



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

*BURNOUT* EM ENFERMEIROS DE UNIDADES DE  
CUIDADOS INTENSIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA  
DA LITERATURA

*Miguel de Sousa Noronha e Vasconcelos*

Porto, setembro 2021



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

*BURNOUT* EM ENFERMEIROS DE UNIDADES DE CUIDADOS  
INTENSIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

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

*Miguel de Sousa Noronha e Vasconcelos*

Trabalho realizado sob a orientação de

Prof. Dr. Camilo Valverde

Prof. Dra. Isabel Guimarães

Porto, setembro 2021



## **Resumo**

**Enquadramento:** O *burnout* ocorre quando se reúnem determinadas condições organizacionais, individuais e sociais, que não permitem que o indivíduo dê uma resposta adequada ao *stress* laboral a que está sujeito, e envolve três dimensões: exaustão emocional (EE), despersonalização (DEP) e realização pessoal (RP). Os enfermeiros que trabalham nas UCIs estão suscetíveis a sofrer de *burnout* devido a inúmeros fatores que vão desde o ter que completar um elevado número de tarefas num reduzido espaço de tempo, às pressões da carga de trabalho, aos conflitos e decisões éticas, ao sentimento de inadequação do cuidado, ao elevado número de casos de pacientes em fim de vida, aos conflitos e decisões éticas e aos turnos de trabalho.

**Metodologia:** Foi conduzida uma Revisão Sistemática de Literatura, com o intuito de dar resposta à questão de investigação “Como é que o *burnout* afeta os enfermeiros das Unidades dos Cuidados Intensivos?”. Foram utilizadas as bases de dados “EBSCO” e “PubMed”, filtrando os artigos apenas publicados entre 2017 e 2021, de onde foram extraídos 14 artigos que constituem a amostra.

**Resultados:** Através da análise realizada aos artigos utilizados, não foi possível compreender na sua totalidade e de forma generalizada, como se exprime a incidência do *burnout* nos enfermeiros, devido ao facto de esta variar consoante o país e a região do país em questão. Foi possível entender e enumerar variados fatores pessoais e organizacionais que poderão estar na origem do *burnout*. Finalmente, relativamente à prevenção e ao tratamento desta condição foram apontadas técnicas de *mindfulness* e técnicas cognitivo-comportamentais aliadas ao estilo de liderança, à forma como são geridos os recursos humanos existentes e ao suporte social que existe no trabalho.

**Conclusão:** Foi possível traçar linhas orientadoras que levam à compreensão do *burnout* nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e, conseqüentemente, compreender quais são algumas das melhores práticas conhecidas, que poderão prevenir e mitigar esta condição do *burnout*.

**Palavras-Chave:** *burnout*, enfermeiros, cuidados intensivos, União Europeia

## **Abstract**

**Background:** Burnout occurs when certain organizational, individual, and social conditions are met, which do not allow the individual to give an adequate response to the work stress they are subject to, and involves three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment. Nurses working in ICUs are susceptible to burnout due to numerous factors ranging from having to complete a high number of tasks in a reduced amount of time, to workload pressures, conflicts and ethical decisions, to the feeling of inadequate care, the high number of cases of end-of-life patients, conflicts and ethical decisions and work shifts.

**Methodology:** A Systematic Literature Review was conducted in order to answer the research question "How does burnout affect nurses in Intensive Care Units in the European Union?". The "EBSCO" and "PubMed" databases were used, filtering the articles published between 2017 and 2021, from which 14 articles that make up the sample were extracted.

**Results:** Through the analysis of the articles, it was not possible to fully and universally understand how the incidence of burnout in nurses is expressed, due to the fact that it varies according to the country and region of the country in question. It was possible to understand and enumerate various personal and organizational factors that may be at the origin of burnout. Finally, regarding the prevention and treatment of this condition, mindfulness techniques and cognitive-behavioral techniques were pointed out, combined with the leadership style, the way in which existing human resources are managed and the social support that exists at work.

**Conclusion:** It was possible to draw guidelines that lead to the understanding of burnout in the Intensive Care Units (ICU) and, consequently, understand what are some of the best known practices that can prevent and mitigate this burnout condition.

**Keywords:** burnout, nurses, intensive care, European Union

## **Lista de Abreviaturas**

DEP- Despersonalização

EE- Exaustão emocional

GRH- Gestão de Recursos Humanos

MBI- *Maslach Burnout Inventory*

PSPT- Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

RH- Recursos Humanos

RP- Realização pessoal

RSL- Revisão Sistemática de Literatura

UCI- Unidades de Cuidados Intensivos

UE - União Europeia

## Índice

Introdução.....	10
CAPÍTULO I. Enquadramento teórico .....	12
1.1. Operacionalização do conceito de <i>burnout</i> .....	13
1.2. Antecedentes e causas do <i>burnout</i> .....	17
12.1. Características individuais.....	17
12.2. Condições de trabalho e problemas organizacionais.....	18
12.3. Qualidade das relações de trabalho .....	18
12.4. Requisitos de cuidados clínicos.....	19
1.3. Consequências do <i>burnout</i> .....	20
13.1. Qualidade da prestação do serviço .....	20
13.2. Qualidade do estado físico e mental nos indivíduos .....	21
13.3. Custos económicos .....	22
1.4. Prevenção e tratamento do <i>burnout</i> .....	23
1.5. Enquadramento legal do <i>burnout</i> .....	27
CAPÍTULO II. Metodologia .....	34
2.1. Revisão Sistemática de Literatura .....	35
2.2. Protocolo.....	35
2.3. Recolha de dados .....	36
2.4. Seleção dos artigos .....	37
CAPÍTULO III. Apresentação e discussão de resultados .....	44
3.1. Incidência do <i>burnout</i> nos enfermeiros das UCI.....	48
3.2. Fatores pessoais que propiciam o aparecimento do <i>burnout</i> nos enfermeiros das UCI53	
3.3. Fatores organizacionais que propiciam o aparecimento do <i>burnout</i> nos enfermeiros das UCI 55	
3.4. Prevenção do <i>burnout</i> nos enfermeiros das UCI.....	58
3.5. Tratamento do <i>burnout</i> nos enfermeiros das UCI .....	60
Conclusão .....	64
Referências bibliográficas .....	70
Apêndice.....	84
Apêndice 1. Operacionalização dos temas e excertos ilustrativos dos artigos incluídos na amostra da RSL .....	84
Apêndice 2. Caracterização metodológica dos estudos incluídos na amostra da RSL.....	98



## Índice de tabelas

Tabela 1. Síntese integradora do Capítulo I .....	29
Tabela 2. Pesquisa bases dados .....	37
Tabela 3. Identificação dos temas e subtemas dos artigos incluídos na Revisão Sistemática de Literatura .....	41
Tabela 4. Processo de categorização dos artigos incluídos na Revisão Sistemática de Literatura e apresentação de excertos exemplificativos .....	45
Tabela 5. Valores de <i>burnout</i> .....	50

## **Índice de ilustrações**

Figura 1. Diagrama de Prisma.....	39
-----------------------------------	----

## Introdução

As profissões de saúde estão estreitamente associadas ao *burnout* e, pela especificidade do contexto em que os profissionais de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se encontram, esta exposição é ainda mais clara e notória, uma vez que os profissionais têm uma agravante no que concerne aos fatores de *stress* no trabalho, acabando por descurar a atenção que deveriam alocar na manutenção do seu bem-estar e das suas necessidades psicológicas, bem como nas necessidades dos seus colegas. Este tipo de atividade possui, assim, um cariz muito peculiar quando se compara este ambiente de trabalho tão desafiante com outro tipo de unidade de cuidados. Entre alguns exemplos possíveis de fatores de *stress* que compõem este ambiente, destacam-se: a pressão de tempo, a sobrecarga excessiva de trabalho, o sofrimento adjacente à tomada de decisões éticas e delicadas, os conflitos interpessoais existentes, o elevado *turnover* de pacientes e o desenvolvimento de respostas negativas, a nível emocional, que advém da contínua exposição ao sofrimento e à morte de pacientes (Moss et al., 2016).

A pertinência do estudo desta temática, é acentuada pelo contexto pandémico atual em que nos inserimos. A crise assistida desde o aparecimento do COVID-19, colocou uma pressão e uma exigência desmesurada nos recursos que contemplam as UCIs em todos os pontos do mundo. Esta pressão potenciou o aumento do risco de *burnout* e destacou uma variável, que se prende com a globalização e com a incerteza inerente às suas consequências para o trabalho dos profissionais de saúde.

O propósito desta RSL é, então, possibilitar dar resposta à questão “Como é que o *burnout* afeta os enfermeiros das Unidades dos Cuidados Intensivos?”. Para isto, foi realizada a Análise de Conteúdo dos 14 artigos que compõem a amostra e que foram cuidadosamente selecionados. Para efeitos de comparabilidade, a investigação foi restringida ao espaço da UE e países próximos, como a Suíça. A investigação realizada no Reino Unido foi igualmente incluída na amostra, já que até 31 de janeiro de 2020 manteve o seu estatuto de Estado membro da EU. É esperado que esta RSL possibilite uma melhor compreensão da temática do *burnout*, e de toda a sua envolvência. Fundamentalmente, e devido ao facto de esta RSL se inserir no âmbito do mestrado em Gestão de Recursos Humanos, esta revisão visa encontrar formas de intervenção destinadas a prevenir e de tratar o *burnout* nos enfermeiros de UCIs, de forma que seja incitada a promoção do bem-estar generalizada nos profissionais, levando a que esta promoção se repercuta numa prestação de cuidados o mais adequada à necessidade do paciente, e que culmina no desenvolvimento e evolução dos serviços de saúde das UCIs.

No que diz respeito à estrutura da RSL, esta encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo tem o papel de contextualização da temática em causa. Por sua vez, este capítulo encontra-se dividido em cinco pontos cujo intuito passa por: operacionalizar o conceito de *burnout*; descrever quais são os antecedentes e as causas do *burnout*; demonstrar que consequências estão associadas ao *burnout*; orientar para a prevenção e para o tratamento do *burnout*; compreender o seu enquadramento legal na União Europeia (UE).

O segundo capítulo engloba as opções metodológicas que asseguram o rigor ao longo de todo o processo e que possibilitam a ligação entre todos os capítulos que compõem a RSL e que a tornam fluída no seu conteúdo, que vai desde os critérios utilizados no momento da pesquisa inicial, até à análise de conteúdo dos artigos selecionados para a amostra.

O terceiro capítulo abrange a apresentação e a discussão de resultados e encontra-se igualmente dividida em cinco pontos: a incidência do *burnout* nos enfermeiros de UCI; os fatores pessoais que favorecem o surgimento do *burnout*; os fatores organizacionais que propiciam o aparecimento do *burnout*; as práticas de Gestão de Recursos Humanos (GRH) promovidas na prevenção do *burnout*; as práticas aplicadas no tratamento do *burnout*.

Finalmente, a conclusão visa destacar as conclusões que a literatura disponibiliza, identificando os pontos-chave que merecem uma atenção redobrada, ao mesmo tempo que aponta para sugestões de oportunidades dirigidas à comunidade de investigação e para *gaps* que não foram ainda colmatados na literatura e na abordagem ao tema em questão.

## **CAPÍTULO I. Enquadramento teórico**

Este capítulo tem o papel de contextualização da temática em causa, o *burnout* nos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos. Os profissionais que laboram neste contexto estão sujeitos a fatores de *stress* constantes e que são inerentes ao ambiente de UCI. Nestes incluem-se, por exemplo, os conflitos interpessoais, os horários rotativos e noturnos, as complexas tomadas de decisão, a rápida rotatividade de pacientes e, finalmente, a mortalidade de pacientes.

Assim sendo, este capítulo encontra-se dividido em cinco pontos cujo intuito passa por: operacionalizar o conceito de *burnout*; descrever os antecedentes e as causas do *burnout*; demonstrar as consequências inerentes ao *burnout*; orientar para a prevenção e tratamento do *burnout*; compreender o seu enquadramento legal a nível da União Europeia. Finalmente, foi elaborada uma síntese integradora do Enquadramento Teórico, com o intuito de constituir um referencial na orientação da análise da Revisão Sistemática de Literatura.

### **1.1. Operacionalização do conceito de *burnout***

O conceito de *burnout* surgiu na década de 70, por Herbert J. Freudenberger (1974), quando este se apercebeu que um grande número de colaboradores que trabalhavam consigo apresentavam algum desânimo, seguido de desmotivação e, finalmente, exaustão física e mental. Foi durante esse período que começaram a surgir hipóteses sobre o aumento de pressões e, conseqüentemente, do *stress* laboral, principalmente nos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (Roque, 2012). Na década de 1980, as psicólogas Cristina Maslach e Susan Jackson começaram a estudar as emoções dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho e definiram *burnout* como fadiga física e emocional que resulta numa diminuição ou perda da motivação para com o trabalho que pode evoluir para exaustão total e para uma sensação de fracasso (Maslach & Jackson, 1981).

O *burnout* é uma síndrome deveras complexa e extensamente estudada entre os profissionais de saúde. Pode ser definida na sua multidimensionalidade como: exaustão emocional (EE), entendida como a incapacidade dos profissionais de se dedicarem mais, descreve a sensação de estar emocionalmente sobrecarregado e exausto pelo trabalho; despersonalização (DEP), definida como o estabelecimento de relações frias, distantes e cínicas para com os restantes indivíduos; e reduzida realização pessoal (RP) no trabalho, caracterizada tanto por um sentido de frustração como de insatisfação com o trabalho (Maslach et al., 1996). Elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização e um reduzido nível de realização pessoal são característicos do *burnout*. O *burnout* apresenta sintomas específicos tais como irritabilidade, dores musculares, falta de apetite, exaustão mental e física (Maslach & Jackson, 1986). Alguns profissionais conseguem lidar com os sintomas, mas aqueles que não se adaptam às condições de trabalho no longo prazo, ao número insuficiente de profissionais e a uma comunicação deficiente tendem a sentir-se desgastados física e emocionalmente (Darban et al., 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2019), as pessoas com *burnout* sentem-se exaustas com regularidade, e tendem também a sentir-se mais distantes ou cínicas em relação ao trabalho. Não raras vezes, estas têm um desempenho consideravelmente pior no trabalho, colocando os seus pacientes em risco. Em 2016, a Critical Care Societies Collaborative reuniu um grupo de trabalho para chamar a atenção para as questões de saúde psicológicas e de bem-estar nos prestadores de cuidados intensivos. Esta declaração oficial de “Chamada para Ação” definiu o *burnout* como uma resposta individual a eventos específicos relacionados com o trabalho que se manifestam em pessoas que não têm distúrbios psicológicos básicos (Moss et al., 2016).

Em 1981, Maslach e Jackson criaram a escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI), sendo esta a mais utilizada em estudos empíricos sobre este tema, que equaciona três dimensões *core* do *burnout* já apresentadas: exaustão emocional (EE), despersonalização (DEP) e realização pessoal no trabalho (RP). Inicialmente, foi desenhada a MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) com a finalidade de ser utilizada com pessoas que trabalham nos serviços humanos e nos cuidados de saúde. Uma segunda versão foi desenvolvida para uso em pessoas que trabalham em ambientes ligados à educação (o MBI-Educators Survey, ou MBI-ES). Finalmente, e devido ao crescente interesse do *burnout* em profissões que não são tão claramente orientadas para as pessoas, foi desenvolvida uma terceira versão geral do MBI (o MBI-General Survey, ou MBI-GS), permitindo a sua utilização em todos os trabalhadores independentemente das diferentes profissões. Quanto à sua constituição, o MBI está dividido pelas três subescalas referidas em cima, e é composto por 22 afirmações cujo foco se encontra nas atitudes e sentimentos relativos ao trabalho e aos clientes. As respostas são avaliadas pelo indivíduo relativo à frequência com que cada sentimento ocorre que varia entre 0 (“Nunca”) a 6 (“Todos os dias”) (Maslach & Jackson, 1981).

No pólo oposto do *burnout*, encontra-se o conceito de *work engagement*. Schaufeli et al. (2002, p. 74) definiram o *work engagement* como “um estado de espírito positivo para com o trabalho, caracterizado por vigor, dedicação e absorção”. Trabalhadores com níveis de *engagement* elevados demonstram ter atitudes positivas em relação ao seu trabalho e à sua organização, incluindo satisfação no trabalho e compromisso com a empresa, e não mudam de emprego com frequência (Schaufeli & Bakker, 2004). Para além disso, aqueles cujo *work engagement* é elevado, exibem avultados níveis de motivação direcionados para a aprendizagem bem como comportamentos proativos (Sonnentag, 2003) e trabalham incessantemente mesmo quando se sentem cansados porque têm gosto no seu trabalho, descrevendo a fadiga como agradável pois associam-na a conquistas positivas (Schaufeli & Salanova, 2008).

Estudos em enfermeiros demonstraram que as recompensas/prémios, controlo e autonomia sobre o seu trabalho (Van Bogaert et al., 2017), suporte social por parte dos colegas e chefias e colaboração na relação enfermeiro-médico (Van Bogaert et al., 2017) estão positiva e significativamente associados com o *work engagement*. Para Pfeffer (2019), se o objetivo é potenciar o *work engagement*, o foco tem de estar na capacidade de dar ao colaborador a autonomia de trabalho e o suporte social necessários.

Ao contrário do que se pode pensar, os indivíduos, quando expostos a *stress* prolongado que deriva do trabalho, não desenvolvem *burnout* necessariamente. Isto acontece se os níveis

de realização pessoal, motivação e comprometimento se mantiverem, sendo possível desencadear mecanismos eficazes para neutralizar os efeitos do *stress* (Gandi et al., 2011). No entanto, é importante reforçar que o *burnout* não é o mesmo que depressão, uma vez que o primeiro afeta apenas a esfera profissional ou de trabalho, enquanto a depressão envolve aspetos da vida quotidiana da pessoa (Schaufeli, 2009).

Variados são os estudos que possibilitam a visualização e compreensão, a nível da União Europeia, da expressão da incidência do *burnout* nos enfermeiros das UCI. Assim sendo, e aglomerando alguns exemplos, em 2007, Poncet e os seus colaboradores, conduziram em França, um questionário em 278 UCIs a 2.497 enfermeiros, sendo que em 33% dos participantes se verificou a existência de *burnout*. Num estudo realizado na Suíça em membros do *staff* de enfermeiros de UCI, 28% dos 93 profissionais inquiridos, demonstraram possuir elevado nível de *burnout*, 37% situavam-se no nível médio de *burnout* e 35% no nível mais reduzido (Verdon et al., 2007).

Lederer e os seus colaboradores (2008), conduziram um estudo em cinco UCIs na Áustria, com um total de 153 profissionais, dos quais 150 eram enfermeiros e 33 médicos. Deste total, 34,4% encontravam-se em risco de possuir *burnout* (possuíam alta EE ou alta DEP ou falta de RP) e 6% demonstraram evidências claras de possuírem *burnout* em estado avançado (Lederer et al., 2008). Os números encontrados na Alemanha por Goetz e os seus colaboradores (2012) revelam níveis inferiores, no entanto, o *burnout* foi encontrado em 17,7% dos casos em 86 enfermeiros possíveis (Goetz et al., 2012).

Num estudo em maior proporção realizado no Chipre, 1482 enfermeiros, que trabalhavam tanto no setor público como privado, foram inquiridos (incluindo enfermeiros de UCI) tendo sido encontrada a presença de elevada EE em 21,5% dos participantes, elevada DEP em 33% dos enfermeiros e 30,7% de alta RP. Este estudo, pela amostra que contemplava, foi elucidativo da elevada percentagem da população de enfermeiros do Chipre com problemas que condicionam o seu bem-estar. Em jeito de curiosidade, os elevados níveis de *burnout* estão mais associadas com as seguintes variáveis: fadiga, idade e *stress* relacionado com o trabalho (Raftopoulos et al., 2012). Karanikola e os seus colaboradores (2012), realizaram um estudo em cinco hospitais públicos e três privados na Grécia. Os resultados obtidos por estes autores indicam que, em 152 participantes, a média dos níveis de EE e de DEP se encontravam moderadas (9,3 e 23,8, respetivamente) e o valor médio da RP encontrava-se baixo (33,8). Finalmente, mas igualmente importante, 25% dos participantes mencionaram sentir sintomas severos de *burnout* (Karanikola et al., 2012).

Em Portugal, foi conduzido um estudo com 219 enfermeiros das UCIs, tendo-se averiguado a incidência do *burnout* nos mesmos. Os resultados demonstraram que estes sofriam de EE elevada em 34,2% dos casos, de DEP elevada em 24,7% da amostra e de RP reduzida em 19,2% dos enfermeiros inquiridos (Teixeira et al., 2013b). Num outro estudo realizado em Portugal, entre 2011 e 2013, a 1262 enfermeiros e 466 médicos, foi reportado que 47,8% dos profissionais de saúde apresentaram *burnout* elevado e 21,6% apresentaram moderado. Neste caso em concreto, o principal indicador desta condição nos profissionais de saúde portugueses é a percepção de más condições (Marôco, 2016).

A composição das UCI tem um carácter exclusivo no que concerne a todo o espectro dos cuidados de saúde. O cuidado médico é realizado em UCI por equipas compostas por intensivistas, enfermeiros de cuidados intensivos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais médicos. Os pacientes que possuam qualquer doença que os coloque em risco de vida, podem ser admitidos nas UCIs. Os enfermeiros que trabalham nas UCIs sentem muita tensão, uma vez que têm de completar muitas tarefas num reduzido espaço de tempo, coadunando com todo o excesso de informação que recebem e que têm de ser capazes de assimilar (Sorlie et al., 2005). Estes profissionais enfrentam um elevado risco de *burnout* devido não só às pressões da pesada carga de trabalho, mas também por causa da chamada fadiga de compaixão, que está associada à carga psicológica inerente aos conflitos, ao sentimento de inadequação do cuidado, e do elevado número de casos de pacientes em fim de vida (Poncet et al., 2007). Os enfermeiros das UCI cooperam de perto com os médicos, bem como com outros colegas enfermeiros e interagem com a família dos pacientes. Essas colaborações podem levar a conflitos éticos, em particular quando os enfermeiros não se sentem suficientemente envolvidos nas decisões médicas. As condições específicas de trabalho dos enfermeiros de UCI, torna-os vulneráveis ao *burnout*. Os turnos noturnos, o *stress* relacionado com o trabalho, o número de dias de folga, os conflitos com colegas ou pacientes, o relacionamento com os seus supervisores e a organização influenciam no risco de existência de *burnout*, entre enfermeiros de UCI em particular. (Falcó-Pegueroles et al., 2016).

De forma sucinta, como resposta à exposição ao *stress* crónico, em contexto de UCI, o colaborador pode não ser capaz de criar estratégias adaptativas para lidar com este, podendo assim, surgir o *burnout*, em que o colaborador se inicia com um distanciamento e desapego ao nível da emoção, relativamente ao seu trabalho e às relações inerentes, passando para o desenvolvimento de comportamentos desadequados e desalinados com o seu trabalho.

## **1.2. Antecedentes e causas do *burnout***

A enfermagem é uma das profissões com maiores níveis de *stress* associados. É comum presenciar o *burnout* em profissionais de saúde, principalmente na área da enfermagem (Markwell et al., 2015). No que diz respeito aos antecedentes do *burnout* nos enfermeiros, pesquisas realizadas em grandes populações de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem das UCIs, especificamente, foi possível denotar variados fatores associados ao *stress* e *burnout*, que vão desde o impacto das características sociodemográficas ou pessoais (por exemplo, a idade, sexo, estado civil) até ao impacto nos enfermeiros desde as longas horas de trabalho, reduzida remuneração, complexidade dos procedimentos (Abdo et al., 2015). Moss e os seus colaboradores (2016), categorizaram estes fatores em quatro grandes domínios: características individuais; carga de trabalho e problemas organizacionais; qualidade das relações de trabalho; e requisitos de cuidados clínicos (Moss et al., 2016).

### **1.2.1. Características individuais**

A principal característica individual associada ao aumento do risco de *burnout* entre os médicos está associada ao sexo, neste caso o feminino. As mulheres médicas apresentam aproximadamente 60% de aumento na taxa de *burnout* em comparação com os médicos homens no “Physician Work Life Study”, que incluiu quase 6.000 médicos nos Estados Unidos (McMurray, 2000). Por outro lado, o facto de os enfermeiros serem mulheres não foi associado, de forma consistente, à presença de *burnout*. Possuir idade mais jovem, foi associado ao *burnout* entre os enfermeiros das UCIs (Merlani et al., 2011; Poncet et al., 2007). Este aspeto pode refletir um aumento no *stress* percecionado relacionado com a inexperiência ou a autoconfiança. Determinadas características de personalidade podem também influenciar a aparição de *burnout*. Por exemplo, num estudo realizado em enfermeiros em Espanha, o neuroticismo foi associado ao aumento da exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal. Por outro lado, extroversão e *agreeableness* eram potencialmente protetoras, pois estavam associadas a níveis de *burnout* inferiores (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Vasconcelos e os seus colaboradores (2018), observaram que a incidência do *burnout* era superior nos enfermeiros cujas idades rondavam os 22-29 anos, em enfermeiros do sexo feminino, cujo estado civil era de solteiro, e constatou-se que a maioria dos enfermeiros que sofriam de *burnout* não praticava atividade física.

### **1.2.2. Condições de trabalho e problemas organizacionais**

As condições específicas de trabalho dos enfermeiros das UCIs torna-os vulneráveis ao *burnout*. De forma semelhante aos enfermeiros de outros departamentos e especialidades, os turnos noturnos, o *stress* relacionado com o trabalho, o número de dias de folga, os conflitos com colegas ou pacientes, o relacionamento com as suas chefias e a organização influenciam no risco de *burnout* entre os enfermeiros das UCIs (Vifladt et al., 2016). O turno de trabalho foi considerado um preditor de *burnout*. Pesquisa conduzida pela “American Society of Plastic Surgeons” demonstrou que o turno noturno é considerado um fator de risco significativo para o *burnout*, demonstrando uma associação significativa com essa variável (Qureshi et al., 2015). De forma surpreendente, o grande volume de trabalho (medido pela quantidade de horas de trabalho) não demonstrou ter uma associação consistente com o *burnout*; no entanto, o *timing* em que este é trabalho é feito, demonstrou. Por exemplo, entre os enfermeiros das UCIs, a falta de controlo sobre o horário de trabalho e a rápida rotatividade de pacientes está associada ao aumento do *burnout* (Poncet et al., 2007). Por outro lado, ter atividades profissionais que não estejam diretamente ligadas com os cuidados intensivos, através por exemplo, do envolvimento num grupo de trabalho ou numa equipa de investigação, pode ser uma proteção contra o *burnout* (Poncet et al., 2007; Teixeira et al., 2013a). A presença de *burnout* também se fazia sentir em enfermeiros que, paralelamente, exerciam outro trabalho, sendo que os que mais sofriam eram os que trabalhavam entre 30 e 40 horas semanais, que tinham trabalhado nas UCIs por 2 ou 3 anos, atendiam menos de 10 pacientes por dia e não tinham recebido formação por parte do hospital. Os enfermeiros que possuíam até 25 dias de férias reportaram sofrer (quatro vezes mais) mais intensamente de *burnout* quando comparados com os enfermeiros que usufruíram de 30 ou mais dias de férias. (Vasconcelos et al., 2018).

### **1.2.3. Qualidade das relações de trabalho**

Entre médicos e enfermeiros, as relações de trabalho têm sido consistentemente descritas como um fator relevante para a motivação no trabalho. Variados estudos demonstram uma relação entre os conflitos interpessoais - entre enfermeiros e médicos, com colegas, com supervisores e com pacientes e familiares - com o aumento do risco de existência do *burnout*. A falta de autonomia dos enfermeiros, a pobre relação entre médico-enfermeiro e o reduzido controlo sobre as práticas dos enfermeiros aumentam o nível de exaustão emocional e tem uma influência negativa na perceção da qualidade dos cuidados prestados, na satisfação no trabalho e na intenção de sair do trabalho. (Nantsupawat et al. 2016). O conflito interpessoal no cuidado

de pacientes cujo estado de saúde é crítico pode levar a um estado de *stress* moral (ou seja, a incapacidade de um enfermeiro agir de acordo com seus valores devido a constrangimentos/restrições internos e externos), que tem vindo a ser relacionado com o *burnout* (Fumis et al., 2017; Mealer & Moss, 2016). Mesmo em contextos de ausência de conflitos, pontuações mais elevadas, no que diz respeito às relações médico-enfermeiro, significam menos *burnout* (Embriaco et al., 2007), sugerindo a importância da colaboração saudável e positiva como um mecanismo para proteger os profissionais de saúde.

#### **1.2.4. Requisitos de cuidados clínicos**

Cuidar de pacientes em estado de saúde crítica é, por natureza, sinónimo de *stress*, assente num ritmo assaz acelerado e potencialmente caótico. Do enfermeiro, é esperado que preste cuidados com paciência e empatia, neste ambiente carregado de *stress*, com poucos recursos e uma carga de trabalho excessiva, exigindo ao enfermeiro que encontre um equilíbrio entre todos estes fatores eficazmente (Khamisa et al., 2015). Alguns estudos entre enfermeiros das UCIs demonstraram taxas mais altas de *burnout* ao cuidar de pacientes em estado crítico e ao estarem envolvidos em decisões que envolvam a suspensão ou não de tratamentos necessários para salvar vidas (Poncet et al., 2007). Mealer e os seus colaboradores (2014), destacaram que as situações em que os profissionais se apercebem de problemas de saúde nos pacientes que, por um lado, podem ser resolvidas (com um custo elevado associado) e, por outro lado, não são reversíveis, bem como a falta de capacidade para lidar com situações extremas, como a morte, podem criar um sentimento de impotência e insatisfação profissional. Foi constatado que o *burnout* é mais comum entre enfermeiros do que nos restantes profissionais de saúde, essencialmente devido a estes fatores de *stress* que os enfermeiros experienciam no trabalho e seu contacto direto com pacientes em estado de saúde crítica, com diferentes prognósticos e diferentes graus de sofrimento (Ribeiro et al., 2014).

Em suma, verifica-se que na área da saúde, a enfermagem se destaca como uma das profissões mais desgastantes física e emocionalmente, devido às diferentes circunstâncias e pressões do exercício profissional. Os enfermeiros de cuidados intensivos sofrem dos efeitos contínuos de diversos fatores de *stress* no ambiente de trabalho e são mais suscetíveis ao *stress* ocupacional devido ao seu trabalho tenso e exaustivo (Abdo et al., 2015), que com o tempo, pode levar ao *burnout* e a outros transtornos mentais (Bianchi et al., 2014).

### **1.3. Consequências do burnout**

Segundo Freudenberg (1974), o *burnout* manifesta-se de maneiras diferentes, que variam em sintoma e grau de pessoa para pessoa. Geralmente ocorre cerca de um ano depois de algum colaborador começar a trabalhar numa organização, porque é perto dessa altura que uma série de fatores começam a entrar em jogo. Os efeitos do *burnout* são de longo alcance. Além de afetar significativamente o bem-estar dos profissionais de saúde, o *burnout* poderá constituir um problema que terá consequências adversas importantes para o atendimento dos pacientes e para o próprio sistema de saúde (Costa & Moss, 2018; Pastores et al., 2019). As UCIs caracterizam-se por gerar níveis de *stress* laboral considerável nos enfermeiros, devido à elevada procura pelos cuidados de saúde por parte dos pacientes e dos seus familiares, necessidade contínua de esforço físico e emocional, relações interprofissionais complexas e alto nível de consciência necessário para realizar o trabalho.

#### **1.3.1. Qualidade da prestação do serviço**

Para Maslach (1981), as consequências do *burnout* são potencialmente gravosas para os colaboradores, para os clientes e para as organizações com as quais eles interagem. O *burnout* pode levar a uma deterioração na qualidade do atendimento ou serviço prestado pelo *staff* responsável. Parece ter um enorme peso na rotatividade de empregos, no absentismo e provoca uma redução na moral do indivíduo. Investigação além-fronteiras demonstrou a relação entre a experiência relatada pelos pacientes e o *burnout* do *staff*. Por exemplo, num estudo realizado nos Estados Unidos com mais de 800 enfermeiros e 600 pacientes de mais de 20 hospitais, o *burnout* dos enfermeiros foi associado à satisfação do paciente. Neste estudo específico, os pacientes que foram atendidos em unidades cujos enfermeiros caracterizaram como tendo os recursos humanos adequados, bom suporte por parte das chefias e boas relações entre os grupos de trabalho, tiveram mais de duas vezes a probabilidade de que os pacientes relatassem altos níveis de satisfação com o atendimento que receberam, sendo que os enfermeiros dessas unidades relataram níveis significativamente mais baixos de *burnout* (Vahey et al., 2004). O *burnout* pode ter uma relação bidirecional com a segurança do paciente. Erros ao nível do ambiente clínico podem causar *stress* no profissional de saúde envolvido e levar ao *burnout*.

Por outro lado, o *burnout* pode causar *stress*, reduzir o desempenho e, conseqüentemente, causar um maior número de erros (Costa & Moss, 2018; Moss et al., 2016). Um grupo de investigadores na Tailândia utilizou uma amostra representativa de 2.084 enfermeiros em 94 hospitais, e investigou as associações entre *burnout* e a qualidade de

atendimento reportada. Os autores revelaram uma elevada associação com maior probabilidade de serem relatados resultados negativos por parte do paciente (Nantsupawat et al. 2016). Vahedian-Azimi e os seus colaboradores (2017), também confirmaram que erros médicos e incidentes de segurança associados ao paciente foram relacionados com o *burnout*. Estes autores confirmaram também a ideia de que a falta de autonomia do enfermeiro aumenta os incidentes na segurança do paciente e está positivamente associada ao *burnout*. Adicionalmente, o *burnout* também pode resultar em elevadas taxas de doença e uma grande dificuldade em manter recursos humanos que são mais valiosos e que, por isso, acrescentam mais valor e são mais capazes para o trabalho em questão, se os membros do *staff* sentirem que não têm opção a não ser deixar o seu emprego, de forma prematura, para preservar a sua própria saúde física e mental. Tudo isto poderá causar problemas ao nível do sistema de saúde, do indivíduo e também da segurança do paciente (Papazian et al., 2018).

### **1.3.2. Qualidade do estado físico e mental nos indivíduos**

Além disso, o *burnout* parece estar correlacionado com inúmeros índices de relatos de sofrimento pessoal, que vão desde a exaustão física, insónia até ao aumento do uso de álcool e drogas e problemas conjugais e familiares (Maslach, 1981). Como se tem observado, o *burnout* pode ter um impacto significativo na saúde e no bem-estar dos profissionais de saúde. Por exemplo, sintomas de depressão e perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT) são mais comuns em médicos e enfermeiros das UCI com síndrome de *burnout* (Seaman et al., 2018). O *burnout* pode levar a uma morbilidade física e psicológica considerável. Este poderá desencadear no desenvolvimento de depressão, absentismo, abuso de substâncias e declínio na capacidade de trabalhar. Os sintomas físicos podem incluir dor torácica não cardíaca, palpitações, falta de ar, indisposição intestinal, tonturas e dores de cabeça. O *burnout* tem sido também associado a um risco superior de enfarte do miocárdio e de doença cardíaca coronária bem como a uma diminuição da capacidade para lidar com o *stress*. Aqueles que experimentam o *burnout* podem não ser capazes de controlar a sua alimentação, com risco de obesidade e todos os problemas de saúde que se encontram associados (Wong & Olusanya, 2017).

Isto poderá ter efeitos abrangentes na vida privada do profissional de saúde, bem como na segurança do paciente. Num estudo com mais de 1.500 profissionais de 31 UCIs em França, os sintomas de depressão no *staff* de saúde foram um fator de risco independente para erros médicos (Garrouste-Orgeas et al., 2015). Existe também uma relação negativa entre a produtividade dos profissionais de saúde e o *burnout*. Esta definição de produtividade inclui

um aumento no número de dias de baixa médica, intenção de continuar a trabalhar e intenção de mudar de trabalho (Dewa et al., 2014). Um estudo realizado na Europa também demonstrou que os profissionais de saúde com *burnout* tinham probabilidades significativamente maiores de auto perceberem uma capacidade insuficiente para realizar o seu trabalho (Ruitenburg et al., 2012). Esta falta de confiança na própria capacidade poderá impactar não só a saúde mental do profissional em causa, bem como no cuidado contínuo do paciente.

### 1.3.3. Custos económicos

Embora uma solução, aparentemente fácil, possa ser a de substituir o *staff* de enfermeiros de UCIs, este pode não ser um processo tão linear e pode implicar uma redução na eficiência (Hayes et al., 2012). Uma estimativa recente sugere que os custos médios para substituir um enfermeiro das UCIs nos Estados Unidos variam entre 29.983€ a 71.978€. Desta forma, um aumento da rotatividade pode ter um impacto económico deveras significativo para os sistemas de saúde (Kurnat-Thoma et al., 2017). Em casos mais extremos, pode não haver nenhum outro candidato que esteja devidamente qualificado para realizar a tarefa, o que se tornará num risco adicional para a segurança dos pacientes (Khan et al., 2018). Wong e Olusanya (2017) também demonstram como o *burnout* acarreta custos institucionais. O custo necessário para criar um ambiente de apoio e suporte ou substituir profissional de saúde com *burnout* é significativo. Além disso, e apesar de serem custos menos quantificáveis, estes também ocorrem quando existe a saída de um colega, o que perturba o normal funcionamento das equipas de trabalho. No longo prazo, ter um ambiente de trabalho repleto de profissionais de saúde com *burnout* não será um ambiente positivo para se trabalhar, e por isso, poderá ser uma dificuldade no que diz respeito a atrair profissionais de alta qualidade necessários para prestar um atendimento excelente ao paciente. Os mesmos autores afirmam que os *trainees* que sofrem de *burnout* têm uma grande tendência para não continuar a sua carreira como profissional de saúde, mas sim, mudar de profissão, o que se revela dispendioso para os sistemas de saúde (Wong & Olusanya, 2017).

O *burnout* é uma ameaça à profissão dos enfermeiros, possuindo uma elevada taxa de incidência, especialmente notória nos profissionais das Unidades de Cuidados Intensivos. No entanto, uma resposta por parte da comunidade orientada para a ação, possibilita a oportunidade de mitigar o *burnout* e maximizar a satisfação entre os enfermeiros das UCIs, de forma a garantir os melhores cuidados de saúde possível, de forma atenta, adaptada e com alta qualidade a todos os pacientes que se encontram em estado crítico.

#### **1.4. Prevenção e tratamento do *burnout***

A Organização Mundial de Saúde afirma, que a maioria das empresas em todo o mundo está mais preocupada com o investimento em tratamentos médicos, quando a recomendação é que invistam mais na prevenção e na melhoria da qualidade do ambiente de trabalho, para proteger o bem-estar e a saúde dos trabalhadores. As características organizacionais e os comportamentos das chefias - que capacitam os enfermeiros para que usem os seus conhecimentos, comportamentos e *skills* para controlar o seu trabalho - podem melhorar o comprometimento organizacional, a satisfação no trabalho e a qualidade do atendimento prestado ao paciente (Laschinger et al., 2004; Laschinger et al., 2006); aumentar a confiança na gestão; e reduzir o nível de *burnout* do enfermeiro (Laschinger et al., 2001). O estilo de liderança das chefias assentes no encorajamento e capacitação dos seus colaboradores (liderar pelo exemplo, informar e mostrar preocupação com os seus colaboradores) reduz os sentimentos de exaustão emocional e despersonalização dos enfermeiros por meio da mediação da confiança no líder e na organização (Bobbio et al., 2012). A capacidade das chefias de capacitar e encorajar o comportamento dos seus colaboradores é um elemento importante na criação de um ambiente propício à prática do trabalho, diminuindo o *burnout* dos enfermeiros e melhorando a qualidade dos cuidados de saúde de enfermagem. Conger e Kanungo em 1988, providenciaram uma definição conceptual para cada categoria:

- Aumentar o significado do trabalho: comportamentos das chefias que atribuem propósito no trabalho dos colaboradores e dão sentido às suas contribuições, aumentando assim o sentido de pertença dos mesmos, motivando-os;
- Promover oportunidade de participação na tomada de decisões: comportamentos das chefias que permitem aos colaboradores expressar as suas opiniões nas decisões relacionadas com o seu trabalho;
- Expressar confiança no alto desempenho: comportamento das chefias que demonstram confiança nas capacidades dos funcionários para atender às expectativas de alto desempenho e que reconhecem os feitos dos funcionários;
- Facilitar a realização das metas organizacionais: comportamento das chefias que melhoram as *skills* e conhecimentos dos funcionários e fornecem os recursos necessários para um desempenho eficaz;
- Proporcionar autonomia e liberdade das restrições burocráticas: comportamentos das chefias que minimizam os constrangimentos inerentes às regras e restrições burocráticas de forma a permitirem que haja eficiência e criatividade associadas.

Neste seguimento, é importante referir que as principais causas do *burnout* estão dentro da esfera de controlo das chefias. Algumas destas responsabilidades relacionam-se com a promoção de experiências positivas nos colaboradores, com o estabelecimento de expectativas claras, através de uma comunicação eficaz, da remoção de barreiras desnecessárias e garantindo que os seus colaboradores se sintam apoiados. Assim, a forma como os colaboradores se sentem em relação ao seu trabalho depende, em larga medida, das chefias. No entanto, as causas do *burnout* são deveras complexas e dependem de diversas variáveis. Assim, a Gallup (2020) apontou cinco medidas que possibilitam a intervenção, por parte das chefias, de forma a evitar e/ou atenuar as principais causas do *burnout*. Elas são:

- Ouvir os problemas relacionados com o trabalho: tornando prioridade o fazer confirmações frequentes e conversando atentamente com os colaboradores, dedicando-lhes tempo e atenção. Os colaboradores cujas chefias estão disponíveis a ouvir os seus problemas relacionados com o trabalho vêm a probabilidade de sofrerem *burnout* reduzida em 62%;
- Encorajar o trabalho de equipa: os colegas de trabalho fornecem uma linha essencial de suporte emocional para os colaboradores que estão a passar por mais dificuldades. Os colegas de trabalho muitas vezes são capazes de entender o stress existente no trabalho melhor do que as próprias chefias. Parte das chefias a responsabilidade de criar um ambiente onde o trabalho em equipa seja encorajado, os colaboradores se ajudem mutuamente e onde todos tenham alguém no trabalho que esteja disposto a ouvir;
- Tornar importante a opinião de todos: as chefias devem solicitar ativamente as opiniões e ideias dos seus colaboradores. Quando os colaboradores acreditam que as suas opiniões são bem-vindas e fazem a diferença, sentem-se importantes e incluídos, e começam a assumir mais responsabilidade pelo seu desempenho. Este sentido de pertença reduz o *burnout* porque dá aos funcionários uma sensação de controlo sobre o seu trabalho;
- Atribuir um significado ao trabalho e à sua função na empresa: os colaboradores têm uma probabilidade significativamente menor de entrar em *burnout* quando conseguem conectar o seu trabalho à missão ou ao propósito da sua organização de uma forma que torne o seu trabalho importante para a organização. As pessoas não querem trabalhar apenas para receber o salário, ao invés, querem, concomitantemente, encontrar significado no que fazem. Às chefias, cabe-lhes a

tarefa de demonstrar e reforçar como é que as contribuições dos seus colaboradores fazem a diferença e impactam a organização, a indústria e, até, o mundo;

- Foco no feedback e desenvolvimento dos pontos fortes: os colaboradores que têm a oportunidade de fazer aquilo que melhor sabem, têm 57% menos probabilidade de sofrer de *burnout* com frequência. Pelo contrário, estes sentem-se mais comprometidos, mais eficazes e com menos stress. Estudos da Gallup comprovam consistentemente que as chefias maximizam o desempenho dos membros da sua equipa quando identificam os pontos fortes de cada um, elogiando por isso e orientando em tarefas que maximizam os seus talentos naturais.

Por outro lado, a GRH pode intervir e ter um papel fundamental a contrabalançar algumas lacunas, através da alteração ou da inclusão de políticas organizacionais. Tais como, subida dos salários, um controlo mais atento aos tempos dos turnos de trabalho e à carga de trabalho inerente, de forma a evitar a sobrecarga dos enfermeiros. Alguns estudos tal como o que Schreuder e os seus colaboradores (2011) conduziram, demonstram que recursos inadequados, turnos de trabalho “esticados” e excesso de horas de trabalho, número exagerado de pacientes, sobrecarga de trabalho e remuneração inadequada estão diretamente ligados à proveniência de *burnout* nos enfermeiros. Políticas associadas a férias (encorajar os profissionais a tirar férias com mais regularidade, avisando com menos antecedência se necessário), possibilitar o tempo de trabalho a tempo parcial e horários de trabalho mais flexíveis permitem um melhor funcionamento da relação vida-trabalho. Os métodos de compensação assentes no aumento da remuneração e/ou baseados em objetivos de produtividade são mecanismos que possibilitam uma melhor resposta dos profissionais de saúde à carga de trabalho. Adicionalmente, a cultura organizacional, o bom ambiente de trabalho e a existência de oportunidades de desenvolvimento pessoal possibilitam a criação de significado no trabalho por parte dos profissionais, evitando o aparecimento do *burnout* (Shanafelt & Noseworthy, 2017).

Os autores Chen e Chen (2018) identificaram o papel preponderante que os gestores possuem nas organizações de cuidados de saúde de forma a criarem efeitos positivos na avaliação que os enfermeiros têm para com o seu trabalho, bem como a atitude com que encaram a sua profissão. Os resultados destes autores podem ter uma relevância particular para a GRH e para o combate às exigências que culminam no *burnout*. Será então importante colmatar esta situação, equilibrando e limitando a carga de trabalho dos profissionais de saúde, bem como esclarecendo as políticas associadas à profissão, explicando assim os níveis de desempenho que são expectáveis serem alcançados pelos enfermeiros para prevenir estes os

efeitos negativos causados pelas exigências de trabalho exacerbadas; em segundo lugar, o apoio dos líderes e gestores aliado à eficácia da liderança podem reduzir com sucesso o *burnout* nos enfermeiros e aliviar as consequências negativas causadas por fatores de *stress* no trabalho. Com este apoio das chefias, é também expectável que o desempenho das equipas melhore substancialmente. Os gestores de RH devem, portanto, promover, cuidadosamente, os indivíduos competentes e delegar tarefas que lhes sejam adequadas, estando sempre dispostos a ajudar e apoiar nos desafios que os enfermeiros enfrentam no seu trabalho.

Estes autores reforçam a importância da promoção de programas de formação bem elaborados, coadunando com um sistema de avaliação de desempenho apropriado ao longo do tempo. Ao olhar para os recursos humanos disponíveis nas organizações hospitalares como colaboradores permanentes, e não como recursos descartáveis, os gestores de RH garantem que o investimento utilizado em facilitar o desenvolvimento e a progressão na carreira destes, é expectável que traga retorno e resultados benéficos, tal como, enfermeiros satisfeitos no trabalho, com um elevado nível de comprometimento com a organização, uma taxa de retenção equilibrada e ajustada e uma diminuição na taxa de rotatividade, e assegurando a prevenção ativa do surgimento do *burnout* (Chen & Chen, 2018).

No que concerne ao tratamento do *burnout*, Westermann e os seus colaboradores (2014), conduziram uma revisão sistemática composta por artigos direccionados para esta vertente do tratamento em enfermeiros que trabalhavam com pacientes idosos internados. Embora apenas 7 dos 16 estudos tenham demonstrado reduções nos níveis de *burnout*, foi possível observar que as intervenções que foram eficazes, incluíam a formação dos profissionais de saúde com as *skills* necessárias para o desempenho do trabalho, uma melhor gestão da forma como acontece a comunicação do enfermeiro com o paciente, bem como a utilização da prática de *mindfulness* como meio de redução do *stress*. Richardson e Rothstein (2008) descobriram que as intervenções e os tratamentos baseados nas técnicas cognitivo-comportamentais são as mais eficientes na redução do *burnout*, uma vez que os colaboradores são incentivados a lidar com o *burnout* de forma ativa. As principais direções para se realizar uma intervenção baseada nesta técnica são a reestruturação cognitiva (de forma a identificar os pensamentos disfuncionais que fazem parte da rotina de cada um, e alterá-los), ativação comportamental (de forma a organizar e identificar comportamentos e atividades que são menos exigentes) e a exposição gradual a situações difíceis e complexas.

A considerável rotatividade profissional que se verifica em alguns setores e instituições faz com que os resultados pareçam limitados quando se trata de intervenções nesta área (Pipe et al., 2009). O reconhecimento de outras patologias mentais que podem influenciar o

desenvolvimento de *burnout* é crucial (Sabanciogullari et al., 2014). Sintomas de angústia, *coping*, limitações no trabalho, satisfação no trabalho, uso de substâncias para aliviar o *stress*, consumo de álcool e compreensão da depressão e ansiedade são alguns dos pontos a serem considerados (Fillion et al., 2009).

### **1.5. Enquadramento legal do *burnout***

Em maio de 2019, o *burnout* (ou *stress* profissional) passou a ser incluído na “International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)”, na secção “problemas associados ao emprego e desemprego”, como um fenómeno profissional, e que entrará em vigor em janeiro de 2022. Este conceito está descrito na ICD-11 como uma “síndrome resultante de *stress* crónico no trabalho que não foi gerido com sucesso” (“Health Workforce Burn-Out,” 2019, p. 586).

Relativamente a políticas nacionais, o *burnout* é tratado sob uma ampla variedade de tópicos. O relatório do Eurofound (2018), resume a forma como o *burnout* é debatido e abordado nos estados-membros da União Europeia. Por exemplo, no Chipre, Grécia e Hungria, o *burnout* encontra-se na área da saúde mental no local de trabalho, na área da saúde e tempo excessivo de trabalho e nos problemas relacionados com o trabalho, respetivamente. É comum a estes três países a não existência de qualquer política adjacente a esta temática do *burnout*. Por outro lado, na Bélgica, o *burnout* encontra-se previsto na lei de 1996 sobre bem-estar no trabalho, execução do trabalho e prevenção de riscos psicossociais, incluindo violência e assédio no local de trabalho. Em Malta, o Sindicato de Parteiros e Enfermeiros elevou a questão a um debate político geral em todo o país e o Secretário Parlamentar de Saúde expressou a sua intenção de trabalhar com todas as partes interessadas, como a Faculdade de Ciências da Saúde, o sindicato que representa as enfermeiras e a administração pública e hospitais privados para encontrar formas de reduzir os níveis de *stress*. Na República Checa, embora o tema do *burnout* se tenha restringido principalmente ao círculo académico e de investigação e não tenha sido incluído no debate político nos últimos anos, os efeitos crescentes do *stress* no local de trabalho levaram a discussões sobre um projeto de emenda ao Código de Trabalho do país (Lei nº 262/2006 Coll.). A alteração estipula que o empregador deve evitar o risco de *stress* relacionado com o trabalho e o risco de violência no local de trabalho. Na Roménia, o *burnout* encontra-se associado à sobrecarga de trabalho, horas extra, gestão do *stress* e risco psicológico no local de trabalho. Após o caso da morte de uma trabalhadora por exaustão em 2010, uma modificação do Código do Trabalho romeno agora inclui um procedimento para resolver divergências entre

empregadores e sindicatos por meio de arbitragem. O texto (renumerado como art. 132) prevê que, na falta de regulamentação legal sobre o horário e carga de trabalho, esta seja fixada pelo empregador após consulta do sindicato representativo ou, se for o caso, aos representantes dos trabalhadores. Portanto, "acordo" foi substituído por "consulta", o que significa que a opinião dos sindicatos pode não ser tida em consideração quando o empregador estabelece a carga de trabalho. As autoridades inspetoras do trabalho iniciaram e organizaram ações a nível local, com o objetivo de sensibilizar e informar sobre a gestão do *stress* e dos riscos psicossociais no local de trabalho, de forma a garantir empregos seguros e saudáveis aos trabalhadores. No entanto, o *burnout* continua a não ser considerado pelos empregadores e sindicatos, não estando envolvidos nos debates sobre o assunto. Em Portugal, o *burnout* está endereçado ao *stress* relacionado com o trabalho. Existe a vontade política de atualizar a lista de doenças profissionais e de incluir o *burnout* e outros problemas de saúde mental relacionados com o trabalho, nomeadamente os relacionados com o assédio moral e sexual (Eurofound, 2018).

De forma a organizar a informação acima explorada no Enquadramento Teórico, foi elaborada uma síntese integradora da temática, que servirá como referencial para orientar a análise da RSL:

**Tabela 1. Síntese integradora do Capítulo I.**

---

<b>Operacionalização do conceito de <i>burnout</i></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- fadiga física e emocional que resulta numa diminuição ou perda da motivação para com o trabalho que pode evoluir para exaustão total e para uma sensação de fracasso (Maslach &amp; Jackson, 1981);</li> <li>- definido na sua multidimensionalidade como exaustão emocional (EE), despersonalização (DEP) e reduzida realização pessoal (RP) (Maslach et al., 1996);</li> <li>- possui sintomas específicos tais como irritabilidade, dores musculares, falta de apetite, exaustão mental e física (Maslach &amp; Jackson, 1986);</li> <li>- o seu contrário é o conceito de <i>work engagement</i> (Schaufeli et al., 2002);</li> <li>- não é o mesmo que depressão (Schaufeli, 2009);</li> <li>- a incidência do <i>burnout</i> observa-se com diferentes intensidades:<ul style="list-style-type: none"><li>o em França, 33% dos participantes sofriam de <i>burnout</i> (Poncet et al., 2007);</li><li>o na Áustria, 34,4% dos profissionais de saúde encontravam-se em risco de possuir <i>burnout</i> e 6% demonstraram evidências claras de possuírem <i>burnout</i> em estado avançado (Lederer et al., 2008);</li><li>o na Alemanha, o <i>burnout</i> foi encontrado em 17,7% de 86 enfermeiros (Goetz et al., 2012);</li><li>o na Suíça, 28% inquiridos demonstraram possuir elevado nível de <i>burnout</i>, 37% situavam-se no nível médio de <i>burnout</i> e 35% no nível mais reduzido (Verdon et al., 2007);</li><li>o no Chipre, numa amostra de 1482 enfermeiros, foi encontrada a presença de elevada EE em 21,5% dos participantes, elevada DEP em 33% dos enfermeiros e 30,7% de alta RP (Raftopoulos et al., 2012);</li><li>o na Grécia, os resultados obtidos indicam que, em 152 participantes, os níveis de EE e de DEP eram moderados e o valor da RP encontrava-se baixo. 25% dos participantes mencionaram sentir sintomas severos de <i>burnout</i> (Karanikola et al., 2012);</li></ul></li></ul>
--	--

---

- 
- em Portugal, os participantes sofriam de EE elevada em 34,2% dos casos, de DEP elevada em 24,7% da amostra e de RP reduzida em 19,2% dos enfermeiros inquiridos (Teixeira et al., 2013b). Num outro estudo, 47,8% dos profissionais de saúde apresentaram burnout elevado e 21,6% apresentaram burnout moderado (Marôco, 2016).
- 

**Antecedentes e causas do *burnout***

- podem advir de:

- características individuais – como o género, a idade, traços de personalidade, estado civil (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; McMurray, 2000; Merlani et al., 2011; Poncet et al., 2007);
  - condições de trabalho e problemas organizacionais - os turnos noturnos, o stress relacionado com o trabalho, o horário alargado de trabalho, o número de dias de folga e de férias, conflitos com pacientes e familiares de pacientes (Qureshi et al., 2015; Vasconcelos et al., 2018; Vifladt et al., 2016);
  - qualidade das relações de trabalho - conflitos interpessoais entre enfermeiros e médicos, com colegas, com supervisores e a organização, a falta de autonomia dos enfermeiros, a pobre relação entre médico-enfermeiro e o reduzido controlo sobre as práticas dos enfermeiros (Embriaco et al., 2007; Fumis et al., 2017; Mealer e Moss, 2016; Nantsupawat et al. 2016);
  - requisitos de cuidados clínicos – necessidade constante de paciência e empatia no cuidado ao paciente, ambiente carregado de stress, poucos recursos, tomar decisões éticas e dramáticas, lidar com situações extremas (Khamisa et al., 2015; Mealer et al., 2014; Poncet et al., 2007).
  - UCI - contexto muito particular: ambiente de trabalho associado a muita tensão, muitas tarefas em pouco tempo, excesso de informação, elevada carga psicológica associada a conflitos e ao elevado número de pacientes em fim de vida (Poncet el al., 2007; Sorlie et al., 2005);
-

---

**Consequências do  
*burnout***

- qualidade do estado físico e mental nos indivíduos - exaustão física, insônia até ao aumento do uso de álcool e drogas e problemas conjugais e familiares, sintomas de depressão e perturbação de stress pós-traumático (PSPT), dor torácica não cardíaca, palpitações, falta de ar, indisposição intestinal, tonturas e dores de cabeça, aumento no número de dias de baixa médica e intenção de mudar de trabalho, auto percepção de uma capacidade insuficiente para realizar trabalho (Dewa et al., 2014; Maslach, 1981; Ruitenburg et al., 2012; Seaman et al., 2018; Wong & Olusanya, 2017);
- custos económicos – aumento da rotatividade e consequente impacto económico significativo nos sistemas de saúde, dificuldades em encontrar candidatos com as qualificações necessárias para as tarefas existentes e que resulta em risco para o paciente. Custos institucionais associados à criação de ambiente de apoio e suporte ou na substituição de profissionais de saúde com burnout. No longo prazo, ter um ambiente de trabalho repleto de profissionais de saúde com burnout não é atrativo na captação de talento bastante qualificado. Adicionalmente, os trainees que sofrem de burnout têm uma grande tendência para mudar de profissão, o que se revela dispendioso para os sistemas de saúde (Khan et al., 2018; Kurnat-Thoma et al., 2017; Wong & Olusanya, 2017).

---

**Prevenção e  
tratamento do  
*burnout***

- prevenção:

- A capacidade das chefias de capacitar e encorajar o comportamento dos seus colaboradores (Conger & Kanungo, 1988; Gallup, 2020):
  - Aumentar o significado do trabalho;
  - Promover oportunidade de participação na tomada de decisões;
  - Expressar confiança no alto desempenho;
  - Facilitar a realização das metas organizacionais;
  - Proporcionar autonomia e liberdade das restrições burocráticas
  - Ouvir os problemas relacionados com o trabalho;
  - Encorajar o trabalho de equipa;
  - Tornar importante a opinião de todos;
  - Atribuir um significado ao trabalho e à sua função na empresa;
  - Foco no feedback e desenvolvimento dos pontos fortes.

- 
- Aplicação de práticas adequadas por parte dos gestores de RH:
    - através da alteração ou da inclusão de políticas organizacionais: subida dos salários, um controlo mais atento aos tempos dos turnos de trabalho e à carga de trabalho inerente, recursos adequados, políticas associadas a férias e possibilitar o tempo de trabalho a tempo parcial bem como horários de trabalho mais flexíveis (Schreuder et al., 2011);
    - equilibrar e limitar a carga de trabalho, bem como esclarecer as políticas associadas à profissão, explicando os níveis de desempenho que são expectáveis serem alcançados pelos enfermeiros (Schreuder et al., 2011);
    - promover, cuidadosamente, os indivíduos competentes e delegar tarefas que lhes sejam adequadas, estando sempre dispostos a ajudar e apoiar nos desafios do dia a dia (Chen e Chen, 2018);
    - promoção de programas de formação bem elaborados, coadunando com um sistema de avaliação de desempenho apropriado ao longo do tempo (Chen e Chen, 2018);
    - olhar para os recursos humanos disponíveis como colaboradores permanentes, e não como recursos descartáveis, permitindo que o investimento feito no desenvolvimento e progressão na carreira destes traga retorno (Chen e Chen, 2018).

- tratamento:

- formação dos profissionais de saúde com as skills necessárias para o desempenho do trabalho, uma melhor gestão da forma como acontece a comunicação do enfermeiro com o paciente, bem como a utilização do mindfulness (Westermann et al., 2014);
- intervenções e os tratamentos baseados nas técnicas cognitivo-comportamentais: através da reestruturação cognitiva, ativação comportamental e a exposição gradual a situações difíceis e complexas (Richardson & Rothstein, 2008).

- o reconhecimento de outras patologias mentais que podem influenciar o desenvolvimento de *burnout* é crucial (Sabanciogullari et al., 2014).

---

---

<b>Enquadramento legal do <i>burnout</i></b>	<p>- a OMS considerou o <i>burnout</i> como uma doença profissional, pelo que entrará em vigor em janeiro de 2022, na “International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)” (“Health Workforce Burn-Out,” 2019, p. 586);</p> <p>- a forma como o <i>burnout</i> é abordado atualmente em Portugal e na restante União Europeia, varia de país para país (Eurofound, 2018).</p>
--	--

---

## **CAPÍTULO II. Metodologia**

O capítulo da Metodologia identifica e explora as opções metodológicas decorrentes da questão de investigação a que o presente estudo visa responder e que é: “Como é que o *burnout* afeta os enfermeiros das Unidades dos Cuidados Intensivos?”, através da descrição detalhada do procedimento adjacente à Revisão Sistemática de Literatura (RSL).

## **2.1. Revisão Sistemática de Literatura**

O método utilizado para este efeito foi a Revisão Sistemática de Literatura. Esta opção justificou-se por se tratar de um método que possibilita o acesso e a análise da investigação produzida e publicado num determinado período. Desse modo, é possível avaliar, por exemplo, a aplicação de modelos teóricos, a utilização de instrumentos e técnicas de medida ou, simplesmente, compreender os temas fundamentais que têm ocupado o interesse de investigadores. Tal é o caso do *burnout*, muito estudado em diversas profissões e, particularmente entre os enfermeiros. Mas este método permite igualmente identificar os domínios em que a investigação é insuficiente e proporcionar, desse modo, aos investigadores, as áreas em que parece ser necessária a realização de novos e/ou mais trabalhos de investigação (Petticrew & Roberts, 2006).

## **2.2. Protocolo**

A RSL, por se tratar de um tipo de investigação secundária, baseada em fontes primárias, possui um protocolo de construção da amostra que obriga à clarificação de todas as decisões tomadas relativamente à amostra (Kitchenham & Charters, 2007). Este protocolo inicia-se com a questão de investigação e com a planificação da revisão. Exige, também, a definição de critérios de inclusão e exclusão por forma a clarificar e especificar a pesquisa. Adicionalmente, o protocolo requer a seleção das bases de dados a utilizar para efetuar a pesquisa, bem como a definição de palavras-chave. O protocolo requer que, sempre que se realize a pesquisa bibliográfica, seja efetuado um registo de todas as palavras-chave e/ou combinações de palavras-chave utilizadas, as bases de dados e respetivos resultados e a data. O objetivo é clarificar o processo de pesquisa, bem como os ajustamentos das palavras-chave eventualmente necessários. A RSL permite sintetizar as evidências existentes relativas a um determinado assunto (ex: tratamento, tecnologia, ...); identificar lacunas nas pesquisas existentes de forma a sugerir possíveis áreas de intervenção futura; fornecer uma estrutura que sustente, de forma adequada, novas atividades de pesquisa (Kitchenham & Charters, 2007). O método da RSL segue as seguintes etapas:

- Formulação de uma questão de investigação;
- Identificação dos recursos a utilizar (bases de dados e palavras-chave);
- Pesquisa de estudos primários;

- Definição de critérios de inclusão e exclusão, permitindo decidir que artigos devem ser mantidos ou não;
- Avaliação da qualidade e pertinência dos estudos;
- Extração e monitorização dos dados dos estudos;
- Sintetizar os estudos e as conclusões dos mesmos;
- Divulgação das conclusões da revisão.

### 2.3. Recolha de dados

No caso desta RSL, e na tentativa de dar resposta à questão de investigação proposta, foi dada ênfase especial ao conceito do *burnout*. A questão de investigação justificou a seleção das seguintes palavras e expressões-chave: “*burnout*” AND “*nurses*” (enfermeiros) AND “*intensive care*” (cuidados intensivos) AND “*European Union*” (União Europeia). Optar por estas palavras e expressões-chave permitiu delimitar apenas artigos com enfermeiros das UCI, sendo que, para efeitos de comparabilidade, foi restringida a investigação ao espaço da União Europeia e países próximos, como a Suíça. A investigação realizada no Reino Unido foi igualmente incluída na amostra, já que até 31 de janeiro de 2020 manteve o seu estatuto de Estado-membro da EU. Para além disso, foi fundamental colocar o tema do “*burnout*” como conceito central da investigação.

A pesquisa foi efetuada a partir de duas bases de dados: a EBSCO e a PubMed, bases de dados que estão disponibilizadas na biblioteca online da Universidade Católica Portuguesa. Esta pesquisa aconteceu em janeiro de 2021, nas duas bases de dados referidas (Tabela 1). Para isso, foi utilizada a pesquisa avançada, de ambas as bases de dados, de forma a circunscrever a pesquisa, restringindo apenas aos artigos revistos por pares e cujo texto integral se encontrava disponível, delimitando também o período dos artigos encontrados entre os anos 2017-2021. Desta pesquisa permaneceram 557 artigos da base de dados EBSCO e 272 artigos da PubMed, tendo ainda sido acrescentados 7 artigos provenientes de outras fontes, totalizando 836 artigos.

Segundo Kitchenham e Charters (2007), para reduzir a probabilidade de viés, os critérios de seleção devem ser decididos durante a definição do protocolo, embora possam ser refinados durante o processo de pesquisa. Os critérios de inclusão e exclusão devem ser baseados na questão de investigação. Estes devem ser testados para garantir que possam ser interpretados de forma fidedigna e para que sejam capazes de classificar os estudos corretamente. Desta forma, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão.

Os artigos foram excluídos uma vez que:

- se tratava de artigos duplicados;
- não estava disponível o seu texto integral;
- não abordavam o tema em questão;
- não estavam redigidos em português, inglês ou espanhol;
- os estudos em causa contemplavam, na sua amostra, países fora da União Europeia (à exceção da Suíça e Reino Unido).

Por outro lado, os artigos foram incluídos devido a estarem:

- publicados em revistas académicas;
- revistos por pares;
- publicados no período de 2017 até 2021.

#### 2.4. Seleção dos artigos

Tendo em conta os termos de pesquisa definidos, os critérios de inclusão e exclusão referidos e as bases de dados definidas, foram encontrados um total de 829 artigos, como está descrito na Tabela 2.

**Tabela 2.** Pesquisa bases dados

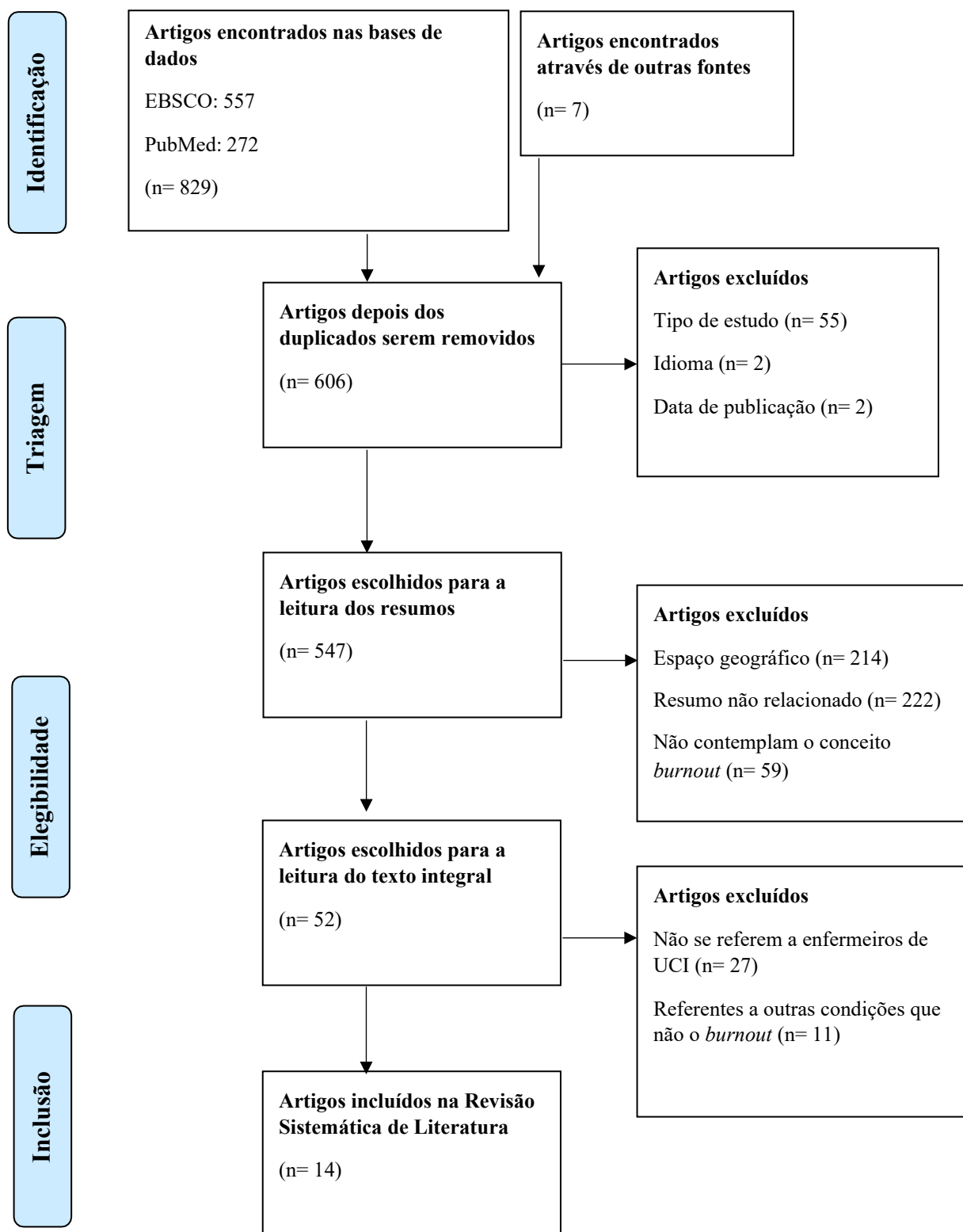
Pesquisa (realizada a 20 de janeiro de 2021)	Bases de dados	
	EBSCO	PubMed
<b>Termo de pesquisa:</b> “ <i>burnout</i> ” AND “ <i>nurses</i> ” AND “ <i>intensive care</i> ” AND “ <i>European Union</i> ”		
<b>Data de publicação:</b> entre 2017 e 2021		
<b>Tipo de fonte:</b> Revistas académicas	n= 557	n= 272
<b>Outros critérios:</b> Restringir por texto integral, analisado pelos pares, disponível na coleção da biblioteca		
<b>Total de artigos</b>	n= 829	

Os 829 artigos obtidos através da EBSCO e PubMed, foram então analisados utilizando o diagrama de PRISMA (Moher et al., 2009), onde se encontram documentados todos os passos

realizados até chegar aos artigos que serão incluídos na amostra. Foram imediatamente eliminados 230 artigos por serem duplicados com a utilização da aplicação de gestão de referências *Mendeley*, ficando com um total de 606 artigos na amostra. De seguida, foram eliminados 55 artigos por se tratar de revisões sistemáticas de literatura e meta-análises, foram também descartados 2 artigos devido ao idioma que apresentavam (alemão e turco) e 2 artigos cuja data de publicação não se encontrava no período de 2017-2021, ficando com 547 artigos para a leitura dos resumos. Posteriormente, e tendo sempre em vista os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, e mantendo sempre em foco a temática do *burnout* nos enfermeiros das Unidades dos Cuidados Intensivos, foram escolhidos os artigos para a leitura do texto integral (52 artigos).

Finalmente, e após uma cuidada revisão dos artigos, foram eliminados 38 artigos por não discutirem a população dos enfermeiros de UCI e por se referirem a outras condições que não o *burnout*, permanecendo um total de 14 artigos que serão incluídos na Revisão Sistemática de Literatura. Os detalhes relativos ao processo de seleção estão incluídos no diagrama de PRISMA adaptado apresentado na Figura 1.

Figura 1. Diagrama de Prisma



Depois de finalizado o Diagrama de Prisma, este culminou na inclusão de 14 artigos na RSL. Destes artigos, foi retirado um conjunto de dados e ideias chave de forma a criar temas numa lógica de *top-down*, partindo da estruturação pré-existente utilizada no Enquadramento Teórico. Uma vez que a temática central da questão de investigação se trata do *burnout*, foi essencial circundar este conceito com os pontos principais que levam ao entendimento aprofundado do mesmo, o que significa que quando se fala em *burnout*, é essencial perceber como se distribui a incidência nas UCIs, compreender quais são os fatores pessoais e organizacionais que propiciam o surgimento desta condição e, finalmente, procurar soluções que permitam prevenir e mitigar o *burnout*.

Assim sendo, de forma a compreender esta temática, auxiliando com a estrutura do Enquadramento Teórico, os temas utilizados foram: incidência do *burnout* nos enfermeiros; fatores pessoais que propiciam o aparecimento do *burnout* nos enfermeiros; fatores organizacionais que propiciam o aparecimento do *burnout* nos enfermeiros; prevenção do *burnout* nos enfermeiros; tratamento do *burnout* nos enfermeiros. Realizar esta divisão por temas, permite organizar a informação que será analisada, e facilitar a visualização e análise atenta de toda a informação existente na amostra (Kitchenham e Charters, 2007; White e Marsh, 2006).

A informação proveniente dos artigos foi então analisada através da Análise de Conteúdo que é definida da seguinte forma por Bardin: “A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2016, p. 44). A literatura indica que as Ciências Humanas têm a prática recorrente de utilizar, a Análise de Conteúdo, seja de forma isolada ou aglomerando outras técnicas, como metodologia central (Amado, 2000).

Para isto, foi realizada uma leitura superficial dos artigos que compõem a amostra, possibilitando identificar alguns excertos e pontos chave dos artigos que poderiam ajudar a organizar o pensamento com vista na resposta à questão de investigação. De seguida, foram retirados todos esses excertos, tendo sido alocados na tabela 3, onde constam todos os artigos que se encontram associados a um determinado subtema e que, por sua vez, fazem parte de um dos cinco temas nomeados anteriormente. Organizar a informação na tabela desta forma, permitiu extrair toda a informação necessária de cada estudo, e, por isso, reduzir o tempo e o esforço necessários para identificar as diferenças e semelhanças presentes na informação. A partir do momento em que esta tabela ficou totalmente composta, foi possível delimitar apenas a informação que se revelava de extrema importância e que certamente teria relevo para resolver

o problema e, por isso, dar resposta à questão de investigação inerente a este TFM (Bardin, 2016).

Finalmente, importa referir que ao aplicar esta lógica de *bottom-up*, foi possível compreender se a informação extraída dos 14 artigos da amostra foi de encontro com a literatura encontrada previamente no Enquadramento Teórico, permitindo, adicionalmente, encontrar informação cuja pertinência não tinha sido, ainda, levantada.

**Tabela 3.** *Identificação dos temas e subtemas dos artigos incluídos na Revisão Sistemática de Literatura*

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>	<b>Artigos</b>
<b>Incidência do burnout nos enfermeiros</b>	Incidência global do burnout	<p>“The nurse work environment in Spanish nurses following an economic recession: From 2009 to 2014.” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019)</p> <p>“Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study.” (Ntantana et al., 2017)</p> <p>“Teamwork and clinician burnout in Swiss intensive care: the predictive role of workload, and demographic and unit characteristics.” (Welp et al., 2019)</p> <p>“Mental Health Symptoms and Work-Related Stressors in Hospital Midwives and NICU Nurses: A Mixed Methods Study.” (Favrod et al., 2018)</p> <p>“Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study.” (Vermeir et al., 2018)</p> <p>“Burnout and posttraumatic stress in pediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles.” (Rodríguez-Rey et al., 2019)</p>
	Níveis de EE, DP e RP	<p>“Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience.” (Arrogante &amp; Aparicio-Zaldivar, 2017)</p> <p>“Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska—Preliminary Results.” (Nowacka et al., 2018)</p> <p>“Initiative for Burnout of ICU Caregivers: Feasibility and Preliminary Results of a Psychological Support.” (Ricou et al., 2018)</p> <p>“Professional burnout and concurrent health complaints in neonatal nursing.” (Skorobogatova et al., 2017)</p> <p>“Burnout syndrome in the Anesthesia and Intensive Care Unit.” (Balan et al., 2019)</p>

Associação da incidência do <i>burnout</i> com características sociodemográficas	<p>“Burnout Syndrome in UK Intensive Care Unit staff: Data from all three Burnout Syndrome domains and across professional groups, genders and ages.” (Vincent et al., 2019)</p> <p>“The nurse work environment in Spanish nurses following an economic recession: From 2009 to 2014.” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019)</p> <p>“Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study.” (Ntantana et al., 2017)</p> <p>“Teamwork and clinician burnout in Swiss intensive care: the predictive role of workload, and demographic and unit characteristics.” (Welp et al., 2019)</p> <p>“Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska—Preliminary Results.” (Nowacka et al., 2018)</p> <p>“Burnout syndrome in the Anaesthesia and Intensive Care Unit.” (Balan et al., 2019)</p>
<b>Fatores pessoais que propiciam o aparecimento do <i>burnout</i> nos enfermeiros</b>	<p>Experiência profissional</p> <p>“Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska—Preliminary Results.” (Nowacka et al., 2018)</p> <p>“Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study.” (Ntantana et al., 2017)</p> <hr/> <p>Tomada de decisões éticas</p> <p>“Condições de trabalho e exaustão emocional elevada em enfermeiros no ambiente hospitalar.” (Leite et al., 2019)</p> <p>“Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study.” (Ntantana et al., 2017)</p> <hr/> <p>Dimensão religiosa</p> <p>“Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study.” (Ntantana et al., 2017)</p> <hr/> <p>Traços de personalidade</p> <p>“Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study.” (Ntantana et al., 2017)</p>
<b>Fatores organizacionais que propiciam o aparecimento do <i>burnout</i> nos enfermeiros</b>	<p>Condições de trabalho</p> <p>“The nurse work environment in Spanish nurses following an economic recession: From 2009 to 2014.” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019)</p> <p>“Condições de trabalho e exaustão emocional elevada em enfermeiros no ambiente hospitalar.” (Leite et al., 2019)</p> <p>“Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska—Preliminary Results.” (Nowacka et al., 2018)</p> <p>“Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles.” (Rodríguez-Rey et al., 2019)</p> <p>“Teamwork and clinician burnout in Swiss intensive care: the predictive role of workload, and demographic and unit characteristics.” (Welp et al., 2019)</p>

Satisfação no trabalho		<p>“The nurse work environment in Spanish nurses following an economic recession: From 2009 to 2014.” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019)</p> <p>“Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study.” (Ntantana et al., 2017)</p>
Carreira profissional		<p>“Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska—Preliminary Results.” (Nowacka et al., 2018)</p>
Comunicação		<p>“Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study.” (Vermeir et al., 2018)</p>
Conflitos interpessoais		<p>“Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles.” (Rodríguez-Rey et al., 2019)</p>
<b>Prevenção do burnout nos enfermeiros</b>	-	<p>“Condições de trabalho e exaustão emocional elevada em enfermeiros no ambiente hospitalar.” (Leite et al., 2019)</p> <p>“Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska—Preliminary Results.” (Nowacka et al., 2018)</p> <p>“Mental Health Symptoms and Work-Related Stressors in Hospital Midwives and NICU Nurses: A Mixed Methods Study.” (Favrod et al., 2018)</p> <p>“Burnout syndrome in the Anaesthesia and Intensive Care Unit.” (Balan et al., 2019)</p>
<b>Tratamento do burnout nos enfermeiros</b>	-	<p>“Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion.” (Gracia Gozalo et al., 2019)</p> <p>“Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles.” (Rodríguez-Rey et al., 2019)</p> <p>“Initiative for Burnout of ICU Caregivers: Feasibility and Preliminary Results of a Psychological Support.” (Ricou et al., 2018)</p>

### **CAPÍTULO III. Apresentação e discussão de resultados**

Este capítulo resulta da cuidada análise dos 14 artigos incluídos na Revisão Sistemática de Literatura, e tem o intuito de reunir os resultados obtidos pelos autores dos mesmos, descrevendo ao longo de cinco pontos, aquela que foi a análise e respetiva interpretação da informação relatada.

Os cinco pontos foram organizados da seguinte forma: o ponto 3.1. corresponde à incidência do *burnout* nos enfermeiros; o ponto 3.2. sintetiza os fatores pessoais que propiciam o aparecimento do *burnout* nos enfermeiros; no ponto 3.3. o foco são os fatores organizacionais que propiciam o aparecimento do *burnout* nos enfermeiros; o ponto 3.4. é essencial, uma vez que promove as práticas de Gestão de Recursos Humanos como fator preponderante na prevenção do *burnout* nos enfermeiros; finalmente, o ponto 3.5. demonstra algumas práticas aplicadas no tratamento do *burnout* nos enfermeiros.

Para melhor contextualizar a análise de resultados, é exibida a tabela 4 com o processo de categorização da informação contida nos 14 artigos incluídos na RSL, tabela esta que resume o conteúdo do apêndice 1.

**Tabela 4.** *Processo de categorização dos artigos incluídos na Revisão Sistemática de Literatura e apresentação de excertos exemplificativos*

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>	<b>Definição</b>	<b>Excertos exemplificativos</b>
<b>Incidência do <i>burnout</i> nos enfermeiros</b>	Incidência global do <i>burnout</i>	A incidência global do <i>burnout</i> demonstra o número de casos em que o <i>burnout</i> está presente na amostra de enfermeiros (Maslach e Jackson, 1981)	“Regarding burnout at both the dimensional and global levels, a significantly lower percentage of nurses with burnout was observed. In the first study, 47.4% of nurses presented a low level of global burnout versus 58.3% in the second ( $p < 0.001$ ). The most substantial reduction was seen in the ‘personal achievement’ dimension with 44% of nurses showing high burnout in 2009–10 and 25% in 2012–14 (Table 4).” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019, p. 1297)
	Níveis de EE, DP e RP	A presença do <i>burnout</i> é verificada através da leitura dos níveis de exaustão emocional (EE), despersonalização (DEP) e de realização pessoal (RP) dos enfermeiros (Maslach et al., 1996)	“According to MBI-HSS cut-off points provided in the questionnaire manual, emotional exhaustion and depersonalisation levels in the total sample were medium (between 26 and 17 and 12-7, respectively), while personal accomplishment level was high (scores $\geq 39$ ).” (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017, p. 3)
	Associação da incidência do <i>burnout</i> com características sociodemográficas	As características sociodemográficas podem revelar pistas que redirecionem para o surgimento do <i>burnout</i> (Maslach et al., 1996)	“Table 2 summarises the median score for each BOS domain according to gender. The median score in the Emotional Exhaustion domain was significantly higher for females compared to males (23 vs. 21; $p=0.026$ ).” (Vincent et al., 2019, p. 365)
<b>Fatores pessoais que propiciam o aparecimento do <i>burnout</i> nos enfermeiros</b>	Experiência profissional	A experiência profissional corresponde ao tempo de atividade que os enfermeiros desempenham a sua função (Bromme et al., 2001)	“In a multidimensional model, the period of employment had a significant influence on high emotional exhaustion (OR = 1.05, 95% CI = 1.03–1.08). The chances of high emotional exhaustion were 8% higher when the period of employment was one year longer, which confirms the rule known from previous research on the relation between the intensity of nurses’ occupational burnout and an increase in the number of tasks they are given.” (Nowacka et al., 2018, p.8)

	Tomada de decisões éticas		A tomada de decisões éticas advém da responsabilidade em tomar as melhores decisões para a saúde dos pacientes, havendo, posteriormente a sobrecarga de os profissionais terem de entregar as notícias, por vezes, negativas, aos familiares (Leite et al., 2019)	“Care provision to this type of patients often demands frequent communication with their families to share information or for decision making.” (Leite et al., 2019, p. 71)
	Dimensão religiosa	Os enfermeiros com fortes crenças religiosas olham para a esperança e para o final da vida de forma diferente dos enfermeiros sem essas crenças religiosas. (Meltzer e Huckabay, 2004)		“Regarding religiosity, Meltzer and Huckabay, 2004 found that nurses who viewed religion highly important experienced less emotional exhaustion than those to whom religion was less important. No relationship between religiosity and emotional exhaustion was found in our study.” (Ntantana et al., 2017, p. 17)
	Traços de personalidade	de	Os traços de personalidade apresentam um papel preponderante na gestão emocional dos enfermeiros (Maslach et al., 2001)	“Further statistical analysis revealed strong positive correlation of exhaustion with neuroticism, psychoticism, spirituality (total score including all dimensions), and negative correlation with extraversion.” (Ntantana et al., 2017, p. 13)
<b>Fatores organizacionais que propiciam o aparecimento do <i>burnout</i> nos enfermeiros</b>	Condições de trabalho	de	As características de trabalho das UCI podem influenciar a ocorrência de exaustão emocional entre os profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros. (Leite et al., 2019)	“Clinicians working on ICUs with more mechanical ventilation or agitated patients reported higher emotional exhaustion.” (Welp et al., 2019, p. 5)
	Satisfação no trabalho	no	A satisfação no trabalho pode ser definida como o grau em que um colaborador está satisfeito com as recompensas que recebe do seu trabalho, particularmente em termos de motivação intrínseca (Statt, 2004)	“Analysis of the relationship between job satisfaction and burnout showed a statistically significant, negative relationship in the two studies with the ‘Opportunities for advancement’ (OR 0.616 95% CI = 0.443–0.857 and OR 0.529 95% CI = 0.327–0.857, respectively).” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019, p. 1298, p. 1299)

	Carreira profissional	A carreira profissional refere-se à progressão associada aos profissionais de saúde para cargos de maior complexidade (Nowacka et al., 2018)	“Managerial functions within the nursing subsystem, as well as the workplace, were factors which differentiated in a significant way the sense of satisfaction with personal achievement.” (Nowacka et al., 2018, p.8)
	Comunicação	A comunicação refere-se à forma como a comunicação é feita, com o intuito de que a informação permita aos profissionais de saúde avançarem no seu trabalho mais eficazmente (Vermeir et al., 2018)	“Finally, all dimensions of communication satisfaction were associated with risk for burnout, except for REmp (all $p < 0.05$ , Table 8). Nurses who were at risk for burnout had lower scores on the communication dimensions.” (Vermeir et al., 2018, p. 24)
	Conflitos interpessoais	Os conflitos interpessoais advêm da divergência de opiniões e escolhas, seja entre colegas enfermeiros, entre enfermeiros e médicos, como também entre enfermeiros e pacientes/familiares de pacientes (Shanafelt et al., 2009)	“However, EE and PTSD scores were higher when one or more patients had died in the unit or conflicts with work colleagues had occurred the week before. Having had conflict with families/patients the previous week and the wish to be transferred to a different unit were related to higher EE, DP, and PTSD scores.” (Rodríguez-Rey et al., 2019, p. 49)
	<b>Prevenção do <i>burnout</i> nos enfermeiros</b>	- A utilização de um conjunto de práticas, que envolvem a intervenção das chefias e da GRH, poderá permitir prevenir o surgimento do <i>burnout</i> nos enfermeiros das UCI	“Therefore, aspects such good leadership, teamwork and psychological support might be very useful to minimize the difficulties inherent to their activity and contribute to the well-being of healthcare workers.” (Leite et al., 2019, p. 74)
	<b>Tratamento do <i>burnout</i> nos enfermeiros</b>	- Conjunto de intervenções e tratamentos baseados em técnicas de <i>mindfulness</i> e técnicas cognitivo-comportamentais que poderão contribuir de forma benéfica para a saúde mental de prestadores de saúde de UCIs	“Mindfulness programs are usually physical presence interventions involving group sessions with a duration of about 2.5 h. They are also characterized by a significant psychoeducational content referred to stress and emotions.” (Gracia Gozalo et al., 2019, p. 212)

### 3.1. Incidência do *burnout* nos enfermeiros das UCI

Os valores que serão demonstrados de seguida, referentes à incidência do *burnout*, resultaram da aplicação da escala já apresentada, *Maslach Burnout Inventory* (MBI), sendo esta a mais utilizada em estudos empíricos sobre esta temática. Recapitular apenas que esta escala abrange as subescalas de Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DEP) e Realização Pessoal (RP) (Maslach e Jackson, 1981).

Utilizar os diversos estudos de países que compõem, na sua maioria, a União Europeia, permite criar uma aproximação de resultados e comparar países que partilham entre si um contexto similar, nomeadamente no que diz respeito a Sistemas Nacionais de Saúde idênticos, países envelhecidos, cuja criminalidade e quantidade de conflitos/guerras é reduzido, com populações relativamente similares, existindo, assim, alguma uniformidade nos processos e nos destinatários, o que permite fazer comparações. Num estudo realizado com enfermeiros que trabalham no Sistema Nacional de Saúde **Espanhol**, Esteban-Sepúlveda e os seus colaboradores (2019), tentaram compreender as alterações na perceção do ambiente de trabalho dos profissionais, satisfação no trabalho e *burnout*, entre os anos de 2009 e 2014. No que diz respeito ao *burnout*, observou-se de forma global uma percentagem significativamente menor de enfermeiros com *burnout*. No primeiro período (2009-2010), 47,4% dos enfermeiros apresentaram um nível de *burnout* reduzido, quando comparado com os 58,3% de enfermeiros no segundo período (2012-2014). A redução mais substancial foi observada na dimensão de Realização Pessoal (RP) com 44% dos enfermeiros a obterem elevados níveis de *burnout* entre 2009–2010 e 25% entre 2012–2014. Em termos gerais, os resultados demonstraram que, apesar da diminuição do investimento económico no Sistema Nacional de Saúde, os enfermeiros, entre os anos 2012–2014, percecionaram a existência de um ambiente de trabalho mais favorável, sentiram-se mais satisfeitos com o seu trabalho atual e obtiveram taxas mais reduzidas de *burnout* quando comparado com o período de 2009–2010 (Esteban-Sepúlveda et al., 2019).

Foi realizado um outro estudo em **território espanhol**, em nove hospitais diferentes. As proporções da amostra do *staff* de UCI (Pediátrica) com pontuação nas faixas consideradas indicativas de elevado *burnout* para as três dimensões medidas pelo MBI foram de 36,20% para a EE, 27,20% para a DEP e 20,10% pela reduzida RP, com 56% dos profissionais da UCI a relatar existência de *burnout* em pelo menos uma das três dimensões. Além disso, 20,1% dos funcionários da UCI relataram perturbação de stress pós-traumático (PSPT). Os resultados demonstraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os funcionários da UCI e os que não faziam parte da UCI nas suas percentagens de *burnout* e PSPT. A única

diferença significativa foi na RP, onde a mesma percentagem de indivíduos de ambos os grupos relatou baixa RP, mas uma percentagem maior de trabalhadores que não pertenciam à UCI relatou alta RP (Rodríguez-Rey et al., 2019).

Ntantana e os seus colaboradores (2017), numa comparação entre médicos e enfermeiros, demonstraram, que os enfermeiros apresentaram maior EE do que os médicos da UCI, não obtendo valores estatisticamente diferentes de DEP e RP. O *burnout* elevado foi registado em apenas 12 participantes, representando apenas 2,6% da população total do estudo, enquanto que a EE elevada afetou quase um terço do total dos participantes. Além disso, os valores de DEP encontravam-se anormalmente elevados (42,6%), um facto que, em relação ao *burnout* e ao bem-estar, pode proteger os participantes no longo prazo. De acordo com os resultados destes autores, a **Grécia** parece seguir a média europeia de EE nos enfermeiros e possui a média ainda mais baixa nos médicos (Ntantana et al., 2017; Poncet et al., 2007).

Num estudo realizado na **Suíça**, os níveis de *burnout* foram semelhantes em parteiros (profissionais de obstetrícia) como em enfermeiros de UCI (Neonatal), respetivamente, EE (64,7, 69%), DEP (37,0%, 35,7%) e reduzida RP (56,3, 60,7%). No entanto, os enfermeiros da UCI estavam mais propensos a atingir o limite mais severo nas três subescalas. (Favrod et al., 2018). No mesmo país, Welp e os seus colaboradores (2019), administraram um estudo a 1496 profissionais de saúde, em que 11,8% obtiveram pontuações elevadas em todas as dimensões de *burnout*. Destes, 37,8% relataram elevados níveis de EE, 35,8% elevada DEP e 6,8% relataram reduzida RP. Um terço dos profissionais de saúde relatou elevados níveis de pelo menos uma dimensão de *burnout* (Welp et al., 2019).

Por sua vez, Vermeir e os seus colaboradores (2018), conduziram um estudo e concluíram que apenas 3% dos enfermeiros de três UCIs pertencentes a hospitais localizados na **Bélgica**, estavam em risco de *burnout*. Análises posteriores indicam que 23,7% dos enfermeiros de UCI consideram que a sua RP é reduzida. Por exemplo, 17% dos enfermeiros disseram que nunca, ou esporadicamente, poderiam resolver os problemas de colegas ou pacientes e 19% pensaram que o seu trabalho nunca, esporadicamente ou apenas ocasionalmente, influenciou positivamente a vida dos outros. As subescalas EE e DEP foram menos problemáticas (10,9% e 10,9%, respetivamente) (Vermeir et al., 2018).

Num estudo realizado na **Polónia**, a EE elevada foi observada em 37,14% dos enfermeiros (n = 208). Em relação à subescala de DEP, 20,89% dos participantes (n = 117) foram classificados na categoria de nível elevado. Quase dois terços dos entrevistados encontravam-se num nível reduzido da subescala de RP. De forma semelhante aos resultados obtidos noutros estudos, que mostrou correlações entre as três subescalas, este estudo também

mostrou uma correlação positiva entre DEP e EE e correlações negativas ligeiramente mais fracas entre RP, DEP e EE (Nowacka et al., 2018).

No que concerne a **Portugal**, foi conduzido um estudo com 219 enfermeiros das UCIs, sendo que os resultados demonstraram que estes sofriam de EE elevada em 34,2% dos casos, de DEP elevada em 24,7% da amostra e de RP reduzida em 19,2% dos enfermeiros inquiridos (Teixeira et al., 2013b). Num outro estudo realizado em Portugal, entre 2011 e 2013, a 1262 enfermeiros e 466 médicos, foi reportado que 47,8% dos profissionais de saúde apresentaram *burnout* elevado e 21,6% apresentaram *burnout* moderado (Marôco, 2016).

Relativamente aos valores das subescalas do *burnout* (EE, DEP e RP), estes foram aglomerados e, posteriormente, elaborada a Tabela 5 com os resultados obtidos.

**Tabela 5.** *Valores de burnout*

Artigo	Participantes	Localização	Subescalas do <i>burnout</i>	Valores de <i>burnout</i>	Nível de <i>burnout</i>
(Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017)	n=52 (maioritariamente enfermeiros)	Espanha	EE	20	Médio
			DEP	11	Médio
			RP	39	Elevado
(Balan et al., 2019)	n=275 (238 médicos e 37 enfermeiros)	Roménia	EE	27	Médio
			DEP	14	Médio
			RP	23	Médio
(Favrod et al., 2018)	n=91 (91 enfermeiros e 122 parteiros)	Suíça	EE	23	Médio
			DEP	5	Baixo
			RP	32	Médio
(Nowacka et al., 2018)	n=560 (somente enfermeiros)	Polónia	EE	23	Médio
			DEP	Me=6	Baixo
			RP	28	Baixo
(Ricou et al., 2018)*	n=104 (maioritariamente enfermeiros)	Suíça	EE	17	Médio
			DEP	6	Baixo
			RP	37	Médio
(Ricou et al., 2018)**	n=85 (maioritariamente enfermeiros)	Suíça	EE	14	Baixo
			DEP	5	Baixo
			RP	38	Médio
(Ricou et al., 2018)***	n=51 (maioritariamente enfermeiros)	Suíça	EE	16	Baixo
			DEP	7	Médio
			RP	36	Médio
(Skorobogatova et al., 2017)	n=94 (somente enfermeiros)	Lituânia	EE	14	Baixo
			DEP	4	Baixo
			RP	29	Médio

\*- “Antes da intervenção”; \*\*- “Após a intervenção”; \*\*\*- “Seis meses após a intervenção”

De forma geral, os níveis de EE e DEP variaram apenas entre o nível baixo e médio, com o estudo realizado na Roménia a obter os níveis mais elevados de EE (27) e DEP (14) e os níveis mais reduzidos de RP (23) da amostra de artigos (o que significa uma maior probabilidade de surgimento do *burnout*), com a nuance de que os participantes deste estudo eram, em larga medida, médicos da UCI, com um número comparativo de enfermeiros bastante reduzido, o que poderá ter influenciado a pontuação nestas subescalas (Balan et al., 2019). Por outro lado, em Espanha, no estudo realizado por Arrogante e Aparicio-Zaldivar (2017), observou-se o nível mais elevado de RP (39).

Os valores apresentados na tabela 5, não demonstram muita variação no que concerne aos valores de *burnout* e, conseqüentemente, ao nível de *burnout* nos países Europeus comparados, pela proximidade que apresentam a nível geográfico.

Na amostra de artigos foi integrado o primeiro estudo que procura avaliar uma intervenção psicológica na saúde mental de prestadores de cuidados de UCI com elevado risco de *burnout*. Foi realizado na Suíça por Ricou e os seus colaboradores (2018), tendo sido medido o *burnout* dos participantes em três momentos distintos: “Antes da intervenção”, “Após a intervenção” e “Seis meses após a intervenção”. Em comparação com o período “Antes da intervenção”, todas as pontuações que compõem o MBI melhoraram no período “Após a intervenção” em todos os profissionais de saúde, o que significa que os valores de EE e DEP diminuíram e os de RP aumentaram. Já no período referente a “Seis meses após a intervenção”, os valores de *burnout* dos participantes ainda restantes, retornaram para um nível semelhante ao do momento “Antes da intervenção”. Estes resultados estão de acordo com estudos anteriores presentes na literatura da psicologia, que revelaram o quão difícil é demonstrar o efeito benéfico das intervenções neste tipo de domínio (Ricou et al., 2018).

No que diz respeito à associação da incidência do *burnout* com as características sociodemográficas dos enfermeiros, foi possível aferir, analisando os artigos da amostra, o impacto nas subescalas do *burnout* a que estas características se encontram associadas:

- a pontuação mediana ao nível da EE foi significativamente superior para o sexo feminino em comparação com o masculino (23 vs. 21) (Ntantana et al., 2017; Vincent et al., 2019); no domínio da DEP, os homens obtiveram valores mais elevados que as mulheres (7 vs. 6); no que concerne à RP, a pontuação mediana foi de 36 tanto para os homens como para as mulheres, bem como uma proporção semelhante encontrada no alto risco. (Vincent et al., 2019). Já Balan e os seus colaboradores (2019), através dos seus resultados quantitativos, indicaram níveis médios e semelhantes em todas as categorias tanto para mulheres (EE 27, DEP 14,

- RP 23) e homens (EE 27, DEP 15, RP 24), sem diferenças significativas (Balan et al., 2019);
- no que diz respeito à **idade**, Esteban-Sepúlveda e os seus colaboradores (2019), observaram que existe uma associação inversa entre *burnout* e a idade (Esteban-Sepúlveda et al., 2019). Vincent e os seus colaboradores (2019), observaram uma descida na DEP com o aumento da idade em profissionais com menos de 35 anos e com mais de 65 anos (Vincent et al., 2019). Por outro lado, Nowacka e os seus colaboradores (2018) revelaram que os participantes com maior EE eram geralmente mais velhos do que aqueles que se caracterizavam por ter baixo ou médio EE (Nowacka et al., 2018). Já Balan e os seus colaboradores (2019), visualizaram que os níveis mais elevados, foram apenas alcançados na dimensão EE na faixa etária de 25 a 40 anos (Balan et al., 2019);
  - a **profissão** cuja mediana de EE obteve valores superiores foi nos enfermeiros (27) (Ntantana et al., 2017; Vincent et al., 2019). A comparação entre pares demonstrou uma diferença estatisticamente significativa entre a pontuação mediana dos médicos (21) em comparação com os enfermeiros. Neste seguimento, os enfermeiros tiveram a maior proporção de entrevistados com pontuações no parâmetro de "alto risco", seguidos pelos farmacêuticos e outros profissionais de saúde. Não houve diferenças estatisticamente significativas nas pontuações medianas de DEP, tendo sido semelhantes entre todos os grupos profissionais. A pontuação mediana para a RP foi menor (indicando maior risco de *burnout*) em farmacêuticos (31) do que para outros grupos profissionais, com uma diferença estatisticamente significativa entre farmacêuticos e os restantes profissionais de saúde (38). A proporção de farmacêuticos no parâmetro de "alto risco" para este domínio foi de 71%, quase o dobro dos enfermeiros e médicos e mais de três vezes superior do que os restantes profissionais, sendo por isso, estatisticamente significativo (Vincent et al., 2019);
  - os *trainees* relataram maior EE, bem como, quanto menor era o tempo de **experiência profissional**, maior era o nível de DEP. Os profissionais de saúde que se encontravam em posições de liderança relataram maior RP (Welp et al., 2019);
  - foi observada uma relação significativa entre **educação** e DEP. A maior parte dos participantes com elevada DEP pertencia ao grupo com o grau de licenciatura (23,96%) (n = 75), sendo que a minoria dos participantes com elevada DEP foi observada entre os enfermeiros com ensino médio (13,16%) (n = 15) (Nowacka et al., 2018);

- o **status parental** teve um impacto significativo na EE. Foi observada uma maior EE nos entrevistados que tinham filhos (25,7) em comparação com participantes sem filhos (22,2) (Nowacka et al., 2018).

Em suma, seria interessante averiguar e investigar que outras características sociodemográficas dos enfermeiros poderão estar associadas ao *burnout* e perceber como estas se comportam nos diferentes países. Dos resultados obtidos em cima não é possível generalizar os resultados obtidos por falta de uma maior representatividade dos países da UE.

### 3.2. Fatores pessoais que propiciam o aparecimento do *burnout* nos enfermeiros das UCI

A enfermagem, por si só, é uma das profissões com maiores níveis de *stress* associados. Se adicionarmos a especificidade do contexto de UCI à prática de enfermagem, resultará uma mistura na qual a presença do *burnout* nos profissionais de saúde é tudo, menos invulgar (Markwell et al., 2015).

Inúmeras são as razões que podem explicar o surgimento do *burnout*, sendo que o contexto de UCI tem subjacente aspetos associados às condições de trabalho, a uma grande dinâmica e velocidade a que tudo acontece e onde ninguém pode ficar para trás. Os enfermeiros de UCIs têm que ser capazes de se desdobrar para articular o elevado número de tarefas que têm que fazer, ao mesmo tempo que tomam decisões deveras delicadas, tudo isto num curto espaço de tempo em que por vezes existe um excesso de informação que tem que ser filtrado (Sorlie et al., 2005). Como se não bastasse, existe uma enorme carga psicológica associada à tipologia de pacientes (estado de saúde) que se encontram em UCIs bem como aos conflitos que podem ser dirigidos a colegas, pacientes, como também, familiares de pacientes (Falcó-Pegueroles et al., 2016).

Neste sentido, e na tentativa de explicar a natureza do aparecimento do *burnout* nos enfermeiros das UCIs, os fatores foram divididos em fatores pessoais (que vão desde a experiência profissional até aos traços de personalidade) e fatores organizacionais (que vão desde as condições de trabalho até aos conflitos interpessoais) e serão sintetizados no ponto seguinte.

No que diz respeito aos fatores de cariz pessoal, encontra-se a experiência profissional. O tempo de **experiência profissional** teve uma influência significativa na elevada EE (Nowacka et al., 2018). A probabilidade de possuir elevada EE era 8% superior quando a experiência detida por parte dos profissionais era de mais de um ano, o que confirma a relação

existente entre a intensidade do *burnout* dos enfermeiros e o aumento do número de tarefas que estes recebem. Contrariamente a estes resultados, Ntantana e os seus colaboradores (2017), constataram que a idade e a experiência de trabalho não estão associadas a nenhuma das dimensões do *burnout*. Nowacka e os seus colaboradores (2018), acrescentaram ainda que a existência de emprego adicional aumenta as probabilidades de deter uma elevada DEP (Nowacka et al., 2018).

Para além disto, e tal como foi referido anteriormente como um tópico sensível, está a tomada de decisões éticas. Os resultados do estudo levado a cabo por Leite e os seus colaboradores (2019), indicam que trabalhar em unidades de internamento com uma elevada taxa de fatalidade, um número muito elevado de falecimentos ou uma alta proporção de pacientes idosos está associado a elevados níveis de EE nos enfermeiros. Foi encontrada uma relação curiosa entre elevados níveis de EE e trabalhar em unidades com uma alta percentagem de pacientes idosos. Este fenómeno poderá decorrer da presença de pacientes mais dependentes de ajuda, que requerem cuidados contínuos, resultando numa sensação de sobrecarga. A prestação de cuidados neste tipo de pacientes, exige variadas vezes, uma comunicação frequente com os seus familiares de forma a partilhar informação ou tomar decisões críticas e sensíveis. O resultado poderá consistir em exigências maiores a nível emocional para os profissionais de saúde, por exemplo, quando é necessário transmitir as más notícias, e/ou lidar com situações de conflito ou com o impacto emocional que o estado de saúde dos pacientes provoca nas suas famílias. O simples facto de os pacientes serem mais idosos também significa que poderão ter maior probabilidade de morrer enquanto estão no hospital, o que contribuirá como um fator adicional de *stress* nos enfermeiros. Foi também encontrada uma relação positiva entre trabalhar em unidades com um número muito elevado de mortes ou alto índice de fatalidade e altos níveis de EE. A exposição repetida à morte está provavelmente associada a uma maior proporção de profissionais de saúde com EE. As possíveis explicações incluem sentimentos de fracasso ou envolvimento emocional dos profissionais de saúde com os pacientes ou com as suas famílias. Para além disso, os profissionais de saúde podem envolver-se intensamente nos problemas que os seus pacientes possuem, de tal forma que estabelecem relações que vão além do âmbito profissional. Este envolvimento emocional excessivo em situações dramáticas ou doenças graves também pode contribuir para a ocorrência de EE entre os profissionais de saúde. (Leite et al., 2019; Ntantana et al., 2017).

A dimensão religiosa foi também analisada e, contrariamente a outros estudos que demonstravam que os enfermeiros que viam a religião como algo deveras importante,

experienciavam menos EE do que aqueles cujo papel da religião não era tão fundamental, neste estudo, não foi encontrada qualquer relação entre esta dimensão e a EE (Ntantana et al., 2017).

Finalmente, mas não menos importante, encontram-se os traços de personalidade dos profissionais que também poderão estar na origem do *burnout*. Num estudo levado a cabo por Ntantana e os seus colaboradores (2017), foi demonstrada uma forte correlação positiva da EE com o neuroticismo, psicoticismo, espiritualidade e uma correlação negativa com a extroversão.

Foi também possível identificar a correlação positiva entre a DEP com o neuroticismo e psicoticismo e negativamente correlacionada com a extroversão, ao passo que a RP foi apenas identificada a sua correlação positiva com a extroversão. Estes resultados vão de encontro aos dados de Maslach, que tinha referido previamente que o *burnout* estava ligado à dimensão do neuroticismo (Maslach et al., 2001). Os indivíduos neuróticos são emocionalmente instáveis e propensos ao sofrimento psicológico. (Ntantana et al., 2017).

### **3.3. Fatores organizacionais que propiciam o aparecimento do *burnout* nos enfermeiros das UCI**

Depois de terem sido apresentados os fatores pessoais, passamos para os fatores organizacionais que representam, também, um peso significativo no surgimento do *burnout* nos enfermeiros.

Uma das questões mais preponderantes quando se fala em enfermeiros de UCIs, são as **condições de trabalho** inerentes ao exercício laboral. Estas condições de trabalho podem desdobrar-se em diversas formas, das quais, nas relações entre colegas profissionais de saúde, autonomia e no bom ambiente de trabalho são preditores da satisfação no trabalho e do *burnout*. Da mesma forma, os resultados deste estudo sugerem que as mudanças ocorridas relativamente à perceção do ambiente de trabalho, satisfação no trabalho e *burnout* estão relacionadas com uma melhor perceção da adequação dos recursos, relações enfermeiro-médico e fatores relacionados com as condições intrínsecas de trabalho como independência no trabalho e status profissional (Esteban-Sepúlveda et al., 2019). Estudos longitudinais, realizados não só nos Estados Unidos, como na Europa, vão também ao encontro destes últimos resultados desvendados (Kutney-Lee et al., 2013).

Além disso, a literatura aponta para a importância da adequação do pessoal ao contexto de UCIs. Esta denota que a falta de profissionais de saúde que desejam trabalhar em UCI seja um problema significativo (Gálvan et al., 2012). Isto é também confirmado pelos resultados deste estudo, uma vez que a percentagem de participantes que gostariam de ser transferidos

para outra unidade é maior quando se fala da UCI (26,1%) do que quando não se trata de UCI (17,7%). De igual forma, e consistente com estudos anteriores (Gálvan et al., 2012), este estudo demonstrou que um aumento na vontade de ser transferido está associado a um maior nível de *burnout* e PSPT (Rodríguez-Rey et al., 2019). Já Leite e os seus colaboradores (2019), não encontraram correlações estatisticamente significativas entre os elevados níveis de EE e o trabalho em unidades de internamento com taxas de ocupação deveras elevadas ou com falta de pessoal. Uma possível explicação poderá ser a de que alguns fatores atenuantes podem ter reduzido a ocorrência de EE nesta amostra, tal como o trabalho em equipa ou outro tipo de apoios informais (Leite et al., 2019).

Num estudo realizado por Nowacka e os seus colaboradores (2018), os participantes com maior EE eram mais propensos a trabalhar em UCI do que aqueles que se caracterizavam por ter baixo ou médio EE. Por sua vez, trabalhar numa enfermaria de cuidados intensivos foi um fator de proteção, pois os enfermeiros que lá trabalhavam tinham uma probabilidade 75% menor de ter elevada DEP quando comparado com enfermeiros que trabalhavam em unidades de cuidados conservadores (Nowacka et al., 2018) Para Ntantana e seus colaboradores (2017) não foi observada uma relação significativa entre o tipo de unidade de trabalho e uma elevada EE (Ntantana et al., 2017).

Seguindo esta ordem de ideias, os profissionais de saúde que trabalham em UCI com mais ventilação mecânica ou com uma maior agitação por parte dos pacientes, relataram maior EE. Mais intervenções ao nível da enfermagem predizem um nível superior de DEP e níveis inferiores de RP. A perceção da RP também foi significativamente menor em hospitais universitários (em comparação com hospitais regionais). Os profissionais que trabalham em UCI pediátricas (em comparação com UCIs interdisciplinares) relataram menor EE e DEP, enquanto que os profissionais que trabalham em UCI cirúrgica (em comparação com UCIs interdisciplinares) relataram níveis superiores de EE (Welp et al., 2019). No estudo conduzido por Rodríguez-Rey e os seus colaboradores (2019), não existiram diferenças nas pontuações para as três dimensões de *burnout* e nas pontuações de PSPT entre os profissionais que trabalham na UCI pediátrica e os que trabalham noutra unidade pediátrica (Rodríguez-Rey et al., 2019).

A maior diferença na percentagem de participantes classificados com elevado nível de DEP foi observada entre enfermeiros das UCI e enfermeiros das unidades de saúde primárias (21,24%). A maior percentagem de participantes com um menor sentido de RP foi observada entre os enfermeiros das UCI (75,00%) (n = 87), e a menor entre os enfermeiros das unidades de saúde primárias (52,63%) (n = 10) (Nowacka et al., 2018).

Finalmente, os profissionais que trabalham predominantemente em turnos noturnos reportaram níveis de *burnout* superiores. (Welp et al., 2019).

No que diz respeito à **satisfação no trabalho**, foi possível observar que a reduzida satisfação no trabalho foi associada a elevada EE e DEP (Ntantana et al., 2017). Esteban-Sepúlveda e os seus colaboradores (2019) analisaram a relação entre a satisfação no trabalho e o *burnout*, em que se destacou a relação negativa estatisticamente significativa com a variável associada à “oportunidade de progressão na carreira” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019).

Quando avaliado o impacto da **carreira profissional**, foi possível observar uma relação significativa entre a educação, a função de gestão e um menor sentido de RP. Os entrevistados que possuíam ensino superior tinham duas vezes mais hipóteses de sentir insatisfação com a sua RP em comparação com aqueles que detinham apenas o ensino secundário. O ensino superior aumenta o sentido e a perceção das suas próprias competências, mas não permite necessariamente a possibilidade de participar na tomada de decisões que são fundamentais no contexto de trabalho. Este fenómeno foi confirmado pelos resultados do estudo realizado com profissionais que ocupam cargos de chefia. As funções de gestão, e que estão subjacentes à tomada de decisões, acabaram por se apresentar como um fator de proteção. A probabilidade de existir uma redução no sentido de RP foi 64% menor nos participantes que ocupavam funções de chefia do que nos enfermeiros que não possuíam qualquer cargo de gestão. (Nowacka et al., 2018). Já Rodríguez-Rey e os seus colaboradores (2019), mostraram que as pontuações de *burnout* e PSPT eram independentes da função que ocupavam (Rodríguez-Rey et al., 2019).

No que se refere à **comunicação**, apenas Vermeir e os seus colaboradores (2018), tocaram neste ponto e demonstraram que todas as dimensões da satisfação com a comunicação foram associadas com o risco de *burnout*, exceto na relação com os colaboradores. Os enfermeiros com risco de *burnout* tiveram pontuações mais reduzidas nas dimensões de comunicação. (Vermeir et al., 2018).

Terminando com os **conflitos interpessoais**, foi observado que os níveis de EE e PSPT foram superiores quando um ou mais pacientes faleciam na unidade ou quando existiam conflitos com colegas de trabalho na semana anterior. A ocorrência de conflitos com familiares / pacientes na semana anterior e o desejo de ser transferido para uma unidade de cuidados diferente estavam relacionados com níveis mais altos de EE, DEP e PSPT (Rodríguez-Rey et al., 2019).

Sumariamente, o facto de os enfermeiros trabalharem em UCIs, implica que estes têm uma constante exposição a variados fatores de *stress* e exigências tanto físicas como

psicológicas. Quando estas exigências ultrapassam os recursos que os indivíduos possuem, estes sentem o *stress* a acumular de forma cada vez mais agressiva, aumentando progressivamente a probabilidade de desenvolver *burnout* no futuro. Conhecer todos estes fatores (pessoais e organizacionais) permite atuar a montante do problema, e atuar quando as consequências são ainda reversíveis.

### **3.4. Prevenção do *burnout* nos enfermeiros das UCI**

A prevenção do *burnout* é um processo que exige tempo, adequação à realidade em causa e tem um grau elevado de complexidade inerente. A Organização Mundial de Saúde defende o investimento na prevenção e melhoria da qualidade do ambiente de trabalho, para proteger o bem-estar e a saúde dos trabalhadores, apesar do foco das empresas estar, essencialmente, no investimento em tratamentos médicos. É necessário adotar estratégias desenhadas para a melhoria do ambiente de trabalho. Tais medidas devem contemplar as condições de trabalho (períodos de descanso, encargos, remuneração, ambiente saudável). No entanto, também é importante desenvolver *skills* individuais de *coping* (resiliência, flexibilidade cognitiva e autoconsciência) diante de condições com elevado *stress* que causam incerteza e têm um forte impacto emocional, e que são vividas no dia a dia nas UCIs.

As opções propostas nos artigos da amostra, possibilitam compreender alguns eixos de atuação para que seja possível a prevenção do aparecimento do *burnout*. Leite e os seus colaboradores (2019) denotaram a importância dos fatores individuais ou organizacionais, tal como o funcionamento das equipas ou o estilo de liderança das chefias, na influência e ocorrência de EE entre os profissionais de saúde, principalmente em locais de trabalho caracterizados por exposição frequente ao sofrimento e à morte, que é o caso das UCIs.

Assim sendo, aspetos como a boa liderança, o trabalho em equipa e o suporte psicológico podem ser extremamente relevantes na tentativa de minimizar as dificuldades inerentes à sua atividade e contribuir para o bem-estar dos profissionais de saúde. Neste seguimento, a disponibilidade de tempo e espaço adequados para discutir os aspetos emocionais subjacentes ao trabalho deverá ser considerada. Quando é permitido aos profissionais apoiarem-se, terem abertura e desabafar com os colegas, o estigma do fracasso pode surgir e ser explorado, para além de promover uma maior coesão entre os membros da equipa (Leite et al., 2019). Os resultados encontrados pela Gallup (2020) vão de encontro à perspetiva destes autores, denotando a relevância de ouvir os problemas relacionados com o trabalho, conversando atentamente com os colaboradores, dedicando-lhes tempo e atenção. Os colaboradores cujas

chefias estão disponíveis a ouvir os seus problemas relacionados com o trabalho vêm a probabilidade de sofrerem *burnout* reduzida em 62% (Gallup, 2020).

De forma sumativa, surge a perspetiva encontrada no estudo de Nowacka e os seus colaboradores (2018), em que estes defendem que as ações preventivas do *burnout* devem ocorrer em três níveis: organizacional, individual-organizacional e individual.

- ao nível da organização: através do recrutamento de novos colaboradores e contratação tendo em conta a predisposição do indivíduo para o desempenho de uma determinada função, para a aprendizagem de novas competências, para a aquisição de conhecimentos tanto profissionais como aplicáveis ao *coping* do *stress*, para a melhoria das condições físicas e psicossociais do trabalho, para a melhoria da comunicação e cooperação na organização, para a melhoria no controlo do trabalho, na utilização de *skills*, na carga de trabalho e na segurança no trabalho;
- ao nível organizacional-individual: através da promoção do suporte que advém das chefias e dos colegas de trabalho, combinando a adequação das oportunidades de trabalho individuais com os requisitos necessários para a função, através do esclarecimento de funções;
- ao nível individual: desenvolvendo as *skills* que permitem relaxar em situações em que existe uma grande tensão associada; desenvolvimento pessoal; aprender a reconhecer e a regular os próprios estados mentais; reduzindo o pensamento irracional através do envolvimento de processos cognitivos; a capacidade de aceitar experiências menos agradáveis e desejáveis, modificando-as e prevenindo a perda de controlo da situação em causa; através da atividade física; da dieta; do estilo de vida; e desenvolver a capacidade de delegar, negociar, definir metas e colocar em possibilidade o uso do conselho de especialistas na solução de problemas de cariz profissional e não profissional (Nowacka et al., 2018).

Favrod e os seus colaboradores (2018) realçam que as estratégias para mudar a avaliação subjetiva dos fatores de *stress* traumáticos podem ser ensinadas, bem como a necessidade de dar tempo de recuperação entre eventos traumáticos precisa de ser assegurada, dada a alta prevalência de PSPT e sintomas de *burnout* em enfermeiros de UCI. As medidas tomadas para aumentar o apoio/suporte social no trabalho, tais como a introdução de um sistema de apoio de pares, bem como a mediação profissional e outros recursos, são capazes de possibilitar a proteção contra o desenvolvimento de sintomas de saúde mental. A existência de um rastreio regular de sintomas psicopatológicos pode ser útil e deve ser também fornecido acesso a ajuda profissional, em caso de necessidade. Estas medidas podem não apenas melhorar a saúde

mental, mas também diminuir o absentismo e melhorar a qualidade do atendimento ao paciente (Favrod et al., 2018).

Nesta questão relativa à prevenção do *burnout*, Balan e os seus colaboradores (2019) apenas reforçam a necessidade de um plano de ação de dois sentidos: tornar a comunicação interdisciplinar mais eficiente e estabelecer e implementar estratégias eficazes de gestão de conflitos (Balan et al., 2019).

Cada contexto será diferente, terá as suas especificidades, ainda que o foco sejam as Unidades de Cuidados Intensivos, pelo que será fundamental adequar todas as sugestões que foram apresentadas neste ponto, à realidade das unidades hospitalares, em geral, e ao contexto de cada UCI, em particular, de forma a ser possível controlar e prevenir o *burnout* antes que seja tarde demais.

Estas práticas são fundamentais para garantir que, para além de melhorarem a saúde mental dos profissionais, existe igualmente uma diminuição no absentismo e, por consequência, o atendimento ao paciente também melhora substancialmente.

### **3.5. Tratamento do *burnout* nos enfermeiros das UCI**

Segundo Gracia Gozalo e os seus colaboradores (2019), a aposta para efetivar o tratamento do *burnout*, poderá passar pelos programas de *mindfulness*. No caso dos autores, estes programas são geralmente intervenções de índole física que envolvem sessões de grupo com uma duração de cerca de 2,5 horas. São também caracterizados por terem inerente um conteúdo psico-educacional significativo referente às emoções e ao *stress*.

A diferença e a novidade do programa apresentado neste estudo é que este possui pouca atividade física presencial e poucas práticas conjuntas, para além de não ter um conteúdo teórico psico-educacional demasiado extenso, ao mesmo tempo que oferece flexibilidade total para os participantes realizarem o programa à sua medida. As práticas propostas durante um período de 8 semanas foram relativamente breves. Porém, através da criação de um grupo de WhatsApp foi criada uma comunidade virtual na qual os participantes puderam partilhar as suas experiências de *mindfulness* entre si, bem como com o instrutor. Os participantes deste programa ficaram muito satisfeitos com o formato, com a forma como estava desenhado e com a duração, assim como com as propostas e qualidade dos materiais expostos. De realçar que muitos dos participantes manifestaram o desejo de aprofundar a sua formação em *mindfulness*, com o propósito de a aplicar tanto na sua vida pessoal como profissional.

Embora as taxas de *burnout* anteriores da amostra já fossem baixas (EE moderada, DEP muito reduzida e RP moderada), os níveis de EE diminuíram após a intervenção. Será importante referir que nesta amostra, o nível de DEP já era bastante reduzido no início do estudo, fazendo com que, conseqüentemente, fosse pouco provável que a implementação do programa melhorasse este parâmetro ainda mais. Por outro lado, os níveis de RP foram intermédios. Este estudo demonstra a utilidade da prática de *mindfulness* entre profissionais de UCI, principalmente no que diz respeito à redução da EE e ao aumento da autocompaixão (self-compassion) (Gracia Gozalo et al., 2019). Este conteúdo vai de encontro com estudos anteriores que realçam, de igual forma, a importância da utilização da prática de *mindfulness* como meio de redução do *stress* (Westermann et al., 2014).

A literatura aponta para as intervenções e os tratamentos baseados nas técnicas cognitivo-comportamentais como as práticas mais eficientes na redução do *burnout*, uma vez que os colaboradores são incentivados a lidar com o *burnout* de forma ativa. As principais direções para se realizar uma intervenção baseada nesta técnica são:

- a reestruturação cognitiva: identificando os pensamentos disfuncionais que fazem parte da rotina dos indivíduos, e alterá-los;
- ativação comportamental: com o intuito de organizar e identificar comportamentos e atividades que são menos exigentes;
- exposição gradual a situações difíceis e complexas (Richardson e Rothstein, 2008).

O estudo de Rodríguez-Rey e seus colaboradores (2019), demonstrou que 20% a 37% da variância nas dimensões de *burnout* e PSPT pode ser previsível a partir de quaisquer estratégias de *coping* que sejam utilizadas. Os indivíduos que usaram menos o estilo de *problem-focused coping* - e principalmente o pensamento positivo - e mais o estilo de *emotion-focused coping* apresentam maior *burnout* e PSPT. Conseqüentemente, estratégias ativas de *coping* para resolver dificuldades no trabalho, bem como aprender com essas experiências, levam a melhores resultados do que estratégias como ruminação e evitar o pensamento, o que vai de encontro com investigações anteriores e tem implicações claras na prática (Gálvan et al., 2012).

Como os conflitos com os colegas estão inteiramente endereçados a um maior nível de *burnout* e PSPT, os autores aconselham providenciar formação aos profissionais para que estes desenvolvam a capacidade de resolver conflitos interpessoais, uma vez que esta capacidade poderá reduzir o impacto negativo na sua saúde mental. Finalmente, considerando que os profissionais de saúde são especialmente vulneráveis ao *burnout* e PSPT após a morte de uma criança, parece benéfico fornecer-lhes formação adequada sobre cuidados no final de vida. Os

autores consideram que, para implementar este tipo de intervenções, seria necessário primeiro estabelecer uma cultura de cuidado informada direcionada para o trauma, em que a consciência da importância de cuidar da saúde mental dos profissionais de saúde existe tanto entre os colaboradores como nas administrações hospitalares. Apenas assim, estas intervenções de prevenção não seriam ações isoladas, mas sim parte de uma cultura que se preocupa com o bem-estar pessoal geral. (Rodríguez-Rey et al., 2019)

Resumidamente, o estudo indica que são necessárias intervenções para prevenir o *burnout* e PSPT nos profissionais de saúde, bem como intervenções de tratamento para aqueles que já estão em fase de sofrimento. A intervenção para melhorar a saúde mental do profissional deve-se concentrar no exercício de estratégias que envolvam o processamento emocional ativo de experiências traumáticas no trabalho, evitando o uso de *emotion-focused coping* e promovendo um *problem-focused coping* (Rodríguez-Rey et al., 2019).

Ricou e os seus colaboradores (2018), realizaram o primeiro estudo que procurava avaliar uma intervenção psicológica na saúde mental de prestadores de saúde de UCIs. Esta tentativa de implementar o suporte psicológico nos profissionais de saúde da UCI num ambiente de investigação, foi bem sucedido em 2 aspetos. Em primeiro lugar, as "armadilhas" organizacionais dos métodos originais no ambiente tão especial, que é o de uma UCI, puderam ser determinadas. Em segundo lugar, um método adaptado inspirado na abordagem sistémica revelou-se viável. Embora a intervenção psicológica não se tenha mostrado eficiente relativamente ao *burnout*, à ansiedade ou à depressão no grupo experimental, o facto de que o nível de *burnout* diminuiu significativamente em todos os participantes no momento "Após a Intervenção" dos psicólogos foi um sinal positivo e de alento. A melhoria, ainda que pequena, dos níveis de *burnout* no grupo experimental continua a ser um dado encorajador. A ausência de resultados estatisticamente significativos não é surpreendente e deve ser interpretada com alguma cautela. O tipo de intervenção realizada pertence ao tipo de intervenções complexas, sendo que a ausência de resultados positivos não significa que a intervenção é ineficaz.

A eficácia de uma intervenção psicológica nunca foi demonstrada até ao momento, especialmente na relação entre uma equipa em contraste com um indivíduo (Geraedts et al., 2014). O estudo mais recente que sugere pequenas melhorias na depressão numa dimensão do *burnout* foi conduzido com um carácter individual. O único estudo que mostrou o impacto positivo de uma intervenção psicológica semelhante à usada neste estudo foi conduzido por Peterson em que os profissionais de saúde apresentaram uma pontuação de *burnout* superior ao percentil 75 em toda a população (Peterson et al., 2008) A estrutura do estudo de Peterson diferia deste de duas formas distintas: Em primeiro lugar, houve a tentativa de criar uma

intervenção em metade de uma equipa (e não apenas naqueles com níveis de *burnout* mais elevados); em segundo lugar, pelo mesma razão, o nível médio de *burnout* foi muito mais reduzido nesta população do que na população do Peterson. Desta forma, a melhoria que seria expectável pode não ter sido detetada. Na realidade, os níveis de *burnout* e a proporção de profissionais de cuidados de saúde com *burnout* grave diminuíram mais acentuadamente no Grupo Experimental (GE) do que no Grupo de Controlo (GC), mas sem significância estatística neste estudo. A ligeira melhoria nos níveis de *burnout*, especialmente no GI, é sustentada pela diminuição significativa da taxa de absentismo durante o mesmo período após a intervenção.

A lição mais relevante deste estudo foi perceber como criar um grupo de apoio/suporte no ambiente tão particular que é o de uma UCI. Os resultados da análise qualitativa do estudo mostram que os profissionais de saúde estavam satisfeitos com esta abordagem e pretendiam que esta fosse permanente (os dados não foram apresentados pelos autores) (Ricou et al., 2018).

Para além destas práticas indicadas em cima, sugere-se a existência e elaboração de mais estudos clínicos e estudos de intervenção, com vista a desenvolver programas que reduzam o *stress* no trabalho, funcionando também como uma estratégia para atrair enfermeiros, melhorar a qualidade geral do trabalho e alcançar os resultados organizacionais desejados.

## **Conclusão**

Este capítulo final, visa destacar as conclusões disponíveis nos artigos da amostra, identificando os pontos-chave que merecem uma atenção redobrada, ao mesmo tempo que aponta para sugestões de oportunidades dirigidas à comunidade de investigação e para *gaps* que não foram ainda colmatados na literatura e na abordagem ao tema em questão.

A RSL em causa, surgiu com o intuito de dar resposta à questão de investigação “Como é que o *burnout* afeta os enfermeiros das Unidades dos Cuidados Intensivos?”. Não foi possível dar uma resposta totalmente completa a esta questão, derivado da complexidade da temática em causa. Apesar de a amostra contemplar 14 artigos, este número não permite generalizar os resultados para toda a União Europeia, uma vez que existem poucos estudos na UE que retratam a realidade dos enfermeiros de UCI no que diz respeito à esfera do *burnout*. Ainda assim, desvendou alguns caminhos que possibilitam o entendimento desta condição nos profissionais de saúde, utilizando, de forma complementar, literatura que não estava contemplada na amostra de artigos incluídos, e que permitiu colmatar algumas falhas no encadeamento da resposta à questão.

Observar a incidência do *burnout* permitiu compreender o peso e o espaço que o *burnout* ocupa nas UCIs e compreender também a severidade com que esta condição atinge os enfermeiros deste tipo de unidades de saúde. Para Vermeir e os seus colaboradores (2018), apenas 3% dos enfermeiros estavam em risco de *burnout* na Bélgica, enquanto que Welp e os seus colaboradores (2019), demonstraram que 11,8% dos participantes obtiveram pontuações elevadas em todas as dimensões de *burnout*. Em Espanha, 47,4% dos enfermeiros (entre 2009-2010) apresentaram um nível de *burnout* reduzido, quando comparado com os 58,3% (entre 2012-2014) (Esteban-Sepúlveda et al., 2019). Rodríguez-Rey e os seus colaboradores (2019), registaram também em Espanha, 36,20% dos participantes com EE, 27,20% com DEP e 20,10% com reduzida RP, com 56% dos profissionais da UCI a relatar existência de *burnout* em pelo menos uma das três dimensões.

Esquematizar os níveis de EE, DEP e REP na tabela 5 (ver p. 50), permitiu compreender quais são os valores das sub-escalas do *burnout* que se encontram num estado mais elevado e em que países se situam. De forma geral, os valores dos níveis de EE e DEP variaram apenas entre o nível baixo e médio, com o estudo realizado na Roménia a obter os níveis mais elevados de EE e DEP e os níveis mais reduzidos de RP (Balan et al., 2019).

Identificar e entender quais são os fatores pessoais que propiciam o aparecimento do *burnout* nos enfermeiros permite a compreensão da importância que o próprio indivíduo, e o ambiente que o rodeia tem no equilíbrio entre aquilo que é o compromisso com o trabalho e o seu bem-estar. Os artigos incluídos na amostra, apontaram com maior relevância para os seguintes fatores: a experiência profissional (Nowacka et al., 2018; Ntantana et al., 2017); a tomada de decisões éticas (Leite et al., 2019; Ntantana et al., 2017); a dimensão religiosa (Ntantana et al., 2017); os traços de personalidade (Ntantana et al., 2017). No seguimento do tópico com enorme relevo neste contexto (tomada de decisões éticas), a literatura também

demonstra que os enfermeiros das UCIs apresentam taxas mais altas de *burnout* ao estarem envolvidos em decisões que envolvam a suspensão ou não de tratamentos necessários para salvar vidas (Poncet et al., 2007). A literatura também apresenta ligações entre o *burnout* e os traços de personalidade, em que o neuroticismo foi associado ao aumento da EE, DEP e diminuição da REP (Cañadas-De la Fuente et al., 2015).

Por outro lado, os fatores pessoais são indissociáveis dos fatores organizacionais e, por isso, foi também possível compreender como é que contribuem para o aparecimento do *burnout* nos enfermeiros. Assim sendo, os fatores principais abordados pelos autores da amostra são: as condições de trabalho (Esteban-Sepúlveda et al., 2019; Leite et al., 2019; Nowacka et al., 2018; Rodríguez-Rey et al., 2019; Welp et al., 2019); a satisfação no trabalho (Esteban-Sepúlveda et al., 2019; Ntantana et al., 2017); a carreira profissional (Nowacka et al., 2018); a comunicação (Vermeir et al., 2018); os conflitos interpessoais (Rodríguez-Rey et al., 2019). No seguimento das condições de trabalho, a literatura aponta para que os turnos noturnos, o *stress* relacionado com o trabalho, o número de dias de folga e de férias influenciam no risco de *burnout* entre os enfermeiros das UCIs (Vasconcelos et al., 2018; Vifladt et al., 2016). Para além disso, vários são os estudos que demonstram uma relação entre os conflitos interpessoais - entre enfermeiros e médicos, com colegas, com supervisores e com pacientes e familiares - com o aumento do risco de existência do *burnout* (Fumis et al., 2017; Mealer & Moss, 2016; Vifladt et al., 2016).

Quando se fala em prevenção do *burnout*, é fundamental destacar a adequação das melhores práticas a adotar uma vez que os gestores de RH fazem parte do papel principal e, por isso, têm o dever de contribuir para a solução deste problema. Os artigos que compõem a amostra, propõem variadas soluções: Leite e os seus colaboradores (2019) focaram o papel fundamental dos fatores individuais e/ou organizacionais, tal como o funcionamento das equipas ou o estilo de liderança das chefias que assumem um papel ativo nesta prevenção. Para além disso, e de encontro com a literatura existente, a disponibilidade de tempo e espaço adequados para discutir aspetos emocionais subjacentes ao trabalho deverá ser considerada, para que possam ter abertura e apoio suficiente para promover o suporte dos colegas (Bobbio et al., 2012; Conger & Kanungo, 1988; Gallup, 2020; Leite et al., 2019).

Por sua vez, Nowacka e os seus colaboradores (2018), acrescentam mais um nível no que diz respeito a onde devem incidir as ações preventivas. Este estudo corrobora com o anteriormente sintetizado, aglomerando também o nível organizacional-individual: através da promoção do suporte que advém das chefias e dos colegas de trabalho, combinando a adequação das oportunidades de trabalho individuais com os requisitos necessários para a função, através do esclarecimento de funções. É ainda salientado pelos autores, a importância dos gestores de

RH aquando do recrutamento e seleção de novos colaboradores, tendo sempre em vista a adequação do indivíduo para o desempenho de uma determinada função, para a aprendizagem de novas competências e para a aquisição de conhecimentos fundamentais que lhe permitirão equilibrar as exigências do dia a dia com o bom funcionamento dos cuidados de saúde prestados ao paciente (Favrod et al., 2018; Nowacka et al., 2018).

Favrod e os seus colaboradores (2018), apontam para a aprendizagem de estratégias que permitam alterar a avaliação subjetiva dos fatores de *stress* traumáticos, bem como a necessidade de haver tempo de recuperação entre eventos traumáticos. Finalmente, apela à existência de um rastreio regular de sintomas psicopatológicos.

Apesar de não ser referido em nenhum dos artigos da amostra, a literatura mostra que a alteração e inclusão de políticas de RH são essenciais no equilíbrio que estas organizações pretendem. Estas podem ser políticas relacionadas com a vertente da adequação dos salários e/ou baseados em objetivos de produtividade, com um controlo mais atento aos tempos dos turnos de trabalho e à carga de trabalho associada. Políticas associadas a férias, horários de trabalho mais flexíveis de forma a contribuir para uma melhor relação vida-trabalho. Adicionalmente, a cultura organizacional, o bom ambiente de trabalho e a existência de oportunidades de desenvolvimento pessoal possibilitam a criação de significado no trabalho por parte dos profissionais, evitando o aparecimento do *burnout* (Schreuder et al., 2011; Shanafelt & Noseworthy, 2017). Adicionalmente, a literatura indica também que o facto de os gestores de RH apostarem no esclarecimento dos níveis de desempenho que são expectáveis serem alcançados pelos enfermeiros, previne efeitos negativos nos mesmos. Aliado a isto, promover os indivíduos competentes e delegar tarefas que lhes sejam adequadas, mantendo sempre o apoio e suporte necessários. Finalmente, possibilitar a progressão na carreira, apostando em programas de formação bem elaborados, aliado a um sistema de avaliação de desempenho apropriado ao longo do tempo (Chen & Chen, 2018).

Como é possível observar, existe consenso na literatura que compõe a amostra e na literatura que não está incluída, e que serve de suporte para corroborar com o tipo de ações preventivas a aplicar, que foram enumeradas em cima. Ainda assim, é essencial ressaltar que cada UCI é um contexto diferente e que algumas destas práticas e políticas poderão fazer sentido em alguns casos e, noutros, haver a necessidade de adaptar à realidade em questão.

Relativamente ao tratamento do *burnout*, é possível constatar que os autores apresentam algumas práticas passíveis de mitigar esta condição: Gracia Gozalo e os seus colaboradores (2019), indicam que o tratamento do *burnout*, poderá passar pelos programas de *mindfulness*. Este estudo demonstra a utilidade da prática de *mindfulness* entre profissionais de UCI,

principalmente no que diz respeito à redução da EE e ao aumento da autocompaixão. Este conteúdo vai de encontro com a literatura existente, onde é igualmente demonstrada, a importância da utilização da prática de *mindfulness* como meio de redução do *stress* (Gracia Gozalo et al., 2019; Westermann et al., 2014).

A literatura aponta também para as intervenções e os tratamentos baseados nas técnicas cognitivo-comportamentais como as práticas mais eficientes na redução do *burnout* (Richardson e Rothstein, 2008). Rodríguez-Rey e seus colaboradores (2019), indica resultados positivos na utilização de estratégias de coping. Assim, a intervenção deve-se concentrar no exercício de estratégias que envolvam o processamento emocional ativo de experiências traumáticas no trabalho, evitando o uso de *emotion-focused coping* e promovendo um *problem-focused coping* (Gálvan et al., 2012; Rodríguez-Rey et al., 2019).

Ricou e os seus colaboradores (2018), realizaram uma intervenção psicológica na saúde mental nos profissionais de UCI, na tentativa de implementar o suporte psicológico nestes profissionais. Embora a intervenção psicológica não se tenha mostrado eficiente relativamente ao *burnout*, à ansiedade ou à depressão no grupo experimental, o facto de que o nível de *burnout* diminuiu significativamente em todos os participantes no momento “Após a Intervenção” dos psicólogos foi um sinal positivo e de alento.

Para além destas práticas acima referidas, sugere-se a elaboração de mais estudos clínicos e estudos de intervenção, com vista a desenvolver programas que reduzam o *stress* no trabalho.

Apesar de terem sido utilizados métodos rigorosos, tal como acontece na maioria das investigações, existiram algumas limitações que poderão ter interferido na compreensão e fiabilidade dos resultados, das quais salientamos:

- terem sido utilizadas apenas as bases de dados “EBSCO” e “PubMed”;
- a exigência de os artigos estarem redigidos apenas em português, inglês ou espanhol;
- contemplar apenas artigos dos últimos quatro anos;
- escassez de artigos qualitativos que poderiam providenciar uma visão mais compreensiva sobre a investigação do *burnout*;
- viés inerente aos questionários autoadministrados e dificuldade em quantificar estados emocionais dos participantes;
- a maioria dos estudos utilizados não serem apenas de enfermeiros de UCI, não permitindo ter uma amostra-mais representativa;

- não possuir dados na amostra de artigos, que retratem as políticas e práticas de Gestão de Recursos Humanos neste contexto de UCI, foi necessário recorrer a outras fontes.

O facto de se conseguir identificar quais são as limitações que foram encontradas ao tentar dar resposta à questão de investigação, permite orientar e compreender os pontos fulcrais que deverão ser tidos em conta em investigações futuras. Para ultrapassar estas limitações, poderá ser fundamental criar uma série de linhas orientadoras, não só para a prática da Gestão de Recursos Humanos, como também para as investigações futuras que abordem a temática:

- realização de mais estudos e abordagens mais específicas são necessárias para confirmar e esclarecer a relação entre o *burnout*, traços de personalidade, mecanismos de defesa individuais e estratégias de *coping*;
- o impacto que intervenções como o *mindfulness* pode ter no longo prazo não é claro, leva a que seja necessário realizar estudos com um maior número de participantes e de forma mais consistente;
- realização de estudos apenas com enfermeiros, de forma a aumentar a amostra e permitir generalizar conclusões;
- realização de estudos em Portugal em enfermeiros no contexto tão específico de UCI;
- realização de estudos comparativos entre diferentes países, bem como em diferentes regiões do mesmo país para compreender a expressão do *burnout*;
- realização de estudos que relacionem as práticas de GRH com a temática em causa;
- realização de uma maior quantidade de estudos qualitativos que permitam detalhar o impacto do *burnout* e interpretá-lo de forma mais pormenorizada;
- compreender como é que a situação atual de COVID-19 afetou e afetará estes profissionais de saúde.

Em suma, apesar do *burnout* ser um tópico deveras estudado em diversas áreas, tais como na educação e na enfermagem, o contexto específico das UCI, nomeadamente no que concerne aos países da UE e similares, carece de informação relativa a práticas que previnam a condição do *burnout*. Isto significa que existe muita informação e muitos estudos científicos que abordam a temática, no entanto, em termos metodológicos, não permitem chegar a resultados sistemáticos, podendo este TFM chamar a atenção para a necessidade de, em cada país, compreender a incidência de *burnout*, através de estudos comparativos e que permitam a existência de uma considerável representatividade nacional.

## Referências bibliográficas

- Abdo, S. A. M., El-Sallamy, R. M., El-Sherbiny, A. A. M., & Kabbash, I. A. (2015). Burnout among physicians and nursing staff working in the emergency hospital of Tanta university, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(12), 906–915. <https://doi.org/10.26719/2015.21.12.906>
- Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo, *Revista Referência*, n.º 5, 53-63.
- American Psychological Association. (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- \*Arrogante, O., & Aparicio-Zaldivar, E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 110–115. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.010>
- \*Balan, S. A., Bubenek-Turconi, Ş. I., Droc, G., Marinescu, E., Nita, E., Popa, M. C., Spineni, D., & Tomescu, D. (2019). Burnout syndrome in the Anaesthesia and Intensive Care Unit. *Romanian journal of anaesthesia and intensive care*, 26(1), 31-36.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (Edição revista e atualizada). Edições 70
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2014). Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(6), 1005–1011. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0996-8>
- Bromme, R., Rambow, R., & Nückles, M. (2001). Expertise and estimating what other people know: The influence of professional experience and type of knowledge. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 7(4), 317–330. <https://doi.org/10.1037/1076-898x.7.4.317>
- Bobbio, A., Bellan, M., & Manganelli, A. M. (2012). Empowering leadership, perceived organizational support, trust, and job burnout for nurses. *Health Care Management Review*, 37(1), 77–87. <https://doi.org/10.1097/hmr.0b013e31822242b2>

- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240–249.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
- Chen, S. C., & Chen, C. F. (2018). Antecedents and consequences of nurses' burnout. *Management Decision*, 56(4), 777–792. <https://doi.org/10.1108/md-10-2016-0694>
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. *Academy of Management Review*, 13(3), 471–482.  
<https://doi.org/10.5465/amr.1988.4306983>
- Costa, D. K., & Moss, M. (2018). The Cost of Caring: Emotion, Burnout, and Psychological Distress in Critical Care Clinicians. *Annals of the American Thoracic Society*, 15(7), 787–790. <https://doi.org/10.1513/annalsats.201804-269ps>
- Darban, F. (2016). Effect of Communication Skills Training on the Burnout of Nurses: A Cross-Sectional Study. *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH*, 1-4. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2016/19312.7667>
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X., & Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-325>
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High Level of Burnout in Intensivists. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 686–692. <https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184oc>
- \*Esteban-Sepúlveda, S., Moreno-Casbas, M. T., Fuentelsaz-Gallego, C., & Ruzafa-Martinez, M. (2019). The nurse work environment in Spanish nurses following an economic

- recession: From 2009 to 2014. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1294–1303.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12811>
- Eurofound (2018), *Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Falcó-Pegueroles, A., Lluch-Canut, M. a. T., Martínez-Estalella, G., Zabalegui-Yarnoz, A., Delgado-Hito, P., Via-Clavero, G., & Guàrdia-Olmos, J. (2016). Levels of exposure to ethical conflict in the ICU: Correlation between sociodemographic variables and the clinical environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 12–20.  
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.10.004>
- \*Favrod, C., Jan du Chêne, L., Martin Soelch, C., Garthus-Niegel, S., Tolsa, J.-F., Legault, F., Briet, V., & Horsch, A. (2018). Mental Health Symptoms and Work-Related Stressors in Hospital Midwives and NICU Nurses: A Mixed Methods Study. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00364>
- Fillion, L., Duval, S., Dumont, S., Gagnon, P., Tremblay, I., Bairati, I., & Breitbart, W. S. (2009). Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1300–1310.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1513>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.  
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Fumis, R. R. L., Junqueira Amarante, G. A., de Fátima Nascimento, A., & Vieira Junior, J. M. (2017). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Annals of Intensive Care*, 7(1), 1-8.  
<https://doi.org/10.1186/s13613-017-0293-2>
- Gallup (2020). Gallup’s perspective on employee burnout: Causes and Cures. Gallup. 8-19.

- Gandi, J. C., Wai, P. S., Karick, H., Dagona, Z. K. (2011). The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Ment Health Fam Med*. 2011 Sep;8(3):181-94. PMID: 22942900; PMCID: PMC3314275.
- Garrouste-Orgeas, M., Perrin, M., Soufir, L., Vesin, A., Blot, F., Maxime, V., Beuret, P., Troché, G., Klouche, K., Argaud, L., Azoulay, E., & Timsit, J.-F. (2015). The Iatroref study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive Care Medicine*, 41(2), 273–284.  
<https://doi.org/10.1007/s00134-014-3601-4>
- Geraedts, A. S., Kleiboer, A. M., Wiezer, N. M., van Mechelen, W., & Cuijpers, P. (2014). Short-Term Effects of a Web-Based Guided Self-Help Intervention for Employees With Depressive Symptoms: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5), 1–16. <https://doi.org/10.2196/jmir.3185>
- Goetz, K., Beutel, S., Mueller, G., Trierweiler-Hauke, B., & Mahler, C. (2012). Work-related behaviour and experience patterns of nurses. *International Nursing Review*, 59(1), 88–93. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00921.x>
- \*Gracia Gozalo, R. M., Ferrer Tarrés, J. M., Ayora Ayora, A., Alonso Herrero, M., Amutio Kareaga, A., & Ferrer Roca, R. (2019). Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 43(4), 207–216.  
<https://doi.org/10.1016/j.medine.2019.03.006>
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K. S., & North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review – An update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887–905.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001>

- Health workforce burn-out. (2019). *Bulletin of the World Health Organization*, 97(9), 585–586. <https://doi.org/10.2471/blt.19.020919>
- Karanikola, M. N. K., Papathanassoglou, E. D. E., Mpouzika, M., & Lemonidou, C. (2012). Burnout Syndrome Indices in Greek Intensive Care Nursing Personnel. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(2), 94–101. <https://doi.org/10.1097/dcc.0b013e3182445fd2>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Khan, N., Jackson, D., Stayt, L., & Walthall, H. (2018). Factors influencing nurses' intentions to leave adult critical care settings. *Nursing in Critical Care*, 24(1), 24–32. <https://doi.org/10.1111/nicc.12348>
- Kitchenham, B., & Charters, S. (2007). *Guidelines for performing Systematic Literature Reviews in Software Engineering* (EBSE-2007-01). Software Engineering Group <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=316A8CFED1FEEC33BFB95A83CAB535F0?doi=10.1.1.117.471&rep=rep1&type=pdf>
- Kurnat-Thoma, E., Ganger, M., Peterson, K., & Channell, L. (2017). Reducing Annual Hospital and Registered Nurse Staff Turnover—A 10-Element Onboarding Program Intervention. *SAGE Open Nursing*, 3, 237796081769771. <https://doi.org/10.1177/2377960817697712>
- Kutney-Lee, A., Wu, E. S., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2013). Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: An analysis of panel data. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 195–201. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.014>

- Laschinger, H. K. S., Finegan, J. E., Shamian, J., & Wilk, P. (2004). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), 527–545. <https://doi.org/10.1002/job.256>
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 260–272. <https://doi.org/10.1097/00005110-200105000-00006>
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Greco, P. (2006). The Impact of Staff Nurse Empowerment on Person-Job Fit and Work Engagement/Burnout. *Nursing Administration Quarterly*, 30(4), 358–367. <https://doi.org/10.1097/00006216-200610000-00008>
- Lederer, W., Kinzli, J. F., Traweger, C., Dosch, J., & Sumann, G. (2008). Fully Developed Burnout and Burnout Risk in Intensive Care Personnel at a University Hospital. *Anaesthesia and Intensive Care*, 36(2), 208–213. <https://doi.org/10.1177/0310057x0803600211>
- \*Leite, E. S.-, Uva, A. S.-, Ferreira, S., Costa, P. L., & Passos, A. M. (2019). Condições de trabalho e exaustão emocional elevada em enfermeiros no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 17(1), 69–75. <https://doi.org/10.5327/z1679443520190339>
- Markwell, P., Polivka, B. J., Morris, K., Ryan, C., & Taylor, A. (2015). Snack and Relax®. *Journal of Holistic Nursing*, 34(1), 80–90. <https://doi.org/10.1177/0898010115577977>
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. (1996). *Maslach burnout inventory* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McMurray, J. E., Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J., Shugerman, R., & Nelson, K. (2000). The Work Lives of Women Physicians. Results from the Physician Work Life Study. *Journal of General Internal Medicine*, 15(6), 372–380. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2000.im9908009.x>
- Mealer, M., & Moss, M. (2016). Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Medicine*, 42(10), 1615–1617. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4441-1>
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97–e105. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014747>
- Merlani, P., Verdon, M., Businger, A., Domenighetti, G., Pargger, H., & Ricou, B. (2011). Burnout in ICU Caregivers. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 184(10), 1140–1146. <https://doi.org/10.1164/rccm.201101-0068oc>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). A Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health-care

- Professionals. A Call for Action. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(1), 106–113. <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0708st>
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O.-A., Thienthong, H., & Poghosyan, L. (2016). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, 64(1), 91–98. <https://doi.org/10.1111/inr.12342>
- \*Nowacka, A., Piskorz, A., Wolfshaut-Wolak, R., Piątek, J., & Gniadek, A. (2018). Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska—Preliminary Results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2083. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102083>
- \*Ntantana, A., Matamis, D., Savvidou, S., Giannakou, M., Gouva, M., Nakos, G., & Koulouras, V. (2017). Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.02.009>
- Papazian, L., Sylvestre, A., & Herridge, M. (2018). Should all ICU clinicians regularly be tested for burnout? Yes. *Intensive Care Medicine*, 44(5), 681–683. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5094-z>
- Pastores, S. M., Kvetan, V., Coopersmith, C. M., Farmer, J. C., Sessler, C., Christman, J. W., D'Agostino, R., Diaz-Gomez, J., Gregg, S. R., Khan, R. A., Kapu, A. N., Masur, H., Mehta, G., Moore, J., Oropello, J. M., & Price, K. (2019). Workforce, Workload, and Burnout Among Intensivists and Advanced Practice Providers. *Critical Care Medicine*, 47(4), 550–557. <https://doi.org/10.1097/ccm.00000000000003637>

- Peterson, U., Bergstrom, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, K. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 506–516. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04743.x>
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide* (1st ed.). Wiley-Blackwell.
- Pfeffer, J. (2019, May 11). *The overlooked essentials of employee well-being*. McKinsey & Company. <https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/the-overlooked-essentials-of-employee-well-being#>
- Pipe, T. B., Bortz, J. J., Dueck, A., Pendergast, D., Buchda, V., & Summers, J. (2009). Nurse Leader Mindfulness Meditation Program for Stress Management. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(3), 130–137. <https://doi.org/10.1097/nna.0b013e31819894a0>
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.-F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., & Azoulay, É. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 698–704. <https://doi.org/10.1164/rccm.200606-806oc>
- Qureshi, H. A., Rawlani, R., Mioton, L. M., Dumanian, G. A., Kim, J. Y. S., & Rawlani, V. (2015). Burnout Phenomenon in U.S. Plastic Surgeons. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 135(2), 619–626. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000000855>
- Raftopoulos, V., Charalambous, A., & Talias, M. (2012). The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*, 12(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-457>
- Ribeiro, V. F., Filho, C., Valenti, V. E., Ferreira, M., de Abreu, L., de Carvalho, T., Xavier, V., de Oliveira Filho, J. A., Gregory, P., Leão, E., Francisco, N. G., & Ferreira, C.

- (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1755-7682-7-22>
- Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69–93. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69>
- \*Ricou, B., Gigon, F., Durand-Steiner, E., Liesenberg, M., Chemin-Renais, C., Merlani, P., & Delaloye, S. (2018). Initiative for Burnout of ICU Caregivers: Feasibility and Preliminary Results of a Psychological Support. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(6), 562–569. <https://doi.org/10.1177/0885066618768223>
- \*Rodríguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Pérez, E., Álvarez, E., Coca, A., Mencía, S., Marcos, A., Mayordomo-Colunga, J., Fernández, F., Gómez, F., Cruz, J., Ordóñez, O., & Llorente, A. (2019). Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. *Australian Critical Care*, 32(1), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.003>
- Roque, L., & Soares, L. (2012). Burnout in a portuguese sample of psychologists from autonomous region of Madeira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 2-14. <https://doi.org/10.15309/12psd130101>
- Ruitenbug, M. M., Frings-Dresen, M. H. W., & Sluiter, J. K. (2012). The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-292>
- Sabancıogullari, S., & Dogan, S. (2014). Effects of the professional identity development programme on the professional identity, job satisfaction and burnout levels of nurses: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 847–857. <https://doi.org/10.1111/ijn.12330>

- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220.  
<https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92.  
<https://doi.org/10.1023/a:1015630930326>
- Schaufeli, W.B. & Salanova, M. (2008). Enhancing work engagement through the management of human resources. In K. Näswall, M. Sverke, & J. Hellgren (Eds.), *The Individual in the Changing Working Life*, (pp.380–404). Cambridge University Press.
- Schreuder, J. A. H., Plat, N., Magerøy, N., Moen, B. E., van der Klink, J. J. L., Groothoff, J. W., & Roelen, C. A. M. (2011). Self-rated coping styles and registered sickness absence among nurses working in hospital care: A prospective 1-year cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 838–846.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.12.008>
- Seaman, J. B., Cohen, T. R., & White, D. B. (2018). Reducing the Stress on Clinicians Working in the ICU. *JAMA*, 320(19), 1981. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14285>
- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129–146.  
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
- Shanafelt, T. D., West, C. P., Sloan, J. A., Novotny, P. J., Poland, G. A., Menaker, R., Rumman, T. A., & Dyrbye, L. N. (2009). Career Fit and Burnout Among Academic Faculty. *Archives of Internal Medicine*, 169(10), 990–995.  
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.70>

- \*Skorobogatova, N., Žemaitienė, N., Šmigelskas, K., & Tamelienė, R. (2017). Professional burnout and concurrent health complaints in neonatal nursing. *Open Medicine*, 12(1), 328–334. <https://doi.org/10.1515/med-2017-0047>
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between nonwork and work. *Journal of Applied Psychology*, 88(3), 518–528. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.3.518>
- Sorlie, V., Kihlgren, A., & Kihlgren, M. (2005). Meeting Ethical Challenges in Acute Nursing Care as Narrated by Registered Nurses. *Nursing Ethics*, 12(2), 133–142. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne770oa>
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2013a). Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *Journal of Medical Ethics*, 40(2), 97–103. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100619>
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2013b). Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*, 13(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>
- Vahedian-Azimi, A., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Fornés-Vives, J., Hunsucker, R. L., Rahimibashar, F., Pourhoseingholi, M. A., Farrokhvar, L., & Miller, A. C. (2017). Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study. *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(4), 311–322. <https://doi.org/10.1177/0885066617696853>
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care*, 42(Suppl), II–57. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a>

- Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z., & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing*, *16*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0200-4>
- Vasconcelos, E. M., & Martino, M. M. F. D. (2018). Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *38*(4), 1–7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.65354>
- Verdon, M., Merlani, P., Perneger, T., & Ricou, B. (2007). Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Medicine*, *34*(1), 152–156. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0907-5>
- \*Vermeir, P., Blot, S., Degroote, S., Vandijck, D., Mariman, A., Vanacker, T., Peleman, R., Verhaeghe, R., & Vogelaers, D. (2018). Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *48*, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.001>
- Vifladt, A., Simonsen, B. O., Lydersen, S., & Farup, P. G. (2016). The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, *36*, 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.004>
- \*Vincent, L., Brindley, P. G., Highfield, J., Innes, R., Greig, P., & Suntharalingam, G. (2019). Burnout Syndrome in UK Intensive Care Unit staff: Data from all three Burnout Syndrome domains and across professional groups, genders and ages. *Journal of the Intensive Care Society*, *20*(4), 363–369. <https://doi.org/10.1177/1751143719860391>
- \*Welp, A., Rothen, H. U., Massarotto, P., & Manser, T. (2019). Teamwork and clinician burnout in Swiss intensive care: the predictive role of workload, and demographic and

unit characteristics. *Swiss Medical Weekly*, 1–11.

<https://doi.org/10.4414/smw.2019.20033>

Westermann, C., Kozak, A., Harling, M., & Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review.

*International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 63–71.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001>

White, M.D.; Marsh, E.E. Content analysis: A flexible methodology. *Libr. Trends* 2006, 55, 22–45

Wong, A. V. K., & Olusanya, O. (2017). Burnout and resilience in anaesthesia and intensive care medicine. *BJA Education*, 17(10), 334–340.

<https://doi.org/10.1093/bjaed/mkx020>

## Apêndice

### Apêndice 1. Operacionalização dos temas e excertos ilustrativos dos artigos incluídos na amostra da RSL.

Tema	Subtema	Definição	Excertos exemplificativos
Incidência do <i>burnout</i> nos enfermeiros	Incidência global do <i>burnout</i>	A incidência global do <i>burnout</i> demonstra o número de casos em que o <i>burnout</i> está presente na amostra de enfermeiros (Maslach e Jackson, 1981)	<p>“Regarding burnout at both the dimensional and global levels, a significantly lower percentage of nurses with burnout was observed. In the first study, 47.4% of nurses presented a low level of global burnout versus 58.3% in the second (<math>p &lt; 0.001</math>). The most substantial reduction was seen in the ‘personal achievement’ dimension with 44% of nurses showing high burnout in 2009–10 and 25% in 2012–14 (Table 4). (...) In global terms, our results show that despite the decrease in economic investment in the SNHS, nurses in 2012–14 perceived a more favourable work environment, felt more satisfied with their current jobs and had lower rates of burnout than those in 2009–10.” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019, p. 1297, p.1299)</p> <p>“Inter-group statistical comparisons revealed that nurses had higher emotional exhaustion than ICU physicians (<math>p &lt; 0.001</math>), but not statistically different scores of depersonalisation and personal accomplishment. High burnout, combined by all three aspects, was recorded in only 12 participants, representing merely 2.6% of the total study population, while high emotional exhaustion affected almost one third of total participants (Table 2).(...) Furthermore, depersonalisation scores were found unusually high (42.6%), a fact that, in relation to burnout and the relatively good well-being, longitudinally may protect participants (...) According to our data, it seems that Greece follows the European average of emotional exhaustion for nurses (Poncet et al., 2007) and has even lower average for doctors (Embriaco et al., 2007).” (Ntantana et al., 2017, p. 13, p. 15, p. 16)</p> <p>“Of the 1496 study participants, 11.8% scored high on all burnout dimensions. Of these, 37.8% reported high emotional exhaustion, 35.8% high depersonalisation, and 6.8% reported low personal accomplishment. (...) One third of clinicians reported high levels of at least one burnout dimension.” (Welp et al., 2019, p. 4, p.5)</p> <p>“Burnout levels were similar in midwives and NICU nurses respectively: emotional exhaustion (64.7, 69%), depersonalization (37.0%, 35.7%), and low personal achievement (56.3, 60.7%). However, NICU nurses were more likely to reach the severe threshold for the three subscales. (...) Our findings concerning low personal achievement in NICU nurses are in line with findings in Scottish ambulance personnel (52); regarding midwives,</p>

			<p>our scores are higher than previously found, with 10 or 30% reporting low personal achievement (10, 11).” (Favrod et al., 2018, p. 9, p. 10)</p> <p>“According to the Maslach Burnout Inventory, 3% (9/299) of the ICU nurses was at risk for burnout. Further analyses indicate that 23.7% (71/299) of ICU nurses considered their personal accomplishment as low. For example, 17% (51/300) of the nurses said that they never or sporadically could solve the problems of colleagues or patients and 19% (57/300) thought that their work never, sporadically or only occasionally positively influenced the lives of others. The subscales emotional exhaustion and depersonalization were less frequently problematic (33/299; 10.9% and 33/299; 10.9%, respectively).” (Vermeir et al., 2018, p. 24)</p> <p>“The proportions of the sample of PICU staff scoring in the ranges deemed indicative of high burnout for the three dimensions measured by the MBI were 36.20% for EE (over the cut-off of 24), 27.20% for DP (over the cut-off of 9), and 20.10% for lack of PA (over the cut-off of 39), with 56% of the PICU workers reporting burnout on at least one dimension. In addition, 20.1% of PICU working staff reported PTSD (endorsement of six or more symptoms in the TSQ). (...) As chi-square tests presented in Table 2 showed, there was no statistically significant difference between PICU and non-PICU staff in their percentages of burnout and PTSD. The only significant difference was for PA; the same percentage of individuals in both groups reported low PA (scores below 33), but a larger percentage of non-PICU workers reported high PA (scores over 39).” (Rodríguez-Rey et al., 2019, p. 49)</p>
Níveis de EE, DP e RP		<p>A presença do <i>burnout</i> é verificada através da leitura dos níveis de exaustão emocional (EE), despersonalização (DEP) e de realização pessoal (RP) dos enfermeiros (Maslach et al., 1996)</p>	<p>“According to MBI-HSS cut-off points provided in the questionnaire manual, emotional exhaustion and depersonalisation levels in the total sample were medium (between 26 and 17 and 12-7, respectively), while personal accomplishment level was high (scores <math>\geq 39</math>).” (Arrogante &amp; Aparicio-Zaldivar, 2017, p. 3)</p> <p>“According to MBI, the general rate of occupational burnout in the examined group of nurses reached <math>X = 57.9</math> <math>SD16.96</math>. High emotional exhaustion was observed in 37.14% nurses (<math>n = 208</math>), (an average value of this subscale reached 22.9 <math>SD = 11.68</math>). As far as the depersonalization subscale is concerned, 20.89% of respondents (<math>n = 117</math>) were classified in the high level category (<math>Me = 6</math>, lower quartile = 2, upper quartile = 11). Almost two thirds of respondents were classified at a low level of the personal achievement subscale (an average value of this subscale reached 27.63, <math>SD = 9.31</math>). Average values of the examined subscales of occupational burnout pointed out: an average level of emotional exhaustion (<math>X = 22.90</math>, <math>SD = 11.68</math>), low depersonalization (<math>Me = 6</math>), and a low sense of personal achievement in respondents (<math>X = 27.63</math>, <math>SD = 9.31</math>) (Table 2). (...) Similarly to Maslach and Johnson’s study, which showed correlations between the</p>

		<p>three subscales, our study also showed a positive correlation between depersonalization and emotional exhaustion (R = 0.32) and slightly weaker negative correlations between personal accomplishment, emotional exhaustion, and depersonalization (R = 0.15, R = 0.11).” (Nowacka et al., 2018, p. 5, p.6)</p> <p>“The number of caregivers presenting a severe burnout defined as <math>&gt;_9</math> of MBI total scores was similar in both groups at the 3 time points (Supplemental file 1). (...) The evolutions across time of the scores of MBI and of HADS were calculated for the 83 caregivers who answered the questionnaires at <i>Before</i> and <i>After</i> (Table 3). Compared to the period <i>Before</i>, the total scores of MBI decreased (improved) significantly after the intervention in all caregivers independently on the assigned group. The scores of all 3 dimensions of burnout tended to improve, that is, the scores of exhaustion and depersonalization tended to decrease and of personal accomplishment to increase (Table 3). At 6 months (Table 2), the total MBI for the 51 remaining participants had returned to a level similar to that of before the intervention. When looking at the trends, the scores of MBI of the IG improved more than in the CG, without statistical significance. The proportion of caregivers presenting a severe burnout defined as <math>&gt;_9</math> of MBI total scores decreased from <i>Before</i> to <i>After</i> and then increased at 6 months in the entire group of participants without distinction between CG and IC (Supplemental file 1). (...) The ICU activity indicators for the 4 three-month time periods of <i>Before</i>, <i>During</i>, <i>After</i>, and <i>at 6 months</i> are shown in Table 4. The mortality rate, the severity of diseases of admitted patients, and the workload did not differ throughout the study. The number of admissions decreased significantly during the <i>After</i> period. Absenteeism rates for both groups, expressed as the number of caregivers absent at least once during the period, are summarized in Table 4. There was no statistical difference in absenteeism between IG and CG. There was a significant decrease of absenteeism in the IG <i>After</i> the intervention. At 6 months, the numbers reached back the values of the <i>Before</i> period.” (Ricou et al., 2018, p. 566, p. 567)</p> <p>“The mean score of <i>Emotional Exhaustion</i> was 14.4<math>\pm</math>7.91 points (maximum 54 pts). The most expressed symptoms of emotional exhaustion were physical exhaustion after work (58.5%), emotional exhaustion (42.5%), and strain due to dealing with people all day (35.0%). Overall, moderate emotional exhaustion was common in 41.5% and high in 9.6% of neonatal nurses (Figure 1). Meanwhile, the mean score of <i>Depersonalization</i> was 3.8<math>\pm</math>4.75 points (maximum 30 pts). It is worth noting that signs of depersonalization were not common – for instance, less than 20% of respondents had a detached and impersonal approach towards patients at least once per month. The total depersonalization as a burnout component revealed the prevalence of moderate levels of depersonalization in 9.6% and high levels in 12.8% of nurses (Figure 1). Finally, the <i>Personal Accomplishments</i> subscale’s mean score was 29.1<math>\pm</math>10.12 points (maximum 30 pts). Low levels of self-</p>
--	--	--

			<p>esteem and self-efficacy and achievement (as components of professional burnout) were found in 61.7%, and moderate levels were found in 23.4% of respondents (Figure 1). In terms of specific items of personal accomplishments, more than half of respondents (54.3%) reported feeling their positive influence on other people's lives. The majority of nurses could understand their patients' feelings and were able to deal effectively with patients' problems. In addition, 41.5% of respondents revealed feeling energetic at least several times per week. (...) In looking into the prevalence of burnout components in our study, we can state that more than half of our nurses had high or moderate levels of emotional exhaustion.” (Skorobogatova et al., 2017, p. 330)</p> <p>“The level of burnout among ICU medical personnel was medium, with mean MBI scores of 68. We used the grid of interpretation of burnout syndrome questionnaire and the obtained scores for each of the categories of the syndrome were medium levels (EE 27, D 14, RPA 23) (...) From the individual items, those with the highest score in each category were: <i>I feel at the end of my rope</i> (EE) / <i>I do not communicate easily with people regardless of their social status and character</i> (D) / <i>I have professional disillusion</i> (RPA). We also specify that each item was statistically significant associated (<math>p &lt; 0.05</math>, chi-squared test) with the total burnout score and the total score for each area in this syndrome.” (Balan et al., 2019, p. 33)</p>
	<p>Associação da incidência do <i>burnout</i> com características sociodemográficas</p>	<p>As características sociodemográficas podem revelar pistas que redirecionem para o surgimento do <i>burnout</i> (Maslach et al., 1996)</p>	<p>“Table 2 summarises the median score for each BOS domain according to gender. The median score in the Emotional Exhaustion domain was significantly higher for females compared to males (23 vs. 21; <math>p=0.026</math>). Within this domain, more females scored in the ‘high risk’ bracket compared to males, but this did not reach statistical significance (Table 5). Conversely, in the Depersonalisation domain, males scored significantly higher than females (7 vs. 6; <math>p=0.013</math>). In this domain, a higher proportion of males than females were in the high-risk group (Table 5), but again, this did not reach statistical significance. Within the Personal Accomplishment domain, the median score was 36 for both males and females, and a similar proportion of each cohort was scored within the high-risk bracket (Table 5). Table 3 summarises the median Burnout Score by profession for each of the three domains. The median score for Emotional Exhaustion was highest amongst nurses (27). Pairwise comparison demonstrated a strong statistically significant difference between the median score for doctors (21) compared to nurses in this domain (<math>p&lt;0.0005</math>). Consistent with this, nurses had the highest proportion of respondents with scores in the high-risk bracket, followed closely by pharmacists and AHPs (Table 5). There were no statistically significant differences in the median scores for Depersonalisation, which were similar across professional groups. Median score for Personal Accomplishment was lower (indicating higher risk) in pharmacists (31) than for other professional groups, with a statistically significant difference between pharmacists and the other AHPs (38) on pairwise comparisons (<math>p=0.014</math>). The proportion of pharmacists in the high-risk bracket</p>

		<p>for this domain was 71%, almost twice that of nurses and doctors and more than three times higher than AHPs. This was strongly statistically significant (<math>p &lt; 0.005</math>) (Table 5). Table 4 summarises median Burnout Score by age bracket for each of the three domains. Median score for Depersonalisation decreased with increasing age, from 9 in the under-35-year group, down to 2 in the over 65-year group. Accordingly, there was a strong statistically significant decrease in the proportion of respondents within the high-risk bracket for Depersonalisation with increasing age (<math>p &lt; 0.0005</math>) (Table 5). (...) We have shown that over a third of UK ICU HCPs are in the high-risk bracket for Emotional Exhaustion (38%), Depersonalisation (34%) and Personal Accomplishment (37%).” (Vincent et al., 2019, p. 365, p. 366, p.367)</p> <p>“Finally, age had an inverse association with perception of the work environment and burnout.” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019, p. 1300)</p> <p>“In this study, moderate scores of emotional exhaustion were recorded, statistically lower in doctors compared to nurses and in males compared to females.” (Ntantana et al., 2017, p. 15)</p> <p>“Clinicians working predominantly night shifts reported higher burnout. Furthermore, trainees reported higher emotional exhaustion, those with low professional experience reported higher depersonalisation, and clinicians in leadership positions reported higher personal accomplishment (see table 2).” (Welp et al., 2019, p. 4, p. 5)</p> <p>“A significant relation was observed between age, period of employment, workplace, and emotional exhaustion. The respondents diagnosed with higher emotional exhaustion were usually older, with a longer period of employment, and more likely to work in intensive care units than those who were characterized by low or average emotional exhaustion. Furthermore, a significant relation between education, workplace, and depersonalization was observed. The highest percentage of respondents with high depersonalization belonged to the group with a BA degree (23.96%) (<math>n = 75</math>), <math>p = 0.045</math>, and the lowest percentage of respondents with high depersonalization was observed among nurses with a secondary education (13.16%) (<math>n = 15</math>). (...) The only difference was the fact that parental status had a significant impact on emotional exhaustion. Higher emotional exhaustion was observed in respondents who had children (<math>X = 25.7</math>, <math>SD = 11.47</math>) compared to childless participants (<math>X = 22.2</math>, <math>SD = 11.85</math>), <math>p = 0.004</math>.” (Nowacka et al., 2018, p. 6, p.8)</p> <p>“Considering sex as an independent variable, the quantitative results indicated medium scores on all categories of the syndrome for both women (EE 27, D 14, RPA 23) and males (EE 27, D 15, RPA 24), with no significant differences (<math>p &gt; 0.05</math>, chi-squared test). Age was considered as an independent variable and the results were analyzed for each category</p>
--	--	--

			of burnout syndrome for the age group 25-30 years (EE 28, D 14, RPA 24), 31-40 years (EE 28, D 15, RPA 25), 41-50 years (EE 25, D 14, RPA 22) and over 50 years (EE 25, D 14, RPA 22) (Table 2). High level scores were only reached in the Emotional Exhaustion dimension for the age range of 25-40 years; the rest of the scores were medium with no significant differences ( $p > 0.05$ , chi-squared test).” (Balan et al., 2019, p. 33)
Fatores pessoais que propiciam o aparecimento do <i>burnout</i> nos enfermeiros	Experiência profissional	A experiência profissional corresponde ao tempo de atividade que os enfermeiros desempenham a sua função (Bromme et al., 2001)	“In a multidimensional model, the period of employment had a significant influence on high emotional exhaustion (OR = 1.05, 95% CI = 1.03–1.08). The chances of high emotional exhaustion were 8% higher when the period of employment was one year longer, which confirms the rule known from previous research on the relation between the intensity of nurses’ occupational burnout and an increase in the number of tasks they are given. However, no significant relation was observed between the type of employment unit and high emotional exhaustion (a significant relation in a one-dimensional model). As compared to those working in a conservative unit, the respondents employed on a surgical ward had a 36% higher chance of experiencing high emotional exhaustion (OR = 0.64); however, the examined relation did not reach the level of statistical significance (95% CI = 0.34–1.19). (...) In the multidimensional model, the factors significantly connected with high depersonalization included the place of employment and additional employment. Working on an intensive care ward was a protective factor as the nurses who were working there had a 75% lower chance of high depersonalization (OR = 0.25, 95% CI = 0.13–0.50) compared to nurses working in conservative treatment units. On the other hand, additional employment increased the chances of high depersonalization (OR = 2.86, 95% CI = 1.70–4.84).” (Nowacka et al., 2018, p.8, p.9)

	Tomada de decisões éticas	A tomada de decisões éticas advém da responsabilidade em tomar as melhores decisões para a saúde dos pacientes, havendo, posteriormente a sobrecarga de os profissionais terem de entregar as notícias, por vezes, negativas, aos familiares (Leite et al., 2019)	<p>“Our results indicate that working in inpatient units with high fatality rate, very high number of deceased patients or high proportion of elderly patients was associated with high levels of emotional exhaustion among the analyzed sample of nurses (Table 4). (...) We found a curious relationship between high levels of emotional exhaustion and working in units with a high proportion of elderly patients. This phenomenon might be due to the presence of more dependent patients who require continuous care, resulting in the feeling of being overworked. Care provision to this type of patients often demands frequent communication with their families to share information or for decision making. The result might be additional emotional demands to healthcare workers, e.g. when having to deliver bad news, deal with conflicting situations or with the emotional impact of the patients’ state of health on their families. Elderly patients might also be more likely to die while at the hospital, which might behave as an additional stressor for nurses. (...) We found positive association between work in units with a very high number of deceased patients or high fatality rate and high levels of emotional exhaustion. Repeated exposure to death is likely to be associated with a higher proportion of healthcare workers with emotional exhaustion. Possible explanations include feelings of failure or the healthcare workers’ emotional involvement with patients or their families. (...) In addition, healthcare workers might become intensively involved with some patients, establishing relationships that go beyond the professional framework. Excessive emotional involvement in dramatic situations or severe diseases might also contribute to the occurrence of emotional exhaustion among healthcare workers.” (Leite et al., 2019, p. 71, p. 73, p. 74)</p> <p>“Table 4 summarises the responses of ICU personnel and physician to nurse comparisons regarding their perception about ICU commitment to High Ethical Standards, job satisfaction and satisfaction with the way EoL decisions are made in ICU, feelings of isolation afterwards and influence by caregiving for dying patients. Further statistical analysis for possible associations with burnout revealed that low job satisfaction and low satisfaction by the way EoL decisions are made in ICU were independently associated with high exhaustion and high depersonalisation (<math>p &lt; 0.001</math>). Secondly, ICU physicians and nurses feeling isolated after such decisions had higher exhaustion and depersonalisation scores (<math>p &lt; 0.001</math>). Furthermore, depersonalisation scores were found higher in participants (mainly ICU physicians) who stated that personal experience of caregiving for dying patients had influenced their attitude towards EoL (<math>p = 0.004</math>). Finally, ICU staff who believed that their ICU was not committed to High Ethical Standards had higher scores of emotional exhaustion (<math>p &lt; 0.001</math>) and depersonalisation (<math>p &lt; 0.001</math>), and lower scores of personal accomplishment (<math>p=0.004</math>).” (Ntantana et al., 2017, p. 13)</p>
	Dimensão religiosa	Os enfermeiros com fortes crenças religiosas olham para	“Regarding religiosity, Meltzer and Huckabay, 2004 found that nurses who viewed religion highly important experienced less emotional exhaustion than those to whom

		a esperança e para o final da vida de forma diferente dos enfermeiros sem essas crenças religiosas. (Meltzer e Huckabay, 2004)	religion was less important. No relationship between religiosity and emotional exhaustion was found in our study.” (Ntantana et al., 2017, p. 17)
	Traços de personalidade	Os traços de personalidade apresentam um papel preponderante na gestão emocional dos enfermeiros (Maslach et al., 2001)	“Table 3 summarises the different scores of EPQ and SpREUK questionnaires. Further statistical analysis revealed strong positive correlation of exhaustion with neuroticism, psychoticism, spirituality (total score including all dimensions), and negative correlation with extraversion. Depersonalisation was found to correlate positively with neuroticism, psychoticism and negatively with extraversion, while personal accomplishment was found to correlate positively only to extraversion (Supplementary Table). (...) Our results are also in accordance with Maslach et al. data, who also found that burnout was linked to the dimension of neuroticism (Maslach et al., 2001). Neurotic individuals are emotionally instable and prone to psychological distress.” (Ntantana et al., 2017, p. 13, p.15)
Fatores organizacionais que propiciam o aparecimento do <i>burnout</i> nos enfermeiros	Condições de trabalho	As características de trabalho das UCI podem influenciar a ocorrência de exaustão emocional entre os profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros. (Leite et al., 2019)	<p>“A reduction from 23.6% to 15.4% of nurses with high burnout was also observed. (...) Longitudinal studies performed in the United States and Europe in other time periods have shown similar results (Estryn-Béhar et al., 2007; Kutney-Lee et al., 2013), indicating that work-related factors such as relations with physicians and other colleagues, autonomy and the practice environment are predictors of job satisfaction and burnout. Similarly, the multivariate results in our study suggest that the changes that took place regarding perception of the work environment, job satisfaction and burnout are related to improved perceptions of the adequacy of resources and personnel, nurse–physician relations and factors related to intrinsic labour conditions such as independence at work and professional status.” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019, p. 1300)</p> <p>“We did not find any statistically significant relationship between high levels of emotional exhaustion and working in inpatient units with high or very high occupancy rates or staff shortage. A possible explanation is that some attenuating factors might have reduced the occurrence emotional exhaustion in our sample, such as teamwork or other types of informal support.” (Leite et al., 2019, p. 73)</p> <p>“The biggest difference in the percentage of respondents classified at a high level of depersonalization was observed between nurses employed in intensive care units and those employed in primary healthcare units (21.24%), <math>p = 0.0003</math>. (...) The highest percentage of respondents with a lowered sense of personal achievement was observed among the nurses employed in intensive care units (75.00%) (<math>n = 87</math>), <math>p = 0.02</math>, and the lowest among the nurses employed in primary healthcare units (52.63%) (<math>n = 10</math>).” (Nowacka et al., 2018, p.8)</p>

		<p>“Consistent with previous studies, 15 our research demonstrated that an increased wish to be transferred is associated with higher burnout and PTSD.” (Rodríguez-Rey et al., 2019, p. 52)</p> <p>“Clinicians working on ICUs with more mechanical ventilation or agitated patients reported higher emotional exhaustion. More nursing interventions predicted higher depersonalization and lower personal accomplishment scores. Perception of personal accomplishment was also significantly lower in university hospitals (compared to cantonal/regional hospitals). Clinicians working in paediatric ICUs (compared to interdisciplinary ICUs) reported lower emotional exhaustion and depersonalization; whereas clinicians working in surgical/medial ICUs (compared to interdisciplinary ICUs) reported higher emotional exhaustion.” (Welp et al., 2019, p. 5)</p>
Satisfação no trabalho	A satisfação no trabalho pode ser definida como o grau em que um colaborador está satisfeito com as recompensas que recebe do seu trabalho, particularmente em termos de motivação intrínseca (Statt, 2004)	<p>“Moreover, age and working experience were found not to be associated with any of the burnout dimensions.” (Ntantana et al., 2017, p. 13)</p> <p>“Analysis of the relationship between job satisfaction and burnout showed a statistically significant, negative relationship in the two studies with the ‘Opportunities for advancement’ (OR 0.616 95% CI = 0.443–0.857 and OR 0.529 95% CI = 0.327–0.857, respectively).” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019, p. 1298, p. 1299)</p> <p>“Further statistical analysis for possible associations with burnout revealed that low job satisfaction and low satisfaction by the way EoL decisions are made in ICU were independently associated with high exhaustion and high depersonalisation (p &lt; 0.001).” (Ntantana et al., 2017, p. 13)</p>
Carreira profissional	A carreira profissional refere-se à progressão associada aos profissionais de saúde para cargos de chefia (Nowacka et al., 2018)	<p>“Managerial functions within the nursing subsystem, as well as the workplace, were factors which differentiated in a significant way the sense of satisfaction with personal achievement. Experiencing dissatisfaction with personal achievement was almost twice as frequent in the case of respondents without a managerial position as in the case of those employed in a managerial position. (...) A significant relation was observed between education, managerial position, and a lowered sense of personal achievement. The respondents with a higher education were twice as likely to experience dissatisfaction with their personal achievement (OR = 2.26, 95% CI = 1.05–4.83) compared to those with a secondary education. Higher education increases the sense of one’s competencies, but does not necessarily involve the possibility of participating in making decisions which are important in particular work. This phenomenon was confirmed by the results of the study carried out on people employed in a managerial position. Managerial work which involves making independent decisions turned out to be a protective factor. The likelihood of a lowered sense of personal achievement was 64% lower in respondents working in a managerial position than in nurses not working in a managerial position (OR = 0.36, 95%</p>

			CI = 0.13–0.998). In comparison to the one-dimensional model, no significant relation was observed between a lowered sense of personal achievement and the place of work.” (Nowacka et al., 2018, p.8, p.9)
	Comunicação	A comunicação refere-se à forma como a comunicação é feita, com o intuito de que a informação permita aos profissionais de saúde avançarem no seu trabalho mais eficazmente (Vermeir et al., 2018)	“Finally, all dimensions of communication satisfaction were associated with risk for burnout, except for REmp (all $p < 0.05$ , Table 8). Nurses who were at risk for burnout had lower scores on the communication dimensions.” (Vermeir et al., 2018, p. 24)
	Conflitos interpessoais	Os conflitos interpessoais advêm da divergência de opiniões e escolhas, seja entre colegas enfermeiros, entre enfermeiros e médicos, como também entre enfermeiros e pacientes/familiares de pacientes (Shanafelt et al., 2009)	“As Table 3 shows, there were no differences in the scores for the three dimensions of burnout and in PTSD scores between staff members working in PICU and staff members working in another paediatric unit. Also, burnout and PTSD scores were irrespective of discipline. However, EE and PTSD scores were higher when one or more patients had died in the unit or conflicts with work colleagues had occurred the week before. Having had conflict with families/patients the previous week and the wish to be transferred to a different unit were related to higher EE, DP, and PTSD scores.” (Rodríguez-Rey et al., 2019, p. 49)
Prevenção do <i>burnout</i> nos enfermeiros	-	A utilização de um conjunto de práticas, que envolvem a intervenção das chefias e da GRH, poderá permitir prevenir o surgimento do <i>burnout</i> nos enfermeiros das UCI	<p>“Other individual or organizational factors, such as how teams function or the leadership style of supervisors, might influence the occurrence of emotional exhaustion among healthcare providers, especially in workplaces characterized by frequent exposure to suffering and death. Therefore, aspects such good leadership, teamwork and psychological support might be very useful to minimize the difficulties inherent to their activity and contribute to the well-being of healthcare workers. Indeed, availability of adequate space and time to discuss the emotional aspects of work should be considered. When professionals are “allowed” to vent their emotions with peers, the aforementioned stigma of failure might emerge and be explored, in addition to promoting increased cohesion among team members.” (Leite et al., 2019, p. 74)</p> <p>“In addition, more clinical trial and intervention studies are suggested to develop programs to reduce work stress as a strategy for attracting nurses, improving quality, and achieving optimal organizational outcomes. (...) The results suggest that nurse managers and policy makers should improve nursing work conditions using the following strategies: reduce nurses’ workload through appropriate staffing, improve access to information, distribute resources fairly, and provide professional development opportunities. (...) Preventive actions of burnout should take place on three levels: organization, individual-organizational, and individual. On the level of the organization: recruitment of new</p>

			<p>employees and employment taking into account predispositions to perform a specific job, learning new skills, gaining knowledge both professional and applicable in coping with stress, improving physical and psychosocial working conditions, improving communication and cooperation in the organization, improvement within job control, skills utilization, workload, and work safety. On the individual-organizational level: promoting support from superiors and colleagues, matching individual job opportunities and requirements, clarifying roles: the scope of activities and introducing a participatory management model. On the individual level: developing the skills of relaxation in situations of increased tension; self-improvement; learning to recognize and regulate one's mental states; reducing irrational thinking through the involvement of cognitive processes; the ability to accept unpleasant experiences and modify them, preventing them and their control; physical activity; diet; lifestyle; and developing the ability to delegate, negotiate, set goals, and confront the possibility of using individual advice from specialists in solving professional and non-professional problems.” (Nowacka et al., 2018, p. 12)</p> <p>“Given the high prevalence of STSD and burnout symptoms in NICU nurses, strategies to change the subjective appraisal of the traumatic stressors could be taught and giving them time to recover in-between frequently occurring traumatic events needs to be ensured. For both professional groups, measures taken to increase the social support at work, such as by introducing a peer support system as well as professional mediation and other resources, are likely to protect against the development of mental health symptoms. A regular screening for psychopathological symptoms might be helpful and access to professional help should be provided if necessary. These measures might not only improve the mental health but also decrease sick leave and improve the quality of patient care.” (Favrod et al., 2018, p. 10)</p> <p>“For the management of Burnout syndrome, a two-way plan of action might be required: making interdisciplinary communication more efficient and establishing and implementing effective conflict management strategies.” (Balan et al., 2019, p. 35)</p>
--	--	--	---

<p>Tratamento do <i>burnout</i> nos enfermeiros</p>	<p>-</p>	<p>Conjunto de intervenções e tratamentos baseados em técnicas de <i>mindfulness</i> e técnicas cognitivo-comportamentais que poderão contribuir de forma benéfica para a saúde mental de prestadores de saúde de UCIs</p>	<p>“Mindfulness programs are usually physical presence interventions involving group sessions with a duration of about 2.5 h. They are also characterized by a significant psychoeducational content referred to stress and emotions. The novelty of our program is that it has little physical presence activity and few joint practices, scarce theoretical psychoeducational content, and offers complete flexibility for the participants in performing the practices. The proposed practices over a period of 8 weeks were relatively brief. However, vehiculization of the proposals and reminders through the creation of a WhatsApp group generated a virtual community in which the participants could share their mindfulness experiences with each other and with the instructor (one of the Department staff members).The participants were very satisfied with this program for-mat, its design and duration, and with the proposals and quality of the materials, and most of them expressed a desire to further their training in mindfulness, with the purpose of applying it to both their personal and professional lives. (...) Although the prior burnout rates in our population were low (moderate emotional exhaustion, very low depersonalization and moderate personal achievement), the emotional exhaustion scores were seen to decrease after the intervention. (...) Of note in our population is the fact that depersonalization was already very low at baseline, and consequently implementation of the program was unlikely to improve this parameter any further. On the other hand, the personal achievement levels were intermediate. (...) Following the intervention, a positive effect was observed in relation to “emotional exhaustion” for the global subjects (difference in mean -3.78 points). In the case of the dimension “personal achievement”, the positive effect only reached statistical significance among the physicians. (...) Our study demonstrates the usefulness of practicing mindfulness among ICU professionals, particularly as regards the reduction of emotional exhaustion and increase in self-compassion.” (Gracia Gozalo et al., 2019, p. 212, p. 214, p. 215)</p> <p>“Correlations between coping and resilience with burnout dimensions and PTSD calculated for the whole sample are presented in Table 4. Resilience showed a moderate inverse correlation with emotional exhaustion and PTSD, a smaller but also inverse correlation with DP, and a weak but direct correlation with PA. The emotion focused coping style was moderately correlated with higher EE, DP, and PTSD and weakly correlated to lower PA. Self-isolation, EE, and self-blame were related to EE, DP, PTSD, and PA in the same way as emotion-focused coping. The problem-focused coping style was moderately and directly correlated to PA, not related to PTSD and inversely and weakly correlated to EE and DP. Positive thinking was strongly associated with higher PA and inversely correlated to EE, DP, and PTSD. However, help seeking was significantly and weakly correlated only with EE (inversely) and with PA (directly). As for resilience, it was strongly and inversely related with the emotion focused coping style, while the correlation between resilience and problem-focused coping style was weak and direct. (...)</p>
---	----------	--	--

			<p>Our study has shown that 20% - 37% of the variance in burnout dimensions and PTSD can be predicted predominantly from whichever coping strategies are used. As expected, individuals who used less the problem-focused coping style - and mainly positive thinking - and more the emotion-focused coping style show higher burnout and PTSD. Thus, active coping strategies to solve difficulties at work and learning from such experiences lead to better outcomes than strategies such as rumination and thinking avoidance, which is coherent with previous research and has clear implications for practice. (...) As conflicts with colleagues are related to higher burnout and PTSD, it seems advisable to also supply training to develop the capacity to solve interpersonal conflicts, as being able to manage them better could reduce their negative impact over their mental health. Finally, considering that working staff are especially vulnerable to burnout and PTSD after the death of a child, it seems beneficial to provide them with adequate end-of-life care training. (...) We consider that to implement these interventions, it would first be necessary to establish a trauma informed care culture, in which awareness of the importance of taking care of staff members' mental health exists among both staff and hospital administrators. Only in such a scenario would preventative interventions not be isolated actions but part of a culture which cares about personnel well-being.” (Rodríguez-Rey et al., 2019, p. 49, p. 51, p. 52)</p> <p>“This first attempt to implement a psychological support for ICU caregivers in a research setting was successful in 2 aspects. Firstly, the organizational pitfalls of the original methods in the special environment of ICU could be determined. Secondly, an adapted method inspired from the systemic approach could be sought and did reveal feasible. Although the psychological intervention could not be shown to be efficient on burnout, anxiety, or depression in the IG, the fact that the degree of burnout decreased significantly in all participants after the psychologists’ intervention is encouraging. Indeed, this fact might be due to a Hawthorne effect but shows a potential for improvement in this population. The slightly greater improvement of burnout scores in the IG remains encouraging. The absence of statistically significant results is not surprising and must be interpreted with caution. First, the type of intervention that was tried belongs to complex interventions as described by Campbell and collaborators, and the absence of positive results does not mean that the intervention is ineffective. The effectiveness of a psychological intervention could never be demonstrated up to now, especially regarding a team in contrast to an individual. The most recent study suggesting slight improvements on depression in 1 dimension of burnout was led on an individual basis. The only study that showed a positive impact of a psychological intervention similar to the one used in the present study was led by Peterson in a selected cohort of health caregivers who had shown a score of burnout superior to 75 percentiles of the whole population.<sup>22</sup> Their design differed from ours in 2 ways. Firstly, we attempted an intervention on half of a</p>
--	--	--	---

			<p>team (and not only in those with severe burnout scores), and secondly for the same reason, the mean degree of burnout was much lower in our study population than in Peterson's cohort. Thus, the expected improvement may not have been detectable. Indeed, the scores of burnout and the proportion of caregivers with severe burnout decreased in the IG more than in the CG but without statistical significance in our study. The slight improvement of burnout scores, especially in the IG, is supported by the significant decrease in the absenteeism rate during the same period after intervention. The ICU indicators showed that during this time period, the mortality rate tended to increase. (...) The most valuable lesson learned from this study was how to set up a support group in the particular environment of an ICU. The results of the qualitative analysis of the study show that the caregivers were satisfied with this approach and wanted it to be permanent (data not shown)." (Ricou et al., 2018, p. 567)</p>
--	--	--	--

## Apêndice 2. Caracterização metodológica dos estudos incluídos na amostra da RSL

Artigos	Tipo de estudo	Metodologia	Variáveis em estudo	Principais conclusões
“Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience.” (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017)	Quantitativo	Questionário	Resiliência, <i>burnout</i> e saúde	A resiliência minimiza o impacto dos resultados negativos do <i>stress</i> no local de trabalho na saúde mental dos profissionais de UCI. Como resultado, a resiliência evita a ocorrência de <i>burnout</i> . A resiliência melhora não apenas a saúde mental, mas também a capacidade de praticar a função com eficácia. Desta forma, é imperativo desenvolver programas de resiliência para enfermeiros de cuidados intensivos em escolas de enfermagem, universidades e centros de saúde.
“Burnout syndrome in the Anaesthesia and Intensive Care Unit.” (Balan et al., 2019)	Quantitativo	Questionário	<i>Burnout</i> , idade e sexo	O nível médio de <i>burnout</i> obtido no staff de UCI leva à conclusão de que não há uma suposição real dos fatores que levam à exaustão emocional, falta de comunicação efetiva e conflitos no local de trabalho. Para o tratamento do <i>burnout</i> , pode ser necessário um plano de ação de duas direções: tornar a comunicação interdisciplinar mais eficiente e estabelecer e implementar estratégias eficazes de gestão de conflitos.
“The nurse work environment in Spanish nurses following an economic recession: From 2009 to 2014.” (Esteban-Sepúlveda et al., 2019)	Quantitativo	Questionário	Ambiente de trabalho, satisfação laboral e <i>burnout</i>	Em tempos de recessão económica, encorajar o relacionamento interpessoal entre os profissionais de saúde, a autonomia e a participação na tomada de decisões pode melhorar o ambiente de trabalho, a satisfação e o <i>burnout</i> dos enfermeiros.
“Mental Health Symptoms and Work-Related Stressors in Hospital Midwives and NICU Nurses: A Mixed Methods Study.” (Favrod et al., 2018)	Misto	Questionário	Ambiente de trabalho, <i>burnout</i> , saúde mental	Enfermeiros de UCI relataram mais fatores de <i>stress</i> traumáticos no ambiente de trabalho, mas não foram encontradas outras diferenças entre os grupos profissionais em relação aos fatores de <i>stress</i> traumáticos vs. não traumáticos relacionados com o trabalho. Medidas, como estratégias de ensino para alterar a avaliação subjetiva dos fatores de <i>stress</i> traumáticos ou providenciar tempo de recuperação entre situações de <i>stress</i> traumáticos relacionados com o trabalho que ocorrem frequentemente, podem não só melhorar a saúde mental dos profissionais,

				<p>mas também diminuir as licenças médicas e melhorar a qualidade do cuidado ao paciente.</p> <p>Investigações futuras beneficiariam com a implementação de uma entrevista semiestruturada para obter informações mais detalhadas sobre fatores de <i>stress</i> traumáticos e não traumáticos relacionados com o trabalho.</p>
<p>“Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion.” (Gracia Gozalo et al., 2019)</p>	Quantitativo	Questionário	<i>Burnout</i> , empatia e auto compaixão	É demonstrada a utilidade da prática de <i>mindfulness</i> entre os profissionais de UCI, principalmente no que diz respeito à redução da exaustão emocional e ao aumento da auto compaixão.
<p>“Condições de trabalho e exaustão emocional elevada em enfermeiros no ambiente hospitalar.” (Leite et al., 2019)</p>	Quantitativo	Questionário	Características do ambiente de trabalho e exaustão emocional	Algumas condições de trabalho, tal como trabalhar em unidades de internação com número muito elevado de óbitos, um elevado índice de fatalidade ou uma elevada proporção de pacientes idosos, foram associadas a altos níveis de exaustão emocional entre os enfermeiros.
<p>“Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska— Preliminary Results.” (Nowacka et al., 2018)</p>	Quantitativo	Questionário	Características de trabalho e sociodemográficas e <i>burnout</i> .	Trabalhar nas UCI foi um fator de proteção, pois os enfermeiros que lá trabalhavam, tinham uma probabilidade 75% menor de DEP do que os enfermeiros que trabalham em unidades de tratamento conservador. Ter um emprego adicional aumentou o risco de um alto nível de DEP. A probabilidade de ter baixa RP foi 64% menor no caso de enfermeiros chefes do que nos restantes enfermeiros. O nível de educação, o tempo de emprego, o emprego adicional e a posição de chefia tiveram influência significativa no nível de <i>burnout</i> . Uma análise da sobrecarga de trabalho e do emprego adicional dos enfermeiros poderá ser uma área de pesquisa interessante.
<p>“Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational,</p>	Quantitativo	Questionário	<i>Burnout</i> , traços de personalidade, religião e satisfação laboral	Os traços de personalidade, a satisfação laboral e a forma como os cuidados no final de vida são praticados influenciam o <i>burnout</i> nas UCI. Os resultados sugerem que não são apenas os fatores de <i>stress</i> ou as exigências emocionais per se que contribuem para a exaustão emocional,

multicenter, cross-sectional study.” (Ntantana et al., 2017)				mas também a maneira como se lida com os fatores de <i>stress</i> de acordo com o perfil de personalidade.
“Initiative for Burnout of ICU Caregivers: Feasibility and Preliminary Results of a Psychological Support.” (Ricou et al., 2018)	Quantitativo	Intervenção psicológica, focus grupo e questionário.	<i>Burnout</i> , intervenção psicológica	Este estudo tenta avaliar uma intervenção psicológica na saúde mental dos profissionais de UCI. Apesar dos resultados modestos, derivados da curta duração do processo e da rotatividade dos participantes, foi demonstrado que tal abordagem é viável. Novos estudos em maior escala e com maior duração são necessários para investigar o efeito de tais intervenções na saúde mental dos profissionais das UCI.
“Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles.” (Rodríguez-Rey et al., 2019)	Quantitativo	Questionários	<i>Burnout</i> e Stress Pós-Traumático, resiliência e estratégia de <i>coping</i>	Não existiram diferenças nos níveis de <i>burnout</i> e Stress Pós-Traumático (SPT) entre o <i>staff</i> da UCI e os que não pertenciam à UCI, seja entre médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem. Taxas mais altas de <i>burnout</i> e SPT surgiram após a morte de uma criança e/ou conflitos com pacientes/familiares ou colegas. Cerca de 30% da variação do <i>burnout</i> e SPT é predizível através do uso frequente do estilo de <i>coping</i> focado na emoção e de um uso pouco frequente do estilo de <i>coping</i> focado no problema.
“Professional burnout and concurrent health complaints in neonatal nursing.” (Skorobogatova et al., 2017)	Quantitativo	Questionário	<i>Burnout</i> e queixas na saúde	Mais da metade dos enfermeiros da UCI apresentavam níveis moderados ou altos de exaustão emocional, enquanto que os níveis de despersonalização eram significativamente menores. Em contraste, o nível de realização pessoal foi baixo em mais de metade dos enfermeiros. As queixas de saúde mais comuns foram distúrbios do sono, nervosismo e cansaço. O cansaço foi mais fortemente associado ao <i>burnout</i> profissional.
“Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study.” (Vermeir et al., 2018)	Quantitativo	Questionário	Comunicação, satisfação laboral, <i>burnout</i> , intenção de sair	Os resultados do estudo demonstraram níveis elevados de comunicação e de satisfação no trabalho numa amostra de enfermeiros numa região da Bélgica. A intenção de sair e a prevalência de <i>burnout</i> foram reduzidas. Até certo ponto, a satisfação com a comunicação pode estar associada à satisfação no trabalho, intenção de sair e <i>burnout</i> .

<p>“Burnout Syndrome in UK Intensive Care Unit staff: Data from all three Burnout Syndrome domains and across professional groups, genders and ages.” (Vincent et al., 2019)</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>Questionário</p>	<p><i>Burnout</i>, sexo, profissão e idade</p>	<p>Aproximadamente um terço dos membros do <i>staff</i> de UCI estão em "alto risco" de ter <i>burnout</i>, embora existam diferenças importantes de acordo com as três subescalas do <i>burnout</i>, sexo, faixa etária e profissão. Estes dados podem encorajar uma compreensão mais aprofundada do <i>burnout</i> e de estratégias mais personalizadas para a força de trabalho heterogênea.</p>
<p>“Teamwork and clinician burnout in Swiss intensive care: the predictive role of workload, and demographic and unit characteristics.” (Welp et al., 2019)</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>Questionário</p>	<p>Trabalho em equipa, <i>burnout</i>, carga de trabalho, características da unidade e demográficas</p>	<p>Este estudo demonstrou a importância da gestão eficaz da carga de trabalho, uma vez que a carga de trabalho medida objetivamente foi associada a níveis mais elevados de <i>burnout</i> auto-reportados. Os resultados sugeriram que determinados grupos de profissionais (por exemplo, aqueles que trabalham essencialmente em turnos noturnos) estavam em maior risco de <i>burnout</i>, destacando assim a importância de fornecer suporte adicional nesses grupos. Por fim, atenção especial deverá ser dada às UCI médicas e cirúrgicas, que relataram o maior nível de <i>burnout</i>.</p>