio, a motivação intrínseca de cada trabalhador é considerada como um antecedente. No caso dos profissionais de saúde, a sua satisfação/motivação profissional define-se pela autonomia, suporte social e cuidados ao doente. Os dois primeiros conceitos estão diretamente relacionados com o envolvimento no trabalho, que sendo negativo, pode levar ao *burnout*. O terceiro termo define-se pela boa relação criada entre os doentes e o prestador de cuidados, associado a um sentimento de “valer a pena”, *feedback* positivo e prazer em ver as pessoas melhorarem o seu estado de saúde (Iliffe & Manthorpe, 2019). Quanto à relação entre o trabalho e a família/amigos, esta prende-se com o pressuposto de que estas dimensões tendem a funcionar de um modo “circular” e recíproco, pois os problemas laborais podem repercutir-se nas relações

familiares/de amizade e vice-versa (Gomes *et al*, 2008). No que diz respeito à relação pessoa-trabalho foram identificadas seis áreas chave de incompatibilidade, responsáveis pelo *burnout*:

- o excesso de carga de trabalho/ acumulação de empregos, que obriga o trabalhador a exceder o seu limite pessoal, sentindo que tem demasiado trabalho para fazer e não tem nem tempo nem recursos para executá-lo, aumentando em 2,2 vezes mais a probabilidade de sofrer de *burnout*;
- a falta de poder, quando os trabalhadores têm as suas decisões e opiniões condicionadas por superiores hierárquicos;
- as recompensas insuficientes e inapropriadas ao desempenho dos trabalhadores, criando uma sensação de falta de reconhecimento das suas tarefas;
- a desagregação do grupo de trabalho, quando se denota um ambiente de hostilidade, competição e conflito entre colegas;
- a percepção de injustiça, quando o trabalhador considera que não está a ser tratado com o devido respeito, o que inclui o preconceito, favoritismo e maus-tratos por um colega de trabalho a remuneração ou políticas corporativas aplicadas de maneira inconsistente; esta percepção pode aumentar em 2,3 vezes mais as chances do trabalhador sofrer de *burnout*;
- o conflito de valores entre aquilo que o trabalhador acredita que deve ser feito e aquilo que ele realmente deve fazer (Ayers *et al*, 2007; Gallup, 2020).

Segundo Wigert e Agrawal (2018), para além da ausência de justiça e do excesso de carga de trabalho, também pode causar o *burnout*:

- a falta de clareza de comunicação, pois os trabalhadores estão constantemente a descobrir o que é expectável e esperado deles, incluindo as suas responsabilidades e objetivos de *performance*;
- a falta apoio dos líderes, para aumentar a confiança dos trabalhadores durante a execução das suas tarefas, mesmo quando algo não corra bem, ouvindo as suas necessidades e encorajando-os a melhorar;
- a exagerada pressão de tempo imposta, muitas vezes, por pessoas que desconhecem o tempo necessário para uma prestação do serviço com a qualidade necessária.

Tendo em conta os antecedentes e causas referidos, verifica-se que o *burnout* não é um evento repentino, podendo então considerar-se como um processo em que são inerentes as seguintes fases:

1. Fase de lua-de-mel/idealismo: no início da atividade, o trabalho é considerado exigente, mas apaixonante. Há muitas expectativas de sucesso e as vicissitudes são tidas como superáveis. O profissional é muito dedicado e tem elevada produtividade e cooperação interpessoal. Além disso, as atitudes quanto às tarefas, aos colegas, aos doentes e à organização são positivas e construtivas, ou seja, ocorre a fase positiva de *eustress*.
2. Fase de despertar/ insatisfação: perante o somatório de altas expectativas não satisfatoriamente respondidas, surge a desilusão, a insatisfação e o ressentimento. O trabalho parece menos estimulante, os colegas e organização menos perfeitos, e os doentes menos merecedores de dedicação. O profissional dedica-se ainda mais às suas tarefas esperando o justo reconhecimento. Como este tarda, tornam-se patentes a fadiga física e mental, o tédio, o pessimismo, a desmotivação e um leque variado de sintomas físicos inespecíficos. Instalam-se clivagens na equipa de trabalho.
3. Fase do chamuscado/ *brownout*/ alheamento: o entusiasmo inicial e a persistência secundária dão lugar à fadiga crónica. Um conjunto de sintomas físicos, emocionais e relacionais dificultam a realização do trabalho. A produtividade resente-se e os erros avolumam-se. Apenas o esforço racional ativo possibilita a concretização das tarefas laborais, contrariando a perceção individual de incapacidade. Surge o isolamento, a fuga a contactos interprofissionais, a irritabilidade, o criticismo fácil, o conflito e também a vulnerabilidade a doenças somáticas. São comuns comportamentos de “fuga”, como por exemplo, o consumo de tabaco e álcool ou compulsão por compras. A frustração dá lugar à zanga e projeta-se toda a culpa pelas dificuldades nos outros colegas, recusando negociações.
4. Fase de calcinação/*burnout*: a característica dominante é o desespero. O profissional tem uma sensação de falha global naquele trabalho que é emocionalmente devastador, surgindo sentimentos de vazio, de que nada poderá ser feito para alterar a situação e de que ninguém poderá ajudar. Há um corte por exaustão que se caracteriza pelo evitamento de tudo e de todos os que se

relacionam com a profissão, pelo “não querer saber” ou “tanto dá”, pelo pessimismo, absentismo, improdutividade e caos (Frasquilho, 2005).

Em suma, devido às modificações sociais, económicas e tecnológicas, cada vez mais os trabalhadores são forçados a adaptarem-se às novas exigências de uma economia globalizada e competitiva, algo que acentua os riscos psicossociais (Eurofound & EU-OSHA, 2014).

1.3. Consequências do *burnout*.

Os profissionais de saúde da área da oncologia requerem especial atenção uma vez que, inevitavelmente, ao identificarem-se e empatizarem com os doentes, revêem-se nessa mesma realidade, pensando na sua própria perda de saúde e daqueles que os rodeiam (Gómez-Urquiza *et al*, 2016). Numa perspetiva de profissional-doente, o profissional de saúde não deve centrar-se só no corpo e na doença da pessoa, mas também nos seus conflitos, dilemas, interação com a família e sociedade e a cultura em que esta está inserida. A falha da empatia suscita a desconsideração pela pessoa, que fica reduzida a um mero número ou à sua própria doença, observada à distância e sem possibilidade de contacto (Simões, 2016).

Os profissionais de saúde que indicam sofrer de *burnout* podem prestar serviços aquém do pretendido e até podem praticar inconformidades, apesar dos doentes não o denotarem. Uma das explicações é o facto do *burnout* ser mais prejudicial para o próprio profissional do que para os doentes. Além de erros objetivos nos cuidados, o *stress* e o desgaste podem diminuir a compaixão no cuidador e deteriorar o relacionamento com os pacientes. Portanto, não é de surpreender que o *burnout* tenha sido associado à diminuição da satisfação do paciente, atendimento subótimo ao paciente autorreferido e maior tempo de recuperação relatado pelo próprio, evidenciando assim algumas das razões que justificam a importância da identificação da incidência do *burnout* em profissionais da área da oncologia (Iliffe & Manthorpe, 2019).

As consequências potencialmente negativas podem repercutir-se ao nível físico, psicológico ou comportamental do indivíduo. Ao nível físico é possível a ocorrência de uma grande variedade de sinais ou sintomas, como por exemplo, dores de cabeça, ranger de dentes e dores nos maxilares, dores nos ombros, pescoço e dorso, ganho ou perda de peso, indigestão, náuseas, úlcera péptica, impotência, diarreia ou obstipação, falta de ar, palpitações cardíacas e aumento da tensão arterial. Ao nível psicológico pode ocorrer ansiedade,

depressão e insônia. Também pode ser afetado o comportamento dos indivíduos, originando uma outra variedade de sinais ou sintomas, como por exemplo tiques nervosos, falar rapidamente e ir apressado para todo o lado, incapacidade de relaxar, chorar, fadiga crônica, indecisão, perda de eficiência no trabalho, negligência, gastar em demasia, fumar e beber em excesso. Os sintomas organizacionais são, por exemplo, o absentismo, a grande rotação laboral, as relações industriais difíceis e o controle da qualidade deficitário, que podem provocar doenças na organização, como greves prolongadas, acidentes frequentes e graves ou desempenho fraco crônico. Falta ainda referir que o *burnout* aumenta exponencialmente a probabilidade de erros médicos causados em doentes (Hespanhol, 2005).

Quanto aos custos económicos, o *burnout* afeta negativamente o próprio trabalhador, devido à perda de salário e gastos adicionais com consultas e tratamentos médicos; o empregador que suporta os custos do absentismo por doença, a reforma antecipada, a substituição de trabalhadores e a redução da produtividade; a sociedade que suporta os custos com a saúde e o impacto económico da diminuição da produtividade. Um estudo recente da Gallup com cerca de 7.500 funcionários a tempo inteiro constatou que 23% dos funcionários relataram sentir-se esgotados no trabalho com frequência ou sempre, enquanto outros 44% relataram sentir-se esgotados às vezes. Isso significa que cerca de dois terços dos trabalhadores a tempo inteiro sofriam de desgaste no trabalho. Para a organização existiu um elevado custo, pois os funcionários esgotados têm 63% mais chances de passar um dia doente e 2,6 vezes mais chances de procurar ativamente um emprego diferente. E mesmo que fiquem na instituição, normalmente têm 13% menos confiança no desempenho e têm metade da probabilidade de discutir como abordar as metas de desempenho com o líder (Wigert, B. & Agrawal, 2018).

Caso o *burnout* não seja devidamente intervencionado, este pode associar-se a um forte desgaste físico e emocional. Contudo, apesar de todas estas consequências negativas, o *burnout* pode ser prevenido e tratado, através dos métodos descritos no próximo subcapítulo.

1.4. Prevenção e tratamento do *burnout*.

As intervenções para prevenir ou tratar o *burnout*, têm tido sucesso variável, podendo ser agrupadas em três estratégias gerais. A primeira tenta reduzir novos casos de *burnout*, eliminando ou modificando fatores de *stress* no local de trabalho. Na prática, a maioria das estratégias de prevenção e tratamento de *burnout* pressupõe que a sua fonte seja o funcionário

individual, e não um ambiente de trabalho disfuncional. Isso levou à segunda estratégia, que motiva as pessoas a lidarem de forma mais eficaz com situações de *stress* no trabalho, através de atividades de autoconsciência e do aumento da resiliência e envolvimento com o seu trabalho. Esses tipos de intervenções podem funcionar porque, de acordo com Maslach *et al.* (2001), as pessoas podem tolerar uma carga de trabalho maior se valorizarem o trabalho e se sentirem que estão a fazer algo importante, ou se se sentirem bem recompensadas pelos seus esforços. No entanto, a diversidade de cenários de trabalho e de fatores causadores de *stress* significa que a aplicação dessas novas habilidades possa ser um desafio. A terceira estratégia é tratar aqueles que já sofrem de *burnout*, através de psicoterapia ou até mesmo medicação. É de realçar que pode ser mais fácil e mais barato direcionar as intervenções para os indivíduos do que para os sistemas de saúde (Iserson, 2018).

A estratégia holística de tratamento do *burnout* centra-se nos cinco elementos de bem estar dos trabalhadores, todos inter-relacionados e interdependentes, sendo estes, o físico (o indivíduo ter saúde e energia suficiente para realizar tarefas diariamente), o social (ter relacionamentos de apoio), a comunidade (gostar de onde mora e sentir-se seguro), o profissional (gostar do que faz todos os dias e sentir motivação de atingir objetivos) e o financeiro (conseguir gerir de forma correta os seus rendimentos) (Gallup, 2020).

Uma das hipóteses para a redução da incidência do *burnout* em profissionais de saúde é a mudança das características do trabalho, através do “*job crafting*”, ou seja, a alteração dos objetivos, das relações ou dos limites das tarefas cognitivas do colaborador, para equilibrar as exigências e os recursos com as suas necessidades pessoais, encorajando-os a estarem conscientes de como agir, interagir e pensar o trabalho; da promoção de boas relações profissionais; e do equilíbrio da prática clínica com investigação e ensino. Também podem ser implementadas estratégias de *coping* focadas no problema (tentativa de responder diretamente à situação de *stress*), na emoção (tentativa de alterar a resposta emocional a eventos de *stress*) e de recusa (evitar enfrentar situações de *stress*); é de realçar que se verifica uma correlação positiva entre o *coping* focado nas emoções e elevados valores de EE e DP, e baixos valores de RP. O exercício físico, a alimentação saudável, o descanso, o humor, a espiritualidade e até a otimização seletiva com compensação que inclui a melhoria da distribuição de recursos individuais, manutenção e potenciação de rendimentos perante desafios e adaptação à perda de recurso, também são considerados como hipóteses viáveis para o decréscimo da incidência da síndrome (Demerouti, 2015).

Para a prevenção do *burnout*, na fase de contratação deve ser dada uma visão sensata da realidade laboral e das suas tarefas; as funções atribuídas devem ter em conta as capacidades e talentos de cada trabalhador; o colaborador deve ser bem integrado na instituição; o engajamento no trabalho deve ser promovido; o *feedback* significativo e contínuo deve ser dado com base em métricas de desempenho, para motivar os trabalhadores no cumprimento de suas responsabilidades profissionais; o desenvolvimento do trabalhador deve focar-se nos seus pontos fortes; os trabalhadores devem ser devidamente reconhecidos e recompensados pelo seu desempenho (Gallup, 2020).

Em suma, as estratégias descritas reduzem o *stress* e aumentam a qualidade de vida do trabalhador, diminuindo assim o risco de *burnout*, resultante de um longo processo de exposição do indivíduo ao *stress* no trabalho.

1.5. Enquadramento legal do *burnout*.

O *burnout* por ser uma patologia associada ao contexto laboral requer a existência de legislação. O enquadramento legal desta síndrome merece especial atenção uma vez que as leis estão em constante atualização, acompanhando os estudos desenvolvidos pela comunidade científica.

A partir do dia 1 de janeiro de 2022, o *burnout* entrará na classificação internacional de doenças da OMS na secção destinada aos “problemas associados” ao emprego e desemprego, descrito como “uma síndrome resultante de ‘stress’ crónico no trabalho que não foi gerido com êxito” (SNS, 2019).

Em relação a Portugal, apesar da legislação não referir o conceito de *burnout*, no Código do Trabalho, Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro, é considerado um dever do empregador “prevenir riscos e doenças profissionais, tendo em conta a proteção da segurança e saúde do trabalhador, devendo indemnizá-lo dos prejuízos resultantes de acidentes de trabalho.” (Artigo 127º, número 1, alínea g). Em específico, no caso do “trabalhador noturno”, é referido que “(...) não deve prestar mais de oito horas de trabalho num período de vinte e quatro horas em que efetua trabalho noturno, em qualquer das seguintes atividades, que implicam riscos especiais ou tensão física ou mental significativa (...)” (Artigo 224º; número 4) e que o “(...) empregador deve avaliar os riscos inerentes à atividade do trabalhador, tendo presente, nomeadamente, a sua condição física e psíquica, antes do início da atividade e posteriormente, de seis em seis meses, bem como antes de alteração das condições de

trabalho.” (Artigo 225º, número 2). Quanto ao regime de teletrabalho, “O empregador deve respeitar a privacidade do trabalhador e os tempos de descanso e de repouso da família deste, bem como proporcionar-lhe boas condições de trabalho, tanto do ponto de vista físico como psíquico.” (Artigo 170º, número 1).

Os trabalhadores portugueses deveriam ter maior apoio em termos constitucionais, uma vez que, segundo um estudo realizado pela DECO PROTESTE em 2018, um terço dos trabalhadores está em risco de *burnout* e cerca de metade queixa-se da falta de apoio dos supervisores em situações de maior stress. Neste estudo, os profissionais com maior risco de desenvolver *burnout* eram os empregados de lojas e supermercados (43%), profissionais de saúde (não médicos, 39%) e trabalhadores de serviços administrativos (37%) ou em profissões ligadas ao ensino (28%). Cerca de um quinto dos inquiridos afirmou ter tomado medidas contra o *stress* nos últimos cinco anos, sendo que 78% tomou medicamentos.

Para sintetizar toda a informação apresentada no “Enquadramento Teórico”, foi elaborada a seguinte tabela:

Tabela 2. Síntese do enquadramento teórico.

Operacionalização do conceito de <i>burnout</i>	<p>- é uma síndrome multifatorial: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP) (Mata <i>et al</i>, 2016);</p> <p>- é antónimo de engajamento no trabalho (Schaufeli, 2013);</p> <p>- progride reversivelmente para a alienação (Iliffe & Manthorpe, 2019);</p> <p>- difere do conceito de <i>stress</i> (Frasquilho, 2005).</p> <p>- a prevalência do <i>burnout</i> não tem um número fixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 56% dos profissionais de oncologia americanos sofriam de <i>burnout</i> (Whippen & Canellos, 1991); • 53% médicos e 37% das restantes classes de profissionais de oncologia do Canadá tinham elevados valores de EE (Grunfeld <i>et al</i>, 2000); • de 923 profissionais de oncologia de Flandres, 51% sofriam de elevada EE, 32% de RP e 7% de pouca RP (Eelen <i>et al</i>, 2014). • 65% dos enfermeiros que trabalhavam num serviço de administração de quimioterapia de um instituto oncológico português apresentavam valores médios e elevados de <i>burnout</i> (Rebelo & Nunes, 2011); • dos 46 profissionais de saúde portugueses testados em quatro unidades oncológicas em ambulatório, 63% apresentou valores elevados de EE, 15% de DP e 48% de RP (Cumbe & Esteves, 2010).
Antecedentes e causas	<p>- podem ser de natureza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • individual, ou seja, as características do trabalhador, nomeadamente o sexo, o estado civil, ter ou não filhos e o tipo de personalidade; • organizacional, isto é, sobrecarga de trabalho, falta de poder, recompensas insuficientes e inapropriadas ao desempenho dos trabalhadores, desagregação do grupo de trabalho, perceção de injustiça, conflito de valores entre aquilo que o trabalhador acredita que deve ser feito e aquilo que ele realmente deve fazer, falta de clareza de comunicação, falta apoio dos líderes, exagerada pressão de tempo imposta (Ayers <i>et al</i>, 2007; Mata <i>et al</i>, 2016; Wigert & Agrawal, 2018). <p>- fases para o surgimento do <i>burnout</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lua de mel/idealismo; 2. despertar/insatisfação; 3. chamuscado/ <i>brownout</i>/alheamento; 4. calcinação/<i>burnout</i> (Frasquilho, 2005).

Consequências	<p>- repercutem-se a nível:</p> <ul style="list-style-type: none"> • físico, como por exemplo, dores de cabeça, ranger de dentes e dores nos maxilares, dores nos ombros, pescoço e dorso, ganho ou perda de peso, indigestão, náuseas, úlcera péptica, impotência, diarreia ou obstipação, falta de ar, palpitações cardíacas e aumento da tensão arterial; • psicológico, como por exemplo, ansiedade, depressão e insónia; • comportamental, como por exemplo, tiques nervosos, falar rapidamente e ir apressado para todo o lado, incapacidade de relaxar, chorar, fadiga crónica, indecisão, perda de eficiência no trabalho, negligência, gastar em demasia, fumar e beber em excesso (Hespanhol, 2005); <p>- acarretam custos económicos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o indivíduo (perda de salário e gastos adicionais com consultas e tratamentos médicos); • o empregador (custos do absentismo por doença, a reforma antecipada, a substituição de trabalhadores e a redução da produtividade); • a sociedade (custos com a saúde e o impacto económico da diminuição da produtividade) (Wigert, B. & Agrawal, 2018).
Prevenção e tratamento	<p>- existe a intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • primária (eliminar fatores de <i>stress</i> no local de trabalho); • secundária (motivar à autoconsciência e aumento da resiliência e envolvimento com o trabalho); • terciária (tratar o <i>burnout</i> através de psicoterapia ou medicação) (Iserson, 2018); <p>- a estratégia holística de tratamento do <i>burnout</i> centra-se nos cinco elementos de bem estar dos trabalhadores: físico, social, comunidade, profissional e financeiro (Gallup, 2020);</p> <p>- pode ser prevenido através da mudança das características do trabalho, superação de recursos reduzidos e gestão da ligação entre a família e o trabalho (Demerouti, 2015).</p>
Enquadramento legal	<p>- terá entrada na nova classificação internacional de doenças da OMS em 2022 (SNS, 2019);</p> <p>- a legislação portuguesa não considera o conceito de <i>burnout</i> (Código do Trabalho).</p>

CAPÍTULO II. Metodologia

Descreve todo o procedimento inerente à realização da presente revisão sistemática de literatura (RSL), com a finalidade de responder à questão de investigação “como é que o *burnout* afeta os profissionais de saúde de oncologia portugueses?”.

O método selecionado para dar conta das contribuições científicas mais recentes sobre o fenómeno do *burnout* entre profissionais de saúde da área de oncologia em Portugal, como já referido, foi a RSL. Este tipo de investigação identifica, avalia e sintetiza estudos publicados sobre um determinado tema, com o fim de estabelecer conclusões. Toda a pesquisa de artigos científicos é pormenorizadamente descrita, seguindo um protocolo, que garante a qualidade do método e que todo o processo possa ser avaliado ou repetido por outros investigadores (Oates *et al*, 2012). De acordo com Kitchenham (2004), uma RSL permite resumir conclusões sobre algo; identificar lacunas na pesquisa atual, a fim de sugerir investigação futura; e criar uma estrutura para novas atividades de pesquisa.

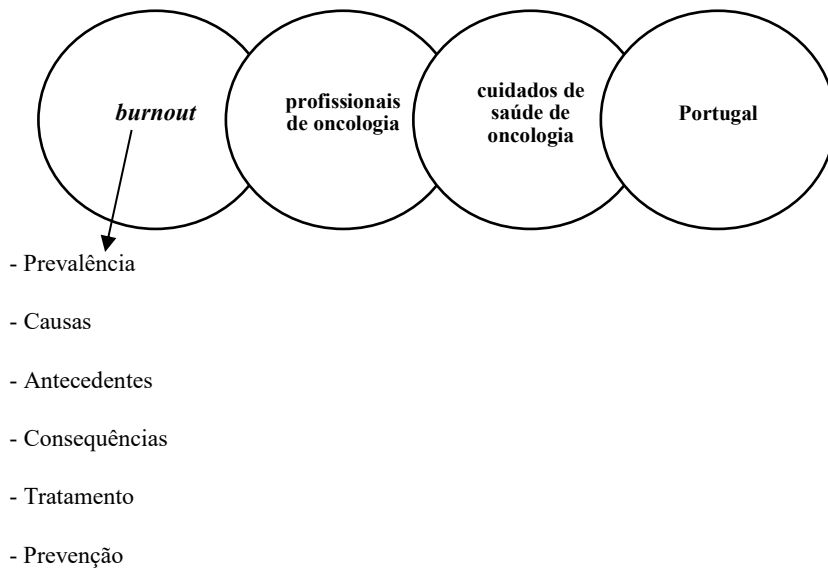
A RSL compreende então as seguintes etapas:

- Definir uma questão de investigação.
- Escolher uma estratégia de pesquisa (palavras/expressões chave e bases de dados).
- Pesquisar estudos primários.
- Decidir quais os artigos a incluir ou excluir, estabelecendo critérios de seleção.
- Avaliar a relevância dos estudos.
- Extrair e processar os dados de cada estudo.
- Sintetizar e analisar o conteúdo dos estudos.

Durante o processo de definição da questão de investigação, como ponto de partida do presente trabalho foi logo identificado o *burnout* como conceito central de toda a pesquisa. Relativamente à escolha do tipo de participantes da amostra, esta foi condicionada pelo número de artigos científicos existentes.

Em seguida, a escolha das palavras chave teve a intenção da ampliação das hipóteses de encontrar artigos relevantes para a resposta à questão de investigação, sendo estas, “*burnout*”, “profissionais de oncologia” (“*oncology professionals*”), “cuidados de saúde de oncologia” (“*oncology healthcare*”) e “Portugal”. Do conceito de *burnout* foram exploradas as suas “causas”, “antecedentes”, “consequências”, “prevenção”, “tratamento” e “prevalência” (Figura 1). As palavras chave também foram conjugadas entre si incluindo grafias alternativas (por exemplo, *Portugal-portugueses*) e pesquisas em português e inglês.

Figura 1. Palavras chave utilizadas na pesquisa de artigos.



Posteriormente, com as palavras chave escolhidas procedeu-se à pesquisa primária de artigos científicos, imparcial e cumpridora de rigorosos requisitos, uma vez que estes são fatores que determinam a validade da RSL. Recorreu-se às bases de dados disponibilizadas pela biblioteca da Universidade, a “*EBSCO Discovery Service*” e a “*PubMed*”, em que a primeira delas é abrangente a todas as áreas de investigação e a segunda é específica para a área da medicina.

A pesquisa de estudos primários com evidências diretas sobre a questão de investigação ocorreu durante o mês de novembro de 2019, sendo adicionados os seguintes filtros nas bases de dados: data de publicação do artigo (neste caso, 2014-2019), revisão por pares e disponibilidade do texto integral, resultando em 834 artigos da “*EBSCO Discovery Service*” e 103 da “*PubMed*”, perfazendo um total de 937 artigos.

Os critérios de inclusão e exclusão garantiram a interpretação de maneira confiável e a classificação dos estudos corretamente (Kitchenham, 2004). No presente trabalho apenas foram incluídos artigos:

- de revistas académicas;
- revistos por pares;
- publicados de 2014 até 2019;

- com grupos amostrais constituídos por profissionais de oncologia de qualquer idade ou categoria profissional, que trabalhassem em Portugal.

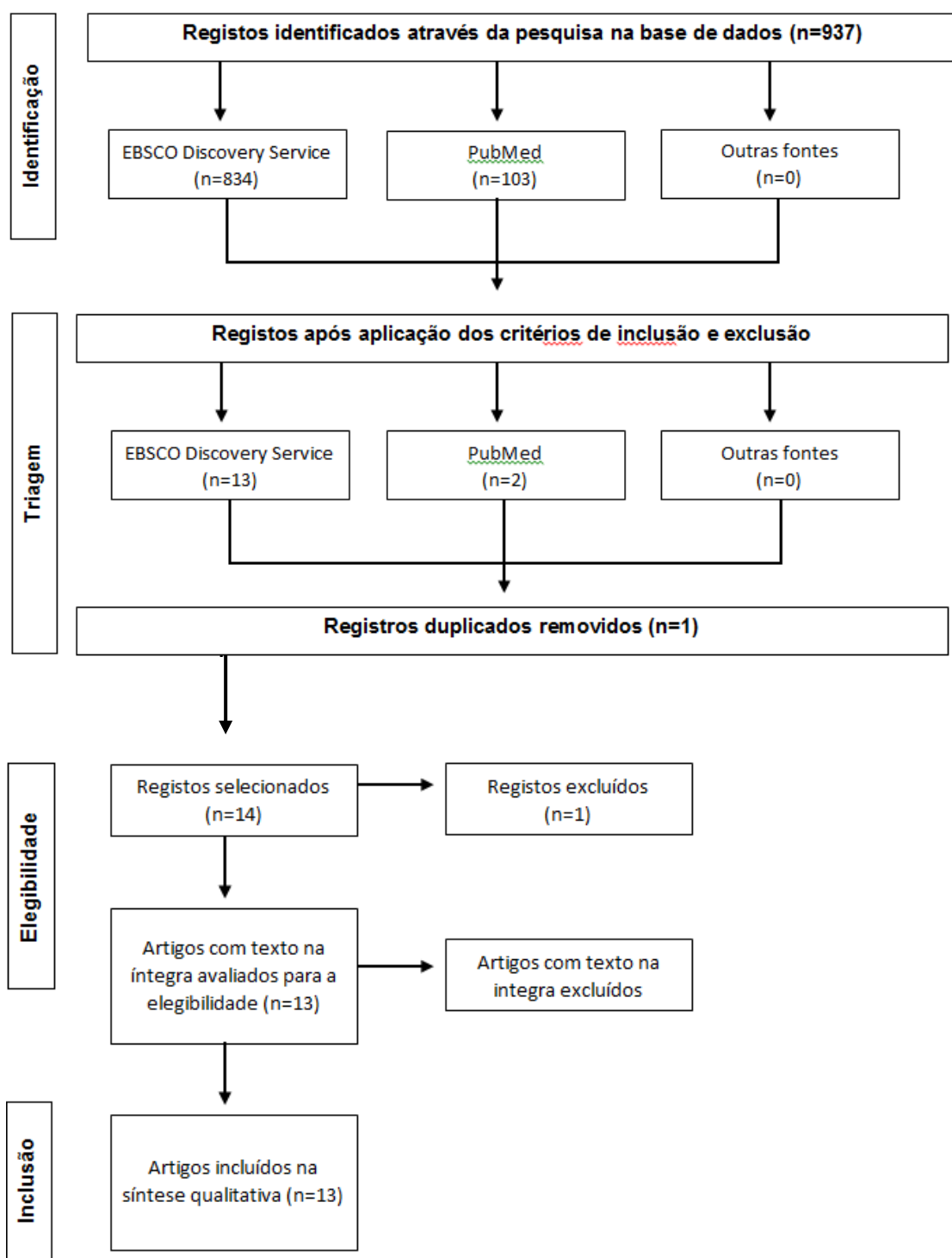
E foram excluídos porque:

- não abordavam o tema em questão;
- não eram escrito em português, inglês ou espanhol;
- o seu texto completo não estava disponível;
- eram artigos duplicados.

Desta forma restaram 13 artigos da “*EBSCO Discovery Service*” e dois da “*PubMed*”. Após uma análise mais detalhada dos artigos pré-selecionados, pôde-se verificar que, exceto o artigo duplicado e o artigo que não era elegível pela sua data (2013), todos eram relevantes para o tema em questão, reunindo então um total de 13 artigos. Todo o processo de pesquisa de artigos até agora descrito é apresentado no diagrama PRISMA (Figura 2).

Foi ainda elaborada uma atualização da pesquisa de artigos, revelando que, entre novembro de 2019 e julho de 2020 não foram publicados novos estudos sobre o tema em questão.

Figura 2. Processo de seleção de estudos adaptando o Diagrama PRISMA (Disponível em: <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf>).



Após escolhidos os artigos foram extraídos em cada estudo um conjunto de factos relevantes. Os dados foram aglomerados por categorias, com base na organização de informação do enquadramento teórico, todas referentes aos profissionais de saúde de

oncologia portuguesas: prevalência de *burnout*, fatores influenciadores do surgimento do *burnout*, prevenção e tratamento do *burnout*. Esta listagem dos artigos pelos temas que abordam serve como um guião para facilitar a análise mais detalhada da informação (Kitchenham, 2004; Cury, 2013).

A informação recolhida foi analisada através da técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin, define-se como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011, p. 42).

Para realizar a análise de conteúdo, primeiramente fez-se uma pré-análise da informação, tornando-a operacional com a sistematização das ideias preliminares, através da leitura flutuante dos artigos, da delimitação da informação a ser analisada, da formulação de objetivos e da elaboração de indicadores por meio de recortes de texto nos artigos. Esta etapa levou à elaboração da Tabela 3, onde são apresentadas as categorias e subcategorias que orientam a exploração do material. Por último realizou-se o tratamento, inferência e interpretação dos resultados, onde foi dada o devido ênfase à informação que auxiliasse na resposta à questão de investigação (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo é muito utilizada nas ciências humanas e sociais, principalmente para o tratamento de dados de pesquisas qualitativas (Minayo, 2000). Esta técnica tem uma dimensão descritiva que visa apresentar aquilo que é narrado pelos autores dos estudos e uma visão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência (Guerra, 2006).

Considera-se também que em cada etapa, a intuição do pesquisador, orientada pelos objetivos da pesquisa, produziu já uma forma de interpretação, uma vez que as suas decisões trazem as suas concepções pessoais sobre o objeto de análise (Cury, 2013).

Tabela 3. Indexação dos artigos selecionados às respectivas categorias e subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Artigos	
Prevalências de burnout nas amostras de profissionais de saúde de oncologia portugueses	Prevalência geral do burnout nos grupos amostrais	“Burnout and occupational stress in the medical residents of Oncology, Haematology and Radiotherapy: a prevalence and predictors study in Portugal” (Joaquim <i>et al</i> , 2018) “Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal” (Pereira <i>et al</i> , 2014)	
	Diferenças de valores de EE, DP e RP	“Burnout syndrome and coping strategies in Portuguese oncology health care providers” (Cumbe <i>et al</i> , 2017) “Personal determinants of nurses’ burnout in end of life care” (Gama <i>et al</i> , 2014) “Burnout and occupational stress in the medical residents of Oncology, Haematology and Radiotherapy: a prevalence and predictors study in Portugal” (Joaquim <i>et al</i> , 2018) “Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal” (Pereira <i>et al</i> , 2014)	
	Associação da prevalência do burnout com características sociodemográficas	“Ethical decisions in palliative care: interprofessional relations as a burnout protective factor?” (Hernández-Marrero <i>et al</i> , 2015) “Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal” (Pereira <i>et al</i> , 2014) “The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms” (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017a)	
	Fatores influenciadores do surgimento do burnout nos profissionais de saúde de oncologia portugueses	Tomada de decisões éticas	“Ethical decisions in palliative care: Interprofessional relations as a burnout protective factor?” (Hernández-Marrero <i>et al</i> , 2015)
		Experiência profissional	“Personal determinants of nurses’ burnout in end of life care” (Gama <i>et al</i> , 2014) “Burnout syndrome and coping strategies in Portuguese oncology health care providers” (Cumbe <i>et al</i> , 2017)
		Formação específica	“Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal” (Pereira <i>et al</i> , 2014)
Dimensão religiosa		“Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal” (Pereira <i>et al</i> , 2014)	

Conflitos com os colegas	“Personal determinants of nurses’ burnout in end of life care” (Gama <i>et al</i> , 2014)
Relacionamento interpessoal	“Personal determinants of nurses’ burnout in end of life care” (Gama <i>et al</i> , 2014)
Empatia com o doente	<p>“Relationships between nurses’ empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study” (Duarte <i>et al</i>, 2016)</p> <p>“The role of psychological factors in oncology nurses’ burnout and compassion fatigue symptoms” (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017a)</p> <p>“Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms” (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017b)</p>
Satisfação laboral	<p>“Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem de oncologia do Brasil e Portugal” (Bordignon <i>et al</i>, 2015)</p> <p>“Working with cancer: motivation and job satisfaction” (Dias <i>et al</i>, 2017)</p>
Prevenção e tratamento do burnout em profissionais de saúde de oncologia portugues	<p>“Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses’ burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study” (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016)</p> <p>“Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses” (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017c)</p> <p>“Acupuncture and Reiki as a Prevention Strategy of Burnout and Occupational Stress in Oncology” (Santos <i>et al</i>, 2018)</p>

Realça-se que os estudos de Pereira *et al* (2014) e Hernández-Marrero *et al* (2015) centram-se no *burnout* de profissionais que prestam serviço em cuidados paliativos. Estes estudos são incluídos na análise de conteúdo porque, em primeiro, de acordo com o Observatório Português de Cuidados Paliativos, 80% dos adultos que precisam deste tipo de cuidados têm cancro (OPCP, 2019), o que leva a crer que os cuidados paliativos são parte integrante da área da oncologia; e, em segundo, ambos os estudos se fundamentaram em literatura sobre oncologia.

CAPÍTULO III. Apresentação e discussão de resultados

Apesar de não ser uma exigência da RSL, o ponto 3.1 é uma síntese do contexto laboral dos profissionais da oncologia em Portugal, funcionando como preâmbulo caracterizador das suas especificidades funcionais e organizacionais passíveis de ajudar a compreender eventuais causas e manifestações do *burnout*.

Os pontos 3.2, 3.3 e 3.4 resultam da análise e interpretação da informação proporcionada pelos 13 artigos selecionados, sendo que, no ponto 3.2 é identificada a prevalência de *burnout* registada nos participantes dos estudos; no ponto 3.3 são enumerados fatores pessoais e organizacionais que influenciam o surgimento do *burnout*; e no ponto 3.4 são apresentados tipos de tratamento recentemente aplicados aos profissionais de oncologia portugueses.

Por fim, no ponto 3.5 são apresentadas possíveis medidas de prevenção do *burnout* em profissionais de oncologia, ao nível individual e organizacional. A criação deste conjunto de sugestões justifica-se pela sua contribuição para as práticas da gestão, particularmente no domínio da GRH, para promover a prevenção desta síndrome neste tipo de profissionais de saúde. A informação deste ponto não provém da análise de conteúdo dos 13 artigos selecionados, dado que estes não tratam este tema, apesar da sua relevância, como se pode verificar pelas fontes de informação que foram mobilizadas para sustentar o seu conteúdo.

3.1. Contexto laboral dos profissionais de saúde de oncologia em Portugal

Este ponto tem como único objetivo a contextualização dos dados sociodemográficos dos profissionais de oncologia portugueses e da organização de recursos hospitalares da área da oncologia, para uma melhor compreensão dos pontos 3.2, 3.3, 3.4 e 3.5.

Os serviços de oncologia são organizados segundo uma Rede de Referência Hospitalar (RRH) em Oncologia que permite uma adequada planificação das necessidades a prover, racionalizando a alocação dos recursos (SNS, 2016). A prestação de cuidados aos doentes oncológicos tem em conta a proximidade de cuidados e a diferenciação técnica. Todas as unidades ou serviços cumprem Protocolos de Diagnóstico e de Terapêutica que permitem a uniformização de procedimentos, a equidade e qualidade dos cuidados (DGS, 2002).

O bom funcionamento do sistema de prestação de cuidados oncológicos depende de pessoas com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (Gómez-Urquiza *et al*, 2016). A dimensão do corpo clínico é determinada pela quantidade de casos oncológicos que a instituição cuida (DGS, 2002). Porém, a relação do número de médicos oncologistas disponíveis com o número de casos de oncologia registados explicita uma disparidade na distribuição de recursos humanos ao longo do país: Norte (294 casos por médico), Centro (346 casos por médico) e Sul (422 casos por médico) (SNS, 2016).

No presente trabalho foram considerados todos os profissionais de saúde que lidam diretamente com doentes oncológicos, nomeadamente:

- os médicos, responsáveis por diagnosticar e tomar decisões terapêuticas;
- os enfermeiros, que prestam a assistência necessária ao paciente, como por exemplo, administrar injeções ou executar tratamento de feridas;
- os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT's), que aplicam técnicas de base científica para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da doença, designadamente as ciências biomédicas laboratoriais, a imagem médica e radioterapia, a fisiologia clínica e dos bio-sinais, a terapia e reabilitação, etc.;
- os assistentes operacionais, que dão apoio logístico às atividades diárias, incluindo mudanças de camas, orientação de refeições diárias, apoio ao pessoal de

enfermagem, distribuição de material e equipamento pelos serviços, etc. (IPOPorto, 2019).

Todos os profissionais de saúde têm diferentes funções, e todos são essenciais para o bom funcionamento das instituições de saúde. Os enfermeiros e os assistentes operacionais são os que têm um número mais representativo. Existem ainda outros profissionais de saúde que indiretamente contribuem para o sucesso da qualidade dos serviços de oncologia, como por exemplo, os psicólogos ou os secretários administrativos (IPOPorto, 2019; IPO Lisboa, 2019).

Por não existir um registo do número exato do total de profissionais que se dedicam ao cuidado dos doentes oncológicos a nível nacional, nem uma caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde portugueses da área da oncologia em específico, são apenas considerados os colaboradores dos três IPO's na apresentação dos dados sociodemográficos, uma vez que, no seu conjunto são detentores da prestação da maioria dos cuidados de saúde prestados a este tipo de doentes em Portugal (SNS, 2016), tal como comprovado no Anexo 1, referente ao ano de 2013. Assim, relativamente à sua caracterização sociodemográfica e de condições laborais dos profissionais de oncologia dos três IPO's, numa perspetiva geral:

- a média de idades situa-se nos 42,2 anos;
- em cada cinco profissionais de oncologia, quatro são mulheres;
- mais de 60% dos profissionais de oncologia tem licenciatura, mestrado ou doutoramento devido ao facto de o nível de tecnicidade para a prestação de cuidados de saúde de esta área clínica ser muito elevado;
- 40% dos colaboradores tem antiguidade inferior a 10 anos e 24% até cinco anos;
- 44% das saídas foram devido a rescisão do contrato, 28% a caducidade do contrato, 8% a aposentação e 6% a suspensão do contrato;
- dos 9% de absentismo, 37% foi causado por doença e 36% foi devido a razões ligadas à parentalidade;
- os horários rígidos (aqueles que se repartem por dois períodos diários, com horas de entrada e saída fixas, separadas por um intervalo de descanso) (54%) e por turnos (32%) são os mais praticados;

- as doenças causadas por questões laborais com mais participações foram a tendinite e a rinite;
- o grupo profissional com maior quantidade de trabalhadores estrangeiros é o dos enfermeiros, apesar de representar apenas 3% do seu total, provindo principalmente da Comunidade dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e da União Europeia;
- a taxa de emprego de trabalhadores com deficiência ou incapacidade é de 3%;
- a remuneração base, em média, é de 16.489 euros por ano, ou seja, cerca de 1.177 euros por mês mais subsídios (Natal e férias), sendo que, os profissionais do sexo feminino auferem menos 287,45 euros por mês do que os elementos do sexo masculino (IPOCoimbra, 2019; IPOLisboa, 2017; IPOLisboa, 2019; IPOPorto, 2019).

As características dos participantes dos 13 estudos selecionados encontram-se discriminadamente no Apêndice 1 e pode-se constatar que são semelhantes às referentes aos profissionais de oncologia dos três IPO's portugueses.

Assim, a descrição dos dados sociodemográficos e da organização dos serviços oncologia tem a função de contextualizar a situação laboral dos profissionais de oncologia portugueses, com o intuito de o leitor ter uma melhor perceção de quem é a população alvo do presente trabalho e das condições em que exercem a sua atividade.

Antes de passar à análise e interpretação dos resultados, é apresentada a Tabela 4, uma versão reduzida da análise de conteúdo dos 13 textos selecionados. O Apêndice 2 trata-se da versão expansiva desta mesma tabela.

Tabela 4. Operacionalização da categorização e excerto ilustrativos dos artigos incluídos na RSL (resumido).

Categoria	Subcategoria	Operacionalização	Excertos exemplificativos
Prevalências de burnout nas amostras de profissionais de saúde de oncologia portugueses	Prevalência geral do burnout nos grupos amostrais	A prevalência de burnout expressa o número de casos de burnout nos grupos amostrais constituídos por profissionais de saúde de oncologia, num determinado intervalo de tempo.	“In global, burnout prevalence was 45.2%. “ (Joaquim <i>et al</i> , 2018, p. 319) “A maioria (55%) dos participantes neste estudo apresentava um risco reduzido de burnout, 30% um risco moderado, 13% um risco elevado e, finalmente, somente 3% encontravam-se em burnout.” (Pereira <i>et al</i> , 2014, p. 59)
	Diferenças de valores de EE, DP e RP	As subescalas de EE, DP e RP indicam a presença ou ausência de burnout nos profissionais de saúde de oncologia (Pereira <i>et al</i> , 2014).	“From the various dimensions of the scale it is the depersonalization subscale that most differentiates our population of nurses, with statistically significant higher levels found in: younger nurses - age <27 years of age (t = 2.29, p < .022); gender e male (t = 2.25 p < .029); marital status e single and divorced (t = 4.63, p < .0001); less years practising as a nurse <4 years (t = 2.59, p < .01) and professional qualifications (t = 2.69, p < .008).” (Gama <i>et al</i> , 2014, p. 530)
	Associação da prevalência do burnout com características sociodemográficas	Algumas características sociodemográficas podem associar-se ao surgimento de burnout nos profissionais de oncologia.	“Results for nurses in particular also seem to suggest more burnout (specifically emotional exhaustion) in women.” (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017a, p. 118)
Fatores influenciadores do surgimento do burnout nos profissionais de saúde de oncologia portugueses	Tomada de decisões éticas	A tomada de decisões éticas resulta da necessidade de optar pelo tratamento ou cuidado paliativo que irá garantir o máximo de qualidade de vida do doente oncológico (Hernández-Marrero <i>et al</i> , 2016).	“This was explained by a set of protective factors related to the decision-making process followed by these teams when facing ethical dilemmas.” (Hernández-Marrero <i>et al</i> , 2016, p. 729).
	Experiência profissional	A experiência profissional corresponde ao número de anos que o profissional de	“Health care professionals with less work experience in Oncology show high levels of emotional exhaustion.” (Cumbe <i>et al</i> , 2017,

	saúde de oncologia desempenha a sua atividade laboral.	p.124)
Formação específica	Os planos de estudo e conteúdos programáticos de cursos relacionados com oncologia normalmente contemplam a temática do burnout e/ ou gestão emocional dos profissionais, conforme recomendações nacionais e internacionais neste domínio (Pereira <i>et al</i> , 2014).	“(…) é expectável que os profissionais com maior formação em cuidados paliativos estejam mais conscientes dos objetivos e finalidade do trabalho que realizam, pelo que a morte não será vista como uma derrota, mas sim parte integrante do trabalho realizado.” (Pereira <i>et al</i> , 2014, p.62)
Dimensão religiosa	Os participantes das amostras são divididos em dois grupos: os que professam alguma religião e os que não têm qualquer tipo de crença.	“Por um lado, a dimensão religiosa, que considerando os resultados encontrados parece funcionar como um fator protetor de burnout.” (Pereira <i>et al</i> , 2014, p.62)
Conflitos com os colegas	Os conflitos entre colegas surgem do antagonismo de ideias/escolhas.	“...the pressure of professional relations, particularly competition and rivalry, but also the lack of support from colleagues in difficult situations; the fear of showing “weakness” while sharing problems and concerns with colleagues.” (Gama <i>et al</i> , 2014, p.528)
Relacionamento interpessoal	O relacionamento interpessoal define-se pela ligação entre duas ou mais pessoas dentro de um determinado contexto, neste caso, são profissionais de oncologia portugueses em contexto laboral.	“While caring for the terminally ill may prove to be a terrifying experience for some nurses, for others it can result in an enriching experience that awakens to life, allows its analysis and the imagining of its end but also of its purpose and leads to the re-evaluation of meaningful relationships.” (Gama <i>et al</i> , 2014, p, 528 p.532)
Empatia com o doente	A empatia ativa-se ao observar ou imaginar o estado afetivo de outra pessoa, neste caso, o doente oncológico, que leva a	“This result suggests that having an ability to infer others' thoughts and feelings while understanding that they may differ from an individual's own may be protective for burnout

		desencadear uma resposta afetiva isomórfica (Duarte <i>et al</i> , 2016).	(...)"(Duarte & Pinto-Gouveia, 2017b, p.45)
	Satisfação laboral	A satisfação laboral é um construto complexo e multifatorial que inclui diferentes elementos relacionais, do ambiente e contexto organizacional do profissional de oncologia (Bordignon <i>et al</i> , 2015).	"For job satisfaction, doctors presented the highest mean scores; nurses showed higher scores than health technicians; and nurses and health and administrative technicians scored higher than operational assistants." (Dias <i>et al</i> , 2017, p. 666)
Prevenção e tratamento do burnout em profissionais de saúde de oncologia portugueses	-	A junção da medicina tradicional (conjunto de práticas de saúde utilizadas num determinado país) com a medicina alternativa (conjunto de práticas de saúde complementares aos tratamentos de saúde tradicionais) pode trazer benefícios aos profissionais de oncologia portugueses.	"The results of our study suggest that acupuncture and Reiki have potential to reduce the prevalence of burnout and occupational stress related to cancer care." (Santos <i>et al</i> , 2018, p.2 p.3) "Results suggested that the nurses who practiced more showed greater decreases in burnout and depression, and greater increases in self compassion when compared to the nurses' who practiced less." (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016, p.99 p.100 p.105)

3.2. Prevalência de *burnout* nas amostras de profissionais de saúde de oncologia portugueses.

Os valores da prevalência de *burnout* seguidamente apresentados foram obtidos através da aplicação do questionário MBI. Apesar de o MBI ser um inquérito psicológico introspectivo e a perceção do *burnout* ser subjetiva, isto é, ter um impacto diferente de indivíduo para indivíduo (Mendes *et al*, 2017), este é reconhecido como o instrumento mais fidedigno, válido e fácil de aplicar (Maslach *et al*, 2001).

Nos estudos de Joaquim *et al* (2018) e Pereira *et al* (2014), os valores referentes à prevalência de *burnout* em profissionais de oncologia portugueses foram muito diferentes. No primeiro estudo, 45% dos médicos residentes participantes sofriam de *burnout* principalmente por lidarem diariamente com doentes e devido ao excesso de trabalho (Joaquim *et al*, 2018). No caso dos 88 médicos e enfermeiros de unidades de cuidados paliativos estudados por Pereira *et al* (2014), 55% apresentavam um risco reduzido de *burnout*, 30% um risco moderado, 13% um risco elevado e somente 3% encontrava-se em *burnout* (Pereira *et al*, 2014).

Comparando estes valores da prevalência de *burnout* em profissionais de oncologia portugueses com os 71% da média europeia apresentada por Banerjee *et al* (2017) e com os 61% do estudo de Yust-Katz *et al* (2020) a um grupo de profissionais europeus de neuro-oncologia, verifica-se que, nos estudos de Joaquim *et al* (2018) e Pereira *et al* (2014), a prevalência de *burnout* em profissionais de oncologia foi muito baixa. Isto carece de investigação científica para identificar as razões que levaram os profissionais de oncologia portugueses a registarem valores de *burnout* inferiores aos dos outros países da Europa.

Quanto às subescalas de *burnout* (EE, DP e RP), a Tabela 5 reúne os resultados obtidos dos estudos de Cumbe *et al* (2017), Gama *et al* (2014) e Pereira *et al* (2014) através da análise de conteúdo. Realça-se que o estudo de Pereira *et al* (2014), apresenta as medianas de valores, o que condiciona o rigor de comparação com os outros dois estudos.

Tabela 5. Valores de *burnout* apresentados nos artigos de Cumbe *et al* (2017), Gama *et al* (2014) e Pereira *et al* (2014).

Artigo	Dimensões do <i>burnout</i>	Valores de <i>burnout</i>	Nível de <i>burnout</i>
Cumbe <i>et al</i> , 2017 (n=46), méd	EE	21	Médio
	DP	3	Baixo
	RP	37	Médio
Gama <i>et al</i> , 2014 (n=107), méd	EE	18	Baixo
	DP	6	Médio
	RP	36	Baixo
Pereira <i>et al</i> , 2014 (n=59), mdn	EE	18	Baixo
	DP	3	Baixo
	RP	38	Médio

Os valores de *burnout* do estudo de Cumbe *et al* (2017), de Gama *et al* (2014) e de Pereira *et al* (2014) são muito semelhantes em todas as subescalas (EE: 21 vs 18 vs 18; DP: 3 vs 6 vs 3; RP: 37 vs 36 vs 38, respetivamente), variando sempre de “baixo” a “médio”. Pereira *et al* (2014) justificaram estes valores baixos pelo facto de os profissionais de oncologia viverem num paradoxo que oscila entre sentimentos de tristeza e gratificação pelo trabalho realizado.

Comparando os valores médios de *burnout* apresentados na Tabela 5 com os da Bélgica (EE: 20- médio; DP: 7- médio; RP: 39- médio) (Bragard *et al*, 2012), Espanha (EE:22- médio; DP: 9- médio; RP: 35- médio), Itália (EE: 19- médio; DP: 4- baixo; RP: 39- médio) (Travado *et al*, 2005) e Reino Unido (EE: 23- médio; DP: 7- médio; RP: 37- médio) (Probst *et al*, 2012) devido à proximidade geográfica, depreende-se que estes são similares entre si. Porém, numa visão comparativa com a realidade europeia geral, segundo Banerjee *et al* (2017), os profissionais de oncologia europeus evidenciaram valores médios de *burnout* ligeiramente mais elevados do que os de Portugal (EE: 25- médio; DP: 10- elevado; RP: 35- médio).

Quanto à comparação dos valores da Tabela 5 com um estudo mais antigo de Travado *et al* (2005), os médicos oncologistas portugueses apresentaram valores médios de *burnout* idênticos de EE (20- médio), DP (4- baixo) e RP (40- baixo), concluindo-se então que não houve uma evolução positiva nem negativa da prevalência desta patologia.

No que concerne à prevalência de *burnout* segundo as características sociodemográficas dos profissionais de oncologia portugueses, embora não haja conhecimento científico suficiente para afirmar com toda a certeza que estas duas variáveis estejam associadas (Mendes *et al*, 2017), sabe-se que, nas amostras dos estudos sujeitos à análise de conteúdo:

- as mulheres foram mais suscetíveis a sofrer de *burnout* (♀ 71% vs ♂ 29%) (Hernández-Marrero *et al*, 2016; Pereira *et al*, 2014; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017a);
- os profissionais que apresentavam *burnout* tinham idade compreendida entre os 26 e 32 anos de idade e entre 4 a 12 anos de experiência profissional (Hernández-Marrero *et al*, 2016; Pereira *et al*, 2014);
- apesar de no estudo de Hernández-Marrero *et al* (2016) o casamento não influenciar a prevalência de *burnout*, Pereira *et al* (2014), constataram que esta síndrome era mais comum nos colaboradores casados (50%) comparativamente com os solteiros (29%) e os divorciados/viúvos/outro (21%);
- os profissionais de oncologia com filhos menores registaram menor prevalência de *burnout* em relação aos colaboradores sem filhos menores (57% vs 43%) (Pereira *et al*, 2014);
- os profissionais de enfermagem tiveram maior prevalência de *burnout* comparativamente com os médicos (médicos: 20% vs enfermeiros: 80%, Hernández-Marrero *et al*, 2016) (médicos: 0% vs enfermeiros: 100%, Pereira *et al*, 2014);
- os profissionais com maior nível de formação (com formação: 93% vs sem formação: 7%) e que possuíam formação específica na área (com formação específica: 93% vs sem formação específica: 7%) tiveram menor prevalência de *burnout* (Hernández-Marrero *et al*, 2016; Pereira *et al*, 2014);

- os profissionais de oncologia que trabalhavam cerca de 40h por semana tiveram maior prevalência de *burnout* (43%) comparativamente com os que trabalhavam 35h (14%) e 42h (7%) (Pereira *et al*, 2014);
- os profissionais de oncologia que trabalhavam por turnos também tiveram maior prevalência de *burnout* (79%) em comparação com que não trabalhavam (21%) (Pereira *et al*, 2014);

Segundo o estudo de Banerjee *et al* (2017), com base em profissionais de oncologia de toda a Europa, não existiu diferença significativa na prevalência desta patologia entre homens e mulheres, porém, não ter acesso a serviços de apoio psicológico, não ter um bom equilíbrio entre vida profissional e pessoal, morar sozinho, não ter um período de férias adequadas e a região geográfica onde eram exercidas funções associaram-se a uma prevalência mais elevada.

Para Murali *et al* (2018), a diferença entre as expectativas de carreira e a realidade e o profissional de oncologia americano viver sozinho também eram associados a maior prevalência de *burnout*. No caso de Ang *et al* (2016), as variáveis demográficas de profissionais de oncologia de Singapura como idade, nível de formação, sexo e anos de experiência mostraram-se significativamente associados à EE; idade, sexo, estado civil, posição no emprego, trabalho por turnos e experiência à DP; e idade, experiência, posição no emprego, trabalho por turnos e o estado civil à RP.

Em suma, não é possível generalizar as constatações obtidas a partir dos resultados dos artigos apresentados, uma vez que as amostras são pouco representativas e não existe nenhum estudo que meça a prevalência de *burnout* nos profissionais de oncologia a nível nacional. O facto de os profissionais de oncologia portugueses registarem valores de *burnout* inferiores aos dos outros países da Europa é merecedor de investigação científica. Uma associação mais exaustiva da prevalência do *burnout* com as características demográficas destes colaboradores poderia ser uma mais valia para a perceção de fatores que propiciem o surgimento desta patologia, algo que também ainda não foi estudado em Portugal (Dias *et al*, 2010).

3.3. Fatores influenciadores do surgimento do *burnout* em profissionais de saúde de oncologia portugueses.

A prestação de cuidados de saúde em oncologia é muito complexa, uma vez que os seus profissionais experenciam diariamente tratamentos prolongados e agressivos com efeitos colaterais para os doentes, realizam cirurgias mutilantes, lidam com sentimentos de dor, medo e desespero do doente oncológico e pessoas envolventes, e ainda defrontam a morte de pacientes que não resistem ao cancro (Gomes *et al*, 2013).

O trabalho em oncologia é tão exigente a nível emocional que, de acordo com Medland *et al* (2004), os enfermeiros não conseguem separar a sua vida pessoal da vida profissional, apenas continuando em exercício de funções pela gratificação de ajudar doentes oncológicos e pelo altruísmo vivenciado entre colegas de trabalho.

A rotina de um profissional de oncologia tem então vários fatores denotados como influenciadores do surgimento do *burnout*. Estes são classificados por serem de natureza pessoal (incluem as características pessoais e as características profissionais dos colaboradores) ou de natureza organizacional (incluem a clareza, o controlo, a inovação e o conforto físico dos colaboradores) (Loureiro *et al*, 2008; Murali *et al*, 2018).

Relativamente aos fatores de natureza pessoal, no que concerne às características pessoais dos profissionais de oncologia que influenciam o surgimento do *burnout*, Shanafelt *et al* (2014) constataram que num grupo amostral de profissionais dos Estados Unidos da América, ser mulher aumentava 65% o risco de vir a sofrer desta patologia; por cada ano de idade do colaborador o risco de surgimento reduzia aproximadamente 4%; o risco de surgimento aumentava entre 2% a 4% por cada hora adicional de trabalho por semana; a especialização em algum tipo de cancro aumentava o risco de surgimento em 40%; e ter filhos reduzia aproximadamente o risco de surgimento em 55%.

Além destas características, a personalidade do profissional de oncologia também pode influenciar o surgimento do *burnout*. Ter um forte senso de capacidade de controlar as coisas que acontecem na vida e no trabalho ajuda na proteção contra esta patologia; ser persistente e autodisciplinado aumenta a RP do indivíduo; e ter tendência em vivenciar emoções negativas e angustiantes aumenta a probabilidade de sofrer de EE (Ang *et al*, 2016).

Os fatores de natureza pessoal foram os únicos abordados nos 13 artigos seleccionados. Estes incluíram a tomada de decisões éticas (Hernández-Marrero *et al*, 2015), a experiência

profissional (Gama *et al*, 2014; Cumbe *et al*, 2017), o nível de formação (Pereira *et al*, 2014), a dimensão religiosa (Pereira *et al*, 2014), a predisposição de criar conflitos com os colegas (Gama *et al*, 2014), o estilo de relacionamento interpessoal (Gama *et al*, 2014), a empatia com o doente (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017a; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017b; Duarte *et al*, 2016) e a satisfação profissional (Bordignon *et al*, 2015; Dias *et al*, 2017).

A tomada de decisões éticas é um ponto de discórdia na literatura; Hernández-Marrero *et al* (2015) defendem que no caso dos profissionais de oncologia portugueses, este fator não está associado a elevados níveis de *burnout*, devido a um conjunto de princípios de proteção das equipas multidisciplinares relacionados com o processo de tomada de decisão quando estas enfrentam dilemas éticos. A colaboração interprofissional, as discussões interdisciplinares, os processos de deliberação e tomada de decisão nas equipas promovem um senso de decisão e propriedade compartilhadas. Como resultado, os profissionais sentem que o consenso é alcançado e, portanto, as melhores decisões são encontradas e executadas (Hernández-Marrero *et al*, 2015).

Quanto à experiência profissional, a falta de experiência associada à rotinização de procedimentos, sobrecarga de trabalho, obrigação de estar empaticamente disponível para os pacientes e famílias e a falta de tempo na prestação de cuidados, podem tornar os profissionais de saúde mais apreensivos, ansiosos e com medo de cometer erros (Gama *et al*, 2014). Os profissionais de oncologia portugueses que apresentam altos níveis de EE têm menos anos de experiência em oncologia e relatam maior quantidade de horas trabalhadas por semana, como consequência de más estratégias adaptativas para lidar com *stressores* relacionados ao trabalho. Assim, provavelmente a experiência de trabalho ajuda os profissionais de saúde a desenvolverem estratégias para lidarem melhor com o *stress* no trabalho e também pode mudar a perceção e as atitudes dos profissionais de saúde em relação ao seu trabalho. Por exemplo, à medida que a idade avança, os profissionais de saúde podem melhorar sua confiança nas tarefas de trabalho, o que reduz a sua vulnerabilidade a *stressores* relacionados ao trabalho (Cumbe *et al*, 2017).

Acredita-se que a formação específica torna os profissionais de oncologia mais conscientes dos objetivos e da finalidade do trabalho que realizam, passando a não ver a morte como uma derrota, mas sim como parte integrante da sua profissão. Deste modo, é meritório de atenção a inclusão de conceitos específicos da área de oncologia na formação de profissionais de saúde, contemplando a temática do *burnout* e/ou gestão emocional dos

profissionais, conforme recomendações nacionais e internacionais neste domínio (Pereira *et al*, 2014).

A dimensão religiosa pode funcionar como um fator protetor de *burnout*, que atribui ao trabalho uma vivência da profissão como uma vocação, convicção de que o trabalho realizado cumpre um propósito maior ou crença na existência de uma vida para além da morte. Considera-se que a dimensão religiosa e espiritual dos profissionais na área da oncologia deverá ser objeto de reflexões e estudos futuros, quer articulados com a problemática de *burnout*, quer enquanto fenómeno de estudo no âmbito dos cuidados médicos por si só, uma vez que não é sabido o seu verdadeiro impacto neste tipo de profissionais (Pereira *et al*, 2014);

Relativamente à predisposição de criar conflitos com os colegas, a concorrência e a rivalidade, a falta de apoio dos colegas em situações difíceis e o medo de mostrar "fraqueza" ao partilhar problemas e preocupações com os colegas são fatores que contribuem para o aparecimento do *burnout*. Este fator pode dever-se à discrepância de objetivos, podendo ser resolvida com a criação de redes de comunicação e articulação eficazes, quer no seio das equipas, quer com outras equipas (Gama *et al*, 2014).

O estilo de relacionamento interpessoal influencia a resposta ao *stress*, sendo que os profissionais de saúde que têm um estilo de interação seguro têm uma realização pessoal positiva com baixos níveis de EE e DP. Para alguns profissionais de saúde tratar de doentes terminais é uma experiência aterradora, devido ao confronto com doença ou com a morte, o não conseguir deixar de pensar no que vivenciou no trabalho ou em outras situações de carácter emocionalmente negativo; para outros, é uma experiência enriquecedora que os desperta para a vida e que permite a análise e imaginação do seu fim. A EE e a DP surgem em profissionais de saúde que apresentam mais atitudes de medo e de prevenção da morte (Gama *et al*, 2014).

A empatia com o doente é uma competência sócio-emocional complexa que é ativada ao observar ou imaginar o estado afetivo de outra pessoa, o que desencadeia uma resposta afetiva isomórfica (Duarte *et al*, 2016). Os indivíduos que se sentem melhor em ajudar os outros durante o trabalho são mais empáticos e esforçam-se mais para ver as situações na perspetiva do outro. Ao mesmo tempo, são menos perturbados por sentimentos negativos, comprovando assim a importância de certos níveis mínimos de empatia. Pelo contrário,

indivíduos mais propensos a experimentarem as consequências negativas associadas à prestação de cuidados são mais autocríticos, têm mais pensamentos negativos, sentem-se mais afastados dos outros quando estão em perigo e têm maior inflexibilidade psicológica. É então essencial regular a capacidade de criar empatia com os pacientes, para que a sua reação emocional não interfira no tratamento nem prejudique o seu bem-estar (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017a; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017b; Duarte *et al*, 2016).

A satisfação profissional está diretamente relacionada com o *burnout*, pois um profissional em *burnout* é um profissional insatisfeito com o seu trabalho. Este conceito remete para a reação afetiva face ao trabalho, resultante da comparação entre os resultados reais com aqueles que são pretendidos e merecidos, incorporando três atributos: autonomia, relacionamento interpessoal e cuidado ao paciente organizacional (Bordignon *et al*, 2015). Os profissionais de oncologia mais qualificados e que ocupam cargos superiores têm níveis de satisfação no trabalho significativamente mais elevados do que os seus colegas, sendo os médicos os mais satisfeitos e os assistentes os menos satisfeitos (Dias *et al*, 2017).

O facto de a literatura selecionada expor sobretudo fatores influenciadores do surgimento do *burnout* em profissionais de oncologia portugueses de natureza individual evidencia uma lacuna de informação sobre a influência dos fatores de natureza organizacional. Este é um ponto que deve ser estudado, uma vez que, segundo Bordignon *et al*, 2015, a insatisfação dos profissionais de oncologia portugueses que está diretamente ligada ao surgimento do *burnout* foca-se principalmente em questões organizacionais. Por ordem decrescente (os primeiros motivos foram os mais mencionados pelos participantes e os últimos obtiveram menor registo), os motivos de insatisfação laboral referenciados por estes profissionais foram:

- Sobrecarga de trabalho;
- Dificuldade na operacionalização do programa informático;
- Não preparação da quimioterapia intra-hospitalar;
- Falta de tempo para prestar assistência ao doente e à família;
- Dificuldades no trabalho em equipa;
- Desorganização médica;

- Desorganização do serviço e circuito do doente.

Para compensar os motivos de insatisfação laboral até agora mencionados, os profissionais de oncologia portugueses referiram que, também por ordem decrescente, os motivos que garantiam a sua de satisfação laboral, sendo por isso, protetores do surgimento do *burnout*, incluíam:

- A relação com a equipa de trabalho;
- O horário de trabalho (matutino);
- O relacionamento com os doentes;
- Ajudar doente e família;
- Proporcionar um fim de vida digno;
- A cura do paciente;
- A afinidade com os pacientes oncológicos (Bordignon *et al*, 2015).

Pode assim verificar-se que os profissionais de saúde de oncologia em Portugal encontram-se particularmente insatisfeitos com questões de funcionamento e organização hospitalar, contrabalançando positivamente essa insatisfação com as relações humanas que vivenciam em contexto laboral. A insatisfação destes profissionais é particularmente preocupante, uma vez que convivem diariamente com doentes que carecem de relações empáticas e de cuidados de saúde exigentes.

Segundo Maslach e Leiter (2000), o ambiente social e a estrutura organizacional no local de trabalho são os fatores mais relevantes para o surgimento do *burnout*, referindo que o *burnout* não é um problema das pessoas, mas sim dos locais onde trabalham. Para estes autores, quando o local de trabalho não reconhece o lado humano do trabalho ou exige esforços super-humanos, as pessoas sentem-se sobrecarregadas, frustradas e esgotadas. Para reforçar esta ideia, Medland *et al* (2004) também referem que as falhas no processo de trabalho são os principais contribuintes para o o aparecimento desta síndrome, incluindo a ambiguidade de papéis, a sobrecarga de trabalho, a falta de suporte social, a ausência de apoio do colega de trabalho, a reavaliação negativa do líder e a inexistência de uma perspectiva de crescimento.

Em adição aos fatores característicos da área da oncologia, os profissionais de oncologia também estão sujeitos a fatores mais transversais ao setor da saúde, tais como, a baixa remuneração salarial, a falta de reconhecimento social da profissão, a pouca adequação de aspetos funcionais e organizacionais à sua realidade laboral e a sobrecarga de trabalho (Gomes *et al*, 2013).

Conclui-se assim que o profissional de oncologia não pode ser considerado sem o seu contexto individual e o seu meio envolvente. Apesar destes profissionais enfrentarem diariamente situações emocionalmente exigentes, a dor pela perda de um doente ou a tristeza do luto não deixam de ser sentimentos que os afetam. Cuidar destes colaboradores deve ser uma prioridade das instituições, tentando transformar os problemas inerentes à sua atividade laboral em oportunidades de desenvolvimento pessoal.

3.4. Tratamento do *burnout* em profissionais de saúde de oncologia portugueses.

O tratamento do *burnout* é algo complexo e moroso. Idealmente devem ser melhoradas as condições e relações de trabalho até que a pessoa se restabeleça e encontre o seu equilíbrio emocional, sendo que, em casos mais extremos, isto implica um afastamento temporário do colaborador do seu contexto laboral.

O tratamento padrão do *burnout* é orientado por um psicólogo ou psiquiatra e, normalmente, é feito através da combinação de medicamentos e terapias durante um a três meses. De acordo com Faria (2020), os medicamentos utilizados são normalmente antidepressivos, como por exemplo, Sertralina ou Fluoxetina, para ajudar a ultrapassar a sensação de inferioridade e de incapacidade. As terapias, como por exemplo, a psicoterapia, proporcionam ao profissional de saúde um tempo para desabafar e haver uma troca de experiências que ajudam a melhorar o autoconhecimento e a ganhar mais confiança no seu trabalho, ajudando-o assim a encontrar estratégias para combater o *stress*. Por norma, os profissionais que padecem desta síndrome também são aconselhados à prática de exercício físico regular ou atividades relaxantes como o ioga ou a meditação.

Em termos de estratégias interventivas contra o *burnout* em profissionais de oncologia, pode optar-se pelo:

- **planeamento e *coping* ativo** que visam essencialmente resolver o acontecimento que causa *stress*. A utilização preferencial desse tipo de métodos pode estar relacionada à orientação pragmática de planeamento e resolução de problemas que, tradicionalmente, é seguida na formação académica desses profissionais, mas, também, poderá estar relacionada à existência de um bom suporte social.
- **a aceitação, a autodistração e a reinterpretação positiva** que são focadas na emoção. O indivíduo utiliza este tipo de *coping*, quando concentra esforços em si mesmo, com o intuito de alterar a sua compreensão sobre o *stressor* e reduzir o mal-estar provocado.
 - a aceitação representa um padrão de resposta essencialmente caracterizado por aceitação resignada da situação *stressante*, diminuindo a sua importância.
 - a autodistração é frequentemente expressa no envolvimento em atividades com o intuito de evitar o evento *stressor*. Embora possa ter um caráter positivo, a utilização sistemática e exclusiva dessa estratégia pode afastar o profissional de saúde da realidade que ele tem que confrontar no seu dia a dia e não permitir estratégias mais ativas de resolução.
 - a reinterpretação positiva relaciona-se com a tentativa de o indivíduo reestruturar o acontecimento *stressor* e tem o objetivo de encontrar aspetos mais favoráveis que permitam o crescimento pessoal ou profissional do colaborador (Gomes *et al*, 2013).

O objetivo de qualquer das intervenções referidas é reduzir os sintomas, facilitar a reintegração no trabalho e prevenir a recaída de problemas relacionados com o trabalho. Existe uma correlação significativa negativa entre a saúde geral e as estratégias de *coping* de evitamento ou adiamento como a autodistração, negação e descomprometimento comportamental. Esse resultado vem reforçar a ideia de que estratégias centradas no afastamento do indivíduo da fonte de *stress* podem ser protetoras em situações pontuais de crise ou de impossibilidade de resolução, mas não são promotoras de equilíbrio físico e emocional em situações que são prolongadas no tempo e que requerem a participação ativa do indivíduo (Gomes *et al*, 2013).

Os tratamentos do *burnout* devem levar os profissionais de saúde em oncologia a ter um compromisso consigo mesmo e acreditarem que são merecedores do bem-estar, que têm direito a adoecer, e que, como qualquer outra pessoa, devem ser tratados. Foram já implementadas diversas estratégias terapêuticas experimentais, mas uma das reportadas mais recentemente sobre o tema em questão foi a de Duarte & Pinto-Gouveia (2016) em dois hospitais oncológicos portugueses. A intervenção terapêutica utilizada foi o *mindfulness*, isto é, um método para ensinar os participantes tornarem-se mais conscientes dos pensamentos, sentimentos e sensações corporais, enquanto abordam esses estados internos com uma curiosidade sem julgamento. A prática de *mindfulness* permite uma maior consciencialização do momento presente e ajuda a arranjar maneiras adaptativas de responder ao *stress*, em vez de reações habituais e muitas vezes inadaptadas. Neste caso, a aplicação da terapia teve uma duração de seis semanas e foi adaptada para facilitar a sua incorporação no horário de trabalho dos profissionais de saúde.

Nas quatro primeiras sessões, os participantes aprenderam a ter atenção com a respiração, corpo, emoções e pensamentos. As duas últimas sessões trataram da bondade e dos relacionamentos interpessoais e da comunicação consciente. A intervenção final consistiu em seis sessões grupais de duas horas, cada uma das quais incluindo uma secção didática e exercícios experimentais. Os participantes receberam um CD com exercícios de meditação guiada, que foram instruídos a praticar em casa por pelo menos 15 minutos por dia. Também receberam um manual que resumiu os principais pontos das sessões, esclarecendo os requisitos da lição de casa e incluiu uma gravação diária da sua prática para cada semana. O programa implementado encontra-se na íntegra em anexo (Anexo 2).

Os profissionais de saúde do grupo experimental relataram reduções significativas no desgaste e no *stress* e um aumento da satisfação com a vida, enquanto que os do grupo de controlo não apresentaram alterações significativas nessas variáveis. O impacto da regularidade da intervenção de *mindfulness* também foi avaliado, sugerindo que os profissionais de saúde em oncologia que utilizaram mais, apresentaram maiores reduções no *burnout* e maiores aumentos na autocompaixão, quando comparados aos profissionais que utilizaram menos (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016).

Estas reduções dos níveis de *burnout* também foram denotadas num estudo americano realizado em médicos de cuidados primários sujeitos a um programa intensivo de *mindfulness* de oito semanas (2,5 h / semana) e posteriormente a uma fase de manutenção de 10 meses

(2,5 h por mês), onde foi ensinada a atenção plena, a comunicação e a autoconsciência (Krasner *et al*, 2009). Os resultados obtidos por Goodman & Schorling (2012) vêm também reforçar o sucesso do *mindfulness* em profissionais de saúde.

A pesquisa sobre os mecanismos de mudança subjacentes aos efeitos do *mindfulness* no funcionamento psicológico é uma tarefa complexa, mas crucial, para melhorar a qualidade das intervenções, desenvolver os fundamentos teóricos e propor a direção de futuras pesquisas. Além disso, a realização destes estudos em amostras específicas é crucial para analisar as vantagens específicas das intervenções e discernir o mecanismo específico de mudança (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017).

Também foi referida uma diminuição nos níveis de *stress* e *burnout* em profissionais de oncologia após o seu tratamento com acupuntura e *reiki*, embora a redução não tenha sido significativa (Santos *et al*, 2018). A acupuntura é parte integrante da medicina tradicional chinesa e definida como uma terapia reflexa, que através de agulhas, o estímulo nociceptivo do ponto de acupuntura desencadeia respostas em outras áreas do corpo. O *reiki* é uma terapia complementar baseada na pseudociência, que utiliza um sistema de cura caracterizado pela imposição das mãos num corpo humano com a intenção de restabelecer o equilíbrio físico, mental e espiritual. Os resultados sugerem que estas duas terapias têm potencial para reduzir a prevalência de *burnout* e *stress* ocupacional relacionados com o tratamento oncológico (Santos *et al*, 2018).

De acordo com opiniões registadas na Tabela 6, após as cinco sessões, é possível notar que, inicialmente todos sentiram uma mistura de curiosidade e ceticismo, mas, no final, todos unanimemente expressaram vontade de continuar a receber tratamentos de acupuntura e *reiki*, porque essa experiência os levou a restaurar a paz e o equilíbrio internos. Além disso, deve-se realçar que os participantes relataram, no final do tratamento, uma melhoria de sintomas debilitantes como enxaquecas, síndrome pré-menstrual, dificuldades respiratórias, náuseas relacionadas à gravidez e dor osteoarticular. Desta forma, os resultados obtidos destacam outros aspectos positivos da acupuntura e do *reiki* no que diz respeito à promoção do bem-estar físico e emocional entre os profissionais de oncologia (Santos *et al*, 2018).

Tabela 6. *Dados qualitativos da percepção dos participantes antes e após as intervenções de acupuntura e reiki em profissionais de saúde de oncologia.*

Antes das intervenções	Após as intervenções
“Devo sentir para acreditar.”	“Paz, tranquilidade, clareza, levitação.”
“Veremos o que isto é! Não sou crente!”	“Relaxamento, bem-estar, equilíbrio, alternativa, reencontro.”
“Curiosidade. Tenho expectativa de obter bons resultados.”	“Sinto-me mais livre e calmo depois de algumas sessões. Peço desculpa por não poder fazer mais. Adoraria continuar!”

Os resultados do estudo de Díaz-Rodríguez *et al* (2011) a 18 enfermeiras espanholas com *burnout* submetidas a 30 minutos de *reiki* indicaram que esta terapia era uma mais valia no controlo desta patologia, visto que ocorreu um aumento significativo dos níveis de IgAs e diminuição dos níveis de pressão arterial diastólica. Rosada *et al* (2015) também obtiveram resultados positivos no tratamento de *burnout* de profissionais de saúde da área mental quando foram sujeitos a *reiki*.

Em suma, de acordo com os a informação recolhida conclui-se que o tratamento do *burnout* implica um investimento do profissional de saúde de oncologia em si próprio e uma melhoria das condições/relações de trabalho. Também se verifica que a informação contida nos artigos selecionados era apenas referente a terapias complementares, recorrendo por isso a bibliografia adicional para a interpretação do modo de atuação da medicina tradicional.

3.5. Prevenção do *burnout* em profissionais de saúde de oncologia portugueses.

Apesar da prevenção não ser dissociável do tratamento, optou-se pela criação deste ponto autónomo para enfatizar a importância da prevenção do *burnout* nos profissionais de oncologia.

Os 13 artigos selecionados nesta RSL não referem quais as medidas de prevenção do *burnout* aplicadas em específico aos profissionais de oncologia portugueses, e por isso, as propostas em seguida apresentadas são fundamentadas em estudos realizados noutros países

que obtiveram resultados positivos em profissionais de saúde de outras áreas da saúde para além da oncologia.

As estratégias de prevenção do *burnout* são organizadas segundo o seu foco de intervenção: o indivíduo ou a organização. As estratégias preventivas individuais focam-se no profissional de oncologia enquanto pessoa/indivíduo. Incluem programas de exercícios de gestão do *stress*, comunicação, autocuidado e relações interpessoais que motivem o profissional de oncologia a:

- aprender a estabelecer limites pessoais tanto de tempo quanto de energia;
- manter as linhas de comunicação abertas com os colegas de trabalho, explicitando as suas necessidades ou preocupações laborais;
- envolver-se em atividades sociais com a equipa de trabalho;
- participar em formações sobre o *burnout*;
- manter um equilíbrio saudável entre a vida profissional e privada, dedicando-se tanto à família e lazer quanto se dedica ao trabalho;
- encontrar mecanismos em casa para “escapar” dos *stressores* relacionados com o trabalho, como por exemplo, um hobby para se distrair e afastar do ambiente de trabalho, tanto mental como fisicamente (Spinetta *et al*, 2000).

Quanto às medidas de intervenção ao nível da organização, as instituições devem privilegiar a criação e implementação de atividades ou ações que promovam a saúde dos seus colaboradores com o intuito da prevenção do *burnout* (Berger *et al*, 2003).

No âmbito organizacional, o papel do líder da equipa de trabalho influencia diretamente o colaborador, o que leva a admitir que este aspeto possa ser um fator muito relevante na prevenção do *burnout*. É então considerada uma boa liderança quando:

- os membros do grupo são regularmente envolvidos na definição das metas do grupo, de modo a que cada membro se sinta envolvido no processo de tomada de decisões;
- é criado um ambiente calmo, de apoio e ausência de tensão, no qual os membros da equipa se sintam bem em estar no local de trabalho;

- é permitido que os membros da equipa tenham flexibilidade para determinar alguns dos elementos do seu trabalho, como por exemplo, o horário;
- os membros da equipa têm um papel ativo de tomada de decisão em relação ao atendimento do paciente oncológico;
- os colaboradores são encorajados a comunicar entre si regularmente durante o trabalho, promovendo a entre-ajuda;
- é encorajada a realização de reuniões de *debriefing* entre membros da equipa de trabalho em momentos de transição de pacientes críticos (como por exemplo, recaída ou entrada na fase terminal);
- são proporcionados retiros espirituais educacionais para os profissionais de oncologia;
- é possibilitada a rotação de pessoal dentro e fora do departamento quando viável e desejado;
- são permitidas licenças curtas ocasionalmente, como forma de prevenção de problemas psicossociais;
- são criadas reuniões periódicas da equipa de trabalho com o líder, onde ocorre uma discussão livre e aberta dos problemas, tais como, políticas departamentais, dificuldades interpessoais ou outros potenciais pontos de conflito (Spinetta *et al*, 2000).
- são promovidos programas de ajuda no luto de doentes com que os profissionais de oncologia conviviam (Lewis, 1999).

Para Medland *et al* (2004), é essencial o líder criar um ambiente de trabalho onde os prestadores de cuidados de oncologia se sintam realizados e onde prevaleça a paixão pelo serviço e excelência.

No caso das práticas da gestão de recursos humanos, estas podem contribuir para a prevenção do *burnout* nos profissionais de oncologia através:

- da melhoria das condições físicas de trabalho (por exemplo, renovação de equipamentos);

- da criação de objetivos tangíveis, redução do horário laboral e distribuição apropriada das tarefas, de forma a que sejam respeitadas e efetivamente aproveitadas as capacidades e os recursos pessoais e coletivos dos profissionais de oncologia, contrariando assim a sobrecarga de trabalho de colaboradores;
- do apoio institucional e atenção cuidadosa ao alinhamento dos valores declarados e vividos dentro de uma organização;
- das medições periódicas do nível de *burnout* dos colaboradores, com o recurso, por exemplo, ao MBI, para incentivar a aplicação de possíveis ações para combater esta síndrome. Essas avaliações organizacionais devem ser agregadas por unidade de trabalho para fornecer *insights* acionáveis sobre problemas locais;
- da permissão da conciliação trabalho-família, possibilitando o colaborador de encontrar a harmonia entre a sua vida pessoal e o seu trabalho;
- da dinamização de atividades e formações que promovam o desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal do profissional de oncologia (West *et al*, 2018);
- da criação de programas de sensibilização para a prática do exercício físico e hábitos de vida saudável (Burton *et al*, 2005).
- da ajuda aos profissionais de oncologia na identificação em si próprios de fatores de risco e sintomas associados (Mickler & Rosen, 1994).

Quando aplicadas, todas as propostas apresentadas devem ser ajustadas à realidade laboral da instituição onde forem implementadas, tendo em conta as necessidades, recursos e circunstâncias dos profissionais de oncologia.

Pode então concluir-se que as medidas de prevenção do *burnout* incentivam os profissionais de oncologia a sentirem-se bem no seu local de trabalho e a sentirem-se menos afetados pelo *burnout*, potenciando assim, a qualidade dos serviços de saúde que prestam. Independentemente das estratégias adotadas, a criação de contextos de trabalho atrativos, seguros e saudáveis que potenciem o desenvolvimento do autoconceito pessoal e profissional, a reformulação cognitiva face às exigências laborais e a gestão emocional são dimensões

relevantes com potencial para promover bem-estar dos profissionais de saúde de oncologia portugueses.

CAPÍTULO IV. Conclusão

São apresentadas as principais conclusões retiradas da análise de conteúdo dos 13 artigos selecionados, realçando a informação de maior importância e enumerando *gaps*, tendências do tema em questão e recomendações para estudos futuros.

A presente RSL foi elaborada com o intuito de responder à questão de investigação de “como é que o *burnout* afeta os profissionais de saúde de oncologia portugueses?”, através da informação contida em 13 artigos científicos. Tendo em conta a informação recolhida através da análise de conteúdo à literatura selecionada, a resposta à questão de investigação ficou aquém do que era esperado devido à falta de informação sobre o tema. Tal *gap* foi compensado com a mobilização e comparação com publicações científicas internacionais que abordam o tema do *burnout* em áreas da saúde com contextos laborais semelhantes aos da oncologia em Portugal.

O registo da prevalência de *burnout* contribuiu para a percepção de quantos profissionais de oncologia sofriam desta síndrome nas amostras em estudo, sendo que, no estudo de Joaquim *et al* (2018) eram 45% dos participantes e no estudo de Pereira *et al* (2014) eram apenas 3%. A articulação de resultados dos estudos de Cumbe *et al* (2017), Gama *et al* (2014) e Pereira *et al* (2014) revelou que os valores de *burnout* eram muito semelhantes em todas as subescalas (EE: 21 vs 18 vs 18; DP: 3 vs 6 vs 3; RP: 37 vs 36 vs 38), variando sempre de “baixo” a “médio” o nível de *burnout*. Porém, não foi possível generalizar as constatações obtidas, uma vez que as amostras não eram representativas.

A identificação dos fatores que influenciam o surgimento do *burnout* também permitiu compreender de que forma o contexto laboral pode afetar os profissionais de oncologia portugueses pertencentes às amostras em estudo. Os fatores que tiveram mais destaque na literatura selecionada foram: a tomada de decisões éticas (Hernández-Marrero *et al*, 2015), a experiência profissional (Gama *et al*, 2014; Cumbe *et al*, 2017), ter formação específica (Pereira *et al*, 2014), a dimensão religiosa (Pereira *et al*, 2014), a predisposição de criar conflitos com os colegas (Gama *et al*, 2014), o estilo de relacionamento interpessoal (Gama *et al*, 2014), a empatia com o doente (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Duarte *et al*, 2016) e a satisfação profissional (Bordignon *et al*, 2015; Dias *et al*, 2017). Constatou-se que os profissionais de oncologia não podem ser considerados descontextualizados nos planos individual e organizacional, dado que ambos podem contribuir para o surgimento do *burnout*.

Quanto aos estudos selecionados relativos ao tratamento do *burnout* em profissionais de saúde de oncologia portugueses, foram detetadas grandes lacunas de informação, sendo apenas referenciadas técnicas de medicina complementar (*mindfulness*, *reiki* e acupuntura). No caso do *mindfulness*, os participantes aprenderam a focar-se mais em si próprios e a

melhorar os seus relacionamentos interpessoais, o que resultou em reduções significativas no desgaste e no *stress* e um aumento da satisfação com a vida (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016). Também foi referida uma diminuição nos níveis de *stress* e *burnout* em profissionais de oncologia após o seu tratamento com acupuntura e *reiki*, embora a redução não tenha sido significativa (Santos *et al*, 2018). Pôde constatar-se que, para estas três terapias obterem resultados positivos, implicou um investimento do profissional de oncologia em si próprio e ainda uma melhoria das suas condições/relações de trabalho.

No que concerne às estratégias preventivas, estas podiam ser de carácter individual ou organizacional. As primeiras focaram-se no profissional de oncologia enquanto pessoa/indivíduo; as segundas centraram-se no papel dos líderes das equipas e nas condições de trabalho consubstanciadas nas práticas de gestão de recursos humanos. Na sua aplicação é recomendável que as propostas sejam ajustadas à realidade laboral da instituição onde possam ser implementadas, tendo em conta as necessidades, recursos e circunstâncias dos profissionais de oncologia.

Depois de analisada a resposta à questão de investigação, apesar de a informação ter sido obtida através de métodos rigorosos, existe a possibilidade de vieses, como em qualquer outro tipo de trabalho. As principais limitações denotadas durante a sua elaboração foram:

- as bases de dados consultadas serem apenas a “*EBSCO Discovery Service*” e a “*PubMed*”.
- os artigos terem de estar disponíveis em repositório aberto.
- os artigos serem restritos aos idiomas inglês, português e espanhol.
- a interpretação dos resultados ser condicionada ao tamanho reduzido dos participantes da amostra.
- os estudos de Pereira *et al* (2014) e Hernández-Marrero *et al* (2015) serem sobre profissionais que prestam serviço em cuidados paliativos e não somente em cuidados oncológicos.
- a maioria dos dados derivarem de estudos realizados em médicos e enfermeiros.

A indicação das limitações pode servir como pontos a ter em atenção na realização de trabalhos futuros. A investigação científica é fundamental para, por um lado, aprofundar e consolidar o conhecimento teórico em determinada área, potenciando a compreensão de diversos aspetos que lhe estão subjacentes, e por outro, promover a criação de linhas orientadoras, quer para a investigação futura, quer para a prática clínica. Deste modo, a

apresentação dos seguintes factos referentes ao tema do presente trabalho, espera-se que motive a investigações futuras para colmatar:

- a lacuna de informação sobre a prevalência nacional do *burnout* em profissionais de saúde de oncologia em Portugal.
- a falta de estudos que compare a diferença da prevalência de *burnout* entre as várias áreas da oncologia, como, por exemplo, entre a administração da quimioterapia e a cirurgia oncológica.
- a inexistência de estudos que justifique o facto de os profissionais de oncologia portugueses registarem valores de *burnout* inferiores aos dos outros países da Europa.
- a discrepância da informação sobre os profissionais de oncologia segundo a sua categoria profissional, ou seja, existirem mais estudos sobre os enfermeiros e médicos do que os TSDT's e auxiliares.
- os poucos estudos disponíveis sobre a segurança e saúde no trabalho deste tipo de profissionais de saúde, como por exemplo, acerca dos acidentes de trabalho durante o exercício de funções ou na sua deslocação para o trabalho.
- a inexistência de dados sobre as consequências da acumulação do exercício de funções em diferentes instituições, algo recorrente no contexto laboral destes profissionais e que poderá contribuir para o surgimento do *burnout*.
- a não abordagem do efeito da antiguidade neste setor da saúde em específico.
- a ausência de informação sobre a influência de fatores ao nível organizacional no surgimento de *burnout* nos profissionais de oncologia portugueses.
- a ausência de investigação sobre intervenções preventivas e de mitigação do *burnout* em profissionais de oncologia especificamente e os efeitos a longo prazo ou pós-intervenção.
- a escassez de referenciação das consequências físicas e psicológicas que advêm do *burnout* nos profissionais de saúde de oncologia no contexto hospitalar português.

Em suma, pode concluir-se que, embora o *burnout* nos profissionais de oncologia portugueses possa ter influência na qualidade dos cuidados de saúde prestados em Portugal a informação científica encontrada sobre a patologia foi escassa. Desta forma, o presente trabalho pode ser visto como uma exploração inicial da problemática, que ao enfatizar a necessidade de uma melhor compreensão desta patologia, motiva à produção científica.

Referências bibliográficas

Respeitam o estilo bibliográfico da 7ª edição do livro “Publication Manual of the American Psychological Association” (APA 7ª ed.).

American Psychological Association (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7a ed.). American Psychological Association.

Ang, S. Y., Dhaliwal, S. S., Ayre, T. C., Uthaman, T., Fong, K. Y., Tien, C. E., Zhou, H. & Della, P. (2016). Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *BioMed Research International*, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2016/6960184>

Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R. (2007). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (2ª edição). Inglaterra: Cambridge University Press.

Banerjee, S., Califano, R., Corral, J., Azambujal, E., Mattos-Arruda, L., Guarneri, V., Hutka, M., Jordan, K., Martinelli, E., Mountzios, G., Ozturk, M. A., Petrova, M., Postel-Vinay, S., Preusser, M., Qvortrup, C., Volkov, M. N. M., Taberner, J., Olmos, D. & Strijbos, M. H. (2017). Professional burnout in european young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) young oncologists committee burnout survey. *Annals of Oncology*, 28, 1590-1596. DOI:10.1093/annonc/mdx196.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4a ed.). Edições 70.

Berger, M., Howell, R., Nicholson S. & Sharda, C. (2003). Investing in healthy human capital. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45 (12), 1213-1225. DOI: 10.1097/01.jom.0000102503.33729.88.

*Bordignon, M., Monteiro, M., Mai, S., Martins, M., Rech, C. & Trindade, L. (2015). Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem do Brasil e Portugal. *Contexto Enferm*, 24(4), 925-933. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500004650014>.

Bragard, I., Dupuis, G., Razavi, D., Reynaert, C., & Etienne, A.M. (2012). Quality of work life in doctors working with cancer patients. *Occupational Medicine*, 62(1), 34-40. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr149>.

Burton, W.N., McCalister, K.T., Chen, C.Y. & Edington, D.W. (2005). The association of health status worksite fitness center participation, and two measures of productivity.

Journal of Occupational Environmental Medicine, 47(4), 343-351. DOI: 10.1097/01.jom.0000158719.57957.c6.

Copur, M. S. (2019). Burnout in oncology. *Oncology*, 33(11), 451-453. <https://www.cancernetwork.com/view/burnout-oncology>.

Cumbe, V. F. J. & Esteves, M. F. (Orientador) (2010). *Síndrome de burnout em profissionais de saúde cuidadores dos pacientes em tratamento ambulatorio em serviços de oncologia, e avaliação da influência dos factores sócio-demográficos no surgimento desta entidade, e sua relação com as estratégias de coping*. <https://hdl.handle.net/10216/55421>.

*Cumbe, V., Pala, A., Palha, A., Gaio, A., Esteves, M., Mari, J. & Wainberg, M. (2017). Burnout syndrome and coping strategies in Portuguese oncology health care providers. *Arch Clin Psychiatry*, 44(5), 122-126. DOI: 10.1590/0101-60830000000135.

Cury, H. N. (2007). Análise de erros: O que podemos aprender com as respostas dos alunos. Autêntica.

DECO PROTESTE. (2018). *Burnout: um terço dos inquiridos em risco*. Obtido a 30 de maio de 2020, de <https://www.deco.proteste.pt/saude/doencas/noticias/burnout-um-terco-dos-portugueses-em-risco>.

Demerouti, E. (2015). Strategies used by individuals to prevent burnout. *European Journal of Clinical Investigation*, 45(10), 1106-1112. DOI: 10.1111/eci.12494.

DGS. (2002). *Rede de referência hospitalar de oncologia*. Obtido a 3 de março de 2020, de <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-oncologia-pdf.aspx>.

DGS. (2018). *Dados do cancro em Portugal*. Obtido a 3 de março de 2020, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/02/dados-do-cancro-em-portugal/>.

*Dias, D., Leite, A., Ramires, A. & Bicho, P. (2017). Working with cancer: motivation and job satisfaction. *International Journal of Organizational Analysis*, 25(4), 662-686. DOI: 10.1108/IJOA-12-2016-1096.

*Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-

randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 98-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002>.

*Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2017a). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114-121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.002>.

*Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2017b). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing Research*, 35, 42-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.006>.

*Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2017c). Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 125-133. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.03.002>.

*Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015>.

Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E. & Verzelen, A. (2014). The prevalence of burnout among oncology professionals: oncologists are at risk of developing burnout. *Psycho-Oncology*, 23(12). DOI: 10.1002/pon.

Eurofound & EU-OSHA. (2014). *Psychosocial risks in Europe: prevalence and strategies for prevention—Segurança e saúde no trabalho*. Obtido a 5 de março de 2020, de <https://osha.europa.eu/pt/publications/psychosocial-risks-europe-prevalence-and-strategies-prevention>.

Faria, C. (2020). Tratamento para síndrome de burnout. Obtido a 15 de julho de 2020, de https://www.tuasaude.com/tratamento-para-sindrome-de-burnout/?fbclid=IwAR2TBck0Tg7v0tNoWYyx08KZCpE6vtiwq_0XJjwmxpbCIW_9lQeeo68X20s.

Frasquilho, M. (2005). Medicina, médicos e pessoas- Compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Med Port*, 18: 433-444. file:///C:/Users/PC/Downloads/1067-

1626-1-PB%20(1).pdf.

Freudenberger, H. (1979). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 30, (1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>.

Gallup (2020). Gallup's perspective on employee burnout: Causes and Cures. *Gallup*. 8-19.

*Gama, G., Barbosa, F. & Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 527-533. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.04.005>.

Gomes, R., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C. & Pinheiro, L. (2008). Stresse, "burnout", saúde física, satisfação e realização em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. *Universidade do Minho*, 4, 178-192. <http://hdl.handle.net/1822/7824>.

Gomes, S., Santos, M. & Carolino, E. (2013). Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(6), 1282-1289. DOI: 10.1590/0104-1169.2742.2365.

Gómez-Urquiza, J., Aneas-López, A., Fuente-Solana, E., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L. & Fuente, G. (2016). Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: a systematic review. *ONF*, 43(3), 104-120. DOI: 10.1188/16.ONF.E104-E120.

Goodman, M.J. & Schorling, J. B. (2012). A Mindfulness Course Decreases Burnout and Improves Well-Being among Healthcare Providers. *Int J Psychiatry Med*, 43(2), 119-128. DOI: 10.2190/PM.43.2.b.

Grunfeld, E., Whelan, T., Zitzelsberger, L., Willan, A. R., Montesanto, B. & Evans, W. K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Can Med Assoc J*, 163(2), 166-169. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80206/>.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncipe editora.

*Hernández-Marrero, P., Pereira, S. & Carvalho, A. (2016). Ethical decisions in palliative care: interprofessional relations as a burnout protective factor? Results from a mixed-methods multicenter study in Portugal. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 33(8), 723-732. DOI: 10.1177/1049909115583486.

Hespanhol, A. (2005). *Burnout e stress ocupacional*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 53-162. <https://www.redalyc.org/pdf/287/28770212.pdf>.

Iliffe, S. & Manthorpe, J. (2019). Job dissatisfaction, ‘burnout’ and alienation of labour: undercurrents in England’s NHS. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 112(9), 370-377. <https://doi.org/10.1177/0141076819855956>.

IPOCoimbra. (2019). Relatórios e contas 2018. *IPO de Coimbra*. Obtido a 30 de maio de 2020, de <https://ipocoimbrafg.wordpress.com/relatorios-e-contas/>.

IPOLisboa. (2016). *Relatório diferença salarial entre homens e mulheres em 2016*. Obtido a 30 de maio de 2020, de https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/02/Relatorio-Diferenca-Salarial-entre-Homens-e-Mulheres_2016.pdf.

IPOLisboa. (2017). *Balanço social 2017*. Obtido a 30 de maio de 2020, de https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/02/Balanco-Social_2017-1-ilovepdf-compressed.pdf.

IPOLisboa. (2019). *Relatório e contas 2018*. Obtido a 30 de maio de 2020, de <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/Relatorio-e-Contas-2018.pdf>.

IPOPorto. (2019). *Relatório e contas 2018*. Obtido a 30 de maio de 2020, de http://www.ipoportor.pt/dev/wp-content/uploads/2020/01/Rel.-e-Contas-2018_VF_Aprovado-FINAL_2.pdf.

Iserson, K. V. (2018). Burnout syndrome: Global medicine volunteering as a possible treatment strategy. *The Journal of Emergency Medicine*, 54 (4), 516-521. DOI: 10.1016/j.jemermed.2017.12.062.

Jiménez, J., Flores, M., Tovar, L. & Vilchis, F. (2014). Evolution of the concept and models of work exhaustion (burnout): the research in Mexico. *International Business Research*, 7(9), 45-59. DOI:10.5539/ibr.v7n9p45.

*Joaquim, A., Custódio, S., Savva-Bordalo, J., Chacim, S., Carvalhais, I., Lombo, L., Lopes, H., Araújo, A. & Gomes, R. (2018). Burnout and occupational stress in the medical residents of Oncology, Haematology and Radiotherapy: a prevalence and predictors study in Portugal. *Psychology, Health & Medicine*, 23(3), 317-324. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1344256>.

Kitchenham, B. (2004). Procedures for performing systematic reviews. *Joint Technical Report*, 1-27. <http://www.inf.ufsc.br/~aldo.vw/kitchenham.pdf>.

Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J. & Quill T. E. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302 (12), 1284-1293. DOI:10.1001/jama.2009.1384.

Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. Diário da República n.º 30/2009, Série I de 2009-02-12. Assembleia da República. Lisboa.

Lewis, A.E. (1999). Reducing burnout: Development of an oncology staff bereavement program. *Oncology Nursing Forum*, 26, 1065-1069.

Loureiro, H., Pereira, A. N., Oliveira, A. P. & Pessoa, A. R. (2008). Burnout no trabalho. *Referência - Revista de Enfermagem*, 2(7), 33-41. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239954005>.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. DOI: 10.1002/job.4030020205.

Maslach, C., & Leiter, M. (2000). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.

Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.

Mata, C., Machado, S., Moutinho, A. & Alexandra, D. (2016). Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Geral Fam*, 32,179-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v32i3.11789>.

Medland, J., Howard-Ruben, J. & Whitaker, E. (2004). Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace. *Oncology Nursing Forum*, 31 (1), 47-54. DOI: 10.1188/04.ONF.47-54.

Mendes, P., Cardoso, V. P. & Yaphe, J. (2017). Stress e burnout em internos de medicina geral e familiar da zona Norte de Portugal: estudo transversal. *Rev Port Med Geral Fam*, 33 (1), 16-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v33i1.12020>.

Mickler, S. & Rosen, S. (1994). Burnout in spurned medical caregivers and the impact of job expectancy training. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 2110-2131. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1994.tb00577.x>.

Minayo, M. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (10a ed.). HUCITEC.

Murali, K., Makker, V., Lynch, J. & Banerjee, S. (2018). From burnout to resilience: an update for oncologists. *American Society of Clinical Oncology*, 38, 862-872. DOI: 10.1200/EDBK_201023.

Oates, B., Edwards, H. & Wainwright, D. (2012). A model-driven method for the systematic literature review of qualitative empirical research. *International Conference on Information Systems*.

OPCP. (2020). *Relatório de Outono 2019- Atividade assistencial das equipas/serviços de cuidados paliativos*. Obtido a 30 de maio de 2020, de <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4221/file>.

*Pereira, S., Teixeira, C., Ribeiro, O., Hernández-Marrero, P., Fonseca, A. & Carvalho, A. (2014). Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 55-64. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13178>.

Pfeffer, J. (2018). The overlooked essentials of employee well-being. *McKinsey Quarterly*, 1-7. <https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/the-overlooked-essentials-of-employee-well-being>.

Probst, H., Griffiths, S., Adams, R., & Hill, C. (2012). Burnout in therapy radiographers in the UK. *The British Journal of Radiology*, 85(1017), 760-765. <https://doi.org/10.1259/bjr/16840236>.

Rebelo, F. F. & Nunes, C. (Orientadora). (2011). *O síndrome de burnout vivenciado por enfermeiros que trabalham numa unidade de administração de quimioterapia de um instituto oncológico*. <http://hdl.handle.net/10362/9308>.

Rosada, R. M., Rubik, B., Mainguy, B., Plummer, J. & Mehl-Madrona L. (2015). Reiki reduces burnout among community mental health clinicians. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21 (8), 489-495. DOI: 10.1089/acm.2014.0403.

*Santos, M., Joaquim, A., Bernardo, A., Coelho, H. & Gomes, R. (2018). Acupuncture and reiki as a prevention strategy of burnout and occupational stress in oncology. *Open Acc J Oncol Med*, 1(3), 1-3. DOI: ID.000116.

Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., Clark, B., Hanley, A. E., Chu, Q., Pippin, J., Sloan, J., & Raymond, M. (2014). Burnout and career satisfaction among US oncologists. *Journal of clinical oncology*, 32(7), 678-686. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.8480>.

Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis* (1a ed.). CRC Press.

Schaufeli, W. (2013). What is engagement? In: C. Truss, K. Alfes, R. Delbridge, A. Shantz & E. Soane eds. *Employee Engagement in Theory and Practice*. London: Routledge, (pp. 1–37).

Simões, M. (2016). *O cancro*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

SNS. (2016). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência de oncologia médica*. Obtido a 10 de março de 2020, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Oncologia-M%C3%A9dica.pdf>.

SNS. (2019). *OMS inclui «burnout» na lista de doenças*. Obtido a 30 de maio de 2020, de <https://www.inem.pt/2019/05/29/oms-inclui-burnout-na-lista-de-doencas/>.

Spinetta, J. J., Jankovic, M., Arush, M. W., Eden, T., Epelman, C., Greenberg, M. L., Martins, A. G., Mulhern, R. K., Oppenheim, D. & Masera, G. (2000). Guidelines

for the recognition, prevention, and remediation of burnout in health care professionals participating in the care of children with cancer: report of the SIOP working committee on psychosocial issues in pediatric oncology. *Medical and Pediatric Oncology*, 35 (2), 122-125. DOI: 10.1002/1096-911x(200008)35:2<122::aid-mpo7>3.0.co;2-j.

Tarcan, G. Y., Tarcan, M. & Top, M. (2017). An analysis of relationship between burnout and job satisfaction among emergency health professionals. *Total Quality Management*, 28 (12), 1339-1356. DOI: 10.1080/14783363.2016.1141659.

Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Ventura, C. & Martins C. (2005). Physician-patient communication among southern european cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *Psycho-Oncology*, 14, 661-670. DOI: 10.1002/pon.890.

West, C., Dyrbye, L. & Shanafelt, T. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *JIM*, 283(6), 516-529. DOI: 10.1111/joim.12752.

Whippen, D. A. & Canellos, G. P. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. *J Clin Oncol*, 9 (10), 1916-1920. DOI: 10.1200/JCO.1991.9.10.1916.

Wigert, B. & Agrawal, S. (2018). Employee burnout, part 1: the 5 main causes. *Gallup*, 1, 1-6.

Yust-Katz, S., O'Brien, B., Vera, E., Acquaye, A., Weller, M., Armstrong, T. (2020). Burnout and career satisfaction in neuro-oncology: a survey of the Society for Neuro-Oncology and the European Association of Neuro-Oncology memberships. *Neuro-Oncology*, 22 (6), 838-850. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noz229>.

Apêndice

Apêndice 1. Caracterização das amostras dos artigos escolhidos.

Artigo	Número de participantes	Categoria profissional	Distribuição de géneros (%)	Idades (anos)	Experiência profissional (anos)	Localização das instituições em estudo em Portugal
Bordignon <i>et al</i> , 2015	n=9	Enfermeiros	100% ♀	67% com idade entre os 40 e 59 anos	56% com 1 a 5 anos de experiência profissional	Norte
Cumbe <i>et al</i> , 2017	n=46	Enfermeiros (80%) e médicos (20%)	- 91% ♀ - 9% ♂	40 anos (média)	8 anos (média)	Norte - Hospital de São João (n = 28) - Hospital Geral de Santo António (n = 9) Sul - Hospital de Faro (n = 5) - Hospital de Beja (n = 4)
Dias <i>et al</i> , 2017	n=400	- Médicos (9%) - Enfermeiros (33%) - TSDT's (5%) - Técnicos administrativos (11%) - Assistentes operacionais (42%)	- 59% ♂ - 41% ♀	55% com idade entre 36 e 45 anos	42% com entre 11 a 20 anos de experiência profissional	-

Duarte & Pinto- Gouveia, 2016	n=48	Enfermeiros	- 88% ♀ -12% ♂	41 anos (média)	12 anos (média)	Norte e Centro (2 hospitais centrais)
Duarte & Pinto- Gouveia, 2017	n=298	Enfermeiros	- 82% ♀ -18% ♂	37 anos (média)	15 anos (média)	(5 hospitais públicos)
Duarte & Pinto- Gouveia, 2017	n=221	Enfermeiros	- 91% ♀ -9% ♂	39 anos (média)	16 anos (média)	-
Duarte & Pinto- Gouveia, 2017	n=48	Enfermeiros	- 89% ♀ -11% ♂	41 anos (média)	12 anos (média)	Norte e Centro (2 hospitais centrais)
Duarte <i>et al</i> , 2016	n= 280	Enfermeiros	- 81% ♀ -19% ♂	37 anos (média)	14 anos (média)	Norte e Centro (hospitais públicos)
Gama <i>et al</i> , 2014	n=360, mas só foram tidos em conta 101 participantes (de oncologia e cuidados paliativos)	Enfermeiros - medicina interna (53%) - oncologia (14%) - hematologia (19%) - cuidados paliativos (14%)	- 87% ♀ - 13% ♂	30 anos (média)	7 anos (média)	Lisboa (5 hospitais)
Gomes <i>et al</i> , 2013	n= 96	Enfermeiros do serviço de cirurgia em doentes oncológicos de cabeça e pescoço	- 82% ♀ - 28% ♂	31 anos (média)	7 anos (média)	(3 hospitais centrais)
Hernández- Marrero <i>et al</i> , 2015	n=88	Médicos (20%) e enfermeiros (80%) de cuidados paliativos	- 82% ♀ - 28% ♂	32 anos (média)	3 anos (média)	-

Joaquim <i>et al</i> , 2018	n=211, mas só foram tidos em conta 122 participantes (de oncologia)	Médicos residentes -oncologia (58%) - hematologia (26%) - radioterapia (16%)	- 74% ♀ - 26 % ♂	28 anos (média)	Estudo realizado durante o estágio complementar	Norte (46%), Centro (20%) e Sul mais Ilhas (24%)
Pereira <i>et al</i> , 2014	n=88	Médicos (80%) e enfermeiros (20%) de cuidados paliativos	- 88% ♀ - 12% ♂	32 anos (mediana)	10 anos (mediana)	-
Santos <i>et al</i> , 2018	n=16	Médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de oncologia e hematologia	-	44 anos (média)	-	(1 hospital)

Nota: ♀- sexo feminino; ♂- sexo masculino.

Apêndice 2. Operacionalização da categorização e excertos ilustrativos dos artigos incluídos na RSL.

Categoria	Subcategoria	Operacionalização	Excertos exemplificativos
Prevalência de burnout nas amostras de profissionais de saúde de oncologia portugueses	Prevalência geral do burnout nos grupos amostrais	A prevalência de burnout expressa o número de casos de burnout nos grupos amostrais constituídos por profissionais de saúde de oncologia, num determinado intervalo de tempo.	<p>“In global, burnout prevalence was 45.2%. (...) Furthermore, it was verified that ‘dealing with patients’ and ‘work excess’ play an important role on generating higher average levels of stress “ (Joaquim <i>et al</i>, 2018, p. 319)</p> <p>“A maioria (55%) dos participantes neste estudo apresentava um risco reduzido de burnout, 30% um risco moderado, 13% um risco elevado e, finalmente, somente 3% encontravam-se em burnout. (...) Na realidade, verificámos que a maioria dos participantes evidenciava baixo risco de burnout, sendo que somente 3% exibia efetivamente esta síndrome. Todavia, a percentagem de profissionais em alto e médio risco de burnout constitui-se como preocupante, já que, se não forem implementadas medidas preventivas, estes profissionais poderão vir a desenvolver esta síndrome.” (Pereira <i>et al</i>, 2014, p. 59)</p> <p>“Professional experience had no impact on professional quality of life when the effect of age was controlled for. This result is consistent with previous findings (Gleichgerrcht and Decety, 2013; Potter <i>et al.</i>, 2010; Stamm, 2010). We also found that more time in the current position was associated with greater levels of burnout, which was not found in previous studies (e.g, Vargas <i>et al.</i>, 2014).” (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017, p. 118)</p>
	Diferenças de valores de EE, DP e RP	As subescalas de EE, DP e RP indicam a presença ou ausência de burnout nos profissionais de saúde de oncologia (Pereira <i>et al</i> , 2014).	<p>“From the various dimensions of the scale it is the depersonalization subscale that most differentiates our population of nurses, with statistically significant higher levels found in: younger nurses - age <27 years of age (t = 2.29, p < .022); gender e male (t = 2.25 p < .029); marital status e single and divorced (t = 4.63, p < .0001); less years practising as a nurse <4 years (t = 2.59, p < .01) and professional qualifications (t = 2.69, p < .008). (...) Scores obtained in the different units, found that nurses in palliative care had lower scores of emotional exhaustion and depersonalization and higher scores in the personal accomplishment subscale (Table 2).” (Gama <i>et al</i>, 2014, p. 530)</p> <p>“The results obtained from the comparison between the three specialties average values of each burnout and stress dimension are presented in Table 2. (...)This study showed that in Portugal the prevalence of burnout is high in</p>

residents of Oncology specialties and is directly associated with overwork as a stress dimension.” (Joaquim *et al*, 2018, p. 319 p. 323)

“No que se refere à dimensão de exaustão emocional, a mediana era de 18 (11-25) (nível médio), a despersonalização apresentava uma mediana de 3 (1-7) (nível baixo), e a realização pessoal e profissional era de 38 (32-43) (nível médio). (...) Do ponto de vista estatístico estas diferenças foram significativas ($p < 0,001$) (...). No que se refere aos fatores de risco de cariz sociodemográfico, e considerando a análise de regressão logística realizada, constatou-se que os profissionais que referiram professar alguma religião estavam menos suscetíveis ao burnout quando comparados com os que referiram não professar qualquer religião ($p = 0,005$; $OR = 0,155$, 0,044-0,548 IC 95%). Por sua vez, os profissionais que possuíam formação pós-graduada em cuidados paliativos estavam igualmente menos propensos a desenvolver esta síndrome ($p = 0,011$; $OR = 0,101$, 0,013-0,812 IC 95%).” (Pereira *et al*, 2014, p. 59)

Associação da prevalência do <i>burnout</i> com características sociodemográficas	Algumas características sociodemográficas podem associar-se ao surgimento de <i>burnout</i> nos profissionais de oncologia.	“Results for nurses in particular also seem to suggest more burnout (specifically emotional exhaustion) in women” (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017a, p. 118) “We also found that more time in the current position was associated with greater levels of burnout, which was not found in previous studies” (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017a, p. 118)
---	---	--

Fatores influenciadores do surgimento do burnout nos profissionais de saúde de oncologia portugueses	Tomada de decisões éticas	A tomada de decisões éticas resulta da necessidade de optar pelo tratamento ou cuidado paliativo que irá garantir o máximo de qualidade de vida do doente oncológico (Hernández-Marrero <i>et al</i> , 2016).	“In fact, these professionals exhibited a low risk of developing this syndrome. This was explained by a set of protective factors related to the decision-making process followed by these teams when facing ethical dilemmas. According to the participants, the interprofessional collaboration and the interdisciplinary discussions, deliberation and decision-making processes within teams promote a sense of shared decision and properness. As a result, professionals feel that consensus is achieved and, therefore, the best decisions are found and performed accordingly. (Hernández-Marrero <i>et al</i> , 2016, p. 729).
---	---------------------------	---	---

Experiência profissional	A experiência profissional corresponde ao número de anos que o profissional de saúde de oncologia desempenha a sua atividade laboral.	<p>“(…) the number of years of professional experience can be a stress inducing factor, since the lack of experience associated with routinization of procedures, work overload, the obligation to be empathically available for patients and families, the lack of preparation in communication and lack of time in care management, may make this group of nurses more apprehensive, anxious and afraid to make mistakes.” (Gama <i>et al</i>, 2014, p.529)</p> <p>“The results of the linear regression analysis suggest that Portuguese health professionals who have high levels of emotional exhaustion are characterized with low levels of functional coping, less years of experience in Oncology care, and report a greater amount of hours worked per week. Emotional exhaustion may occur as a consequence of poor adaptive strategies of coping enacted to deal with work-related stressors. Health care professionals with less work experience in Oncology show high levels of emotional exhaustion. We hypothesized that work experience may help health professionals developing functional coping strategies to deal with work-related stressors. This is supported by the association between functional coping and the years of work in Oncology clinics. In addition, work experience in such settings may change health professionals’ perception and attitudes towards their job⁴³. For instance, as age progresses the health professionals might improve their confidence in work tasks, which reduces their vulnerability to work-related stressors.” (Cumbe <i>et al</i>, 2017, p.124)</p>
Formação específica	Os planos de estudo e conteúdos programáticos de cursos relacionados com oncologia normalmente contemplam a temática do burnout e/ ou gestão emocional dos profissionais, conforme recomendações nacionais e internacionais neste domínio (Pereira <i>et al</i> , 2014).	“(…) é expectável que os profissionais com maior formação em cuidados paliativos estejam mais conscientes dos objetivos e finalidade do trabalho que realizam, pelo que a morte não será vista como uma derrota, mas sim parte integrante do trabalho realizado.” (Pereira <i>et al</i> , 2014, p.62)

Dimensão religiosa	Os participantes das amostras são divididos em dois grupos: os que professam alguma religião e os que não têm qualquer tipo de crença.	“Por um lado, a dimensão religiosa, que considerando os resultados encontrados parece funcionar como um fator protetor de burnout. Tal pode resultar pela atribuição de sentido face ao trabalho que pode ajudar a construir a vários níveis: vivência da profissão como uma vocação; convicção de que o trabalho realizado cumpre um propósito maior; crença na existência de uma vida para além da morte.” (Pereira <i>et al</i> , 2014, p.62)
Conflitos com os colegas	Os conflitos entre colegas surgem do antagonismo de ideias/escolhas.	“...the pressure of professional relations, particularly competition and rivalry, but also the lack of support from colleagues in difficult situations; the fear of showing “weakness” while sharing problems and concerns with colleagues. This author states that caring for a terminally ill patient can cause crises of anguish, which can lead to poor patient care.” (Gama <i>et al</i> , 2014, p.528)
Relacionamento interpessoal	O relacionamento interpessoal define-se pela ligação entre duas ou mais pessoas dentro de um determinado contexto, neste caso, são profissionais de oncologia portugueses em contexto laboral.	“Nurses are regularly confronted with situations that cause emotional fluctuations and enhance stress, of which the main causes identified are contact with the fear, illness and death of a patient and contact with the patient’s relatives. (...)The exhaustion subscale is mainly determined negative and sequentially by PIL dependent attachment style and the fear of death attitude (DAP-R). (...) While caring for the terminally ill may prove to be a terrifying experience for some nurses, for others it can result in an enriching experience that awakens to life, allows its analysis and the imagining of its end but also of its purpose and leads to the re-evaluation of meaningful relationships.” (Gama <i>et al</i> , 2014, p, 528 p.532)
Empatia com o doente	A empatia ativa-se ao observar ou imaginar o estado afetivo de outra pessoa, neste caso, o doente oncológico, que leva a desencadear uma resposta afetiva isomórfica (Duarte <i>et al</i> , 2016).	“Findings from this study suggest that oncology nurses who are most vulnerable to burnout and compassion fatigue are those who have difficulties regulating their negative internal states, indicated by their low levels self-compassion and high levels of experiential avoidance. These nurses are also less empathic but at the same time experience high levels of distress when witnessing others' suffering. Given the nature of their work, the ability to empathize with their patients and to manage one's emotions is crucial to provide effective care, to promote patients' satisfaction and also to cultivate one's wellbeing and satisfaction with work. Thus, training programs aimed at improving professional wellbeing should include components targeting adaptive empathy, self-

compassion and psychological flexibility.” (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017a, p.119)

“This result suggests that having an ability to infer others' thoughts and feelings while understanding that they may differ from an individual's own may be protective for burnout (...)”(Duarte & Pinto-Gouveia, 2017b, p.45)

“Although empathy is one of the core values in nursing, if not properly balanced it can also have detrimental consequences (...).Current approaches converge to consider empathy not as a single ability but a complex socio-emotional competency that encompasses different but interacting components.” (Duarte *et al*, 2016, p.1 p.2)

Satisfação laboral A satisfação laboral é um construto complexo e multifatorial que inclui diferentes elementos relacionais, do ambiente e contexto organizacional do profissional de oncologia (Bordignon *et al*, 2015).

“Cabe destacar que o conceito de satisfação profissional remete à reação afetiva para com o trabalho, resultante da comparação entre os resultados reais com aqueles que são almejados e merecidos, incorporando “três atributos – autonomia, relacionamento interpessoal e cuidado ao paciente (Bordignon *et al*, 2015, p. 926)

“For job satisfaction, doctors presented the highest mean scores; nurses showed higher scores than health technicians; and nurses and health and administrative technicians scored higher than operational assistants.” (Dias *et al*, 2017, p. 666)

Tratamento e prevenção do burnout em profissionais de saúde de oncologia portugueses

-

A junção da medicina tradicional (conjunto de práticas de saúde utilizadas num determinado país) com a medicina alternativa (conjunto de práticas de saúde complementares aos tratamentos de saúde tradicionais) pode trazer benefícios aos profissionais de oncologia portugueses.

“Research on the mechanisms of change underlying the effects of MBIs on psychological functioning is a complex yet a crucial task in order to improve the quality, delivery and effectiveness of the interventions, develop the theoretical underpinnings of mindfulness and MBIs and inform the direction of future research. (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017c, p. 131)

“Acupuncture is an integral part of Traditional Chinese medicine and defined as a reflex therapy in which the nociceptive stimulus of the point of acupuncture triggers responses in other areas of the body. Reiki is a complementary therapy that uses a healing system characterized by the laying on of hands on human bodies with the intention to re-establish the physical, mental and spiritual balance. As both therapies have demonstrated efficacy in the treatment of anxiety and stress, a study was conducted in order to evaluate the role of these therapies in the Burnout and Stress prevention of healthcare professionals working in a busy Oncology and Hematology Department in a Portuguese hospital – Centro Hospital de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG). (...)The results of our study suggest that acupuncture and Reiki have potential to reduce the prevalence of burnout and occupational stress related to cancer care. Furthermore, we underline the qualitative opinions registered among participants when completing the questionnaire, after acupuncture and Reiki sessions. Initially all felt a mixture of curiosity and scepticism but, in the end, all unanimously express their willingness to continue to have acupuncture and Reiki treatments because this experience make them to restore inner peace and balance. Furthermore, it should be stressed that participants reported, at the end of the treatment, an improvement of debilitating symptoms such as migraines, premenstrual syndrome, breathing difficulties, nausea related to pregnancy and osteoarticular pain.” (Santos *et al*, 2018, p.2 p.3)

“Mindfulness-based interventions (MBIs) are designed to teach participants to become more aware of thoughts, feelings and body sensations, while approaching these internal states with a nonjudgmental curiosity. Mindfulness practice allows for greater awareness of the present moment, and helps cultivate healthier and adaptive ways of responding to stress, rather than habitual and often maladaptive reactions. The cultivation of concentration, attention, and non-judgemental acceptance of whatever is being experienced in the present moment is central to the practice of mindfulness. (...) The intervention is a 6-week mindfulness-based group intervention, based generally on the principles and exercises of Mindfulness-Based Stress Reduction. The length of the program was adapted to make it easier to incorporate into nurses’ work schedule. Key themes and practices were selected so as

to fit into six sessions. Each session introduced a new theme and a different practice. In the first four sessions participants were taught mindfulness of the breath, body, (difficult) emotions and thoughts. The last two sessions dealt with loving-kindness and interpersonal relationships and covered mindful communication, the loving kindness meditation practice, and a closing reflection. The final intervention consisted of six, two-hour group sessions, each of which included a didactic section and experiential exercises. The mindfulness-based program is outlined in Fig. 1. Participants received a CD with guided meditation exercises with different lengths, which they were instructed to practice at home for at least 15 min per day. They also received a manual that summarised key points from the sessions, clarified homework requirements, and included a daily recording of their practice for each week. (...) Results also suggested that nurses receiving the mindfulness training reported significant decreases in burnout and stress, and greater satisfaction with life, while nurses in the comparison condition didn't present significant changes in these variables. (...) Results suggested that the nurses who practiced more showed greater decreases in burnout and depression, and greater increases in selfcompassion when compared to the nurses' who practiced less." (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016, p.99 p.100 p.105)

Anexos

Anexo 1. Prestação de serviços de oncologia em Portugal, no ano de 2013 (SNS, 2016).

Instituições	Lotação para internamento	Taxa de ocupação	Número de doentes saídos	Número de sessões de quimioterapia realizadas
ARS Alentejo				
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	4	95%	128	3584
ARS Algarve				
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	11	78%	279	9682
ARS Centro				
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	10	75%	234	1167
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	22	73%	825	13.564
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	2	100%	90	1.041
Instituto Português Oncologia de Coimbra, EPE	40	75%	1.864	10.532
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	6	23%	258	820
ARS Norte				
Centro Hospitalar de São João, EPE	-	-	413	13.971

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	-	-	5	3.536
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	28	83%	845	4.341
Instituto Português Oncologia do Porto, EPE	63	86%	1.909	28.836
Hospital de Braga, PPP	-	-	774	7.569
ARS LVT				
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	11	81%	314	3.087
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	3	94%	62	8.161
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	7	128%	257	4.113
Hospital Garcia de Orta, EPE	13	80%	341	7.111
Instituto Português Oncologia de Lisboa, EPE	46	105%	2.425	23.634
Hospital de Loures, PPP	-	-	3	-

Nota: EPE- Entidade Pública Empresarial; PPP- Parceria Público-Privada; SPA- Setor Público Administrativo

Anexo 2. *Esquema do plano de intervenção de mindfulness (Duarte & Pinto Gouveia, 2016).*

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Week 6
Theme	Introducing mindfulness	Mindfulness of the body	Dealing with (difficult) emotions	The content of the mind	Compassion and loving-kindness	Mindful communication Keeping the practice alive
Exercises	Raisin exercise Sitting meditation with focus on the breath	Body scan meditation	Sitting meditation with awareness of breath and emotions 3-minute breathing space	Sitting meditation with awareness of breath and thoughts	Loving-kindness mediation focused on the self and others	Mindful communication exercises How to take better care of myself Letter to future me
Homework	Sitting meditation with focus on the breath Routine activity Eat one meal mindfully	Body scan or walking meditation Sitting meditation with awareness of breath and sensations New routine activity Pleasure events diary	Body scan or sitting meditation 3-minute breathing space Negative events diary	Body scan or sitting meditation 3-minute breathing space	Loving-kindness mediation Body scan or sitting meditation 3-minute breathing space	Continuing formal and informal mindfulness practice