

A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES CRÍTICAS

Nuno Matos

Enfermeiro, Hospital Professor
Doutor Fernando Fonseca,
Amadora Sintra
nuno_matos1@hotmail.com

Luís Rocha

Enfermeiro, Hospital de Cascais
Dr. José de Almeida
luisrocha.active@gmail.com

Carlos Varandas

Enfermeiro, Unidade de Cuidados
Continuados de Portel
carlosvarandas16@gmail.com

Sílvia Rosado

Enfermeira, Hospital Professor
Doutor Fernando Fonseca,
Amadora Sintra
s_spire@msn.com

David D'Oliveira

Enfermeiro, Hospital de Cascais
Dr. José de Almeida
dave.olivetree@hotmail.com

Rita Santos

Enfermeira, Santa Casa da
Misericórdia de Alcaçovas
ritasantos95@hotmail.com

Ana Fonseca

Professora, Universidade de Évora,
Escola Superior de Enfermagem
São João de Deus
afonseca@uevora.pt

Ana Frias

Professora, Universidade de Évora,
Escola Superior de Enfermagem São
João de Deus
anafrias@uevora.pt

RESUMO: A Enfermagem, como profissão de alto desgaste físico e psicológico, tem levado alguns autores a relacionar as condições do trabalho com os altos níveis de *stress*. Devido à exigência da profissão, os enfermeiros estão diariamente sujeitos a situações complexas, como o envolvimento racional/emocional com os utentes, acarretando grandes níveis de responsabilidade. Assim, torna-se pertinente considerar o risco potencial dos enfermeiros de unidades críticas desenvolverem a síndrome de *burnout*. O objetivo desta revisão de literatura surge no sentido de ampliar o conhecimento e compreender mais detalhadamente os fatores de risco, consequências e estratégias de *coping* relacionadas com esta síndrome. Entre 20,8% a 31% dos profissionais de unidades críticas são alvo do *burnout*, o que a torna uma situação emergente. Alguns profissionais têm níveis de exigência sobre si e de controlo sobre uma situação que não corresponde à real, estas situações ocorrem onde mais existem situações limite, como nas unidades de cuidados intensivos, urgência e oncologia, que favorecem o *stress* intenso contínuo. A qualidade dos cuidados nos profissionais com *burnout* não fica assegurada, tornando-se fundamental que as organizações e o próprio indivíduo intervenham de forma a preveni-la e/ou minimizá-la, através de estratégias da própria organização e de estratégias de *coping* do próprio indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: *Burnout*, Enfermagem, Cuidados Intensivos, Urgência, Oncologia.

ABSTRACT: *Nursing, a profession of high physical and psychological strain, has led some authors to relate the work conditions with high levels of stress. Due to the nature of this demanding profession, nurses are daily subjected to complex situations, such as rational/emotional involvement with patients, involving great levels of responsibility. Thus, it is relevant to consider the nurses who have the potential risk to develop the burnout syndrome in critical units. The purpose of this literature review is to broaden the knowledge and to understand in more detail the risk factors, consequences and coping strategies related to this syndrome. Between 20.8% and 31% of professionals in critical units are affected by burnout, which turns it into an emergent situation. Some professionals have levels of demand on themselves and control over a situation that does not correspond to reality, those situations occur where there are more extreme situations, such as in intensive care units, emergency*

and oncology, promoting the continued intense stress. The care quality of those professionals is not guaranteed, making it crucial that organizations and individuals themselves intervene in order to prevent and/or minimize it through strategies by the organization itself and coping strategies by the very individual.

KEYWORDS: *Burnout, Nursing, Intensive Care, Urgency, Oncology.*

Introdução

O mundo contemporâneo tem trazido, além dos benefícios oriundos do desenvolvimento tecnológico, sociocultural e das consequências da globalização, profundas mudanças no comportamento biopsicossocial do ser humano, que interferem diretamente na qualidade de vida da população, exigindo aos profissionais, por sua vez, uma maior adaptação, maior consciência e grande habilidade para enfrentar tamanhas transformações (Jodas & Haddad, 2009; Patrão, 2012).

As novas configurações organizacionais do trabalho exercem sobre o homem um grande impacto no sistema psicológico que, em certas condições, resulta em sofrimento relacionado com a sua história individual, portadora de projetos, de esperanças, de desejos e uma organização de trabalho que o ignora (Jodas & Haddad, 2009). Embora o processo de *burnout* possa ser desencadeado por qualquer tipo de atividade, algumas profissões são apontadas como mais predisponentes ao desenvolvimento desta síndrome, justamente pela relevância do fator ambiental/social, como é o caso das atividades dirigidas a pessoas que requeiram contato muito próximo, e principalmente do tipo emocional. É dentro dessa filosofia que se tem encontrado um número considerável de portadores desta perturbação psicossomática, entre as pessoas que se dedicam à docência, medicina, psicologia, enfermagem, entre outros (Cumbe, 2010; Duarte, Nunes & Oliveira, 2013).

Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, estão predispostos a desenvolver *burnout* pelas características próprias do seu trabalho, marcadas pelas múltiplas exigências que estão no centro da sua atenção, como lidar com a dor, sofrimento, morte e perdas, a que se somam os fatores de sobrecarga de tarefas, períodos de trabalho extensos, por vezes duplos e em turnos, condições desfavoráveis de trabalho e baixa remuneração, fatores que, em conjunto, propiciam a emergência do *burnout* (Avellar, Iglesias & Valverde, 2007; Cumbe, 2010; Patrão, 2012).

Considerou-se como objeto deste estudo as unidades críticas, nomeadamente os serviços de oncologia, urgência e unidades de cuidados intensivos, visto haver uma maior evidência que estes setores são um importante fator a ser considerado, pois apresentam uma estreita relação associada à complexidade de cuidado e risco iminente de morte, vivenciando situações de morte e luto quotidianamente. Por outro lado, os fatores organizacionais, pessoais e de trabalho também se apresentam como relevantes ao desenvolvimento da patologia (França, Aniceto & Silva, 2012; Galindo, Feliciano, Lima, & Souza, 2012; Panunto & Guirardello, 2013). É nesse contexto que surgem diversas patologias decorrentes das mudanças introduzidas no trabalho, entre elas a síndrome de *burnout*, que corresponde a uma resposta emocional a situações de *stress* crônico, devido a relações intensas no trabalho, com outras pessoas ou profissionais, e nas quais as estratégias de *coping* não foram utilizadas, falharam ou não foram suficientes (Jodas & Haddad, 2009). Trata-se de uma problemática que ocorre nos enfermeiros em todo o mundo, em diferentes contextos de trabalho, levando-os a experienciar sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e sofrimento dos doentes tendo, consequentemente, impacto tanto ao nível individual como organizacional. Esta problemática surge como uma questão de saúde ocupacional com alta prevalência, ao nível do desgaste físico e emocional entre enfermeiros (França et al., 2011; Magalhães, Moura & Valença, 2010).

Levando-se em consideração esse fator, assume-se a pertinência da presente revisão de literatura, na qual emerge a necessidade de se compreender como este fenómeno tem sido abordado em pesquisas realizadas com profissionais na área de saúde, particularmente em unidades mais *stressantes*. Como objetivo geral, pretende-se fornecer elementos para uma compreensão mais detalhada acerca dos principais fatores de risco que favorecem o seu apare-

cimento, as consequências para o indivíduo e organizações e as estratégias de prevenção e intervenção nesse âmbito.

Referencial teórico

Freudenberger definiu, em 1983, o termo *burnout* como uma situação que se caracteriza por um estado de cansaço ou de frustração resultante da dedicação a uma causa, estilo de vida ou relação que não resultou na produção da expectativa esperada (Queirós, 1998 citado por Pacheco, 2005). Todavia, este somente foi abordado publicamente pela primeira vez por Malslach, no Congresso Anual de Psicologia em 1997 (França et al., 2012). Na sua terminologia, está subjacente um tipo de *stress* laboral e institucional concebido em profissionais que mantêm relações constantes e diretas com outras pessoas, que conseqüentemente, levam à exaustão e ao esgotamento, sendo particularmente evidente em enfermeiros, médicos, professores, fisioterapeutas e psicólogos. No caso dos profissionais de enfermagem, resulta da frequente exposição a cargas excessivas, física e psicologicamente durante todo o seu período de atividade, bem como a situações de emergência em que é necessário utilizar técnicas exigentes e mais adequadas para tornar o acolhimento do doente o mais breve e menos doloroso possível (Magalhães et al., 2010 segundo Galindo et al., 2012). Os enfermeiros, ao experienciarem uma relação de proximidade com a morte, com a criação de vínculos afetivos com o doente e com o seu sofrimento, vêem potenciada a sua vulnerabilidade e conseqüentemente, toda a reorganização de tarefas a que está sujeito. O exercício das profissões de ajuda implica, assim, uma relação com os utentes, permeada de ambiguidades, como conviver com a ténue distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda ao outro.

Cabe salientar, antes de mais, que a palavra *stress* não pode ser confundida com *burnout*, no que se refere aos conceitos e diferenças, visto o primeiro ocorrer a partir das reações do organismo a agressões diversas que dão origem numa perturbação do equilíbrio interno do indivíduo, e o *burnout*, por sua vez, é a resposta ao *stress* crónico no trabalho, que se manifesta através de alterações comportamentais negativas. Em enfermagem, todos começam a ser envolvidos por esta perturbação, até mesmo os doentes, aquando da inadequada utilização das estratégias de *coping* contra os fatores *stressantes* (Jodas & Haddad, 2009). O

stress crónico desenvolvido pelo processo de trabalho de enfermagem pode resultar em síndrome de *burnout*, porém o desenvolvimento desta patologia envolve fatores individuais e laborais, o que a torna multicausal, na qual as variáveis socioambientais são coadjuvantes do processo. Os fatores predisponentes são, assim, organizacionais, de trabalho, sociais e/ou pessoais (França et al., 2012).

A enfermagem foi classificada pela Health Education Authority como uma profissão com elevados níveis de *stress*, integrando-a assim nas profissões mais desgastantes, que torna mais propício o surgimento da síndrome nestes profissionais. Esta é uma das mais fustigadas pelo *burnout*, pois os enfermeiros no seu período de trabalho encontram-se expostos a vários fatores/situações que podem despoletá-la (Avellar et al., 2007; Jodas & Haddad, 2009).

O *burnout* é uma síndrome caracterizada por três dimensões sintomatológicas e quatro classes sintomatológicas, que evoluem de forma progressiva. Quanto às primeiras reportam para a exaustão emocional verificada por um esgotamento físico e emocional; a despersonalização identificada pela insensibilidade emocional; e a falta de envolvimento no trabalho, observada pela inadequação quer pessoal e/ou profissional (Jodas & Haddad, 2009). Quanto à segunda, envolvem alterações: físicas, quando o trabalhador apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares; psíquicas, observadas pela falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração; comportamental, identificada quando o indivíduo se apresenta negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade para se concentrar, aumento das relações conflituosas com os colegas, longas pausas para o descanso, cumprimento irregular do horário de trabalho; e defensivas, quando o trabalhador tem tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica (Jodas & Haddad, 2009).

São vários os aspetos da profissão de enfermagem que podem fazer desta atividade uma ocupação vulnerável ao *burnout*, uma vez que têm sido diversas as investigações que se dedicaram a estudar as variáveis responsáveis pelo seu desencadeamento no âmbito da enfermagem, o que demonstra a complexidade do fenómeno. Todavia, e de um modo geral, todos indicam que os enfermeiros são particularmente vulneráveis a esta síndrome.

Com base na evidência científica acedida, são vários os fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, e para enumerá-los são consideradas quatro dimensões: o indivíduo, a organização, o trabalho e a sociedade, pois todos direta ou indiretamente sofrem com a sua repercussão. Nessa linha de pensamento, têm sido vários os estudos que tentam identificar as faculdades pessoais que levam ao desenvolvimento do *burnout*. Como refere França et al. (2012), características pessoais como a idade, sexo, nível educacional, estado civil e ter filhos não são por si só desencadeantes do *burnout*, contudo assumem-se como facilitadoras ou inibidoras da ação dos agentes *stressores*.

Nesta pesquisa, verificou-se maior incidência desta perturbação em profissionais jovens, que ainda não atingiram os trinta anos de idade, podendo tal facto ser explicado pela falta de experiência profissional necessária, tornando-os assim mais vulneráveis. Nesse contexto, Jodas e Haddad (2009) reforçam essa variável, referindo que os profissionais que obtiveram médio e baixo risco para a manifestação de *burnout* são aqueles com maturidade profissional e maior domínio em situações de *stress*. Esses autores acrescentam que um casamento ou uma situação de companheiro estável, assim como o facto de ter filhos contribui também para uma menor tendência de desenvolver a síndrome e ainda referem que os profissionais com mais habilitações tendem a apresentar mais facilmente esta síndrome devido às falsas expectativas e à desilusão. O neurotismo também é referido, dada a predisposição para a depressão, ansiedade, angústia e instabilidade emocional. Não obstante, é de enaltecer que as variáveis da personalidade são as que têm demonstrado uma forte interferência no desenvolvimento do *burnout*, uma vez que interagem de modo complexo com os agentes *stressores* tanto no sentido de os desenvolver como, ao contrário, inibi-los ou eliminá-los (Patrão, 2012).

Relativamente às características organizacionais, apontam-se o ambiente físico, as normas institucionais, a burocracia, as recompensas e a segurança como principais influenciadores no desenvolvimento do *burnout*. As condições desfavoráveis do local de trabalho contribuem para o esgotamento físico-emocional dos profissionais, situação essa decorrente do ambiente de trabalho e não despoletada por problemas entre os diversos profissionais (França et al., 2012). Na pesquisa efetuada por Jodas e Haddad

(2009), o número reduzido de profissionais está diretamente relacionado com excesso de trabalho, e quando este é classificado como *stressante*, característico de um serviço de Urgência, os sintomas de *burnout* são as respostas esperadas. Tudo isto resulta em sobrecarga de movimento e de tensão ocupacional, considerando que em unidades críticas as decisões têm de ser imediatas e eficazes, podendo, deste modo, provocar na equipa de enfermagem a sensação de que o trabalho não é reconhecido. Outro aspeto importante a ter em conta deve-se à carga horária influenciar a exaustão emocional, tendo sido relatados sentimentos de sobrecarga física, emocional e dificuldade em relaxar. Os trabalhadores, ao atingirem níveis de exaustão consideráveis, são incapazes de enfrentar as situações vivenciadas no trabalho devido também à falta de energia no desempenho das suas atividades (França et al., 2012).

Quanto às características do trabalho, o tipo de ocupação influencia o *burnout*, o qual incide particularmente naqueles cuja atuação se dirige aos que ajudam, prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento de outros. Para vários autores, é unânime a opinião que esta influência está estritamente interligada a profissões de ajuda, uma vez que tem como principal função prestar serviços humanos diretos e de grande relevância para os que os recebem (Galindo et al., 2012; Patrão, 2012). A esta dimensão adiciona-se o tempo de profissão, tempo de instituição, trabalho por turnos ou noturnos, sobrecarga de atividades, tipo de utentes, excesso de doentes para prestar cuidados, falta de reconhecimento e progressão na profissão e a insatisfação salarial, que também resultam em desgaste emocional e físico. A perceção de que o salário recebido era incompatível com o esforço realizado revelou altos níveis de exaustão emocional. A lacuna entre o salário e o esforço significa falta de retribuição, dando origem também a sentimentos de injustiça (Duarte et al., 2013; Galindo et al., 2012; Patrão, 2012;). Perante esta situação, a modalidade de trabalho realizada pode ser um fator precipitante da síndrome, especialmente quando somada às características pessoais e agravadas pelos fatores organizacionais, visto o seu começo apresentar uma forte componente social, ao invés da genética (Duarte et al., 2013; França et al., 2012).

Existem especialidades onde os enfermeiros se encontram com maior suscetibilidade ao *burnout*, nomeada-

mente, quando o tipo de trabalho envolve unidades críticas, como sejam as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), por causar grande interferência no estado emocional, desgaste geral do organismo e, conseqüentemente, provocar *stress* (Magalhães et al., 2010; Pafaro & Martino, 2004; Panunto et al., 2013).

Segundo Teixeira et al. (2013), dos 267 profissionais de saúde de unidades de cuidados intensivos estudados, 22% apresentaram alto risco de *burnout*, enquanto 9% já o experienciavam. Em relação aos restantes, 30% demonstravam risco moderado e 39% baixo risco. Já na pesquisa de Dutra et al. (2008), citado por Duarte et al. (2013), verificou-se que 20,8% dos enfermeiros de unidades de cuidados intensivos eram afetados pela síndrome de *burnout*.

Nos Serviços de Urgência, a suscetibilidade do desenvolvimento da síndrome surge relacionada com a carga elevada de movimento, devido à grande afluência de doentes, alguns em risco de vida, que impõe a agravante de se agir e concluir as tarefas com alguma perspicácia e velocidade, e que poderá resultar em tensão ocupacional e, conseqüentemente, esgotamento físico, mental e emocional (França et al., 2012; Jodas & Haddad, 2009).

Num estudo com profissionais de enfermagem dos Serviços de Urgência, observou-se que dos 173 profissionais estudados, 26,6% tiveram *scores* de desgaste profissional com maior incidência nos profissionais com idade inferior a 40 anos e que referiram insatisfação laboral (Cogollo-Milanes, Batista, Cantillo, Jaramillo, Rodelo & Meriño, 2010). Também na pesquisa efetuada por Gomes, Santos & Carolino (2013) numa Unidade de Oncologia, dos 96 profissionais de enfermagem, 30,2% referiram sentir-se tristes e deprimidos e constantemente sob pressão. Tendo por base os dados supracitados, verifica-se que a percentagem de profissionais que são afetados por esta síndrome ou por alguns dos seus sintomas varia entre os 20,8% e os 31%. Para verificar estes dados, a maioria dos autores supracitados utilizaram a *Maslach Burnout Inventory* (MBI), sendo esta uma ferramenta de autoavaliação utilizada para quantificar o risco e a presença de *burnout* nos profissionais, composta por vinte-e-duas questões e três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal, tendo cada uma delas um determinado valor que é depois somado e integrado em intervalos que determinam o nível de risco.

Também nas unidades de Oncologia os profissionais encontram-se mais predispostos a esta problemática, pelas diversas características intrínsecas a esses contextos, nomeadamente por ser uma área em que é comum lidar com a doença terminal, muitas vezes sem tratamento. Esta situação, em particular, obriga os enfermeiros a prestarem cuidados mais exaustivos, quer junto do doente, quer da própria família. Por outro lado, também os enfermeiros ao longo do seu período de trabalho são obrigados a criar uma certa distância, levando-os assim a reprimir emoções e pensamentos, propiciando de certa forma o esgotamento e a necessidade do estabelecimento de estratégias de confronto perante essa manifestação (Rebelo, 2011).

A síndrome de *burnout* constitui assim um dos grandes problemas psicossociais da atualidade, que tem vindo a estimular interesse e preocupação por parte da comunidade científica internacional e, também, das entidades governamentais, organizacionais e sindicais norte-americanas e europeias, dada a sua gravidade e as suas conseqüências (Magnabosco, Goulart, Haddad, Vannuchi & Dalmas, 2009). O impacto do *burnout* nos profissionais de saúde conduz a elevadas taxas de absentismo, com declínio nas relações interpessoais, podendo mesmo levar à morte. Nas implicações mais comuns salienta-se a diminuição do rendimento pessoal, manifestações de comportamentos e incapacidade para tomar decisões e atitudes sem lógica aparente (Ribeiro & Pires, 2004). Galindo et al. (2012) acrescentam que o profissional, ao encontrar-se em sofrimento psíquico e físico, tende a perder o controlo sobre o seu meio e sobre si mesmo, colocando em causa a qualidade e a prestação dos cuidados, a falta de reciprocidade com a equipa de trabalho e com os doentes, revelando por vezes um distanciamento emocional e condutas impróprias para com aqueles que necessitam de mais atenção.

No que se refere ao desempenho laboral, ocorre uma diminuição na qualidade do mesmo, devido ao mau atendimento/acolhimento, negligência e imprudência que por sua vez aumenta a predisposição a acidentes. Todos estes conjuntos de fatores acarretam prejuízos não só para o profissional mas também para a instituição a que está vinculado, uma vez que existe um desperdício de tempo e dinheiro, apresentando estas baixos níveis de produtividade e elevados níveis de ações judiciais ou processos disciplinares contra os profissionais (Cumbe, 2010).

Na pesquisa de Shimizu et al. (2004) citada por Avellar et al. (2007) é evidenciado que, uma vez comprometido o trabalho em equipa, os sentimentos de cooperação, cumplicidade e solidariedade são colocados de parte, passando os profissionais a realizarem sacrifícios intensos para conviverem em grupo no local de trabalho. Há que ter em conta que o esgotamento físico e emocional não é expresso de forma única pelas pessoas, mas os conteúdos básicos são os mesmos, uma erosão do compromisso com o trabalho, uma erosão das emoções e um problema de adequação entre o indivíduo e o trabalho, remetendo o termo erosão a um processo gradual de perda, durante o qual o desequilíbrio entre as necessidades do indivíduo e as exigências do trabalho se torna cada vez mais acentuado (Avellar et al., 2007).

Neste sentido, considera-se imperativo e pertinente efetuar uma busca de estratégias que permitam ao indivíduo e organização contornarem a questão do *burnout*, a fim de contribuir para um melhoramento, não só na condição de saúde do indivíduo/trabalhador, mas também da organização. Tendo presente os parâmetros anteriormente citados, e na busca incessante de respostas e estratégias de intervenção, a OMS, em 1995, decidiu estabelecer linhas que permitissem orientar os diferentes países, direcionando para o funcionamento e legislação dos serviços de segurança e saúde ocupacional. Neste sentido, um dos seus objetivos era formar equipas multidisciplinares, com o objetivo de promover o bem-estar do indivíduo, da organização e da sociedade, e prevenir o absentismo (Rebello, 2011).

Na perspetiva da saúde pública, a prevenção assinala-se pela intenção de evitar algo indesejável, tendo presente a existência de diferentes etapas, coincidentes às do desenvolvimento das doenças, e tendo como objetivo reduzir, parar ou inverter a progressão da mesma, identificando-se quatro níveis de prevenção: primordial, primária, secundária e terciária (Rebello, 2011). Kendal, Murphy, O'Neill & Bursnall (2000) classificam as estratégias de gestão de *stress* em três níveis: primário, secundário e terciário. Importa referir que, segundo o mesmo autor, sendo o *burnout* consequência final do *stress* crónico, as medidas de prevenção ou redução do mesmo também são adequáveis à síndrome de *burnout*. Como é conhecido que as consequências do *burnout* se refletem ao nível do indivíduo, relação entre indivíduo-organização e organização, as medidas preventivas impostas deverão ter como alvo esses mesmos níveis (Cumbe, 2010).

Enquanto na prevenção primordial a sua essência é acima de tudo evitar a emergência e o estabelecimento de padrões, na prevenção primária a mesma toma como foco principal “limitar a incidência de doenças controlando as causas e os fatores de risco” (Beaglehole et al., 2003, p. 96 citado por Rebello, 2011, p. 35). Dando ênfase ao que o anterior autor referiu, Kendall et al. (2000) também elucidam que a prevenção primária ou preventiva busca alterar as fontes de *stress*, tornando-se a mais elementar abordagem no *stress* ocupacional. Assim, para o mesmo autor, as estratégias preventivas focam-se essencialmente no trabalhador, por meio de treino sobre como lidar com o *stress*, no ambiente laboral, através da redefinição do trabalho, em estratégias de segurança e saúde no trabalho ou na interligação entre o trabalhador e o local de trabalho, por meio dos processos de seleção.

No que concerne à prevenção secundária, para Beaglehole et al. (2003, p. 95) citados por Rebello (2011), a mesma tem como princípios curar os doentes e reduzir as consequências mais importantes da doença, não só por recursos diagnósticos mas também através de tratamentos precoces. Também Kendall et al. (2000) reforçam a ideia supracitada e salienta que, distintamente das estratégias primárias, as secundárias focalizam-se principalmente no indivíduo, quer através de programas de assistência ao trabalhador, quer de aconselhamento e tratamento médico.

Por último, a prevenção terciária inclui estratégias cujo foco é a redução da progressão ou das complicações de uma determinada doença já instituída, consistindo um importante e elementar aspeto da terapêutica e da reabilitação médica (Beaglehole et al. 2003, p. 95, citado por Rebello, 2011). Tal como tem sido evidenciado, Kendall et al. (2000) partilham da mesma apreciação, tornando claro que as estratégias terciárias consistem no tratamento de uma condição já identificada, com fim ao seu melhoramento ou restabelecimento dessa condição para uma condição plena de saúde e funcionamento, concretizando-se com o regresso ao local de trabalho.

É importante que as intervenções sejam traçadas com vista à prevenção, redução ou eliminação das causas de *stress*, ajudando assim os trabalhadores a reconhecer, e consequentemente a lidar, da forma mais adequada, com essas situações, tendo presente as quatro perspetivas de abordagens do *stress* e *burnout* (Cumbe, 2010; Rebello, 2011). Também

a *European Agency for Safety and Health at Work* (2002) afirma que as diretrizes europeias, e consequentemente portuguesas, responsabilizam as entidades patronais por assegurar que os seus trabalhadores não sejam prejudicados pelo *stress* profissional e consecutivo *burnout*, tentando assim preveni-lo, efetuando uma avaliação dos riscos existentes de *stress* e identificando a vulnerabilidade e suscetibilidade de cada um, diminuindo e eliminando os mesmos, por meio de estratégias adequadas. Os estudos sobre a qualidade de vida no trabalho têm tido um grande impacto e destaque, uma vez que têm permitindo elucidar as organizações sobre a importância da melhoria das relações pessoais entre os trabalhadores e a gestão do trabalho no ambiente local, a fim de diminuir os agentes *stressores* e aumentar o bem-estar do indivíduo (Rebelo, 2011).

Vários autores (Patrão, 2012; Rebelo, 2011) destacam a importância de um planeamento das estratégias de promoção a adotar, partindo de um diagnóstico situacional, evoluindo a instituição a fim de conciliar as ações dirigidas, tanto na organização e gestão de trabalho, como na capacitação do indivíduo para enfrentar as adversidades. Tendo presente a importância que as instituições e o ambiente organizacional têm na prevenção de *burnout* (Kompier & Kristensen, 2003), alguns exemplos das intervenções passam pelo aumento da variedade de rotinas, de forma a evitar a monotonia, prevenir o excesso de horas extra, dar melhor suporte social aos indivíduos, melhorar as condições sociais e físicas de trabalho, investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores, utilizar questionários e inventários de *burnout* e o *empowerment* e capacitação dos profissionais, procurando a criação de um ambiente de trabalho que apresente autonomia e poder (Claus et al. 1980 citado por Rebelo, 2011; Patrão, 2012).

As estratégias passam também pela intervenção do próprio indivíduo, com vista a promover as suas características pessoais, tais como o treino de assertividade, da resiliência, do relacionamento interpessoal, da comunicação e autoestima (Sauter et al., 2005 citado por Rebelo, 2011). Assim, algumas estratégias de intervenção para os profissionais de saúde, mais especificamente para os profissionais de enfermagem, poderão incluir um plano de treino composto por exercícios, técnicas de relaxamento, massagem, desenvolvimento de habilidades de comunicação, resolução de conflitos, autoconfiança e espírito de equipa,

conhecimentos e capacidades de adaptação ao ambiente em que trabalham, recomendando-se igualmente o desenvolvimento de programas de educação sobre *stress* e estratégias de *coping* individuais, a fim de minimizar as repercussões negativas do *stress* mental nos profissionais (Claus et al. 1980 referido por Rebelo, 2011).

Remetendo para a questão das unidades críticas hospitalares, especificamente na Oncologia, é imprescindível que estes profissionais se tornem capazes de efetuar uma autorreflexão e automonitorização do seu bem-estar psicológico, físico e emocional, sendo estas capacidades pessoais apreciadas, por enfermeiros portugueses e médicos, como estratégias ativas para prevenir o *burnout* (Pereira et al., 2011 citado por Rebelo, 2011). Outras estratégias referidas por Rebelo (2011) passam por conversar com um colega de confiança, reservar um período de tempo para a reflexão individual e pessoal e, ainda, criar reuniões de equipa que permitam uma partilha de emoções e sentimentos, tornando claro que a multidisciplinaridade é então a pedra angular para fornecer suporte afetivo e significativo entre todos.

Todas estas estratégias são sinónimo de ganhos em saúde para as organizações e não trazem limitações e dificuldades na sua implementação, uma vez que podem ser implementadas de forma rápida e sem grande transformação das rotinas de trabalho, assim como serem planeadas de acordo com as necessidades do grupo profissional, colaborando para o controlo de problemas extratrabalho. Todavia, importa referir que o único inconveniente apresentado consiste no planeamento dos programas para, apenas, capacitar os profissionais a enfrentar os agentes causadores de *stress* e não a reduzi-los ou mesmo eliminá-los (Murphy, 1984 citado por Rebelo, 2011).

Considerações Finais

A instituição hospitalar é um dos contextos de risco à saúde laboral, pois possui uma disposição organizacional complexa quanto aos profissionais, estrutura, divisão de trabalho, metas hierárquicas e normas que as regulam, e a que se somam a exigência de tomada de decisões difíceis, envolvendo complicações éticas e morais, e uma série de atividades que necessitam forçosamente de um controle mental e emocional muito maior que noutras profissões.

Os profissionais de enfermagem, pela exigente função

que desempenham, assumem uma diversidade de atividades complexas e que envolvem riscos para os utentes, além de serem responsáveis pelas atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem, incorporando assim altos níveis de responsabilidade, na tentativa de ter o controlo absoluto sobre o trabalho, que em muitas vezes resulta numa exigência sobre-humana de si mesmo.

Ficou evidente que essas exigências estão mais presentes em unidades com mais aparato tecnológico, onde os profissionais lidam com a perda, com o luto e com o risco iminente de morte, como acontece em unidades de oncologia, cuidados intensivos e serviços de urgência, que propiciam ao profissional viver sob condições *stressantes* de trabalho. Assim, a modalidade de trabalho realizada pode ser um fator precipitante do *burnout*, em especial quando se adicionarem os fatores pessoais, agravadas pelos fatores organizacionais. As condições precárias de trabalho, a escassez de pessoal, o trabalho por turnos, o contato diário com a doença, o sofrimento e a morte, a falta de autonomia também têm sido apontadas como um problema ao desenvolvimento da síndrome.

Representando a enfermagem uma profissão que exige um contato direto com o utente, as repercussões do *burnout*, além de diminuírem a qualidade dos cuidados, contribuem para uma comunicação inadequada, desorganização do trabalho, diminuição da produtividade, que em certa medida trazem consequências aos cuidados prestados, podendo até mesmo ser fatais.

No sentido de prevenir e/ou diminuir o *stress* e consequentemente o *burnout*, considera-se assim imprescindível e necessário que tanto as organizações como os próprios indivíduos estejam consciencializados da dimensão do *burnout*, trabalhando assim em constante parceria a fim de tornar benéfica não só a situação pessoal e profissional do indivíduo/trabalhador como da própria organização.

Diante da natureza da síndrome de *burnout*, espera-se que a presente revisão de literatura seja fomentadora de mais pesquisas acerca desta perturbação, especialmente na área de enfermagem, visto os sintomas físicos, comportamentais, psíquicos e defensivos serem preocupantes, assim como por muitos aspetos permanecerem de um modo não esclarecidos no que respeita às suas consequências.

Referências bibliográficas

1. Avellar, L., Iglesias A. & Valverde, P. (2007, set-dez). Sofrimento Psíquico em Trabalhadores de Enfermagem de uma Unidade de Oncologia. *Psicologia em Estudo*. Maringá, 12(3), p.475.
2. Cogollo-Milanés, Z., Batista, E., Cantillo, C., Jaramillo, A., Rodelo, D. & Meriño, G. (2010, abril) Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgências de Cartagena, Colombia. *AQUICHAN*. Chía, 10(1), p.43.
3. Cumbe, V. (2010). Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.
4. Duarte, A., Nunes, S. & Oliveira, A. (2013). Prevalência da Síndrome de Burnout em Enfermeiros atuantes em UTI. *Psicologia.pt – O portal dos Psicólogos*.
5. França, S. Martinho, M., Aniceto, E. & Silva, L. (2012). Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Ata Paul Enferm*. São Paulo, 25(1), p.67.
6. Galindo, R., Feliciano, K., Lima, R. & Souza, A. (2012). Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Rev Esc Enferm*. São Paulo, 46(2), p.420.
7. Gomes, S., Santos, M. & Carolino, E. (2013, nov-dez). Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia. *Rev Latino-Am Enfermagem*. São Paulo, 21(6), p-1282.
8. Jodas, A. & Haddad, M. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto de socorro de hospital universitário. *“Ata Paul Enferm”*. Londrina, 22(2), p.192.
9. Kendal, E., Murphy, P., O’neil, V. & Bursnall, S. (2000). Occupational Stress: Factors that Contribute to its Occurrence na Effective Management. *WorkCover Western Australia*. Griffith.
10. Kompier, M. & Kristensem, T. (2003). As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. *Cadernos de Psicologia Social no Trabalho*. São Paulo, 6, p.37.
11. Magalhães, G., Moura, R. & Valença, M. (2010, maio-jun). Síndrome de Burnout em Trabalhadores de Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva em um Hospital Universitário. *Rev Enferm UFPE*. Pernambuco, 4(esp), p.1323.
12. Magnabosco, G., Goulart, C., Haddad, M., Vannuchi, M. & Dalmas, J. (2009, out-dez). Síndrome de Burnout em trabalhadores de um Hospital Público de Média Complexidade. *REME – Rev Min Enferm*. Minas Gerais, 13(4), p.506.
13. Pacheco, J. (2005). Burnout e Estilos de Vida em Profissionais de Saúde. Dissertação de Doutorado da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Faro.
14. Pafaro, R. & Martino, M. (2004). Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *“Rev Esc Enferm USP”*. São Paulo, 38(2), p.152.
15. Panunto, M. & Guirardello, E. (2013, maio-jun). Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. São Paulo, 21(3), p.1.
16. Patrão, C. (2012). Burnout nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Politécnico da Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.
17. Rebelo, F. (2011). Burnout em Oncologia: A síndrome de Burnout vivenciado por enfermeiros que trabalham numa unidade de administração de quimioterapia de um instituto oncológico. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
18. Ribeiro, H. & Pires, J. (2004). As Implicações do Stress e do Burnout nos Profissionais de Saúde. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. Castelo Branco, 18, p.15.
19. Schmidt, D., Paladini, M., Biato, C., Pais, J. & Oliveira, A. (2013, jan-fev). Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 66.1, p.13.
20. Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. & Carvalho, A. (2013, October) Burnout in Intensive Care Units – a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*. London, p.13.