

**Fatores que potenciam o *Burnout* dos
profissionais de saúde que trabalham na linha
da frente durante a pandemia de COVID19
Uma Revisão Sistemática da Literatura**

Maria Margarida Rodrigues Teixeira da Costa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

junho de 2021

**Fatores que potenciam o *Burnout* dos
profissionais de saúde que trabalham na linha
da frente durante a pandemia de COVID19
Uma Revisão Sistemática da Literatura**

Maria Margarida Rodrigues Teixeira da Costa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória

junho de 2021

Resumo

Introdução: Um novo coronavírus surgiu na China em dezembro de 2019 e em março de 2020 atingiu a categoria de pandemia. Os profissionais de saúde da linha da frente ficaram sob risco acrescido de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, sendo estas as três dimensões que caracterizam o *burnout*.

Objetivos: Pretende-se com este estudo realizar uma revisão sistemática sobre o *burnout* nos profissionais de saúde da linha da frente e identificar quais os fatores que potenciam o seu aparecimento durante a pandemia de COVID19.

Métodos: Em março de 2020 foram selecionados artigos científicos e de revisão nas bases de dados da *PubMed*, *MEDLINE* e *LILACS*. Os estudos foram incluídos na revisão se investigassem os fatores de risco de *burnout* nos profissionais de saúde da linha da frente durante a pandemia pelo novo coronavírus, com as palavras-chave: profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, COVID19 e *burnout*. Foram incluídos artigos com texto integral, em português, inglês ou espanhol, publicados a partir de 1 de dezembro de 2020. Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados em duas fases, a fim de obter os artigos mais pertinentes para dar resposta ao objetivo do estudo. Na pesquisa inicial foram encontrados 228 artigos, dos quais 11 foram incluídos na análise final.

Resultados: Após análise dos 11 artigos, foram identificadas quatro categorias principais de fatores de risco para os profissionais de saúde da linha da frente durante esta pandemia: fatores de risco individuais, laborais, organizacionais e sociais. A maioria dos participantes com *burnout* que integram a amostra desta revisão sistemática são do sexo feminino, com uma média de idade de cerca de 35 anos, sem filhos, casados (ou coabitam com alguém) e com pouca experiência profissional na área. Dos fatores laborais, foi mais evidente a sobrecarga de trabalho a que estavam sujeitos durante a pandemia. Em relação aos fatores organizacionais sobressai o medo que sentiam de ficar infetados ou de infetar alguém, bem como que a falta de recursos, nomeadamente equipamento de proteção individual e a falta de pessoal. A nível social salienta-se o estigma da sociedade a que estes profissionais se sentiram sujeitos.

Conclusão: Esta pandemia veio acrescentar novos fatores de risco para o desenvolvimento de *burnout* junto dos profissionais de saúde. Torna-se importante a consciencialização da existência destes fatores, a fim de poderem ser tomadas medidas preventivas adequadas no futuro.

Palavras-chave:

Profissionais de saúde;médicos;enfermeiros;COVID19;*burnout*.

Abstract

Background: A new coronavirus emerged in China in December 2019 and in March 2020 it reached the pandemic category. Front line healthcare professionals are at increased risk of emotional exhaustion, depersonalization and reduction of personal fulfillment, the three main traces that characterize burnout.

Objectives: The aim of this study is to carry out a systematic review of burnout in the frontline healthcare professionals and identify the factors that boost their arising during the COVID19 pandemic.

Methods: In March 2020, peer-reviewed research and revision scientific papers were selected using PubMed, MEDLINE and LILACS databases. Studies were included for review if they investigated the burnout risk factors on the front line health care professionals during the new coronavirus pandemics with the keywords: health care professionals, phsicians, nurses, COVID19 and burnout. Articles with full text availability, written in Portuguese, English or Spanish, and published since the 1st December 2020 were included. Inclusion and exclusion criteria were applied in two phases in order to obtain the most relevant articles that fullfil the objective of study. The initial search yielded 228 articles, 11 of which were included in the final analysis.

Results: After analyzing the 11 articles, four main categories of burnout risk factors for front line health care professionals were identified: individual, work related, organizational and social risk factors. The majority of the participants with burnout who integrate this systematic review are of female gender, with a average age of 35 years old, without sons, married (or living with someone) and with little professional experience in the field. Within the work related risk factors the high workload during the pandemic was the most evident one. Regarding organizational factors, the fear of getting infected or infecting someone stands out, as well as the lack of resources, such as personal protective equipment, and the lack of human resources. At the social level, the stigma of society to which these professionals felt subjected is highlighted.

Conclusions: The new coronavirus pandemic added new risk factors for the development of burnout among the health care professionals. It is important to increase the awareness of the existence of these factors, to be able to take the appropriate preventive measures in future.

Keywords:

Healthcare professionals; physicians; nurses; COVID19; burnout.

Índice

| | |
|--|----|
| Capítulo 1 – Enquadramento Teórico | 1 |
| 1. Evolução histórica e definição de <i>burnout</i> | 1 |
| 2. Classificação do <i>burnout</i> como doença profissional | 4 |
| 3. Abordagens teóricas da origem do <i>burnout</i> | 7 |
| 3.1 Modelo de <i>Edlwich e Brodsky</i> | 8 |
| 3.2 Modelo de <i>Hobfoll</i> | 8 |
| 3.3 Modelo de <i>Schaufeli</i> | 9 |
| 3.4 Modelo de <i>Cherniss</i> | 9 |
| 3.5 Modelo de <i>Golembiewski, Munzenrider e Carter</i> | 9 |
| 3.6 Modelo de <i>Maslach e Leiter</i> | 10 |
| 3.7 Modelo de <i>Sarason</i> | 10 |
| 4. Avaliação do <i>burnout</i> | 11 |
| 5. Sinais e sintomas de <i>burnout</i> | 13 |
| 6. Prevenção e tratamento do <i>burnout</i> | 15 |
| 7. Fatores de risco para o desenvolvimento de <i>burnout</i> | 18 |
| 8. Consequências do <i>burnout</i> nos Serviços de Saúde | 22 |
| 9. Impacto da COVID19 no desempenho dos profissionais de saúde | 23 |
| Capítulo 2 – Metodologia | 26 |
| 1. Caracterização do estudo | 27 |
| 2. Objetivos e Questão de Investigação | 28 |

| | |
|---|----|
| 3. Critérios de seleção dos estudos | 29 |
| 4. Estratégia de pesquisa | 30 |
| 5. Seleção dos Estudos e Recolha dos dados | 33 |
| Capítulo 3 – Apresentação e Discussão dos Resultados | 35 |
| 1. Identificação dos estudos..... | 36 |
| 2. Características sociodemográficas dos participantes que trabalham na linha da frente | 38 |
| 3. Principais resultados | 40 |
| Capítulo 4 – Conclusões | 45 |
| Bibliografia | 45 |

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura I: Fluxograma do processo de busca, exclusão e inclusão dos estudos..... | 34 |
|--|----|

Lista de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela I: Taxionomia das abordagens teóricas do <i>burnout</i> | 7 |
| Tabela II: Fatores Organizacionais associados a índices superiores de <i>burnout</i> | 20 |
| Tabela III: Fatores individuais associados a índices inferiores de <i>burnout</i> | 20 |
| Tabela IV: Fatores individuais associados a índices superiores de <i>burnout</i> | 20 |
| Tabela V: Fatores laborais associados a índices superiores de <i>burnout</i> | 21 |
| Tabela VI: Fatores sociais associados a índices superiores de <i>burnout</i> | 21 |
| Tabela VII: Descrição dos Critérios da Pesquisa tendo por base o acrónimo PICOS | 29 |
| Tabela VIII: Critérios de Inclusão | 30 |
| Tabela IX: Critérios de Exclusão | 30 |
| Tabela X: Descritores MeSH identificados para cada palavra-chave | 31 |
| Tabela XI: Resultados da pesquisa nas bases de dados consoante a conjugação booleana | 32 |
| Tabela XII: Identificação dos estudos | 36 |
| Tabela XIII: Características sociodemográficas dos participantes que trabalham na linha da frente | 38 |
| Tabela XIV: Principais resultados de cada estudo | 39 |
| Tabela XV: Organização dos estudos pelas categorias temáticas | 41 |

Lista de Acrónimos

| | |
|----------|--|
| APPs | Advanced Practice Providers |
| CE | Critérios de Exclusão |
| CI | Critérios de Inclusão |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CID - 11 | Classificação Internacional de Doenças – 11ª edição |
| CID-10 | Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição |
| COVID19 | <i>Coronavirus disease 2019</i> |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| EUA | Estados Unidos da América |
| MBI | Maslach Burnout Inventory |
| MERS | Middle East Respiratory Syndrome |
| MeSH | Medical Subject Headings |
| n | Número de participantes |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPP | Ordem dos Psicólogos Portugueses |
| PRISMA | Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses |
| RSL | Revisão Sistemática de Literatura |
| SARS | Severe Acute Respiratory Syndrome |
| SB | Síndrome de Burnout |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| UCI | Unidade de Cuidados Intensivos |
| vs | versus |

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

1. Evolução histórica e definição de *burnout*

O termo *burnout* é definido como aquilo, ou aquele, que deixou de funcionar por absoluta falta de energia e que chegou ao seu limite, com grande prejuízo do seu desempenho físico ou mental.(1)

Apesar de *Shakespeare*, em 1599, na sua obra “*The Passionate Pilgrim*”, e *Thomas Man*, em 1901, no romance “*Buddensbrooks*”, terem referido metaforicamente o termo *burnout*, foi apenas em 1953 que *Schwarta & Will*, por meio de um estudo de caso, conhecido como “*Miss Jones*”, utilizaram pela primeira vez o conceito *burnout*. Nesse estudo, os autores descreveram a problemática e o conjunto de sintomas e sinais de uma enfermeira de psiquiatria, que se encontrava frustrada com o seu trabalho.(2)

Em 1960, o escritor e jornalista britânico *Graham Greene*, publicou o romance “*A Burnt Out Case*”, onde descreve a história de um arquiteto, que devido aos sentimentos de desilusão gerados pela sua profissão, decide abandoná-la.(2)

No ano de 1974, o psicólogo germano-americano *Freudenberger* introduziu o termo *burnout* na literatura científica, para descrever uma síndrome que ele considerava frequente nos profissionais de saúde, e que era decorrente da tensão emocional promovida pelo contato direto de cuidado a outras pessoas.(3)

No seu artigo “*Staff Burn-Out*”, *Freudenberger* definiu o *burnout* como um “incêndio interno”, onde a relação do sujeito com o trabalho era negativamente afetada pelo excessivo desgaste de energia e recursos. O psicólogo descreveu também o *burnout* como “(...) um estado de esgotamento físico e mental, cuja causa está intimamente ligada à vida profissional”. Os seus estudos foram completados entre 1975 e 1977, onde incluiu na sua definição comportamentos de fadiga, tristeza acentuada, irritabilidade, aborrecimento, perda de motivação, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade.(2)

Mendonha(2 p10) refere que apesar de divergir da abordagem de *Freudenberger*, *Christina Maslach* é também considerada como uma das principais responsáveis pela sua difusão científica. Assim, embora *Freudenberger* seja considerado o precursor dos primeiros estudos publicados na literatura científica sobre o *burnout*, *Maslach* e *Jackson* são responsáveis pela criação e desenvolvimento dos primeiros métodos de investigação e diagnóstico.(2)

Maslach iniciou estudos com profissionais de ajuda, adotando uma perspetiva psicossocial. Na sua perspetiva, não são apenas as características individuais que influenciam a síndrome, mas também o contexto, as condições de trabalho e as relações interpessoais.(2)

Os primeiros estudos empíricos realizados por *Maslach*, em 1976, identificaram estados de exaustão emocional e despersonalização. A autora definiu o *burnout* como um estado de stress crónico, produzido pelo contato dos profissionais de ajuda com os utentes, que conduz à exaustão e distanciamento emocional dos profissionais com o seu trabalho, e provoca dúvidas sobre a sua capacidade de o realizar adequadamente. Deste modo, o *burnout* foi definido como uma síndrome própria e exclusiva dos profissionais de ajuda. Em 1978, incluiu um terceiro aspeto na definição de *burnout*: a diminuição da realização pessoal.(4)

O interesse pelo *burnout* foi-se acentuando durante os anos 80, e o seu estudo alargou-se a diversas profissões de ajuda e do ensino, como médicos, enfermeiros e professores, apresentando-se como uma resposta às tensões emocionais que o trabalho de relação contínua destes profissionais pressupõe.(3)

Neste sentido, a definição de *burnout* mais aceite é a definição tridimensional descrita por Maslach, Pines e Jackson. De acordo com estes autores o *burnout* expressa-se em três dimensões, sendo elas:

- O esgotamento emocional - caracterizado por falta de energia e de motivação ocupacional, geralmente causada por um conflito pessoal nos relacionamentos e uma excessiva carga de trabalho.
- A despersonalização - representa um estado psicológico de desapego emocional, existindo uma atitude de indiferença, comportamento egocêntrico, alienação, ansiedade, irritabilidade e desmotivação em virtude do tratamento impessoal das pessoas no local de trabalho.
- A diminuição do desempenho profissional - caracterizada pela tendência que um trabalhador manifesta ao se autovalorizar negativamente, fazendo com que se sinta menos competente e insatisfeito com o seu desempenho profissional.(5)

Para *Maslach* a primeira dimensão que surge é a exaustão emocional, que por sua vez contribui para o desenvolvimento de sentimentos de despersonalização, levando à diminuição da realização pessoal.(6)

Teodoro define o termo *burnout* como uma composição de *burn* (queima) e *out* (exterior), propondo assim, que a pessoa com esse tipo de stress consome-se física e emocionalmente, podendo apresentar um comportamento agressivo, designando algo que deixa de funcionar até atingir a exaustão total.(7)

Em 2018 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o *burnout* como um termo comumente usado para referir um estado de exaustão de longa data e diminuição do interesse no trabalho, como resultado de stress prolongado e excesso de carga de trabalho. Pode ocorrer sobretudo em indivíduos que estão muito motivados, dedicados e envolvidos no seu trabalho. A existência de grandes expectativas e o desejo de alcançar grandes

objetivos, contrapõem o sentimento de exaustão física, emocional e mental, resultando numa incapacidade para os alcançar.(8)

Mendanha(2)(p20) cita a definição de *Maslach* e colaboradores, considerando ser a definição mais aceite sobre *burnout*, em que os autores a definem da seguinte forma: “a síndrome de *burnout* é um fenómeno psicossocial que ocorre como resposta crónica aos stressores interpessoais advindos da situação laboral, uma vez que o ambiente de trabalho e sua organização podem ser responsáveis pelo sofrimento e desgaste que acometem os trabalhadores”.

2. Classificação do *burnout* como doença profissional

O trabalho é uma atividade que pode ocupar grande parte do tempo de uma pessoa e do seu convívio em sociedade, onde nem sempre a realização profissional é alcançável, podendo ser causadora de problemas que vão desde insatisfação até à exaustão.(1)

O *burnout* surge da interação entre as características do ambiente de trabalho e as características pessoais, e é um problema que atinge principalmente os profissionais voltados para atividades de cuidado a outras pessoas. Ajudar outras pessoas sempre foi reconhecido como um objetivo nobre, mas apenas recentemente tem-se dado atenção aos custos emocionais da concretização desse objetivo.(9)

A existência de *burnout* é ainda mais preocupante na área da saúde, pois pode interferir com a qualidade dos cuidados aos doentes. Devido à sua rotina diária e ao contacto permanente com fatores stressores, estes profissionais podem acabar por não desempenhar a sua função com a mesma qualidade com que o fariam na ausência destes. Isto pode levar a que não obtenham os resultados esperados, gerando insatisfação profissional, mal-estar no ambiente de trabalho e indisposição para realizar as restantes atividades.(10)

Em 2000, o *burnout* foi declarada pela OMS como um fator de risco laboral, devido ao seu impacto na qualidade de vida e saúde mental dos trabalhadores, podendo inclusive pôr em risco a sua vida.(11)

A maioria das causas de stresse no trabalho estão relacionadas com o modo como este é planificado e a forma como as organizações são geridas. Uma vez que estes aspetos têm o potencial de causar efeitos adversos para a saúde dos trabalhadores, são chamados de fatores de risco relacionados com o stresse ou, mais comunmente, fatores de risco psicossociais.(10)

Não existe consenso na literatura relativamente à prevalência e à incidência do *burnout*. Esta síndrome afeta indivíduos de todas as idades e profissões, mas a maioria dos estudos indicam uma elevada prevalência nos profissionais de saúde, devido ao seu ritmo de trabalho intenso e contínuo, e pela natureza do contacto com os indivíduos que recebem os cuidados. No entanto, existe ainda uma incompreensão desta patologia pela população em geral, apesar de ela merecer a devida atenção, pelo elevado número de pessoas afetadas e pelos danos potenciais que pode causar individual e coletivamente.(5)

De acordo com o *Eurofound*, os estudos levados a cabo em Portugal e Países Baixos, ambos baseados no *Maslach Burnout Inventory* (MBI), indicam uma tendência crescente na incidência do *burnout* ao longo do tempo. Em 2015, o Virgin Group conduziu um estudo no Reino Unido com 1153 adultos, sobre o tema ansiedade e *burnout* no local de trabalho. A pesquisa descobriu que mais da metade (51%) de todos os funcionários haviam experimentado ansiedade ou esgotamento no seu trabalho atual.(12)

Estima-se que em Portugal, entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram *burnout* moderado e 47,8% *burnout* elevado.(13)

Um estudo realizado pela Ordem dos Médicos(14) em 2016, abrangeu 9176 profissionais e revelou que 66% dos médicos da amostra apresentavam um nível elevado de Exaustão Emocional, 39% um elevado nível de Despersonalização, e 30% um nível elevado de diminuição da Realização Pessoal.

Já o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge desenvolveu o estudo SM-COVID19, em colaboração com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, sendo que um dos objetivos era medir o efeito da pandemia na saúde mental da população em geral, bem como dos profissionais de saúde, em particular daqueles que se encontravam na linha da frente do tratamento de doentes com COVID-19. Verificou-se que 45% dos profissionais de saúde inquiridos apresentavam sinais de sofrimento psicológico no decurso dos 15 dias anteriores à participação no estudo. Os mais afetados eram os que estavam a tratar doentes com COVID-19, com um risco de sofrimento psicológico 2,5 vezes superior aos que não estavam a tratar esses doentes. Foi também neste grupo de profissionais de saúde que os níveis de *burnout* (exaustão física e emocional) se revelaram mais elevados (43%).(15)

A 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada pela OMS, enquadra o *burnout* no Grupo V, Capítulo XXI (Problemas Relacionados com a Organização de seu Modo de Vida), com o código CID-10 Z73.0, traduzida para a língua portuguesa como “esgotamento”. Entretanto, em maio de 2019, a OMS publicou a 11^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que enquadra o *burnout* no capítulo intitulado “Problemas Associados ao Emprego ou Desemprego”, com o código CID-11 QD85. Seguindo a CID-10, a CID-11 deixa o *burnout* de fora do capítulo dos “Transtornos Mentais, Comportamentais ou do Neurodesenvolvimento”.(2)

Assim, o *burnout* foi listado como um fenómeno ocupacional, resultante do stresse crónico no trabalho, e que não foi gerido com sucesso, evidenciando-se deste modo como um fenómeno ocupacional, apesar de não ser classificada como uma condição médica. Pela CID 11, ele é caracterizado como um fenómeno em que predomina o sentimento de falta de energia, o aumento da distância mental do serviço, o negativismo relacionado com o trabalho e a redução da eficiência profissional. Refere-se apenas a fenómenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicado noutras áreas da vida.

No seu relatório de 2018, a Eurofound refere que entre os Estados-Membros da União Europeia, o *burnout* é atualmente reconhecido como uma doença profissional em apenas dois países: em Itália, onde o Instituto Nacional de Seguro contra Acidentes de Trabalho inclui o *burnout* na sua lista de doenças profissionais, e na Letónia, onde o *burnout* foi reconhecido como uma doença profissional pela lei de 1997.(12)

A OMS salienta que, a partir desse reconhecimento oficial sobre a definição e os sintomas do *burnout*, a organização iniciará a promoção de medidas baseadas em evidências sobre o bem-estar mental no trabalho, no sentido de remediar e-prevenir o burnout à escala mundial.(16)

3. Abordagens teóricas da origem do *burnout*

Existem vários modelos que clarificam o modo como o processo de *burnout* se desenvolve, estudando-o sob diferentes perspectivas: individual, interpessoal, organizacional e sociológica.(17)

Tabela I: Taxionomia das abordagens teóricas do *burnout* (17)

| Tipos de abordagem | Exemplos de modelos de <i>burnout</i> | Perspetivas adotadas sobre o <i>burnout</i> |
|--------------------|--|--|
| Individual | Modelo de <i>Edlwich e Brodsky</i> | Desilusão progressiva |
| | Modelo de <i>Meir</i> | Expetativas desajustadas |
| | Modelo de <i>Garden</i> | Desequilíbrio funções conscientes e inconscientes |
| | Modelo de <i>Hobfoll</i> | Conservação dos recursos |
| | Modelo Existencial de <i>Pines</i> | Significado do Trabalho |
| Interpessoal | Modelo de <i>Maslach</i> | Sobrecarga emocional na relação de ajuda |
| | Modelo de <i>Harrison</i> | Falta de competências sociais |
| | Modelo de <i>Schaufeli</i> | Falta de reciprocidade |
| Organizacional | Modelo de <i>Cherniss</i> | Choque da realidade |
| | Modelo de <i>Golembiewski e colaboradores</i> | Processo virulento |
| | Modelo de <i>Maslach e Leiter</i> | Desajuste pessoa/trabalho |
| | Modelo de <i>Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli</i> | O modelo das exigências e recursos |
| Sociológica | Modelo de <i>Meyerson</i> | Construção cultural e social |
| | Modelo de <i>Karger</i> | Alienação social |
| | Modelo de <i>Handy</i> | Desajuste funções manifestas/latentes das organizações |
| | Modelo de <i>Sarason</i> | Individualismo |

Na abordagem individual do *burnout*, é considerado que este resulta do desajuste entre as expectativas iniciais do profissional e a realidade da sua vida profissional, sendo percebido como um processo dinâmico de desilusão progressiva. Na perspetiva interpessoal, é analisado o desenvolvimento do *burnout* tendo em linha de conta a importância das relações interpessoais estabelecidas no local de trabalho. Do ponto de vista organizacional, o *burnout* é considerado como um fenómeno psicológico negativo, intimamente relacionado com o trabalho, pelo que os modelos incluídos nesta perspetiva estudam o *burnout* do ponto de vista da sua conexão com o ambiente e a organização. Outros autores

conceptualizam o *burnout* através de uma perspectiva sociológica, que enfatiza o efeito de variáveis sociais e culturais.(17)

3.1 Modelo de *Edlwich e Brodsky*

O modelo de *Edlwich e Brodsky* apresenta o fenômeno descrevendo-o como um “processo dinâmico de desilusão progressiva resultante do desajuste de expectativas iniciais dos profissionais de ajuda e a realidade nua e crua das suas vidas laborais”.(18) Para os autores, o *burnout* é um processo cumulativo de desilusões que decorrem do desajuste entre as expectativas iniciais de um profissional e a realidade laboral com que se depara. A exaustão no trabalho instaura-se em 4 etapas que ocorrem de forma cíclica. A primeira é caracterizada pelo idealismo, entusiasmo, hiperatividade, estabelecimento de expectativas irreais e uma tônica sentimental positiva. A segunda corresponde a uma estagnação e decréscimo das características da fase anterior, podendo surgir queixas psicossomáticas e cansaço físico. No momento seguinte instalam-se sentimentos de frustração associados ao desgaste físico e emocional. Os indivíduos que se encontram na última fase deste modelo apresentam-se desmoralizados, desinteressados, indiferentes e com sentimentos de vazio. A ativação deste processo cíclico poderia dever-se à exposição a fontes de frustração tais como: ausência de critérios de eficácia profissional, remunerações baixas, independentes da escolaridade, da competência e das responsabilidades.(18)

3.2 Modelo de *Hobfoll*

Já *Hobfoll* desenvolveu o Modelo de Conservação de Recursos, onde defende que os indivíduos têm acesso a quatro tipos de recursos: objetos (casa, carro etc.), condições (bom emprego), características pessoais (autoestima) e várias formas de energia (dinheiro, favores de outros).(19)

Os indivíduos experienciam stress perante três tipos de situações:

- a) quando os recursos são ameaçados (e. g. incerteza a nível de trabalho);
- b) quando os recursos são perdidos (e. g. desemprego);
- c) quando os recursos não originam o retorno esperado.

Este modelo salienta os aspetos dinâmicos do desenvolvimento e manutenção do *burnout*, explicando a sua inevitabilidade quando as exigências no trabalho esgotam os recursos mais rapidamente do que os repõem.(17)

Sublinha também, que para o indivíduo, os recursos mais importantes no local de trabalho são a rede de apoio social (colegas, supervisores, outros), o controlo pessoal sobre o trabalho, o envolvimento na tomada de decisões e a existência de um sistema de recompensas adequado. Ainda segundo esta teoria, o *burnout* resulta da combinação de fadiga física, exaustão emocional e desgaste cognitivo, que se desenvolve gradualmente ao longo do tempo. Em estados avançados de *burnout*, o indivíduo adquire um sentimento de impotência, de desalento e de depressão. Esta teoria oferece uma moldura conceptual de princípios que suporta outras teorias e que destacam os fatores ambientais como preditores do *burnout*.(19)

3.3 Modelo de *Schaufeli*

Schaufeli et al., sugeriram um modelo com base no desequilíbrio interpessoal e organizacional em que, quando o indivíduo cumpre as suas obrigações e a organização não cumpre as suas para com este, ou não fornece os recursos necessários, o indivíduo vai procurar repor esse desequilíbrio diminuindo os seus investimentos. Isto pode originar absentismo, menor envolvimento e, no limite, abandono da organização. Assim, o modelo da reciprocidade e equidade de *Schaufeli* e colaboradores, refere que o *burnout* surge quando aquilo que o indivíduo obtém, não é equivalente aos recursos que despendeu.(17)

3.4 Modelo de *Cherniss*

O Modelo de *Cherniss* descreve o *burnout* como um processo dinâmico, composto por três estádios. "O primeiro estádio envolve um desequilíbrio entre os recursos e as exigências (*stress*). O segundo estádio consiste na tensão emocional, fadiga e exaustão imediata, a curto prazo (*strain*). O terceiro estádio consiste num conjunto de mudanças de atitude e comportamento tais como, a tendência para tratar os clientes de forma distanciada e mecânica, ou a preocupação cínica com a satisfação das necessidades pessoais (*coping* defensivo) ... (Cherniss, p. 208)." (17)

Tanto o ambiente de trabalho, como as características do indivíduo, funcionam como fontes de *strain* e os indivíduos empenham-se em lidar com os stressores das mais variadas formas.(19)

3.5 Modelo de *Golembiewski, Munzenrider e Carter*

Para *Golembiewski* e colaboradores, a síndrome de *burnout* é um conceito multidimensional constituído por três dimensões, nomeadamente, a despersonalização, a reduzida realização pessoal e a exaustão emocional. Contudo, neste modelo, a

despersonalização é a primeira dimensão a desenvolver-se, sendo que níveis elevados nesta dimensão influenciam negativamente a dimensão da realização pessoal, e por sua vez, elevados níveis nestas duas últimas dimensões influenciam negativamente a dimensão exaustão emocional.

3.6 Modelo de *Maslach e Leiter*

Maslach e Leiter mencionaram que o *burnout* se situa num contínuo de bem-estar, sendo que o seu polo oposto é o *engagement* (empenho), caracterizado pela energia, implicação e eficácia, três dimensões opostas às do *burnout*. Os autores apontam como motivos para o desequilíbrio da relação pessoa-trabalho: a elevada carga de trabalho, a falta de autonomia e a recompensa não proporcional ao esforço despendido. O *burnout* é o polo oposto do *engagement*, que corresponde a um envolvimento energético e eficaz no trabalho, sendo a promoção do *engagement* a melhor forma de prevenir o *burnout*. Estes autores redefiniram o conceito de *burnout* como uma crise na relação com o trabalho e reconceptualizaram as suas três dimensões: a exaustão emocional associa-se a reações gerais de stresse, como a fadiga emocional e física, queixas psicossomáticas, e ainda diz respeito à depressão e ansiedade; o cinismo (despersonalização) é associado a uma atitude de indiferença e distanciamento mental, despreendimento face ao trabalho; e a perda de eficácia profissional (perda de realização pessoal) é associada à redução de sentimentos de autoeficácia no trabalho.(20)

3.7 Modelo de Sarason

Por fim, a conceção socio-histórica, abordada por *Sarason*, em 1983, salienta o papel da sociedade como um fator determinante no surgimento do *burnout*, mais relevante do que as características individuais e organizacionais. O autor afirma que os valores individualistas, predominantes na sociedade atual, são incompatíveis com os valores professados nas profissões que prestam serviços e ajuda a terceiros, desfavorecendo o comprometimento dos mesmos às suas profissões. (17)

4. Avaliação do *burnout*

Segundo Colton e Covert (p.5) “An instrument is a mechanism for measuring phenomena, which is used to gather and record information for assessment, decision making, and ultimately understanding. An instrument such as a questionnaire is typically used to obtain factual information, support observations, or assess attitudes and opinions.” (21)

O questionário é um instrumento de recolha e avaliação de dados muito importante na pesquisa científica, apesar de a sua elaboração não ser tarefa fácil. É uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões apresentadas por escrito, aplicado a pessoas que propiciem determinado conhecimento ao pesquisador. Como vantagens para a sua utilização pode-se referir a capacidade de abranger um grande número de pessoas, garantir o anonimato das respostas, e possibilitar que as pessoas respondam no momento que lhes pareça mais apropriado, não expondo os questionados à influência do questionador.(22)

Apesar do conceito de *Maslach* e *Jackson* ser o mais disseminado para caracterizar o *burnout*, não existe consenso na literatura quanto aos seus critérios diagnósticos, devido à indefinição de um constructo teórico, que torna a medição psicossociológica muito difícil. Isto leva a que existam várias maneiras de definir e quantificar a carga e a tensão dos fatores psicossociais.

O *Maslach Burnout Inventory* (MBI) foi elaborado em 1981 por *Christina Maslach* e *Susan Jackson*, e a sua primeira variante era composta por 25 perguntas, distribuídas por quatro dimensões, que mediam a frequência e a intensidade do *burnout*. Em 1986 *Maslach* e *Jackson* reviram o questionário, que passou a contemplar apenas três dimensões, avaliadas por 22 questões, tendo sido retiradas as que mediam a intensidade. As três dimensões avaliadas, correspondem às dimensões do conceito de *burnout* descrito por *Maslach*, sendo elas: a exaustão emocional (com 9 itens), a despersonalização (com 5 itens) e a realização pessoal (com 8 itens). Esta edição foi publicada em duas versões: o MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*) para profissionais da área da saúde e o MBI-ES (*Maslach Burnout Inventory - Educators Survey*) para as ocupações relacionadas com a educação, já que eram consideradas como as mais vulneráveis para o desenvolvimento de *burnout*. A terceira versão, o MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory - General Survey*), foi desenvolvida por *Maslach*, *Jackson* e *Leiter* em 1996, e é uma escala mais genérica, que pode ser aplicada a outras profissões; isto porque as autoras observaram que qualquer profissão poderia desenvolver *burnout*. Esta versão é composta apenas por 16 itens, e existe alteração da denominação de duas dimensões: a dimensão “Despersonalização” foi

substituída pela dimensão “Cinismo” e a dimensão “Redução da realização pessoal” foi substituída pela “Eficácia Profissional”.(23)

Em 2002, surge também o interesse pela avaliação do *burnout* em estudantes, motivo pelo qual *Schaufeli, Martinez, Marques Pinto, Salanova, e Bakker* realizaram uma adaptação do MBI às características desta população. Surgiu assim o MBI-SS (*Maslach Burnout Inventory - Student Survey*), constituída por 15 itens, tendo a dimensão “Despersonalização/Cinismo” passado a ser designada por “Descrença”.(24)

Por apresentar confiabilidade e validade, o MBI é o instrumento que mais frequentemente se utiliza na atualidade para avaliar a intensidade desta síndrome.(25)

Além do MBI, outros instrumentos surgiram para a avaliação desta síndrome, e são, de uma maneira geral, questionários de autorrelato ou autopreenchimento, constituídos por itens em forma de afirmações para serem respondidos por uma escala tipo *Likert*. O Eurofound descreve alguns desses instrumentos:

- *Copenhagen Burnout Inventory* - é um que mede o grau de fadiga psicológica em três subdimensões: pessoal, relacionado com o trabalho e relacionado com o cliente.
- *Oldenburg Burnout Inventory* - inclui itens positivos e negativos, para avaliar as duas dimensões centrais do burnout: a exaustão e o “disengagement” (do trabalho).
- *Shirom-Melamed Burnout Measure* - construído para avaliar a exaustão e inclui três subdimensões: fadiga física, exaustão emocional e cansaço cognitivo.
- *Burnout Dimensions Inventory* - desenvolvido em 2013 para avaliar a prevalência de *burnout* na Áustria. (12)

O facto frequentemente muitos autores adaptarem as escalas existentes, pode tornar difícil a realização de comparações entre os diferentes estudos. Para além disso, continuam a ser desenvolvidos outros instrumentos para medir o burnout, como por exemplo recentemente o desenvolvimento do “*Austrian Burnout Dimensions Inventory*” ou a “*Burnout assessment tool*”. (12)

No entanto, alguns instrumentos têm demonstrado ligeiras dificuldades de operacionalização por divergências teóricas, culturais ou até mesmo, por dificuldades referentes a direitos de autor. (23)

5. Sinais e sintomas de *burnout*

Os sintomas apresentados pelos indivíduos podem ser de maior ou de menor gravidade, dependendo da forma como lidam com os fatores de stress. A identificação de possíveis sinais e sintomas de *burnout* podem ser agrupados de diferentes formas, visto que este se manifesta através de múltipla sintomatologia. Isto não significa que uma pessoa apresente todos esses sintomas, mas normalmente apenas uma combinação de alguns.(26)

Em 2003, Gil-Monte sintetizou as principais consequências do *burnout* em quatro categorias: os indicadores emocionais, os indicadores atitudinais, os indicadores comportamentais e os indicadores somáticos. Relativamente aos indicadores emocionais, o autor faz referência ao distanciamento emocional, aos sentimentos de solidão, de alienação, ansiedade e impotência. São enumerados como indicadores atitudinais, o desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia e hostilidade. Em terceiro lugar, enumeram os indicadores comportamentais como agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade. Por último, os indicadores somáticos, como alterações cardiovasculares (e.g. palpitações, hipertensão), problemas respiratórios (e.g. crises de asma, falta de ar), problemas a nível imunológico (e.g. alergias, maior frequência de infeções), problemas digestivos (e.g. úlceras, náuseas, diarreia), problemas sexuais, musculares (e.g. fadiga, dores de costas) e alterações do sistema nervoso (e.g. insónias, enxaquecas).(26)

Os autores *Grosch* e *Olsen* citados por Roque(3), afirmam que o *burnout* se manifesta por sintomatologia múltipla, e agrupam os sinais e sintomas nas categorias: fisiológicos (fadiga, irritabilidade, dores de cabeça), comportamentais, (perda de entusiasmo, atrasos no trabalho, frustração e raiva), psicológicos (depressão, diminuição de autoestima, pessimismo, culpa) e clínicos (cinismo face aos clientes, alheamento durante as sessões, hostilidade face aos clientes).

Pereira citando Tironi(27) refere que podemos dividir os sinais e sintomas apresentados no *burnout* em: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. Os físicos podem traduzir-se em: fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares ou osteomusculares, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório e disfunções sexuais. Dentro dos psíquicos existe: falta de atenção, lentificação do pensamento, alteração da memória, impaciência, falta de concentração, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de insuficiência, baixa autoestima, labilidade emocional, dificuldade de autoaceitação, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança e

paranoia. Podem ser várias as alterações de comportamento verificadas, tais como: negligência ou excesso de cuidados, irritabilidade, incapacidade para relaxar, resistência à mudança, perda de iniciativa, abuso de substâncias, comportamento de alto risco, suicídio. No que respeita aos sintomas defensivos, o indivíduo pode tentar proteger-se das mais variadas formas, nomeadamente: isolamento, perda do interesse pelo trabalho e pelo lazer, aumento do absentismo, ironia e cinismo.

A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) refere que o *burnout* pode se manifestar por um quadro de exaustão emocional (esvaziamento emocional, desgaste da nossa empatia e diminuição da compaixão pelo outro), menor realização profissional (avaliamo-nos de forma mais negativa, tal como avaliamos como mais negativa a nossa situação no trabalho e a forma como o estamos a realizar), menor motivação, propósito e envolvimento/dedicação ao nosso trabalho, sintomas físicos (como maior fadiga, dores musculares e/ou enxaquecas, alterações ao sono ou nos níveis de tensão arterial, entre outros), menor bem-estar e satisfação com a vida em geral, e deterioração das relações sociais e familiares. (13)

6. Prevenção e tratamento do *burnout*

Apesar de não ser com a intensidade, frequência e profundidade desejável, tem-se vindo a apostar em estratégias de prevenção do *burnout*. Contudo, existe necessidade de repensar essas estratégias, pois a pandemia por COVID19 colocou trabalhadores, clientes e cidadãos perante novas e enormes exigências.(28)

De acordo com *López-Elizalde*(29), o tratamento e prevenção do *burnout* consiste em estratégias que permitem modificar os sentimentos e pensamentos referentes aos três componentes desta síndrome. Essas estratégias são: o fomento da adaptação das expectativas à realidade quotidiana; o equilíbrio de áreas vitais: família, amigos, hobbies, descanso, trabalho; o fomento de uma boa atmosfera de equipa, com espaços comuns, objetivos comuns, a restrição da agenda de trabalho e a formação contínua no trabalho.

Carlotta e Gobbi(30), referem que a redefinição e a reorganização dos processos de trabalho são de grande importância, como forma de prevenção do *burnout*. O trabalhador deve ser envolvido no seu trabalho, sem se sentir coagido por normas e políticas rígidas. É muito importante para a manutenção da sua saúde que o trabalhador receba *feedback* sobre o seu desempenho, sobretudo se for positivo.

Uma das principais estratégias para prevenir a síndrome, passa por enfatizar a promoção dos valores humanos no ambiente de trabalho, fazendo dele uma fonte de saúde e realização. Cada pessoa tem o dever de iniciar um processo de mudança, pessoal e institucional, com propostas construtivas e participativas.(9)

Gil-Monte e Queirós et al. Citados por *Areosa*(28) defendem que as estratégias de intervenção para a prevenção do *burnout* podem obter melhores resultados se forem aplicadas em três níveis distintos: individual, coletivo e organizacional. Na dimensão individual podem ser trabalhadas a assertividade, a resiliência, a gestão do tempo, a formação para utilizar novas competências ou a participação em programas de gestão/combate ao stress. A nível coletivo devem ser promovidas estratégias que fomentam a interajuda, a partilha, a construção de coletivos de trabalho fortes, e o apoio mútuo, possibilitando que o grupo sirva de âncora para as adversidades no trabalho. Por fim, na dimensão organizacional, deve-se promover a participação dos trabalhadores nas decisões da organização, reconhecendo as suas necessidades e atribuindo-lhe um papel verdadeiramente ativo. As condições de trabalho devem ser melhoradas, tornando-as mais atrativas e gratificantes para os trabalhadores, promovendo uma cultura de empatia e de reconhecimento pelo seu trabalho desenvolvido.(28)

Areosa(28) faz referência a *Montgomery et al. (2019)*, quando estes referem que o *burnout* não é apenas um problema individual, pelo que os trabalhadores e organizações devem estar simultaneamente envolvidos na procura de soluções para este problema. Este envolvimento fará com que os trabalhadores em *burnout* não se sintam estigmatizados, culpados ou envergonhados, visto que, este é sentido como a “síndrome dos fracos”, dos trabalhadores que não conseguem aguentar a pressão do mundo laboral moderno.

O mesmo autor faz referência a *Maslach*, quando este refere que o maior sucesso parece ocorrer quando se combinam intervenções individuais e organizacionais, bem como quando se considera o contexto de trabalho, o qual na atualidade mudou devido à pandemia. A obtenção de melhores resultados na prevenção do *burnout*, pode ser alcançada quando o organização planeia uma definição prévia dos objetivos, uma metodologia bem estruturada e a supervisão de um especialista na área da saúde, que poderá ajudar na gestão emocional dos diversos conflitos dentro da equipa.(28)

A OMS refere como ações a desenvolver para redução do stress no local de trabalho:

No seio da equipa:

- Boa comunicação: uma das melhores maneiras para reduzir o stress é providenciar a melhor qualidade de informação possível, a fim de permitir que os trabalhadores se sintam informados e a dar-lhes a sensação de controle.
- Compartilhar informação atualizada com a equipa de trabalho: deve existir um mecanismo claro de fluxo de informação sobre os perigos, bem como as medidas de proteção dos trabalhadores.
- Um local para expressar preocupações e expor questões: os trabalhadores devem ter um local onde possam colocar questões e expressar as suas preocupações sobre os riscos de saúde deles próprios e dos colegas, assegurando a confidencialidade.
- Reuniões de equipa multidisciplinar: pelo menos semanalmente a equipa deve reunir para partilhar preocupações e trabalhar conjuntamente em estratégias para resolução de problemas.
- É importante que os trabalhadores compreendam as suas forças, fraquezas e limitações, incluindo conhecimento de sinais de *burnout*, neles próprios e nos outros. Devem ser explicadas medidas gerais para promover os mecanismos de *coping* individuais.
- Ajuda psicossocial: facilita a compreensão preocupações; envolve escutar as pessoas, mas não as pressiona a falar; conforta as pessoas e ajuda-as a sentirem-se calmas.
- Campanhas para reduzir o estigma: como o público sabe que os profissionais de saúde estão em maior risco de contrair a doença, estes são muitas vezes estigmatizados e

socialmente isolados, bem como os seus familiares, amigos e conhecidos. Como tal, campanhas de educação pública devem abordar o estigma social e a exclusão dos profissionais de saúde, valorizando o papel dos profissionais na linha de frente.

- Uso de humor e técnicas participativas: podem promover o diálogo, criando um sentimento de união entre os participantes, dissipar o medo e promovendo o humor.

Cultura Organizacional:

- Técnicas de formação de equipas devem ser praticadas, incluindo a facilitação da comunicação e gestão de conflitos.
- Um profissional de saúde mental deve contactar todos os funcionários que tenham vivenciado um incidente crítico.

Práticas Individuais:

- Períodos de descanso regulamentados: devem ser transmitidas as práticas e procedimentos de saúde e segurança, incluindo a necessidade de intervalos suficientes de descanso.
- Necessidades básicas: deve-se garantir que haja oportunidade para promover a saúde física, incluindo exercícios, e que os trabalhadores possam manter hábitos alimentares saudáveis.
- Apoio psicológico: deve ser fornecido um local onde os profissionais de saúde possam compartilhar os seus medos e as suas preocupações de modo confidencial, devendo estar disponível um psicólogo.
- Modelagem de papéis pela organização e gestores: os gestores devem ser modelos para os funcionários e devem-se comportar de modo a demonstrar como mitigar o stress. Mais importante ainda, os gestores devem garantir que as necessidades básicas da equipa sejam atendidas, que o equipamento de proteção seja fornecido, que a equipa seja valorizada e que os seus esforços sejam apreciados.(8)

A OPP(13) refere também algumas práticas individuais para evitar o *burnout* como a capacidade de rentabilizar micro momentos para nos conectarmos connosco, que podem funcionar como uma oportunidade para ganhar consciência, regular as nossas emoções e concentrarmo-nos nos nossos sentimentos. Devemos também dedicar um momento para perceber o que estamos a sentir e a dar-lhe um nome, visto que, nomear é ganhar consciência e contribui para sermos mais capazes de gerir essa emoção. Se a pessoa estiver constantemente ansiosa, exausta e não conseguir manter o funcionamento habitual, na sua vida pessoal ou profissional, deve sempre pedir ajuda.

7. Fatores de risco para o desenvolvimento de *burnout*

O *burnout* é provocado por fatores multicausais e desenvolve-se lentamente, pelo que quase nunca é identificado nos seus estádios iniciais, e surge como resultado de um período de esforço excessivo no trabalho, intercalado por pequenos intervalos que não permitem uma adequada recuperação.(5)

Teles(19) faz referência a *Cordes e Dougherty* quando estes resumem as causas do *burnout* em três categorias: características do trabalho desempenhado, características da organização e características pessoais. Dentro das características do trabalho desempenhado, referem o tipo, a intensidade, a duração, a frequência do contato e das relações desenvolvidas com o cliente, as próprias características do cliente, a existência de conflito e/ou ambiguidade de papéis e tarefas, e o excesso de carga de trabalho. Como características da organização enunciam a indexação clara dos resultados, recompensas e/ou punições, e o contexto/ambiente psicológico vivenciado. Dentro das características pessoais salientam as características demográficas (sexo, idade, estado civil), o suporte social (amigos, família, supervisores) e as expectativas pessoais.

Maslach, referido por Esteves(17), enuncia três causas que podem levar ao desenvolvimento de *burnout*, podendo existir uma maior influência de uma comparativamente com outra. Essas causas são: causas pessoais (e.g. personalidade, motivação, expectativas, etc.), causas interpessoais (e.g. relação com os colegas de trabalho, com a família e com os clientes) e causas organizacionais (e.g. pressão do trabalho, burocracia, excesso de trabalho, resultados obtidos, etc.).

A OPP(13) refere que são vários os fatores que contribuem para o aparecimento de *burnout*, sendo os mais comuns: carga de trabalho superior à capacidade do profissional, falta de autonomia e controlo sobre as tarefas e a organização do trabalho, baixo propósito ou significado das tarefas realizadas, realização de tarefas perigosas ou de grande exigência emocional, horários de trabalho contínuos e excessivos (superiores a 8h diárias) e/ou horários por turnos, existência de poucas ou nenhuma pausas para descanso (mais de cinco horas de trabalho consecutivo), conflitos e má relação entre colegas e superiores hierárquicos, dificuldades de equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e incapacidade de resolução de problemas pessoais.

A OMS (1998) agrupa os fatores de risco para o desenvolvimento de *burnout*, em quatro dimensões: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade. Os fatores organizacionais

que a OMS considera terem influência no desenvolvimento do *burnout*, estão listados na seguinte tabela:

Tabela II: Fatores Organizacionais associados a índices superiores de *burnout* (1)

| Fator |
|---|
| Burocracia (excesso de normas). |
| Falta de autonomia. |
| Normas institucionais rígidas. |
| Alterações frequentes de regras e normas. |
| Falta de confiança, respeito e consideração entre os membros de uma equipa. |
| Comunicação ineficiente. |
| Impossibilidade de ascender na carreira, de melhorar a remuneração e de reconhecimento do seu trabalho. |
| O ambiente físico e os seus riscos (temperatura, iluminação, ruído, higiene, presença de tóxicos). |
| Outros fatores: acúmulo de tarefas por um mesmo indivíduo, convívio com colgas afetados pela síndrome. |

As características que são particulares a cada indivíduo, podem conduzir a um maior ou menor índice de *burnout* e estão listadas nas tabelas a seguir:

Tabela III: Fatores individuais associados a índices inferiores de *burnout* (1)

| Fator | Características |
|-------------------------------------|---|
| Personalidade resistente ao stress. | Envolvem-se e acreditam ter o domínio da situação; encaram as situações adversas como oportunidade de aprendizagem; são otimistas. |
| Locus de controle interno | Responsabilizam-se pelos sucessos de sua própria vida, sendo estes encarados como consequentes às suas habilidades e seus esforços. |
| Autoconfiança e autoeficácia | |

Tabela IV: Fatores individuais associados a índices superiores de *burnout* (1)

| Fator | Características |
|----------------------------------|---|
| Personalidade | Indivíduos competitivos, esforçados, impacientes, com necessidade de controle das situações, dificuldade em tolerar a frustração. |
| Superenvolvimento | Sujeitos empáticos, sensíveis, humanos, dedicados, altruístas, obsessivos, entusiastas. |
| Indivíduos pessimistas | Preveem o insucesso, sofrendo por antecipação. |
| Indivíduos perfeccionistas | Exigentes consigo e com os outros, não toleram erros e dificilmente se satisfazem com os resultados: |
| Idealismo em relação à profissão | Indivíduos com grande expectativa |
| Indivíduos controladores | Preocupam-se muito, têm dificuldade em delegar tarefas e em trabalhar em grupo. |
| Indivíduos passivos | Mantêm-se na defensiva e tendem a evitar as dificuldades. |
| Género | As mulheres apresentam maior pontuação em exaustão emocional; e os homens, em despersonalização. |

| | |
|-------------------|--|
| Nível educacional | Indivíduos com nível mais elevado. |
| Estado civil | Maior risco em solteiros, viúvos ou divorciados. |

Os fatores relacionados com o trabalho encontram na Tabela V:

Tabela V: Fatores laborais associados a índices superiores de *burnout* (1)

| Fator | Características |
|--|--|
| Sobrecarga | Quantidade excessiva de demandas que ultrapassam a capacidade de desempenho. Propicia o aparecimento de exaustão emocional. |
| Baixa participação nas decisões sobre mudanças organizacionais | Provoca pouca satisfação do trabalhador pelo seu trabalho. |
| Expectativas profissionais | Discrepâncias entre as suas expectativas de desenvolvimento profissional e a realidade. |
| Sentimentos de injustiça | Em relação à carga de trabalho, salários, progressões na carreira. |
| Trabalho por turnos ou noturno | Mais propensos: os que precisam efetuar mudanças a cada 2 ou 3 dias, alternando do período diurno para o noturno e vice-versa. |
| Relacionamentos conflituosos | Provocam pensamentos de não poder contar com ninguém; sentem-se desamparados, carentes de orientação, desrespeitados. |
| Tipo de ocupação | É maior em relação aos cuidadores em geral. |
| Responsabilidade sobre a vida de outrem | Exemplos: cuidadores de deficientes mentais, Aids, Alzheimer. |
| Conflitos de papel | Embate entre as expectativas do trabalhador sobre seu desempenho num determinado cargo. |
| Ambiguidade de papel | Normas, direitos e objetivos pouco claros por parte da organização. |

Os fatores sociais relacionados com o surgimento do burnout, estão listados na tabela VI:

Tabela VI: Fatores sociais associados a índices superiores de *burnout* (1)

| Fator | Características |
|------------------------------------|---|
| Falta de suporte social e familiar | Impede o indivíduo de contar com amigos de confiança e familiares. |
| Prestígio social vs baixo salário | O indivíduo tem vários empregos para manter o seu estatuto social. Surge sobrecarga de trabalho e pouco tempo para lazer. |
| Valores e normas culturais | Podem incrementar ou não o impacto dos agentes stressores. |

Já a OIT salienta a influência dos fatores psicossociais. Entende-se como fatores psicossociais aquelas características inerentes às condições e organização do trabalho que afetam a saúde dos indivíduos. Eles resultam da interação entre o indivíduo, as suas

condições de vida e as suas condições de trabalho e são os seguintes: sobrecarga horária, sobrecarga de trabalho mental e físico, monotonia, falta de *empowerment*, assédio moral e violência, insegurança no emprego, stress (individual e no trabalho). (31)

Os fatores como a idade, o género, anos de exercício profissional, conflitos interpessoais, treino e baixa participação nas tomadas de decisão, estão fortemente associadas com a o *burnout* nos profissionais de saúde que trabalham em ambiente hospitalar, pois a exposição a estes stressores ocupacionais estão exacerbados pela natureza desta instituição.(5)

A somar aos citados, alguns investigadores conseguiram também isolar possíveis fatores de risco que desencadeiam SB na população médica, como: ser jovem, ter filhos, trabalhar mais de 60 horas numa semana, receber muitas chamadas irregulares e aumento da carga de trabalho.(11)

8. Consequências do *burnout* nos Serviços de Saúde

Como foi referido anteriormente, o impacto da exposição a riscos psicossociais, pode ser expresso de várias maneiras, como através do comprometimento do funcionamento saudável a nível orgânico, emocional, cognitivo, social ou comportamental.(32)

A OPP(13) alerta para o fato de o *burnout* acarretar consequências negativas, não só a nível profissional, demonstradas pela perda de produtividade ou diminuição do compromisso com o trabalho, mas também para o grande impacto negativo na vida pessoal, que se manifesta pela influência no nosso bem-estar, nas nossas relações sociais e até na vida familiar.

Todos estes pressupostos poderão traduzir-se num declínio em vários domínios da qualidade de vida. Em virtude disso, as instituições sofrem perdas significativas devido ao elevado absentismo, bem como pelo elevado presentismo, que compromete a qualidade do serviço prestado.(5)

Assim, são múltiplas as consequências que derivam da SB, tanto a nível organizacional, como pessoal, havendo um maior risco de sofrer de doenças psiquiátricas, maior facilidade para adição a drogas, absentismo profissional, dificuldades para trabalhar em grupo, alta mobilidade profissional entre postos de trabalho, diminuição do rendimento laboral, maior possibilidade de erros, alterações de memória e aprendizagem e, inclusive, transtornos de índole sexual.(25)

A OPP(13) refere que o *burnout* representa um risco não apenas para nós próprios, mas também para os nossos pares, visto ser “contagioso” no local de trabalho, pois a tensão psicológica, aliada à diminuição dos níveis de envolvimento, pode ser transferida para os outros elementos da equipa. Os seus custos económicos são elevados, tanto para os indivíduos (devido a perda de salário, gastos adicionais com consultas e tratamentos), quanto para as organizações (devido ao absentismo, erros, acidentes de trabalho e redução da produtividade). Estima-se que só em Portugal, o stress e o *burnout* custem às empresas 3,2 mil milhões de euros por ano.

De acordo com a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Trabalho, o stress no trabalho atinge mais de 40 milhões de trabalhadores a nível da União Europeia, o que representa custos que ascendem aos €20 milhões. (13)

A proteção dos profissionais de saúde deve ser a prioridade e os decisores devem elaborar políticas de gestão baseadas em evidência.(33)

9. Impacto da COVID19 no desempenho dos profissionais de saúde

Desde o aparecimento do novo coronavírus na China, inúmeros estudos têm analisado o impacto emocional desta pandemia nos profissionais de saúde, alertando para as consequências a nível da sua saúde mental e para o aumento do *burnout*, ansiedade, depressão e até do suicídio. A COVID19 apresenta características compatíveis com uma situação de stress agudo e intenso, que ameaça a sobrevivência da pessoa ou de alguém significativo. Isto ocorre devido à sua imprevisibilidade, e exigiu muito da capacidade de adaptação de todos, a nível profissional, social e familiar. Pelo referido, esta pandemia parece ser um fator de stress pós-traumático, cujo efeito manifesta-se passados meses, tanto a nível da população em geral, como nos profissionais de saúde. Vários estudos revelaram que o stress pós-traumático favorece o desenvolvimento do *burnout*, sobretudo nos profissionais da linha da frente que cuidam de doentes críticos.(28)

Esta pandemia intensificou o ritmo de trabalho em diversas áreas, como na área da saúde, a nível das forças de segurança, dos distribuidores e cadeias de alimentação, mudou contextos de trabalho e conduziu ao confinamento forçado, potenciando deste modo o stress no trabalho e na vida pessoal com subsequente surgimento de *burnout*.(28)

Em Portugal, os profissionais do SNS trabalharam mais de 1,163 milhões de horas extraordinárias nos primeiros meses de 2020, representando um aumento de 17% em relação ao mesmo período do ano passado.(13)

Assistiu-se a uma profunda alteração do contexto laboral, que criou novas exigências e forçou a adaptações bruscas e imprevistas. Se, pelos estudos levados a cabo anteriormente a esta pandemia, já se podia afirmar que o *burnout* estava em ascensão, verificamos agora por estudos recentes, que o impacto psicológico da COVID19, veio prejudicar ainda mais a saúde mental de todos, fez disparar os níveis de stress, ansiedade e depressão, estando estas desordens do humor intimamente relacionadas com o *burnout*.(28)

Os profissionais de saúde depararam-se com um aumento do número de doentes ao seu cuidado e com a necessidade de enfrentar uma doença altamente contagiosa, com consequências graves, num contexto de grande incerteza e poucas evidências científicas que pudessem ajudar na tomada de decisão. A escassez de recursos, a necessidade de confortar emocionalmente os doentes, mantendo as medidas de segurança, a necessidade de comunicar agravamento de quadros clínicos, bem como a necessidade de se afastar da família, foram fatores que agravaram os sentimentos já vivenciados .(13)

O real conhecimento do impacto da COVID19 nos profissionais de saúde ainda é incipiente. Contudo, alguns dados sobre possíveis consequências na saúde mental durante surtos de infecção anteriores, podem ser obtidos de estudos conduzidos em contextos dessas pandemias, como a SARS em 2003 e a MERS em 2012. Estes estudos indicam, por exemplo, que os médicos experienciaram desordens psicológicas adversas como ansiedade, medo, e estigmatização durante e após estas pandemias. (33)

Os profissionais de saúde, não só estão sujeitos a um elevado risco de infecção, como também a uma elevada carga de stress mental, especialmente aqueles que trabalham diretamente com pessoas infetadas, ou suspeitas de estarem infetados. Deste modo, os profissionais, que têm contacto direto com doentes com COVID19, revelam mais sintomas do que os colegas que não têm esse contacto. A pandemia de COVID19 conduziu a um aumento acentuado de admissões nos hospitais, com um forte impacto na carga de trabalho dos profissionais de saúde. Anteriormente a esta situação pandémica, estes profissionais já eram considerados como um dos grupos profissionais mais expostos aos riscos psicossociais. A pandemia exacerbou os riscos pré-existentes e despoletou novos riscos, nomeadamente o risco de exposição ao vírus, aumento da carga de trabalho, aumento do grau de gravidade do estado clínico dos utentes, necessidade de tomada de decisões críticas, stress psicológico, fadiga, e alta preocupação de que os próprios profissionais possam ser potenciais vetores da transmissão da doença aos seus familiares. A exposição a estes fatores pode comprometer o processo de cuidar, bem como dificultar os profissionais no estabelecimento de uma adequada relação terapêutica.(33)

O impacto da pandemia nestes profissionais foi enorme, e está relacionado, não só com o aumento da carga de trabalho, mas também com o fato de trabalharem com protocolos novos e em constante mudança, equipamento de proteção individual limitado, tratar de utentes em estado crítico e que rapidamente deterioram o seu estado clínico, bem como tratar de colegas que também foram infetados. (33)

Durante pandemias como a de COVID19, os profissionais da linha da frente podem enfrentar níveis elevados de stress que são resultado da necessidade de medidas rígidas de prevenção e controle da infecção, como por exemplo, a tensão física provocada pelo EPI pesado, o isolamento físico, etc.(34)

A OIT refere que os riscos devido ao uso de EPI, podem-se traduzir em marcas físicas na face, calor e desidratação. A utilização de EPI que cobre todo o corpo, ou a maior parte dele, pode reter o calor e a transpiração, limitando o mecanismo de proteção do corpo no que respeita ao arrefecimento por evaporação. O stress por calor pode resultar em doenças

ocupacionais e aumentar o risco de lesões nos trabalhadores. A sua utilização prolongada pode também acelerar a fadiga, o esgotamento e a desidratação, devido ao aumento da sudorese. Além disso, os EPI levam a um distanciamento físico e psicológico dos colegas de trabalho e dos doentes, criando sentimentos de isolamento.(34)

Muitos trabalhadores, a somar às grandes exigências laborais durante a pandemia por COVID19, têm ainda a responsabilidade de organizar a sua vida familiar e cuidar dos seus dependentes, nomeadamente filhos, membros idosos da família ou familiares com incapacidades. Além disso, a restrição da vida pública, que visa limitar o contágio, tem um grave impacto na vida social das pessoas. Todos estes elementos contribuem para a deterioração do equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal, com efeitos negativos na saúde mental dos trabalhadores.(35)

Mais do que nunca, a saúde ocupacional deverá ter um papel ativo na prevenção e promoção da saúde mental no local de trabalho e na segurança dos trabalhadores, pois só assim se poderá prevenir o sofrimento e favorecer o bem-estar no local de trabalho.(28)

Capítulo 2 – Metodologia

Segundo Cervo e Bervian (1999, pág. 27), entende-se por método “(...) o conjunto de processos empregados na investigação e na demonstração da verdade.”. O método depende, fundamentalmente, do objeto de investigação.(36)

Após a definição da problemática da presente investigação foi necessário proceder à escolha do método e, posteriormente, à seleção das técnicas de recolha de dados, uma vez que são elas que vão dar seguimento à investigação e responder aos objetivos delimitados.

1. Caracterização do estudo

Este trabalho corresponde a uma revisão sistemática de literatura, pois visa responder a uma questão de investigação bem definida, resumindo os resultados de todos os estudos originais encontrados num tema específico, sendo considerada como evidência de alta qualidade. Assim, é importante que a estratégia de pesquisa seja rigorosamente desenvolvida, com alta sensibilidade para encontrar todos os potenciais artigos importantes e efetuar essa pesquisa em várias bases de dados e em outros recursos.(37)

Esta modalidade de pesquisa segue protocolos específicos e está focada no seu caráter de reprodutibilidade por outros pesquisadores, pois apresenta de forma explícita as bases de dados bibliográficos que foram consultadas, as estratégias de busca empregadas em cada base, o processo de seleção dos artigos científicos, os critérios de inclusão e exclusão dos mesmos e o seu respetivo processo de análise.(38)

Este trabalho corresponde a uma revisão qualitativa, visto que transforma os resultados dos estudos qualitativos, estudos quantitativos e estudos que empregam métodos mistos, em achados qualitativos (como por exemplo temas). Este tipo de revisão é aplicável quando os estudos analisados têm amostras pequenas e estão voltados para o desenvolvimento e revisão de um quadro conceptual. A análise temática (podendo o tema ser uma categoria, um código ou um padrão) permite descrever, organizar observações e interpretar aspetos de um fenómeno.(38)

2. Objetivos e Questão de Investigação

O presente trabalho pretendeu clarificar como a literatura aborda o *burnout* nos profissionais de saúde de contexto hospitalar, que trabalham diretamente com doentes positivos para a COVID19, em virtude da relevância do tema para a atualidade. Além disso, procurou identificar as causas da síndrome e os fatores de risco, bem como discutir suas consequências e analisar as suas repercussões na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores, na organização e na sociedade.

Este trabalho teve como objetivos aprofundar os conhecimentos sobre o *burnout*, apresentar a sua definição, identificar os fatores causadores e discutir as suas repercussões na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores, organização e sociedade.

Tendo em conta estes objetivos, surge a pergunta de pesquisa desta RSL, que foi elaborada tendo por base o acrónimo PICOS, conforme demonstrado no seguinte quadro:

Tabela VII: Descrição dos Critérios da Pesquisa tendo por base o acrónimo PICOS

| Critério | Descrição |
|---------------------|---|
| <i>Population</i> | Profissionais de saúde de contexto hospitalar. |
| <i>Intervention</i> | Trabalhar na linha da frente durante a pandemia de COVID19. |
| <i>Comparison</i> | Sem comparador. |
| <i>Outcome</i> | Burnout. |
| <i>Study type</i> | Ensaio clínico, estudos observacionais, meta-análises, revisões sistemáticas. |

Desta forma, tendo em conta o acrónimo PICOS, foi elaborada a seguinte questão de investigação:

“Quais os fatores que potenciam o Burnout dos profissionais de saúde que trabalham na linha da frente, em contexto hospitalar, durante a pandemia de COVID19?”

3. Critérios de seleção dos estudos

Para a realização da presente RSL, foram definidos critérios de inclusão e critérios de exclusão dos trabalhos recuperados após a busca de artigos nas bases de dados.

Os Critérios de Inclusão (CI) dos estudos recuperados são apresentados na tabela seguinte:

Tabela VIII: Critérios de Inclusão

| Critério | Descrição do Critério de Inclusão |
|-----------------|---|
| CI1 | Artigos em que os participantes sejam profissionais de saúde de contexto hospitalar. |
| CI2 | Artigos em que a exposição seja trabalhar na linha da frente no contexto da pandemia por COVID19. |
| CI3 | Artigos cujo desfecho seja o burnout. |
| CI4 | Artigos disponíveis integralmente nas bases de dados científicas pesquisadas. |
| CI5 | Artigos escritos em Inglês, Português ou Espanhol. |
| CI6 | Artigos primários e artigos de revisão. |

Os Critérios de Exclusão (CE) dos estudos recuperados são apresentados na seguinte tabela:

Tabela IX: Critérios de Exclusão

| Critério | Descrição do Critério de Exclusão |
|-----------------|--|
| CE1 | Artigos que não tenham sido escritos em Inglês, Português ou Espanhol. |
| CE2 | Artigos que não apresentem resumo/abstract. |
| CE3 | Artigos com colheitas de dados anteriores a 1 de dezembro de 2019. |
| CE4 | Cartas editoriais e artigos de opinião. |
| CE5 | Artigos duplicados. |
| CE6 | Artigos que não mencionem os fatores de risco de burnout. |

4. Estratégia de pesquisa

O processo de pesquisa foi realizado e documentado tendo em linha de conta as guidelines da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA), tendo a pesquisa sido realizada no dia 22 de março de 2021.

As seguintes bases de dados utilizadas nesta RSL foram:

- *PubMed* – <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- *LILACS* - <http://pesquisa.bvsalud.org/>
- *MEDLINE* - <http://pesquisa.bvsalud.org/>

Foi também realizada pesquisa de literatura cinzenta para obtenção de informação qualitativa, obtida através de sites da internet, documentos de organizações governamentais, trabalhos e resumos de conferências, materiais de sociedades médicas/websites, ensaios clínicos em progresso e dissertações, bem como artigos obtidos através do Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal “RCAPP” (<https://www.rcaap.pt>).

Palavras-chave que compõem a questão da investigação, elaborada pela estratégia PICO, foram identificadas e utilizadas para pesquisar a literatura, incluindo assim, os termos “profissionais de saúde”, “burnout” e “COVID19”. Sinónimos e alternativas para essas palavras-chave foram identificados através dos descritores MeSH (*Medical Subject Headings*) e foram utilizados na busca na literatura.

Tabela X: Descritores MeSH identificados para cada palavra-chave

| Palavras-chave | Descritores MeSH | |
|------------------------|--|--|
| Profissionais de Saúde | Personnel, Health Health Care Providers Health Care Provider Provider, Health Care Healthcare Providers Healthcare Provider | Provider, Healthcare Healthcare Workers Healthcare Worker Health Care Professionals Health Care Professional Professional, Health Care |
| Médico | Physician | |
| Enfermeiro | Nurse Personnel, Nursing Nursing Personnel Registered Nurses | Nurse, Registered Nurses, Registered Registered Nurse |
| COVID19 | COVID 19 COVID-19 Virus Disease COVID 19 Virus Disease COVID-19 Virus Diseases Disease, COVID-19 Virus Virus Disease, COVID-19 COVID-19 Virus Infection COVID 19 Virus Infection COVID-19 Virus Infections | 2019 Novel Coronavirus Infection 2019-nCoV Disease 2019 nCoV Disease 2019-nCoV Diseases Disease, 2019-nCoV COVID19 Coronavirus Disease 2019 Disease 2019, Coronavirus SARS Coronavirus 2 Infection |

| | | |
|----------------------|--|--|
| | Infection, COVID-19 Virus Virus Infection, COVID-19 2019-nCoV Infection 2019 nCoV Infection 2019-nCoV Infections Infection, 2019-nCoV Coronavirus Disease-19 Coronavirus Disease 19 2019 Novel Coronavirus Disease | SARS-CoV-2 Infection Infection, SARS-CoV-2 SARS CoV 2 Infection SARS-CoV-2 Infections COVID-19 Pandemic COVID 19 Pandemic COVID-19 Pandemics Pandemic, COVID-19 |
| Burnout Profissional | Professional Burnout Occupational Burnout Burnout, Occupational | Career Burnout Burnout, Career |
| Burnout Psicológico | Psychological Burnout Burn-out Syndrome Burn out Syndrome Burnout Burnout Syndrome | Burn-out Burn out Psychological Burn-out Burn-out, Psychological Psychological Burn out |

Foram utilizados operadores booleanos, para combinar os termos a serem pesquisados, para cada uma das três áreas principais. Os estudos apresentados em texto completo e acessível, e que respondiam aos restantes critérios de elegibilidade, foram incluídos se for considerado que respondem à pergunta da revisão.

Tabela XI: Resultados da pesquisa nas bases de dados consoante a conjugação booleana

| | <i>Pubmed</i> | <i>LILACS</i> | <i>MEDLINE</i> |
|--|---------------|---------------|----------------|
| Descritores | 22/03/2021 | 22/03/2021 | 22/03/2021 |
| “Personnel, Health” OR “Health Care Providers” OR “Health Care Provider” OR “Provider, Health Care” OR “Healthcare Providers” OR “Healthcare Provider” OR “Provider, Healthcare” OR “Healthcare Workers” OR “Healthcare Worker” OR “Health Care Professionals” OR “Health Care Professional” OR “Professional, Health Care” OR “Physician” OR “Nurse” OR “Personnel, Nursing” OR “Nursing Personnel” OR “Registered Nurses” OR “Nurse, Registered” OR “Nurses, Registered” OR “Registered Nurse” | 61.278 | 55.335 | 1.3715.66 |
| “COVID 19” OR “COVID-19 Virus Disease” OR “COVID 19 Virus Disease” OR “COVID-19 Virus Diseases” OR “Disease, COVID-19 Virus” OR “Virus Disease, COVID-19” OR “COVID-19 Virus Infection” OR “COVID 19 Virus Infection” OR “COVID-19 Virus Infections” OR “Infection, COVID-19 Virus” OR “Virus Infection, COVID-19” OR “2019-nCoV Infection” OR “2019 nCoV Infection” OR “2019-nCoV Infections” OR “Infection, 2019-nCoV” OR “Coronavirus Disease-19” OR “Coronavirus Disease 19” OR “2019 Novel Coronavirus Disease” OR “2019 Novel Coronavirus Infection” OR “2019-nCoV Disease” OR “2019 nCoV Disease” OR “2019-nCoV Diseases” OR “Disease, 2019-nCoV” OR “COVID19” OR “Coronavirus Disease 2019” OR “Disease 2019, Coronavirus” OR “SARS Coronavirus 2 Infection” OR “SARS-CoV-2 Infection” OR “Infection, SARS-CoV-2” OR “SARS CoV 2 Infection” OR “SARS-CoV-2 Infections” OR “COVID-19 Pandemic” OR “COVID 19 Pandemic” OR “COVID-19 Pandemics” OR “Pandemic, COVID-19” | 84.917 | 20.068 | 70.9741 |

| | | | |
|--|------------|-------|--------|
| “Professional Burnout” OR “Occupational Burnout” OR “Burnout, Occupational” OR “Career Burnout” OR “Burnout, Career” OR “Psychological Burnout” OR “Burn-out Syndrome” OR “Burn out Syndrome” OR “Burnout” OR “Burnout Syndrome” OR “Burn-out” OR “Burn out” OR “Psycho logical Burn-out” OR “Burn-out, Psychological” OR “Psychological Burn out” | 1.590 | 1.993 | 22.141 |
| Pesquisa combinada e com filtros de acordo com os CE | 40 | 4 | 194 |
| Total de artigos | 238 | | |

Após a realização da pesquisa nas bases de dados e com os filtros adequados, no sentido de dar resposta aos critérios de inclusão e de exclusão, obteve-se um total de 238 artigos devolvidos pela pesquisa.

5. Seleção dos Estudos e Recolha dos dados

Depois de realizada a pesquisa nas bases de dados científicas, e de terem sido encontrados 238 artigos na totalidade, foram removidos os duplicados através da aplicação *Endnote*, que permitiu identificar 22 artigos repetidos. Seguidamente, foi realizada triagem dos títulos e dos resumos dos remanescentes, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, sendo rejeitados aqueles que não corresponderam a esses critérios. Seguiu-se a avaliação dos textos completos, verificando se respondiam aos critérios de elegibilidade. Neste segundo passo, foram analisados os critérios de inclusão, exclusão e qualidade novamente, obtendo a lista completa dos estudos. Foi elaborado um fluxograma, apresentado de seguida, que demonstra o número total de referências devolvidas pela busca, os artigos remanescentes e os excluídos em cada etapa. A pesquisa, os dados dos artigos e o processo de seleção foram registados numa folha de *Excel*, para facilitar a gestão dos mesmos e evitar perda de informação. Já as referências bibliográficas foram geridas através da aplicação *Mendeley*.

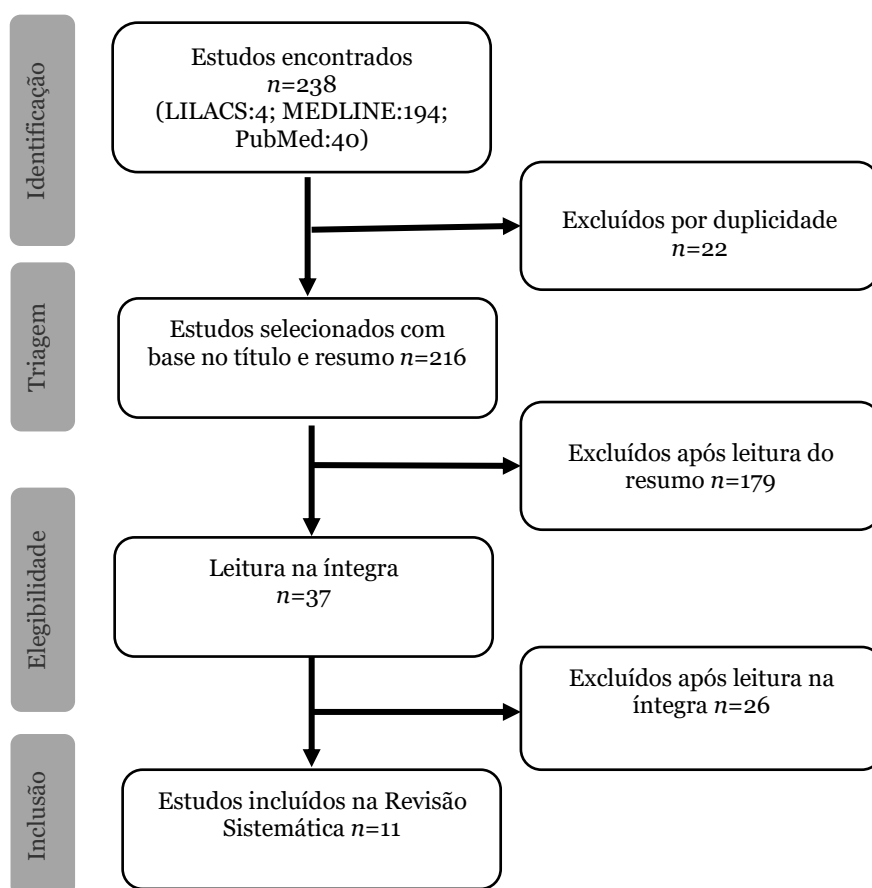


Figura I: Fluxograma do processo de busca, exclusão e inclusão dos estudos

Os motivos para a exclusão dos 26 artigos após a sua leitura integral foram os seguintes:

- 3 artigos excluídos porque analisavam dados de doutros artigos primários já incluídos nesta busca;
- 1 artigo excluído por não se ter acesso ao texto na íntegra;
- 2 artigos excluídos porque os participantes não eram profissionais de saúde;
- 2 artigos excluídos porque apesar de terem sido publicados após dezembro de 2020, a colheita de dados tinha sido realizada antes desta data;
- 5 artigos excluídos por estudarem outros outcomes;
- 7 artigos excluídos porque apenas uma pequena amostra dos participantes eram profissionais de saúde da linha da frente e não faziam tratamento diferenciado dos dados;
- 6 artigos excluídos porque não é claro se os profissionais de saúde trabalham na linha da frente.

Após identificação dos artigos a incluir na síntese qualitativa, foi realizada uma análise aprofundada dos 11 artigos com o objetivo de identificar e categorizar os dados provenientes de cada um e extrair os seus principais resultados. Os dados foram recolhidos para uma folha *Excel* onde foram registados:

- Informação Geral: nome do primeiro autor, ano de publicação e país de origem.
- Características do estudo: tipo de estudo, objetivos do estudo, data da colheita dos dados, participantes.
- Características dos participantes: idade, profissão, género, estado civil, existência de filhos ou outros dependentes.
- Principais resultados.

Capítulo 3 – Apresentação e Discussão dos Resultados

A fim de se conseguir responder à questão de investigação inicialmente colocada, foi necessário processar e analisar de modo coerente e ordenado os dados recolhidos, a fim de identificar padrões e relações entre eles. Foram organizados por categorias, com base no enquadramento teórico, permitindo assim identificar quais os fatores que potenciam o burnout dos profissionais de saúde que trabalham na linha da frente durante a pandemia de COVID19.

1. Identificação dos estudos

Da análise dos estudos foi realizada a extração dos seguintes dados de identificação dos mesmos:

Tabela XII: Identificação dos estudos

| Autor/Ano/País | Tipo de estudo | Objetivo | Participantes (n ou %) |
|--|---|---|--|
| Algunmeeyn et al.(39), 2020/Jordânia | Qualitativo; entrevistas semiestruturadas | Compreender os fatores que influenciam o burnout dos farmacêuticos, médicos e enfermeiros durante a pandemia por COVID19. | 30 (10 médicos, 10 enfermeiros, 10 farmacêuticos) |
| Azoulay et al.(40), 2020/ 85 países | Transversal | Documentar a prevalência de <i>outcomes</i> da saúde mental dos intensivistas que enfrentam a pandemia por COVID19. | 1001 (Médicos UCI) |
| Dimitriu et al.(41), 2020/ Roménia | Transversal | Comparar a frequência de <i>burnout</i> entre médicos que trabalham na linha da frente e os que trabalham em enfermarias normais. | 100 (50 médicos de serviços de linha da frente e 50 médicos de outros serviços) |
| Hoseinabadi et al.(42), 2020/ Irão | Transversal | Avaliar o nível de <i>burnout</i> durante a pandemia por COVID19 e identificar os fatores de risco entre enfermeiras da linha de frente e enfermeiras de outras enfermarias. | 245 (151 enfermeiros expostos a doentes com COVID19 e 94 não expostos a doentes com COVID19) |
| Kackin et al.(43), 2020/Turquia | Fenomenológico | Revelar as experiências e problemas psicossociais de enfermeiras que trabalham com doentes com COVID19 e compreender os seus sentimentos, pensamentos e perspetivas. | 10 (enfermeiros) |
| Lasalvia et al.(44), 2021/Itália | Observacional e longitudinal | Determinar os níveis de <i>burnout</i> e fatores associados entre profissionais de saúde, durante a pandemia por COVID19. | 1961 (31,7% médicos, 35,0% enfermeiros, 9,5% administrativos, 23,8% outros) |
| Macía-Rodríguez et al.(45), 2020/Espanha | Observacional, transversal e descritivo | Avaliar o impacto da pandemia por COVID19 na saúde mental e no <i>burnout</i> de médicos internistas. | 1015 (Médicos internistas) |
| Matsuo et al.(46), 2020/Japão | Transversal | Avaliar a prevalência de burnout entre os profissionais de saúde da linha da frente. | 312 (26,3% médicos, 40,4% enfermeiros, 20,2% técnicos de laboratório, 7,1% técnicos de radiologia, 6,1% farmacêuticos) |
| Sharma et al.(47), 2020/EUA | Observacional e transversal | Avaliar o impacto da doença COVID-19 nas perceções dos profissionais de saúde de unidades de cuidados intensivos sobre a disponibilidade de recursos e avaliar os fatores de stresse emocional/esgotamento. | 1651 (47% enfermeiros, 25% médicos, 17% fisioterapeutas respiratórios, 11% APPs) |

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| Wu et al.(48), 2020/China | Transversal e longitudinal retrospectivo | Comparar a frequência de burnout entre médicos e enfermeiros da linha da frente e médicos e enfermeiros de outras enfermarias. | 190 (Linha da frente: 55 enfermeiros, 41 médicos. Outras enfermarias: 61 enfermeiros, 33 médicos) |
| Zerbini et al.(49), 2020/Alemanha | Transversal | Avaliar se os profissionais de saúde que trabalham em áreas de doentes COVID experimentam níveis de stress psicossocial mais elevado do que os que trabalham em enfermarias normais e avaliar se diferentes profissionais (médicos vs enfermeiros) são afetados de forma diferente pela pandemia. | 110 (75 enfermeiros: 45 da área doentes COVID vs 30 enfermarias normais; e 35 médicos: 17 da área de doentes COVID vs 18 enfermarias normais) |

Da totalidade dos 11 estudos analisados todos eram de 2020, há exceção de um, Lasalvia et al.(44), que foi publicado já em 2021. São sobretudo estudos transversais, desenvolvidos em serviços hospitalares de linha da frente de hospitais de vários países, a maioria deles da Europa e Ásia: Espanha, Itália, Alemanha, Roménia, China, Japão, Jordânia, Roménia, Irão e Estados Unidos. O estudo realizado por Azoulay et al.(40), envolveu médicos de 85 países, a maioria deles da Europa (78,4%). Foram considerados serviços de linha da frente os serviços de emergência, radiologia, departamento de medicina intensiva e cuidados intermédios e serviços de medicina de doentes com COVID19.

Verificou-se a predominância de estudos direcionados para indivíduos que necessitam de formação formal para atuar na instituição hospitalar, e menos estudos que englobassem outros profissionais menos diferenciados, como por exemplo assistentes operacionais. Apenas um estudo, Lasalvia et al.(44), incluiu 9,5% de administrativos e 23,8% de outros profissionais na sua amostra, não fazendo identificação das suas profissões. Desta forma, os resultados demonstram que os fatores de burnout no ambiente hospitalar, evidenciados à luz da atual pandemia, são analisados predominantemente sob a perspetiva dos profissionais de medicina e de enfermagem.

2. Características sociodemográficas dos participantes que trabalham na linha da frente

Das amostras estudadas pelos diversos autores, a maioria delas era predominantemente constituída por profissionais de saúde do sexo feminino, com um ratio médio de cerca de 1:3 (M: F): Kackin et al. (43), Lasalvia et al. (44), Macía-Rodríguez et al. (45), Matsuo et al. (46), Sharma et al. (47), 2020 e Wu et al. (48). O estudo realizado por Hoseinabadi et al. (42) tem uma amostra mais homogénea no que se refere ao género dos participantes, com 45,7% do sexo feminino e 54,3% do sexo masculino. Por outro lado, nos estudos de Algunmeeyn et al. (39), Azoulay et al. (40), e Dimitriu et al. (41), é o sexo masculino que predomina na composição da amostra.

A variação idade dos participantes vai desde uma média de 27,86 anos, evidenciada no estudo de Dimitriu et al. (41), até aos 55 anos, observada no estudo de Lasalvia et al. (44), em que 50% da amostra tem entre 36 e 55 anos de idade. Relacionada com esta variável encontramos os anos de experiência profissional que, por norma, será tanto maior quanto maior a idade dos participantes. Dos 11 estudos, apenas Algunmeeyn et al.(39), Hoseinabadi et al. (42), Lasalvia et al. (44), Matsuo et al. (46) e Sharma et al. (47) recolheram dados sobre a experiência profissional. O estudo de Lasalvia et al. (44), tem uma forte representatividade dos extremos (pouca ou muita) no que se refere aos anos de experiência profissional, já que 30,5% dos participantes tem menos de 6 anos de experiência e 39,1% tem mais de 20 anos de experiência profissional.

A maioria dos estudos não disponibiliza dados em relação ao estado civil nem ao número de filhos dos participantes, mas naqueles que o fazem verifica-se que a maioria são casados, à exceção do estudo de Kackin et al.(43), em que 80% são solteiros. Em relação ao número de filhos, a maioria dos participantes não tem filhos. \bar{x}

Tabela XIII: Características sociodemográficas dos participantes que trabalham na linha da frente

| Autor/Ano | Género | | Idade (\bar{x}) | Estado civil/Com quem vive | Filhos | Experiência Profissional |
|-------------------------------|------------------|-------|------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| | F | M | | | | |
| Algunmeeyn et al.(39), 2020 | 23,3% | 76,7% | 37,5 A | ND | ND | \bar{x} = 14,8 A |
| Azoulay et al. (40), 2020 | 34,2% | 65,8% | 45 A | Solteiro: 17% | Filhos: 2 (0-2) | ND |
| Dimitriu et al. (41), 2020 | Ratio (M:F) 1,38 | | 27,86 A | ND | ND | ND |
| Hoseinabadi et al. (42), 2020 | 45,7% | 54,3% | 31,9 A | Sozinho: 31,1% | ND | \bar{x} = 6,93 A |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-------|-------|------------------|---|----------------------|-----------------------------------|
| Kackin et al.(43), 2020 | 80% | 20% | 29,7 A | Solteiro: 80% | Com filhos: 20% | ND |
| Lasalvia et al. (44), 2021 | 74,8% | 25,2% | 36-55 A (50%) | Sozinho: 16,5% | ND | <6 anos: 30,5% >20 anos: 39,1% |
| Macía-Rodríguez et al. (45), 2020 | 62,9% | 37,1% | 37 A | Solteiro: 22,9% | Com filhos: 47,1% | ND |
| Matsuo et al. (46), 2020 | 71,5% | 28,5% | 30,5 A | ND | Com filhos: 19% | \bar{x} = 7 A |
| Sharma et al. (47), 2020 | 74% | 26% | ND | ND | ND | \bar{x} = 11,4 A |
| Wu et al. (48), 2020 | 72% | 28% | 33 A | 33% solteiros, divorciados ou separados | ND | ND |
| Zerbini G, et al.(49), 2020 | ND | ND | ND | ND | ND | ND |

Legenda: ND – dados não disponíveis A – anos \bar{x} – média

3. Principais resultados

No sentido de realizar a análise do conteúdo, foi feita uma pré-análise da informação através da leitura dos estudos e duma sistematização de ideias e dos principais resultados de cada estudo, que possibilitou a elaboração da Tabela XIV.

Tabela XIV: Principais resultados de cada estudo

| Estudo | Principais Resultados |
|----------------------------------|--|
| Algunmeeyn et al.(39), 2020 | O stress no trabalho foi o fator principal para o burnout dos profissionais de saúde. A natureza altamente infecciosa da doença contribuiu para o aumento da frequência de burnout. A falta de adequação de recursos (equipamento de proteção individual, acesso rápido à saúde ocupacional, acesso a testes em caso de sintomatologia) e a falta de adequação de pessoal foi reconhecido como outro fator de influência para o aumento de burnout. O medo da infeção é também um fator relacionado com o burnout, visto que os profissionais de saúde receiam infetar-se e receiam infetar os seus familiares. |
| Azoulay et al.(40), 2020 | A prevalência de burnout severo foi de 51,8%, avaliada pelo MBI. Destes, a maioria eram fumadores e tomavam ansiolíticos. Revelaram-se como fatores associados ao burnout severo, a idade, o género e a perceção do médico sobre as relações no seu local de trabalho, o clima ético e o envolvimento na tomada de decisão. |
| Dimitriu et al.(41), 2020 | Através do MBI verificou-se nos 100 médicos, com máximo de 35 anos de idade, 76% apresentava burnout. Contudo, a maior prevalência de burnout ocorreu no grupo que trabalhava nas enfermarias normais (86%) e não no grupo de médicos que trabalhava na linha da frente (66%). |
| Hoseinabadi et al.(42), 2020 | Foram identificados (pelo OBI) níveis mais elevados de burnout no grupo de enfermeiros da linha da frente, em comparação com o grupo de enfermeiros dos outros serviços. Fatores identificados: estatuto profissional, experiência de trabalho em cuidar de doentes com COVID, recursos hospitalares, stress no local de trabalho, falta de apoio da família e amigos e aumento da carga horaria de trabalho. |
| Kackin et al.(43), 2020 | Fatores identificados: a obrigação de tomar decisões em situações de dilemas éticos, o elevado risco de infeção, as constantes mudanças nas rotinas de serviço, passar a maior parte do tempo no hospital, falta de justiça na distribuição do trabalho, alteração do seu posto de trabalho, dificuldade em trabalhar com novos colegas, aumento das medidas de higiene e segurança, assistir à degradação progressiva de muitos doentes, ter que sair do seu ambiente social habitual devido ao estigma da sociedade e pelo medo de transmitir a doença a outras pessoas (50% estavam fora de casa durante a pandemia). |
| Lasalvia et al.(44), 2021 | Através do MBI verificou-se que 50% dos profissionais da linha da frente revelaram elevados níveis de exaustão emocional e baixa eficácia profissional, e 40% elevados níveis de cinismo. Risco mais elevado: nos profissionais que experienciaram isolamento interpessoal, ser mulher, viver sozinho, ter maior experiência profissional, mais conflitos entre os colegas de trabalho, maior carga de trabalho e ser solicitado para tarefas extra. |
| Macía-Rodríguez et al.(45), 2020 | Dos 1015 médicos internistas, 40.1% apresentava burnout, avaliado do MBI. Fatores de risco: falta de equipamento de proteção individual, aumento das responsabilidades no trabalho, não ter recebido a devida compensação financeira, não ter descansado o suficiente apos turnos de 24 horas, não ter tido ferias nos últimos 6 meses, consumo de ansiolíticos e aumento do consumo de álcool. |

| | |
|-----------------------------|---|
| Matsuo et al.(46), 2020 | Com a utilização do MBI verificou-se a existência de burnout em 31,4% dos participantes. Os enfermeiros eram o grupo de profissionais mais afetado (46,8%). Comparando os que apresentavam burnout e os que não apresentavam burnout, verificou-se no grupo com burnout: mais pessoas do sexo feminino (80,6%), menos dias de folga por mês, mais intenção de desistir do trabalho, maior ansiedade devido à não familiaridade com o EPI, menos horas de sono, mais jovens, menos anos de experiência profissional e sentiam uma maior necessidade de apreciação ou respeito. |
| Sharma et al.(47), 2020 | Existência de medo da transmissão de COVID19 para os seus familiares ou comunidade. Fatores de risco: a falta de EPI (56%), estigma da comunidade, fraca comunicação com os superiores hierárquicos, falta de intensivistas e de enfermeiros, bem como falta de vagas em UCI. O burnout foi mais incidente entre os enfermeiros do que nos médicos. |
| Wu et al.(48), 2020 | Com a utilização do MBI verificou-se que o burnout foi menos prevalente nos profissionais da linha da frente (13%), do que nos profissionais que trabalham nos outros serviços (39%). Os profissionais dos serviços não-COVID mostraram-se preocupados em se infetar ou infetar alguém da sua família. |
| Zerbini G, et al.(49), 2020 | Foi utilizado o MBI para avaliar os níveis de burnout. Sentir-se mais stressado no local de trabalho demonstrou estar relacionado com o burnout. Enfermeiras que trabalham na linha da frente revelaram níveis mais elevado de exaustão. As causas mais comuns para uma maior carga psicossocial foram: aumento da carga de trabalho, constantes mudanças na organização do trabalho em equipa, conflitos entre colegas, incerteza sobre o futuro, preocupação com a segurança dos seus familiares. |

Categorizaram-se os resultados com base nas amostras dos estudos, elaborando quatro categorias que se revelaram importantes para a interpretação dos resultados e para responder à questão de investigação colocada por esta revisão sistemática. Com base nos 11 artigos os resultados principais foram organizados em quatro categorias: fatores individuais, fatores relacionados com o trabalho, fatores organizacionais e fatores sociais.

Tabela XV: Organização dos estudos pelas categorias temáticas

| Categoria | Subcategoria | Estudos |
|-------------------------|--|------------------------------|
| Fatores Individuais | Género | (40), (44), (46) |
| | Idade | (40), (41), (46) |
| | Estado civil/com quem vive | (44) |
| | Experiência profissional | (44), (46) |
| | Comportamentos aditivos | (40), (45) |
| Fatores laborais | Sobrecarga de trabalho | (42), (43), (44), (45), (46) |
| | Relações interpessoais | (40), (43) (44), (49) |
| | Gravidade clínica dos doentes | (43) |
| | Tipo de ocupação | (41), (42), (47), (48), (49) |
| | <i>Stress</i> no trabalho | (39), (42), (49) |
| | Sentimentos de injustiça | (43) |
| | Expectativas | (46), (47), (49) |
| Fatores organizacionais | Falta de envolvimento na tomada de decisão | (40), (48) |
| | Mudanças organizacionais frequentes | (43), (49) |

| | | |
|-----------------|----------------------------------|---|
| | Comunicação ineficiente | (47) |
| | Falta de compensação | (45), (46) |
| | Ambiente físico e os seus riscos | (39), (42), (43), (45), (46), (47), (48), (49) |
| Fatores sociais | Isolamento da família | (43), (44) |
| | Estigma social | (43), (47) |
| | Falta de apoio da família/amigos | (42) |
| | Estatuto profissional | (42) |

No que se refere aos **fatores individuais**, e pelos dados já analisados anteriormente, podemos constatar que os participantes desta revisão sistemática, sujeitos a fatores potenciadores de *burnout* durante a pandemia por COVID19, são na sua maioria do sexo feminino, com uma média de idade de cerca de 35 anos, sem filhos, casados (ou coabitam com alguém) e com pouca experiência profissional na área. O consumo de ansiolíticos(40)(45), o aumento do consumo de álcool(45) e o facto de se ser fumador(40), foram também referenciados nestes estudos.

Em relação aos **fatores laborais**, o tipo de ocupação e a sobrecarga de trabalho mostraram ser os fatores mais mencionados. Hoseinabadi et al.(42) referem que os enfermeiros realizavam turnos de 12 horas durante uma semana e só descansavam na semana seguinte. No estudo de Kackin et al. (43) os enfermeiros referiam passar a maior parte do seu tempo no hospital, tal como no estudo de Macía-Rodríguez et al.(45), cujos profissionais apontaram o facto de não terem descansado o suficiente após turnos de 24 horas como fator de stress. Em Matsuo et al.(46) também foi evidenciada a existência de menos dias de folga por mês e menos tempo disponível para conseguir dormir e descansar.

Em relação ao tipo de ocupação, o estudo de Sharma et al.(47) mostrou que a incidência de *burnout* era superior nos enfermeiros em relação aos médicos. Esta diferença presente nas duas categorias profissionais poderá ser devida ao diferente nível de poder de decisão de cada uma e ao diferente reconhecimento que cada uma tem.

Hoseinabadi et al.(42) e Zerbini G, et al.(49) mostraram-nos nos seus estudos que os profissionais de linha da frente apresentavam níveis mais elevados de *burnout*, do que os profissionais de saúde que trabalhavam nos outros serviços. No entanto, os estudos elaborados por Dimitriu et al.(41) e Wu et al.(48), revelam o contrário. Os autores referem que este resultado provavelmente estaria relacionado com o facto de os profissionais de linha da frente terem mais conhecimentos sobre a doença, mais senso de controlo da

situação e mais reconhecimento social, fazendo com que conseguissem lidar melhor com a situação.

No que se refere às relações interpessoais no local de trabalho, a existência de relações conflituosas entre os colegas tem também uma forte influência no desenvolvimento de *burnout*(40)(44)(49), tal como a necessidade de ter que se trabalhar com um elevado número de colegas que não se conhece, para dar resposta ao grande número de doentes internados.(43) O sentimento de injustiça(43) na distribuição do trabalho pode ser mais um fator gerador de conflito e consequentemente de *burnout*.

Três estudos fazem referencia ao stress no trabalho(39)(42)(49) como fator de risco durante a pandemia. Esse stress poderá, em parte, estar relacionado com a gravidade clínica dos doentes(43), dada a existência de um grande número de óbitos, ou ainda com a sensação de incapacidade de conseguirem ajudar mais o doente.

O profissional de saúde espera que o hospital tenha a capacidade de o manter em segurança, mas por vezes estas expectativas são abaladas, quer pela falta de EPI(39)(45)(47) e pelo fornecimento de formação na sua correta utilização, quer pelo escasso acesso à saúde ocupacional(39) e a testes de despiste da doença(39), fazendo com que muitos profissionais sentissem o desejo de desistir do seu trabalho(46)(47), levando a um sentimento de incerteza sobre o seu futuro.(49)

Devido à natureza altamente infecciosa da doença, com uma elevada taxa de mortalidade, e por ainda não existir uma vacina ou tratamento eficaz no momento do decorrer dos estudos, muitos profissionais de saúde optaram por uma saída forçada da sua casa, no sentido de proteger os seus familiares. O isolamento da família(43)(44) devido ao medo de a infetarem(39)(48)(49), estão também ligados ao aparecimento de *burnout*. Devido ao contacto próximo e quase permanente com doentes com COVID19, apesar das medidas de desinfeção e proteção individual, foi também evidenciado, pelos profissionais, o medo de eles próprios serem infetados(39)(48) e o medo de infetarem os colegas de trabalho.(48)

No que respeita aos **fatores organizacionais** podemos referir que devido à necessidade de mobilidade de muitos profissionais de saúde dentro do próprio hospital e à reestruturação dos serviços que esta pandemia exigiu, torna-se fundamental uma comunicação eficiente. Devem existir descrições claras sobre as responsabilidades de cada, sobre as normas do serviço, sobre as medidas de controlo da infeção e da correta utilização dos EPIs, permitindo evitar conflitos no seio da equipa e favorecendo o sentimento de pertença. O não envolvimento dos profissionais de saúde(40)(48) em todo este processo de tomada de

decisão do funcionamento do serviço, torna-se um fator favorecedor do burnout. Aliado a isso, uma fraca comunicação(47) pode ser também um importante fator de risco. Pelo facto de durante a pandemia existirem mudanças frequentes nas normas e rotinas dos serviços(43)(49) a existência de uma comunicação eficaz torna-se fundamental porque pode melhorar o bem-estar dos profissionais de saúde.

A falta de adequada compensação financeira(45)(46) pelo trabalho desempenhado pode também conduzir a desmotivação dos profissionais de saúde e ser mais um fator a contribuir para o desenvolvimento de *burnout*.

Em relação aos **fatores sociais** podemos salientar que devido ao isolamento social imposto pela doença e pelo isolamento que cada um decidiu fazer junto das suas famílias, conduziram a uma lacuna no apoio de amigos e familiares(42) em caso de necessidade.

Embora os profissionais de saúde tenham sido mundialmente aplaudidos pelo seu trabalho e empenho e equiparados a heróis, muitos reportaram o estigma social(43)(47) sentido pela comunidade e às vezes até mesmo pela própria família.

Capítulo 4 – Conclusões

Esta revisão sistemática de literatura possibilitou um aprofundamento dos conhecimentos sobre o *burnout* associado aos profissionais de saúde. Estes apresentam uma elevada incidência de *burnout* durante a pandemia, devido às condições da sua atividade laboral e ao contato direto com os doentes infetados. A sobrecarga de trabalho, a falta de recursos, quer humanos, quer materiais, o stress no local de trabalho, o medo de o próprio ficar infetado, bem como o medo de infetar o outro, são exemplos de fatores de risco para o desenvolvimento de *burnout* nos profissionais de linha da frente durante a pandemia de COVID19, considerados os mais frequentes em muitos dos artigos analisados.

A atividade dos profissionais de saúde chega a ser ambivalente, porque para além de tratarem e cuidarem dos doentes, estão muitas vezes preocupados com a sua própria saúde e a dos seus familiares, com medo de facilmente os infetarem devido ao elevado risco de contágio. Isto interfere nos relacionamentos familiares e interpessoais, levando muitas vezes à tomada de decisão de isolamento social, em que os profissionais de saúde optam por sair das suas casas, a fim de tentarem proteger os que lhe são mais próximos.

Percebeu-se também que grande parte dos participantes dos estudos selecionados, são do sexo feminino, com uma média de idade de cerca de 35 anos, sem filhos, casados (ou coabitam com alguém) e com pouca experiência profissional na área.

Seria desejável que este estudo pudesse auxiliar na adoção de estratégias de prevenção de *burnout*, em situações futuras idênticas, ou como forma de incentivo ao desenvolvimento de mais estudos na área, possibilitando uma melhoria dos ambientes de trabalho e da qualidade de vida de profissionais de saúde.

Esta revisão sistemática de literatura possibilitou um aprofundamento dos conhecimentos sobre o *burnout* associado aos profissionais de saúde. Estes apresentam uma elevada incidência de *burnout* durante a pandemia, devido às condições da sua atividade laboral e ao contato direto com os doentes infetados. A sobrecarga de trabalho, a falta de recursos, quer humanos, quer materiais, o stress no local de trabalho, o medo de o próprio ficar infetado, bem como o medo de infetar o outro, são exemplos de fatores de risco para o desenvolvimento de *burnout* nos profissionais de linha da frente durante a pandemia de COVID19, considerados os mais frequentes em muitos dos artigos analisados.

A atividade dos profissionais de saúde chega a ser ambivalente, porque para além de tratarem e cuidarem dos doentes, estão muitas vezes preocupados com a sua própria saúde

e a dos seus familiares, com medo de facilmente os infetarem devido ao elevado risco de contágio. Isto interfere nos relacionamentos familiares e interpessoais, levando muitas vezes à tomada de decisão de isolamento social, em que os profissionais de saúde optam por sair das suas casas, a fim de tentarem proteger os que lhe são mais próximos.

Percebeu-se também que grande parte dos participantes dos estudos selecionados, são do sexo feminino, com uma média de idade de cerca de 35 anos, sem filhos, casados (ou coabitam com alguém) e com pouca experiência profissional na área.

Seria desejável que este estudo pudesse auxiliar na adoção de estratégias de prevenção de *burnout*, em situações futuras idênticas, ou como forma de incentivo ao desenvolvimento de mais estudos na área, possibilitando uma melhoria dos ambientes de trabalho e da qualidade de vida de profissionais de saúde.

Uma das limitações deste trabalho prende-se com o reduzido número de estudos obtidos pela seleção de artigos que respondem à questão de investigação colocada. Isto acontece provavelmente por ser um tema relativamente recente e que ainda carece de mais investigação. Deste modo, dada a baixa representatividade das amostras estudadas, torna-se impossível a generalização dos resultados.

Bibliografia

1. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Arch Clin Psychiatry (São Paulo) [Internet]. 2007;34(5):223–33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000500004&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
2. Mendanha MH, Bernardes PF, Shiozawa P. Desvendando o Burn-out: Uma análise interdisciplinar da Síndrome de Esgotamento Profissional. In Sao Paulo: LTR Editora Ltda; 2018.
3. Roque L, Soares L. Burnout numa amostra de psicólogos portugueses da região autónoma da Madeira. Psicol Saúde Doenças [Internet]. 2012 Mar;13(1):2–14. Available from: http://sp-ps.pt/downloads/download_jornal/227
4. Domínguez CCC, Hederich C, Palacio JEP. El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. Rev Latinoam Psicol [Internet]. 2010;42(1):131–46. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80515880012.pdf>
5. Paiva L, Canário A, China E, Gonçalves A. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. Clinics [Internet]. 2017 May 5;72(5):305–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5439116/?report=classic>
6. Maslach C, Schaufeli WB. Historical and Conceptual Development of Burnout. In: Professional Burnout [Internet]. 1st ed. Washington: Routledge; 1993. p. 1–16. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781351854740/chapters/10.4324/9781315227979-1>
7. Teodoro MDA. Estresse no Trabalho. Com Ciências Saúde. 2012;23:205–6.
8. World Health Organization and the International Labour Office. Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders [Internet]. Geneva. Geneva; 2018. 136 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275385/9789241514347-eng.pdf?ua=1&ua=1>

9. Pêgo FPL e, Pêgo DR. Síndrome de Burnout. Rev Bras Med do Trab [Internet]. 2016;14(2):171–6. Available from: http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho_volume_14_nº_2_318201692587055475.pdf
10. Almeida LA, De Souza Medeiros ID, De Barros AG, Filgueira Martins CC, Pereira Santos VE. Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde Generating factors of Burnout Syndrome in health professionals. Rev Pesqui Cuid é Fundam Online [Internet]. 2016 Jul 15;8(3):4623–8. Available from: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3469>
11. Morales LS, Murillo LFH. Síndrome de Burnout - Revisión Bibliográfica. Med Leg Costa Rica - Edición Virtual. 2015;32(1):1–4.
12. Eurofound. Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU [Internet]. Publications Office of the European Union. Luxembourg; 2018. 1–41 p. Available from: <http://eurofound.link/ef18047>
13. Ordem dos Psicólogos. Perguntas e Respostas Sobre Burnout. 2020.
14. Vala J, Pinto AM, Moreira S, Lopes RC. Burnout na Classe Médica: Estudo Nacional - Principais resultados. Lisboa; 2016.
15. Almeida TC de, Heitor MJ, Santos O, Costa A, Virgolino A, Rasga C, et al. Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia. Lisboa; 2020.
16. Da Silva JF, Silveira MC, Santos AA dos, Resende MA, De Assis BCS. Síndrome de Burnout em profissionais de Enfermagem no contexto da Atenção Básica. Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2020 Feb 7;(39):e2320. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2320>
17. Esteves AMA. O Burnout e o Engagement – Estudo numa amostra de professores do ensino superior público português. Instituto Politécnico do Porto; 2013.
18. Forte AISC. Burnout, inteligência emocional e auto-actualização em enfermeiros psiquiátricos [Internet]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade do Porto; 2009. Available from: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54946>
19. Teles M de JG. Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência [Internet]. ISCTE;

2011. Available from: <http://hdl.handle.net/10071/4186>
20. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol* [Internet]. 2008;93(3):498–512. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-9010.93.3.498>
 21. Colton D, Covert RW. Part One: Concepts. In: Jossey-Bass, editor. *Designing and Constructing Instruments for Social Research and Evaluation*. 1a ed. San Francisco; 2007.
 22. Barbosa AM dos SFVA. A Relação e a Comunicação Interpessoais entre o Supervisor Pedagógico e o Aluno Estagiário - Um Estudo de Caso [Internet]. Escola Superior de Educacao Joao de Deus; 2012. Available from: <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2472/1/AnaMariaBarbosa.pdf>
 23. Pereira AMTB. Elaboração e Validação do ISB - Inventário para Avaliação da Síndrome de Burnout. *Bol Psicol* [Internet]. 2015;65(142):59–71. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432015000100006&lng=pt&nrm=iso
 24. Maroco J, Tecedor M, Martins P, Meireles A. O Burnout como factor hierárquico de 2ª ordem da Escala de Burnout de Maslach. *Análise Psicológica*. 2008;26(4):639–49.
 25. Aceves GAG, López MÁCL, Jiménez SM, Serratos FF, Campos JJS. Síndrome de burnout. *Arch Neurocién* [Internet]. 2006 Aug;11:349–50. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0736467911008997>
 26. Ribeiro TGR. Síndrome de Burnout nos Enfermeiros [Internet]. Universidade Fernando Pessoa; 2009. Available from: <http://hdl.handle.net/10284/7534>
 27. Tironi MOS. A Síndrome de Burnout em Médicos Pediatras: Um estudo em duas organizações hospitalares. Universidade Federal da Bahia; 2005.
 28. Areosa J, Queirós C. Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19? *Int J Work Cond*. 2020;(20):71–90.
 29. López-Elizalde C. Síndrome de burnout. *Rev Mex Anestesiol*. 2004;27(SUPPL. 1):131–3.

30. Silva LCF, Lima FB, Caixeta RP. Síndrome De Burnout Em Profissionais do Corpo de Bombeiros. *Mudanças - Psicol da Saúde*. 2010;18(1-2):91-100.
31. Silva C, Amaral V, Pereira A, Bem-haja P, Pereira A, Rodrigues V, et al. Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Fund para a Ciência e a Tecnol*. 2006;
32. Moura PA, Moura TR, Ruivo R. Riscos Psicossociais em Trabalhadores de Uma Unidade Local de Saúde no Alentejo. *Rev do Serviço Psiquiatr do Hosp Prof Doutor Fernando Fonseca, EPE*. 2018;16.
33. Duarte I, Teixeira A, Castro L, Marina S, Ribeiro C, Jácome C, et al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health* [Internet]. 2020;20(1):1-10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
34. International Labour Organisation. In the face of a pandemic: Ensuring Safety and Health at Work. Geneva; 2020.
35. Organización Internacional del Trabajo. Gestión de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo durante la pandemia de COVID-19. 2020.
36. Cervo A, Bervian P, Silva R. *Metodologia Científica*. 6th ed. Brasil: Pearson; 2007.
37. Donato H, Donato M. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Med Port* [Internet]. 2019 Mar 29;32(3):227-35. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11923>
38. Galvão MCB, Pluye P, Ricarte ILM. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. *InCID Rev Ciência da Informação e Doc* [Internet]. 2017 Oct 4;8(2):4. Available from: <http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/121879>
39. Algunmeeyn A, El-Dahiyat F, Altakhineh MM, Azab M, Babar Z-U-D. Understanding the factors influencing healthcare providers' burnout during the outbreak of COVID-19 in Jordanian hospitals. *J Pharm Policy Pract* [Internet]. 2020 Dec 22;13(1):53. Available from: <https://dx.doi.org/10.1186/s40545-020-00262-y>
40. Azoulay E, De Waele J, Ferrer R, Staudinger T, Borkowska M, Pova P, et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19

- outbreak. *Ann Intensive Care* [Internet]. 2020 Dec 8;10(1):110. Available from: <https://dx.doi.org/10.1186/s13613-020-00722-3>
41. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses* [Internet]. 2020 Nov;144:109972. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
 42. Hoseinabadi TS, Kakhki S, Teimori G, Nayyeri S. Burnout and its influencing factors between frontline nurses and nurses from other wards during the outbreak of Coronavirus Disease -COVID-19- in Iran. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2020 Jul 10;38(2). Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/342790>
 43. Kackin O, Ciydem E, Aci OS, Kutlu FY. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2021 Mar 16;67(2):158–67. Available from: <https://dx.doi.org/10.1177/0020764020942788>
 44. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Jan 17;11(1):e045127. Available from: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045127>
 45. Macía-Rodríguez C, Alejandro de Oña Á, Martín-Iglesias D, Barrera-López L, Pérez-Sanz MT, Moreno-Diaz J, et al. Burn-out syndrome in Spanish internists during the COVID-19 outbreak and associated factors: a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Feb 11;11(2):1–10. Available from: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042966>
 46. Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N, et al. Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 Aug 4;3(8):1–4. Available from: <https://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17271>
 47. Sharma M, Creutzfeldt CJ, Lewis A, Patel P V, Hartog C, Jannotta GE, et al. Health-care Professionals' Perceptions of Critical Care Resource Availability and Factors Associated With Mental Well-being During Coronavirus Disease 2019 (COVID-19):

Results from a US Survey. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2021 May 18;72(10):e566–76. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa1311>

48. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 Jul;60(1):e60–5. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>
49. Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger Med Sci* [Internet]. 2020;18:1–9. Available from: <https://dx.doi.org/10.3205/000281>